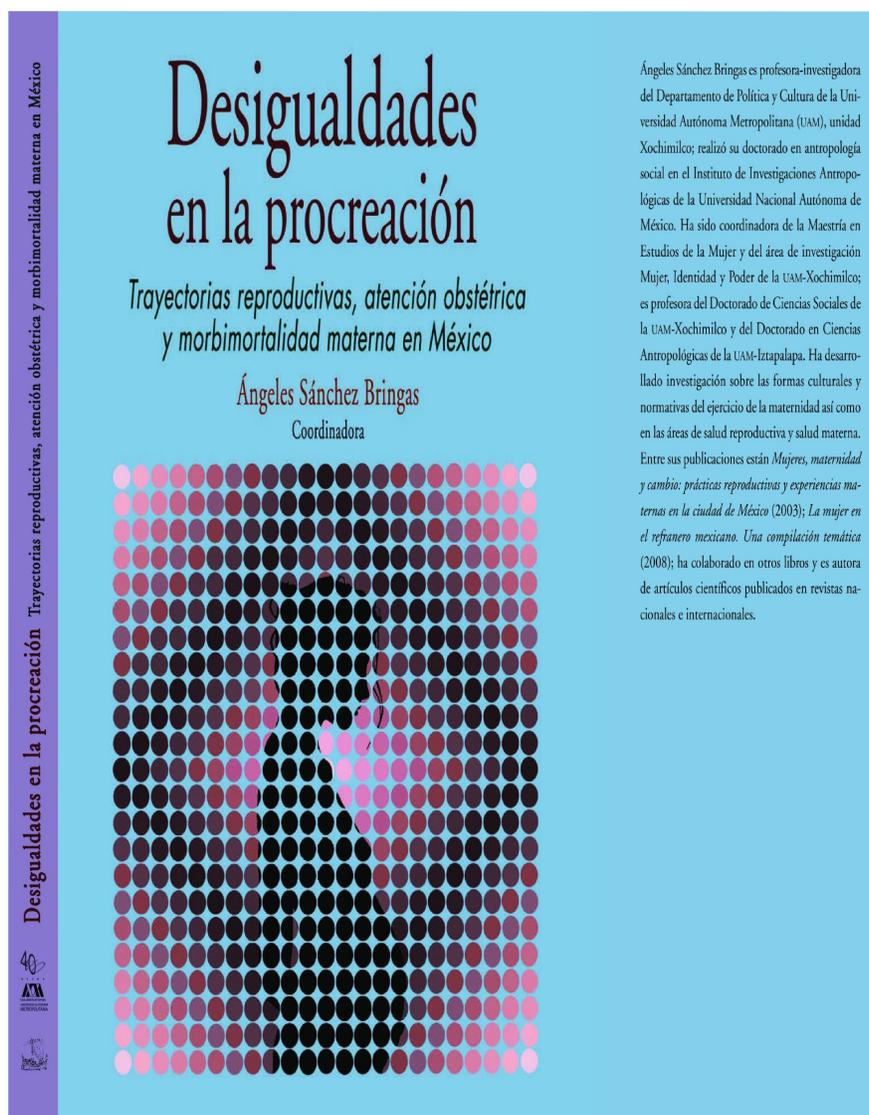


Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México

Dra. Mónica Carrasco Gómezⁱ.



Ángeles Sánchez Bringas es profesora-investigadora del Departamento de Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Xochimilco; realizó su doctorado en antropología social en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha sido coordinadora de la Maestría en Estudios de la Mujer y del área de investigación Mujer, Identidad y Poder de la UAM-Xochimilco; es profesora del Doctorado de Ciencias Sociales de la UAM-Xochimilco y del Doctorado en Ciencias Antropológicas de la UAM-Iztapalapa. Ha desarrollado investigación sobre las formas culturales y normativas del ejercicio de la maternidad así como en las áreas de salud reproductiva y salud materna. Entre sus publicaciones están *Mujeres, maternidad y cambio: prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México* (2003); *La mujer en el reñanero mexicano. Una compilación temática* (2008); ha colaborado en otros libros y es autora de artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales.

ⁱ Cátedras CONACYT, adscrita al Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Sureste.
©Correo electrónico: lazulblues@yahoo.com.mx

Las desigualdades y los mecanismos de discriminación y exclusión que influyen en el proceso reproductivo y en el acceso a la atención obstétrica son los temas centrales que se analizan en este libro, coordinado por Ángeles Sánchez Bringas y que compila los trabajos de investigadoras de diferentes instituciones académicas, quienes han dedicado su esfuerzo al estudio de la mortalidad y la morbimortalidad maternas.

Esta publicación es el resultado de poco más de un año de reflexión colectiva en un seminario integrado por investigadoras de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), así como por estudiantes de posgrado.

El documento está dividido en dos partes: la primera de ellas dedicada a ensayos donde María Graciela Freyermuth Enciso, Ángeles Sánchez Bringas, Guadalupe Fabiola Pérez Baleón y Rosario Cárdenas, especialistas en el tema de salud reproductiva, reflexionan sobre la morbimortalidad en México. En la segunda parte, Susana Patricia Collado Peña, Irma Romero Pérez, Carmen Rincón, Lina Rosa Berrío Palomo y Graciela Muñoz aportan trabajos empíricos sobre trayectorias reproductivas y de atención en el embarazo y su manejo.

En el capítulo titulado “Mortalidad materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres”, Graciela Freyermuth presenta una síntesis de las principales políticas nacionales e internacionales, así como la ejecución de programas gubernamentales dirigidos a la reducción de la muerte materna. Desde una perspectiva crítica, identifica los principales debates y enfoques que se han construido e implementado en México; además, muestra cómo influyeron las estrategias focalizadas para la atención materna en el decremento de la razón de muerte materna (RMM) en el periodo de 1990 a 2008.

A partir de este contexto, Freyermuth lleva a cabo un estudio cuantitativo que visualiza y analiza las distintas formas en que las desigualdades étnicas e intragénero contribuyen a la muerte de mujeres por causas maternas. Asimismo, retoma para el estudio el enfoque de derechos y la perspectiva de estudios feministas, que identifican las intersecciones entre género, raza y clase, así como sus impactos diferenciales en la dominación y la desigualdad entre mujeres. También incluye un marco teórico estructural/institucionalizado sobre los niveles de racismo, que incluye el mediado por las personas y el internalizado.

Lo anterior, permite estudiar el comportamiento de la mortalidad materna (MM) durante el período de 2003-2007, considerando tres tipos de inequidades: las estructurales, las institucionales y las que se perpetúan debido a la internalización de la condición subordinada. De esta forma, Freyermuth muestra el riesgo de fallecer por MM según la entidad federativa y la comparación por lugar de defunción y de residencia, en la cual se observa la tendencia de las mujeres a movilizarse a las entidades con mayores servicios, lo que incide en la saturación de casos graves y en un número importante de muertes en dichos lugares.

La investigadora identifica las inequidades estructurales que están directamente relacionadas con el comportamiento de la MM: pobreza alimentaria, rezago social, residencia según el número de habitantes de la localidad y acceso limitado a los servicios de salud.

Respecto a las inequidades institucionales muestra que la condición de derechohabiente de las mujeres, la adscripción diferencial a los servicios de salud, el origen étnico, la pertenencia a programas sociales, contar con un trabajo formal y el tipo de ocupación, son inequidades que se construyen en el seno de las instituciones y son mediadas por las personas. Este último aspecto es muy importante, pues la autora puntualiza que la discriminación en las interacciones sociales ocurre de forma cotidiana y está culturalmente conformada debido a una distribución inequitativa del poder, lo que favorece un manejo desigual de recursos.

La discriminación pudiera no ser intencional, pero cuando lo es podría deberse a diversos factores, como actos burocráticos, la ausencia de los servicios, el incumplimiento en los horarios de trabajo, la negación del servicio, los permisos o los cambios de adscripción de una localidad indígena a una ciudad, e incluso la resistencia del sector a promover la humanización del parto.

Por último, analiza la internalización de la desigualdad como un elemento que posibilita la perpetuación de la inequidad y el rezago, a través de la interiorización individual de las circunstancias predominantes, imponiendo una limitada capacidad para la toma de decisiones, lo que permite naturalizar las condiciones de inequidad.

Algunos factores que colocan a las mujeres en mayor riesgo para no ejercer su derecho a la toma de decisiones adecuadas que les habilite a

enfrentar de mejor manera las complicaciones obstétricas son: su ubicación en el grupo de edad de 29 a 34 años, bajos niveles de escolaridad y su pertenencia a municipios con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena. Además, en algunos lugares las decisiones sobre la salud de las mujeres dependen de los hombres, por lo que hay una deficiente identificación de los signos de una urgencia obstétrica y no se cuenta con información adecuada sobre los lugares a los que se podría trasladarlas, como un hospital con capacidad resolutoria. Lo anterior sugiere que la búsqueda de atención adecuada durante la urgencia obstétrica debe ser una de las estrategias prioritarias en el combate de la MM.

En “La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México”, Ángeles Sánchez Bringas y Guadalupe Fabiola Pérez Baleón amplían el conocimiento de la morbilidad materna siguiendo los hallazgos de los estudios sobre esta problemática, por lo que analizan la incidencia de los síntomas asociados a la morbilidad materna en mexicanas embarazadas en el periodo 2004-2009, para lo cual acuden a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009. En su investigación contrastan factores de la presencia de la morbilidad y sus efectos en esta, por lo que se centran en las condiciones socioeconómicas, el acceso a la seguridad social y privada, y la edad; además, evidencian las desigualdades en la condición de salud de las mujeres durante el embarazo.

De esta forma, delimitaron una submuestra con mujeres de áreas urbanas de más de 100 mil habitantes (47%), mientras que las áreas rurales representaron 23%. Así, se conformaron dos grupos: el primero formado con mujeres unidas a jefes de hogar y el segundo, conformado mexicanas no unidas.

Las autoras comparan el total de la muestra, de la submuestra y las mujeres del grupo 1 y 2, respecto a sus estados civiles, edad de ellas y de la pareja, composición familiar, tipo de hogar, estrato socioeconómico, escolaridad, tipo de trabajo y de seguridad social. También describen las trayectorias reproductivas, el inicio de la vida sexual, la primera unión conyugal, el primer hijo o hija, el último embarazo y el promedio de embarazos y de hijas e hijos vivos al momento de la entrevista.

De esta forma, Sánchez Bringas y Pérez Baleón evidencian un orden normativo tradicional en las transiciones de prácticas reproductivas de ambos grupos y señalan que existe el riesgo de morbilidad materna diferencial entre mujeres que se encuentran unidas al jefe de

hogar y las que no lo están, pero reconocen que en la fuente de información utilizada (ENADID) las diferencias que encuentran no son significativas.

Al respecto, en un estudio del año 2015 se comprueban las pistas que ambas investigadoras iniciaron, pues Graciela Freyermuth señala que el estado conyugal de las mujeres implica riesgos diferenciales de morir por causas maternas: las viudas, las separadas y las divorciadas tienen una RMM de 162, mayor a la que tienen las mujeres que viven en unión libre (37), las casadas (34) y las solteras (62).¹ Estos hallazgos muestran la necesidad de profundizar con estudios cualitativos sobre cuáles son las situaciones, los contextos y las prácticas que favorecen esta diferenciación por estado civil.

En el tercer ensayo, Rosario Cárdenas propone un análisis sobre la situación que guarda la práctica de la cesárea entre los subgrupos de mujeres que la utilizan de acuerdo con su entidad de residencia y su condición de derechohabiencia. En “El perfil de utilización de la cesárea en México y su implicación para la salud reproductiva”, se muestra que la práctica de cesáreas sigue en aumento, en específico en relación con la población asegurada, que tiene un uso más intensivo (49.7%) que la población sin seguridad social (32.5%). De esta forma, se expone que la práctica de este procedimiento es un problema de salud pública en México por su uso excesivo y por los diferenciales estatales y entre condición de derechohabiencia.

La autora identifica la frecuencia de la cesárea cuando es empleada de manera adecuada para resolver complicaciones durante el embarazo o el parto y concluye que una tasa inferior a 10 de cada 100 nacimientos puede reflejar el uso inapropiado derivado de la escasez de su aplicación. Sin embargo, en algunos lugares hay tasas muy superiores al promedio nacional, que en 2009 fue de 38.1, debido a que se concentran casos de alto riesgo y su uso amplio muestra una adecuada utilización de la misma. De igual forma, Cárdenas revisa los factores que promueven la cesárea y los divide en seis grandes rubros: las características sociodemográficas de las mujeres, los patrones reproductivos de la población y diversos riesgos para la salud, la solicitud de las mujeres por diversos motivos, las características de las y los profesionales de la salud, el tipo de institución donde se labora y los resultados de las demandas contra el personal médico.

Asimismo, en este capítulo se abordan los efectos negativos en la salud relacionados con la cesárea,

así como algunas de las acciones implementadas para reducir su uso y la necesidad de modificar los aspectos culturales de la práctica médica, entre otras. Al respecto retomo un ejemplo actual de la posición del personal de salud, en el que están imbricados diversos factores que favorecen la utilización de este procedimiento en México. En el 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. (FEMECOG) señaló su posicionamiento sobre la violencia obstétrica y sustentó la argumentación en las sanciones que se pueden recibir por la realización de cesáreas injustificadas y se afirmó que estos procedimientos son utilizados de forma responsable y de acuerdo con los criterios científicos, por lo que responden a las necesidades de salud del binomio madre-hija o hijo, en este sentido se indica que: “las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria en nuestro país no permiten realizar prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, que serían deseables”.²

Al respecto, y en respuesta al comunicado anterior, el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) realizó un pronunciamiento en donde se manifiesta que:

la FEMECOG acepta que está realizando este procedimiento de manera electiva por las condiciones laborales y que la violación a los derechos de las mujeres correspondería

directamente al Estado mexicano. Sin embargo, este argumento es débil en el pronunciamiento de la FEMECOG, ya que el mayor porcentaje de estos procedimientos ocurre en la práctica privada, en la cual estos especialistas tendrían la posibilidad de realizar un acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento.³

Desde mi perspectiva, ante un sistema de salud cada vez más pauperizado, hay condiciones de infraestructura que dificultan el acompañamiento al parto, pero el OMM tiene razón al señalar que incluso cuando hay posibilidades de hacerlo en la práctica, el personal de salud decide realizar cesáreas. Así, existen factores económicos y culturales que podrían favorecer la práctica de este procedimiento, entre estos últimos que no se considere a la mujer como la principal protagonista en el acto de parir. Por lo tanto, coincido con las propuestas de Cárdenas y del OMM sobre la necesidad de documentar los pagos diferenciados por parte de la compañía de seguros e incluso del Sistema de Protección Social en Salud. En este sentido, es pertinente cuestionar de qué manera los criterios de pago de las aseguradoras privadas y públicas están determinando el incremento en la realización de cesáreas.

Cárdenas concluye que se requiere garantizar que el proceso de atención del parto se lleve a cabo con pleno respeto a los derechos



de las mujeres, con decisiones sustentadas exclusivamente en pro de la salud de ellas y no de las preferencias del personal de salud o del manejo del tiempo.

La segunda parte del libro nos ofrece una recopilación de cinco trabajos empíricos sobre las trayectorias reproductivas y de atención en el embarazo y su manejo. El primero de ellos se titula “Del sistema de referencia y contra-referencia al multirechazo hospitalario en materia de atención obstétrica” y su autoría corresponde a Susana Patricia Collado Peña, quien desde el primer momento nos sumerge en la narración impactante de una mujer entrevistada que tuvo complicaciones con preeclampsia y quien, después de acudir a varios nosocomios, fue rechazada de un hospital por la falta de personal ginecológico que pudiera atenderla en la noche.

Con esta investigación, Collado nos permite escuchar la experiencia de mujeres que sobrevivieron a una complicación durante el proceso de atención prenatal-resolución del embarazo, para conocer los aspectos subjetivos relacionados con esta e indagar sobre la responsabilidad que tienen las instituciones en la morbilidad. Lo anterior lo llevó a cabo a partir del análisis de aspectos éticos y profesionales, así como de las condiciones necesarias para el ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Desde un abordaje cualitativo, la autora se propuso conocer cuántas unidades médicas visita una mujer embarazada para recibir atención obstétrica resolutive, cuáles son las razones del rechazo y las consecuencias sobre la salud de las mujeres y bajo qué condiciones está sucediendo este fenómeno. Sus hallazgos permiten concluir que “el sistema de referencia y contra-referencia no cumple los objetivos para los que fue elaborado; por el contrario, es un mecanismo que frecuentemente oculta prácticas que dan lugar a un fenómeno de multi-rechazo hospitalario”⁴ Para concluir, Collado analiza las ausencias legislativas, de monitoreo perpetradas por las personas, que favorecen la existencia del multi-rechazo.

Irma Romero Pérez es la autora del capítulo “Muerte materna. La maternidad en situaciones de riesgo”, cuyo propósito es discutir algunos factores socioeconómicos, de género, de salud e institucionales que contribuyeron a la muerte de las mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el aborto, el embarazo, el parto y el puerperio, en el periodo 2006-2010 en un hospital que brinda atención de tercer nivel, ubicado en el Distrito Federal.

La autora analizó expedientes clínicos y realizó entrevistas a las familias de las mujeres fallecidas. Los resultados de esta investigación evidencian que a pesar de que las mujeres buscaron ayuda con anticipación, no fueron diagnosticadas ni tratadas de forma adecuada, pues fueron rechazadas en el hospital o en el posparto no se les dio el seguimiento esperado. Asimismo, algunas de las muertes maternas por causas indirectas se pudieron haber evitado a través de una atención adecuada a la salud reproductiva.

Romero Pérez insiste en que el aumento de la muerte materna por causas indirectas es un “foco rojo de la falta de tratamiento y seguimientos médicos de las enfermedades previas al embarazo”⁵ y propone tomar en cuenta la dificultad que tienen las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como la violación de los mismos por parte de las instituciones de salud, lo cual debe ser tomado en cuenta para el diseño de políticas públicas e intervenciones en este ámbito.

Por otra parte, Carmen Rincón y Ángeles Sánchez Bringas colaboran en el apartado “Morbilidad materna y sus secuelas en un hospital de seguridad social de Pachuca, Hidalgo”, en el cual describen y analizan la frecuencia de la morbilidad materna y sus secuelas en mujeres que asistieron a consulta en un hospital de seguridad social de segundo nivel de atención, en el estado de Hidalgo.

Las investigadoras señalan la dificultad para medir la morbilidad materna, puesto que es un proceso complejo, en el que intervienen múltiples factores y existen complicaciones para su sistematización debido a las distintas dimensiones que tiene. Asimismo, se señalan las limitaciones de las fuentes de información en México y afirman que estas parten de una definición que no solo debe incluir las causales directas e indirectas, sino también los problemas crónicos que suceden de forma posterior al embarazo, pero que fueron originadas en alguna etapa de la gestación.

Rincón y Sánchez Bringas retoman estas categorías para proponer una estrategia de abordaje que consiste en utilizar la información de los expedientes y archivos clínicos. Sin embargo, al enfrentarse con el hecho de que los datos buscados no eran reportados de manera adecuada, decidieron aplicar una encuesta sobre morbilidad materna a 393 mujeres que solicitaron servicios médicos.

En los resultados, las autoras reportan que 64.7% de las encuestadas presentaron complicaciones y las primeras causas de morbilidad durante el parto fueron la hipertensión arterial, el desgarro y el sangrado; mientras que durante el puerperio se derivaron de la hipertensión, la infección de herida quirúrgica y la mastitis. Asimismo, se hallaron correlaciones entre variables como la edad, condición de derechohabiente, la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la no utilización de anticonceptivos. Además, las investigadoras describen las secuelas y la discapacidad derivadas del embarazo.

A partir del estudio, las autoras muestran que la información obtenida en relación con la prevalencia de la morbilidad materna y sus secuelas supera las fuentes de información existentes. También visibilizan que la cultura institucional solo fija su atención en el cuidado del embarazo y parto, pero se desentiende del cuidado en el puerperio y las secuelas derivadas del embarazo. Lo anterior brinda otra pista importante para continuar con las investigaciones para reducir la morbimortalidad materna.

El penúltimo trabajo es presentado por Lina Rosa Berrío Palomo y se titula “Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero”. El propósito de la autora fue describir el tipo de atención obstétrica que se brinda a mujeres indígenas ñomndaa y na’saavi de distintos grupos etarios, destacando sus principales diferencias y similitudes.

La investigadora realizó una encuesta a 100 mujeres de la región para conocer su comportamiento reproductivo y constituir las trayectorias reproductivas y de atención, las que concentró en grupos etarios para identificar continuidades y transformaciones.ⁱⁱ

Los resultados de la investigación evidencian el comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero y se subraya la carencia de información disponible al respecto. El aporte más importante fue presentar las diferencias entre los grupos etarios.

Berrío analiza las trayectorias reproductivas de las mujeres en cada grupo de edad e identifica los contextos familiares, laborales, económicos, de acceso a programas sociales, a las y los curadores con quienes atendieron su embarazo

y describe la dinámica social y los diversos roles que desempeñan.

Las conclusiones de la autora aluden a elementos comunes que se mantienen constantes en las trayectorias reproductivas de las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, como la edad en la que inician su vida sexual y conyugal, la cual es más temprana que la del promedio nacional. Otro elemento común es que el inicio de la vida sexual, la conyugal y la maternidad permanecen muy próximas entre sí; asimismo, es similar entre los grupos el uso de anticonceptivos para espaciar o finalizar la etapa reproductiva.

Respecto a las diferencias, destaca el incremento significativo de la escolaridad entre las más jóvenes, lo cual Berrío deja como pista para seguir investigando posibles cambios en los comportamientos reproductivos. Finalmente, la autora analiza el acceso a los programas sociales y cómo influyen en el comportamiento reproductivo de los tres grupos etarios, lo que debe ser tomado en cuenta en la formulación y seguimiento de las políticas públicas que pretendan atender el proceso reproductivo con perspectiva intercultural, de género y de respeto a los Derechos Humanos.

El último capítulo, “Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la ciudad de México”, corresponde a la autoría de Graciela Muñoz y su objetivo fue investigar las trayectorias sexuales y reproductivas de mujeres en situación de calle e interpretar su elaboración simbólica.

Para alcanzar sus objetivos, Muñoz aplicó un cuestionario cerrado y realizó entrevistas abiertas para indagar el tipo de relación que mantenían con su familia de origen, los motivos de la salida del hogar, las redes que construyeron en la calle, sus relaciones de pareja y las que mantenían con las instituciones de asistencia social y otros agentes. Asimismo, la autora exploró los detalles sobre cada uno de los eventos reproductivos y las relaciones de pareja.

Los resultados muestran que las mujeres provenientes de otras entidades tuvieron una situación en común: desde su nacimiento o niñez fueron colocadas en “familias de acogida”, en condiciones de desigualdad y subordinación respecto a las demás personas integrantes de

ⁱⁱ Para el análisis, Berrío dividió la muestra en tres grupos de edad: 15 a 24 años, 25 a 34 años y mayores de 35 años

las familias donde vivieron. También indicaron que enfrentaron situaciones de violencia en sus hogares de origen, explotación laboral y sexual, acoso, abuso y violación sexual incestuosa. Todo esto sin el apoyo ni el auxilio de las redes sociales cercanas y ante la ineficacia de las instituciones gubernamentales para garantizar el bien de las menores. Por lo tanto, su estrategia de supervivencia fue el abandono del hogar de origen, lo que relaciona con el inicio de la vida sexual y reproductiva.

De esta forma, la investigadora retoma información estadística proporcionada por el Instituto de Asistencia e Integración Social del Gobierno del Distrito Federal e identifica sus limitaciones en cuanto la desagregación por sexo y por grupo etario.

Los relatos seleccionados por Muñoz muestran la dureza de la vida en las calles, el sentido de bienestar y justicia que habita en ellas “si logras darte a respetar”, lo cual está mediado por el uso de la violencia como defensa y/o el trabajo sexual para obtener protección. Lo anterior devela la desarticulación del trabajo de las instituciones de

asistencia social públicas y privadas, aunque la autora también reconoce sus logros, pero subraya la falta de supervisión de albergues y centros de desintoxicación.

La inestabilidad en el apoyo tiene graves implicaciones en la trayectoria reproductiva de las mujeres, ya que por su condición de calle tienen conductas adictivas y están expuestas a la violencia de género que pone en riesgo su salud y la de su bebé.

En un segundo momento, Muñoz presenta las características reproductivas de las mujeres en quienes se centró y que coinciden en haber iniciado su vida sexual y reproductiva a una edad promedio de 13.5 años, con embarazos consecutivos, la mayoría concluidos en abortos y sin la utilización de métodos de anticoncepción.

La investigadora enfatiza que a diferencia de las trayectorias sexuales y reproductivas que viven la mayoría de las mujeres mexicanas de ingresos bajos, quienes se encuentran en situación de calle no iniciaron la vida conyugal posterior a la etapa sexual y reproductiva. Es así



que el anhelo de formar una familia fuera de las calles es un sueño inalcanzable para ellas, lo que puede ser interpretado a partir del análisis que hace Muñoz de los constantes embarazos, hijas e hijos dados en adopción y abortos, y de las relaciones de pareja que enmarcaron cada procreación.

En este contexto, la sexualidad se ejerce de una manera más flexible debido a la ausencia de instituciones sociales y culturales que las ayuden en el control de su vida sexual y reproductiva. El machismo y los estigmas de género permean la percepción que se tiene de ellas, lo que resulta en violencia y trabajo sexual, así como la carencia de la asunción de paternidad por parte de sus parejas.

Algunas mujeres descritas en este estudio contaron con el apoyo de instituciones sociales en la atención del parto, pero ocho de las diez entrevistadas tuvieron varios abortos, en los que tuvo incidencia su condición de calle, pues estuvieron expuestas a infecciones, abuso de drogas y alcohol, sin cuidados perinatales ni acceso a servicios de salud durante el embarazo o el puerperio.

Finalmente, Muñoz analiza las desigualdades y formas de exclusión de la experiencia reproductiva de las mujeres en situación de calle a partir del concepto de reproducción estratificada de Colen, el cual enfatiza el “acceso diferenciado a recursos materiales y sociales prevaletentes en contextos históricos y culturales específicos”,⁶ lo que contrasta con las experiencias reproductivas de mujeres de otros grupos sociales. De esta forma, el capítulo permite conocer los cuerpos y las trayectorias reproductivas de las mujeres que encarnan las diversas desigualdades estructurales, institucionales, relacionales e individuales.

En conclusión, este libro expone diversas experiencias sexuales y reproductivas de las mexicanas a través de sus trayectorias de vida. Además, evidencia las desigualdades intragénero, que son analizadas a través de dimensiones subjetivas, interpersonales, institucionales y estructurales. Las autoras brindan un amplio repertorio de metodologías, escenarios, fuentes y pistas para seguir indagando este fenómeno, con la finalidad de mejorar el entendimiento y generar propuestas de intervención para que todas las mujeres ejerzan su derecho a la salud y a una vida libre de violencia.

Referencias bibliográficas

1. Freyermuth Enciso G. Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. Revista CONAMED. En prensa.
2. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. Comunicado del 10 de junio de 2015 [Internet]. México, D.F.: FEMECOG; 2015. [Consultado el 5 noviembre]. Disponible en: <http://omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>
3. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Posicionamiento del OMM respecto al comunicado del 10 de junio de 2015 de la FEMECOG. Comunicado del 14 de julio de 2015 [Internet]. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: OMM; 2015. [Consultado el 5 noviembre]. Disponible en: <http://omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Posicion%20del%20OMM-final.pdf>
4. Collado-Peña SP. Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 133-159.
5. Romero Pérez I. Muerte materna. La maternidad en situaciones de riesgo. En: Sánchez Bringas MA, coordinadora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México, D.F.: Itaca-Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 161-195
6. Colen S. (1995). Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York. En: Ginsburg F, Rayna R., editors. Conceiving the new world order: global politics of reproduction. Berkeley: University of California Press; 1995. p.78-102.