



**D.ª ELENA MACULAN, SECRETARIA GENERAL DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA,**

**C E R T I F I C A:** Que en la reunión del Consejo de Gobierno, celebrada el día cuatro de julio de dos mil veintitrés, fue adoptado, entre otros, el siguiente acuerdo:

**03. Estudio y aprobación, si procede, de las propuestas del Vicerrectorado de Investigación, Transferencia y Divulgación Científica.**

**03.01.** El Consejo de Gobierno aprueba el periodo sabático de D. Miguel Requena y Díez de Revenga, según anexo.

Y para que conste a los efectos oportunos, se extiende la presente certificación haciendo constar que se emite con anterioridad a la aprobación del Acta y sin perjuicio de su ulterior aprobación en Madrid, a cinco de julio de dos mil veintitrés.

## **A la Comisión de Investigación y Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia**

Yo, **Miguel Requena Díez de Revenga**, Catedrático de Sociología, Departamento de Sociología II, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, solicito concesión de licencia por período sabático desde el 1 de octubre de 2023 hasta el 30 de junio de 2024.

El periodo sabático se desarrollará en la Universidad de Cardiff, en el Cardiff Fertility Studies y la estancia de investigación será supervisada por la Profesora Jacky Boivin, Investigadora Principal del grupo. La investigación que se va a desarrollar durante el periodo sabático es la que corresponde al proyecto “Desigualdades sociales en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Dinámicas y determinantes” (DESIVE), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Agencia Estatal de Investigación, con nº de referencia PID2021-128108OB-I00, del que soy investigador.

Todo lo cual, firmo en Madrid, a los efectos oportunos, el 14 de abril de 2023.

Fdo: Miguel Requena Díez de Revenga

**Dña. IRINA FERNÁNDEZ**, Secretaria Académica del Departamento de Sociología II (Estructura Social) de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia,

**CERTIFICA:** que Miguel Requena y Díez de Revenga ha recibido informe favorable del Consejo del Departamento con fecha de 24 de enero de 2023, sobre la conveniencia de la licencia de estudio solicitada para el periodo del 1/10/2023 hasta el 30/06/2024. Fabrizio Bernardi acepta asumir las tareas docentes correspondientes.

Y para que así conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado en Madrid, a veinte de abril de dos mil veintitrés.

Firmado digitalmente  


Fdo.: Irina Fernández  
Secretaria Académica del Departamento de Sociología II

Yo, **Fabrizio Bernardi**, Catedrático de Sociología, Departamento de Sociología II, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, por el presente documento me comprometo a asumir la docencia de Miguel Requena durante su periodo sabático entre el 1 de octubre de 2023 y el 30 de junio de 2024.

Todo lo cual, firmo en Madrid, a los efectos oportunos, el 14 de abril de 2023.

Fdo: Fabrizio Bernardi

School of Psychology  
Head of School Professor Petroc Sumner BA MA PhD  
*Ysgol Seicoleg*  
*Pennaeth yr Ysgol Yr Athro Petroc Sumner BA MA PhD*



School of Psychology  
Cardiff University  
Park Place  
Tower Building  
70 Park Place  
Cardiff, CF10 3AT

Cardiff University  
Tower Building  
70 Park Place  
Cardiff CF10 3AT  
Wales UK  
Tel Ffôn: +44 (0)29 2087 4007  
psych.cf.ac.uk  
*Prifysgol Caerdydd*  
*Adeilad y Twr*  
*70 Plas y Fârc*  
*Caerdydd CF10 3AT*  
*Cymru, Y Deyrnas Unedig*

Friday, 31<sup>st</sup> March 2023

To whom it may concern:

**RE: Miguel Requena – Research Visit**

This letter is to confirm the acceptance of the research visit of Miguel Requena at the Cardiff Fertility Studies, Cardiff University, between 1st October 2023 and 30th June 2024. The research stay will be supervised by Professor Jacky Boivin, Lead Researcher of the research unit.

Sincerely,

Prof. Dr. Professor Petroc Sumner, Head of School

---

Viernes, 31 de Marzo de 2023

A quien corresponda:

**RE: Miguel Requena – Estancia de investigación**

Esta carta es para confirmar la aceptación de Miguel Requena para realizar una estancia en el Cardiff Fertility Studies, Cardiff University, durante el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2023 y el 30 de junio de 2024. La estancia de investigación será supervisada por la profesora Jacky Boivin, Investigadora Principal de la unidad de investigación.

Atentamente,

Prof. Dr. Professor Petroc Sumner, Head of School

## **1. TÍTULO DEL PROYECTO (ACRÓNIMO):**

### **DESIGUALDADES SOCIALES EN EL ACCESO A LA INTERRUPTCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. DINÁMICAS Y DETERMINANTES (DESIVE)**

## **2. ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA - BACKGROUND, CURRENT STATUS AND JUSTIFICATION OF THE PROPOSAL**

### **2.1. Antecedentes y estado actual**

La mayoría de los análisis demográficos y poblacionales se centra en la fecundidad y los nacimientos vivos. No obstante, no todos los embarazos llegan a término. La terminación de la gestación antes del nacimiento puede ser el resultado tanto de los abortos espontáneos y las llamadas muertes fetales como de la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) consecuencia de embarazos no deseados. En las últimas décadas la IVE se ha convertido en un método habitual de terminar el embarazo no deseado tanto en los países desarrollados como en desarrollo, aunque en los últimos 25 años se ha dado una sustancial disminución de la tasa de embarazos no deseados (Bearak et al. 2018). Se ha estimado que a finales del siglo pasado un 26% de embarazos a nivel mundial terminaba en interrupción voluntaria (Henshaw et al. 1999).

La ampliación de los derechos reproductivos y sexuales y, en especial, el acceso a un aborto seguro y legal ejerce un efecto crucial sobre las trayectorias vitales y de salud de las mujeres, así como sobre las dinámicas poblacionales. Más concretamente, el acceso al IVE —junto con el uso de otros medios de planificación familiar permite a las mujeres y a sus familias alcanzar el número de hijos deseado, ajustar el calendario de nacimientos a otros eventos de la vida como el acceso a la educación y el desarrollo profesional, lo que en definitiva afecta a las trayectorias vitales y al bienestar familiar. En este sentido, el acceso al aborto hace que las opciones sexuales y vitales sean independientes de las decisiones reproductivas y ello proporciona a las mujeres un alto grado de autonomía y control sobre sus trayectorias reproductivas (Lerner 1986).

A pesar de los indudables avances en materia de salud sexual y reproductiva de las últimas décadas, el uso del aborto como método de control de la fecundidad sigue siendo un elemento sobre el que se articulan profundas diferencias sociales y económicas. Incluso en países como España, donde esta prestación es legal y accesible dentro del sistema de protección a la salud, se pueden observar importantes diferencias entre diversos colectivos en cuanto a su incidencia y los contextos en los que se produce. En las últimas décadas se ha realizado un importante esfuerzo para identificar los factores que afectan de una manera diferenciada la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres en relación con su condición y situación social (Pérez et al. 2018).

El uso del aborto como método de regulación de fecundidad se puede considerar un recurso que se produce en (a) situaciones de deficiente acceso a los medios anticonceptivos en caso de concepciones no deseadas o (b) cuando, una vez producida una concepción intencionada, el cambio en las circunstancias vitales de la mujer afecta a la deseabilidad de llevar el embarazo a término (disolución de pareja, pérdida de trabajo u otra circunstancia vital). En este sentido varios autores coinciden en distinguir dos dimensiones clave en el proceso que lleva a la interrupción voluntaria del embarazo: la aparición de un embarazo no planificado y, una vez iniciado el proceso de gestación, la interrupción del embarazo (Guillame y Rossier 2018).

En el proceso de regulación de la propia fecundidad mediante el acceso al aborto las decisiones de la mujer pueden verse afectadas por varios factores individuales y contextuales. La decisión de continuar o interrumpir un embarazo puede depender de características vinculadas al ciclo de vida de la mujer, tales como la edad, los partos anteriores (paridez), el calendario de nacimientos previos y la situación de pareja. Los abortos pueden utilizarse para posponer, espaciar o evitar la maternidad, un aspecto que adquiere especial importancia en las edades jóvenes (Biggs 2013) ya que el coste de la maternidad para las mujeres adolescentes o jóvenes puede ser grande si éstas no han completado su educación, no han formado pareja estable o no han tenido tiempo de acumular recursos económicos (Kreyenfeld 2010; Väisänen y Murphy 2014).

Así mismo, el estatus socioeconómico (nivel de estudios o posición ocupacional) también puede desempeñar un papel crucial en la decisión de interrumpir el embarazo. Las mujeres de bajo estatus socioeconómico tienen comparativamente más embarazos no planificados que las de estatus alto.

Esta mayor propensión está relacionada con un uso menos frecuente de métodos anticonceptivos que, a su vez, aumenta la probabilidad de recurrir al aborto inducido cuando se enfrentan a un embarazo no planificado. Por otra parte, algunos investigadores advierten ante una excesiva simplificación de la relación entre los niveles socioeconómicos y el uso del aborto como método de evitación de un embarazo no deseado. Rossier et al. (2007) sugieren que el hecho de que las mujeres de estatus socioeconómico alto tiendan a recurrir menos al aborto se debe no sólo a que disponen de un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos y una mayor disposición a utilizarlos, sino también a que disponen de más medios para continuar con el embarazo incluso si este no ha sido planificado. La situación de la mujer y de los miembros de su hogar en el mercado laboral también puede influir en la decisión de interrumpir el embarazo. El desempleo o el trabajo inestable pueden disuadir a las mujeres de continuar con su embarazo, especialmente a las de estatus socioeconómico más bajo (Pérez et al 2019). La relación entre el estatus socioeconómico y la decisión de abortar varía mucho dependiendo de la edad (Sihvo et al. 2003). Por ejemplo, aunque, como se ha dicho, son las mujeres de bajos niveles de estudios las que más recurren al aborto, las mujeres jóvenes con alto nivel educativo terminan sus embarazos con más frecuencia mediante aborto inducido, pero esta asociación desaparece en el caso de las mujeres de más edad (Font-Ribera et al. 2008)

Otro predictor fundamental de los embarazos no deseados y del aborto es la situación de convivencia de la mujer. Las mujeres sin pareja —solteras, separadas, divorciadas o viudas— tienen significativamente más probabilidades de tener un embarazo no deseado y decidir interrumpir su embarazo que las mujeres que viven en pareja (Besculides y Laraque 2004). El efecto de la situación de convivencia sobre la decisión de abortar aumenta entre las personas jóvenes y/o de bajo estatus socioeconómico (Väisänen 2017).

Varios estudios nacionales y comparativos han revelado una mayor incidencia del aborto entre las inmigrantes en comparación con las nativas. La causa más probable es que la condición de inmigrante está asociada con mayor frecuencia a todos los factores que típicamente intervienen en un embarazo no deseado: bajo nivel educativo, inestabilidad laboral, bajos ingresos y dificultades para acceder a la atención sanitaria (González-Rábago et al. 2017; Wanigaratne 2020).

Los factores de carácter contextual constituyen otro conjunto de predictores habitualmente analizados en los estudios acerca de los embarazos no deseados e incidencia del aborto (Lie et al. 2008; Llorente-Marrón et al. 2016). Algunos autores indican que los factores contextuales interactúan con las preferencias y expectativas individuales y de esta manera influyen en la decisión de abortar.

Los investigadores indican que uno de los factores cruciales es la percepción social del aborto y el control social basado en los sistemas normativos dominantes (Purcell 2015). En este sentido, los procesos de cambios en valores y normas a raíz del proceso de secularización han contribuido sustancialmente a la transformación de las actitudes hacia la autonomía sexual de la mujer y la noción de la maternidad (Halman & Van Ingen, 2014). Estas transformaciones han ejercido un efecto sustancial sobre una mayor disposición a recurrir a este medio de terminación del embarazo, aunque en muchos contextos las personas que se someten a esta intervención o las que la practican siguen siendo objeto de escarnio público (Blystad et al. 2020). Aunque no hay pleno consenso entre los investigadores sobre la dirección de la relación causal, la evidencia sugiere que existe una fuerte asociación entre los cambios culturales y los procesos de regulación y eliminación de restricciones en el acceso a la IVE. La evidencia sobre la influencia de la legislación sobre el aborto es ambigua. Algunos autores indican que la transición desde un marco de regulación restrictiva hasta un régimen de tolerancia al aborto disminuye la tasa total de fecundidad (Bogaarts 2015). Por contra, otros estudios ponen de manifiesto que los cambios en las leyes relativas al acceso al aborto no alteran su incidencia (Faúndes y Shah 2015; Zareba 2021). Al margen de estas controversias, existe un consenso generalizado de que la disponibilidad del aborto legal y seguro ejerce un efecto sustancial sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Cameron 2018).

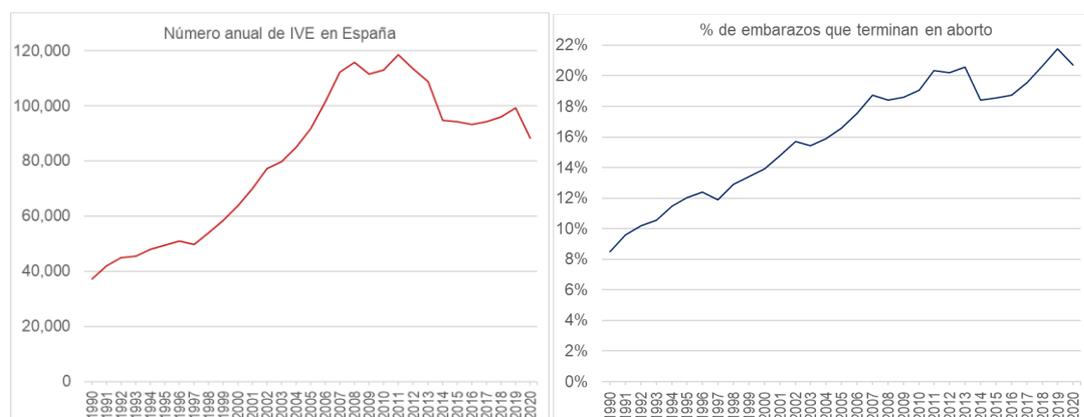
Las fluctuaciones en la situación socioeconómica también pueden jugar un papel crucial en la variabilidad de la incidencia del aborto (Lima et al. 2016). El empeoramiento de la coyuntura económica puede ejercer un doble efecto sobre los indicadores de la interrupción voluntaria del embarazo. Por un lado, las medidas de austeridad implican una disminución de recursos públicos destinados a anticonceptivos, campañas de concienciación entre la población joven y atención y asesoramiento a las mujeres embarazadas. Por otro, el empeoramiento de condiciones de vida puede disuadir a las mujeres (sobre todo de estatus socioeconómico bajo) de continuar con el embarazo incluso si éste es deseado (Pérez et al. 2013).

El impacto mundial que ha tenido la crisis sanitaria causada por la COVID19 ha renovado el interés de los investigadores por estudiar los efectos de las crisis sanitarias. Los primeros análisis realizados en el contexto de la actual pandemia de COVID19 revelan que ésta ha afectado de una manera indirecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La saturación del sistema sanitario, las restricciones de movilidad y el desabastecimiento de productos sanitarios afectaron al acceso a la IVE en todo el mundo (Adelekan et al., 2021). Los estudios preliminares indican que las consecuencias de este déficit prestacional ha resultado en una sensible disminución en el volumen de IVE y a la vez ha incrementado interrupciones de riesgo practicadas fuera del sistema sanitario (Todd-Gher 2020; Nandagiri et al. Strong, 2020)

## 2.2. Justificación de la propuesta

La problemática del acceso de las mujeres a la IVE en España ha despertado un comprensible interés entre los investigadores dado que durante una buena parte del siglo XX las mujeres españolas se vieron privadas de varios derechos sexuales y reproductivos. Indudablemente la despenalización del aborto en determinados supuestos en 1985 y la posterior introducción de la ley de plazos en 2011 han sido hitos en el proceso de paulatina conquista de los derechos de las mujeres en España, junto al aumento de la aceptación social del aborto y la normalización de su uso (Storow 2011). Este proceso de normalización se ve en los datos disponibles, que reflejan un paulatino incremento en el número y proporción de abortos por embarazo (Peirö et al. 2001; Delgado y Barrios 2007; Dueñas et al 2011).

Ahora bien, las indudables mejoras en derechos formales no siempre han ido paralelas a los avances en igualdad real en materia de autonomía y reproductiva sexual de las mujeres (Font-Ribera et al 2007). En los últimos años varios estudios han explorado los determinantes asociados al uso de la IVE como método de terminación de los embarazos no deseados. En línea con los estudios realizados en otros contextos, se ha observado que las edades jóvenes, la situación de convivencia, el origen (inmigrante), el bajo estatus socioeconómico y la precariedad económica y laboral son factores asociados a un deficiente uso de los métodos anticonceptivos lo que puede llevar al embarazo no deseado y al aborto (González-Rábago et al., 2017; Rodríguez-Alvarez et al., 2016; Ruiz-Ramos et al., 2012). También se ha relevado que en determinadas condiciones (inestabilidad económica o inestabilidad de pareja en el transcurso de la gestación) puede producirse la transición del embarazo deseado al no deseado, que puede concluir en aborto (Font-Ribera et al., 2008). Algunos estudios han enfatizado la importancia del contexto socioeconómico, sobre todo en términos de financiación de políticas de planificación familiar y accesibilidad de medios sanitarios (Pérez et al 2018). Otros estudios revelan que existen subpoblaciones como la de los inmigrantes en situación irregular que continúan enfrentándose a las dificultades de acceso a la prestación de la IVA segura (Pérez et al. 2010; Otero-García 2013; Gea-Sánchez et al. 2017).



Elaboración propia a partir de MNP y datos del Ministerio de Sanidad

Los estudios realizados hasta la fecha constituyen un sólido punto de partida para abordar la problemática de la desigualdad en el acceso a los derechos reproductivos. No obstante, consideramos que se requiere un nuevo esfuerzo para explorar los diversos factores y condicionamientos que impiden a las mujeres alcanzar plena autonomía en sus decisiones reproductivas y su vida sexual. Este esfuerzo debe basarse en una visión integral y multinivel del condicionamiento de la salud sexual y reproductiva en la que las características individuales están estrechamente relacionadas con las dinámicas macroestructurales. Finalmente, consideramos vital emprender un esfuerzo para explorar el impacto reciente de la crisis sanitaria de la COVID19 sobre el uso de la IVE con el propósito de identificar los colectivos de mujeres más afectados por la crisis prestacional que ha causado la pandemia.

### 2.3. Literatura

- Adelekan, B., Goldson, E., Abubakar, Z., Mueller, U., Alayande, A., Ojogun, T., Ntoimo, L., Williams, B., Muhammed, I., & Okonofua, F. (2021). Effect of COVID-19 pandemic on provision of sexual and reproductive health services in primary health facilities in Nigeria: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 18(1), 1–12.
- Ankara, H. G. (2017). Socioeconomic variations in induced abortion in Turkey. *Journal of Biosocial Science*, 49(1), 99–122.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161.
- Besculides, M., & Laraque, F. (2004). Unintended pregnancy among the urban poor. *Journal of Urban Health*, 81(3), 340–348.
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13(1).
- Blystad, A., Haukanes, H., Tadele, G., & Moland, K. M. (2020). Reproductive health and the politics of abortion. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–4.
- Bongaarts, J. (2015). Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. *Demographic Research*, 33(1), 535–560.
- Bruckner, T. A., Mortensen, L. H., & Catalano, R. A. (2017). Social and demographic drivers of trend and seasonality in elective abortions in Denmark. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–8.
- Cameron, S. (2018). Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion [version 1; referees: 3 approved]. *F1000Research*, 7(0), 1–7. 5 de 20
- Casey, P. R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 491–502.
- Chan, A., & Keane, R. J. (2004). Prevalence of Induced Abortion in a Reproductive Lifetime. *American Journal of Epidemiology*, 159(5), 475–480.
- Colectivo IOE. (2002). Marco histórico y características de las migraciones actuales. In C. Pignatelli (Ed.), *Situación y problemática de las mujeres del tercer mundo que trabajan en España* (pp. 20–43). Gobierno de Aragón.
- Delgado, M.; L. Barrios (2007) *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*, Madrid: CIS.
- Delgado, M., Meil, G., & Zamora López, F. (2008). Spain: Short on children and short on family policies. *Demographic Research*, 19(December), 1059–1104.
- Dickson, K. S., Adde, K. S., & Ahinkorah, B. O. (2018). Socio - economic determinants of abortion among women in Mozambique and Ghana: Evidence from demographic and health survey. *Archives of Public Health*, 76(1), 1–10.
- Dueñas, J. L., Lete, I., Bermejo, R., Arbat, A., Pérez-Campos, E., Martínez-Salmeán, J., Serrano, I., Doval, J. L., & Coll, C. (2011). Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007. *Contraception*, 83(1), 82–87.
- Faúndes, A., & Shah, I. H. (2015). Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, S56–S59.
- Font-Ribera, L., Pérez, G., Salvador, J., & Borrell, C. (2008). Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *Journal of Urban Health*, 85(1), 125–135.
- Gea-Sánchez, M., Alconada-Romero, Á., Briones-Vozmediano, E., Pastells, R., Gastaldo, D., & Molina, F. (2017). Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to

- and Utilization of Health and Social Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 194–204.
- González-Rábago, Y., Rodríguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martín, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17(1), 1–7.
- Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). Abortion around the world an overview of legislation, measures, trends, and consequences. In *Population* (Vol. 73, Issue 2).
- Halman, L., & Van Ingen, E. (2014). Secularization and Changing Moral Views: European Trends in Church Attendance and Views on Homosexuality, Divorce, Abortion, and Euthanasia. *European Sociological Review*, 31(5), 616–627.
- Henshaw, S. K., Singh, S., & Haas, T. (1999). The Incidence of Abortion Worldwide. *International Family Planning Perspectives*, 25(9999).
- Kreyenfeld, M. (2010). Uncertainties in female employment careers and the postponement of parenthood in Germany. *European Sociological Review*, 26(3), 351–366.
- Lerner, G. 2017 *Creación del patriarcado*, Madrid: katakrak.
- Lie, M. L. S., Robson, S. C., & May, C. R. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8(September 2008), 1–9.
- Lima, J. M., Reeves, A., Billari, F., McKee, M., & Stuckler, D. (2016). Austerity and Abortion in the European Union. *European Journal of Public Health*, 26(3), 518–519.
- Llorente-Marrón, M., Díaz-Fernández, M., & Méndez-Rodríguez, P. (2016). Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *Revista de Saude Publica*, 50, 8.
- Myers, C. K. (2017). The power of abortion policy: Reexamining the effects of young women's access to reproductive control. *Journal of Political Economy*, 125(6), 2178–2224.
- Nandagiri, R., Coast, E., & Strong, J. (2020). COVID-19 and abortion: Making structural violence visible. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 83–89.
- Otero-García, L., Goicolea, I., Gea-Sánchez, M., & Sanz-Barbero, B. (2013). Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Global Health Action*, 6, 22645.
- Peiró, R., Colomer, C., Alvarez-Dardet, C., & Ashton, J. R. (2001). Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions? The case study of Spain. *European Journal of Public Health*, 11(2), 190–194. 6 de 20
- Pérez, G., Ruiz-Munöz, D., Gotsens, M., Cases, M. C., & Rodríguez-Sanz, M. (2013). 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.
- Pop-Eleches, C. (2010). The Supply of Birth Control Methods, Education, and Fertility: Evidence from Romania. *Journal of Human Resources*, 45(4), 971–997.
- Purcell, C. (2015). The Sociology of Women's Abortion Experiences: Recent Research and Future Directions. *Sociology Compass*, 9(7), 585–596.
- Richard F. Storrow. (2011). Religion, Feminism And Abortion: The Regulation of Assisted Reproduction In Two Catholic Countries. *Rutgers Law Journal*, 42, 725–764.
- Rodríguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., González-Rábago, Y., Martín, U., & Lanborena, N. (2016). Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *International Journal of Public Health*, 61(7), 829–836.
- Rossier, C., Michelot, F., Bajos, N., Moreau, C., Bouyer, J., Ducot, B., Ferrand, M., Gibert, F., Hassoun, D., Kaminski, M., Lelong, N., Leridon, H., Razafindratsima, N., & Warszawski, J. (2007). Modeling the process leading to Abortion: An application to French survey data. *Studies in Family Planning*, 38(3), 163–172.
- Ruiz-Ramos, M., Ivañez-Gimeno, L., & García León, F. J. (2012). Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: Diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 504–511.
- Ruiz Salguero, M.T., Cabré, A. Castro, T. & Solsona, M. (2005). Anticoncepción y salud reproductiva en España: Crónica de una r(evolución). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(8), 601–605.
- Singh, S., Bankole, A., & Darroch, J. E. (2017). The Impact of Contraceptive Use and Abortion on Fertility in sub-Saharan Africa: Estimates for 2003–2014. *Population and Development Review*, 43(Bongaarts 2008), 141–165.
- Todd-Gher, J., & Shah, P. K. (2020). Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1–4.

- Väisänen, H., & Murphy, M. (2014). Social Inequalities in Teenage Fertility Outcomes: Childbearing and Abortion Trends of Three Birth Cohorts In Finland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 109–116.
- Vause, S. (2013). *Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique : Rapport statistique et démographique*. Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.
- Wanigaratne, S., Wiedmeyer, M. L., Brown, H. K., Guttman, A., & Urquia, M. L. (2020). Induced abortion according to immigrants' birthplace: A population-based cohort study. *Reproductive Health*, 17(1), 1–13.

#### **2.4. Finalidad del proyecto, hipótesis de partida y novedad de la propuesta**

La finalidad principal de este proyecto es realizar un análisis sistemático y pormenorizado de las desigualdades en las pautas de uso de la interrupción voluntaria del embarazo entre las mujeres residentes en España.

La hipótesis de partida es que existen considerables desigualdades en cuanto a la autonomía reproductiva de las mujeres que se expresan en el uso diferenciado de la IVE. Estas desigualdades se producen a tres niveles: (i) Dificultad para utilizar los medios anticonceptivos accesibles y eficaces, lo que deriva en un embarazo no deseado. (ii) Dificultad de contar con los medios y apoyos que permiten a la mujer llevar la gestación a término, lo que convierte el embarazo (sea planeado o no) en embarazo no deseado. (iii) Dificultad en el acceso a los métodos de IVE gratuitos y seguros para la salud de la mujer.

DESIVE parte de la premisa de que la IVE es un medio de control de fecundidad que garantiza la autonomía reproductiva de la mujer, pero al mismo tiempo es una vía a la que recurren muchas mujeres ante la falta de otras alternativas, presumiblemente menos costosas desde varios puntos de vista, para regular y planificar sus trayectorias reproductivas. Varios estudios realizados hasta la fecha han revelado que la deficiente información sobre el uso de los métodos anticonceptivos, la falta de acceso a estos, la presión social para no hacer uso de ellos, o la ausencia de recursos para afrontar el embarazo inicialmente deseado dependen significativamente del estatus socioeconómico de las madres (Gil-Lacruz 2012; Pérez et al. 2013). Además, las desigualdades socioeconómicas en la capacidad de planificar y gestionar las trayectorias reproductivas acordes con las aspiraciones y necesidades de las mujeres se ven reforzadas por otros factores de carácter individual y meso-social tales como la edad, la falta de pareja estable, la inestabilidad laboral, el estatus migratorio o la falta de apoyo de las redes familiares. En este contexto, la IVE, sin dejar de ser un derecho reproductivo innegable y fundamental, se convierte en un método de control de fecundidad cuya incidencia diferenciada en diversas subpoblaciones y categorías sociales es un efecto de las carencias asociadas a las posiciones inferiores en la escala socioeconómica. Estas desigualdades se ven especialmente reforzadas por factores contextuales de carácter macrosocial y tienen un peso muy destacado en los periodos de crisis. Aunque el cambio drástico en los contextos sociales, económicos e institucionales a raíz de las crisis suele tener carácter transversal, sus impactos al interactuar con determinadas características individuales varía para diferentes categorías de la población. Dicho de otra manera, el cambio de las condiciones económicas e institucionales que resulta de las crisis puede contribuir a acrecentar las diferencias entre la población en relación con el uso de la IVE.

En este estudio analizaremos el impacto de la crisis económica y la reciente crisis sanitaria consecuencia de la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 en el empleo de los métodos de IVE. La principal novedad de este proyecto es abordar la IVE desde una perspectiva integral en la que se combinan el análisis a nivel macrosocial con el acercamiento al nivel individual. Los datos de registros de las Interrupciones Voluntarias de Embarazo facilitados recientemente por el Ministerio de Sanidad, que ya se encuentran a disposición del equipo del proyecto, permitirán explorar diversas dimensiones del aborto, así como los distintos factores que determinan su incidencia. Con este esfuerzo queremos contribuir a entender por qué, aunque el acceso al aborto en España es un derecho reproductivo del que pueden beneficiarse todas las mujeres que lo necesiten y deseen, su uso refleja profundas y enraizadas desigualdades sociales que en último término reducen la autonomía real de las mujeres respecto a capacidad de decisión sobre su sexualidad y trayectorias reproductivas.

#### **2.5. Prioridad temática**

Dados estos antecedentes, este proyecto se presenta en la modalidad de investigación orientada enmarcándose en la prioridad temática vinculada a SALUD. Aunque nuestra propuesta parte del campo de la investigación social y reúne un elenco investigador especializado en diversas áreas de conocimiento (sociología del género, demografía, migraciones y salud pública), la contribución

potencial que puede brindar en el campo de la mejora de la salud y el bienestar de la población femenina es innegable.

DESIVE se sitúa dentro de la temática vinculada a la salud por dos razones. En primer lugar, aunque abordado desde una perspectiva social, nuestro objeto de estudio está estrechamente vinculado con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. En segundo lugar, el impacto social que se pretende alcanzar es el de contribuir con sus resultados a mejorar el nivel de salud reproductiva de las mujeres en España y afianzar el derecho a una toma de decisiones reproductivas libre y responsable. Esto pasa por identificar aquellos aspectos del acceso al control femenino de la fecundidad que siguen expuestos a vulnerabilidades como resultado a las desigualdades socioeconómicas.

### **3. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO - OBJECTIVES, METHODOLOGY AND WORK PLAN**

#### **3.1 Objetivos generales y específicos**

El objetivo principal del proyecto DESIVE es estudiar, mediante el uso de técnicas de análisis cuantitativo y cualitativo, las pautas y dinámicas de la IVE en España y explorar el impacto de diversos factores que, de acuerdo con la hipótesis de partida expuesta previamente, pueden influir en las desigualdades en el acceso a esta intervención. Nuestro estudio pretende confirmar y, en su caso, matizar, resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en otros países que han mostrado que el nivel educativo, la clase social, la situación ocupacional, el origen migratorio, los cambios en el contexto económico y las deficientes capacidades de los sistemas sanitarios (sean de origen coyuntural o sistémico) influyen significativamente en las pautas e incidencia del aborto inducido como método de control de fecundidad.

Los objetivos generales propuestos se desarrollarán en tres grandes líneas de trabajo, dentro de las que se articularán los objetivos específicos del proyecto:

#### ***Línea 1: Diferencias asociadas al estatus socioeconómico y/o migratorio en la incidencia del aborto***

Esta línea de trabajo agrupa una serie de objetivos específicos enfocados a explorar el grado en el que diferentes componentes del estatus socioeconómico (entendido en sentido amplio y operacionalizado en términos de nivel educativo, posición ocupacional y situación económica de la mujer) y la condición migratoria inciden en la práctica y los modos de acceso al aborto:

*Objetivo L1.1:* Examinar el impacto de las diferentes dimensiones del estatus socioeconómico asociadas con la decisión de someterse a la IVE.

*Objetivo L1.2:* Examinar la interrelación entre el estatus socioeconómico, la edad, la situación de convivencia, el estatus migratorio, el número de hijos previos y la incidencia de la IVE y los motivos declarados (petición propia o deformación/enfermedad/anomalía del feto).

*Objetivo L1.3:* Identificar la relación entre las pautas de uso de anticonceptivos previo al embarazo, el estatus socioeconómico, el migratorio y la incidencia de la IVE.

*Objetivo L1.4:* Analizar la relación entre la frecuencia de uso de la IVE a lo largo de la trayectoria reproductiva y el estatus socioeconómico y/o migratorio.

*Objetivo L1.5:* Examinar si existen diferencias entre determinados colectivos migratorios en la propensión a llevar el embarazo a término o proceder a su interrupción.

*Objetivo L1.6:* Mediante análisis por cohortes migratorias y tiempo de residencia, explorar los cambios en las pautas del uso de la IVE y su hipotética convergencia con las pautas de la población nativa.

#### ***Línea 2: Análisis del impacto de la coyuntura económica en la incidencia del aborto inducido.***

Nos interesa determinar en qué medida los cambios en las condiciones económicas influyen en la decisión de realizar una IVE. Los análisis en el marco de esta línea tienen que afrontar la dificultad añadida que surge de la coincidencia temporal del cambio del marco legal introducido por la Ley Orgánica 2/2010 de salud reproductiva y sexual y la evolución muy desfavorable de la economía española, con la consecuente introducción de medidas de austeridad. Para evitar posibles sesgos, se analizarán los

cambios desde 2013 hasta 2019. De este modo, y a diferencia de otros estudios, se explorará cómo la relativa mejora en las condiciones económicas influye en la IVE. Dentro de esta línea de trabajo se perseguirán los siguientes objetivos específicos:

*Objetivo L2.1:* Identificar cambios en las tendencias de la IVE y diferenciar el impacto de los cambios legales y los efectos del contexto socioeconómico.

*Objetivo L2.2:* Identificar las categorías sociales más vulnerables a los efectos de la crisis: ¿qué características individuales y sus combinaciones (edad, origen, estatus socioeconómico, etc.) influyen en la frecuencia y modo de acceso a la IVE?

### ***Línea 3: Análisis del impacto de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva***

Los estudios preliminares realizados en varios países indican que las consecuencias del déficit prestacional de la cadena asistencial, debido a la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, ha resultado en una sensible disminución en el volumen de IVE realizadas. Dentro de esta línea vamos a combinar métodos cuantitativos y cualitativos para identificar cuál fue el impacto de la crisis sanitaria en la gestión de los embarazos no deseados durante el periodo comprendido entre marzo 2020 y junio 2021. Dentro de esta línea de trabajo se perseguirán los siguientes objetivos específicos:

*Objetivo L3.1:* Analizar los cambios en la incidencia agregada de los abortos durante la fase más severa de la pandemia, con especial atención a las posibles diferencias en las categorías sociales definidas en términos de estatus socioeconómico, migratorio y grupos de edad.

*Objetivo L3.2:* Analizar los cambios en las características de los métodos utilizados para la IVE durante la pandemia.

*Objetivo L3.3:* Identificar los perfiles de las mujeres que han experimentado especiales dificultades en el acceso a la IVE durante la pandemia y/o han recurrido a métodos alternativos a la IVE.

*Objetivo L3.4:* Estudiar las decisiones relativas a la finalización o no del embarazo y las fuentes de apoyo en el contexto del déficit asistencial asociado a la crisis sanitaria.

Los objetivos L3.1 y L.3.2 se abordarán mediante el desarrollo de técnicas cuantitativas de investigación y los L3.3 y L3.4 mediante la aplicación de las técnicas cualitativas descritas a continuación.

## **3.2. Metodología**

En el proyecto combinaremos las fuentes de datos cuantitativas de carácter secundario con las técnicas de recogida y análisis cualitativos.

### **3.2.1. Fuentes de datos cuantitativos**

Se hará un uso combinado de dos fuentes de información estadística:

- (1) *Estadística de Interrupciones Voluntarias de Embarazos*, desde el 2011 hasta la actualidad. Es una fuente de datos mantenida y gestionada por el Ministerio de Sanidad a partir de la información obtenida de las Comunidades Autónomas. Estas registran, en sus territorios, los datos relativos a las IVE practicadas en los centros sanitarios (hospitalarios y extrahospitalarios, públicos y privados) a las mujeres residentes y no residentes en España. La información, previa solicitud, está disponible para fines científicos y los microdatos se distribuyen a los potenciales usuarios de forma gratuita. Estos contienen una serie de variables relativas a la intervención practicada (fechas de alta, de intervención y de baja, motivo declarado de intervención, semanas de gestación y método empleado), datos de la mujer (fecha y país de nacimiento, nacionalidad, estado civil, convivencia con la pareja, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos y número de abortos previos, entre otros) y datos del centro (provincia, régimen y finalidad del centro).
- (2) Las estadísticas del Movimiento Natural de la Población (MNP), desde el 2011 hasta la actualidad, se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en el territorio español. La fuente primaria de información son los distintos

Registros Civiles, que envían mensualmente al INE sus boletines de parto, matrimonio y defunción. Los datos están disponibles en abierto en la página web del Instituto Nacional de Estadística. En el proyecto se hará uso de los referentes a nacimientos (vivos y muertos) que incluyen la información sobre el parto (fecha y lugar del parto, nacimiento con o sin vida), a la madre (entre otros, nacionalidad, nivel de estudios, estado civil o número de hijos previos), al padre (nacionalidad, profesión y estado civil, etc.) y al nacido (sexo, peso al nacer, orden de nacimiento y edad gestacional). Adicionalmente, se hará uso de las estadísticas de Muertes Fetales Tardías (MFT) para el periodo de referencia. MFT forma parte de MNP. De acuerdo con los criterios utilizados por el INE, la MFT se define como “fallecimiento, antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable” siendo actualmente el criterio de viabilidad el peso de 500 o más gramos o la edad gestacional de 22 o más semanas. Los datos de MFT incluyen las mismas variables que los registros de nacimientos del MNP. Aunque se pueden complementar con datos referentes a las causas de muerte, están disponibles en el INE bajo petición a medida.

El objetivo de combinar estas dos bases de datos es obtener una estimación exhaustiva del número de embarazos anuales (denominador) y de los tres posibles resultados de la concepción: nacimiento vivo, muerte fetal e IVE.

### **3.2.2. Preparación de datos cuantitativos**

Esta parte se desarrollará en las siguientes fases:

1. Homogeneización de datos. Se procederá a homogeneizar la información estadística para su posterior fusión. A partir de las variables originales de cada fuente se identificarán los criterios de homogeneización que permitan construir variables derivadas comunes.

2. Unificación de datos. Una vez realizada la homogeneización de los tres conjuntos de microdatos se procederá a su fusión obteniendo una única base de datos que recogerá la información sobre los embarazos acontecidos en cada año de referencia y su desenlace (muerte fetal tardía, IVE o nacimiento vivo). De esta manera dispondremos de información sobre la ocurrencia de cada uno de los eventos a los que da lugar la concepción (salvo los abortos espontáneos que se producen en las primeras semanas del embarazo y de los que no existen registros exhaustivos). Ello nos permitirá estimar en qué medida determinadas variables individuales y contextuales se asocian con la variabilidad en los resultados del embarazo. El resultado de estas operaciones permitirá disponer de una base de datos en la que se incluirán cuatro tipos de variables:

- i. Variables comunes —sin necesidad de homogeneización: provincia, fecha de nacimiento de la mujer, municipio de residencia y semanas de gestación.
- ii. Variables homogenizadas: nivel de estudios, país de residencia en el extranjero de la mujer, tipo de convivencia de la madre, número de hijos vivos, situación profesional y fecha de IVE/parto.
- iii. Variables sólo aplicables a casos de IVE: IVE financiada; año de llegada (para mujeres nacidas en el extranjero); uso de anticonceptivos y su tipo; motivo de petición de IVE; método de intervención; tipo, finalidad y dependencia del centro; ingresos; fecha de IVE o de nacimiento vivo/muerto; fecha último IVE.
- iv. Variables sólo aplicables a casos procedente del MNP: profesión, estado civil y edad de la madre al contraer matrimonio; nº total de hijos nacidos (vivos/muertos); nacionalidad del hijo anterior y, respecto al padre, fecha, lugar y país de nacimiento; nacionalidad; lugar de residencia y profesión.

3. Validación: se procederá a realizar la validación de la base de datos obtenida mediante un exhaustivo análisis estadístico descriptivo. El objetivo en esta fase es detectar posibles errores e inconsistencias en el proceso de homogeneización y fusión de microdatos.

### **3.2.3. Explotación de datos cuantitativos**

Una vez preparada la base de datos finales, se procederá a su explotación siguiendo las líneas de trabajo que surgen a partir de los objetivos específicos identificados previamente. Cada objetivo, dada su particularidad, requerirá una estrategia analítica y empírica específica.

- i (i) En el caso de la evaluación de los efectos de las características individuales (estatus inmigrante y socioeconómico) se aplicarán diversos análisis multivariados derivados de las diversas modalidades de regresión (logística, multinomial, y Poisson). Para obtener una mayor precisión en la estimación de las posibles inferencias causales, se prevé también aplicar diversas técnicas de la familia de las estrategias de emparejamiento (matching).
- ii (ii) En cuanto a la evaluación de los efectos contextuales, se recurrirá al uso del análisis de series temporales con el propósito inicial de determinar las pautas observables —tendencia, periodicidad y ruptura— que describen el cambio en el tiempo del fenómeno de la IVE en España. Sólo una vez se haya descrito con precisión el cambio, se estará en disposición de seleccionar los modelos de análisis de series temporales más adecuados para avanzar, si la información disponible lo permite, hasta las inferencias causales.

### **3.2.4 Obtención de datos cualitativos**

El acceso a la IVE se vió significativamente restringido a partir del auge de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. El objetivo 3 abarca la exploración de las decisiones relacionadas con los embarazos no deseados a partir de ese momento. En este caso, consideramos imprescindible combinar el análisis cuantitativo con un estudio de corte cualitativo. Los datos cualitativos se recogerán a través de la realización de entrevistas en profundidad a mujeres que transitaron por la experiencia de embarazo no deseado desde marzo de 2020 hasta junio de 2021.

1. Contenido de las entrevistas. Se abordarán, entre otros, los siguientes aspectos:

(i) La contextualización de la situación de la mujer en el momento de comenzar a enfrentar el embarazo no deseado, atendiendo al estatus familiar (si tenía pareja e hijos previos, cuál era su relación con ellos, apoyos familiares con los que contaba, etc.); socioeconómico (condiciones socioeconómicas y situación laboral) y personal (salud, otros apoyos con los que contara, etc.).

(ii) El proceso de resolución de la situación problemática: fuentes de información consultadas, posibles alternativas valoradas, toma y afrontamiento de la decisión y experiencia de aborto.

(iii) La influencia de la COVID-19 en la experiencia en torno al aborto: efectos en la forma de afrontarlo, la reducción del apoyo social, etc.

(iv) Experiencia de apoyo y asistencia por parte de los servicios sanitarios y sociales

2. Selección de la muestra. La selección de las informantes se realizará utilizando los criterios de heterogeneidad —acceder al mayor número posible de experiencias diferentes— y accesibilidad —se entrevistará a las personas que, cumpliendo las características diseñadas, estén dispuestas y accesibles a participar en la investigación— (Valles 1999). En relación con el primer criterio, se considera que hay una serie de variables que pueden afectar a las experiencias de las mujeres en torno al aborto tales como: edad, origen, hábitat de residencia, nivel de estudios y estatus socioeconómico.

3. Tamaño de la muestra. Se realizarán aproximadamente 30 entrevistas.

4. Acceso a las informantes. Este aspecto del estudio supone el mayor reto para el equipo investigador. Siendo conscientes de la dificultad de acceso a mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo, se desplegará una múltiple estrategia de acceso a la población objetivo:

(i) Se solicitará la colaboración del sistema público de salud y de las clínicas acreditadas para la IVE. Esto implica el riguroso cumplimiento de la normativa de protección de datos en el ámbito sociosanitario.

(ii) Se pedirá apoyo al asociacionismo activista feminista y a otras organizaciones del tercer sector, como las que trabajan con población de origen inmigrante.

*Objetivo L1.5:* Examinar si existen diferencias entre determinados colectivos migratorios en la propensión a llevar el embarazo a término o proceder a su interrupción.

*Objetivo L1.6:* Mediante análisis por cohortes migratorias y tiempo de residencia, explorar los cambios en las pautas del uso de la IVE y su hipotética convergencia con las pautas de la población nativa.

***Línea 2: Análisis del impacto de la coyuntura económica en la incidencia del aborto inducido.***

Nos interesa determinar en qué medida los cambios en las condiciones económicas influyen en la decisión de realizar una IVE. Los análisis en el marco de esta línea tienen que afrontar la dificultad añadida que surge de la coincidencia temporal del cambio del marco legal introducido por la Ley Orgánica 2/2010 de salud reproductiva y sexual y la evolución muy desfavorable de la economía española, con la consecuente introducción de medidas de austeridad. Para evitar posibles sesgos, se analizarán los cambios desde 2013 hasta 2019. De este modo, y a diferencia de otros estudios, se explorará cómo la relativa mejora en las condiciones económicas influye en la IVE. Dentro de esta línea de trabajo se perseguirán los siguientes objetivos específicos:

*Objetivo L2.1:* Identificar cambios en las tendencias de la IVE y diferenciar el impacto de los cambios legales y los efectos del contexto socioeconómico.

*Objetivo L2.2:* Identificar las categorías sociales más vulnerables a los efectos de la crisis: ¿qué características individuales y sus combinaciones (edad, origen, estatus socioeconómico, etc.) influyen en la frecuencia y modo de acceso a la IVE?

***Línea 3: Análisis del impacto de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva***

Los estudios preliminares realizados en varios países indican que las consecuencias del déficit prestacional de la cadena asistencial, debido a la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, ha resultado en una sensible disminución en el volumen de IVE realizadas. Dentro de esta línea vamos a combinar métodos cuantitativos y cualitativos para identificar cuál fue el impacto de la crisis sanitaria en la gestión de los embarazos no deseados durante el periodo comprendido entre marzo 2020 y junio 2021. Dentro de esta línea de trabajo se perseguirán los siguientes objetivos específicos:

*Objetivo L3.1:* Analizar los cambios en la incidencia agregada de los abortos durante la fase más severa de la pandemia, con especial atención a las posibles diferencias en las categorías sociales definidas en términos de estatus socioeconómico, migratorio y grupos de edad.

*Objetivo L3.2:* Analizar los cambios en las características de los métodos utilizados para la IVE durante la pandemia.

*Objetivo L3.3:* Identificar los perfiles de las mujeres que han experimentado especiales dificultades en el acceso a la IVE durante la pandemia y/o han recurrido a métodos alternativos a la IVE.

*Objetivo L3.4:* Estudiar las decisiones relativas a la finalización o no del embarazo y las fuentes de apoyo en el contexto del déficit asistencial asociado a la crisis sanitaria.

Los objetivos L3.1 y L3.2 se abordarán mediante el desarrollo de técnicas cuantitativas de investigación y los L3.3 y L3.4 mediante la aplicación de las técnicas cualitativas descritas a continuación.

## **3.2. Metodología**

En el proyecto combinaremos las fuentes de datos cuantitativas de carácter secundario con las técnicas de recogida y análisis cualitativos.

### **3.2.1. Fuentes de datos cuantitativos**

Se hará un uso combinado de dos fuentes de información estadística:

(1) *Estadística de Interrupciones Voluntarias de Embarazos*, desde el 2011 hasta la actualidad. Es una fuente de datos mantenida y gestionada por el Ministerio de Sanidad a partir de la información obtenida de las Comunidades Autónomas. Estas registran, en sus territorios, los datos relativos a las IVE practicadas en los centros sanitarios (hospitalarios y extrahospitalarios, públicos y privados) a las mujeres residentes y no residentes en España. La información, previa solicitud, está disponible para fines científicos y los microdatos se distribuyen a los potenciales usuarios de forma gratuita. Estos contienen una serie de variables relativas a la intervención practicada (fechas de alta, de intervención y de baja, motivo declarado de intervención, semanas de gestación y método empleado), datos de la mujer (fecha y país de nacimiento, nacionalidad, estado civil, convivencia con la pareja, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos y número de abortos previos, entre otros) y datos del centro (provincia, régimen y finalidad del centro).

(2) *Las estadísticas del Movimiento Natural de la Población (MNP)*, desde el 2011 hasta la actualidad, se refieren básicamente a los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en el territorio español. La fuente primaria de información son los distintos Registros Civiles, que envían mensualmente al INE sus boletines de parto, matrimonio y defunción. Los datos están disponibles en abierto en la página web del Instituto Nacional de Estadística. En el proyecto se hará uso de los referentes a nacimientos (vivos y muertos) que incluyen la información sobre el parto (fecha y lugar del parto, nacimiento con o sin vida), a la madre (entre otros, nacionalidad, nivel de estudios, estado civil o número de hijos previos), al padre (nacionalidad, profesión y estado civil, etc.) y al nacido (sexo, peso al nacer, orden de nacimiento y edad gestacional). Adicionalmente, se hará uso de las estadísticas de *Muertes Fetales Tardías (MFT)* para el periodo de referencia. MFT forma parte de MNP. De acuerdo con los criterios utilizados por el INE, la MFT se define como “fallecimiento, antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable” siendo actualmente el criterio de viabilidad el peso de 500 o más gramos o la edad gestacional de 22 o más semanas. Los datos de MFT incluyen las mismas variables que los registros de nacimientos del MNP. Aunque se pueden complementar con datos referentes a las causas de muerte, están disponibles en el INE bajo petición a medida.

El objetivo de combinar estas dos bases de datos es obtener una estimación exhaustiva del número de embarazos anuales (denominador) y de los tres posibles resultados de la concepción: nacimiento vivo, muerte fetal e IVE.

### **3.2.2. Preparación de datos cuantitativos**

*Esta parte se desarrollará en las siguientes fases:*

1. Homogeneización de datos. Se procederá a homogeneizar la información estadística para su posterior fusión. A partir de las variables originales de cada fuente se identificarán los criterios de homogeneización que permitan construir variables derivadas comunes.
2. Unificación de datos. Una vez realizada la homogeneización de los tres conjuntos de microdatos se procederá a su fusión obteniendo una única base de datos que recogerá la información sobre los embarazos acontecidos en cada año de referencia y su desenlace (muerte fetal tardía, IVE o nacimiento vivo). De esta manera dispondremos de información sobre la ocurrencia de cada uno de los eventos a los que da lugar la concepción (salvo los abortos espontáneos que se producen en las primeras semanas del embarazo y de los que no existen registros exhaustivos). Ello nos permitirá estimar en qué medida determinadas variables individuales y contextuales se asocian con la variabilidad en los resultados del embarazo. El resultado de estas operaciones permitirá disponer de una base de datos en la que se incluirán cuatro tipos de variables:
  - i. Variables comunes —sin necesidad de homogeneización: provincia, fecha de nacimiento de la mujer, municipio de residencia y semanas de gestación.
  - ii. Variables homogenizadas: nivel de estudios, país de residencia en el extranjero de la mujer, tipo de convivencia de la madre, número de hijos vivos, situación profesional y fecha de IVE/parto.

iii. Variables sólo aplicables a casos de IVE: IVE financiada; año de llegada (para mujeres nacidas en el extranjero); uso de anticonceptivos y su tipo; motivo de petición de IVE; método de intervención; tipo, finalidad y dependencia del centro; ingresos; fecha de IVE o de nacimiento vivo/muerto; fecha último IVE.

iv. Variables sólo aplicables a casos procedente del MNP: profesión, estado civil y edad de la madre al contraer matrimonio; nº total de hijos nacidos (vivos/muertos); nacionalidad del hijo anterior y, respecto al padre, fecha, lugar y país de nacimiento; nacionalidad; lugar de residencia y profesión.

3. Validación: se procederá a realizar la validación de la base de datos obtenida mediante un exhaustivo análisis estadístico descriptivo. El objetivo en esta fase es detectar posibles errores e inconsistencias en el proceso de homogeneización y fusión de microdatos.

### **3.2.3. Explotación de datos cuantitativos**

Una vez preparada la base de datos finales, se procederá a su explotación siguiendo las líneas de trabajo que surgen a partir de los objetivos específicos identificados previamente. Cada objetivo, dada su particularidad, requerirá una estrategia analítica y empírica específica.

(i) En el caso de la evaluación de los efectos de las características individuales (estatus inmigrante y socioeconómico) se aplicarán diversos análisis multivariados derivados de las diversas modalidades de regresión (logística, multinomial, y Poisson). Para obtener una mayor precisión en la estimación de las posibles inferencias causales, se prevé también aplicar diversas técnicas de la familia de las estrategias de emparejamiento (matching).

(ii) En cuanto a la evaluación de los efectos contextuales, se recurrirá al uso del análisis de series temporales con el propósito inicial de determinar las pautas observables —tendencia, periodicidad y ruptura— que describen el cambio en el tiempo del fenómeno de la IVE en España. Sólo una vez se haya descrito con precisión el cambio, se estará en disposición de seleccionar los modelos de análisis de series temporales más adecuados para avanzar, si la información disponible lo permite, hasta las inferencias causales.

### **3.2.4 Obtención de datos cualitativos**

El acceso a la IVE se vió significativamente restringido a partir del auge de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. El objetivo 3 abarca la exploración de las decisiones relacionadas con los embarazos no deseados a partir de ese momento. En este caso, consideramos imprescindible combinar el análisis cuantitativo con un estudio de corte cualitativo. Los datos cualitativos se recogerán a través de la realización de entrevistas en profundidad a mujeres que transitaron por la experiencia de embarazo no deseado desde marzo de 2020 hasta junio de 2021.

1. Contenido de las entrevistas. Se abordarán, entre otros, los siguientes aspectos:

(i) La contextualización de la situación de la mujer en el momento de comenzar a enfrentar el embarazo no deseado, atendiendo al estatus familiar (si tenía pareja e hijos previos, cuál era su relación con ellos, apoyos familiares con los que contaba, etc.); socioeconómico (condiciones socioeconómicas y situación laboral) y personal (salud, otros apoyos con los que contara, etc.).

(ii) El proceso de resolución de la situación problemática: fuentes de información consultadas, posibles alternativas valoradas, toma y afrontamiento de la decisión y experiencia de aborto.

(iii) La influencia de la COVID-19 en la experiencia en torno al aborto: efectos en la forma de afrontarlo, la reducción del apoyo social, etc.

(iv) Experiencia de apoyo y asistencia por parte de los servicios sanitarios y sociales

2. Selección de la muestra. La selección de las informantes se realizará utilizando los criterios de heterogeneidad —acceder al mayor número posible de experiencias diferentes— y accesibilidad —se entrevistará a las personas que, cumpliendo las características diseñadas, estén dispuestas y accesibles a participar en la investigación— (Valles 1999). En relación con el primer criterio, se considera que hay una serie de variables que pueden

afectar a las experiencias de las mujeres en torno al aborto tales como: edad, origen, hábitat de residencia, nivel de estudios y estatus socioeconómico.

3. Tamaño de la muestra. Se realizarán aproximadamente 30 entrevistas.

4. Acceso a las informantes. Este aspecto del estudio supone el mayor reto para el equipo investigador. Siendo conscientes de la dificultad de acceso a mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo, se desplegará una múltiple estrategia de acceso a la población objetivo:

(i) Se solicitará la colaboración del sistema público de salud y de las clínicas acreditadas para la IVE. Esto implica el riguroso cumplimiento de la normativa de protección de datos en el ámbito sociosanitario.

(ii) Se pedirá apoyo al asociacionismo activista feminista y a otras organizaciones del tercer sector, como las que trabajan con población de origen inmigrante.

posibles errores e inconsistencias en el proceso de homogeneización y fusión de microdatos.

(iii) Se promoverá también la captación de participantes mediante la difusión de la investigación a través de las redes profesionales y/o personales del equipo investigador. Algunas de estas vías ya han sido exploradas para confirmar la disposición de diferentes agentes sociales a apoyar el proyecto.

5. Trabajo de campo. Las entrevistas se desarrollarán de forma presencial en diferentes lugares de España, serán conducidas por la misma entrevistadora —con formación y experiencia en el desarrollo de metodología cualitativa y estudios de género— y solo ella conocerá la identidad de las informantes. Se realizarán, además, en espacios que permitan la confidencialidad de las participantes y que motiven que se sientan cómodas, dado el carácter íntimo del tema tratado.

### **3.2.5 Explotación de datos cualitativos 3.2.6 Planes de contingencia**

Análisis de datos. Tras su grabación en audio, las entrevistas serán transcritas fielmente, incorporando después las notas de campo recogidas por la entrevistadora. Los datos cualitativos serán codificados, sistematizados y analizados con ayuda del software Atlas.ti.

### **3.2.6 Planes de contingencia**

El proyecto usará dos tipos de información, por lo que los obstáculos y dificultades en la consecución de los objetivos pueden ser de diversa naturaleza. Para afrontar posibles dificultades en el proceso de obtención, procesamiento y explotación de datos, planteamos dos planes de contingencia:

*Estudio cuantitativo.* Los datos que se utilizarán en el análisis están disponibles bajo petición (en el caso de los referidos a la IVE) o directamente desde la página web del INE (datos del MNP). Se descarta, por tanto, la posibilidad de que no se pueda acceder a ellos. El principal problema que podemos encontrar a la hora de explotar los datos es la capacidad de cálculo de los equipos convencionales. Se debe tener en cuenta que la base de datos final contará con alrededor de 4.500.000 casos y aproximadamente 100 variables, lo que puede superar la capacidad de cálculo de los ordenadores individuales. En estos casos prevemos las siguientes soluciones:

- Para utilizar con garantías el programa de análisis estadístico STATA, se procederá a adquirir la versión más reciente de STATA 17 de varios núcleos.

- También se utilizará la aplicación Google Colab, que es un servicio cloud que permite el uso gratuito de las GPUs y TPUs para el análisis de datos, lo que aumenta la capacidad del cálculo sin necesidad de transferencia de datos.

*Estudio cualitativo.* En este caso prevemos que se pueden dar dos tipos de dificultades: en el reclutamiento y acceso a las informantes y en la realización presencial de las entrevistas.

- En caso de que no fuera posible acceder a muestra suficiente de mujeres y con el objetivo de recoger sus percepciones sobre el tema objeto de estudio, se realizarían entrevistas en profundidad a personal del ámbito sociosanitario (profesionales médicos y trabajadores sociales) que desarrolle su labor en contacto directo con mujeres que se

encuentran en la situación de enfrentar embarazos no deseados. Conseguiríamos así un acercamiento al tema de estudio, aunque desde informantes “secundarios”.

- En caso de que las condiciones sanitarias no permitieran realizar las entrevistas de forma presencial, estas se conducirán a través de medios telemáticos. A pesar de que el equipo investigador no considera que esta vía sea la óptima para desarrollarlas, dada la necesidad de crear un clima cercano y de confianza con las participantes —en cualquiera que fuera el tema que se abordase, pero especialmente en este—, la imposibilidad de realizarlas de forma presencial obligaría a utilizar estos medios. No obstante, la entrevistadora también cuenta con experiencia en el desarrollo de metodología cualitativa utilizando medios a distancia (tanto el teléfono como las aplicaciones de videollamada).