

# *Las profesionales del nacimiento: análisis de representaciones de obstetras y parteras en torno a la atención de embarazos y partos*

Lic. Belén Castrillo (CiMeCS – FaHCE – IdIHCS – UNLP/CONICET) [belen.castrillo@hotmail.com](mailto:belen.castrillo@hotmail.com)

---

*MT: 51 Salud, Género y Profesiones Sanitarias – Ponencia completa*

---

» *Palabras claves: profesionales de salud - representaciones – atención obstétrica*

## » **Resumen**

Los procesos de embarazo y parto se han constituido como hechos médicos en nuestro país, desde el siglo XIX, cuando se dieron dos hechos conexos: la profesionalización de la atención, que pasó de parteras a médicos, y la institucionalización del parto, que se trasladó del hogar y el contexto familiar hacia el hospital. El objetivo de estas dos ocurrencias estuvo ligado a disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil, con la incorporación de principios como la asepsia, los controles prenatales y el seguimiento del trabajo de parto y posparto, entre otros. Una de las principales críticas es que este complejo proceso de medicalización construye a los embarazos y partos como eventos sanitario-hospitalarios, homogéneos, estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología entre sus intervenciones. En el marco de una investigación que estudia las experiencias que mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud construyen alrededor de las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto, este trabajo recorta una pregunta hacia el quehacer de médicas obstetras y parteras en dicha atención. La propuesta es construir un mapa heterogéneo de representaciones y reconstruir las disputas internas al “campo profesional obstétrico”.

## » **Propuesta de trabajo**

La pregunta por las representaciones sobre diversos aspectos que re-construyen las profesionales de la atención obstétrica encuentra su importancia en su impacto y repercusión en la atención que dispensan, o, en otras palabras, porque “representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso reproductivo poseen [repercuten] en las prácticas profesionales” (Arnau Sánchez y otros, 2012: 226). Por ello, en el marco de una investigación doctoral sobre la atención médica de embarazos y partos en la ciudad de La Plata, nos proponemos reconstruir tensiones y disputas internas a su quehacer profesional. Se trata de representaciones de profesionales sanitarias que ocupan diversas posiciones en el campo profesional obstétrico: parteras, médicas obstetras, jefas de servicio de tocoginecología de maternidades públicas y funcionarias del gobierno anterior del Ministerio de Salud de la Provincia. Esta heterogeneidad (esquemática en la Figura 1) de profesionales, disciplinas y campos de actuación, no sólo representa una

decisión metodológica en tanto criterio de selección de la muestra, sino que, principalmente, responde a la diversidad de agentes de salud que participan del campo obstétrico, lo (re)producen, cuestionan y describen. Ubicamos esta propuesta de trabajo en las preguntas por los cruces entre género y salud. El análisis de la atención médica de embarazos y partos implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye a diversos sujetos e instituciones. En torno a la atención específica, las relaciones asimétricas, de poder y subordinación son características de la práctica médica y de las relaciones de género, por lo que asumimos una doble perspectiva relacional (de género y de subordinación médicos-pacientes). La adopción de un enfoque de género y salud, contribuye a identificar las prácticas médicas en atención al parto con instituciones o procesos sociales atravesados por la desigualdad de género, vinculados al control de las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos<sup>1</sup>.

### › ***Lo que dicen las que “hacen” los partos: el campo profesional obstétrico como campo de disputa***

Si debiéramos demarcar un aspecto ineludible en el discurso de las entrevistadas, que subyace y tiene una gran carga simbólica a la hora de representar su labor profesional, es la nominación de la tarea obstétrica como “hacer” los partos. Y entonces allí caben las preguntas: ¿no son las mujeres gestantes -y los/las bebés por nacer- las que *hacen* los partos? ¿Es lo mismo “hacer el parto” que “parir”? La normalización de este concepto que encierra en sí mismo una definición del quehacer profesional, deja por fuera todo tipo de posibilidad de un rol protagónico de la mujer gestante en su propio proceso reproductivo. Asimismo, la acción de “hacer el parto” conlleva una visión intervencionista del evento perinatal, en el cual no existe la posibilidad de estar expectante, acompañar, asistir, o como expresa Erviti (2010), los profesionales se presentan como “actores obligados a intervenir”, responsables de evaluar el riesgo y “de definir las acciones” (p. 10).

Considerando entonces, que el emblema de la atención hegemónica y medicalizada es este “hacer los partos”, núcleo de una actividad profesional formada para intervenir, patologizar y mirar los procesos con ojo clínico, resulta interesante la contradicción sustancial que hay entre este elemento indiscutible y la posición crítica de las entrevistadas con el modelo hegemónico de atención. La muletilla del hacer partos reviste un carácter fundamental en la centena de páginas de transcripción de entrevistas, en tanto es la confirmación constante de la dominancia de un modo de pensar y actuar profesionalmente, aunque el resto del discurso apunte a un cambio.

#### *“Ellos”: representaciones sobre la atención obstétrica hegemónica*

Ya mucho se ha dicho en las ciencias sociales sobre el proceso de identificación social que se construye a partir de la distinción “nosotros-ellos”. En el marco de la atención médica, cuando hablamos de relación médico-paciente podríamos sostener que en los dos términos de la relación ya tenemos configurado el par dicotómico, pero lo interesante es que hay subdivisiones al interior de cada uno, y sobresalen a cada paso del discurso de las profesionales.

Aunque se ha evidenciado la medicalización del parto y el exceso de intervencionismo, la casi totalidad de las entrevistadas se reconoce como opuesta y resistente a ese tipo de atención hegemónica. En otras palabras: ninguna se reconoce como (re)productora del modelo de atención medicalizado e intervencionista, y en este sentido nos preguntamos ¿quiénes sostienen el modelo? Se refieren a los *sostenedores* en un “ellos” construido en torno a un “otro” que es determinante en la atención obstétrica (jefas del servicio, o atención privada, o parteras, o residentes, u hospital escuela, según quién hable). Un “pasarse la bola” por la

---

<sup>1</sup> Sobre esta intersección de género y salud como marco analítico de nuestra investigación, nos hemos explayado en trabajos anteriores (Castrillo: 2014 y 2016a)

responsabilidad de una atención que violenta a las mujeres, que concibe al proceso reproductivo como una patología a intervenir, que perjudica la salud reproductiva de la población.

¿Quiénes son ellos?

a) *El ministerio-Estado* en términos de las pésimas condiciones de trabajo-infraestructura de los hospitales, que son reales sin dudas, pero que condicionan que las jefas de servicio adopten una actitud defensiva ante la “bajada de línea hacia la humanización”. Entonces de algún modo, el ministerio al no garantizar el modelo de atención que exige, terminaría garantizando la re-producción de la atención hegemónica intervencionista.

“Primero que filosóficamente no creemos que esté deshumanizado. A ver, es un concepto ideológico. O sea, la humanización del parto como si ya fuera deshumanizado, como si fuera con un látigo, como si fuera en un chiquero, como si fuera con una mujer atada con grilletes a la camilla y no es así. No lo vemos así nosotros. Entendemos que sí, que la participación de la familia está bueno, que se le permita caminar y que no se la ate a una vía de suero, está todo perfecto. Pero para eso hay que dar otras condiciones. Como dijo acá muy bien el doctor los cambios se hacen cuando se construyen desde los cimientos. Y nosotros tenemos que cambiar la formación, tenemos que cambiar un montón de cosas pero el ministerio tiene que cambiar también la infraestructura y adecuar los lugares para que eso se pueda hacer. Cambiando el techo no se logra todo, se cambia el techo” (Adela, jefa de Servicio de Tocoginecología, maternidad A)

“El parto humanizado de no poner oxitocina, de no poner, de no romper la bolsa, sí, nosotros somos conscientes de esa propuesta. Ahora bien, cuando vos tenés siete u ocho trabajos de parto a la vez, y cuatro personas o tres personas para atender todo lo que te dije, ¿podés tomarte el tiempo de darle a ese trabajo de parto ocho, nueve, diez horas, las que requiera y no colaborar en que algunas etapas se organicen y se aceleren para que vos puedas terminar con este parto y seguir dedicándote al otro? Porque esta muy bueno lo de que no se rompa la bolsa, que no se use oxitocina, está perfecta la teoría, están mostrados los beneficios. Eso es cuando una paciente en trabajo de parto está acompañada por un profesional, que le vigila los latidos, que la contiene, que la ayuda, que la vigila y que va evaluándolo. Si vos tenés una persona para atender a cuatro, esa persona a la fuerza se tuvo que organizar para vigilar intensamente un trabajo de parto, terminarlo y agarrar otro, terminarlo y así” (Adela, jefa de Servicio de Tocoginecología, maternidad A).

b) *Las guías y protocolos establecidos para el trabajo profesional*, que aunque se presenten como promotores del cambio, reproducen principios del modo de atención cuestionado<sup>2</sup>.

“A ver, partamos de la base de la bibliografía. Cuando vos vas a las guías del ministerio, de atención al trabajo de parto y parto (...) Ya te las plantea de que hay dos tipos de trabajo de parto: el conducido y el espontáneo. Vo fi, nada. Y así como te lo plantea ahí, te lo plantea la bibliografía, entonces como que ya te tiran dos opciones de laburo. O sea, podés hacerlo de esta forma o poder hacerlo de esta otra. Hay instituciones en las cuales vos, por el exceso de trabajo, hay que hacerlo conducido, eh... porque es un parto tras de otro, eh... que no está bien, o sea no está bien” (Carla, médica obstetra)

c) *Los sectores “viejos” y “anquilosados” de las maternidades*, en general en puestos jerárquicos, que tienen dificultades emocionales y profesionales para el cambio.

“No, en general, el detractor es el que no quiere cambiar, el que no quiere cambiar, el que se aferra. Y el detractor muchas veces se aferra, muchas veces las personas tienen miedo al cambio y no tienen mucha capacidad de cambio. Ahí ya cuando uno habla de personas sueltas, cuando vos analizas la curva del cambio siempre hay un grupo de personas que ya con esos no podés, tiene que ver con cuestiones individuales y personales. En medicina es muy fuerte el cambio. ¿Por qué? Porque si yo hice los partos toda mi vida y me fue bien, porque soy un buen profesional y los hice así como lo aprendí y me fue bien, para que yo cambié después de muchos años de una práctica y que me fue bien es muy difícil, porque no estás hablando de pintar o de arreglar, estás hablando de personas. La mayoría de la gente tiene buena voluntad, siempre está el loco, pero digamos, la mayoría tiene buena voluntad y nosotros trabajamos con eso. Entonces mucha gente tiene que estar muy firme, sobre todo, porque por ahí es gente grande, que basó toda su vida en trabajar de una manera, vos le cambiás una estructura y algunos los desarticulás como persona, porque estructuraron su vida haciendo eso. Y hoy vas y les decís que está todo mal. Entonces hay que hacer un trabajo muy fino, muy personalizado y muy de convencimiento porque vos tenés, por

---

<sup>2</sup> Al respecto hemos realizado un profundo análisis de las guías ministeriales y protocolos de atención en Castrillo 2016 b.

eso digo, hay gente por ahí más joven que es más fácil cambiar, hay gente que es más joven que tampoco es más fácil pero hay gente de muchos años que toda su vida fue eso. Aparte es muy duro, vos le decís a alguien que tiene, no sé, 60 años “todo lo que hiciste está mal”. E hizo eso toda la vida entonces no puede aceptar, tampoco lo hizo a propósito. Entonces hay toda una cosa del cambio” (Fernanda, Directora de Maternidad Infancia en 2015, MSPBA)

“Tampoco puedo cambiar las prácticas del profesional porque este profesional está aferrado a lo que aprendió, porque a mí me da seguridad esto, si a mí me sacás de esta práctica yo entro en pánico, me angustio, no puedo y te voy a decir que no. O te voy a decir que sí, “ah qué linda la norma que me trajiste, qué linda” pero cuando te fuiste hago lo que yo sé porque es lo que a mí me da seguridad y, es más, es probable que me salga mejor. Siempre cuando haces algo con seguridad sale mejor. Cuando te digo seguridad es algo para analizar. Es cómo se siente esta persona, y a lo mejor esa seguridad es a un costo muy grande, de desconectarse. O sea vos pensá que hay todo un sistema médico, más avanzado y menos avanzado según las especialidades, quizás el núcleo más duro y más atrasado sea la obstetricia. El más terrible, yo tengo esa impresión” (Elina, pediatra, funcionaria MSPBA)

Respecto a estos tres puntos, una primera referencia: la jerarquía médica en términos institucionales inter y extra hospital (Estado/ministerio -jefes de servicio – médicos/equipos de salud) encierra diversas disputas. Por ejemplo, quién es el encargado de garantizar el cambio hacia la humanización. Para el Estado (en la voz de estos funcionarios) son los médicos, principalmente los jefes de servicio bajando una línea de trabajo humanizada. Para los jefes de servicio, primero tiene que actuar el Estado cambiando las condiciones de trabajo tanto en términos de recursos humanos como materiales y simbólicos. Finalmente, los médicos sostienen que el ministerio lanza normativas ambiguas y (aunque no hayamos citado fragmentos de entrevistas al respecto) sostienen que la principal traba son los jefes de servicio, que no bajan lineamientos, que traban el cambio y adhieren, de algún modo, con las funcionarias del ministerio, con que sus características generacionales son limitantes para garantizar el cambio.

*d) La formación universitaria de grado y en la residencia.* Si a los tres factores anteriores, le agregamos la cuestión de la formación, podemos ir viendo cómo la constitución del campo profesional obstétrico va más allá de lo que sucede en una sala de partos. Con respecto a la formación de grado, existe un consenso en las entrevistadas respecto a que son preparados para intervenir, enseñados en la patología y que desconocen aspectos claves de la fisiología. En relación a la formación en la residencia de obstetricia, es relevante mencionar que las tres maternidades en las que trabajamos funcionan como hospital-escuela y esto lleva a una característica sobresaliente del sistema de salud obstétrico público de la ciudad: las mujeres usuarias son instrumentos pedagógicos para los alumnos residentes, que utilizan sus cuerpos para “aprender” técnicas como la episiotomía, la cesárea y el fórceps, entre otros. Asimismo, que hablemos de hospitales escuelas implica tener en cuenta que la *escena del parto* -como decidimos nominar el acto de performance que se da al interior de la sala de partos- implica la actuación de diversos agentes según jerarquía: residentes de primer año, residentes de segundo, médicos de planta, parteras, enfermeras, etc. Y, si en un mismo hospital hay residencia también de neonatología, como sucede en una de las maternidades en las que trabajamos, debemos multiplicar la presencia de personas en ese parto por dos. Pero, y fundamentalmente, para la cuestión del campo profesional obstétrico, la situación hospital-escuela es relevante en tanto agrega toda otra porción de jerarquías, mandos, autoridades y modos de trabajo que se entrecruzan y contradicen. Al respecto, las argumentaciones de Castro (2014) sobre la generación del habitus médico autoritario en la etapa de formación médica, son sumamente relevantes.

“Es una batalla que hay que dar: formación universitaria, formación de la residencia. Ahora, la formación de la residencia es interesante, es un lugar de choque, porque vos vas a parar como residente a un servicio. ¿Quién manda en el servicio? El jefe. Pero a su vez pertenece a una residencia, con un jefe de residentes que negocia con el jefe [de servicio]. Entonces vos terminás formándote en la pelea, que está bueno, entre lo que vos estás estudiando y aprendiendo más moderno y a lo mejor el jefe que está aclerosado, que está coagulado en una práctica. Pero el problema es que vos te estás formando en un lugar que la práctica que vos quisieras hacer no la podés hacer. O sea nos ha pasado a todos” (Elina, pediatra, funcionaria MSPBA)

“Ponele algunos te enseñan de una forma, te hacen... Nosotros como residentes respondemos a lo que te indican los médicos de planta, algunos te dicen que hagas una cosa y algunos te dicen que hagas otra. Pero cuando vos haces esto que está mal siempre viene el otro y te dice eh “y pero por qué? Y pero por qué?” [Yo: Te enseñaron a cuestionar] Claro, exactamente. Eh... después es difícil ir a cuestionarle al médico de planta, pero ellos lo saben. Ellos saben que durante nuestra formación nosotros respondemos a lo que nos dicen pero la idea es que cuando

vos salís labures de la forma en que ellos te lo enseñan. ¿Entendés? Todas las cosas que criticaste no las hagás y la vas viendo” (Carla, médica obstetra)

Sobre esto es interesante resaltar el contexto esquizofrénico de formación: hay médicos que te enseñan de forma intervencionista, hay otros médicos que te enseñan a cuestionar eso, pero no puedes hacerlo sino hasta que te recibas. O sea que se encierra al residente en un rol de acatamiento y obediencia combinado con una actitud crítica en silencio. Esta heterogeneidad de modos y formas de atención tienen el correlato de ser una ruleta rusa para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que termina confinándose a una cuestión de azar: “en la guardia de los lunes hay gente piola” o “si te toca la guardia de los viernes, cagaste”, se reproduce en los grupos de mujeres que militan por el parto respetado. La esquizofrenia del quehacer obstétrico es tal que en lugar de estandarizar la atención para asegurar el acceso a los derechos humanos y el cumplimiento de las necesidades de las mujeres gestantes-parturientas, se estandarizan y normalizan los procesos reproductivos, comportamientos y expectativas de ellas.

*e) Las parteras ¿chivo expiatorio?* El rol que ocupan las parteras en el discurso de las entrevistadas, y, en asociación, en el campo obstétrico, es ambiguo: por un lado, para el ideal que exponen las funcionarias ministeriales (y se expresa en diversas guías nacionales e internacionales) es que ellas deberían ser la punta de lanza del cambio hacia la humanización, porque se supone que tienen una formación en el acompañamiento y en la fisiología del parto. Por otro lado, para las que son miembros de los equipos de salud, suelen ser la expresión de la desidia y del no-trabajo, o, en paralelo, del trabajo intervencionista, con desgano. Sin duda, son el reservorio de muchos comportamientos esperados, resignadas al trabajo administrativo.

“están muy acostumbradas [las parteras] a que la residencia labure. Años y años donde la residencia mueve la guardia y ellas actuaban o metían mano en el momento, tenía que desbordar todo demasiado como para que laboraran ellas, sino era rascarse la guardia entera” (Carla, médica obstetra)

“las parteras más viejas, o sea el manejo que tienen es activo. O sea ellas sacan chicos (chasquea los dedos), es eso. O sea, están acostumbradas, nosotros somos los que les ponemos el freno para que no rompan bolsa, para que no las hagan pujar antes de tiempo. Siempre aparte ellas tampoco tienen ninguna responsabilidad, ellas actúan en el parto o en el trabajo de parto pero ellas no tienen ninguna responsabilidad legal. Es el médico el que sale después, ¿me entendés? El médico es el responsable de un parto y de un trabajo de parto (...) Entonces, yo lo he visto, o sea... ellas se manejan con impunidad y hacen cualquier cosa. No todas, obvio, pero yo he visto cosas que...” (Carla, médica obstetra)

“La partera dando vuelta. Acá la partera perdió un poco la figura de estar ahí tanto. Está, se encarga de la patita, de la huellita, de la partida de nacimiento... [¿Cómo más un rol administrativo?] Exactamente. Acá perdió, bastante” (Andrea, neonatóloga).

Para finalizar, diremos que las parteras entrevistadas también reconocen que en el hospital público ocupan un rol sesgado, en la mayoría de los casos por haber cedido el espacio a los médicos, en otros por no haber podido sobrellevar la caza de brujas que se reactualiza diariamente. ¿Cómo van a ser las responsables del cambio hacia la humanización si los equipos médicos no las estiman, si no tienen lugar -porque lo han cedido o lo han perdido- en el campo profesional obstétrico?

## › **A modo de cierre**

A modo de presentación de algunos resultados del trabajo de campo de la investigación doctoral que realizamos, nos propusimos describir provisoriamente algunas características que surgen en las entrevistas a profesionales sanitarias de la atención de embarazos y partos que nos permiten dar cuenta de las disputas y tensiones internas del campo profesional obstétrico en el marco de la transición y cuestionamiento del modelo de atención dominante.

Es importante remarcar que la construcción de un “ellos” en el discurso, en el que depositar las críticas, nos ha permitido describir lo que otros autores ya han descrito para otros contextos (Pozzio: 2013), en torno a la heterogeneidad de posturas médicas frente a la humanización del parto y las tensiones entre la estructura institucional y la voluntad los profesionales, que ayuda a complejizar la mirada y evitar lecturas reduccionistas que los ubican como los “malos de la película”. Sin duda si en algunos casos nos hemos encontrado con lo que denominamos *objetores de conciencia del parto respetado*, deberemos incluir en la interpretación toda una serie de jerarquías médicas, políticas, económicas y socioculturales que las implican, y le dan un tinte diferencial a este campo profesional.

La respuesta a la pregunta sobre quiénes sostienen el modelo y, por ende, quiénes podrán modificarlo, debe tener en cuenta algunas de las claves que hemos descrito en forma provisoria y que es necesario seguir profundizando.

## › **Bibliografía citada**

- ARNAU SÁNCHEZ, J., MARTÍNEZ ROCHE, M. E., NICOLAS VIGUERAS, M.D., BAS PEÑA, E., MORALES LÓPEZ, R., y ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, L. (2012). *Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia*. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 2012, 7 (Mayo-Agosto) ISSN 1695-9752
- CASTRILLO, B., (2014) *“La perspectiva de género en el estudio de la intervención médica en el parto”*. I Congreso de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales / I Post Congreso ICQI, International Institute of Qualitative Inquiry, University of Illinois. Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina. 2 y 3 de octubre de 2014. ISSN 1851-4790.
- CASTRILLO, B., (2016 b) *“Gobierno de embarazos y partos: las guías de procedimientos de los Ministerios de Salud nacional y provincial”*. Trabajo presentado en las XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población; Buenos Aires, agosto de 2016. Área de Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. ISSN: 978-950-29-1322-3
- CASTRILLO, B., (2016a) *“Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales”*. II Jornadas de Género y Diversidad Sexual de la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. La Plata, octubre de 2016.
- CASTRO, R., (2014), *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*. Revista Mexicana de Sociología 76,núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F. ISSN: 0188-2503/14/07602-01
- ERVITI, J. (2010). “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”. En Castro, R. y López Gómez, A. (ed.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM, c2010.
- POZZIO, M., (2013). Una propuesta de Parto Humanizado, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

› **Anexos**

Figura 1: Cuadro de entrevistas a profesionales de la salud

Nominación entrevista	Profesión	Actividad profesional desempeñada en			Fecha de entrevista
		Maternidad pública	Clínica privada	Domicilio	
Bárbara	Partera	-	SI	SI	30/3/2015
Sandra	Partera	SI, "A"	-	-	1/2/2017
Carla	Médica obstetra	SI, "B"	SI	-	4/9/2016
Andrea	Neonatóloga - lactancia	SI, "A"	SI	-	24/1/2017
Adela	Médica obstetra - Jefa de servicio de tocoginecología	SI, "A"	SI	-	14/9/2015
Alicia	Médica obstetra - Jefa de servicio de tocoginecología	SI, "B"	SI	-	1/10/2015
Marta	Médica obstetra - Jefa de servicio de tocoginecología	SI, "C" <sup>3</sup>	SI	-	30/9/2015
Elina	Pediatra - Funcionaria	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			10/9/2015
Fernanda	Neonatóloga - Funcionaria	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			6/8/2015

Fuente: Elaboración propia en base a trabajo de campo

<sup>3</sup> La ciudad de La Plata cuenta con 4 hospitales públicos de gestión provincial que cuentan con área de maternidad y atención obstétrica. Hemos realizado trabajo de campo en tres, que aquí nominamos como "A", "B" y "C", para mantener el anonimato.