

## Monografies

# La planificació de l'embaràs a Barcelona

**Glòria Pérez, Dolores Ruiz-Muñoz.** Servei de Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona

**Elia Díez.** Servei de Programes i Intervencions Preventives, Agència de Salut Pública de Barcelona

**Carles Ariza.** Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció, Agència de Salut Pública de Barcelona

## 1. Introducció

Tot i els avenços en el reconeixement dels drets sexuals i reproductius de les dones, la planificació de l'embaràs encara és un dels grans objectius per acabar d'assolir.

Aquest estudi pretén mostrar les desigualtats socials i econòmiques en la planificació de l'embaràs a la ciutat de Barcelona. Aquest objectiu s'assolirà descrivint la fecunditat, la realització d'avortaments i l'ús de contraceptius segons el grup d'edat, la posició socioeconòmica, el lloc de residència i el país d'origen de les dones residents a la ciutat de Barcelona, així com l'evolució temporal.

Les fonts de dades de població utilitzades són el padró municipal continu i el cens de població del Servei d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Per altra banda s'han fet servir les dades d'avortaments del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs del Departament de Salut i les dades del Registre de Naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Altres fonts d'informació emprades són: el Registre de Defectes Congènits de la Ciutat de Barcelona (REDCB) i l'Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària de Barcelona, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008a) dels anys 2004 i 2008, ambdós de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. L'enquesta FRESC es realitza a mostres representatives

d'escolars de la ciutat que cursen quart d'educació secundària obligatòria (ESO), que correspon si fa no fa als 16 anys d'edat, i segon de batxillerat i cicles formatius grau mitjà (CFGM), pels volts dels 18 anys.

Com a limitacions de la informació cal dir que no es recull informació a partir de la qual poder obtenir la classe social de la dona, ni en el cas dels naixements, ni dels avortaments. En aquests darrers, la dona declara el nivell d'estudis, d'on hem deduït la posició socioeconòmica. Per altra banda, no existeix una font primària d'informació, de forma que no es té informació d'aquella població en què la sexualitat no està lligada a la reproducció, com per exemple en la menopausa. En les enquestes de salut de la ciutat, no s'hi han inclòs aspectes relacionats amb la sexualitat, ja que són sensibles per a les persones enquestades i acostumen a abordar-se amb enquestes específiques de salut sexual, que a la ciutat de Barcelona no s'han realitzat mai. Només en el cas dels joves escolaritzats es realitzen algunes preguntes sobre relacions sexuals i ús d'anticonceptius en l'àmbit d'una enquesta molt més àmplia. En resum, no es disposa d'informació específica i primària sobre la sexualitat de la població de Barcelona, la qual cosa dificulta la planificació i l'avaluació d'intervencions.

## 2. El concepte de desigualtat i la planificació de l'embaràs

L'any 1994 les Nacions Unides van definir la salut sexual com el dret a una

sexualitat satisfactòria i sense riscos, i la salut reproductiva com la capacitat de tenir fills i/o filles amb llibertat per decidir quan, com i amb quina freqüència es volen tenir. La sexualitat i la reproducció es troben íntimament lligades en un període molt ampli de la vida de la dona i és aleshores quan la planificació de l'embaràs té sentit. La planificació de l'embaràs facilita que la dona controli millor la seva vida i també contribueix al desenvolupament del nadó i a la seva salut futura.

L'abordatge habitual de la planificació de l'embaràs és a partir de la "no planificació de l'embaràs". Un embaràs no planificat és aquell que es produeix de forma no intencionada, i que pot ser un embaràs desitjat o no. Davant d'un embaràs no planificat, la dona ha de prendre la decisió d'avortar o de prosseguir amb l'embaràs. Aquest tipus d'embarassos són evitables realitzant un bon ús de mètodes efectius de planificació.

El concepte de desigualtats socials i econòmiques fa referència a les diferències d'oportunitats i recursos vinculats a la salut de les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori (Whitehead, 1992). A l'Estat espanyol, des de la publicació de l'informe *Desigualdades sociales en salud en España* (Navarro, Benach i col·l., 1996) s'ha dut a terme molts treballs que posen de manifest les desigualtats socials i econòmiques en l'àmbit de la salut, i que han mostrat que les persones de classes socials més privilegiades tenen més bona salut que les de classes més desa-

favorides. No existeix massa evidència científica sobre les desigualtats socials i econòmiques en la planificació de l'embaràs en el nostre país. En els escassos estudis realitzats en altres països es conclou que els embarassos no planificats són més freqüents en dones joves, sense parella, amb un nivell d'estudis baix i amb un nivell d'ingressos baix.

### La planificació de l'embaràs i els seus determinants

La relació que s'estableix entre els diferents determinants, i que regeix la intencionalitat de l'anàlisi d'aquest estudi, queda explicada en el model conceptual adaptat del de Dalghren i Whitehead (1991). La manera com una dona viu la seva sexualitat determina la planificació de l'embaràs i, segons com es faci aquesta planificació, hi haurà o no un embaràs. Davant d'aquest embaràs, la dona tindrà dues opcions: dur-lo a terme o avortar. En tot aquest procés hi intervenen els factors individuals no modificables (edat de la dona), al voltant dels quals hi ha tot l'entramat de determinants que acaben influint en la planificació de l'embaràs. Primer, hi ha la classe social i la posició socioeconòmica de la dona (nivell d'estudis, ingressos, país d'origen). A continuació, hi ha les influències socials i comunitàries, marcades principalment per la interacció amb les persones de l'entorn immediat (lloc on es viu, creences, entorn familiar). Però a més i en un àmbit superior que engloba els anteriors, hi ha les condicions de vida i de treball

(mercat laboral, serveis sanitaris, educació) i, finalment, el context polític, social i econòmic.

### L'edat de la dona i la planificació de l'embaràs

De totes les dones en edat fèrtil, dos grups d'edat estan en més risc de tenir embarassos no planificats: les adolescents i les dones de més de 40 anys. Les dones més grans poden tenir menys opcions anticonceptives i, a més, algunes dones en la perimenopausa poden assumir erròniament que ja no són fèrtils quan encara ho són (Klima, 1998).

En el cas de l'adolescència, és un període de transició amb canvis biològics, psicològics i socials, i és també un període de formació, d'aprenentatge i d'adquisició de responsabilitats. A més, en l'adolescència s'interioritzen les aptituds i actituds que conformaran la identitat i el rol de cada persona en la trama social. L'adolescència és un període de gran vulnerabilitat a les conductes de risc, en què la sexualitat desperta un gran interès.

La majoria dels embarassos que es donen en l'adolescència són no desitjats. Un dels motius principals per prevenir-los és perquè aquestes dones finalitzin la seva educació i adquireixin els coneixements fonamentals que els permeti assolir el seu creixement personal (UNICEF, 2001). L'embaràs força moltes adolescents a considerar el seu futur, tant educatiu com laboral, abans d'hora.

Existeix evidència de la relació entre la pobresa i l'embaràs adolescent. L'em-

baràs adolescent és més freqüent entre les dones de les classes socials més desfavorides i tendeix a ser menor en els països més igualitaris. En els països més rics i entre les dones de classes socials més afavorides, l'ús de contracepció és més freqüent. En canvi, entre les dones de classes més desfavorides és més freqüent l'avortament i la píndola postcoital (Jewell, Tacchi i Donovan, 2000). També cal esmentar que en molts entorns culturals, com ara en els països on la religió predominant és la musulmana i en alguns països llatinoamericans, les parelles es formen essent molt joves i ja fan plans per formar una família i tenir fills. En aquest entorn, els embarassos adolescents no es veurien com un problema (Arai, 2007).

### La posició socioeconòmica i la planificació de l'embaràs

La posició socioeconòmica de la dona remet als factors socials i econòmics que influeixen sobre la posició individual o dels grups en l'estructura de la societat. La posició socioeconòmica es deriva de l'ocupació, el nivell d'estudis, els ingressos, i altres indicadors de benestar i riquesa (Krieger, Williams i Moos, 1997). S'ha descrit que les dones amb un nivell d'estudis i d'ingressos més baixos tenen més embarassos no planificats (Williams, 1991), fan servir anticonceptius menys eficaços i tenen menys coneixements sobre l'anticoncepció d'emergència (Jackson *et al.*, 2000).

La posició socioeconòmica està relacionada amb altres factors socials, com

el gènere i l'ètnia (Krieger, Williams i Moos, 1997).

El concepte de gènere inclou tots aquells factors associats a les diferents formes de socialització dels homes i les dones i, per tant, tot allò que té a veure amb els rols familiars i socials (Kunkel, 1996). La societat assigna papers diferents a homes i dones en el camp laboral, en el social i en el familiar (Krieger, 2003). Les desiguals relacions de poder entre homes i dones es manifesten també en la sexualitat, on allò masculí encara es tradueix com a subjecte que desitja i allò femení s'associa a objecte del desig. Tot això s'esdevé en una societat canviant, en què la correspondència entre el binomi home-dona i el binomi de gènere masculí-femení cada vegada sembla menys sostenible. Per altra banda, la societat emet missatges contradictoris sobre la sexualitat, ja que mentre que des de l'àmbit de la salut es recomana l'ús de preservatius per prevenir els embarassos, les infeccions de transmissió sexual (ITS) i la infecció pel VIH sida, en altres sectors socials, com ara els religiosos, es preconitzen models i valors lligats a la feminitat i la masculinitat contraris al model desitjable en què homes i dones tinguin coneixements i habilitats que els permetin controlar la seva trajectòria vital i, en conseqüència, la seva sexualitat.

Està demostrat que existeixen desigualtats segons l'origen de les persones (Muntaner, Nieto i O'Campo, 1996), lligat a seva càrrega cultural, a la classe social i a com aquesta pot variar en fun-

ció de la situació al país d'arribada. Pel que fa a la planificació de l'embaràs, s'ha observat que les dones immigrants realitzen més freqüentment avortaments i s'apunten, com a causes d'això, que aquestes dones reben menys informació i tenen menys experiència en l'ús de mètodes contraceptius eficaços (Helström, Zättersröm i Odland, 2006).

#### Condicions intermèdies relacionades amb la planificació de l'embaràs

Les condicions intermèdies són les relacionades amb l'entorn social i comunitari (la família, les xarxes socials). Es pot fer la hipòtesi que existeixen desigualtats en la planificació de l'embaràs segons la posició socioeconòmica del lloc de residència, independentment de la posició socioeconòmica individual basant-nos en l'evidència generada pels estudis que troben desigualtats socials en salut segons la posició socioeconòmica del lloc de residència, ja que no n'existeix evidència pel que fa a la planificació de l'embaràs.

#### El context polític, econòmic i social

En últim terme, la planificació de l'embaràs està influenciada pel context polític, econòmic i social del país. Des del govern es determinen les polítiques socials que es duen a terme al territori, com ara les polítiques d'educació (accessibilitat a l'educació), les polítiques sanitàries (disponibilitat d'anticonceptius eficients), les polítiques de mercat laboral (drets laborals). Altres lleis, com

la de l'avortament, determinen l'accés de la dona a la possibilitat d'avortar.

Els països amb més tradició democràtica i de benestar són alhora els que més formulen polítiques per a la reducció de les desigualtats socials. Des d'aquesta perspectiva es pot afirmar la relació entre la formulació de polítiques socials i el bagatge històric i polític d'un país.

Durant el segle xx s'han experimentat canvis profunds en el comportament reproductiu de la població dels països desenvolupats. D'una banda, la major participació de la dona en el mercat laboral i la millora de l'accés a l'educació així com la possibilitat de fer servir anticoncepció efectiva o accedir a l'avortament i, de l'altra, la disminució de la mortalitat infantil i els millors resultats dels embarassos han contribuït, entre altres coses, a la disminució del nombre de fills i/o filles per dona en edat fèrtil i al retard de l'edat en què les dones tenen el primer fill o filla.

La introducció de l'anticoncepció oral als Estats Units l'any 1959 va ser un esdeveniment clau en la planificació de l'embaràs (Diezfallusy, 2002). A l'Estat espanyol els mètodes contraceptius no es van legalitzar fins l'any 1978 però, malgrat el retard, la proporció d'ús és similar a la d'altres països amb més tradició d'ús. L'arribada més recent de l'anticoncepció d'emergència o píndola postcoital ha obert una nova possibilitat d'evitar els embarassos no desitjats després d'una relació sexual no protegida (Jackson *et al.*, 2000).

La interrupció de l'embaràs s'ha fet sempre i a tot arreu, però fins a mitjan segle xx no es va regular en la majoria dels països europeus amb la finalitat de protegir la vida i la salut de les dones. Les lleis sobre l'avortament han estat sotmeses a diferents vaivens polítics. Un dels primers països a legalitzar l'avortament va ser la Unió Soviètica, tot i que el va tornar a il·legalitzar l'any 1936 pels plans natalistes d'increment de la població. Durant els anys trenta del segle xx es va legalitzar a diversos països, alguns del nord d'Europa (Dinamarca, Suècia i Islàndia), a més de Polònia i Turquia. A Catalunya l'avortament es va legalitzar l'any 1937 mitjançant un decret de la Generalitat de Catalunya (DOG, 1937) que va ser anul·lat el 1939 per la dictadura. No va ser fins l'any 1985 que es va tornar a despenalitzar l'avortament al nostre país (BOE, 1985). Durant tot aquell temps moltes dones van avortar de forma clandestina o bé viatjant a altres països –com Anglaterra o Holanda– on podien interrompre l'embaràs de forma més segura. L'any 1985 van avortar 18.000 dones espanyoles a Anglaterra i deu anys després només 66 (Peiró *et al.*, 2001).

L'actual llei de despenalització de l'avortament permet la realització de l'avortament en tres supòsits legals: quan l'embaràs és el resultat d'una violació es pot realitzar l'avortament en el primer trimestre de gestació. Si existeix risc d'anomalies congènites en el fetus es pot avortar durant els dos primers trimestres d'embaràs. I el tercer supòsit

legal, sota el qual es realitza el 97% dels avortaments, és el risc per a la salut mental (objectivable amb un informe psiquiàtric) i física de la dona. Tot i que en aquest últim supòsit el legislador no va indicar límit temporal, el 94% dels avortaments del nostre país es realitzen en les primeres 17 setmanes de gestació, la qual cosa sembla indicar cert acord professional per realitzar els avortaments en el primer trimestre. La llei de l'any 1985 es podria veure substancialment modificada per l'anunciat avantprojecte de llei de salut sexual i reproductiva, anomenada "llei de terminis", que regularia l'avortament durant el primer trimestre de l'embaràs.

### 3. Planificació de l'embaràs a Barcelona

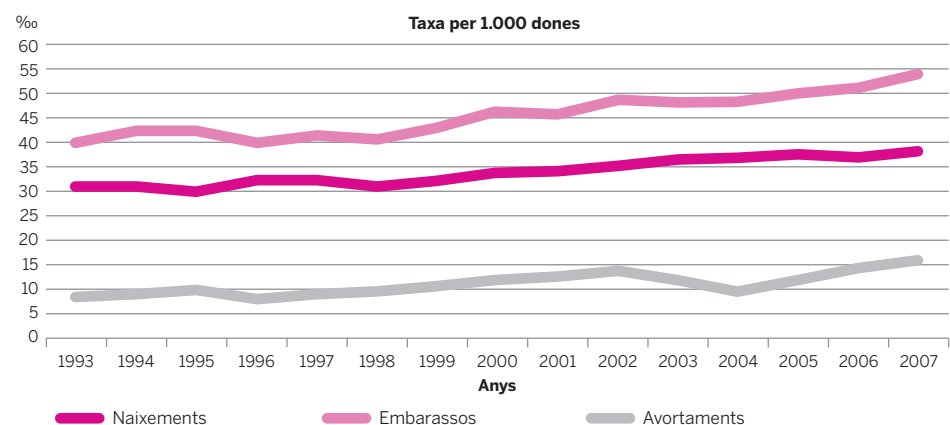
#### Desigualtats per país d'origen en la planificació de l'embaràs

En els anys més recents s'està produint un augment important de la natalitat

a la ciutat, en part per les generacions plenes que van néixer en el *baby boom* dels anys setanta del segle xx i en una bona part per l'increment de població estrangera a la ciutat en la darrera dècada. Els naixements de nadons amb un o dos progenitors d'origen estranger han passat de ser el 3,9% el 1996 al 20,9% el 2008 (Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, 2008). A partir del 1999 s'observa un creixement molt sostingut dels naixements de nadons fills de persones immigrades, amb un creixement interanual del 13,7% i un pic del 21,6% l'any 2002 (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008a).

Tal i com mostra la figura 1 la fecunditat creix al mateix temps que els embarassos entre les dones en edat fèrtil. Els embarassos són la suma d'ambdós indicadors. Les dones immigrants que han arribat a la ciutat són joves, en edat fèrtil, se situen entre les classes socials més desfavorides –com

Figura 1. Evolució de la fecunditat, els embarassos i els avortaments en les dones de 15 a 49 anys. Barcelona, 1993-2007



Font: Informe de Salut de Barcelona, 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

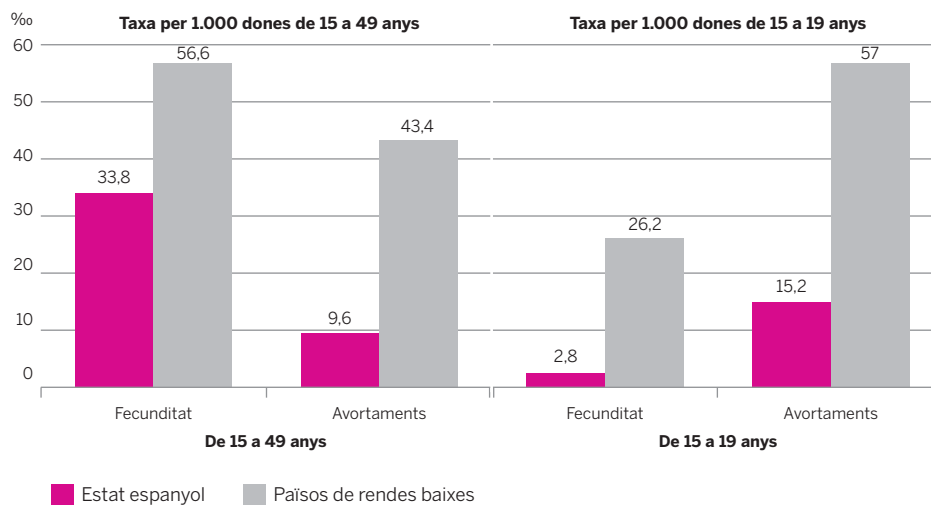
mostra l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2006 (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008b) i la majoria provenen de països de rendes baixes. L'any 2007 la taxa de fecunditat (nombre de naixements per cada 1.000 dones en un grup d'edat i un període de temps) entre les dones que provenen de països de rendes baixes va ser de 56,6 per 1.000 dones de 15 a 49 anys, mentre que en les dones nascudes a l'Estat espanyol la taxa de fecunditat va ser de 33,8 per 1.000 dones (figura 2). L'agrupació en un mateix grup de les immigrants no deixa de ser una limitació, perquè una de les característiques de la immigració de la ciutat és justament la seva diversitat quant a països i regions d'origen i, per tant, la seva diversitat cultural, social i de creences. Cal destacar l'alta fecunditat de les dones que provenen del Pakistan i del Magrib en el rang d'edat fèrtil de forma global. Entre les dones més joves cal destacar la fecunditat de les que provenen de Romania i d'alguns països llatinoamericans, com l'Equador i Bolívia (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008a).

La fecunditat entre les adolescents també és molt més alta entre les que provenen dels països de rendes baixes, de 26,2 per 1.000 dones de 15 a 19 anys, mentre que entre les adolescents espanyoles va ser de 2,8 per 1.000 dones de 15 a 19 anys (figura 2). Crida l'atenció l'important increment d'embarassos i avortaments entre les adolescents i joves de la ciutat els darrers anys (figura 3).

Anualment es produeixen 16 avortaments per cada 1.000 dones de 15 a 49 anys a Barcelona. Aquesta taxa és

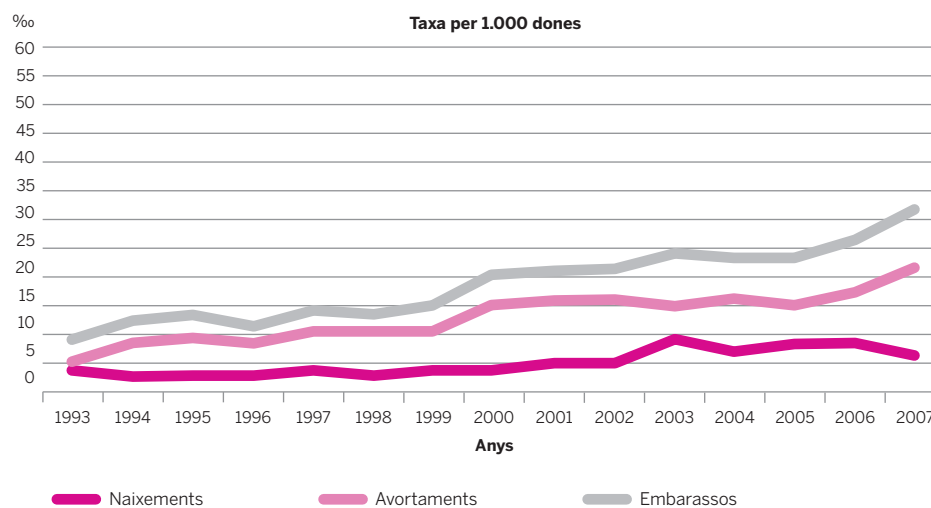
de 44 per 1.000 dones en les dones que provenen de països amb rendes baixes, mentre que entre les dones autòctones

**Figura 2. Fecunditat i avortaments segons el grup d'edat i el país d'origen de la dona. Barcelona, 2007**



Font: Informe de Salut de Barcelona, 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 3. Evolució de la fecunditat, els embarassos i els avortaments en les dones de 15 a 19 anys. Barcelona, 1993-2007**



Font: Informe de Salut de Barcelona, 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

la taxa és de 9,5 per 1.000, és a dir, entre les dones immigrants de països no desenvolupats la taxa d'avortament és quatre vegades superior que la de les dones espanyoles (figura 2). Per països d'origen, les dones que provenen de Bolívia i de Romania són les que van mostrar les taxes d'avortament més altes, mentre que les que provenen de l'Argentina i de la Xina tenen taxes similars a les de les autòctones i, entre les dones de Mèxic, la taxa d'avortament va ser inferior a la de les espanyoles. La relació entre les taxes de les dones de països no desenvolupats i les autòctones es va mantenir entre les dones més joves (Malmusi i Pérez, 2009).

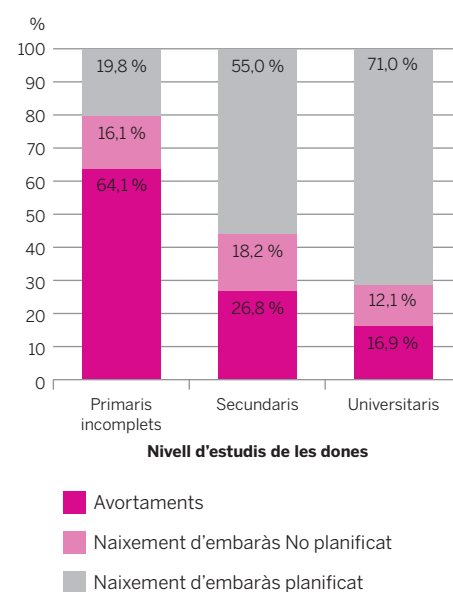
Per entendre la relació entre els nivells d'anticoncepció eficaç i l'avortament, cal tenir en compte també la natalitat. La ciutat de Barcelona té un dels índexs de natalitat més baixos d'Europa i l'edat en què les dones tenen el primer fill o filla és més alta que la mitjana europea, tot i l'increment dels darrers anys; és a dir, les dones volen tenir pocs fills i/o filles. Per tant, tenen més risc de tenir embarassos no planificats (Marston i Cleland, 2003). En aquests casos, si no s'incrementa la cobertura d'anticoncepció efectiva, els avortaments poden augmentar.

### Desigualtats per posició socioeconòmica en la planificació de l'embaràs a Barcelona

En un estudi recent realitzat a Barcelona (Font-Ribera *et al.*, 2008), vam poder establir que el 41,8% dels embarassos

no s'havien planificat i, d'aquests, el 60% va acabar en un avortament. De tots els embarassos, el 25,6% va acabar en un avortament. Comparades amb les dones universitàries, les dones amb l'educació primària incompleta tenen un risc 7,2 vegades superior de tenir un embaràs no planificat. Tal i com es mostra a la figura 4, existeixen desigualtats profundes per posició socioeconòmica de la dona barcelonina, tant en la planificació de l'embaràs com en la realització de l'avortament, que mostra un gradient per posició socioeconòmica en què les dones amb menys estudis planifiquen menys l'embaràs i avorten més que les universitàries.

**Figura 4. Desenllaç de l'embaràs segons el nivell d'estudis de la dona. Barcelona, 1997-2003**



Font: Elaboració a partir de les dades de Font-Ribera *et al.*, 2008.

La relació entre el nivell d'estudis i el desenllaç de l'embaràs (avortament o naixement) varia segons l'edat de la dona i la convivència en parella (Font-Ribera *et al.*, 2008). A Barcelona, les desigualtats per posició socioeconòmica de les dones en el desenllaç de l'embaràs són fortes en les dones que conviuen amb la parella, i desapareixen o canvien de sentit en les que no hi conviuen. Les dones de classes socials desfavorides de la ciutat que no conviuen amb la parella, i sobretot si són joves, tendeixen menys a fer avortaments, indicant que potser tenen dificultats per accedir als serveis d'avortament. Les embarassades que conviuen amb la parella, que són la majoria a la ciutat (83%), es decanten per interrompre voluntàriament un embaràs com menys estudis tenen. Això es deu en part al fet que aquestes dones tenen més embarassos no planificats que les dones amb més recursos. Segons aquest estudi, davant d'un embaràs no planificat, les dones de classes socials desfavorides també tendeixen més a avortar que les que tenen estudis universitaris. Una possible explicació seria que, davant d'un embaràs que no s'ha buscat, tenint una parella estable, les dones amb més recursos es veuen més capaces de tirar endavant l'embaràs. Les dones amb menys recursos, encara que tinguin també una parella estable, es veuen més limitades en la decisió de prosseguir l'embaràs perquè no poden afrontar la situació econòmica de tenir un fill o filla.

### Desigualtats per lloc de residència en la planificació de l'embaràs a Barcelona

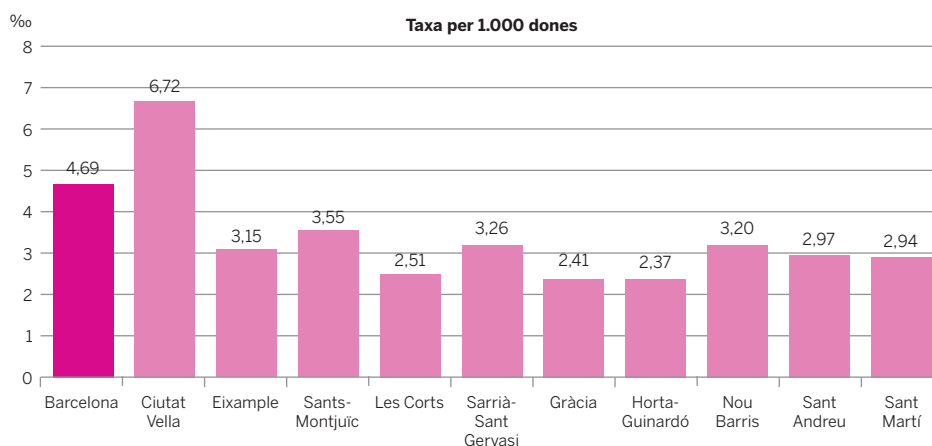
La taxa d'avortaments en les dones de 15 a 49 anys és similar en tots els districtes de la ciutat, excepte a Ciutat Vella, on la taxa dobla la de la resta de districtes. Les dones d'aquest districte són les que presenten un nombre més alt d'interrupcions de l'embaràs, amb taxes que doblen les observades a la resta de districtes de la ciutat (figura 5). Els avortaments en les dones més joves mostren una distribució similar per districtes.

La fecunditat entre les dones més joves (de 15 a 19 anys) també mostra un patró de desigualtat territorial, de forma que en els barris més pobres de la ciutat és on apareix la taxa més alta de fecunditat en l'adolescència (figura 6).

### Evolució de la planificació de l'embaràs

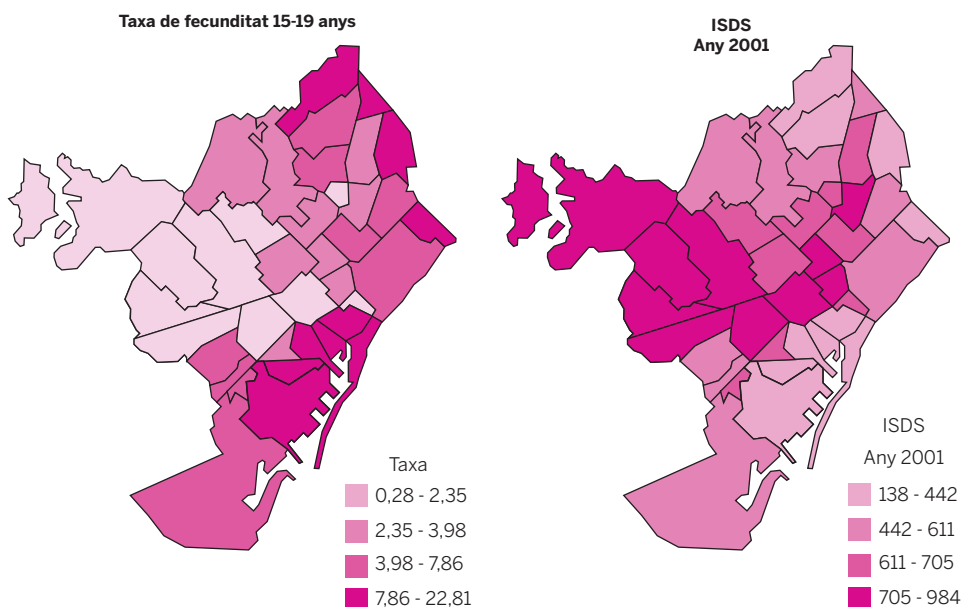
L'avortament ha crescut a la nostra ciutat i ha passat de 10 avortaments per 1.000 dones de 20 a 44 anys en el quinquenni 1992-1996 a 14 avortaments per 1.000 dones entre els anys 2000 i 2004 (Pérez *et al.*, 2009). La taxa d'avortament és més alta entre les dones més joves (de 20 a 24 anys) (figura 7). Els avortaments han augmentat en tots els grups d'edat, tot i que entre les dones joves el creixement ha estat més important. Per nivells d'estudis, en el primer període les taxes d'avortament eren similars en les dones de les tres posicions socioeconòmiques, mentre que en el darrer

**Figura 5. Taxa d'avortaments en dones de 15 a 49 anys segons el districte de residència. Barcelona, 1991-2005**



Font: Garcia-Subirats, I.; Pérez, G. "Estudi ecològic de les desigualtats socials i econòmiques en salut reproductiva en els barris de Barcelona" (informe inèdit).

**Figura 6. Taxa de fecunditat per 1.000 dones de 15 a 19 anys segons el barri de residència (Barcelona, 1991-2005) i índex sintètic de desigualtat social (ISDS) dels barris de Barcelona (Barcelona, 2001)**



Font: mapes elaborats per I. Garcia-Subirats i G. Pérez per a l'"Estudi ecològic de les desigualtats socials i econòmiques en salut reproductiva en els barris de Barcelona" (informe inèdit).  
 Nota: L'índex sintètic de desigualtat social (ISDS) per barris s'ha obtingut de l'Anuari Estadístic de la ciutat de Barcelona 2007. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

període els avortaments augmenten sobretot en les dones amb menys estudis (figura 8). Encara que, per ara, no es disposa de suficients dades sobre el país d'origen de les dones que avorten per analitzar tendències, les dades que s'han presentat prèviament permeten suposar que part del creixement del període és degut a l'increment de la població de dones immigrants (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008a).

Tal i com ja apuntaven les figures anteriors, l'avortament augmenta en les dones de posicions socioeconòmiques més desfavorides, i d'aquestes, és entre les dones més joves que augmenta més (figura 9, ). Tot i que caldria esperar que les dones de classes més privilegiades poguessin planificar millor

l'embaràs mitjançant l'ús de contraceptius eficaços, les dades mostren que les dones més joves amb estudis universitaris mantenen les mateixes taxes d'avortament i fins i tot augmenten lleument (figura 8).

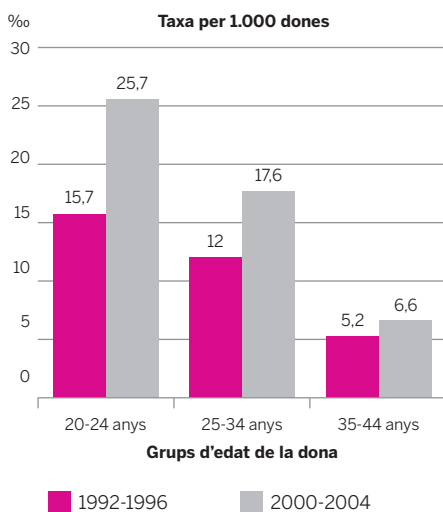
Aquests resultats mostren que les dones de classes socials menys privilegiades tenen més embarassos no desitjats. Això pot indicar que aquestes dones tenen més dificultats per fer servir de forma continuada i eficaç mètodes contraceptius, però també pot reflectir un augment del percentatge de població que té relacions sexuals o del rang d'edat en què es tenen. En aquest sentit, les enquestes FRESC (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008c) realitzades els anys 2004 i 2008 a Barcelo-

na mostren que en aquest període s'ha produït un increment del percentatge d'estudiants de quart d'ESO (16 anys) i de segon de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (18 anys) que ha tingut relacions sexuals amb penetració (figura 10, a la pàgina següent).

Els embarassos en les noies més joves en general no són la conseqüència d'un procés de decisió, ja que el 82% dels embarassos en l'adolescència no es va planificar (Font-Ribera *et al.*, 2008). La decisió de realitzar un avortament en el cas de les dones més joves pot estar relacionada amb múltiples factors: la dificultat de criar una criatura sense parella, perquè en molts casos no hi ha una parella consolidada; el desig de continuar estudiant, o la impossibilitat de compatibilitzar la incipient vida laboral amb la familiar. Existeix evidència de la relació entre la pobresa i l'embaràs adolescent. Aquest és més freqüent entre les dones de classes socials més desfavorides i tendeix a ser més freqüent en els països en què hi ha més desigualtats. En els països on les desigualtats són menors (com els del nord d'Europa), on es fa educació sexual de qualitat i també on la societat és més oberta amb la sexualitat, els embarassos adolescents es prevenen més fàcilment.

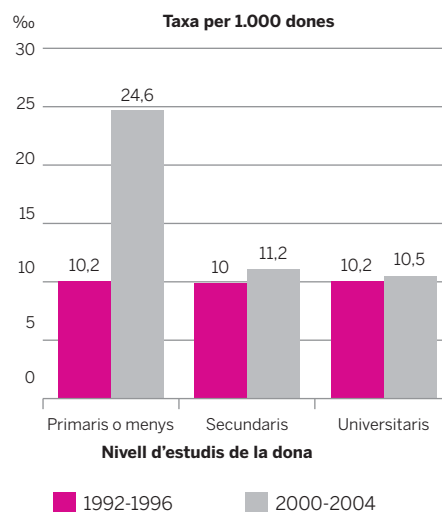
Les causes dels embarassos adolescents són més complexes que la simple falta de coneixements, tot i que també existeix, com han posat de manifest diversos estudis que mostren els importants dèficits informatius sobre l'anti-concepció oral, el DIU, el diafragma i el

**Figura 7. Evolució de la taxa d'avortaments per grups d'edat. Barcelona, 1992-1996 i 2000-2004**



Font: elaboració a partir de les dades de Pérez *et al.*, 2009.

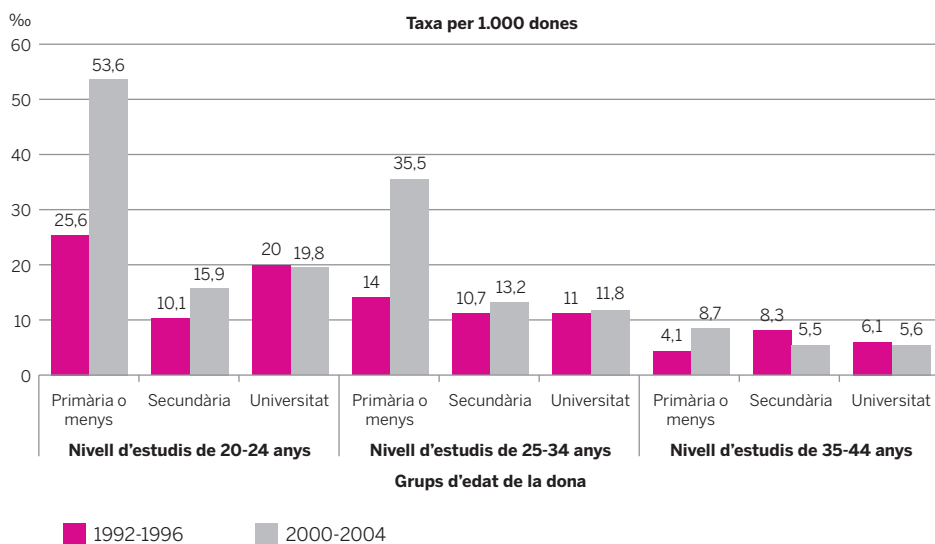
**Figura 8. Evolució de la taxa d'avortaments segons el nivell d'estudis. Barcelona, 1992-1996 i 2000-2004**



Font: elaboració a partir de les dades de Pérez *et al.*, 2009.

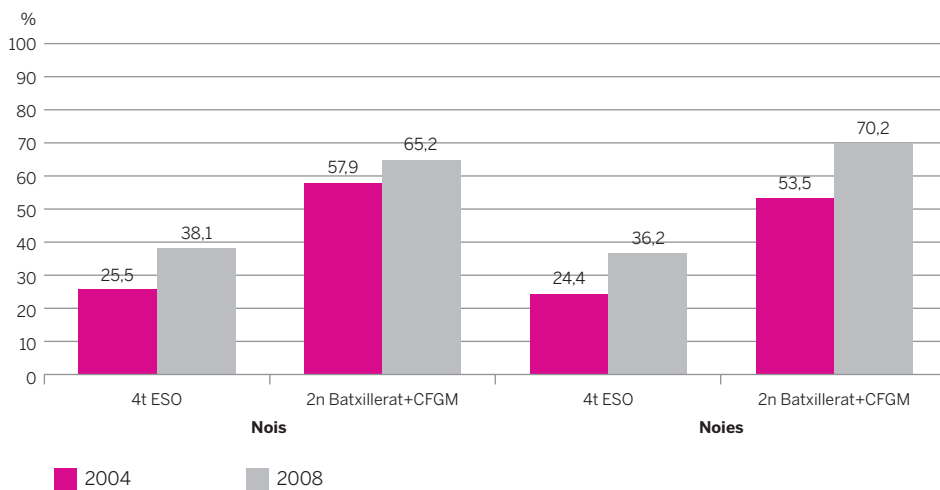


**Figura 9. Evolució de la taxa d'avortaments per grup d'edat i nivell d'estudis. Barcelona, 1992-1996 i 2000-2004**



Font: elaboració a partir de les dades de Pérez et al., 2009.

**Figura 10. Evolució de la freqüència de nois i noies que han tingut relacions sexuals amb penetració segons el curs. Barcelona, 2004 i 2008**



Font: dades elaborades a partir de les enquestes FRESC 2004 i 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

preservatiu femení dels i les adolescents. En un estudi recent es va trobar que, a banda de l'educació sexual, la to-

lerància social i familiar i les habilitats per a la comunicació dels i les adolescents es relacionava amb l'ús d'anticon-

cepció en les primeres relacions sexuals (Stone i Ingham, 2002). Això confirma la importància del treball de les habilitats de comunicació en els programes d'educació sexual (Kirby, Laris i Rolleri, 2007; Diez et al., 2009).

Ja s'ha comentat el fet que els nois i les noies que tenen més intimitat amb la parella i que senten que poden discutir-hi i negociar-hi són els que més freqüentment utilitzen anticoncepció. Dintre d'aquest marc sembla que la incapacitat per parlar de contracepció és més freqüent entre els joves i les joves de classes socials més desfavorides (Males, 2004).

Pel que fa al mètode anticonceptiu utilitzat entre els estudiants que han mantingut relacions sexuals, el 83,3% dels nois i el 88,3% de les noies de quart d'ESO declaren que fan servir habitualment preservatius, mentre que el percentatge augmenta al 91,2% en els nois de segon de batxillerat o CFGM i disminueix fins al 86,7% en les noies de segon de batxillerat o CFGM (figura 11). En aquest curs, les noies utilitzen amb més freqüència la píndola (18,6%), que entre les noies d'ESO representava només un 11%.

Per altra banda, l'any 2007, 339 noies de 12 a 17 anys es van quedar embarassades (3,1 per 1.000 noies de 12 a 17 anys). D'aquestes, 244 (el 74%) van avortar (taxa d'avortament de 8,1 per 1.000 noies de 12 a 17 anys). Segons l'enquesta FRESC del 2008, encara hi ha una bona part de nois i noies que utilitzen mètodes no eficaços, com ara la

“marxa enrere”, en les seves relacions sexuals (un 11% entre els nois i noies de 16 anys i un 15% entre els nois noies de 18 anys).

En no existir dades de l'ús d'anticoncepció en la resta de grups d'edat de les dones de Barcelona, ja que no hi ha enquestes sobre sexualitat a la ciutat, es presenten a continuació les dades d'Espanya del 2006 (*Fecundidad y valores en la España del siglo XXI*, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009). El 22% de les dones de 15 a 49 anys que havien tingut relacions sexuals durant les darreres quatre setmanes no havia utilitzat cap mètode de contracepció i un 2% feia servir mètodes no eficaços com el *coitus interruptus*. Les dones que fan més contracepció són les més joves

(més del 90% de les dones de 15 a 24 anys) i les universitàries (82%).

Cal remarcar que les dones que van utilitzar anticoncepció durant la seva primera relació sexual utilitzen més anticoncepció en les seves relacions sexuals de les últimes quatre setmanes, si les comparem amb les que no van fer servir cap mètode anticonceptiu la primera vegada (un 84% en el primer cas, i un 63% en el segon). Treballar en l'educació sexual dels i les adolescents que encara no han tingut la seva primera relació sexual tindrà, sens dubte, una gran repercussió en els seus hàbits sexuals del futur, ja que l'ús d'anticoncepció és una pràctica que, si s'adopta des del principi, es mantindrà al llarg del temps (Shafii *et al.*, 2004).

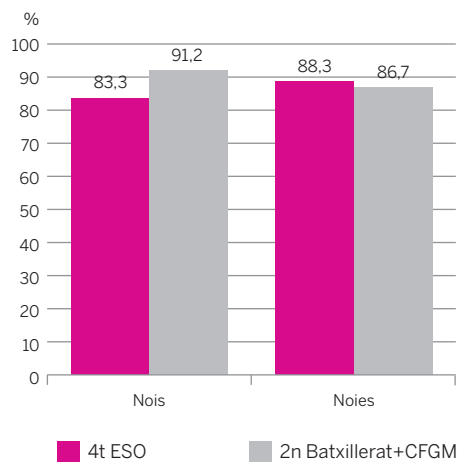
també estarien contribuint de forma important a l'augment de l'avortament de la ciutat.

Existeixen desigualtats de classe social, per país d'origen i per territori, en la planificació de l'embaràs, tant en els avortaments com en la fecunditat. A Barcelona, les dones de classe social desfavorida tenen molts més embarassos no planificats que les de classes més afavorides. En un país com el nostre, amb un sistema nacional de salut, aquestes desigualtats poden relacionar-se amb la dificultat d'accés de les dones amb menys recursos econòmics als anticonceptius efectius, ja que no estan finançats pel sistema públic. També hi pot haver dèficits en el seu ús correcte o en l'anticoncepció d'emergència, tal com es descriu en altres estudis realitzats a l'estat (Skouby, 2004).

Els resultats han mostrat que poques dones tiren endavant un embaràs sense tenir una parella estable. Sembla que a Barcelona la situació no és fàcil per a una dona sola que vulgui ser mare en solitari, i està lluny encara del que passa a països del nord d'Europa, on les dones poden tenir un fill o filla sense convida en parella. En aquests països, les polítiques socials faciliten que les dones tinguin un projecte de vida sense que l'embaràs i el nounat els siguin impediments.

Per tal de reduir les desigualtats socials i econòmiques en la planificació del l'embaràs entre les dones de diferents classes socials de la ciutat, cal apostar decididament per una preven-

**Figura 11. Freqüència d'ús de preservatiu entre els estudiants que havien mantingut relacions sexuals amb penetració el darrer any, segons el curs i el sexe. Barcelona, 2008**



Font: dades elaborades a partir de l'enquesta FRESC 2008. Agència de Salut Pública de Barcelona.

## Conclusions


La proporció d'embarassos que no es planifiquen i la proporció d'avortaments van en augment a la ciutat de Barcelona. De fet, Catalunya té actualment una de les taxes d'avortament més altes de l'Estat espanyol. Des del canvi de segle, la salut reproductiva de Barcelona està experimentant canvis profunds relacionats amb la immigració. La natalitat s'ha incrementat, juntament amb la proporció de nadons que neixen amb els dos progenitors procedents de fora de l'Estat espanyol. Aquesta proporció de pares i mares immigrants ha augmentat de forma més marcada en els naixements de dones més joves, i les dades més recents apunten que les dones immigrants

ció de l'embaràs efectiva i universal per a tots els sectors socials, facilitant l'accés als anticonceptius efectius, incloent l'anticoncepció d'emergència i els mètodes permanents; i també l'educació no només basada en la informació sobre la sexualitat i els mètodes anticonceptius, sinó en la potenciació de les actituds i aptituds adreçades a modificar els estereotips de gènere i a generar habilitats de comunicació en l'adolescència. Existeix un seguit de recomanacions basades en evidència científica per fer educació sexual i preventiva efectiva (Kirby, Laris i Rolleri, 2007). Tanmateix, els programes adreçats a adolescents més efectius prenen en consideració més aspectes que el sexual, i faciliten el seguiment escolar, la planificació de la vida professional, els incentius, el voluntariat, la pràctica d'esport i l'art i la cultura (Philiber *et al.*, 2002).

Cal incrementar també la informació i l'accés ampli i avançat a l'anticoncepció d'emergència, pel seu gran potencial per evitar embarassos no planificats i reduir els avortaments (Kirby, 2008). Per tal que s'utilitzi àmpliament i correctament, és important que les dones i les seves parelles coneguin la píndola, sàpiguen el temps que és efectiva i el lloc i la manera com la poden aconseguir. Cal també que el lloc de dispensació sigui accessible territorialment i quant a horaris i que l'atenció sigui de qualitat.

D'altra banda, la promoció d'una anticoncepció efectiva s'ha de fer més enllà de l'àmbit escolar, i ha d'incloure aquells sectors socials que tenen més risc de no planificar els embarassos, com ara moltes de les dones immigrants (Díez *et al.*, 2009). A més, s'hauria de fer de forma contínua al llarg de la vida reproductiva, ja que no només

les adolescents tenen embarassos no planificats. També és molt important implicar-hi tant la població femenina com la masculina.

Finalment cal concloure que les tendències identificades mostren que els esforços per reduir els embarassos no desitjats no són suficients. Mesures com la dispensació de la píndola postcoital a les farmàcies i l'aprovació de la nova llei de salut sexual i reproductiva poden pal·liar part d'aquests dèficits. Però han d'anar acompanyades de programes d'educació sexual adreçats a la població general i, sobretot, pel que fa a la població jove, s'han d'incrementar les polítiques d'accés econòmic a la contracepció i la millora dels serveis, i impulsar polítiques socials encaminades a reduir les desigualtats socials en la prevenció dels embarassos no desitjats i la conciliació de la vida laboral i familiar. 

## Bibliografia

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (2008a). *La salut de la població immigrant a Barcelona*. A: [http://www.aspb.cat/quefem/docs/salut\\_immigrants\\_BCN.pdf](http://www.aspb.cat/quefem/docs/salut_immigrants_BCN.pdf)

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (2008b). *Enquesta de salut de Barcelona 2006. Resultats principals*. A: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/Enquesta%20Salut%20Barcelona%202006.pdf>

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (2008c). *Enquesta FRESC*. A: [http://www.aspb.cat/quefem/documents\\_enquestes.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_enquestes.htm)

ARAI, L. (2007). "Peer and neighborhood influences on teenage pregnancy and fertility: Qualitative findings from research in English communities". *Health & Place*, núm. 13, p. 87-98.

BOE (1985). "Ley orgánica de despenalización del aborto en determinados supuestos". *Boletín Oficial del Estado*, 5 de juliol de 1985.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS) (2009). *Fecundidad y valores en la España del siglo XXI*. Estudi CIS núm. 2639.

COLEMAN, L.; INGHAM, R. (1998). "Attenders at young people's clinics in Southampton: variations in contraceptive use". *British Journal of Family Planning*, 24(3), p. 101-104.

DALGHREN, G.; WHITEHEAD, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolm: Institute for Future Studies.

DEPARTAMENT D'ESTADÍSTICA DE L'AJUNTAMENT DE BARCELONA (2008). *Evolució de les característiques de la població de Barcelona: Lloc de naixement*. Barcelona: disponible a: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/tpob/pad/evo/index.htm>

DÍEZ, E.; OLIVA, J. C.; CORTÉS, J.; COBO, E.; GÓMEZ, S.; VADILLO, V.; CABANAS, M. i col·l. (2009). "Promoció de la contracepció en dones immigrants i autòctones

de Barcelona: anàlisi intermèdia del programa SIRIAN". *Barcelona Societat*, núm. 16. Consultable a: <http://w3.bcn.es/fitxers/observatorisocial/barcelonasocietat16.607.pdf>

DIEZFALUSY, E. (2002). "Contraception and society". *Eur J Contracept Reprod Health Care*, núm. 7, p. 199-209.

DOG (1937). "Decret de Presidència sobre la interrupció artificial de l'embaràs". *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 9 de gener de 1937.

FONT-RIBERA, L.; PÉREZ, G.; SALVADOR, J.; BORRELL, C. (2008). "Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision". *J Urban Health*, núm. 85(1), p. 125-135.

HELSTRÖM, L.; ZÄTTERSÖM, C.; ODLIND, V. (2006). "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents". *J Pediatr Adolesc Gynecol*, juny, núm. 19(3), p. 209-213.

- JACKSON, R.; SCHWARZ, E.; FREEDMAN, L.; DARNEY, P. (2000). "Knowledge and Willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women". *Contraception*, núm. 61, p. 351-357.
- JEWELL, D.; TACCHI, J.; DONOVAN, J. (2000). "Teenage pregnancy: whose problem is it?". *Fam Practice*, núm. 17, p. 522-528.
- KIRBY, D. (2008). "The impact of programs to increase contraceptive use among adult women: a review of experimental and quasi-experimental studies". *Perspect Sex Reprod Health*, núm. 40, p. 34-41.
- KIRBY, D.; LARIS, B.; ROLLER, L. (2007). "Sex and sex education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world". *J Adolesc Health*, núm. 40, p. 206-217.
- KLIMA, C. S. (1998). "Unintended Pregnancy. Consequences and solutions for a worldwide problem". *J Nurse Midwifery*, núm. 43(6), p. 483-491.
- KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. (1997). "Measuring social class in IS public health research: concepts, methodologies, and guidelines". *Annu Rev Public Health*, núm. 18, p. 341-378.
- KRIEGER, N. (2003). "Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter?". *Int J Epidemiol*, núm. 32, p. 652-657.
- KUNKEL, S. R. (1996). "Why gender matters: being females is not the same as not being male". *Am J Prev Med*, núm. 15(5), p. 294-296.
- MACDONALD, T. K.; MACDONALD, G.; ZANNA, M. P.; FONG, G. T. (2000). "Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior". *Health Psychology*, núm. 9, p. 290-298.
- MALES, M. (2004). *Teens and older partners*. ETR's Resource Centre for Adolescent Pregnancy Prevention (ReCAPP).
- MALMUSI, D.; PEREZ, G. (2009). *Aborto legal en mujeres inmigradas en un entorno urbano* (en premsa).
- MARSTON, C.; CLELAND, J. (2003). "Relationship between contraception and abortion: a review of the evidence". *Int Fam Plan Perspect*, núm. 29(1), p. 6-13.
- MUNTANER, C.; NIETO, F. J.; O'CAMPO, P. (1996). "The Bell Curve: on race, social class, and epidemiologic research". *Am J Epidemiol*, núm. 144, p. 531-536.
- NAVARRO, V.; BENACH, J. i COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo - School of Hygiene and Public Health. Johns Hopkins University.
- PEIRÓ, R.; COLOMER, C.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; ASHTON, J. R. (2001). "Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case study of Spain". *Eur J Public Health*, núm. 11(2), p. 190-194.
- PÉREZ, G.; GARCÍA-SUBIRATS, I.; RODRÍGUEZ-SANZ, M.; Díez, E.; BORRELL, C. (2009, en premsa). "Trends in inequalities in induced abortion according to educational level among urban women". *J Urban Health*.
- PHILLIBER, S.; KAYE, J. W.; HERRING, S.; WEST, E. (2002). "Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: An evaluation of the Children's Aid Society-Carrera Program". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, núm. 34, p. 244-251.
- SEDGH, G.; HENSHAW, S.; SINGH, S. i col.l. (2007). "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide". *Lancet*, núm. 370, p. 1338-1345.
- SHAFII, T.; STOVEL, K.; DAVIS, R.; HOLMES, K. (2004). "Is condom use habit forming?: Condom use at sexual debut and subsequent condom use". *Sex Transm. Dis.*, núm. 31, p. 366-372.
- SKOUBY, S. O. (2004). "Contraceptive use and behaviour in the 21st century: a comprehensive study across five European countries". *Eur J Contracept Reprod Health Care*, núm. 9, p. 57-68.
- STONE, N.; INGHAM, R. (2002). "Factors Affecting British Teenagers' Contraceptive Use at First Intercourse: The Importance of Partner Communication". *Persp Sexual Reprod Health*, núm. 34(4), p. 191-197.
- UNICEF (2001). "A league table of teenage births in rich nations". *Innocenti Report Card*, núm. 3. Florència: Centro di Ricerca Innocenti.
- UNITED NATIONS (1994). *Report of the International Conference on Population and Development*, Document A/Conf. 171/13, Nova York.
- VERACRUZ QUINTO, D.; GIL-GONZÁLEZ, D.; VIVES-CASES, C. (en premsa). "El uso de fármacos como método para la interrupción voluntaria del embarazo en mujeres inmigrantes". *Gac Sanit*.
- WHITEHEAD, M. (1992). "The concepts and principles of equity and health". *Int J Health Serv*, núm. 22, p. 429-445.
- WHO (1986). *Young people's health: a challenge for society*. A: <http://whqlibdoc.who.int/trs/>
- WILLIAMS, L. B (1991). "Determinants of unintended childbearing among ever-married women in the United States: 1973-1988". *Fam Plann Perspect*, núm. 23(5), p. 212-215 i 221.