

La interrupció voluntària de l'embaràs a la Catalunya del segle XXI*

Laia Ferrer Serret

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol (IGTP)

lf.serret@gmail.com

Montse Solsona Pairó

Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Geografia / Centre d'Estudis

Demogràfics (CED)

msolsona@ced.uab.es



Recepció: 16-04-2015
Aceptació: 31-10-2016

Resum

Al present article s'hi descriu el procés d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) combinant les anàlisis quantitativa i qualitativa. En primer lloc, s'hi detalla la pràctica de la IVE a Catalunya dins del marc legal i d'atenció a la salut sexual i reproductiva establert l'any 2008. En segon lloc, s'hi estima la incidència de la IVE i s'hi identifiquen els factors que hi estan associats a Catalunya a partir de les dades del registre d'avortaments. Finalment, s'hi analitza el procés de decisió d'IVE a partir del discurs de dones embarassades de 25 a 34 anys, tenint en compte les diverses etapes del procés (sexualitat, anticoncepció, embaràs, decisió d'IVE i accés als 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

* Comunicació presentada al VI Congrés Català / Internacional de Sociologia. Perpinyà, 25-27 d'abril de 2013.

Els resultats d'aquest article formen part de la tesi doctoral de la Laia Ferrer titulada *Lògiques socials i decisions individuals de la interrupció voluntària de l'embaràs: Espanya a través d'una perspectiva comparada*, del doctorat de Demografia del Centre d'Estudis Demogràfics-Universitat Autònoma de Barcelona, i dirigida per la Dra. Montse Solsona i Pairó.

Abstract. *Induced abortion (IA) in 21st-century Catalonia*

This paper examines the induced abortion (IA) process combining quantitative and qualitative perspectives. First, it describes IA practices in Catalonia within the legal framework regarding sexual and reproductive health established in 2008. Secondly, it estimates the incidence of IA and identifies factors associated with IA in Catalonia using data from the national abortion register. Finally, it analyzes the IA decision-making process at the individual level among pregnant women aged 25–34, taking into account the different steps of the process (sexuality, contraception, pregnancy, decision to terminate a pregnancy and access to health services). The dialogue between the empirical evidence related to the incidence of IA and the decision-making process at the individual level leads to a discussion on the concept of unwanted pregnancy.

Keywords: voluntary termination of pregnancy; gender; health; sexuality; health services

Sumari

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Introducció | 4. Metodologia |
| 2. Marc explicatiu per estudiar la interrupció voluntària de l'embaràs | 5. Resultats |
| 3. Marc teòric per estudiar la interrupció voluntària de l'embaràs al segle XXI | 6. Conclusions |
| | Referències bibliogràfiques |

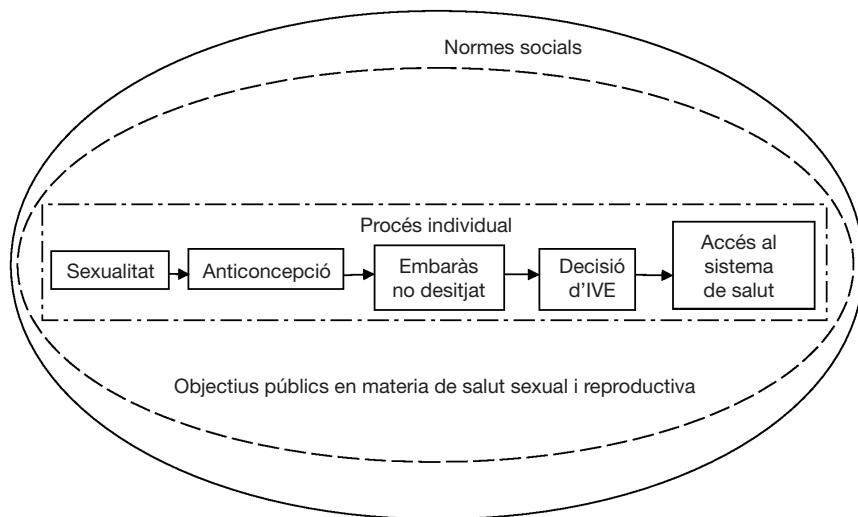
1. Introducció

Aquest article té com a objectiu estudiar el procés d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) combinant-ne les anàlisis quantitativa i qualitativa. El text consta de tres parts:

1. Presentació de l'avortament a Catalunya dins del marc legal i d'atenció a la salut sexual i reproductiva establert l'any 2008.
2. Estimació de la incidència de la IVE a Catalunya i identificació dels determinants de la decisió en les dones de 25 a 34 anys a partir de les dades del registre d'avortaments i de naixements.
3. Anàlisi del discurs respecte a la decisió d'IVE o no per part de dones embarassades de 25 a 34 anys per comprendre les raons de la decisió, tot contemplant les diferents etapes del procés (sexualitat, anticoncepció, embaràs, decisió d'IVE i accés als serveis de salut).

L'any 2008, més de vint 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 però també l'atenció a les dones que volen avortar, les xifres d'IVE no disminueixen.

Figura 1. Lògiques socials que afecten el procés de decisió individual d'avortar



Font: elaboració pròpia a partir de Ferrer (2012: 47-50).

2. Marc explicatiu per estudiar la interrupció voluntària de l'embaràs

El marc explicatiu de referència per estudiar la IVE, adaptació de l'aproximació sociològica que proposen les demògrafes i sociòlogues franceses Nathalie Bajos i Michel Ferrand (Bajos et al., 2002), així com Guillaume et al. (2004) i Rossier et al. (2007: 163-172), considera la IVE com un procés i no com un esdeveniment estàtic (Hobcraft, 2006: 153-187) i permet articular els diversos factors que afecten el procés de decisió individual de la IVE, influïts per les lògiques socials. Segons aquesta perspectiva del fenomen, el procés individual d'IVE està format per cinc etapes: *a*) la sexualitat, *b*) l'anticoncepció, *c*) l'embaràs no desitjat, *d*) la decisió d'IVE i *e*) l'accés al sistema sanitari (figura 1).

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-hi 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 de la seva vida; quines conductes sexuals de risc han practicat prèviament a l'embaràs; quina és la seva situació afectivosexual; com es protegien d'un embaràs no desitjat; en quines condicions sociodemogràfiques, econòmiques i materials vivien en el moment de saber que estaven embarassades, tant en termes educatius com professionals i de parella; si s'han sentit pressionades en el moment de prendre la decisió; quina és la xarxa social de suport amb la qual podrien comptar si volguessin tirar endavant l'embaràs, i, finalment, quin

ha estat el circuit seguit i l'experiència viscuda en el sistema sanitari a l'hora d'accedir a la IVE. Els seus relats permeten entendre les lògiques que afecten la decisió i, finalment, la pràctica.

3. Marc teòric per estudiar la interrupció voluntària de l'embaràs al segle XXI

El marc teòric adoptat per afrontar l'anàlisi de la IVE, per oposició als estudis que consideren l'avortament en termes de problemàtica eticosocial o com a determinant del descens de la fecunditat (Bongaarts, 1978: 105-132), permet considerar l'avortament com una opció de la dona per ser mare «en el bon moment» (Bajos et al., 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).

La sociòloga catalana Cristina Brullet parla de tres revolucions clau en el procés de descens i retard de la fecunditat i de noves formes i valors atorgats a la maternitat per les quals aquesta esdevé voluntària (Bajos et al., 2006: 91-117) o menys obligada que en el passat (Brullet, 2004: 201-227). Són les següents:

- 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 igualtat més gran en les experiències vitals d'homes i de 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 que es tinguin els fills en el moment desitjat i que permeten realitzar la revolució sexual que apunto a continuació.
- c) La revolució sexual, que ha permès desvincular la sexualitat de la reproducció i que crea les bases per establir una igualtat teòrica més gran en les trajectòries sexuals d'homes i de dones. Així mateix, fruit d'aquestes revolucions, es perfilen noves regles que (re)defineixen la conducta individual socialment acceptada, les normes o les representacions socials en matèria d'anticoncepció, de sexualitat i de maternitat (Inglehart, 1977; Aracil, 2003: 35-53; Ariès, 1980: 645-650; Billari et al., 2004: 77-92; Beck, 2001: 183-215). Es pot trobar una versió més completa del marc teòric a Ferrer (2012: 29-49).

Catalunya presenta alguns d'aquests canvis de manera més evident que unes altres regions de l'Estat espanyol, especialment pel que respecta a 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 d'independència femenina, com també a unes relacions patriarcals més dèbils (Solsona, 1997: 171-190).

Que les dones poguessin decidir quan i com serien mares va constituir l'origen d'unes llargues lluites liderades per elles que van començar a Europa durant la dècada de 1960. En les lluites per l'emancipació femenina va ser

cabdal assolir l'accés legal a l'anticoncepció i la despenalització de l'avortament voluntari, cosa 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 unes altres esferes (educatives, professionals, etc.). Catalunya, que formava part de l'Estat espanyol, anava darrere d'altres països, però l'any 1978 aconseguia la despenalització de l'anticoncepció i, a la meitat de la dècada de 1980, la despenalització de la IVE, la qual cosa conferia 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, a fi d'evitar que un embaràs que no era desitjat acabés en un naixement. En definitiva, es van posar les bases perquè la IVE a Europa fos un dret de SSR garantit, i la IVE va esdevenir una opció de les dones per ser mares en el 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: 29-47). Només entenent el valor dels fills i els factors que influencien la decisió de tenir criatures en aquests contextos, talment com un continu en el procés de decisió de la maternitat, és possible entendre la determinació d'avortar.

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

Les preferències reproductives i les conductes sexuals varien en funció de les característiques socioeconòmiques i demogràfiques, especialment de l'edat (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 i Barrios, 2007; Rasch et al., 2008: 144-149; Font-Ribera et al., 2008: 125-135; Font-Ribera et al., 2009: 415-419; Biggs et al., 2013: 11-29; Pérez et al., 2010: 524-530; Pérez et al., 2014: 162-169). El context social acabat de dibuixar planteja la paradoxa de les IVE en edats joves i adultes. Les dones entre 25 i 34 anys es troben a l'edat socialment percebuda com la idònia per accedir a la maternitat. És la franja on es concentren la majoria de naixements i una minoria d'embarassos no desitjats (Bajos et al., 2006: 91-117). Les dones a la frontera amb el període menys fèrtil, a l'edat en què socialment s'espera que ja haurien d'haver assolit uns altres objectius —educatius, professionals i de parella—, també avorten. Sembla un moment complex en què elles han 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 d'una IVE.

4. Metodologia

Per assolir els objectius plantejats, es combinen les metodologies quantitativa i qualitativa. La metodologia qualitativa permet assolir els objectius 1 i 3 de l'article:

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), s'han realitzat entrevistes a professionals vinculats amb la SSR, informants clau, i s'ha consultat la literatura grisa que ha permès situar la pràctica de l'avortament en el context social on pren sentit.

Per respondre a l'objectiu 2 de l'article, s'han utilitzat metodologia i fonts de dades quantitatives.

El registre d'IVE és la font principal 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'avortaments i proporció d'IVE respecte al total d'embarassos).

Per identificar els factors associats a la decisió d'avortar, la població d'estudi està constituïda per totes les dones embarassades, tant si resolen l'embaràs amb una IVE com amb 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 a variables independents són l'edat (<24 anys; entre 25 i 34, i >34 anys); el país de naixement (Espanya o l'estranger); la grandària del lloc de residència (10.000 habitants o menys, de 10.000 a 50.000 habitants i >50.000 habitants); el nivell educatiu (primària o menys, secundària i superior); la situació laboral (actives o altres¹, estudiant, mestressa de casa), i la situació de convivència. L'únic factor reproductiu que s'ha tingut en compte és el nombre de fills anterior a l'embaràs actual (0, 1, 2 o més).

Primerament, s'ha realitzat una anàlisi descriptiva del conjunt de dones embarassades entre els 25 i els 34 anys. Més endavant, 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 estratificats per edats. Com a mesura d'associació entre les variables independents i la variable resposta o IVE, s'han calculat les *odds ratio* crues (OR) i ajustades pel conjunt de variables (ORa) i els respectius intervals 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 que han induït a 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 a 34 anys que resideixen a Catalunya. El guió de l'entrevista s'ha estructurat al voltant de cadascuna de les etapes del procés de decisió d'avortar (sexualitat, anticoncepció, embaràs no desitjat i accés al sistema de salut).

La informació obtinguda de les entrevistes s'ha complementat i s'ha contrastat amb la informació de tres grups focals, els quals han aportat el discurs

1. La denominació *altres* inclou pensionistes i informació difícil de classificar.

col·lectiu sobre les normes socials, les actituds i els valors al voltant de la maternitat. El grup control ha anat dirigit a dones no embarassades en el mateix tram d'edat que les dones embarassades entrevistades, i els altres dos, als professionals socio-sanitaris en contacte amb les dones i el sistema de salut.

Les participants a l'estudi són, inicialment, reclutades pels professionals sanitaris que atenen les dones en serveis de SSR a la ciutat de Barcelona. Després de la primera entrevista, també es recluta dones que viuen a Catalunya mitjançant l'estratègia de bola de neu. Les que volen avortar són reclutades en una clínica acreditada per l'avortament a Barcelona que rep una elevada proporció de les demandes d'avortament a Catalunya.

La mostra es diversifica segons les variables que apareixen associades amb una IVE a l'estudi quantitatiu (l'edat de les dones dins de l'interval de 25 a 34 anys, la situació de parella, el nivell educatiu, la situació professional i les regions d'origen més freqüents entres les dones que avorten a Espanya).

Totes les dones són informades que la seva participació és voluntària i confidencial, i hi donen el seu consentiment informat oral. La recol·lecció de dades es considera finalitzada una vegada s'arriba a la saturació temàtica.

Les entrevistes i la informació dels grups focals són enregistrades i transcrites literalment. Es du a terme una anàlisi temàtica del contingut a través d'un sistema de codificació oberta de les dades mitjançant el programa Atlas-tiTM.

5. Resultats

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

5.1.1. Lleis

Catalunya és pionera en la despenalització de l'avortament en el conjunt d'Espanya, si bé aquesta situació dura poc temps. Un dels fets històrics més destacables a Espanya és el Decret de la Generalitat de Catalunya del 5 de desembre de 1931, impulsat pel moviment anarquista, pel qual es despenalitzava l'avortament per motius eugenèsics (pretén evitar el naixement de fills no desitjats que puguin ser abandonats) i de salut pública (vol evitar els avortaments clandestins i en condicions insegures i que les classes més pobres puguin regular la seva natalitat).

Una experiència que esdevé molt progressista, però que no es pot implementar vertaderament a causa de la curta vigència d'aquesta llei. La importància de l'anarcosindicalisme a Catalunya no es fa extensiva a la resta d'Espanya, per tant, l'experiència catalana no prospera.

L'any 1985 es despenalitzava la pràctica de l'avortament en tres supòsits i en base a determinades condicions («Ley Orgánica 9/1985»: 22041-22041). Es tracta d'una regla de màxima prohibició, una llei penal amb sancions penals.

Vint-i-cinc anys més tard, l'any 2010, entra en vigor la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs («Ley Orgánica 2/2010»: 21001-21014), d'àmbit estatal, que

liberalitza la pràctica fins a la catorzena setmana de l'embaràs i que equipara la Llei espanyola a la de la majoria de països de l'Europa Occidental.

Només dos anys més tard, un nou govern qüestiona la Llei i el 2013 és aprovat pel consell de ministres l'Avantprojecte de Llei Orgànica de protecció de la vida del concebut i de drets de la dona embarassada (disponible a: http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1215198252237/ALegislativa_P/1288774452773/Detalle.html), que pretén anul·lar la Llei de 2010 per retornar al model de la de 1985, en la qual la dona ha d'al·legar motius per justificar la seva decisió. L'Avantprojecte és retirat abans de veure la llum, l'any 2015, però es reforma un punt de la Llei de 2010, atès que s'estableix la necessitat que les noies de 16-17 anys tinguin el consentiment dels seus pares o responsables legals per avortar. Dit això, queda clar que avui en dia el desenvolupament de la Llei està en dubte. Tot i així, en relació amb el nostre objecte d'estudi, la mesura d'introduir l'avortament farmacològic a nivell ambulatori ha fet que l'avortament sigui més accessible.

5.1.2. Atenció a la salut sexual i reproductiva

L'any 2008, a Catalunya i en el conjunt de tot l'Estat espanyol, a diferència d'altres països europeus més progressistes, com ara França, que concedeixen amb una llei de terminis més autonomia respecte a la decisió de la dona, es mantenen unes condicions que s'havien definit en el context social i polític de l'any 1985, quan es va despenalitzar la pràctica de la IVE, que ja no s'adiuen amb l'estatus social femení de dues dècades després. L'emancipació en l'esfera pública i privada que ha aconseguit la dona provoca que una llei que no la considera prou autònoma per prendre una decisió sense la intervenció de terceres persones sigui desfasada.

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 ara el temps màxim de gestació en alguns dels supòsits, i l'ambigüitat en la valoració del supòsit de risc psicològic al qual es podrien acollir totes les dones deixa desprotegits els professionals que realitzen IVE l'any 2008 i les dones que hi accedeixen.

Tot i que els avortaments són regulats per una legislació estatal, cada comunitat autònoma concreta la normativa a través de decrets i elabora els seus propis plans de salut. Cadascuna 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 planificació familiar. L'any 2008 no existeix una política sobre SSR comuna 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 n'està garantida l'atenció dins de la xarxa pública. Així, l'objecció de consciència i la manca de protocol·lització dels circuits fa que les dones es puguin trobar amb traves abans de poder accedir a la IVE.

A Espanya es posa 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 de Madrid l'any 2007. El resultat va ser un revulsiu perquè es produís un debat polític per modificar la legislació.

Uns quants anys abans de la despenalització de la IVE, el 1978, i desvinculada d'aquella, es despenalitzava l'anticoncepció i, així, el model de salut espanyol es pot dir que prioritza la prevenció d'embarassos no desitjats i deixa com a últim recurs la IVE (la darrera dada de prevalença anticonceptiva disponible per al conjunt de l'Estat és d'un 73,3% entre les dones sexualment actives les últimes quatre setmanes i no embarassades²). Però el fet de no vincular la prevenció anticonceptiva a la pràctica de la IVE fins al 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 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 que 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 comunitat autònoma hagi de definir les seves pròpies normatives i els seus propis 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 comunitat autònoma com s'ha fet a Catalunya.

L'any 2008, el sistema sanitari català 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 més baix que el de mercat, així com l'acceptació, per part del centre acreditat, de 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 atenen els casos més vulnerables socialment. Ho fan reduint els costos de la IVE o permetent-ne els pagaments fraccionats a les dones que hi acudeixen.

Abans de la modificació de la legislació l'any 2010, a Catalunya, la informació sobre les ajudes es brinda de manera selectiva a dones que pertanyen a

2. Calculada a partir de les microdades de l'*Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI*, elaborada pel Consejo de Investigaciones Sociológicas, 2006.

col·lectius especialment vulnerables, de manera que la resta no sempre sap que aquestes ajudes existeixen o se n'autoexclou perquè considera que no pateix un risc social prou gran.

La despenalització de la pràctica i la definició posterior dels circuits d'accés a l'avortament i l'atenció a les diverses dimensions de la SSR no fa disminuir necessàriament el nombre d'avortaments, però sí que millora les condicions d'accés, el tracte de la dona i l'acompanyament, tal com apunten alguns autors (Berer, 2000: 580-592; Peiró et al., 2001: 190-194).

Així mateix, el nombre 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 que hi té lloc.

Tot i que l'any 2008, a Catalunya, són més els centres hospitalaris que realitzen IVE que no pas els extrahospitalaris (20 i 10 respectivament), el pes de la IVE hospitalària és molt minoritària (un 2,3% en el conjunt de Catalunya l'any 2008).

D'altres particularitats del sistema d'atenció a la IVE a Catalunya, tot i que no són exclusives de la comunitat autònoma, poden afavorir l'arribada de dones d'altres regions del territori i poden suposar, al mateix temps, un obstacle per 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, especialment a la capital, la qual cosa obliga que s'hi hagin de desplaçar les dones d'altres punts del territori i de zones rurals. L'any 2008, el 86,5% d'IVE es realitza a la província de Barcelona. L'ampli ventall de centres extrahospitalaris i/o l'anonimat de la gran ciutat són aspectes atractius per a les dones d'altres àmbits territorials catalans o fins i tot d'altres comunitats autònomes que s'hi desplacen (GIE, 2008: 1-278), però pot suposar un obstacle per a les que mostren un perfil vulnerable (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 hi arriba de manera adequada i s'agilitza el circuit fins a l'avortament quan aquesta és atesa pel metge de família o pel centre de planificació familiar corresponent (GIE, 2008: 1-278). El tipus de centre des del qual s'informa 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 la pràctica o no. A Catalunya, el 56,2% de dones que avorten el 2008 s'han informat d'on poden fer-ho en un servei de titularitat pública, per sobre de la mitjana espanyola (un 47,0%).

A Espanya, l'any 2008 no hi ha una política clara, unitària ni 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 planificació familiar (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 al 1978 que, a l'Estat espanyol, va deixar de considerar-se delictes 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 a cinc anys més tard, el 1983. Fins llavors, l'esterilització havia tingut una finalitat eugenèsica.

D'acord amb un reial decret, l'any 1995, la prescripció i el seguiment dels mètodes anticonceptius va ser assignada a l'atenció primària, mentre que era l'atenció especialitzada la que feia 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 comunitats autònomes gaudia de prou llibertat per elaborar decrets i/o plans de salut introduint-hi especificitats que concretaven un mapa diversificat pel que feia a l'accessibilitat a l'anticoncepció. També hi havia una diferència regional important com a conseqüència d'aquesta diversitat en l'estructura assistencial de cada comunitat autònoma i de la varietat de polítiques de finançament existents. A més a més, a causa de situacions conjunturals diferents, podíem trobar-hi desigualtats en cadascuna, tant a nivell provincial com municipal.

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 cap model unitari pel que fa als serveis assistencials en matèria de SSR. A cada comunitat autònoma hi ha un sistema diferent d'organització i de prestació de serveis. L'existència d'un programa a l'atenció primària o de serveis específics (centres de planificació familiar 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 comunitat autònoma, les actuacions assistencials en matèria de planificació familiar es realitzen des dels hospitals i des dels centres de planificació familiar, 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, que és molt proper a les usuàries.

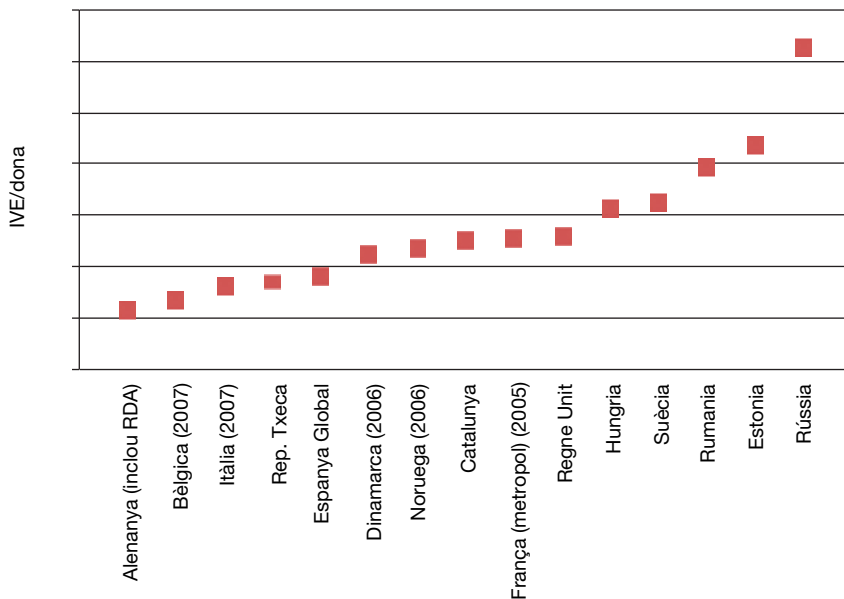
L'any 2008, la informació sobre SSR que es proporciona des dels serveis que depenen de les comunitats autònomes no està estandarditzada, tampoc n'estan el tipus de serveis ni les responsabilitats. Aquesta disgregació i manca d'homogeneïtzació ha suposat, encara avui, descoordinació i desigualtat d'accés a la informació i a l'atenció en matèria de sexualitat a tot Espanya. La darrera conseqüència d'això és la dificultat d'avaluar 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 era a Catalunya, com a recursos específics destinats a la població adolescent, complement de la xarxa socio sanitària de les comunitats autònomes i subvencionats pel Ministeri d'Afers Socials. Així mateix, l'any 2008 Catalunya era una de les deu comunitats autònomes que finançava l'anticoncepció d'urgència al sistema públic.

5.2. La intensitat de la IVE a Catalunya

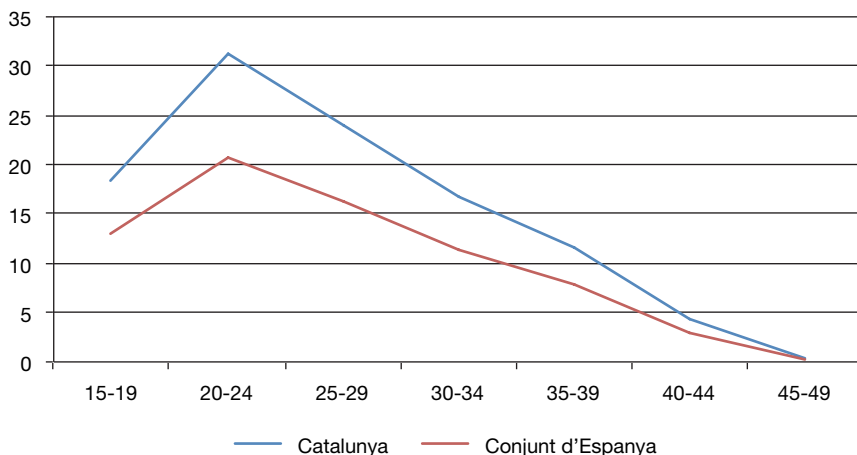
Amb una taxa de 0,5 IVE per dona de 15 a 44 anys l'any 2008 i de 0,4 el 2014, Catalunya se situa de manera constant per sobre de la mitjana de l'Estat espanyol (0,4 i 0,3 respectivament per al conjunt) i en una posició intermèdia en el total europeu. Aquesta situació es manté després de 2008 i fins a l'actualitat (gràfic 1).

Gràfic 1. Índex sintètic d'avortament. Europa, 2008



Font: elaboració pròpia amb dades del registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs a Espanya i dades de població de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) en referència a Catalunya i a Espanya, i dades de l'Eurostat respecte a la resta de països.

Gràfic 2. Taxes específiques d'avortament per edats. Catalunya, 2008 i 2014



Font: elaboració pròpia amb dades del registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs a Catalunya i dades de població de l'Idescat.

Segons el registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs de Catalunya, l'any 2008 s'hi realitzen 26.932 IVE³, un 13,2% més que l'any anterior. En la darrera dècada fins al 2008, la xifra d'IVE presenta un creixement clarament constant. A partir d'aquest any, en canvi, el nombre absolut comença a minvar progressivament (19.130 l'any 2014).

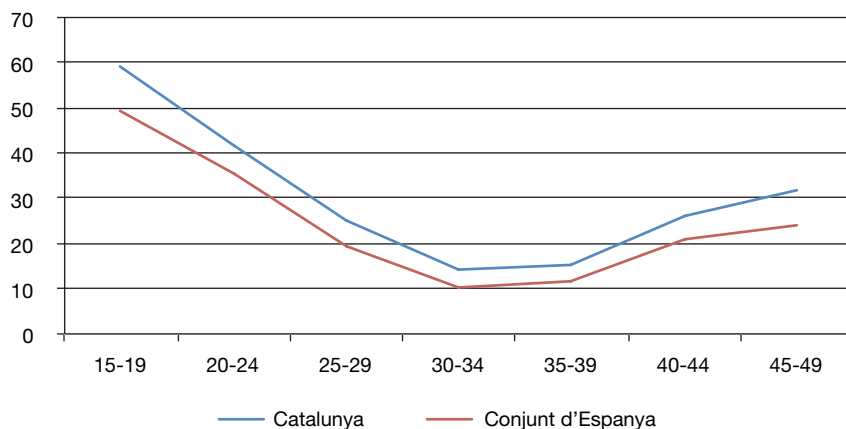
Tot i que s'observa una disminució del nombre absolut d'IVE a Catalunya a partir de 2008, el patró per edats es manté relativament constant al llarg del temps. Mostra intensitats més altes en edats anteriors als 30 anys (gràfic 2) i s'adiu amb un patró tardà a la maternitat (superior als 30 anys des del 2000). S'hi observa, però, un important descens de les IVE en aquestes edats entre 2008 i 2014.

La corba dels embarassos que es resolen amb una IVE per edats, com a mesura aproximada dels embarassos no desitjats, que mostra una forma còncaua (gràfic 3), indica que les edats extremes presenten les xifres més altes d'aquest tipus d'embarassos, especialment les noies adolescents. Per contra, les edats centrals mostren els valors més baixos, la qual cosa coincideix amb l'edat en què les dones són mares. Aquesta situació s'accentua al llarg del temps. Entre 2008 i 2014, s'hi observa un augment de la proporció d'embarassos que s'interrompen entre les adolescents i un descens entre les més grans de 39 anys.

El gràfic 4 ofereix una primera aproximació a la contribució de la immigració a les xifres d'avortament a Catalunya. S'hi observa com, tot i el descens que té lloc al llarg del temps i la tendència que mostren els dos grups de població

3. Es tracta d'avortaments legals realitzats a Catalunya.

Gràfic 3. Proporció d'embarassos que es resolten amb una IVE per edat. Catalunya, 2008 i 2014



Font: elaboració pròpia amb dades del registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs a Catalunya i dades de l'estadística de naixements de l'INE.

a convergir, les dones nascudes fora d'Espanya presenten taxes d'IVE més elevades a qualsevol edat respecte a les dones autòctones⁴.

És rellevant destacar que les taxes d'avortament de dones nascudes a Espanya a la franja d'edat d'estudi (de 25 a 34 anys) gairebé no varien entre 2008 i 2014.

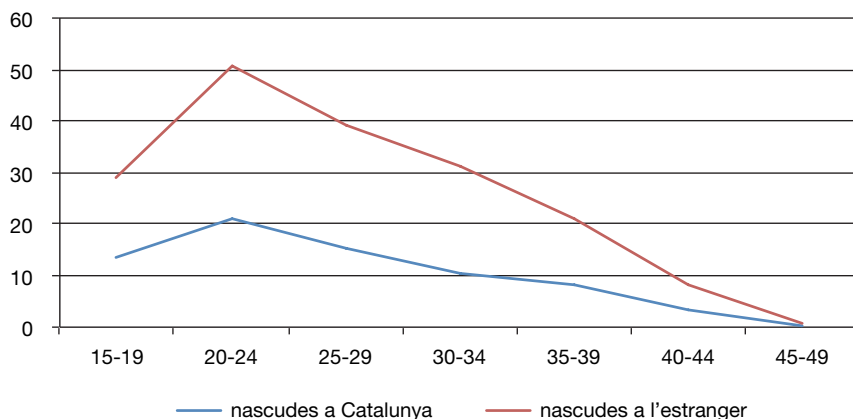
Cal tenir en compte algunes limitacions de la mesura per no fer-ne interpretacions agosarades. Es podria estar sobreestimant les taxes de les dones nascudes fora d'Espanya a causa d'una possible infradeclaració del nombre de residents d'origen estranger al padró d'habitants, especialment en determinats grups d'origen. Finalment, podria no ser l'origen, sinó la condició d'immigrant, lligada a una dificultat més elevada d'accedir als circuits formals del sistema sanitari i a unes condicions socioeconòmiques i socials més desfavorides les que estiguessin contribuint a fer augmentar el risc de l'avortament (Helstrom et al., 2004: 405-410; Llácer-Gil et al., 2006: 13-17; Rasch et al., 2008: 144-149; Malmusi i Pérez, 2009: 64-66; Zurriaga et al., 2009: 57-63; Ruiz-Ramos, 2012: 504-511).

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

A través de l'anàlisi multivariant, s'han comparat les característiques sociodemogràfiques i reproductives de les dones de 25 a 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 amb una IVE en aquest grup etari.

4. L'any 2005 s'introdueixen les variables *nacionalitat* i *pais de naixement* al registre de Catalunya.

Gràfic 4. Taxes d'avortament per edats segon el lloc de naixement. Catalunya, 2008 i 2014



Font: elaboració pròpia amb dades del registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs a Catalunya i dades de població de l'Idescat.

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

Del conjunt 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 tres quartes parts dels embarassos en dones de 25 a 34 anys acaben amb un naixement (el 71,9%), el 18,1% d'embarassos que s'interrompen no representa una xifra gens menys-preable.

L'anàlisi de regressió logística multivariant mostra que les dones nascudes fora d'Espanya, les estudiants, les que han assolit l'educació secundària o més i les que viuen en ciutats mitjanes o grans presenten una probabilitat més elevada d'avortar, però 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 amb ningú pateixen fins a sis vegades més risc d'avortar respecte a les que sí que conviuen amb algú (95% IC: 5,69-5,35) i pateixen vuit vegades més risc d'avortar les dones amb dos o més fills anteriors que les que no en tenen cap (95% IC: 7,64-8,76).

L'associació del nivell educatiu i la manera 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'hi 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. S'observa un efecte protector del nivell d'estudis secundaris o superiors sobre l'avortament en dones que conviuen amb la seva parella o en dones nascudes a Espanya respectivament (taula 1).

Finalment, els indicadors demogràfics i l'estudi quantitatiu dels factors de risc en una IVE mostren la realitat de l'avortament a Catalunya, però no parlen sobre què hi ha rere la decisió d'avortar ni de quines són les raons i les motivacions que tenen les dones per fer-ho.

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

	N	%	Model univariant		Model multivariant	
			OR	95% IC	ORa	95% IC
País de naixement						
Espanya	44.158	12,7	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
Fora d'Espanya	21.269	29,5	2,86	(2,75-2,98)	2,86	(2,71-3,02)
Grandària de la població de residència						
<o = 10.000 hab	11.362	11,6	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
10.001-50.000 hab	18.991	14	1,24	(1,16-1,33)	1,13	(1,04-1,22)
>50.000 hab	35.441	22,3	2,19	(2,06-2,34)	1,9	(1,76-2,04)
Nivell educatiu						
Primària o menys	21.654	15,4	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
Secundària	23.650	28,1	2,14	(2,05-2,24)	3,62	(3,41-3,84)
Superior	17.366	10,8	0,67	(0,63-0,71)	1,61	(1,48-1,74)
Situació laboral						
Activa i altres*	55.847	18,5	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
Estudiant	540	41,1	3,08	(2,59-3,66)	2,22	(1,81-2,72)
Mestressa de casa	9.438	14,5	0,75	(0,70-0,80)	0,43	(0,40-0,46)
Convivència						
Sí	52.311	12,9	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
No	13.452	37,8	4,11	(3,93-4,29)	6,01	(5,69-6,35)
Nombre de fills anteriors						
0	35.940	12,8	<i>Ref.</i>		<i>Ref.</i>	
1	21.983	16,8	1,37	(1,31-1,44)	1,69	(1,60-1,78)
2 o més	7.902	45,7	5,72	(5,42-6,04)	8,18	(7,64-8,76)
Convivència i nivell educatiu						
No conviure i primària o menys	4.630	29,2			<i>Ref.</i>	
Conviure i secundaris	18.540	20,6			0,64	(0,57-0,72)
Conviure i superiors	14.823	6,4			0,36	(0,31-0,41)
País d'origen i nivell educatiu						
Estrangera i primària o menys	9.996	21,1			<i>Ref.</i>	
Espanyola i secundaris	16.845	18,9			0,48	(0,43-0,54)
Espanyola i superiors	14.573	8,2			0,47	(0,41-0,54)

Font: elaboració pròpia amb dades del registre oficial d'interrupcions voluntàries de l'embaràs a Catalunya i dades de l'estadística de naixements de l'INE; OR: *odds ratio* crua; ORa: *odds ratio* ajustada; IC: interval de confiança; * *altres* inclou pensionista i informació que no ha pogut ser classificada.

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

De les 25 noies entrevistades, 17 opten per continuar l'embaràs, mentre que 8 decideixen avortar; 14 tenen 30 anys o més i n'hi ha 11 que són més joves, i 17 es troben en una situació de parella estable (entre 6 o 11 mesos de durada de la relació), 6 estan casades i 11 en unió consensual. En el moment de l'embaràs, 22 dones treballen, 2 són mestresses de casa i 1 és estudiant. Tan sols 3 dones són nascudes fora d'Espanya.

La causa principal que les participants tinguin un embaràs no desitjat és l'ús inconsistent de l'anticoncepció. Un professional de la salut explica:

No vol dir que les dones no utilitzin l'anticoncepció, però no sempre la utilitzen de manera consistent. (Grup focal amb professionals sanitaris)

L'ús inconsistent de l'anticoncepció no és exclusiu de les dones que volen avortar, sinó que també es menciona a les entrevistes de les que continuen l'embaràs:

[Durant la relació sexual] Cada cop que no controlàvem, sabíem que podia passar. No en parlàvem. Ens era igual. (Victoria, 26 anys)

A través dels discursos de les mateixes dones embarassades i del discurs col·lectiu d'agents clau com ara els professionals sanitaris, s'ha explorat el procés que han seguit elles fins que s'han decidit a realitzar una 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 a 34 anys. Són els següents: 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 també la qualitat de la relació, el compromís establert entre els dos membres que en formen part i el projecte parental en comú (taula 2).

La resta de raons es jerarquitzen en funció del tipus de parella. Quan la parella és estable o assentada recentment, pren importància el desig de consolidar un estil de vida i de complir unes aspiracions, així com el desig de tenir una criatura 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. (Mónica, 25 anys)

Quiero esperarme un tiempo y luego ya... Y a parte que se asiente un poco la relación. Llevo seis 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 hi apareixen com a més estructurants són la situació econòmica i la xarxa de suport de què disposen elles.

Taula 2. Raons principals per decidir avortar entre les dones de 25 a 34 anys entrevistades

Raons	n	Descripció
Parella	8	No tan sols fa referència a l'existència o no de parella, sinó també a la qualitat de la relació, al compromís que s'estableix entre els dos membres de la parella i l'existència d'un projecte parental en comú.
Situació econòmica i/o professional	4	Fa referència al context de seguretat econòmica i de condicions de vida per tenir un fill, així com a l'autonomia econòmica en cas que no hi hagi parella o que no s'hi pugui comptar. La situació professional esdevé el mitjà per aconseguir ingressos econòmics, en lloc de ser un mitjà per aconseguir un estatus social. La raó econòmica està subjecta a la valoració personal que fa cada dona de la seva situació i no pas de les condicions objectives.
Situació material	3	Fa referència a les condicions d'habitatge, a la situació administrativa, etc. que han de permetre assegurar unes condicions de vida digna al fill. Les dones perceben aquests aspectes com uns factors d'estabilitat.
Xarxa social	2	Fa referència al suport d'algú proper (en particular, una amiga o la mare) quan no existeix parella o no s'hi pot comptar.
Edat	2	Dins del grup d'edat d'estudi, les dones situades a l'extrem inferior senten que l'avortament està legitimat socialment fins que la dona jove aconsegueixi les condicions de vida i els objectius (educatius, professionals, de parella, etc.) «propis» de la seva edat en el context d'una societat occidental del segle XXI.

Font: elaboració pròpia amb la informació obtinguda de les entrevistades; n: nombre de dones que anomenen cadascuna de les raons. La majoria d'entrevistades ha respost més d'un motiu.

[...] 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, 32 anys)

Por mi situación acá. Porque estoy sola, entiendes? Y es difícil... Sobre todo más el miedo de... de luego no saber qué hacer y todo lo demás. (Mariana, 29 anys)

L'edat, la situació laboral, les condicions materials o de l'habitatge són factors que apareixen en els relats de les dones, però que han estat posats 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 d'entre 25 i 34 anys, 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, tal 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).

Esdevé evident el lligam de la decisió amb un projecte parental a dos que mostra el pes de les representacions socials que valoren una maternitat compartida amb la parella, «fruit de l'amor», planificada. En canvi, és 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 l'excepció de la Violeta, la Victòria, la Vicenta.

[...] és una llàstima pensar que *algo* que és, se suposa 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 prendre 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 creant el seu futur professional. Aquestes dones es troben en una gran disjuntiva. El procés de decisió que seguiran estarà molt condicionat pel tipus de relació de parella que la pugui refermar. Una parella amb la qual no hi ha futur les 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 es posa clarament sobre la taula.

[...] al principi, encara que no tenia una relació gaire estable amb aquesta persona, doncs, la coneixia bastant i creia que podia tirar endavant, però quan t'ho penses tot millor i veus que no hi ha futur, t'adones que encara seria pitjor tindre un nen que no tindre'l. (Ivet, 27 anys)

Totes les dones que decideixen avortar pronuncien la frase «No és un bon moment». A través de les raons que tenen per decidir interrompre l'embaràs, justifiquen la seva decisió i han de tramatar un discurs que tingui sentit per a elles i per a la resta, per la qual cosa atorguen el pes a aquells motius que les ajuden a donar sentit a la seva història. El seu discurs reflecteix un sistema de normes i de valors.

Les ambivalències davant de l'embaràs no són exclusives de les dones que decideixen interrompre'l, però en aquestes cristallitzen totes les tensions que viuen les que tenen de 25 a 34 anys davant d'un embaràs no desitjat, que

no encaixa amb les seves aspiracions personals del moment, però a les quals la norma social demana que siguin mares. Sigui quin sigui el moment del curs vital de les dones que decideixen avortar, les expectatives socials que recauen damunt seu no s'adiuen amb la concepció que tenen de les seves pròpies condicions personals, de parella, professionals, econòmiques i materials que envolten l'embaràs i la xarxa social de suport de què disposen.

Per decidir com es resol la situació en cas que es produeixi un embaràs no desitjat, no es tracta que la dona de 25 a 34 anys compleixi les condicions que considera necessàries per ser mare, sinó que l'embaràs s'hi pugui adaptar. Independentment d'haver realitzat una mala gestió anticonceptiva, del desig de tenir una criatura i de planificar l'embaràs, per decidir si el pot tirar endavant o no, la dona que sap que espera una criatura es replanteja la seva situació tot considerant l'edat, el desig i les condicions socials, econòmiques, materials i de parella, és a dir, el seu moment del curs de vida.

Por la edad que tengo, yo ya lo tendría. Pero luego también miro todos los pros y, claro, me hacen dudar. Por eso, que es un sí, no sí, no, ¿sabes? Todos los días estoy así, dudando si tiro para adelante o no. En principio, yo quiero hacerlo, pero claro. (Jéssica, 32 anys)

Respecte a la determinació de tirar endavant una IVE, tot i contemplar els mateixos factors que es consideren per continuar la gestació, la construcció de la decisió és més complexa i hi ha una combinació més gran de factors segons el moment del curs de vida de cada dona, però la situació afectiva i de parella en constitueix l'aspecte més decisor. Més enllà del que ja avançaven les dades quantitatives sobre la importància de la situació de convivència amb una parella, la qualitat de la 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 un embaràs o per interrompre'l. 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 remet a la dificultat d'oferir al fill unes bones condicions de vida i de poder-lo cuidar autònomament si no hi ha cap parella. Conseqüentment, la situació professional, entesa com l'assoliment d'un estatus social, perd importància a 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 formi part d'un projecte a mitjà o a llarg termini amb aquella. De nou pren importància en la decisió la concepció que té la dona sobre les condicions d'arribada d'un fill.

6. Conclusions

Aquest és el primer estudi fet a l'Estat espanyol que aborda la qüestió de l'avortament de manera exhaustiva, és a dir, considerant el fenomen com a procés i combinant la metodologia quantitativa per estudiar la intensitat, el calendari i els factors associats a la decisió d'avortar, com també la qualitativa per explorar els motius que declaren les dones per no voler tenir la criatura.

Els resultats obtinguts mostren que l'impacte dels factors sociodemogràfics i reproductius en la decisió d'interrompre l'embaràs varien segons el grup d'edat i el moment del curs de vida com a determinant en la decisió d'avortar. Aquesta consideració coincideix amb els resultats d'altres autors (Shivo et al., 2003: 601-605; Font-Ribera et al., 2008: 125-;135; Font-Ribera et al., 2009: 415-419; Pérez et al., 2010: 524-530; Pérez et al., 2014: 162-169).

Les dones de 25 a 34 anys presenten els valors més baixos d'embarassos no desitjats. Això coincideix amb el fet que es troben a l'edat en què, dins del nostre context, es considera que és la idònia per tenir criatures. Tot i així, també n'hi ha que avorten.

Tal com també havien observat uns altres autors (Shivo et al., 2003: 601-605), entre les dones de 25 a 34 anys, el factor reproductiu —tenir algun fill anterior— i l'absència d'una parella estable s'han revelat com els aspectes determinants a l'estudi quantitatiu per decidir avortar. Aquest resultat suggereix la importància que atorga la dona d'aquesta edat a poder compartir el projecte parental i a la responsabilitat de tenir cura d'una criatura. Finalment, l'estudi quantitatiu de la IVE apunta cap a possibles lògiques socials i individuals per explicar per què el nombre d'avortaments no disminueix en el nostre context. Els indicadors demogràfics i l'estudi quantitatiu dels factors de risc en referència a una IVE mostren una part de l'explicació d'aquest fenomen a Catalunya, però no parlen de què hi ha rere la decisió d'avortar ni de quines són les raons i les motivacions que tenen les dones per fer-ho.

La decisió d'avortar en el tram d'edat que va de 25 a 34 anys no es deu únicament al fet que la dona hagi quedat embarassada en un moment d'instabilitat per a ella, sinó, sobretot, a un desencaix entre l'embaràs i el seu projecte vital i de parella en el moment d'haver concebut una criatura. Aquest resultat té relació amb estudis previs realitzats a Europa, als Estats Units o a Austràlia (Alex i Hammarstrom, 2004: 160-168; Bajos et al., 2002; Bajos i Ferrand, 2006: 96-117; Biggs et al., 2013: 11-29; Kirkman et al., 2010: 149-155). Finalment, la decisió d'avortar en aquest tram d'edat evidencia la complexitat del procés individual de la IVE, així com la tensió que es produeix entre el desig de quedar embarassada i la norma social existent en referència a la maternitat (Alex i Hammarstrom, 2004: 160-168; Kirkman et al., 2010: 149-155; Ferrer, 2012: 270-275).

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 que hi ha entre les intencions i les conductes. El concepte d'embaràs no desitjat s'ha mostrat amb tota la seva complexitat. Teòricament, és el resul-

tat d'una conducta de risc —per un ús inconsistent de l'anticoncepció quan no s'havia planificat la possibilitat de tenir una criatura—, però a la pràctica inclou una gran varietat d'intencions i de desitjos. Finalment, la frontera amb l'embaràs desitjat és difusa, tal com ja havien observat uns altres autors (Ferrer, 2012: 275-277; Bachrach i Newcomer, 1999: 251-252).

El desig i les intencions entorn de la maternitat no sempre es corresponen amb les conductes de cerca o de prevenció, la qual cosa condueix a embarassos no desitjats. La conducta sexual humana és complexa. Els itineraris al voltant de la concepció presenten rutes inesperades, i rere la categoria d'embarassos no desitjats s'observen antecedents pel que respecta a la planificació i a la pràctica anticonceptiva, com també trajectòries molt diferents de resolució de l'embaràs. 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.

La norma social de la maternitat té encara molt de pes en les contradiccions que experimenten les dones envers la maternitat. Les dones d'entre 25-34 anys senten una inquietud pel pas del temps i pel fet que moltes del seu entorn queden embarassades mentre elles encara no n'estan. Algunes vegades se senten qüestionades o pressionades per les persones del voltant, que les comparen amb 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 han pogut cobrir, entre les quals no tan sols hi ha l'edat, sinó també l'entrada a l'edat adulta, el fet d'haver finalitzat els estudis, l'emancipació personal, disposar d'ingressos i tenir una parella estable. Parafrasejant la sociòloga i demògrafa Nathalie Bajos (Bajos et al., 2002), podem dir que totes aquestes condicions defineixen el «bon moment» per esdevenir mares.

Tot i l'evident revolució actual en les relacions de gènere, la identitat de les dones encara contempla la maternitat com una dimensió important, i les representacions i l'organització social d'aquesta encara les fa responsables a elles de la cura de les criatures. Això les legitima a prendre la decisió d'interrompre o no l'embaràs, perquè són 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 maternitat que les seves mares i les seves àvies mitjançant mètodes anticonceptius eficaços, però continua havent-hi errades que són fruit de les dificultats femenines de gestionar la pròpia sexualitat i l'anticoncepció, de les seves relacions afectives, de les seves aspiracions personals i d'equilibrar-les amb normes i amb lògiques socials contradictòries que regeixen totes aquestes dimensions en el context en què viuen. De nou, l'embaràs no desitjat posa sobre la taula la tensió femenina entre una diversitat d'alternatives de vida i de formes familiars (Alex i Hammarstrom, 2004: 160-168; Kirkman et al., 2010: 149-155; Ferrer, 2012: 270-275).

La IVE, finalment, esdevé una opció perquè la dona sigui mare en el «bon moment» pel que respecta a la trajectòria personal, social i de parella, en detriment del desig que tingui de portar una criatura al món. A cavall de les normes socials, de les responsabilitats davant de l'embaràs i d'unes aspiracions i motivacions personals, la dona decideix interrompre l'embaràs talment com un

mal menor, tal com ha corroborat recentment un estudi internacional i multi-cèntric (Tsui et al., 2011: S1-24), anticipant-se i projectant la seva situació en el moment de la vinguda del fill. Això explica per què les IVE no disminueixen en contextos que, com l'espanyol, han definit uns objectius públics en matèria de SSR per fer-ne disminuir la xifra.

El conflicte cristal·litza amb tota la intensitat quan, en el projecte de vida, la parella és cabdal, tal com s'havia observat prèviament (Ferrer, 2012: 270-275). Les aspiracions de parella, i amb la parella, constitueixen un factor explicatiu d'una interrupció d'embaràs i, per tant, trobem IVE en dones amb parella o sense, indistintament. Quan la parella pren aquest rol, la concepció d'instabilitat respecte a uns altres aspectes (situació professional, material, etc.) queda relegada a un segon terme.

A l'imaginarí col·lectiu, l'avortament es presenta com una opció de la qual abans no es disposava tan fàcilment i que sembla que és factible per a algunes dones. Ara bé, continua sent una experiència difícil per a elles, no tan sols perquè senten la càrrega moral que comporta la decisió d'interrompre la possible vida que estan gestant, sinó també perquè les posa davant de les seves pròpies debilitats, en ser capaces de gestionar l'anticoncepció i també normes i aspiracions contradictòries, com ara saber gaudir de la sexualitat desvinculada de la reproducció; ser mare en un moment favorable, tant des del punt de vista econòmic com professional; així com, en primera instància, tenir una parella amb qui pugui projectar un futur en comú.

Finalment, serà molt interessant reproduir l'estudi de la IVE des d'aquesta perspectiva integral i de procés del fenomen a uns altres subgrups de dones que mostren comportaments ben diferenciats, en especial les adolescents, les quals s'ha observat que presenten un dels nivells més elevats d'embarassos no desitjats que es resolen amb una IVE, o les dones nascudes a l'estranger, que podrien explicar una bona part del descens actual de la xifra global d'avortaments a Catalunya.

Referències bibliogràfiques

- ALEX, L.; HAMMARSTROM, A. (2004). «Women's experiences in connection with induced abortion: A feminist perspective». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 160-168.
<<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>>
- ARACIL, E. (2003). «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*, 36, 35-53.
- ARIÈS, P. (1980). «Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West». *Population and Development Review*, 6 (4), 645-650.
<<https://doi.org/10.2307/1972930>>
- BACHRACH, C.A. i NEWCOMER, S. (1999). «Intended pregnancies and unintended pregnancies: Distinct categories or opposite ends of a continuum?». *Family Planning Perspectives*, 31 (5), 251-2.
<<https://doi.org/10.2307/2991577>>

- BAJOS, N. i FERRAND, M. (2006). «L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative». *Sociétés Contemporaines*, 61, 91-117.
<<https://doi.org/10.3917/soco.061.0091>>
- BAJOS, N.; FERRAND, M. i 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).
- BECK, U. (2001). «Todo por amor al hijo». A: BECK, U. i BECK-GERNSHHEIM, E. *El normal caos del amor*. Barcelona: Paidós.
- BERER, M. (2000). «Making abortions safe: A matter of good public health policy and practice». *Bulletin World Health Organisation*, 78 (5), 580-592.
<[https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(02\)00021-6](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(02)00021-6)>
- BAJOS, N.; FERRAND, M. i 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), 1-348
- BAJOS N, FERRAND M. (2006). «L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative». *Sociétés contemporaines*, 61, 91-117.
<<https://doi.org/10.3917/soco.061.0091>>
- BIGGS, M.A.; GOULD, H. i FOSTER, D.G. (2013). «Understanding why women seek abortions in the US». *BMC Women's Health*, 13 (29), 11-29.
<<https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-29>>
- BILLARI, F.; FREJKA, T.; HOBcraft, J.; MACURA, M. i VAN DE KAA, D. (2004). «Discussion of paper explanations of the fertility crisis in modern societies: A search for commonalities». *Population Studies*, 58 (1), 77-92.
<<https://doi.org/10.1080/0032472032000183762>>
- BONGAARTS, J.A. (1978). «Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility». *Population Development Review*, 14, 105-132.
<<https://doi.org/10.2307/1972149>>
- BRULLET, C. (2004). «La maternidad en Occidente y sus condiciones de posibilidad en el siglo XXI». A: CONCHA, A. de la i OSBORNE, R. (coord.). *Las mujeres y los niños primero: Discursos de la maternidad*. Madrid: Icaria, 201-227.
- DELGADO, M. i BARRIOS, L. (2007). *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- 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.
<<http://hdl.handle.net/10803/117441>>
- FINER, L.; FROHWIRTH, L.; DAUPHINEE, L.; SINGH, S. i MOORE, A. (2005). «Reasons why US women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives». *Perspectives on sexual and Reproductive Health*, 3 (37), 110-118.
<<https://doi.org/10.1363/3711005>>
- FONT-RIBERA, L.; PÉREZ, G.; ESPELT, A.; SALVADOR, J. i BORRELL, C. (2009). «Determinantes del retraso de la interrupción voluntaria del embarazo». *Gaceta Sanitaria*, 8 (5), 415-419.
<<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.08.001>>
- FONT-RIBERA, L.; PÉREZ, G.; SALVADOR, J. i BORRELL, C. (2008). «Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision». *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy Medicine*, 1 (85), 125-135.
<<https://doi.org/10.1007/s11524-007-9233-z>>

- GRUPO DE INTERÉS ESPAÑOL EN POBLACIÓN, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA (GIE) (2008). *Acceso al aborto en el estado español: Un mapa de inequidad*. Madrid.
- GUILLAUME, A.; BAJOS, N. i KONTULA, O. (2004). «Le comportement des jeunes Européens face à la santé génésique». *Études Démographiques: Serie Études Démographiques*, 42 (1).
- 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), 405-410. <<https://doi.org/10.1080/14034940210165181>>
- HOBcraft, J. (2006). «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*, 60(2), 153-187. <<https://doi.org/10.1080/00324720600646410>>
- INGLEHART, R. (1977). *The silent revolution: changing values and political styles*. Princeton: Princeton University Press, 1-496.
- KERO, A.; HÖGBERG, U.; JACOBSSON, L. i LALOS, A. (2001). «Legal abortion: A painful necessity». *Social Science and Medicine*, 53 (11), 1481-1490. <[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00436-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00436-6)>
- KIRKMAN, M.; ROSENTHAL, D.; MALLETT, S.; ROWE, H. i HARDIMAN, A. (2010). «Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia». *Sexual and Reproductive HealthCare*, 1 (4), 149-55. <<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.08.001>>
- LARSSON, M.; ANEBLOM, G.; ODLIND, V. i TYDEN, T. (2002). «Reasons for Pregnancy Termination, Contraceptive Habits and Contraceptive Failure Among Swedish Women Requesting an Early Pregnancy Termination». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81 (1), 64-71. <<https://doi.org/10.1046/j.0001-6349.2001.00169.x>>
- LESTHAEGHE, R. (1992). The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. *Working Papers*, 1-52.
- «Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del código penal». *Boletín Oficial del Estado*, núm. 166 (12 de juliol).
- «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. 55 (4 de març).
- LLÁCER-GIL DE RAMALES, A.; MORALES MARTÍN, C.; CASTILLO RODRÍGUEZ, S.; MAZARRASA ALVEAR, L. i MARTÍNEZ BLANCO, M.L. (2006). «El aborto en las mujeres inmigrantes: Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid». *Index Enfermería*, 15 (55), 13-17. <<https://doi.org/10.4321/s1132-12962006000300003>>
- MALMUSI, D. i PÉREZ, G. (2009). «Induced abortion in immigrant women in a urban setting». *Gaceta Sanitaria*, 23, sup. 1, 64-66.
- PEIRÓ, R.; COLOMER, C.; ÁLVAREZ-DARDET, C. i ASHTON, J.R. (2001). «Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions?: The cas study of Spain». *European Journal of Public Health*, 11, 190-194. <<https://doi.org/10.1093/eurpub/11.2.190>>
- PÉREZ, G.; GARCÍA-SUBIRATS, I.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; DÍEZ, E. i BORRELL, C. (2010). «Trends in inequalities in induced abortion according to educational level among urban women». *Journal of Urban Health*, 87 (3), 524-530. <<https://doi.org/10.1007/s11524-009-9394-z>>

- PÉREZ, G.; RUIZ-MUÑOZ, D.; GOTSSENS, M.; CASES, M.C. i RODRÍGUEZ-SANZ, M. (2014). «Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors». *European Journal of Public Health*, 24 (1), 162-169.
<<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt104>>
- RASCH, V.; GAMMELTOFT, T.; KNUDSEN, L.B.; TOBIASSEN, C.; GINZEL, A. i KEMPF, L. (2008). «Induced abortion in Denmark: Effect of socio-economic situation and country of birth». *European Journal of Public Health*, 18 (2), 144-149.
<<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm112>>
- ROSSIER, C.; MICHELOT, F.; BAJOS, N. i COCON GROUP (2007). «Modeling the process leading to abortion: An application to French survey data». *Studies on Family Planning*, 38 (3), 163-172.
<<https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x>>
- RUIZ-RAMOS, M.; IVÁÑEZ-GIMENO, L.; GARCÍA LEÓN, F.J. (2012). «Características socio-demográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera». *Gaceta Sanitaria*, 26 (6), 504-511.
<<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.017>>
- SHIVO, S.; BAJOS, N.; DUCOT, B.; KAMINSKI, M. i THE COCON GROUP (2003). «Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies». *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57 (8), 601-605.
<<https://doi.org/10.1136/jech.57.8.601>>
- SOLSONA, M. (1997). «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*. París: CICRED, 171-190.
- TSUI, A.O.; CASTERLINE, J.; SINGH, S.; BANKOLE, A.; MOORE, A.M. i OMIEYI, A.K. (2011). «Managing unplanned pregnancies in five countries: Perspectives on contraception and abortion decisions». *Global Public Health*, 6, sup. 1, S1-24.
<<https://doi.org/10.1080/17441692.2011.597413>>
- UNITED NATIONS (UN) (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Nova York: UN. Recuperat el 3 d'octubre de 2006, de <<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), 1-57.
- ZURRIAGA, O.; MARTÍNEZ-BENEITO, M.A.; GALMÉS TRUYOLS, A.; TORNE, M.M.; 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, sup. 1 (1), 57-63.
<<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.012>>