

# La producción científica sobre el embarazo después de los 35 años: una revisión bibliográfica

---

Manuela Gutiérrez\* Oliva López Arellano\*\*

---

## RESUMEN

Artículo de revisión para abordar un problema poco estudiado: la maternidad en edad avanzada y su relación con el discurso médico desde una perspectiva de salud colectiva y género. Se presentan las dimensiones conceptuales que enmarcan el estudio de la edad materna avanzada y se reseñan los resultados de investigaciones previas realizadas sobre el tema, contrastando diversas perspectivas teóricas. La revisión identifica de manera relacional las tensiones y adhesiones que existen tanto a nivel micro en la relación médico-paciente como a nivel meso (donde se incorpora la dimensión institucional y protocolos de atención) y el nivel macro que implica las políticas de salud. En tercer lugar, se despliegan los resultados de los estudios identificados como relevantes sobre la atención a la salud materna, la maternidad y la edad materna avanzada.

**PALABRAS CLAVE:** edad materna avanzada, género, Salud Colectiva.

## Scientific production on pregnancy after 35 years: a literature review

### ABSTRACT

Review article to address a little studied problem: motherhood in advanced age and its relationship with medical discourse from a collective health and gender perspective. The conceptual dimensions that frame the study of advanced maternal age are presented and the results of previous research on the subject are reviewed, contrasting various theoretical perspectives. The review identifies in a relational way the tensions and adherences that exist both at the micro level in the doctor-patient relationship and at the meso level (where the institutional dimension and care protocols are incorporated) and the mac-

\* Maestra en Medicina Social y Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco (UAM-X), México. Correo de contacto: [mg.manuela.gutierrez@gmail.com](mailto:mg.manuela.gutierrez@gmail.com)

\*\* Profesora – Investigadora de la Maestría en Medicina Social y del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la UAM –X, México. Titular de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2018- 2024).

**Fecha de recepción:** 28 de marzo de 2022

**Fecha de aceptación:** 18 de abril de 2022.

ro level that implies health policies. Third, the results of the studies identified as relevant on maternal health care, motherhood and advanced maternal age are displayed.

**KEYWORDS:** homophobia, aging, discrimination, sexual orientation, sexual minorities.

## Introducción

Se exhibe aquí la pertinencia teórica y empírica del análisis de la atención a la salud de mujeres embarazadas después de los 35 años desde una perspectiva de salud y de género, en diálogo con la corriente teórica de la Salud Colectiva.

La búsqueda de literatura alrededor del tema de la salud materna muestra que existen en México gran cantidad de estudios sobre temas de importancia para la salud pública y las políticas sociales.

Entre las principales temáticas se encuentran: el embarazo adolescente (Stern, 2008; Sola B., 2015; Llanes Díaz, 2012; Menkes, C. et al., 2002; Szasz, 1998), la muerte materna (Freyermuth y Contreras, 2014; Sesia, 2009; Chávez-Courtois, M. et al., 2010) y los estudios sobre la violencia obstétrica (Castro y Erviti, 2014; Sadler, 2004; Jerez, 2014). De la revisión inicial se encontró que no hay suficientes investigaciones en México sobre la atención a la salud materna de mujeres de más de 35 años.

A partir de ello, se estableció la relación conceptual entre género y salud materna con la intención de identificar las aportaciones que las investigaciones revisadas han brindado sobre la atención a la salud en mujeres embarazadas -de 35 años y más.

Se exploraron aquellas investigaciones que han contribuido a la reflexión de la atención a la sa-

lud en el embarazo y el parto de mujeres teniendo en cuenta los siguientes ejes: a) Investigaciones sobre maternidad con perspectiva de género que desarrollan miradas críticas respecto a ideas conservadoras de la maternidad; b) El discurso médico y la maternidad después de los 35 años, partiendo de que en el campo médico existe un posicionamiento en torno a la postergación de la maternidad, centrado principalmente en la idea del riesgo para la salud de la mujer y el producto; c) Los aportes de la socio-demografía que abona a la reflexión sobre trayectoria y fecundidad; d) La atención a la salud en el embarazo y el parto.

Es evidente que los estudios cualitativos sobre salud materna y género tienen una historia destacada en México, las transformaciones sociales e históricas relativamente recientes en relación a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, a las tecnologías en fertilización y el retraso en la llegada del primer hijo, entre otras, contribuyen a que se planteen nuevas interrogantes en relación a la atención a la salud materna de este grupo de mujeres. Además, en esta revisión, resultó clave reconocer tres niveles, la centralidad de la dimensión subjetiva, de las mujeres, la dimensión de la institución de salud y la estructural de las políticas de salud. Desde la identificación de las principales discusiones conceptuales y metodológicas, especialmente de los obstáculos enfrentados y de las recomendaciones formuladas.

## **Problema de estudio: La maternidad en mayores de 35 años**

La revisión se orientó a identificar, cómo el campo científico médico construye un discurso sobre las mujeres que deciden tener hijos después de los 35 años, en tanto mujeres que supuestamente demoran su maternidad y cuáles son las formas de acompañamiento (o no) del equipo de salud en este proceso. Asimismo, se consideró pertinente conocer las percepciones de las mujeres sobre dicho proceso de atención. Lo fundamental es la vinculación de una mirada relacional entre el discurso y la experiencia para comprender su complejidad. En ese sentido, lo que brinda la experiencia de las mujeres se relaciona con diferentes niveles interpretativos: institucional, que otorga singularidad a la organización y gestión; de trayectoria de las mismas mujeres, que da profundidad a los significados y percepciones; el socio-cultural, que abarca tanto las concepciones y valores contemporáneos, como la coyuntura y procesos socio-políticos y económicos que atraviesan al proceso de atención médica.

Desde el campo científico médico, la edad se convierte en un tema y factor relevante dado que a partir de los 35 años comienza a declinar la fertilidad rápidamente. Desde hace algunas décadas, las técnicas de reproducción asistida han sido una alternativa para algunas mujeres que retrasan la maternidad. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) considera que las primigestas maduras, tardías o de edad materna avanzada (EMA) son aquellas que presentan su primera gestación a los 35 años o más. Para el campo clínico-médico, el avance de la edad no es un tema menor en términos de salud y de riesgos para la madre y el producto.

Para el discurso médico pareciera ser un factor objetivo que estas mujeres se exponen a riesgos clínicos y fisiológicos específicos, y las preguntas que nos presenta esta indagación son: ¿cómo los y las médicas obstetras explican y acompañan esos diagnósticos? y ¿cuáles son las prescripciones médicas para estos embarazos? Probablemente esas prescripciones se encuentren teñidas de valoraciones sociales y culturales propias de ciertas tradiciones o prejuicios.

Interesó identificar como el discurso biomédico permea en los juicios y discursos del sentido común sobre la maternidad. Observar cuánto y de qué forma la potencia y profundidad de la postura biologicista sobre el embarazo modela las miradas de los distintos actores que intervienen en el proceso de atención a la salud. Es en el embarazo como fenómeno multidimensional, donde se cristalizan los discursos y las prácticas, ambos atravesados por una dimensión epistemológica sobre lo biológico y lo social.

Desde el campo clínico-médico, estas decisiones implican riesgos no sólo en las vidas de las mujeres sino también de sus bebés, los problemas crónicos de salud en mujeres mayores de 35 años son más comunes que en las mujeres jóvenes, etc. Donde artículos científicos hacen referencia al alto riesgo de complicaciones perinatales “la nuliparidad a los 36 o más años aumenta 3.3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales” (Obregón-Yañez, 2007:153). La idea que subyace aquí es que los procesos de atención a la salud-enfermedad- atención tienen componentes vinculados a la ciencia médica, con poca visibilidad de los elementos sociales y culturales presentes, por lo que la mirada solo de la dimensión médico-clínica, de la atención resulta insuficiente para la comprensión del fenómeno.

Distintas investigaciones sobre género (Sy et al., 2016) señalan que el discurso científico- médico no escapa a una construcción social de género en la cual se inscriben ciertos preceptos y maneras de ser mujer, pero sobretodo de ser madre, asociada a un mandato social. En efecto, se observa cómo se modelan y refuerzan estereotipos de género en la adscripción de ciertos diagnósticos de las mujeres que se apartan de los valores establecidos para la época; no puede dejar de advertirse la institución de normas y valores sociales que se hallan estrechamente vinculados al saber médico, las “verdades” y los conceptos sobre la medicina poseen una fuerza normativa a la que difícilmente escapa cualquier decisión sobre el valor del comportamiento, las convicciones y el estilo de vida de las personas (Sy et al., 2016; Sy, 2017).

Es por ello que resulta pertinente abordar la revisión con perspectiva de género, para identificar y comprender la dimensión sociocultural y política que condiciona el proceso de atención a la salud de acuerdo a las formas de organización social. Tájer sostiene que la perspectiva de género, en su sentido crítico, permite “identificar el peso de la vida cotidiana, los ideales de género, las expectativas familiares, el uso del tiempo libre, las vicisitudes de las relaciones afectivas, incluyendo las relaciones de poder en lo íntimo, y las dificultades o facilidades en la articulación de las diversas esferas de la vida, y también, los costos en salud del sostenimiento de la hegemonía, tanto para quienes la ejercen como para quienes la padecen” (Tájer, 2004:34).

### **Estudios sobre maternidad con perspectiva de género**

La maternidad como objeto de estudio ha sido ampliamente abordada desde diversos campos de estudio, ya que es un tema relevante por su com-

plejidad y características. Uno de los temas a destacar, es la presión social que se ejerce sobre las mujeres – en tanto mandato social-, y el contexto de condiciones que la posibilitan u obstaculizan en la actualidad.

Los planteamientos de la denominada segunda ola<sup>1</sup> del feminismo, permitieron entender la maternidad como una construcción social, en contraposición a aquellas posiciones que la concebían simplemente como un fenómeno biológico y natural. Autoras como Beauvoir, Chodorow, Rich, o Badinter -por mencionar sólo algunas- llevaron a cabo estudios cuyo fin era desnaturalizar a la maternidad hegemónica denominada tradicional, analizando cómo estaba constituida. Cuestionaron al determinismo biológico y demostraron que el modelo de maternidad tradicional es una construcción social, cultural, simbólica e histórica. Durante la década de los ochenta, algunas feministas desarrollaron una ardua discusión sobre la manera de comprender la maternidad y las implicaciones políticas de su conceptualización (Snitow, 1992). A partir del debate se delinearon distintas posiciones: desde considerar la maternidad como una institución del patriarcado derivada de la función reproductiva de las mujeres (Sau, 1991), hasta entenderla como la posibilidad de crear un mundo simbólico propio de la madre y distinto al del patriarcado (Irigaray, 1985; Ruddick, 1989 y Muraro, 1994).

No habría dudas respecto a que la maternidad es un fenómeno social (aunque también biológico) atravesado por múltiples condicionantes de género, de clase, etc. En efecto, concebir a la maternidad como una construcción social implica romper con la idea de que todas las mujeres tienen la fun-

<sup>1</sup> Como movimiento social, el feminismo puede entenderse como un proceso histórico constituido por las llamadas “olas”: etapas o fases en las que, se desarrollaron ideas, estrategias y corrientes diferentes.

ción natural de ser madres, y que dicha función se encuentra en una especie de código biológico que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina (Sánchez-Rivera, 2016: 929).

En ese sentido, la maternidad se constituye en un evento central tanto en la vida de las mujeres como de sus familias porque suele modificar su vida cotidiana en relación a distintos ámbitos de su vida: simbólico, material, psíquico, laboral, y por lo tanto se erige como un *turning point* (Elder, 1991)<sup>2</sup> en la trayectoria vital de la mujer. Es por ello que la reflexión fue en torno a, cómo los procesos de atención pueden fortalecer cuestiones vinculadas a la desigualdad de género, y de qué modo en dichos procesos se refuerzan formas de diferenciación que coloca a las mujeres como centro de la reproducción de las desigualdades. Esto contribuye a reforzar las concepciones sobre maternidad anclada a las diferencias sexo/género (Sy et al., 2016 y Sy, 2017).

Una de las pioneras teóricas que expuso las condiciones de desigualdad de las mujeres, es Simone de Beauvoir. En su obra *El segundo sexo* (1987), desarrolló de manera contundente que “no se nace, sino que se deviene mujer”, mostrando que la opresión de la mujer no se debe a factores biológicos y psicológicos, sino que su eje está en una definición económica y “reproductiva”. Esta autora subraya que el sujeto mujer a lo largo de la historia se construyó como el “segundo sexo” en tanto que la historia de la humanidad ha sido narrada por el hombre, por lo cual la mujer es definida en relación con él y no en sí misma, o sea, ella es la “otra” (Sánchez-Rivera, 2016:929). El trabajo de Beauvoir ha sido fundacional para co-

menzar a deconstruir la idea de maternidad como único destino, para romper con aquellas ideas que ubican a la maternidad como un lugar canónico, intocable. Con sus aportes se comienza a transformar la idea de una maternidad más conservadora, pura y exclusiva.

En tanto Rubín en una visión productiva y reproductiva de las diferencias sexuales y de género, recurre a la categoría de sistema sexo-género y lo define como el “[...] conjunto de dispositivos por el cual una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (1986: 97). De esta forma, la participación de las mujeres en la vida social en la mayoría de las sociedades occidentales se ha construido con base en su “capacidad reproductora” y cuidadora, confinándola al espacio doméstico, cuyas tareas no son reconocidas como trabajo remunerado, a pesar de que contribuye en la reproducción de la fuerza de trabajo.

*“Como en general son mujeres quienes realizan el trabajo doméstico y las tareas de crianza, se ha observado que es a través de la reproducción de la fuerza de trabajo que las mujeres se articulan en el nexo de la plusvalía”* (Rubín, 1986: 100).

El aporte de Rubín resulta central para reflexionar sobre el trabajo de las mujeres es parte del engranaje de la sociedad capitalista. Este es un elemento para tener en cuenta en el estudio de las trayectorias de las mujeres que destinan gran parte de su tiempo al mercado de trabajo. Y la tensión que enfrentan con el modelo clásico de la maternidad y su papel en el espacio doméstico.

En el trabajo *Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad* (Sán-

<sup>2</sup> Se denomina *turning point* a aquellos eventos que provocan fuertes modificaciones que, a su vez, se traducen en virajes en la dirección del curso de vida” (Elder, 1991).

chez-Bringas, 2009), la autora analiza elementos estructurales y subjetivos que intervinieron en la formulación del problema de investigación en un estudio sobre prácticas reproductivas y experiencias maternas de mujeres de diferentes sectores socioeconómicos de la Ciudad de México. Uno de los principales aportes de este estudio es que “la maternidad como proyecto de vida para las mujeres y su combinación con otros proyectos, es un hito importante para estudiar la agencia de las mujeres” (2009: 245). Esta idea de la combinación de maternidad con otros proyectos que les son igualmente fundamentales ha servido de faro para plantear nuevas preguntas sobre la vida de las mujeres a las que se riere la presente investigación.

Las explicaciones que se abordaron partieron de reconocer la maternidad como uno de los hechos de la reproducción sociocultural. Situados en las relaciones sociales, del Estado y del Mercado, expresado en superestructura jurídico-política y en la cultura. La reproducción social incluye formas organizadas, sociales, de reproducción de la vida humana, de la especie, de los grupos sociales y de los sujetos particulares.

### **El análisis del embarazo desde la perspectiva de género**

El estudio del embarazo desde una perspectiva de género en México, se ha concentrado especialmente en las adolescentes. Existe una cantidad considerable de estudios cualitativos y cuantitativos sobre el problema cita (Stern, 2008; Sola B., 2015; Llanes-Díaz, 2010; Menkes, C. et al. 2002 y Szasz, 1998). Los primeros conciernen a estudios sociológicos y antropológicos realizados con grupos de población reducidos, mientras que los segundos investigan la fecundidad de las adoles-

centes con las estadísticas vitales o bases de datos que cubren, ya sea la totalidad de la población del país, o muestras estadísticamente representativas de la población estudiada (Stern, 2008). En los dos tipos de investigaciones consultadas se incorporan descripciones y análisis sistemáticos, que se refieren a las desigualdades económicas y de género. Y se encontró consenso en cuanto a los resultados obtenidos que refieren una mayor incidencia de embarazos ocurridos durante la adolescencia en el contexto rural que en el urbano, y una relación inversa en relación al nivel de escolaridad (Menkes y Suárez, 2003; Zúñiga, 2000; Welti, 2000; 1992 y González, 1998).

Otros autores han expresado la pertinencia de profundizar en las explicaciones de las características socioculturales para realizar estudios sobre fecundidad adolescente, especialmente en referencia a la construcción social de los conceptos familia y normas sociales, y sus variaciones en diferentes sociedades (Mora y Oliveira, 2009; Stern, 2007; 2004; 2003; Menkes y Suárez, 2003; Welti, 2000 y Gonzáles, 2000).

Otra mirada identifica el embarazo ocurrido durante la adolescencia como un problema concierne a la salud pública. Ya que existe evidencia empírica sobre los efectos adversos que pueden presentarse en la salud de la madre y del hijo, principalmente durante las edades más tempranas de la adolescencia, como lo son una mayor morbilidad materna e infantil (Echarri, 2004; Atkin, 1998; Stern, 1997 y Escobedo, 1995). En ese sentido, se reflexionó en esta investigación en la atención a la salud, de las mujeres que se embarazan después de los 35 años, y se erige también como un tema a contemplar en materia de políticas de salud, ya que se trata de un grupo particular que requiere una atención específica.

Las investigaciones sobre embarazo en adolescentes muestran su pertinencia, pero también brindan claridad sobre la centralidad de estudiar qué sucede con la demora de la maternidad y su relación con el sector salud, ya que los hallazgos sobre el tema contribuyen a delimitar este problema.

Por lo anterior es indispensable recurrir a los estudios de género para profundizar en el análisis de la relevancia del contexto cultural e histórico, en el cual se desarrollan la maternidad en general, y las particularidades del contexto en el cual las mujeres de más de 35 años atienden sus embarazos.

### **Estudios sobre discurso médico y maternidad después de los 35 años**

Dentro de la literatura biomédica se tiende a enfatizar en el riesgo que implica para la salud de la mujer y del feto un embarazo después de los 35 años. Es por ello que se exponen a continuación algunos estudios que resultaron claves para pensar acerca de la atención que reciben estas mujeres. Se realizó una revisión de artículos científicos que exponen resultados sobre las formas de nombrar la edad materna de este grupo.

En las investigaciones revisadas del campo médico, se hace referencia como primíparas añosas, maduras, geriátricas o de edad avanzada, a aquellas personas que presentan su primera gestación a los 35 años o más. Estas formas de nombrar pueden considerarse resultado de prejuicios y estereotipos en torno a la edad de las mujeres, especialmente en referencias a las ideas normativas respecto a una “edad ideal” para el embarazo. Por este motivo, en este trabajo se opta por referirse a este grupo de edad como “post-35”.

En este sentido, como resultado de la revisión, se observa cómo se modelan y refuerzan estereotipos

de género en la adscripción de ciertos diagnósticos a las mujeres que se apartan de los estándares dominantes; y esto se advierte en la institución de normas y valores sociales estrechamente vinculados al saber médico. Las “verdades” y conceptos provenientes de la medicina poseen una fuerza normativa a la que difícilmente escapa cualquier decisión sobre comportamientos, convicciones y los estilos de vida (Sy et al., 2016 y Sy, 2017).

En México, Romero y colaboradores (1997:37) realizaron una evaluación comparativa de 134 pacientes de edad avanzada, de ellas 63 primigestas con un grupo control de jóvenes, y encontraron una elevada incidencia de cesáreas, sin morbilidad estadísticamente significativa. Por su parte Lira y colaboradores (1997:375) realizaron un estudio comparativo de embarazos de 35 a 39 años y 40 años, en primigestas reportan cesáreas en un 90% los resultados perinatales fueron satisfactorios a pesar del aumento de los factores de riesgo durante el embarazo.

En el artículo *El concepto de primípara añosa* de Sancho y colaboradores se expone que este concepto no se corresponde con los avances de la obstetricia y que debe ser sustituido por otro concepto estadístico independiente de la edad de la mujer (2002: 384). El texto señala que es en 1958 cuando la FIGO<sup>3</sup> acepta el término y muestra la baja utilidad del concepto en términos estadísticos, dado que sostiene que discrimina un porcentaje elevado de la población que justifica que muchos autores afirmen que no es un parto de alto riesgo.

Sin embargo, Juárez en su análisis de las razones de mortalidad materna por edad para el 2008, encontró que las mujeres de 35 años o más son las

<sup>3</sup> Federación Internacional Ginecología y Obstetricia.

que presentaban los motivos más elevados; lo que sugiere que este grupo presenta un riesgo mayor que el promedio (2010:14).

Entre mujeres de alta paridad, tener más hijos después de los 35 años, también se reconoce como un factor de riesgo importante. Es frecuente observar gestaciones a mayor edad, que se asocian con resultados perinatales adversos, que pueden ser: bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, incremento de la mortalidad perinatal, preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional y alteraciones del líquido amniótico, entre otras.

Así que, en el campo biomédico, el embarazo post-35 ha sido considerado como de alto riesgo y más aún si es el primero. Obregón-Yáñez (2007) menciona que la nuliparidad a  $\geq 36$  años aumenta 3.3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales, tales como las anomalías congénitas, abortos, óbitos, diabetes, macrosomía, enfermedad hipertensiva del embarazo, menor calificación en la escala de Apgar y anomalías en la inserción placentaria. En este estudio la nuliparidad alcanzó un 42.47% (Baranda-Nájera:2014).

En contraste, también se encontraron estudios en los cuales gestantes mayores de 35 años no muestran mayor riesgo materno-perinatal que sus contrapartes más jóvenes (Tipiani Rodríguez, 2006). En tanto, Baranda-Nájera y colaboradores (2014) en su artículo titulado *Edad materna avanzada [EMA] y morbilidad obstétrica*, propusieron evaluar el resultado obstétrico de pacientes embarazadas con EMA ( $\geq 35$  años) en pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salud, en México, D.F., y concluyeron que la realización del control prenatal según las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-1993 permite detectar oportunamente las complicaciones y

contribuye a disminuir la elevada incidencia de muerte materna y perinatal. Los autores sostienen que “es de suma importancia informar a la población de los riesgos que conlleva un embarazo a edad materna avanzada” (Baranda-Nájera et al., 2014:113).

Balestena-Sánchez y colaboradores (2015) en su artículo titulado *Edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento* comienzan así:

*El embarazo y el parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, además son recibidos como un regalo al sexo femenino, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal* (Balestena-Sánchez et al., 2015:789).

El comienzo del texto es -por lo menos- llamativo en su referencia al embarazo como “regalo femenino” y también al considerar al embarazo y el parto como cuestiones puramente “naturales”. Es un ejemplo de la mirada tradicional y de los mandatos sociales sobre la maternidad. y lo que interesa destacar es cómo desde el título del estudio el énfasis está puesto en señalar a la edad como un elemento de complicaciones obstétricas.

Por su parte, Santa María-Ortiz y colaboradores en su estudio *Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada* explican que la edad es un factor de riesgo y concluyen:

Nuestros hallazgos muestran claramente un riesgo significativamente mayor de desenlaces maternos adversos con la edad materna avanzada, mientras que solo se pudo encontrar un riesgo ligeramente mayor de desenlaces neonatales adversos. Con base en este estudio parece



lógico pensar que las estrategias de salud materna deberían centrarse más en los embarazos de mujeres de edad materna avanzada debido a que su frecuencia sigue aumentando año tras año (Santa María-Ortiz et al., 2019:89).

De ningún modo se busca en este trabajo rebatir las miradas médicas en cuanto al riesgo que implica un embarazo, sino que por el contrario la intención consiste en exponer las investigaciones que se realizan sobre el tema para luego analizar de qué manera esta información modela la percepción de riesgo biomédico y llega efectivamente a las mujeres.

En los artículos mencionados en párrafos anteriores (Baranda-Nájera et al., 2014) se expone el incremento progresivo de cesáreas a partir de los 35 años, principalmente en las denominadas primíparas, lo cual es un dato de advertencia, pues podría deberse a operaciones no justificadas. Someter a una mujer a una cirugía no justificada para tener un hijo en lugar de seguir el curso de su embarazo hasta llegar a término natural se considera por la ONU<sup>4</sup> una posible forma de violencia obstétrica, un tipo de violencia contra las mujeres<sup>5</sup>. En opinión de Rebeca Lorea, coordinadora de incidencia y política pública de la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), aunque no toda cesárea es violencia obstétrica, tener un alto porcentaje de estas operaciones sí es un indicador de qué tan adecuada es la atención a la salud reproductiva, y pone en duda que las mujeres de un país tengan toda la información y las opciones sobre las posibilidades de su parto.

<sup>4</sup> Organización de las Naciones Unidas

<sup>5</sup> Extraído de: <https://mujeres-covid-mexico.animalpolitico.com/aumento-cesareas-sin-opcion> revisado el 20-11-2021.

Es pertinente analizar la delgada línea entre el riesgo clínico que existe sobre la vida de las mujeres cuando deciden ser madres a partir de los 35 años y la organización de las sociedades en las cuales esta situación ha comenzado a ser un evento habitual y no al revés. Es fundamental conocer los riesgos biológicos y sociales que implica un embarazo a esa edad, así como los cuidados previos requeridos para el tránsito de un embarazo seguro. Sin embargo, la indicación del campo médico para este grupo de edad, muestra en diversos artículos el alto riesgo al que las mujeres se exponen cuando toman esta decisión. Los discursos se enfocan en responsabilizar a las mujeres a causa de su edad. Al menos son las únicas que aparecen expuestas cuando se hace referencia al tema.

### **Aportes de la socio-demografía que abona a la reflexión sobre la trayectoria y la fecundidad**

A principios de los años setenta, los elevados niveles de la fecundidad y su efecto en el crecimiento demográfico, se volvieron un tema relevante en las agendas de los organismos gubernamentales, no gubernamentales y de cooperación internacional. Además, los avances científicos favorecieron al conocimiento de medios que permiten el control de la reproducción, en términos de la elección del número y espaciamiento de los hijos, lo que contribuyó a cambiar las políticas pro natalistas que seguían los gobiernos del país (Palma, 1994). Eventualmente, esto representaría diferentes oportunidades de vida especialmente para las mujeres en los contextos social y económico.

Actualmente, el patrón vigente de la fecundidad en latinoamericana para Nathan (2015) se caracteriza por la existencia de brechas reproductivas dentro de la población. Si bien existen indicios de un gradual aumento de la edad al primer hijo

en algunos países, un fenómeno esperable en un contexto de crecientes estímulos para la postergación de la fecundidad, la permanencia de un componente significativo de fecundidad adolescente plantea como el escenario más probable el aumento de la heterogeneidad interna entre distintos sectores sociales.

Sampedro señala que “la maternidad es sustituida por la fecundidad y equiparada a ella, aunque tal identidad sea falsa (Sarrible, 1995) en el interés de la demografía” (Sampedro et al., 2002). Luego sostienen que “el retraso de la maternidad se convierte en el objeto de interés en la medida en que se puede suponer un peligro, esto es, una disminución de la fecundidad final de las generaciones”. Esta idea se erige como un argumento central de este trabajo, en tanto muestra que esta idea de peligro atraviesa la demora de la maternidad.

La postergación de la fecundidad se ha convertido en una característica dominante de los patrones reproductivos en las sociedades postindustriales (Bongaarts y Sobotka, 2012). Varios factores han sido identificados en la literatura sobre demográfica como las principales fuerzas detrás de este fenómeno: la introducción de la píldora anticonceptiva y otros métodos fiables, el aumento de la participación de las mujeres en el sistema educativo y el mercado de trabajo, la mayor inestabilidad de las uniones y el aumento de la cohabitación no matrimonial, la creciente importancia de los valores e ideales de autonomía individual, realización personal y equidad de género, tal como fueron identificados en la segunda transición demográfica, y el aumento de la incertidumbre económica que enfrentan los jóvenes en el proceso de inserción laboral y emancipación del hogar familiar (Beets, 2010; Billari, Liefbroer y Philipov, 2006; Ní Bhrolcháin y Beaujouan, 2012; Sobotka, 2004 y 2010; Surkyn y Lesthaeghe, 2004).

Los estudios sociodemográficos han señalado el retraso o cambio en la ocurrencia de eventos centrales del curso de vida de las personas, siendo uno de ellos, el retraso de la llegada del primer hijo. Lo que permite plantear como un tema importante a indagar la relación entre la demora de la maternidad -respecto a parámetros normativos- como un evento central en la vida de las mujeres y su interacción con los parámetros clínicos y biologicistas de la edad materna ideal, según el campo médico. Lo interesante es profundizar en la contradicción o la tensión que emerge entre lo social y lo biológico. Es decir, frente a un discurso sobre la señalización del retraso “del reloj biológico”.

Un supuesto detrás de este trabajo, es que existe una tensión entre las expectativas y experiencias de las mujeres con embarazos post-35 y los actuales discursos médicos. Por ello, se propone analizar las trayectorias de mujeres que demoran su maternidad y su relación con la atención médica. No se trata de cuestionar los diagnósticos médico-clínicos, sino de analizar qué sucede en esas trayectorias respecto a esta tensión.

Hernández-Corrochano (2016) en su trabajo *La maternidad después de... Estudio etnográfico de la maternidad primípara «tardía» en España* retoma a Sampedro para argumentar que la maternidad en edad avanzada ya no debe estar «asociada a la quiebra de determinados modelos familiares, a la pérdida de ciertos valores morales o la disminución de la responsabilidad social [...], que les lleva a retrasar el momento de la maternidad hasta los límites de lo biológicamente aceptable» (Sampedro, Gómez y Montero, 2002:12-13). Indudablemente esta idea expone como se establecen juicios de valor sobre las decisiones de las mujeres, y como socialmente se tiende a responsabilizarlas por la pérdida de valores morales.

Por otra parte, en su estudio *Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad*, Fuentes y colaboradores exponen los efectos de la postergación de la maternidad en tres ámbitos: i) demográfico, ii) clínico y iii) biológico (2021:154). Aunque no se puede asegurar que la postergación de la maternidad constituya un patrón que de manera progresiva se extenderá a la población en su conjunto, parece que el imperativo social de la maternidad temprana que prevaleció durante la mayor parte del siglo XX ha comenzado a experimentar transformaciones. Siendo el aplazamiento de la maternidad una tendencia emergente. Añaden también que “el género representa una variable clave para el análisis de las expectativas socioculturales y las oportunidades competitivas que configuran las actitudes, las decisiones y el comportamiento de la fecundidad” (Fuentes et al., 2021:158).

Este trabajo es útil para dar cuenta de la relevancia que tiene la postergación de la maternidad en perspectiva de futuro, al mismo tiempo el estudio muestra la relevancia de las transformaciones económicas en estos cambios en los patrones de la fecundidad.

### **Atención a la salud en el embarazo**

El proceso de la atención a la salud materna es un elemento central de este análisis, dado que se considera una instancia clave en el proceso reproductivo de las mujeres. Además de la pertinencia que tiene en materia de políticas de salud. Es por eso que interesa conocer las experiencias de las mujeres que atienden la salud de sus embarazos, así como también las prácticas de los y las profesionales de la salud responsables de recibir, atender e intervenir en los partos en las instituciones de salud.

La bibliografía revisada sobre la atención a la salud en el embarazo, hace referencia a la violencia obstétrica. Castro y Erviti realizan un recuento de las investigaciones llevadas a cabo en México los últimos 25 años, allí señalan que “El campo médico presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un espacio de ejercicio de la ciudadanía, mientras que el acceso a ellas constituye un derecho social; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura disciplinaria diseñada para ‘mejorar la eficiencia’ de la atención que se brinda, dentro de la cual la posición subordinada de las mujeres se naturaliza y, por ende, se mantiene invisibilizada” (2014:40). Este análisis resulta fundamental para reflexionar sobre los componentes de la atención a la salud y acerca de la presencia de prácticas violentas en la atención obstétrica.

Por su parte en la tesis de doctorado titulada *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta*, Yañez (2016) explica que las instituciones sanitarias públicas ofrecen servicios organizados en torno a lógicas y prioridades externas a las experiencias de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Este trabajo abona a la reflexión sobre la atención a la salud en ese momento puntual de la trayectoria reproductiva, e identifica el peso de la institución de salud en esa atención.

Los trabajos de Lina Berrio (2013) y de Rosalynn Vega (2017), son destacables ya que han investigado desde distintos ángulos la atención a la salud materna. Mientras que Berrio aborda los procesos reproductivos en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero, y profundiza en las prácticas

de atención que reciben, Vega realizó una etnografía multilocal acerca de la racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Si bien se trata de análisis diferentes, es interesante su aporte ya que definen a la salud como un proceso y retoman la perspectiva de género para la comprensión del fenómeno. Además, ambas recurren al método etnográfico para llevar a cabo sus investigaciones, lo cual les otorga una minuciosidad antropológica en sus aportes.

Incluso, ha sido útil para reflexionar en torno a uno de los nudos conceptuales de este análisis: la atención a la salud obstétrica, que es la tensión entre intereses, ideologías, visiones del mundo y roles (de género, clase, edad, familiares) que producen y reproducen. Algunos de los trabajos consultados se centran en el aspecto relacional de dicha tensión derivada de relaciones asimétricas de poder, vinculadas a lógicas sociales e institucionales que se consideran patriarcales. Es decir, tal como afirma Sadler (2004), las formas en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros reflejan sus valores y principios estructurales.

El punto clave que se busca establecer es la relevancia de estudiar temas vinculados al embarazo como un medio valioso para analizar procesos sociales de salud más generales. El análisis de la atención a la salud materna implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye –en este caso– a mujeres-madres y profesionales de salud. Además, dichas relaciones asimétricas implican relaciones de poder/subordinaciones características de la práctica médica y de las relaciones de género.

## Miradas desde la Salud Colectiva

Un elemento central de este trabajo es dar cuenta de los estudios realizados sobre el embarazo desde la perspectiva de la Salud Colectiva, a continuación, se hará referencia a los que se destacan. Prado-Murrieta (2016) analiza las prácticas contemporáneas de atención al nacimiento en México. Realiza una reflexión sobre las principales características de la atención institucional en el modelo biomédico y expone la problemática que enfrenta: violencia hacia las mujeres y alto índice de cesáreas. Asimismo, subraya la relevancia de la partería como práctica alternativa y vigente en espacios rurales y urbanos para la atención de las mujeres y posiciona la partería como una praxis con diferentes matices, desde el tradicional hasta el postmoderno, donde se resignifican los saberes y la autonomía de las mujeres, y se configura ésta como un espacio de disputa política ante el conocimiento dominante.

Por su parte, Miranda (2015) en su tesis de maestría realiza un trabajo sobre el riesgo y el embarazo, considerando los determinantes sociales de la salud. Su principal objetivo ha sido trascender la base biológica y medicalizada con la cual se define el embarazo de riesgo, así como dar voz a las mujeres que viven la experiencia de un embarazo en contextos de vulnerabilidad, retomando sus discursos para elaborar una lectura sociocultural de esta dimensión de la salud-enfermedad-atención.

Otro estudio desde este campo, es el de Bautista-Jiménez (2017) cuyo título *Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado*, analiza la muerte materna producto de años de políticas implementadas en detrimento de la vida de estas mujeres.

Cabe mencionar el aporte de Castrillo (2019) quien en su tesis de doctorado estudia las experiencias y representaciones sociales de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica respecto a las intervenciones médicas sobre los procesos de embarazo y parto. Esta autora retoma los aportes de la salud colectiva para definir su objeto de estudio, y analiza el tema desde una perspectiva de género. Además, en su artículo *Parir en casa, parir en el hospital. Algunas dimensiones para el análisis de los lugares del parto* retoman a autores (Manzanal, 2011 y Fernández Manzano, 2005) que resultan fundamentales, ya que aportan marcos conceptuales para pensar los lugares del parto en su multiplicidad (Castrillo, 2015).

Si bien estos trabajos presentan una línea en común vinculada a la mirada sobre la salud materna, es preciso señalar que no se han encontrado estudios sobre edad materna avanzada, lo que muestra la pertinencia de investigar la maternidad pot-35 incorporando la perspectiva de género y la mirada procesual que brinda el análisis de trayectorias.

## Conclusiones

Los enfoques teóricos y las investigaciones revisadas permiten observar los procesos de atención a la salud materna desde distintas miradas, incor-

porando la dimensión socio-cultural y lo biográfico como elementos centrales para su comprensión que, en interacción con condiciones estructurales, influyen en la constitución y desarrollo de la experiencia del embarazo y el parto.

Los ejes para realizar la revisión permitieron rastrear las investigaciones de quienes previamente reflexionaron sobre el tema, con énfasis en el punto de vista de las mujeres sobre la atención a la salud, en la mirada sobre el fenómeno que tiene el personal de salud y también en la dimensión institucional.

Se señalaron algunas líneas de trabajo con la intención de reflexionar sobre los estereotipos de género y las complejidades del proceso de atención a la salud, y de la relación médico-paciente. Incorporando la mirada ineludible del derecho a la salud, los marcos legislativos que regulan el proceso, los distintos niveles de análisis que involucra, las tensiones y las interacciones sociales que constituyen este problema de estudio.

Es pertinente *aggiornar*<sup>6</sup> la reflexión sobre la atención médica al embarazo desde una perspectiva social y de género para complejizar el análisis y la comprensión del fenómeno.

---

<sup>6</sup> Poner al día

## Referencias bibliográficas

Atkin, L.; Ehrenfeld, N. y Pick de Weiss, S. (1998). "Sexualidad y fecundidad adolescente". En: Langer, A. y Tolbert, K. (eds.). *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. País: México. The Population Council – Edamex, 39-84.

Balestena, J.; Pereda, Y. y Milán, J. (2015). "La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, vol. 19, Núm. 5: 789-802.

- Baranda, N.; Patiño, D.; Ramírez, M.; Rosales, J.; Martínez, M.; Prado, J. y Contreras, N. (2014). “Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica”, *Evid Med Invest Salud*, vol. 7, Núm. 3: 110-113.
- Beets, G. (2010). “The demography of the age at first birth: The close relationship between having children and postponement”. En: Beets, G., Schippers, J. y Le Velde, E. (eds.), *The Future of Motherhood in Western Societies*. Nueva York: Springer, 61-90.
- Berrio, L. (2013). Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud”. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de guerrero, Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. México: UAM - Unidad Iztapalapa.
- Billari, F.; Liefbroer, A. y Philipov, D. (2006). “The postponement of childbearing in Europe: Driving forces and implications”, *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 4: 1-17,
- Bongaarts, J. y Sobotka, T. (2012). “A demographic explanation for the recent rise in European fertility”, *Population & Development Review*, vol. 38, Núm. 1, 83-120.
- Bautista-Jimenez, E. (2017). “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud”, *Revista Salud Problema*, Año 11, Núm. 21: 28-53.
- Castrillo, B. (2015). Desafíos metodológicos de investigar la intervención médica en el parto. IV Jornadas Internas del CIMECS, 30 de abril de 2015, La Plata, Argentina. En: Reflexiones metodológicas situadas en torno de los procesos de investigación. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-UNLP-CONICET). Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.399/pm.399.pdf> (consulta 25 de noviembre de 2018).
- Castrillo, B. (2019). Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019). Tesis de posgrado para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales presentada en Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1793/te.1793.pdf> (constlta 26 de noviembre de 2018).
- Castro, R. y Erviti, J. (2014). “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”, *Revista CONAMED*, vol. 19, Núm. 1: 37-42.
- Chávez, M.; Sánchez, G.; Romero, E.; Torres, J. y González, I. (2010). “Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social”, *Revista perinatología y reproducción humana*, vol. 24, Núm. 1: 67-75.
- Echarri, C. (2004) “Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México”, *Papeles de población*, Núm. 039: 95-128.
- Elder, G. (1991). “Lives and social change”. En: Walter, H. (ed.) *Theoretical advances in life course*. Wheinheim: Deutscher Studies Verlag, 58-86.
- Escobedo, E. et al. (1995). “Embarazo en adolescentes: Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 5, Núm. 7: 14-19.
- Fernandes, B. (2005). Movimientos socioterritoriales y movimientos socioespaciales. <https://web.ua.es/en/giecryal/documentos/documentos839/docs/bm-funesp-5.pdf> (consulta 20 de noviembre de 2021).
- Freyermuth, M. y Contreras M. (2014). “Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio”, *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, vol. 5, Núm. 3: 34-43.
- Fuentes, A.; Sequeira, K. y Tapia, A. (2021). “Efectos demográficos, clínicos y biológicos de la postergación de la maternidad”, *Revista Médica Clínica*

- Condes*, vol. 32, Núm. 2: 146-160.
- González, H. (2000). "Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente", *Frontera Norte*, vol. 12, Núm. 23: 65-85.
- González, J. (1998). Características demográficas y socioeconómicas del embarazo adolescente en México. Tesis de maestría del Colegio de la Frontera Norte, México.
- Hernández-Corrachano, E. (2016). "La maternidad después de... Estudio etnográfico de la maternidad primípara "tardía" en España", *Revista Antropología Iberoamericana*, vol. 11, Núm. 1: 79-103.
- Irigaray, L. (1985). *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza, otro modo de sentir*. Barcelona: Lasal.
- Jerez, C. (2014). Partos empoderados: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Juárez F. et al. (2010). *Barreras para la Maternidad Segura en México*. Nueva York: Guttmacher Institute, 6-36.
- Lira, P.; Delgado, G.; Aguayo, G.; Conesoto, I.; Zambrano, C.; Ibarguengoitia, O. et al. (1997). "Edad materna avanzada: ¿Qué tanto es tanto?", *Ginecol Obstet Mex*, vol. 65, Núm. 9: 373-378.
- Llanes-Díaz, N. (2012). "Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva", *Revista Sociológica*, Núm. 77: 235-266.
- Manzanal, M. et al. (2011). "Poder y conflicto en territorios del norte argentino. Estudios Socioterritoriales", *Revista de Geografía*, Núm. 9: 57-81.
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). "Sexualidad y embarazo adolescente en México", *Papeles de población*, vol. 9, Núm. 35: 233-262.
- Menkes, C., Suárez, L. y Nuñez, L. (2002). "Embarazo y fecundidad adolescente en México". En: Lozano, F. (coord.) *El amanecer del siglo y la población de México*. Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Mutidisciplinarias, Sociedad Mexicana de Demografía: 109-129.
- Miranda, G. (2015). Lectura Sociocultural del Riesgo durante el embarazo: La experiencia de dos grupos de mujeres en México. Tesis Maestría. UAM-Xochimilco. México
- Mora, M. y Oliveira, O. (2009). "Jóvenes en el inicio de la vida adulta: trayectorias, transiciones y subjetividades", *Estudios Sociológicos*, vol. XXVII, Núm. 79: 267-289.
- Muraro, L. (1994). *El orden simbólico de la madre*. Madrid: horas y horas.
- Nathan, M. (2015). "La creciente heterogeneidad en la edad al primer hijo en el Uruguay: un análisis de las cohortes de 1951 a 1990", *Notas de Población*, Núm. 100: 35-59.
- Ní Bhrolcháin, M. y Beaujouan, E. (2012). "Fertility postponement is largely due to rising educational enrolment", *Population Studies*, vol. 66, Núm. 3: 311-327.
- Obregón-Yañez, L. (2007). "Primigestas de edad avanzada", *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, vol. 67, Núm. 3: 152-166.
- Palma, Y. (1994). "De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos", *Papeles de población*, Núm. 005: 68-72.
- Prado, A. (2016). "Mujer y salud. Miradas en torno al nacimiento. Clivajes", *Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 6: 79-91.
- Romero, G.; Bibesca, L.; Ramos, P. y Bravo, A. (1999). "Morbilidad y mortalidad en embarazos de edad avanzada", *Ginecol Obstet Mex*, vol. 67, Núm. 6: 37-38.
- Rubin, G. (1986). *El tráfico de mujeres: notas sobre una economía política del sexo. Vol. 2*. Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking*. Boston: Beacon Press.
- Sadler, M. (2004). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención

- biomédica del parto hospitalario”. En: Sadler, M.; Acuña, M. y Obach, F. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Catalonia: 15-66.
- Sampedro, R. et al. (2002). “Maternidad tardía: Incidencia, perfiles y discursos”, *Empiria. Revista Metodología de Ciencias Sociales*, Núm. 5: 11-36.
- Sánchez-Bringas, A. (2009). “Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad”, *Revista Perinatología Reproductiva Humana*, vol. 23, Núm. 4: 237-246.
- Sánchez, M. (2016). “Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad”, *Opción*, vol. 32, Núm. 13: 921-953.
- Sancho, J.; Baixauli, C.; Minguez, J.; García, N. y Plana, A. (2002). “El concepto de primípara añosa”, *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología*, vol. 45, Núm. 9: 384-90.
- Santa María, J. et al. (2019). “Desenlaces maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada”, *Ginecología y Obstetricia México*, vol. 88, Núm. 2: 80-91.
- Sarrible, G. (1995). “Maternidad e infecundidad: Más madres, menos hijos”, *Revista Internacional de Sociología*, Núm. 11: 115-137.
- Sau, V. (1991). “La ética de la maternidad”. En: Luna, L. (comp). *Mujeres y sociedad*. Barcelona: Universitat de Barcelona: 177-182.
- Sesia, P. y Freyermuth, G. (2009). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI. Ciudad de México Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México. CIESAS.
- Snitow, A. (1992). “Feminism and Motherhood: An American Reading”, *Feminist Review*, Núm. 40: 32-51.
- Sobotka, T. (2004). *Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe*. Amsterdam: Dutch University Press, 1-100.
- Sobotka, T. (2010). “Shifting parenthood to advanced reproductive ages: Trends, causes and consequences”. En: Tremmel, J. (ed). *Young Generation Under Pressure? Berlin-Heidelberg*. Germany: Springer-Verlag, 129-154.
- Sola, B. (2015, agosto, 12). Embarazo Adolescente riesgo para mamá y bebé, *Notimex Crónica México*. Disponible en: <http://www.cronica.com.mx/notas/2015/876036.html>
- Stern, C. (1997). “El embarazo en la adolescencia como problema público. Una visión crítica”, *Salud Pública de México*, vol. 39, Núm. 2: 137-143.
- Stern, C. (2004). “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, *Papeles de población*, vol. 10, Núm. 39: 129-158.
- Stern, C. (2007). “Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México”, *Estudios Sociológicos*, vol. XXV, Núm. 73: 105-129.
- Stern, C. y Menkes, C. (2008). “Embarazo adolescente y estratificación social”. En: Lerner, S. y Ssasz, I. (coords.) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, tomo I*. México: El Colegio de México, 347-396.
- Surkyn, J. y Lesthaeghe, R. (2004). “Value orientations and the second demographic transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An update”, *Demographic Research*, Núm. 3: 45-86.
- Sy, A. (2017). “<Desafectivas, eróticas y agresivas cuerpo> y género en la construcción de la locura durante el siglo XX. A propósito del <Asilo de Alienadas de Lomas> en la provincia de Buenos Aires, Argentina”. En: Nunes, M. y Marques, T. *Legitimidades da loucura: sofrimento, luta, criatividade e pertença*. Brasil: EDUFBA, 170-202.
- Sy, A.; Gutierrez, M.; Naszweski, M. y Barrio, A. (2016). Signos, síntomas y estereotipos. Entre la locura y la normalidad de las mujeres en el siglo XX. En: IV Encuentro Internacional de Investiga-



- ción de Género: Cultura, Sociedad y Política en Perspectiva de Género. Mesa Temática: Investigaciones En Género y Salud. Universidad Nacional de Luján.
- Szasz, I. (1998). “Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México”. En: Szasz, I. y Lerner, S. (comps.) *Sexualidad en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/ El Colegio de México, México, 11-30.
- Tájer, D. (2004). “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En: *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Colombia: Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, 27-39.
- Tipiani, O. (2006). “¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales?”, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 52, Núm. 3: 179-185.
- Vega, R. (2017). “I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México”, *Revista Salud Colectiva*, vol. 13, Núm. 3: 489-505.
- Welti, C. (1992). “La fecundidad adolescente en México”. En: Muñoz, H. (comp.) *Población y Sociedad en México*. México: Porrúa y UNAM: 55-79.
- Welti, C. (2000). “Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México”, *Papeles de Población*, vol. 6, Núm. 26: 43-87.
- Yañez, S. (2016). De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta. Tesis Doctorado Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Inédita
- Zúñiga, E.; Delgado, D. y Zubieta, B. (2000). Tendencias recientes del embarazo adolescente en México, Antología del Foro Embarazo en Adolescentes: Avances y retos. México: Secretaría de Gobernación-Comisión Nacional de la Mujer.