El aborto: un grave problema de salud entre las mujeres atendidas en el IMSS en 2007

Marta Jiménez Álvarez, Ma. de los Ángeles Garduño Andrade***

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo mostrar dos aspectos del aborto en México, específicamente la frecuencia de abortos atendidos en el IMSS en 2007 y las diversas causas no punibles de delito en los estados de la República. Para evidenciar desde la perspectiva de género, algunas situaciones contradictorias que enfrentan las trabajadoras remuneradas en la etapa reproductiva, cuando se les exige no estar embarazadas para entrar o mantenerse en el.

Palabras clave: aborto, interrupción voluntaria del embarazo

Abstract

This research aims to show two aspects of abortion in Mexico, specifically the frequency of abortions served in the IMSS in 2007 and the various not punishable causes of crime in the States of the Republic. To highlight from the gender perspective, some contradictory situations faced by women workers paid in the reproductive stage, when they are required to not be pregnant women to enter or remain on it.

Keyswords: abortion, voluntary termination of pregnancy

* Maestra en Medicina Social por la UAM - Xochimilco, correo mjimenez@correo.xoc.uam.mx
** Profesora Titular en la Maestría en Medicina Social de la UAM -Xochimilco y candidata a Doctora en Salud Colectiva

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2009
Fecha de aprobación: 4 de febrero de 2010

Introducción

La importancia del estudio del aborto está clara para investigadores, instituciones de salud del ámbito público y del privado e innumerables organismos no gubernamentales. Es un tema abordado desde enfoques médicos, sociales, culturales, económicos, políticos y religiosos, e independientemente del punto de vista con que se analice, su relevancia es manifiesta[1], dado que representa la quinta causa de mortalidad materna en México.

Sin embargo, para comprender el fenómeno hace falta profundizar sobre su determinación, y sobre la manera en que las mujeres enfrentan las exigencias que se les presentan en la etapa reproductiva. Por ello es necesario ubicar el análisis desde la perspectiva de género tomando en cuenta que se trata de un problema que las impacta gravemente debido a la condición histórica, que Marcela Lagarde (2003) precisa como el conjunto de cualidades y características esenciales que definen a la mujer como un ser social y cultural genérico, misma que sigue construyéndose en el nivel colectivo basando su identidad en función de ser madre. Sin embargo, esta función sobrevalorada por su carácter biológico, es cuestionada por la vía de los hechos cuando se trata de políticas generales de control del crecimiento poblacional y cuando persisten demandas no explícitas en el mercado de trabajo para que las trabajadoras no se embaracen.

La evidente inequidad social que se genera desde la imposición de la maternidad como eje de la identidad, se manifiesta en múltiples aspectos tales como falta de libertad para que las mujeres decidan sobre su cuerpo y todo lo relacionado tanto con el manejo de la sexualidad como con el control de su fecundidad, y de todo lo que conlleva el proceso de convertirse en madre. Las respuestas individuales son modeladas por estas condiciones sociales, pero se enfrentan en solitario a contradicciones varias como la gestación no deseada, o cuando es resultado de una violación; en esos momentos la decisión de interrumpir el embarazo es condenada por muchos y significa someterse a procesos de alta peligrosidad.

Lagarde (2003) refiere que al considerase características de lo femenino el *ser de* y *para los otros*, la institución familiar como eje de la organización social extrapola la imposición para reproducirse hacia la realización del trabajo doméstico y a la exigencia de atender a los demás. Sin poner atención a las situaciones particulares que llevan a un número importante de mujeres a jugar el papel de proveedoras, generándose así exigencias en el ámbito público y privado; es decir, la exigencia de realizar una doble jornada.

Así desde las relaciones sociales de género, con sus expresiones particulares en la vida cotidiana, un número importante de mujeres debe decidir; o incluso ser testigo de cómo deciden otros sobre su propias vidas y su cuerpos en función de exigencias que resultan contradictorias, y cómo se le complica asumir su libertad individual en medio de relaciones sociales inequitativas de género que limitan la autonomía, la intimidad, la conciencia y el control del cuerpo.

Por una parte se le impele a embarazarse como parte de su identidad femenina, pero por otro se le imponen métodos de anticoncepción en función de políticas generales o particulares del mercado laboral. O bien, se las obliga a enfrentar procesos de trabajo que por su peligrosidad pueden producir abortos espontáneos, ya que resulta preferible para los contratantes que las trabajadoras no se embaracen antes que modificar las largas jornadas, la intensidad de movimientos o el uso de productos que producen daños a ellas o a los fetos. (Rodríguez, 2006)

Ana Laura Nettel (2001) refiere que existe una diferencia entre las consecuencias de regular las conductas en la esfera social y las decisiones de la esfera privada, cuando se imponen las primeras, eso no significa que se modifiquen las segundas, ya que no hay posibilidades de vigilar a todos y cada uno de los miembros de una sociedad para que cumplan con las reglas. Esto significa que las definiciones en cuanto a integrarse al mercado laboral, usar métodos anticonceptivos, someterse a exigencias y riesgos, e incluso interrumpir el embarazo, pueden responder a regulaciones, pero no son su resultado directo.

Por tanto, a pesar de estar prohibido explícitamente, en algunas empresas se demanda la prueba de no embarazo, no se cumplen con las reglas sobre riesgos y exigencias que pueden resultar peligrosas, y en los espacios en los que persisten marcos de prohibición, se siguen realizando abortos clandestinos que provocan problemas de salud ya que las restricciones legales no reducen el número de abortos

[1] Al celebrarse, el 28 de septiembre de 2008, el Día de la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, El Subdirector General Médico del Instituto Nacional de Perinatología, Raúl López García, mencionó los resultados de un estudio reciente en torno a las causas más frecuentes que determinan la interrupción del embarazo, las cuales revelaron que el 76 por ciento de los casos se relaciona con bajos recursos económicos; el 70 por ciento tiene que ver con el tamaño excesivo de la familia y un 68 por ciento involucra un nivel educativo pobre.

inducidos y si en cambio, ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres (Schiavon, Polo y Troncoso, 2007)[2].

Trabajadoras y complicaciones en el embarazo

La situación la atención de los abortos en México se observa en dos planos: En el primero de éstos se registra como problema de salud debido a las complicaciones en el embarazo y para el caso específico de la población femenina atendida en el Seguro Social, en el año 2007 se registraron 65,869 atenciones de este evento obstétrico. Los registros observados concentran el total de la población que presentó complicación en el embarazo y en un primer ejercicio para distinguir la situación de aquellas mujeres que con seguridad realizan trabajo remunerado, se tomó como población de comparación a las que están registradas como derechohabientes por dependencia.

Cabe aclarar que no hay seguridad de que las segundas, las beneficiarias, realicen trabajo remunerado o no, sin embargo es una población comparable en el sentido de pertenecer a la población dependiente de un salario. Además debe señalarse que la información sobre la atención de abortos en el IMSS, se refiere a los casos que requiere atención hospitalaria, de manera que no pueden diferenciarse abortos inducidos y espontáneos sino sus complicaciones (González de León, 1999). Es claro que aunque los datos de referencia no miden con exactitud el problema, el análisis que se presenta si se aproximación a este problema que afecta la salud de la población femenina trabajadora.

De la revisión de los 65,869 abortos de 2007 en el IMSS, se contabilizó el total de las atenciones diferenciadas por tipo de aseguramiento[3]. El cálculo de la tasa de aborto para cada grupo de mujeres se realizó tomando como punto de partida la estimación de la proporción que el grupo de las trabajadoras representaba del total de mujeres en edad fértil en el IMSS[4] a nivel nacional y por entidad federativa.

El resultado más relevante de este primer ejercicio fue que la tasa de aborto entre mujeres trabajadoras de 10.2 por mil supera claramente la de las mujeres beneficiarias que fue de 4.8 por mil, así que la primera hipótesis a profundizar se refiere a que esta franca diferencia puede deberse a riesgos y exigencias en el trabajo a las que se someten las trabajadoras y a la realización de la doble jornada.

Esa hipótesis que deberá ser desarrollada con información más precisa y se puede fortalecer a partir de la explicación sobre la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado5, en el sentido de su ubicación en ciertos proceso laborales y los efectos de éstos sobre su salud, se ha mostrado en diversos estudios que a partir de la industrialización se modificó en forma radical el panorama de los riesgos para la salud (Córdova, Leal y Martínez, 1989).

Ante la imposibilidad de detallar esta relación, debemos partir de algunos presupuestos respecto a los problemas relacionados, por ejemplo el desgaste físico y emocional que se deriva de cumplir con actividades y responsabilidades en el hogar fuera de este, la realización de trabajos remunerados de alta demanda, la falta de un tiempo adecuado para descansar, y la exigencia de no embarazo para ser contratadas o mantenerse en el mercado laboral[6]. Sólo para ilustrar este

[2] Raffaela Schiavon, Gerardo Polo y Erika Troncoso (2007) refieren en el documento Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto, que las restricciones legales del aborto, para el caso de América Latina evidencian una tasa de 29 abortos inseguros por 1,000 mujeres entre los 15 y 44 años, mientras en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como Europa, sólo tres de cada 1,000 procedimientos se realizan en condiciones inseguras. Y en lo relacionado con la mortalidad materna, en los países donde el aborto está legalmente restringido suceden en promedio 30 veces más muertes maternas.

[3] Son aquellas mujeres que se encuentran insertas en el mercado de trabajo que perciben una remuneración económica y por este hecho se les tipifica como trabajadoras, y que estadísticamente son identificables por el número de afiliación al IMSS con agregado 1F (1= asegurada, F = Femenina) en tanto que a las esposas de los trabajadores (trabajo no remunerado) se les identifica como esposas o concubinas (2F)

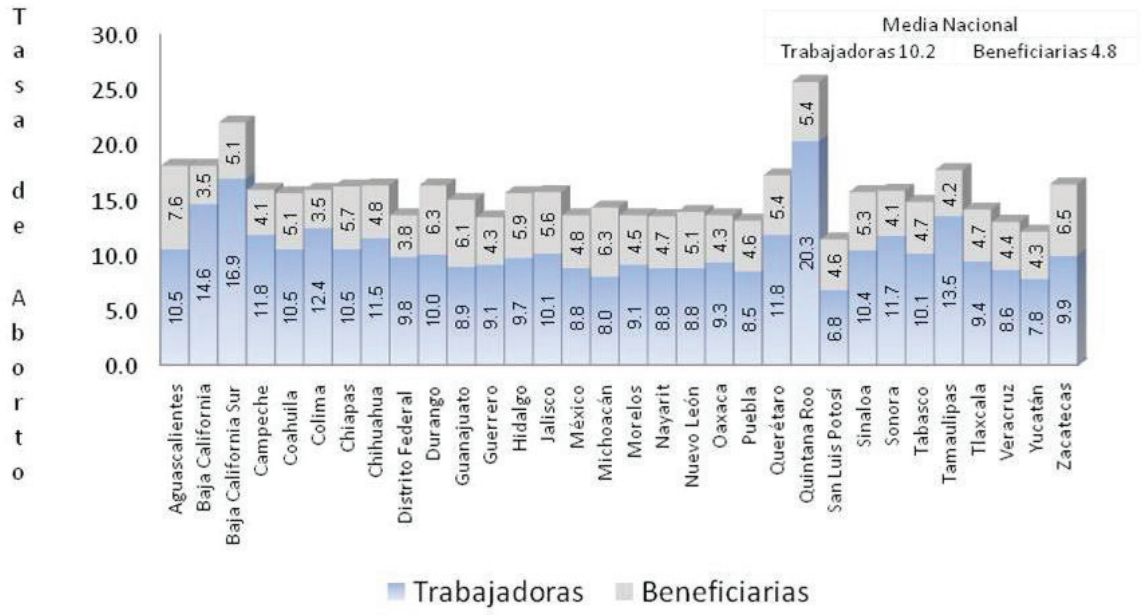
[4] Se hizo la solicitud formal al IMSS para que nos diera la información correspondiente la proporción de mujeres trabajadoras del año 2007. Ante la negativa de dicha solicitud el cálculo se hizo tomando como base los datos de la Memoria Estadística de los años 2004, 2005 y 2006 calculando la proporción promedio de trabajadoras. Dicha proporción se aplicó al total de mujeres en edad fértil del mismo año y la diferencia de esto se utilizó para poder calcular el total de las mujeres beneficiarias en edad fértil.
El cálculo de las tasas respectivas se realizo con la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de aborto de Mujeres Trabajadoras adscritas al IMSS en el 2007} = \frac{\text{Total de mujeres trabajadoras que fueron atendidas de un aborto en el IMSS en el 2007}}{\text{Total de Mujeres en edad fértil trabajadoras adscritas al IMSS en el 2007}} \times 1000$$

[5] Según información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la participación o la tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral ha ascendido en las últimas tres décadas, en 1970 de cada 100 mujeres de la fuerza laboral 17 estaban insertas en el mercado de trabajo, en 2007 representaban ya el 38 por ciento.

[6] Descanso de alguna manera relativo, dada la suma de todos los elementos que inciden en su mente y en su cuerpo, resistiendo el embate de cada uno de los factores que se suman para llevar una vida tranquila en apariencia. Eugenia Vilar en su Tesis: "*La Salud Mental en México y en el Mundo. Una manera de darle voz*

Gráfica 1
Tasa de abortos* atendidas en el IMSS en el 2007 diferenciadas entre trabajadoras y beneficiaria de asegurado por entidad federativa.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Estadístico de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS, 2007 y Memoria Estadística IMSS, 2004.2005 y 2006.
* Calculada por cada mil mujeres en edad fértil.

último punto, vale la pena señalar que el INEGI (2009) en su reporte de violencia laboral hacia las mujeres mostró que el 11.7% de ésta se debió a la Exigencia de no embarazo, en cuanto prueba y como causal de despido.

Como se ve en la gráfica, en todas las entidades, las tasas de abortos complicados atendidos en el IMSS en ese año, fue mayor entre las aseguradas que entre las beneficiarias, lo que mantiene las bases para suponer hipótesis sobre el trabajo. Por ello una de las propuestas para futuros estudios podría desarrollar la idea de que, en las regiones en las que prevalecen proceso de trabajo que suponen exigencias y riesgos especiales, o en los que los contratantes demandan el no embarazo hay mayores complicaciones que llevan al aborto.

En este sentido sólo se puede señalar desde los datos con los que se cuentan que las dos Bajas Californias y Quintana Roo son las entidades con mayores contrastes entre beneficiarias y aseguradas de complicaciones atendidas, algunas preguntas sobre estas diferencias deberían orientarse a las condiciones de vida y trabajo de las mujeres en ciertas regiones, por ejemplo averiguando cuáles son las exigencias y riesgos derivados de las labores relacionadas con el turismo[7].

a la locura", refiere como la violencia ejercida por la pareja y la inestabilidad laboral afecta la salud física y mental de las víctimas, comprometiendo su desempeño en su trabajo y conduciendo a la pérdida de éste. (Vilar, 2007, p. 62)

[7] La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del INEGI para el trimestre octubre –diciembre de 2007 reportan a Baja California Sur y al Estado de Quintana Roo como las dos entidades con mayor proporción de contratación de mano de obra femenina para este sector; 62.3 y 60.8 respectivamente.

O sea que la exposición durante el embarazo, a riesgos y exigencias diversas, derivados de las condiciones en que se desarrollan sus labores en función mantener la productividad, exposición a procesos y materiales peligrosos, y la presión para no quedar embarazada para mantenerse en el mercado de trabajo[8]. Puede orientar hipótesis sobre la mayor frecuencia de complicaciones entre las trabajadoras remuneradas que entre las beneficiarias, y podría tener como punto de partida, el hecho de que estas mujeres deben enfrentar el peso de las contradicciones sobre la maternidad, atender sus hogares y cumplir con las demandas del mercado laboral[9]. Y esto sugiere que el problema del aborto de las trabajadoras se relaciona con procesos laborales que desencadenan afecta sus condiciones de salud y bienestar, por factores que significan sobrecarga de trabajo y con ello aumento en los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Blanco y Feldman, 2000).

Causas no punibles para la realización de abortos en México

El segundo tema a desarrollar se refiere a las situaciones específicas que deben enfrentar aquellas mujeres que deciden interrumpir el embarazo. Como se ha señalado los datos con los que se cuenta respecto a complicaciones de aborto atendidas en el IMSS, y la definitiva mayor frecuencia del problema entre las trabajadoras aseguradas, se pueden generar hipótesis diversas la relacionada con el trabajo, se puede referir a dos aspectos, uno el impacto de los proceso de trabajo en condiciones de altas exigencias y riesgos, que se puede traducir en complicaciones que llevan a abortos espontáneos, y otro la demanda por parte de los empleadores de no estar embarazada para contratarse o mantenerse en el trabajo.

La segunda parte de esa hipótesis puede abordarse desde el contexto de responder a la demanda de "no embarazo". Como se señaló antes, no se pueden distinguir los abortos espontáneos y los inducidos a partir de los datos que proporciona el IMSS, sin embargo podría lanzarse la hipótesis de que un número importante de las complicaciones se deben a la atención deficiente de los inducidos, especialmente en los casos de clandestinidad en los que la condiciones de atención son precarias y por ello peligrosas.

Este problema de salud colectiva ha sido analizado desde diversos enfoques, y claramente incluye el marco jurídico y normativo. Por ello interesa señalar que en cada una de las entidades federativas se contemplaban en el año 2007, razones diversas bajo las cuales podía inducirse un aborto. Las causales de no punibilidad consideradas en los códigos penales de los estados de este país, eran los siguientes:

[8] Así lo refieren Gisela Blanco y Lya Feldman en su artículo: "Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora", publicado en la revista: Salud pública de México / Vol.42, no.3, mayo-junio de 2000, pág. 217.

[9] Clasificación realizada dentro del IMSS, donde se identifican a las mujeres adscritas, separando a las esposas o concubinas con el agregado 2F, 3F, para las hijas, 4F para beneficiarias madres, 5F para pensionadas y 6 F para beneficiarias de pensionado.

Tabla 1.
Causales de no punibilidad para la realización de abortos en los estado de la Republica Mexicana

Estado	Por violación	Imprudencial o culposo	Peligro de muerte	Malformación genética o congénita grave del producto	Grave daño a la salud	Inseminación artificial no consentida	Económica, cuando la mujer tenga al menos de 3 hijos	Voluntad propia antes de las 12 semanas del embarazo	Total Causas
Aguasclientes	1	1	1						3
Baja California	1	1	1			1			4
Baja Calif. Sur.	1	1	1	1	1	1			6
Campeche	1	1	1						3
Coahuila	1	1	1	1					4
Colima	1	1	1	1		1			5
Chiapas	1		1	1					3
Chihuahua	1	1	*1		1	1			5
Distrito Federal	1	1	*1	1	1	1		1	7
Durango	1	1	1						3
Guanajuato	1	1							2
Guerrero	1	1		1		1			4
Hidalgo	1	1	1	1	1	1			6
Jalisco	1	1	1		1				4
México Edo.	1	1	1	1					4
Michoacán	1	1	1		1				4
Morelos	1	1	1	1		1			5
Nayarit	1	1	1		1				4
Nuevo León	1		1		1				3
Oaxaca	1	1	1	1					4
Puebla	1	1	1	1					4
Queretaro	1	1							2
Quintana Roo	1	1	1	1					4
San Luis Potosí	1	1	1			1			4
Sinaloa	1	1	1						3
Sonora	1	1	1						3
Tabasco	1	**1	1			1			4
Tamaulipas	1	1	1			1			4
Tlaxcala	1	1	1			1			4
Veracruz	1	1	1	1		1			5
Yucatán	1	1	1	1			1		5
Zacatecas	1	1	1		1				4
Total	32	30	29	14	9	13			

(A) En estas entidades, la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo entre 75 días y tres meses a partir de la violación o del embarazo.
* Aunque no se menciona explícitamente en el Código Penal de la entidad, esta causal queda comprendida como "grave daño a la salud".
** A partir de una interpretación legal de los artículos 14 (excluyentes de responsabilidad de los delitos) y 61 (mención de aborto culposo) del Código Penal de Tabasco, se concluye que el aborto causado sin la intervención de la voluntad de la mujer o del médico, no es sancionable
FUENTE: Elaboración propia con datos de GIRE, página electrónica consultada el 23 de octubre de 2008: http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=31

Respaldando a la fundamentación de un trabajo más preciso, interesa señalar que los abortos definidos como complicación del embarazo atendidos en el IMSS y la cantidad de causales no punibles para la interrupción del embarazo, puede generar una mayor gravedad del problema. La razón es que muchas mujeres ponen en riesgo su vida con procedimientos que se realizan en malas condiciones sanitarias.

Los avances logrados a favor de la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo tenían un sentido positivos, a pesar de que los marcos jurídicos para el aborto seguro no eran tan accesible como parecía, "ya que se carece de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes" (González, 2002) y prevalecía la indiferencia e indolencia de las autoridades para orientar e informar, en detrimento de la salud de las mujeres. Esa situación influía en un alto índice de complicaciones, pues por la selección de causas y los retrasos para dictaminar su legalidad no se pudieron disminuir significativamente las muertes maternas y se mantuvo una cifra alta de abortos clandestinos en condiciones precarias de higiene.

Las mejores condiciones para realizar los abortos podrían haber impactado favorablemente la disminución de la mortalidad materna, porque al romper con creencias dogmáticas se habrían disminuido los clandestinos (Lamas, 2007). Pero actualmente esto sólo se podrá comprobar en el Distrito Federal en donde desde 2005 se reconoció el derecho a interrumpir el embarazo por voluntad propia antes de la semana 12 de embarazo. La interrupción voluntaria del embarazo debe discutirse más allá de los discursos religiosos, para situarse en el de los derechos de las mujeres, y en el Sector Salud deberían erradicarse las visiones restrictivas, implementando políticas públicas que tengan como objetivo la protección de la salud de las mujeres en edad reproductiva con una atención adecuada por parte a los servicios de salud [10]

Pero ese panorama se está deteriorando aun más ya que hay una fuerte tendencia a la mayor penalización. Como refiere Laurell, este es un tema "no suficientemente tratado acerca de la discusión del aborto espontáneo o natural que es el desenlace del 10 al 20 por ciento de todos los embarazos diagnosticados. El 95 por ciento ocurre entre las semanas siete y 12 de gestación. Presenta un cuadro clínico difícil de distinguir del aborto inducido… ¿Se hará una investigación judicial para establecer la causa del aborto?... involucrar al Ministerio Público conlleva consecuencias que dañan profundamente la relación médico-paciente, particularmente porque el personal de salud también queda bajo sospecha. Se verán más rechazos de atención y más muertes maternas…" (2009).

Resulta evidente que la legislación contra la despenalización del aborto, hace a un lado el reconocimiento de la libertad de decidir de las mujeres, colocándolas en el centro de las contradicciones señaladas, especialmente en lo que se refiere a las mujeres que buscan insertarse o quieren mantenerse en el mercado laboral ya que existen evidencias de que al solicitar empleo, un número importante de empresas les exige examen de no gravidez, además de que ya contratadas están en riesgo de perder el trabajo si se embarazan.

Como se observa en la tabla 1, sufrir una violación, era la única causa que el total de las entidades federativas tenían considerada[11]. En 29 estados no era punible el aborto imprudencial; cuando la vida de la mujer estaba en riesgo en 27 estados; en 13 estados cuando había malformaciones genéticas o congénitas; por riesgo a la salud de la mujer en 10 estados; por situaciones donde la mujer hubiera sido víctima de una inseminación artificial no consentida en 8 estados. Y sólo en el estado de Yucatán por razones socioeconómicas cuando la mujer tiene tres hijos o más y problemas económicos.

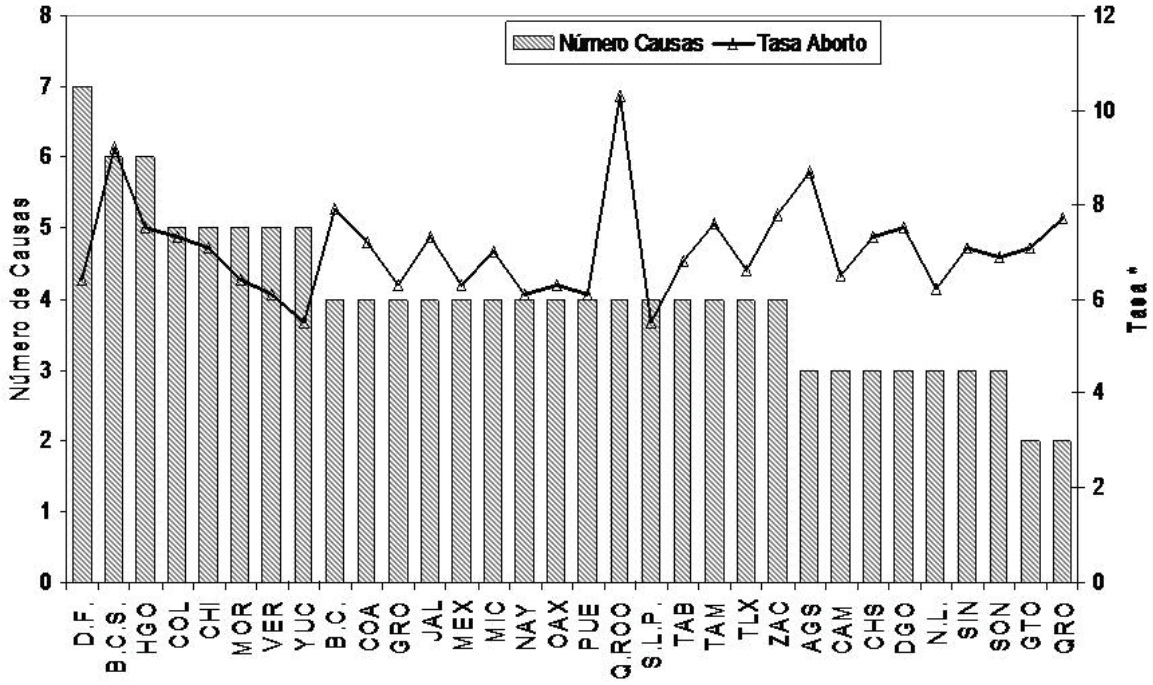
Con el propósito de resaltar que en los estados que reconocían más opciones, se podría haber liberado a las mujeres de la presión social, moral y física que se ejerce contra ellas y haber mejorado su salud con la práctica de abortos en condiciones adecuadas. Se incluye información sobre la relación entre la tasa de aborto del total de mujeres atendidas en el IMSS en el 2007 y el número de causas no punibles en cada una de las entidades federativas.

Esta relación sólo sirve como pronóstico pues como se mencionó, el IMSS sólo registra complicaciones, por tanto la gráfica anterior ilustra que posiblemente la atención adecuada puede llevar a menores complicaciones, lo que podría deducirse de las tasas menores en el Distrito Federal y el Estado de Yucatán, que se corresponden con causales de mayor rango.

[10] Reflexión de Norma Ubaldi Garcete en su presentación. "Sobre aborto y políticas públicas", presentada en la página Web de GIRE, http://www.gire.org.mx/norma00.pdf

[11] Se tienen registros documentados donde a pesar de ser la causa que todos los estados consideran como un acto no punible de delito, se han dado casos en donde aun comprobando que la mujer fue violentada, las autoridades mismas no acatan la disposición y se contraponen a lo dispuesto para este caso, impidiendo que la mujer violada pueda hacer uso del derecho que le da esta disposición, sin encontrar el apoyo correspondiente para obtener la atención requerida en la interrupción del embarazo.

Gráfica 2
Relación de Estados de la República Mexicana comparando número de causas no punibles de delito por aborto y tasa de abortos atendidos en el IMSS en el 2007



* Calculada por cada mil mujeres en edad fértil
Fuente: Elaboración propia con datos de:
•INEGI, GIRE. El aborto en México, Leyes sobre el aborto en México, 2008
•IMSS, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil , Informe Estadístico 2007

En cambio entidades federativas con el menor número de causas no punibles, que eran Guanajuato y Querétaro, se observa que la tasa de abortos atendidos en el IMSS resultó mayor a la media nacional, y esas entidades están entre las 17 que han reformado sus legislaciones para restringir totalmente la interrupción voluntaria del embarazo, con el argumento de que "se protege la vida desde el momento de la concepción."[12]

Aunque los datos no son concluyentes, sabemos que el problema del aborto materializa un conjunto de determinantes que se relacionan con las condiciones de género y con situaciones específicas de las mujeres, por ello la discusión planteada en este documento pretende hacer propuestas para ahondar en el análisis de esas contradicciones especialmente las que enfrentan las trabajadoras en cuanto a la maternidad. Partiendo de que no podrán resolver este problema mientras la decisión de otros pese sobre sus cuerpos, y seguirán enfrentándose a las imposiciones laborales respecto a los embarazos.

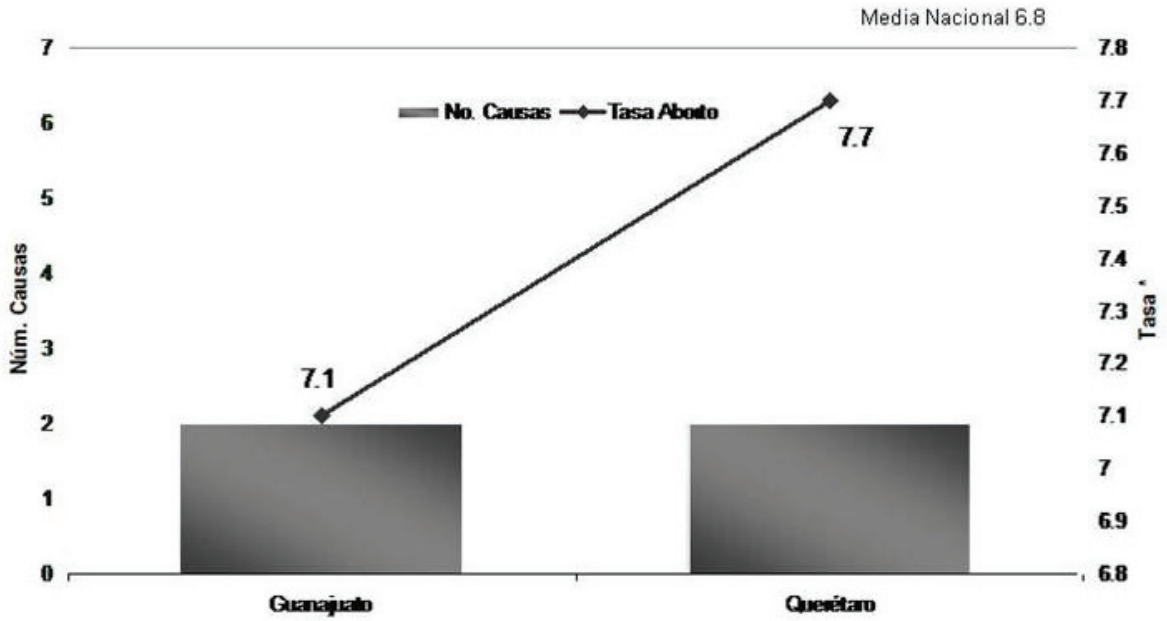
IV: Conclusiones

En México la salud de la población trabajadora está amparada por la ley del Seguro Social desde 1946. Esta institución además incluye la atención a las familias de los asegurados. Para el año 2007 había 17' 208,617 de asegurados (6' 743,879 eran mujeres)[13]. Esto significa el 39.2

[12] Grupo Gire en su página web refiere que al 20 de noviembre eran 16 estados los que había aprobado esta modificación a sus constituciones estatales con este propósito, consultado en: http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=70

[13] Esta cifra está calculada con datos de la población adscrita en el año 2006, dada la ausencia de las cifras correspondientes al ejercicio 2007 y con la obviedad de que en el primer trimestre de enero-marzo el incremento en la tasa de desempleo ha reducido el

Gráfica 3
Estados de la Republica Mexicana con dos causas no punibles de delito por aborto y tasa de abortos atendidos en el IMSS en el 2007



* Tasa por Cada mil mujeres
Fuente: Elaboración propia con datos de :
GIRE, página electrónica consultada el 23 de octubre de 2008: http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=31
IMSS. Informe Estadístico 2007, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantill

por ciento de la población trabajadora asegurada en el IMSS requeriría en algún momento de los servicios de salud reproductiva: programa de planificación familiar; atención de eventos obstétricos (partos, cesáreas, abortos), además de que es importante no perder de vista el número importante de complicaciones de abortos que en la institución se atiende lo que significa un gasto importante, y daños para las mujeres que los sufren.

Las trabajadoras están sometidas a múltiples contradicciones que se relacionan con este problema de salud, ya que la maternidad es altamente valorada como eje de la identidad femenina, pero al mismo tiempo es rechazada cuando afecta la productividad, por ello las mujeres trabajadoras se enfrentan a la posibilidad de ser madres y tener que asumir las limitaciones que esto conlleva en el ámbito laboral.

número de trabajadores asegurados dentro de los diferentes sectores productivos del país.

Bibliografía

Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (1987). Glosario de terminología en población. México.

Cámara de Diputados (2000). Marco Jurídico del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución Política: Ley Orgánica, Reglamento, Estatuto e Índice Temático, México, Talleres Gráficos de la Nación. pág. A13.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPED) (2007). El aborto en América Latina y el Caribe, una revisión de la literatura de 1990 a 2005, página WEB http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/infos/introduction.html

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994). Introducción del Resumen del Programa de Acción de la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, documento: http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm#intro.

Diccionario de la Real Academia Española (RAE) (2003). Vigésima edición, consulta electrónica en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=lenguaje

GIRE, Leyes sobre el Aborto en México, consulta electrónica página WEB: http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=70, (página consultada el 15 de octubre de 2008).

González de L., D. (1984). *Las condiciones de salud en México*, en FEM No 35, agosto-septiembre 1984, p. 4.

Hernández, C., (2000). *El aborto y la salud mental de las mujeres* en lunes en la Ciencia, Periódico La Jornada, México, consulta electrónica. en http://www.jornada.unam.mx/2000/10/02/cien-aborto.html

IMSS. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil (2007). Informe Estadístico.

IMSS. Ley del Seguro Social.(1995) Artículo 12, consultada en *www.cddhcu.gob.mx/***Ley***esBiblio/pdf/92.pdf*

INEGI (2007). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, trimestre octubre-diciembre, Cuadro 8, disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/enoe/tab_trim/default.asp?

Ley Federal del Trabajo (1970). Artículo 132, Fracción XXVII: consultado en http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/123/

Ley Federal del Trabajo (1970). Titulo Quinto, consultado en http://info4.juridicas.unam.mx/juslab/leylab/123/

Lagarde, M. (1992) Identidad de mujeres jóvenes consulta electrónica realizada en http://www.ceadl.org.bo/documento/genero.doc

Lagarde, M. (2003) Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas y locas, México, UNAM.

Laguarda, Paula. El trabajo de las mujeres: Comprender para transformar. *Aljaba* [online]. 2005, vol.9 [citado 2010-05-27], pp. 230-233 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042005000100014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-5704.

Lamas, M. (2001). *Política y Reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir,* Ed. Plaza & Janés México.

Lamas, M. (2007). Aborto y Democracia. Revista Mujer Salud, 2/2007, p. 76.

Lamas, M. (2007). *Género, desarrollo y feminismo en América Latina* en Pensamiento Crítico No 24, Julio 2007 pp. 133 -152.

Messing, K. (Dir.) (2002). El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar. Edit. Catarata, Madrid, España,

Nettel, A.L. (2001). *Aspectos éticos y sociales de la política legislativa en el caso del aborto* en Calidoscopio del Aborto. Testimonios, cuentos, artículos periodísticos, ensayos, síntesis, reseñas de libros, investigaciones y estudios para formar opinión. Espinosa, A. (comp.), DEMAC, México, pp. 89 -110

Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin Riesgos, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf

Organización Internacional del Trabajo, (OIT) (2009). Género, formación y trabajo, presentado en Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento de la formación profesional (CINTERFOR, consulta electrónica en:

http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/em_ca_eq/index.htm

Organización Internacional del Trabajo, (OIT) (2003). Enciclopedia de Salud Y Seguridad en el Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Tercera Edición, 2001, Cap. 9.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Aborto sin Riesgos, Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud.

http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf, consultada 27 de septiembre de 2008.

Rivero, A., (2009) *Cierran al día 60 negocios* en Periódico Reforma, jueves 16 de abril, Primera Plana. México, D.F.

Rodríguez, G., Corona, E., Pick, S., (2000). *Educación para la sexualidad y la salud reproductiva* en Langer,

A., Tolbert, K., editoras. Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México, EDAMEX y The Population Council, México pp. 343 – 352.

Rodríguez, B., Martínez, J.A., Álvarez, L. y Silva, A. (2006). Prestaciones por riesgos laborales durante el embarazo en Madrid 2000-2004. Revista Medicina y Seguridad en el Trabajo vol. LII N° 202: 15-28

Schiavon, R., Polo, G., Troncoso, E., (2007). Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto. Ipas-México, en w*ww.ipas.org/Publications/asset_upload_file73_3073.pdf*

Scavone L. (1999). comp. Género y salud reproductiva en América Latina, 1ª. Ed. Cartago: Libro Universitario Regional.

Soriano, S. (2008). La mujer entre el género y el sexo, consulta electrónica

http://sepiensa.org.mx/contenidos/h_mujer/genero.htm (Consultada Julio 25, 2008).

SSA. Estadísticas del Sector Salud (2003), consulta electrónica página WEB: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2003/cuaderno20a.pdf, p. 41.

Tetelboin, C. (2004). Discurso de apertura del Seminario XXX años de Medicina Social en la UAM. Pensando en el futuro en Salud Problema. Nueva Época, Año 9, julio - diciembre, No. 17, págs. 7-9.

The Boston Women's Health Book Collective. (2000). Nuestros cuerpos, nuestras vidas, Un libro escrito por Mujeres par las Mujeres. Plaza & Janes.

Valdez. B., *Por falta de difusión, cae el uso de anticonceptivos*, en Diario Milenio, versión electrónica. http://impreso.milenio.com/node/8551687

Uribe J, García A, Pichardo C, Retiz A, (2008). Perfil Psicosomático y de Desgaste Ocupacional en Cajeros del Sector Bancario con Escala EMEDO. Cienc Trab. Oct-Dic; 10 (30): 143-150), consultado en *www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/30/pagina143.pdf*

Vilar, E. (2006). La salud mental en México y en el mundo. Una manera de darle voz a la locura. Tesis de la Maestría en Medicina Social. UAM-Xochimilco, México.

Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTACIÓN

El desarrollo del conocimiento en el campo de la salud requiere en la actualidad de soluciones multi e interdisciplinarias para la generación de conocimientos innovadores que lleven a propuestas de solución en el ámbito social. Se trata de producir aportes que impacten la salud de las poblaciones y los grupos humanos, superando las limitaciones que presentan los campos disciplinarios dominantes.

OBJETIVO

Formar investigadores de alto nivel en el campo de la salud colectiva que generan conocimientos innovadores a través de la investigación científica para el quehacer académico interdisciplinario en el análisis de las condiciones de salud-enfermedad, la formulación y conducción de políticas y la elaboración de programas de salud.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE ESTUDIOS

Seminarios Teóricos I, II, III
Los dos primeros son escolarizados y comprenden la ubicación epistemológica, teórica y metodológica del campo de la salud colectiva. El tercero se centra en el tema de investigación y es desarrollado por cada alumno con la supervisión de su director/a de tesis.

Talleres Instrumentales I, II, III
Los dos primeros detallan los métodos cuantitativos y el tercero ubica los métodos cualitativos para el trabajo de investigación

Seminarios de Investigación del I al VIII
Son tutoriales, con la supervisión del director/a de tesis y dan seguimiento al desarrollo de la tesis del doctorado.

Perfil del egresado

Al concluir el plan de estudios el alumno será capaz de:

- Desempeñarse como investigador/a en el campo de la salud colectiva.
- Dirigir grupos de investigación.
- Formar recursos humanos de posgrado en el campo de la salud colectiva.
- Formular y dirigir en el nivel estratégico, proyectos de gestión de sistemas y servicios de salud.
- Participar y dirigir grupos académicos en la educación superior, especialmente de posgrado.

Para mayores informes, contáctanos
http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/dcsc/