



Gestar en lo rural, parir en la ciudad. Escenarios de desterritorialización en el proceso de gestar parir materner en Chubut, Argentina.

Juan Manuel Diez Tetamanti

CONICET – UNPSJB / IGEOPAT / GIGAT – Comodoro Rivadavia – Chubut – Argentina

<https://orcid.org/0000-0002-1765-1649>

Leticia Curti

CONICET – IDEAus – CENPAT – Puerto Pirámides – Chubut – Argentina

<https://orcid.org/0000-0002-1528-1509>

Lelis Ailin Feu

CONICET - UNPSJB / IGEOPAT / GIGAT / UNPA – Comodoro Rivadavia – Chubut – Argentina

<https://orcid.org/0000-0001-7509-5145>

Resumen

La provincia del Chubut adhiere a la Regionalización de la Atención Perinatal, lo que implica una serie de problemas referidos a la organización del sistema de salud en espacios rurales. Esta singularidad se comprende entendiendo que la provincia es la tercera en extensión de la Argentina, y que al mismo tiempo es una de las provincias con menor densidad de población. Las distancias, la infraestructura de caminos y de comunicaciones de poco desarrollo, es un obstáculo para garantizar dinámicas de transporte y movilidad tanto para personas gestantes, como para las familias que las acompañan. En el artículo nos planteamos una primera aproximación a la problemática de la experiencia de gestar, parir, materner; en base a un enfoque de pesquisa cartográfica, apoyado en entrevistas y talleres de cartografía social realizados con personal de salud, madres y familias de localidades rurales. Se vislumbran así, pistas para abordar líneas de fuga de las normas médico-burocráticas que organizan el territorio, recurriendo a las estrategias locales y comunitarias propuestas por la población local, para garantizar buenas condiciones en las trayectorias perinatales vividas desde los espacios rurales, pero transitadas, en gran medida en ciudades. Los procesos de desterritorialización motorizados por la iniciativa de regionalización perinatal, en conjunción con las estrategias comunitarias solidarias locales; como la organización intrafamiliar, la constitución de sistemas de transporte solidarios o los cambios selectivos de hospital de referencia y ciudad de nacimiento, traen pistas para abordar futuras reformas a la actual organización de la regionalización de la atención perinatal, que van de la mano con la Ley de Parto Respetado Argentina, y que en este texto se presentan como primeras aproximaciones.

Palabras clave: Chubut. Maternidad. Rural. Patagonia. Salud.

Rural Pregnancies, City Childbirths: Deterritorializing Scenarios in the Pregnancy, Childbirth, and Maternity Processes in Chubut, Argentina.

Abstract

The province of Chubut adheres to the Perinatal Care Regionalization, which implies a series of problems related to the organization of the healthcare system in rural spaces. This makes sense when we take into account that Chubut is Argentina's third largest province, but one of the less densely populated at the same time. In this state of affairs, long distances and underdeveloped road and communication infrastructure are obstacles to guaranteeing transportation and mobility dynamics for both pregnant people and their families. In this article, we propose a first approach to the problems that arise from the pregnancy, childbirth and maternity experience, based on a cartographic research approach, supported by interviews and social cartography workshops carried out with health personnel, mothers and families from rural localities. This is how clues to address several lines of flight arise, lines of flight that escape from medical-bureaucratic regulations, and whose approach arises from local community strategies that seek to ensure optimal conditions for rural perinatal journeys, even if their medical aspects are addressed mostly in cities. In this scenario, future reforms to the current organization of the perinatal care regionalization process are hinted at by the deterritorialization processes advanced by the perinatal care regionalization initiative; by the generous, local community strategies; by the domestic organization; and by the construction of generous, transportation networks or the elective changes of reference hospitals and birth cities, all of which go hand in hand with the Respectful Maternity Care Law, which is put forward as an initial approach in this study.

Key words: Chubut. Maternity. Rural. Patagonia. Health.

Gestar no rural, parir na cidade. Cenários de desterritorialização no processo de gestação-parto-ser mãe em Chubut, Argentina.

Resumo

A província de Chubut adere à Regionalização da Atenção Perinatal, o que implica uma série de problemas relacionados com a organização do sistema de saúde nas áreas rurais. Essa singularidade é entendida ao entender que a província é a terceira maior da Argentina e, ao mesmo tempo, é uma das províncias com menor densidade populacional. As distâncias, as infraestruturas rodoviárias e de comunicações pouco desenvolvidas, são um obstáculo para garantir dinâmicas de transporte e mobilidade tanto para as grávidas como para as famílias que as acompanham. No artigo propomos uma primeira aproximação ao problema da experiência de gestar, parir, maternidade; com base em uma abordagem de pesquisa cartográfica, apoiada por entrevistas e oficinas de cartografia social realizadas com profissionais de saúde, mães e famílias de localidades rurais. Assim, vislumbram-se pistas para abordar linhas de fuga às normas médico-burocráticas que organizam o território, recorrendo a estratégias locais e comunitárias propostas pela população local, para garantir boas condições nas trajetórias perinatais vividas a partir de espaços rurais, mas percorridas, em grande parte, nas cidades. Os processos de desterritorialização impulsionados pela iniciativa de regionalização perinatal, em articulação com as estratégias das comunidades solidárias locais; como a organização intra-familiar, a constituição de sistemas de transporte solidário ou as mudanças seletivas de hospital de referência e cidade de nascimento, trazem pistas para encaminhar futuras reformas à atual organização da regionalização da atenção perinatal, que andam de mãos dadas com a Lei do Parto Respeitado Argentina, e que neste texto são apresentadas como primeiras aproximações.

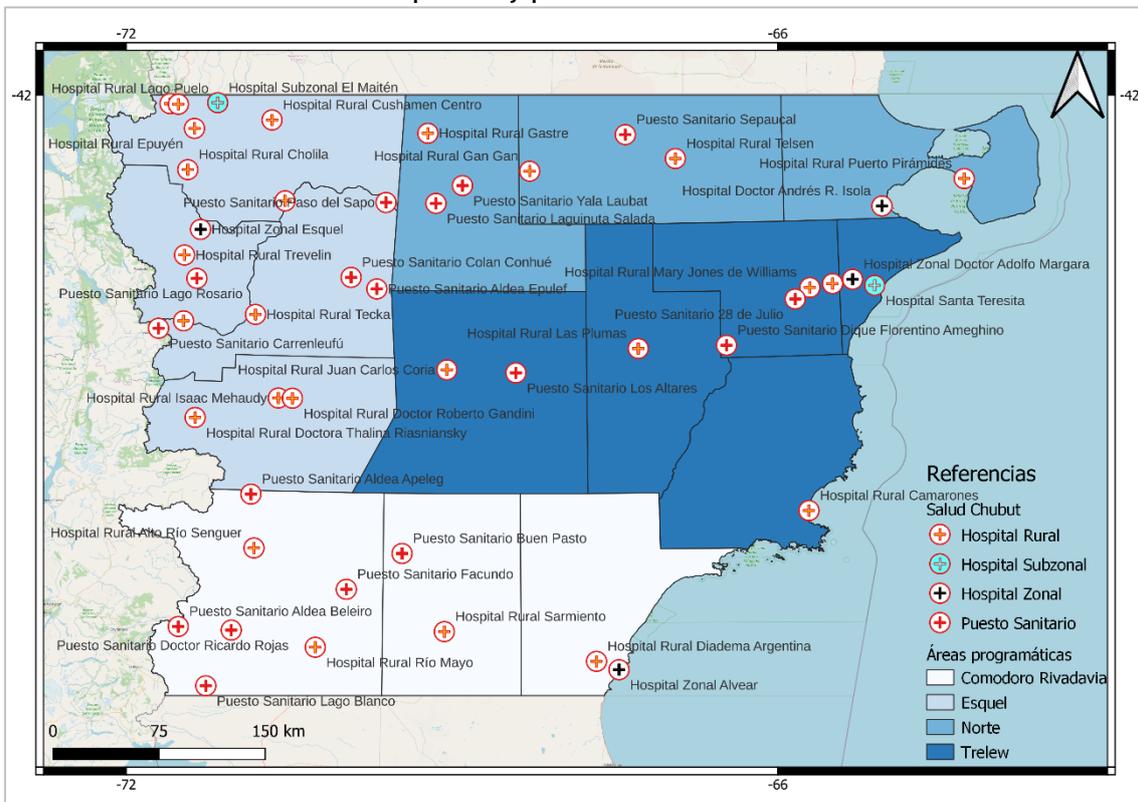
Palavras-chave: Chubut. Maternidade. Rural. Patagônia. Saúde.

1 Introducción

La provincia del Chubut es la tercera en tamaño a nivel nacional, con una densidad de población de 2,3 habitantes por km² (INDEC, 2010). La provincia, en términos territoriales se estructura en un triángulo urbano que va de Esquel, hasta Comodoro Rivadavia y de allí al Valle del Río Chubut (Trelew y Rawson) y Puerto Madryn; estas ciudades distan entre 600 y 350 km. entre sí, y son los puntos en donde funcionan los Hospitales con mayor complejidad en conjunto con el desarrollo de la mayor infraestructura de servicios urbanos de la provincia. El restante espacio rural provincial, caracterizado por miles de kilómetros cuadrados, está cubierto por carreteras de ripio y tierra que se vuelven intransitables, tanto por la nieve como por la lluvia o por la crecida de ríos en diferentes épocas del año. Las rutas asfaltadas son escasas, y los servicios de transporte son deficientes o inexistentes (Argentina. Plan Estratégico, 2017). En este sentido, las cuatro ciudades mencionadas anteriormente, concentran el 90,5% de la población total de la provincia; por lo que el restante 9.5% de la población, reside en el campo, comunas, aldeas rurales y en pequeñas localidades que se encuentran muy distantes entre sí y de las ciudades principales (INDEC, 2010).

En referencia al sistema de salud, en Chubut existen: 51 Puestos Sanitarios de nivel I de complejidad; 26 Hospitales Rurales de nivel III, 2 Hospitales Subzonales de nivel IV, 3 Hospitales Zonales de nivel VI y un Hospital Regional de nivel VI (Chubut. Ministerio de Salud, 2019. Anuario Estadístico de Salud Vol. II) (Mapa 1).

Mapa 1 Áreas programáticas del sistema de salud de la provincia del Chubut. Hospitales y puestos sanitarios.



Cartografía: Diez Tetamanti (2023). Qgis.

El sistema sanitario en la provincia del Chubut se regionaliza siguiendo un modelo mixto en relación a niveles de complejidad y responsabilidad geográfica; cada una de las cuatro Áreas Programáticas (Norte, Esquel, Comodoro Rivadavia y Trelew) también se organizan en niveles de complejidad y capacidad operativa creciente, siendo el último escalafón el hospital Zonal o Regional. Las capacidades de atención de los Hospitales Rurales y Puestos Sanitarios, han variado en los últimos años, en función del equipamiento operativo y activo.

Para entender la organización del sistema de salud, citamos a Jaime, S. (2017), quien menciona que “El ministerio se organiza en cuatro subsecretarías (Programas de Salud, Recursos Humanos y Capacitación, Gestión Institucional y Gestión Económica) las cuales se dividen las distintas responsabilidades institucionales y de gobierno del ministerio. Operativamente la provincia se divide en cuatro jurisdicciones, denominadas Áreas Programáticas de Salud, las cuales están a cargo de un director provincial que depende directamente del ministro de salud” (Jaime, 2017, p. 15). Sumando a esta organización se encuentra el sistema privado, considerando además que el 71% de la población provincial cuenta con seguros de salud, aunque igualmente el sistema público sigue siendo el predominante (Jaime, 2017). En el siguiente cuadro se compara la situación de equipamiento e infraestructura básica, por Área Programática.

Tabla 1. Particularidades de equipamiento y complejidades por área programática

Área Programática (nombre coloquial) >>	Esquel (comarca del paralelo 42°S)	Trelew (valle del Río Chubut)	Norte (Puerto Madryn)	Comodoro Rivadavia (sur)
Departamentos que comprende	4	5	3	3
Población a cargo	109071	163629	87351	239561
Hospital de Cabecera (complejidad de maternidad)	Esquel (IIIA)	H. Zonal A. Margara - Trelew (IIIB)	H. A. Ísola - Puerto Madryn (IIIA)	H. Regional Sanguinetti - Comodoro Rivadavia (IIIB)
Hospital con Residencia externa de maternidad	NO	Si, en hotel	Si, dentro del hospital	No, en proceso de construcción
Hospitales Rurales Nivel III dependientes	12	5	4	4
Hospital es subzonales Nivel IV dependientes	1	1	0	0
Puestos Sanitarios Nivel I dependientes	30	6	6	6
Camas Disponibles	254	239	157	331
Habitantes / Camas	429.5	684.6	556.3	723.7

Fuente: Elaboración propia en base a Chubut. Estadísticas. (2022). INDEC (2023).

En el Mapa 1, se representa la distribución de los diferentes hospitales y puestos sanitarios descritos en la Tabla 1, por área programática.

La división de la provincia por áreas programáticas, corresponde a una lógica organizacional de regionalización, vinculado a la Estrategia Provincial de Regionalización de la Atención Perinatal (en adelante ERAP) que a su vez se enmarca dentro de la misma estrategia a nivel nacional, la cual, también ha sido adoptada por

otras provincias en los últimos quince años (Argentina, 2019). La ERAP, fue impulsada por organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, y se adoptó en la Argentina como una estrategia que propone establecer regiones de atención perinatal y donde en cada una se mejore la coordinación de los servicios y el intercambio de información. Así, la iniciativa busca derribar las barreras geográficas, sociales, de recursos humanos y económicos... Los programas de regionalización de la atención materno-perinatal se diseñaron con el fin de organizar los servicios para que las personas gestantes y los recién nacidos de alto riesgo tengan su atención en hospitales provistos con la experiencia y la tecnología requerida para asegurarles cuidados óptimos. Así, las maternidades fueron clasificadas en tres niveles de atención de menor a mayor complejidad (II; IIIA; IIIB), se organizaron los sistemas de transporte y se construyeron vínculos entre las estructuras de salud con el fin de mantener la capacitación adecuada en los niveles de menor complejidad para una oportuna referencia de los casos de alto riesgo (OPS, 2017).

En este sentido, existen ejemplos asentados y exitosos en diversos países, con múltiples niveles de desarrollo tales como Canadá, Estados Unidos y Noruega, o bien Ecuador; Chile y Sri Lanka, éste último caso recurriendo al servicio de parteras, ante el bajo desarrollo tecnológico. (Schwarcz, Garibaldi y Méndez, 2011). También Schwarcz, Garibaldi y Méndez (2011) recalca que “se debe discutir el concepto de regionalización para los países en desarrollo, en especial en el sur de Asia y en el África Subsahariana, puesto que el modelo desarrollado para los países con más recursos podría no resultar aplicable. En los países en desarrollo, la atención perinatal se caracteriza por insuficiencia en los servicios de salud (tanto en primer nivel de atención como en el segundo y el tercero), falta de respuesta a algunos problemas puntuales personal capacitado (Parteras, Enfermeras, Médicos y Especialistas), infraestructura de servicios subóptima e inexistencia de redes de servicios. Los sectores más pobres tienen escaso acceso a los servicios de salud por falta de financiamiento e imposibilidad de acceder a la oferta privada. No se accede a sistemas de traslado” (Schwarcz, Garibaldi y Méndez, 2011, p. 45-46).

Como proceso histórico, “el embarazo y parto pasan entonces de ser eventos, o procesos, familiares y domésticos, atendidos mayoritariamente por matronas o parteras, según el contexto, a ser eventos hospitalarios, donde las lógicas de riesgo lo sitúan como un proceso “defectuoso”, riesgoso y susceptible de perfeccionamiento a través del uso de la ciencia y la tecnología, claro está, bajo el entendimiento de que toda intervención e instrumentalización serían en pos de la seguridad de la madre y la criatura” (Vallana Sala, 2020, p. 98). Así, el proceso de industrialización de la sociedad, se traslada también a la salud y al cuerpo reproductivo, donde se mecaniza el proceso, se interviene, se instrumentaliza y se protocoliza (Vallana Sala, 2020).

De esta manera, Chubut se suma a los cambios producidos en los servicios de salud, acaecidos en el transcurso del siglo pasado tanto en lo conceptual como en operativo. En Argentina, hasta principios de la primera década del siglo XXI, se instituyó una manera de abordar el proceso de atención perinatal; donde cada institución sanitaria con capacidad de internación, contaba con una sala de partos y atención del recién nacido; permitiendo, gran parte de los procesos de atención y “otros eventos en salud vinculados a la gestación¹” acontecían tanto en las

¹Nos referimos, entre otros al aborto, muerte perinatal, etc.

localidades y aldeas rurales como en las grandes ciudades en la medida que estos se considerasen de bajo riesgo (Chubut. Ministerio de Salud, 2019).

A mediados de la década de 1990, también se fortaleció una iniciativa promovida desde el Banco Mundial denominada “Maternidades Seguras”, que expone que los partos deberían realizarse en instituciones de mayor complejidad (Tinker, Koblinsky y Daley, p. 1994), excluyendo a hospitales rurales e instituciones similares.

Inicialmente, esta estrategia se fundamentó en la necesidad de lograr mejoras a nivel social en términos de mortalidad materna e infantil. Si bien, esta no generó un cambio sustancial en la modalidad de organización, hubieron una serie de iniciativas Nacionales y Provinciales posteriores que combinaban aspectos de la estrategia de Maternidades Seguras con un modelo más integral de atención (maternidades centradas en la familia) que adquirieron una trascendencia creciente, arribando a la adhesión implícita a la Iniciativa de Unicef sobre Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (en adelante MSCF), la cual resumía el espíritu de época, en el cual había una fuerte promoción de organismos internacionales sobre regionalización y atención segura y centrada en el paciente. Se proponía, entre otros puntos, que los partos sean efectuados en establecimientos que dispongan de complejidad y capacidad para efectuar más de mil partos anuales (Schwarcz, Garibaldi y Méndez. 2011).

En este sentido la iniciativa de MSCF se transformó en un marco que engloba una política de Estado a nivel nacional para el cual cada provincia configuró sus dispositivos. En algunos casos como en Misiones, se consolidó recientemente en la Ley XVII-157 (Misiones – SAJ, 2022), en otros, como en Santa Fé, Río Negro, Buenos Aires y Chubut, la iniciativa derivó en un conjunto de cambios organizacionales de las maternidades (Ramos *et al.*, 2015)

El proceso de atención del perinatal refleja, en su dinámica histórica, estos cambios conceptuales y operativos que surgen del sistema de provisión de servicios de salud. A diferencia de otros procesos de atención, este se produce sobre un fenómeno natural que no puede ser catalogado como enfermedad pero que, dejado a su libre evolución, implica un riesgo de eventos adversos, socialmente considerados como inaceptables y que se inicia en un momento histórico de la humanidad donde la maternidad ocupa un lugar central en la valoración social (Oiberman, 2005).

En el ámbito rural de la provincia de Chubut este cambio de modelo en términos fácticos, atravesado por la iniciativa MSCS y ERAP implicó trasladar la centralización del parto desde las pequeñas ciudades o localidades rurales, a las ciudades, donde se encuentran ubicados los hospitales de mayor complejidad (tipos IIIB y IIIA), produciendo un movimiento de *desterritorialización*² del proceso de atención perinatal, afectando asimismo, otros momentos-etapas-movimientos (embarazo y puerperio) que podrán seguir su desarrollo en las localidades de origen.

Esto produjo un gran cambio territorial en la organización del sistema de salud y de las prácticas y experiencias comunitarias singularizadas en cuanto a la situación de embarazo y/o parto y/o maternidad en las áreas rurales, que fueron acompañados por un proceso de abandono de las capacidades instaladas de ciertos servicios como

²Tomamos la noción de Desterritorialización de Deleuze (1980) como el movimiento por el que se abandona el territorio. Es la operación de la línea de fuga. Pero diferentes casos se presentan. La desterritorialización puede estar enmascarada por una reterritorialización que la compensa, de esa forma la línea de fuga permanece bloqueada: en ese sentido, se dice que la desterritorialización es negativa. Cualquier cosa puede servir de reterritorialización, es decir, valer como territorio perdido.

el transporte y las comunicaciones y el en el propio sistema sanitario, en donde algunos servicios locales como (salas de parto, salas de odontología, laboratorios, salas de rayos, ecógrafos, etc) fueron desmantelados (Diez Tetamanti, Heredias y Martínez, 2019), (Vázquez, Schuller, Diez Tetamanti, 2019) (Feu, Grané y Diez Tetamanti, 2019). Finalmente, se modificó también, tanto la organización en el sistema de salud en cuanto a las derivaciones, la logística y la organización de movilidades, como los tiempos, complicaciones y el experiencias, en cuanto a traslados y estancia en la ciudad (dado que no todos los hospitales de referencia tienen una casa de maternidad), de personas gestantes y acompañantes de los diversos eventos en salud y en relación al proceso de embarazo, parto y maternidad.

La mirada del proyecto se centra en la relación de la tríada embarazo, parto y maternidad como proceso complejo y articulado y no solamente la instancia perinatal médico que va desde la semana 28 de gestación y hasta el 7° día de vida del recién nacido definida como perinatal. Gestar rural, parir en la ciudad, movimientos de desterritorialización del proceso

Para presentar el fenómeno de desterritorialización del proceso embarazo, parto y maternidad, partimos de una serie de movimientos que se presentan en la triada de Deleuze (2020) de territorio - desterritorialización - reterritorialización; y que también formalizada en el proceso vital, presentado por Rolnik (2019). Partimos de la noción de territorio de Guattari y Rolnik, donde “el sentido que le otorgamos desborda el uso que recibe en la etología y en la etnología. El territorio puede ser relativo a un espacio vivido, así como a un sistema percibido en cuyo seno un sujeto se siente «en su casa». El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación encerrada en sí misma. El territorio puede desterritorializarse, esto es, abrirse y emprender líneas de fuga e incluso desmoronarse y destruirse. La desterritorialización consistirá en un intento de recomposición de un territorio empeñado en un proceso de reterritorialización”. (Guattari y Rolnik, 2006, p. 372).

Sobre esta base teórica es que entendemos a que el movimiento de producción del territorio se vincula a la relación entre significantes y significados y el modo de organizar el la vida, en cuanto a límites, normas, posibilidades, espacialidades, gestándose así, tanto procesos de reproducción, como de fuga o producción de de nuevos territorios.

En este sentido, los procesos de embarazo, parto y maternidad constituyen un permanente juego de significantes y significados que devienen, en la práctica rural, en movimientos de reproducción de los territorios formales, como son aquellos que están dados por la propia organización burocrática - sanitaria de la regionalización de la atención perinatal; pero al mismo tiempo acontecen otros movimientos que escapan a esta organización, articulando nuevas propuestas o saltando las los límites geográfico-burocráticos y normas institucionalizantes, para constituir otras, nuevas trayectorias.

La tríada embarazo, parto y maternidad, implica movimientos que exponen al cuerpo en significados poco previsible. En el territorio instituido, el cuerpo rural femenino, se traslada a la ciudad, vinculado a otro contexto espacial, social y con ausencia de código local, del cual proviene. El traslado de la mujer embarazada, como veremos más adelante, entre “el pueblo y la ciudad” desterritorializa, pero al mismo tiempo, la anticipación de este fenómeno, es capaz de producir, por parte de madres y familias, otras alternativas para afrontar esa instancia, creando líneas de fuga con potencia vital y de resistencia.

Las nuevas configuraciones territoriales, trazadas por trayectorias y experiencias alternativas a lo normado institucionalmente, fuerza a transformar la práctica, por una disrupción que modifica una dinámica prevista. La desterritorialización se encuentra así, en relación dialéctica con su contraparte, la reterritorialización, descrita por Guattari y Rolnik (2006) como el intento de recomposición y recuperación del territorio.

Se pueden analizar entonces estas desterritorializaciones, como rupturas, como modificaciones en la forma de codificar el territorio, al tiempo que se transforma y se re-territorializa en uno nuevo, que no abandona por completo la organización anterior, adoptando, como línea de fuga, nuevas formas vinculares y dinamismo.

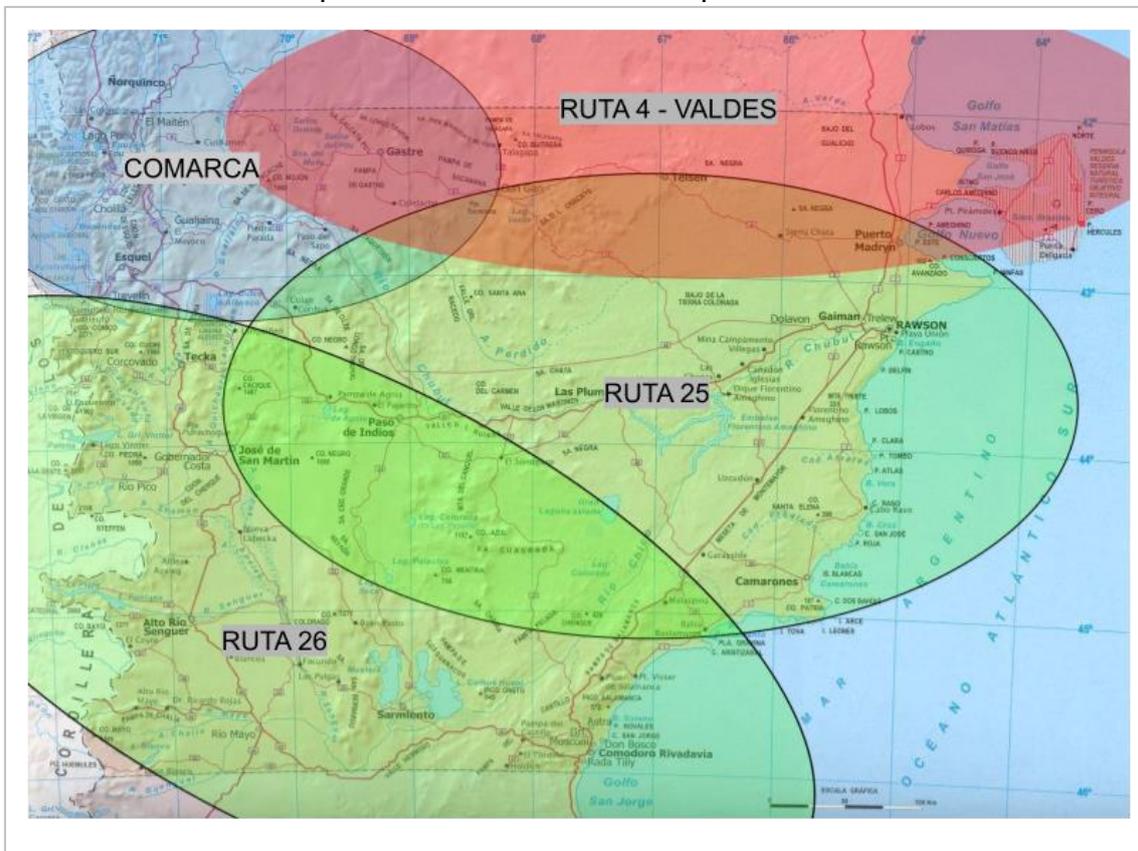
En el proceso de las maternidades rurales, embarazo, parto y la conformación de un territorio de maternidad; pueden considerarse como procesos de desterritorialización en los planos corporal, espacial y social; donde se rompe desde varias artistas con las estructuras conocidas y practicadas escapando del orden establecido. Esto genera estrategias por parte de la población para construir otros territorios menos disruptivos con el territorio local cotidiano, aunque fuertemente rupturistas con el territorio de la burocracia sanitaria: “fuera de la norma”. En este sentido, podemos encontrar casos en donde reproduce el sistema como forma de repetición de lo instituido, y otros a partir de líneas de fuga, creando nuevas territorialidades transformando lo reglado, y configurando posibilidades a tener en cuenta, cómo veremos más adelante.

2 Metodología

La metodología de trabajo se enmarca en el enfoque de pesquisa cartográfica adaptado a estudios geográficos. El enfoque parte desde un ejercicio activo e implicado del investigador en la composición, contraposición y yuxtaposición de experiencias y producciones de territorios (Bedín da Costa, 2019). La categoría de multiplicidad en la representación y la producción es la que se ponen en juego con anterioridad a los tradicionalmente representados por datos y resultados cuantitativos, en los cuales la vida no parece adecuarse (Passos, Kastrup y Tedesco, 2016).

La entrevista se presenta como un instrumento principal en la primera aproximación al trabajo en terreno configurada “como experiencia compartida de decir que, en su performatividad crea mundo, siempre” (Tedesco, Sade y Caliman, 2013). En este sentido, consideramos que la construcción del diseño de la investigación constituye un proceso reflexivo operando en todas las etapas del desarrollo de la investigación (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 42). Esto argumentó la producción de un dispositivo de regionalización del trabajo que implicó el trazado de cuatro grandes espacios geográficos que se relacionan tangencialmente a las Áreas Programáticas de Salud, y potencialmente a los esquemas de circulación de personas en el interior de la provincia. Ver esquema 1.

Esquema 1: Dispositivo de regionalización del trabajo que implicó el trazado de cuatro grandes espacios geográficos que se relacionan tangencialmente a las Áreas Programáticas de Salud, y potencialmente a los esquemas de circulación de personas en el interior de la provincia

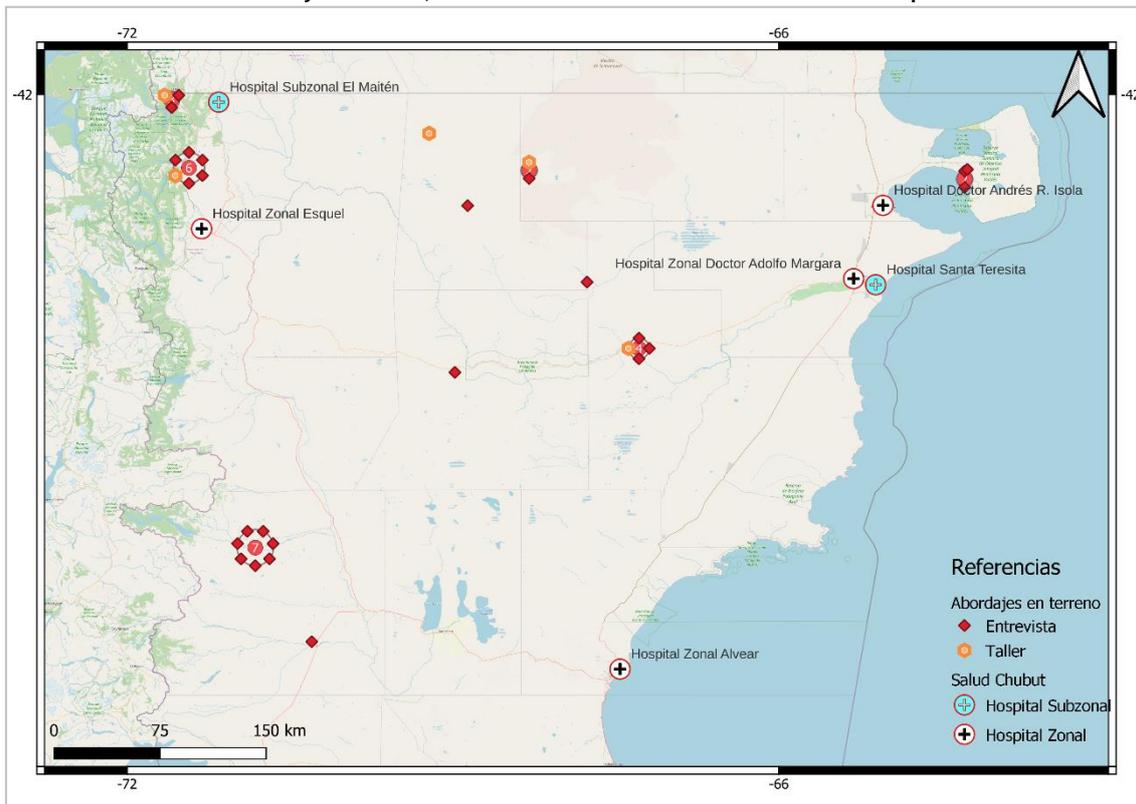


(Autores, 2023).

Esta organización, facilitó por un lado la ejecución de un dispositivo de trabajo en terreno activando su comparación y puesta en diálogo, y por otro que, pueda contener, al mismo tiempo las singularidades de cada terreno de abordaje. En esta línea se trabajó fuertemente con el foco puesto en la observación de las prácticas y su espacialidad (Lindón y Hiernaux, 2008). En esta línea, se trabajó con talleres de cartografía social (Diez Tetamanti, 2018); y Dioramas (Hagerstrand, 1982), los cuales permiten reconocer las movilidades de sujetos o grupos de modo especializado y entrevistas semi estructuradas desde el enfoque de pesquisa cartográfica (Tedesco, Sade y Caliman, 2013).

El trabajo en terreno virtual, inició en la segunda mitad de 2021, con condicionamientos relacionados con las restricciones de post pandemia. Se reestructuraron los dispositivos para continuar la investigación y el abordaje vía virtual, poniendo en práctica entrevistas sincrónicas por plataformas digitales de videoconferencia o mensajería instantánea. En 2022, se concretaron los primeros trabajos de terreno presencial, donde se diagramaron viajes a cada una de las áreas de las “zonas de trabajo” articuladas y se coordinaron visitas a distintas localidades y parajes en cada misión. Se realizaron veinticinco entrevistas a madres, personal de salud, cinco talleres de cartografía social, con personal de salud en hospitales rurales y uno de convocatoria abierta en la localidad de Lago Puelo, en la zona de “Comarca”. Ver Mapa 2.

Mapa 1: Abordajes de trabajo en terreno. Locaciones provinciales de realización de entrevistas y talleres, en relación con la ubicación de hospitales



Cartografía: Diez Tetamanti (2023).

Finalmente, para la síntesis de sistematización de entrevistas y talleres, se construyeron coremas, que constituyen simplificaciones gráficas que permiten visualizaciones de las dinámicas espaciales. Esta herramienta facilita la producción de textos sobre las conexiones espaciales y sus vínculos en relación a problemáticas singulares. Para Portugal, “El significado del corema es doble. Por un lado, aparece como unidad elemental de construcción, a base de combinaciones, de un modelo de organización espacial y, por otro lado y al mismo tiempo, supone la expresión gráfica de ese mismo objeto”. (Portugal, 1996). La aplicación de coremas nos permitió esquematizar la multiplicidad de territorios que se van construyendo en función de las movilidades y dinámicas propias de los procesos descritos.

2.1 Primeras aproximaciones al terreno

En primer lugar, partiendo desde nuestras subjetividades urbanas como investigadores, involucramos una primera noción: «el viaje»; que incorporado al método de observación inicial, forma parte de la interacción con el mundo de los sensible. Para Hammersley la reacción personal se transforma a través del análisis reflexivo del conocimiento público personal (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 183). El viaje, en el sentido de ir de la ciudad al campo y del campo a la ciudad, constituye también un elemento del estar allí de la pesquisa cartográfica, al tiempo que también instaura un singular proceso de desterritorialización intermitente. Así se mantiene el análisis reflexivo, ante la reacción personal, la descripción del tránsito configura un elemento que otorga experiencia en el cuerpo, textura y sensibilidad al objeto de

estudio. En este sentido citamos a Guber cuando afirma que “la participación es la condición sine qua non del conocimiento sociocultural, así, la experiencia directa, los órganos sensoriales y la afectividad, que lejos de empañar, acercan al objeto” (Guber, 2001, p. 66). Así, la figura que más nos permite aproximarnos al proceso de trabajo de campo es la definición que hace Luciano Bedín da Costa, cuando habla del cartógrafo como investigador. El cartógrafo, desde la pesquisa cartográfica no sabe, de antemano, lo que irá a encontrarse, aquello que irá a atravesar, cuáles serán los encuentros que irá a tener, y qué éstos encuentros, podrían acarrear. El cartógrafo, de cierta forma es un amante de los acasos, él está disponible a los albures que su campo le ofrece, a los encuentros imprevisibles que se harán en el correr del camino” (Bedín da Costa, L., 2019, p.4).

Así es que los primeros encuentros con el terreno se remontan a 2011, con los primero abordajes en el sudoeste del Chubut (Chanampa *et al.*, 2014) en donde la problemática de parir en la ciudad habitando en el campo se presentó como un problema recurrente en las entrevistas. Pasaron muchos años, proyectos y publicaciones hasta que en 2021 pudimos comenzar a abordar el tema nuevamente en terreno. Habiendo atravesado la pandemia, iniciamos un trabajo de entrevistas sobre el terreno de la virtualidad, adaptando las posibilidades a los medios y formas tecnológicas disponibles y manejables (Canali y Cesarini, 2021); tanto por nosotros, como por nuestros entrevistados que habitan zonas con velocidades muy bajas de conectividad³. Posterior al periodo de confinamiento, en 2022 comenzamos a realizar las misiones de trabajo en terreno, para lo cual dispusimos viajes de no menos de cuatro días en las localidades de las cuatro grandes áreas de trabajo (Mapa 2). El viaje en la pesquisa cartográfica se transforma en una instancia de yuxtaposición de territorios, un evento que nos permite encontrarnos con las cosas (Boutang y Pamart, 1996) y mediante ellas, con los otros, y la heterogeneidad del pensar y el hacer.

2.2 Transitar el embarazo, parto y posparto en áreas rurales del Chubut

La atención perinatal, evolucionó en distintas etapas: institucionalización, medicalización y humanización, que, básicamente, reflejan la idea dominante en cada momento sobre la “correcta atención” y sobre el “sujeto” de la práctica. Como la mayoría de las prácticas en las instituciones médicas, cada una de estas etapas se tradujeron en normas y protocolos que validan su papel de ordenador social y así la práctica de asistencia del embarazo, parto y puerperio transcurrió, en primer lugar, por brindar un lugar dentro de los hospitales, luego por asegurar una serie de procedimientos médicos en el acompañamiento y por una tercera etapa, donde se empezó a incorporar aspectos *humanizantes* (desde la perspectiva médica) del proceso. Como consecuencia de ello se produjeron dos fenómenos con impacto a escala social: una significativa disminución de la mortalidad materna e infantil (Ronsmans, C., Graham, W. J., & Lancet Maternal Survival Series steering group, 2006) y cambios en el modo de experimentar el proceso de atención, en tanto se iban produciendo modificaciones en las normas y procedimientos (Baker *et al.*, 2005).

Así mismo, esta institucionalización del proceso, implicó una disputa por el conocimiento y el ejercicio de quienes lo acompañan, como también el refuerzo de la

³ En algunas localidades, el servicio de internet no supera la velocidad de 1Mb.

idea de inferioridad de la mujer y sus conocimientos. “...el proceso de medicalización del parto incorporó, en prácticamente todos los países, una fuerte tensión con las matronas y parteras quienes, en la competencia por el campo de atención del embarazo/ parto, fueron objeto de todo tipo de acusaciones, persecuciones, criminalización y eliminación por brujería, hasta la desacreditación de sus saberes ante el saber-poder y su consecuente subordinación a la autoridad médica” (Vallana Sala, 2020, p. 96). Estas circunstancias se reflejan en la experiencia del sistema de salud actual, incluso pudiendo prescindir de la partera.

Las modificaciones se adoptan en los territorios en función de la perspectiva médica, y en muchos casos se pierden las singularidades locales, ya que se toman nociones desde lo urbano y se aplican en lo rural, desconociendo en muchos casos las particularidades territoriales que son necesariamente diferentes. La mirada urbana planifica invisibilizando la singularidad rural. Ante esto, es interesante recalcar que las experiencias de ERAP en Argentina se concentran en provincias que se diferencian mucho de Chubut en cuanto a estructura espacial; distancias; organización del transporte e infraestructura, como lo son los casos de Misiones, Santa Fe, Neuquén e incluso el propio Conurbano Bonaerense (Schwarcz, Garibaldi y Mendez, 2011).

Transitar la tríada gestar-parir-materner en la ruralidad implica la configuración de un territorio que se encuentra en permanente desterritorialización y reterritorialización. La dinámica se rompe constantemente en el proceso de gestar, parir y materner, ya que el traslado para las atenciones y el acceso a los servicios sanitarios, hace que se deban construir estrategias para, por un lado obedecer a las reglamentaciones vigentes y las atenciones vinculadas a la salud, y por otro para adaptarse familiar/social y culturalmente a las formas institucionalizadas de “hacer”.

Estas líneas de fuga se transforman en las maneras de “hacer” por fuera de lo burocrático-institucionalizado (Oszlak, 2006), pero que a su vez se combinan y complementan según la realidad de cada territorio construido. Las estrategias le permiten a las personas gestantes y en estado de pos parto avanzar sobre la norma, alterarla y adaptarla a sus propias realidades.

3 Experiencias desterritorializadas de gestar y materner

La organización del sistema espacial de las áreas programáticas del Chubut, distan ampliamente con la organización y dinámicas de las prácticas sociales y comunitarias como también de la conformación de territorios (Llanos-Hernández, L. 2010). Presentaremos a continuación una serie de dinámicas en la producción de re territorializaciones en la triada embarazo - parto - maternidad, -que van más allá de la instancia temporal perinatal-, develadas en los procesos de entrevistas y talleres en diferentes localidades, puestos sanitarios y hospitales rurales. Los procesos relatados corresponden a los últimos diez años (posterior a la implementación de la ERAP) y componen lo que consideramos una *desterritorialización de procesos de organización médico burocrática*, a partir de la experiencia singular y local.

El primer acercamiento en el campo desarrollado durante el año nos llevó a encontrarnos con espacios disímiles y de particularidades no solo territoriales, sino también en función de las estrategias y las formas organizativas tanto desde lo institucional como desde lo comunitario. Cada una de las líneas espaciales que

recorrimos nos encontramos con distintas formas de “hacer y resolver” que proponemos comentar a partir de algunos casos seleccionados de cada uno de los recorridos.

Estas formas de “hacer y resolver”, ponen en juego las estrategias que desarrollan las personas gestantes y familias, en función del proceso embarazo-parto-maternidad con la propia organización burocrático - institucional de las Áreas Programáticas, imbricando de este modo formas de articulación entre espacios rurales y urbanos.

3.1 Escenarios de la desterritorialización del proceso

3.1.1 Meseta norte, la ruta 4 “somos los que estamos más lejos y olvidados”

La ruta provincial 4, atraviesa como un paralelo de Este a Oeste la provincia del Chubut. Para esta zona, realizamos dos talleres de cartografía social; uno en la localidad de Gastre y otro en la localidad de Gan Gan. Las localidades de Gastre (602 habitantes), Gan Gan (660 habitantes) y Telsen (544 habitantes), que dependen regionalmente del Área Programática Norte tienen como hospital de referencia al Hospital Ísola de la ciudad de Puerto Madryn (127.914 habitantes, censo 2022). En este sector, del norte de Chubut, se compone una linealidad urbana de más de 300 kilómetros sin asfalto, una deficiente red de telecomunicaciones y temperaturas que oscilan entre los -20C° en invierno y 40C° en verano.

En Puerto Madryn existe una residencia de maternidad, que funciona dentro del predio del Hospital Ísola, a la cual las personas gestantes son derivadas, al cumplirse las 36 semanas de embarazo. En el proceso que va entre las 36 semanas y el parto, en el caso de no haber complicaciones, las personas gestantes transitan la estadía en la residencia, con la compañía de una trabajadora social que les facilita el acceso a turnos, visitas médicas y todo tipo de dinámicas burocráticas y médicas internas al hospital.

Así como acontece en el resto de las localidades que abordamos en este texto, se presentan permanentemente las problemáticas de desarraigo en el proceso, vinculadas a la distancia con la familia o seres queridos en la localidad de origen; así como a la soledad experimentada en el transcurso de las semanas fuera del pueblo.

Los vínculos singulares de cada persona gestante o familia resultan determinantes al momento de producir esquemas alternativos; líneas de fuga respecto al circuito trazado por la regionalización. La distancia entre las localidades no solamente se mide en distancias o tiempos de traslados; sino también en facilidades vinculadas estrictamente a las redes sociales existentes. Así es que algunas personas gestantes con obra social⁴ optan por acceder a clínicas privadas en la ciudad de Trelew, por lo cual el sistema de salud provincial queda por fuera del seguimiento.

En estos casos, existen organizaciones comunitarias singulares alrededor de cada familia o círculos afectivos, que constituyen marcas de tensión hacia localidades que no forman parte del Área Programática. Por ejemplo, para las localidades de Gastre o Gan Gan, se registran madres que han realizado sus partos en Trelew o

⁴ En Argentina, las obras sociales desempeñan el papel inherente al Seguro de Salud, siendo organizaciones respaldadas por las contribuciones obligatorias de trabajadores y empleadores. Su objetivo principal es gestionar las prestaciones que abarcan situaciones vinculadas con la salud y servicios sociales, beneficiando a los usuarios.

Esquel, por fuera de la norma ERAP, que indica que debe dirigirse al Hospital de Puerto Madryn.

También en esta línea, de procesos de desterritorialización se registran casos singulares pero frecuentes, de mujeres que “esperan” a las últimas semanas de su embarazo, de modo que el parto suceda, en lo posible, en la localidad de origen, evitando así el traslado a la ciudad. Este fenómeno se repite en otros puntos de la provincia, lo que ha impulsado una serie de nacimientos acontecidos en “el camino”, tanto sobre la ambulancia como en vehículos particulares.

También es notable el registro que hemos tomado de los talleres de Cartografía Social, en donde las personas gestantes indican que los propios choferes de la empresa de ómnibus “El Ñandú” que comunica Trelew, Puerto Madryn con Telsen; Gastre y Gan Gan tres veces por semana, les han negado el acceso al transporte, cuando notan que el embarazo está en semanas avanzadas.

El desarraigo en el proceso de regionalización perinatal se ve reflejado también en una resistencia a “regresar” al Hospital de Referencia una vez que acontece el parto. Esto implica que las personas gestantes, ya en su localidad de origen, se resisten a regresar a Puerto Madryn para realizar estudios o seguimiento sano del recién nacido ya que en algunos casos, los turnos pactados desde el pueblo y en la ciudad no se cumplen, o bien el recuerdo del “estar en la ciudad” resulta inhibitorio para establecer nuevos traslados entre las localidades rurales y la ciudad. Ante esta singularidad, algunas madres se organizan familiar o comunitariamente para realizar los controles en Trelew o Esquel, aludiendo mayores posibilidades de alojamiento o estadía, al existir parientes o conocidos que pueden alojarlas.

3.1.2 La comarca, la producción de alternativas en torno al buen nacer

El área denominada “la comarca”, ubicado al Noroeste de Chubut, se compone por una serie de poblaciones de entre 150 y 2300 habitantes, entre las que se destacan Lago Puelo; Cholila; Epuyén; Leleque y Gualjaina que articulan con los hospitales de referencia: Hospital Rural Zonal en Esquel y el hospital subzonal de El Maitén. En este sector funciona el Área Programática Esquel. Aquí, las distancias que separan a los hospitales rurales con los de referencia, son relativamente menores a las que se reconocen en el resto del territorio provincial, aunque se sostienen las complicaciones en cuestiones de infraestructura, comunicaciones y transitabilidad. Así mismo, aunque el Área cuenta con centros de atención sanitaria privados, no existen hospitales con maternidades de alta complejidad ni neonatología⁵, por lo que el propio Hospital de referencia de Esquel⁶, en muchos casos debe recurrir a derivaciones hacia el Hospital de Trelew, a 600 km de distancia.

Por otra parte, las poblaciones que se encuentran más cercanas al paralelo 42°, tienen mayor dinamismo y vinculación con centros urbanos como El Bolsón o Bariloche, aunque en circunstancias de salud se complejiza porque corresponde a una jurisdicción sanitaria de otra provincia. En esta línea, existen y existieron convenios

⁵En marzo del 2023 cambió la categoría de neonatología del Hospital de Esquel, por lo que no se pueden ya atender partos de complejidad, situación que dificulta más las trayectorias de las personas gestantes y los recién nacidos. Al respecto, la provincia evidencia permanentes problemas al respecto de las coberturas de profesionales y especialistas, cuestión que se replica en toda la provincia. (Red 43- 2023)

⁶Red 43 (2022).

de reciprocidad interprovinciales⁷, aunque en el taller realizado en Lago Puelo, las cartógrafas sociales expresaron sistemáticos incumplimientos a la hora de solicitar atención en la provincia de Río Negro, siendo domiciliadas en Chubut.

La dinámica de las localidades que dependen del Hospital Zonal de Esquel es similar en esta área programática. Cada hospital tiene designado un día para los controles médicos de la gestación a los que acuden en la ambulancia local. Cuando la madre tiene obra social se gestiona y moviliza por sus propios medios. Asimismo, el seguimiento del embarazo lo realizan los médicos clínicos de cada Hospital Rural. En condiciones estructurales, Esquel cuenta con internación para recién nacidos en neonatología -actualmente con menor complejidad de atención- y para sus madres en caso de ser necesario, pero si esta última no necesita internación, igualmente cuenta con alojamiento dentro del hospital, tal como emergió de los talleres de cartografía social realizados en Cholila. Sin embargo, para esperar el parto, durante las últimas semanas de gestación, no existen residencias de maternidad, para lo cual muchas veces son derivadas con trabajo de parto desde la localidad cabecera.

Respecto de los embarazos de bajo riesgo, y dependiendo de las existencias de médicos especialistas, están autorizadas las derivaciones al Hospital Sub Zonal de El Maitén.

En este sentido, en el taller de cartografía social realizado en Lago Puelo en septiembre 2022, las mujeres hicieron referencia a la complicación que significa el traslado y la desterritorialización de los procesos de gestar y parir. Esto genera impactos en las dinámicas y en la organización familiar, pero también en lo sensible del parir y del recibir una nueva vida en el entorno familiar. El traslado es un acontecimiento que irrumpe de forma intempestiva, que rompe con las dinámicas propias y esto se replica en cada localidad.

Las líneas de fuga son varias y en vinculación con distintas aristas del proceso de gestar, parir y maternar. Por ejemplo, en el taller de cartografía social se planteó la existencia de una red de “aliadas”, quienes acompañan a la embarazada durante todo el proceso y en el momento del parto; generando una red de contención y atención de las personas gestantes y sus familias. A su vez, existe una red de parteras, que se ocupa de atender a madres que deciden parir de manera domiciliaria. Esto se presenta como controversial para el sistema de salud, ya que escapa de la “normativa”, produciendo diferentes complicaciones al momento de hacer los registros de los recién nacidos y sus controles.

La situación de poder decidir dónde y cómo parir, se planteó en el taller con un doble análisis:

- Por un lado, y retomando las palabras de Vallana Sala, V. (2020), las competencias profesionales en el campo de la atención del parto, ya que resurge la función de la partera y las tensiones que esto genera en el campo profesional de la medicina y la enfermería. Incluso siendo denunciada la práctica como algo ilegal, tal como surgió en el taller.
- por otro lado, la necesidad de contar con otras opciones de formas de parir, surgiendo el proyecto de una “casa de partos”, abordando el proceso de la trída con una lógica de acompañamiento y contención desde una red. Esta idea es un paso a pensar en que la persona gestante pueda decidir, dentro de los parámetros de salud correspondientes, cómo y dónde parir, tal como

⁷Diario Río Negro (2019).

mencionan en el taller y en relación con la Ley de Parto Respetado (Argentina. Ley 25929).

Estas alternativas están presentes en el territorio que compone la triada gestar - parir - materno, sin embargo, tanto en el taller realizado en Lago Puelo con madres y familias y el de Cholila con los agentes de salud comunitaria en terreno, se pudo reconocer que incluso formando parte de las instituciones de salud, muchos agentes cooperan activamente con estrategias que se plantean como líneas de fuga y alternativas, ante la desterritorialización permanente del proceso, buscando acompañar las decisiones de las personas gestantes y en favor de garantizar cuestiones sanitarias y sociales. Podemos ver así, cómo estas redes sociales rompen con las burocracias- institucionalizantes, ya que pueden pensarse también como formas de “adaptar” las políticas públicas, a las realidades territoriales de cada lugar.

3.1.3 Península Valdés, estrategias y distancias en torno al embarazo.

Puerto Pirámides, es el único núcleo urbano dentro del área protegida Península Valdés. La localidad tiene 565 habitantes, y contiene al Hospital Rural Puerto Pirámides, que se encuentra dentro del Área Programática Norte. El hospital Zonal de correspondencia y de proximidad es el Hospital Andrés Isola, ubicado a 100 km en la localidad vecina de Puerto Madryn.

Cuando una persona que habita Puerto Pirámides inicia una gestación comienza sus primeros controles en el Hospital Rural para luego embarcarse en un camino de idas y vueltas en la ruta provincial 2 que une a la localidad rural con la ciudad de Puerto Madryn.

El hospital rural de Puerto Pirámides cuenta con médicos generalistas, los cuales controlan el embarazo durante todos los meses de la gestación, sin embargo, los estudios médicos deben realizarse en laboratorios y consultorios específicos con el equipamiento necesario para ecografías, con las que no cuenta el hospital rural, desviándose así, a Puerto Madryn.

Para aquellas familias que no poseen movilidad propia ni obra social y con el fin de brindar la asistencia, el hospital provee el pedido de turnos con los especialistas correspondientes y un sistema ambulatorio de traslado asociado a un albergue en la localidad vecina, lo cual genera resistencias por la mayoría de los habitantes, porque irrumpe con la dinámica laboral y personal. Las distancias, la poca frecuencia de transporte interurbano de pasajeros y la disponibilidad de turnos para los controles imposibilita el “regreso a casa”, por lo cual las familias deben dedicarle, a veces dos días de estadía en Puerto Madryn, para la realización de estudios de rutina específicos de cada mes de embarazo. Así, se despliegan mecanismos familiares y de redes comunitarias, para no vivenciar esos tiempos de espera en la ciudad, que dificultan? organización familiar, donde tal vez la integren otros niños que no podrían trasladarse por el mencionado estudio de la madre. Esto deriva en la pérdida de turnos con excusas para no viajar, debilitando el compromiso con la trabajadora comunitaria y perdiendo la posibilidad de dar continuidad a los controles de la gestación.

Otras estrategias utilizadas es el pedido de vehículos prestados como también atenderse en el ámbito de la salud privada con altos costos o directamente aquellas familias que tienen obra social nunca comienzan el lazo con el hospital de su pueblo, perdiendo desde la institución esta posible conexión con familias gestantes.

La desterritorialización en términos de Deleuze se evidencia con las alternativas propias de cada familia a partir del sistema propuesto en contextos rurales.

Ya cumplidos los meses de gestación o no, cuando la persona gestante empieza con el trabajo de parto en Puerto Pirámides, se trasladan en ambulancia al Hospital o por sus propios medios. Asimismo, la estadía durante el parto para el acompañante se dificulta al no tener una residencia en la ciudad de Puerto Madryn.

Finalmente el control y el seguimiento del recién nacido y de la persona en pos parto puede realizarse en la localidad de Puerto Pirámides, con el médico generalista a cargo.

3.1.4 Sudoeste del Chubut. “Se trata de no caer en Comodoro”

El área Programática Comodoro Rivadavia, concentra a los hospitales rurales de Senguer, Río Mayo y Sarmiento, actualmente sin maternidades ni neonatología. Las derivaciones están direccionadas por la Ruta Nacional 26 que concentra en Comodoro Rivadavia, las atenciones sin complejidad y de complejidad media de las maternidades del área. Comodoro Rivadavia, es la ciudad más grande de la provincia, con 219 mil habitantes en el conglomerado Rada Tilly - Comodoro Rivadavia (INDEC, 2022). Las características espaciales en distancias y linealidad de la disposición de los hospitales rurales, respecto del hospital cabecera, es similar al Área Programática Norte, con la diferencia de que en el caso de Comodoro Rivadavia, las rutas de circulación e interconexión de hospitales rurales, están en mayor medida asfaltadas.

La singularidad está dada en que al momento de realización de de las entrevistas, el Hospital regional de Comodoro Rivadavia, no tiene una casa o residencia de maternidad. En este sentido y en el marco de la regionalización perinatal, Comodoro Rivadavia se presenta como una ciudad a evitar por parte de las personas gestantes y familias. El alto costo de vida y los elevados precios de servicios gastronómicos y hoteleros, hacen muy difícil la residencia por más de un día en la ciudad. Esto ocasiona que por ejemplo tanto desde el Hospital Rural de Senguer como desde el Hospital Rural de Río Mayo, se deriven a las personas gestantes con 38 semanas gestación hacia el Hospital de Comodoro Rivadavia, considerando el menor tiempo posible de estadía en esa ciudad. La expresión de “no caer en Comodoro” surge repetidamente en las entrevistas tanto a personas gestantes, familias y personal de salud. La ciudad se configura como un problema para la estadía, no solamente considerando cuestiones económicas, sino en relación a la sensación de inseguridad que la localidad promueve entre los habitantes de las localidades mencionadas más arriba.

Generalmente las familias y personas en proceso de embarazo o con niños pequeños, optan por alojarse en casas de parientes o amigos que residen en Comodoro Rivadavia, pero son repetidas las ocasiones en donde se encuentran con problemas de asignación de turnos o incumplimiento de las fechas pautadas para controles médicos de rutina o estudios más específicos específicos. Ante este escenario consensuado, las personas gestantes y familias que poseen obra social, optan por atenderse en clínicas privadas; pero de lo contrario, existe una tendencia marcada a dirigirse por medios particulares a la ciudad de Esquel y atenderse en el Hospital de esa ciudad. Esquel, con más de 32 mil habitantes (INDEC, 2010). Esta última se presenta como una ciudad más amigable para residencias extensas, según

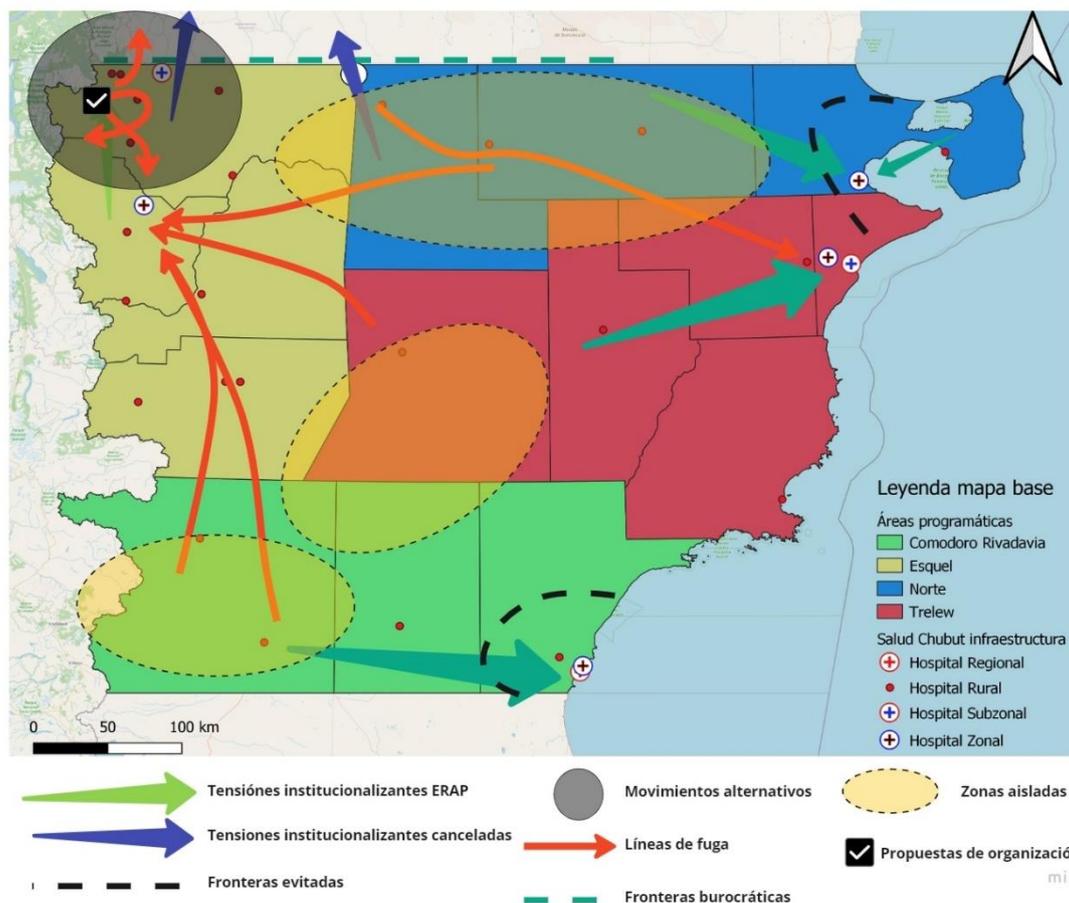
las entrevistas y talleres realizados, a lo que se suma un menor costo de vida local, lo cual propicia múltiples elecciones individuales para atenderse en esta ciudad.

Respecto de los controles prenatales, pueden realizarse en los hospitales de origen, siempre y cuando haya la disponibilidad de médicos y/o especialistas requeridos. La inconstancia laboral de médicos generalistas, pediatras, ginecólogos, tocoginecólogos; bioquímicos, ecógrafos y otras especialidades, es un condicionante local repetido en los hospitales rurales de las tres zonas abordadas; problemática que se replica en los permanentes llamados a cubrir puestos laborales de la página del Ministerio de Salud del Chubut.

4 Resultados de una primera aproximación

Para revelar una síntesis de los resultados, hemos elaborado el siguiente corema síntesis (ver corema 1), que demuestra diferentes tensiones en relación a lo institucionalizante; lo institucionalizante cancelado; movimientos alternativos, y diferentes líneas de fuga que sorteando fronteras que emergieron en entrevistas y talleres de cartografía social. Así, en la provincia se manifiestan diferentes tipos de linealidad en relación a lo que llamamos “tensiones institucionalizantes”, que son aquellas que están dada a partir de la organización de la ERAP y los diferentes hospitales de referencia. De acuerdo a estas tensiones institucionalizantes, todos los procesos vinculados a gestar, parir y materno, deberían movilizarse en estos sentidos. A su vez, se revelan diferentes tensiones “institucionalizantes canceladas” que son aquellas que funcionan esporádicamente o intermitentemente, en relación a los convenios, entre Río Negro y Chubut y que facilitarían el acceso a la salud en hospitales de la vecina provincia, sorteando las fronteras burocráticas, por la propia dinámica poblacional existente. Este fenómeno no demuestra ser sostenido en el tiempo, por lo cual se cancela esa circulación dinámica o presenta dificultades de implementación.

Esquema 2: Corema de los resultados, en relación a las dinámicas sociales halladas en territorio, en el marco de la aplicación de la ERAPs



La provincia también cuenta con espacios urbanos que suelen ser “evitados”, estos espacios configuran fronteras a evitar, atento a diferentes imaginarios locales, la ausencia de redes de contención o los altos costos de transporte y alojamiento. Este fenómeno se repite en la relación entre las localidades rurales del norte de la provincia y Puerto Madryn y entre las localidades rurales del Sudoeste de la provincia y Comodoro Rivadavia.

Finalmente como respuesta a esta configuración territorial que configura la organización actual médico – burocrática, emergen procesos de desterritorialización que se conforman alrededor de líneas de fuga. Estas líneas de fuga escapan a la organización institucional, proporcionando alternativas con mayor o menor medida de incorporación a la dinámica sanitaria. Así se presentan las propuestas de casa de parto, la libre elección de hospitales de referencia o la organización comunitaria de traslados a ciudades diferentes a las asignadas en la organización interna de la ERAP y las áreas programáticas. Por último, se resaltan en el corema tres grandes zonas aisladas, tanto en criterios de distancia física, como estructural y geográfica, sobre la cual nos proponemos abordar trabajo de campo en la segunda mitad de 2023.

5 Conclusiones

A partir de un extenso trabajo en terreno en proceso, y aplicando el enfoque de pesquisa cartográfica, pudimos indagar acerca de las singularidades de experiencias en torno a gestar, parir, materno en las cuatro áreas programáticas de salud de la provincia de Chubut profundizando en sus tensiones y resistencias por parte de la comunidad.

La distribución del recurso humano de salud y vinculado a la maternidad, en las diferentes zonas de la provincia, asociados al proceso de regionalización perinatal, deja claras dificultades de cobertura en las localidades rurales y también en los centros hospitalarios que nuclean los partos y las atenciones derivadas de estos. Esto se presenta como un problema estructural en relación a las capacidades de cubrir con profesionales de la salud, espacios rurales y áreas sensibles y alejadas de los centros urbanos.

Si bien, existe en cada región una red de atención perinatal propuesta por el área de salud, la realidad en territorio esgrime mecanismos de resistencias frente a posibles planificaciones institucionales.

De esta manera, los procesos comunitarios vinculados a gestar, parir y materno, reflejan la construcción de estrategias y vínculos para afrontar un sistema con fallas de infraestructura y de organización médico-burocrática.

La Estrategia de Regionalización de la Atención Perinatal en la provincia de Chubut requiere de cambios profundos con el fin de optimizar la calidad de asistencia y el sistema de transporte y comunicaciones entre los diferentes niveles de complejidad. Si bien la organización del sistema, internamente funciona, las dificultades se manifiestan en las dificultades para sostener al personal sanitario en áreas rurales, en las malas condiciones de los sistemas de transporte y comunicaciones, y en las falencias de la infraestructura existente, en cuanto a comunicaciones, redes de transporte, rutas y existencias de casas de maternidad en las ciudades con hospitales de referencia.

Paralelamente, en algunos sectores de la provincia, como en la Comarca, se comienzan a gestar y a debatir y promocionar comunitariamente, posibles alternativas como las casas de parto, que ya existen en otros lugares del mundo, de manera que las posibilidades de elección se amplíen dentro de un marco normativo que otorgue derechos a las personas gestantes, adaptándose a las singularidades locales.

Subyace de forma permanente ya sea en el marco de la planificación institucional estipulada o en las alternativas emergentes, el deterioro del sistema de salud en cuanto a posibilidades de facilitar adaptación local a la ERAP. Esto también queda demostrado en la inconstancia de los convenios de reciprocidad en la zona de fronteras provinciales; cuestión que finalmente recae sobre la calidad de atención recibida por las personas gestantes.

La organización comunitaria como líneas de fuga, y movimientos alternativos, alrededor del proceso de gestar, parir y materno, demuestra claras propuestas vitales, a las falencias del sistema sanitario. Así, desde las propuestas desterritorializantes de casas de parto locales, como la organización para traslados y las derivaciones hospitales de referencia diferentes a los estipulados por la organización institucional, indican pistas sobre posibles reformas a la ERAP y las propias Áreas programáticas, que contengan una mirada integral y dinámica, en

conjunto con las características locales de la población, de modo que se pueda plasmar un enfoque intercultural con anclaje territorial en áreas rurales.

Finalmente, se denota el funcionamiento de un sistema de salud en áreas rurales, diseñado con lógicas urbano-céntricas, que a veces poco tiene que ver con las dinámicas locales, tanto en lo cultural como en lo experiencial local. Pensar y organizar los procesos rurales del gestar, parir y maternar, es un desafío que deberá plantearse como política pública para invertir una lógica colonial que se filtra hasta las entrañas de lo más profundo de nuestros territorios.

BIBLIOGRAFÍA

BAKER, S.R.; CHOI, P. Y. L.; HENSHAW, C.A.; TREE, J. "I felt as though I'd been in jail": Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*. 2005;15(3):315-342.

BEDIN DA COSTA, L. Cartografiar, otra forma de investigar. *Revista Margen* núm. 94, septiembre, 2019, p. 1-8

BOUTANG, P.; PAMART, M. L'Abécédaire de Gilles Deleuze. Documental. Productores La Femis, Sodaperaga Productions. París. 1996

CANALI, C.; CESARINI, E. La salud en tiempos pandémicos. *Ts. Territorios*, V(5). 2021

CHANAMPA, M. E., JAIMES, M. d. L. A., DIEZ TETAMANTI, J. M., DUARTE, Y., PORCIEL, D., GÓMEZ, P., MARTINEZ, N. *Accesibilidad a la atención de la salud: Movilidad y traslados en Aldea Beleiro*, 2014.

DELEUZE, G. Y GUATTARI, F. Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia, Valencia: Pre-Textos, 2020. 676p.

DIEZ TETAMANTI, J.M. Cartografía Social, teoría y método. Buenos Aires, Argentina, Editorial Biblos, 2018.

DIEZ TETAMANTI, J.M.; HEREDIAS, T.; MARTÍNEZ N. Estrategias y dispositivos comunitarios en procesos de desarrollo territorial en Aldea Beleiro; Chubut, Argentina. En *Pampa: Revista Interuniversitaria de Estudios Territoriales*, ISSN 1669-3299, N°. 21, 2020, págs. 44-64

FEÜ, A.L; GRANÉ, P.D; DIEZ TETAMANTI, J.M. Revisando noções de remoção / exclusão de experiências metodológicas na comunidade rural do Lago Blanco, Patagônia, Argentina. *Revista GEOINGA*. v. 11 n. 2, 2019.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid, España: Traficante de Sueños, 2006

GUBER, R. La etnografía, método, campo y reflexividad/Rosana Guber.- Bogotá: Grupo Editorial, Norma, 2001.



HAGERSTRAND, T. Diorama, path and project, Tijdschrift voor Econ. en Soc. Geografie, 73, 6, 1982, p. 323-339.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. Los relatos nativos: escuchar y preguntar. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós, 1994.

JAIME, S. Trabajo: Aporte Estratégico para un modelo basado en Prestaciones Esenciales Garantizadas en el primer Nivel de Atención en la Provincia del Chubut. (Programa: Certificado Universitario con competencias en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS). Centro de estudios Interdisciplinarios. Universidad Nacional de Rosario, 2017.

LINDÓN, A; HIERNAUX, D. Los imaginarios urbanos de la dominación y la resistencia Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, núm. 64-65, enero-diciembre, 2008, p. 7-14

LLANOS-HERNÁNDEZ, L. El concepto del territorio y la investigación en las ciencias sociales. Agricultura, sociedad y desarrollo, 7(3), 2010, p. 207-220.

OIBRMAN, A. Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. Psicodebate, 5, 2005, p.115-130.

OSZLAK, O. Burocracia estatal: política y políticas públicas. Postdata, Ciudad Autónoma de Buenos Aires , n. 11,2006, 2006, p. 11-56.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Pistas do método da Cartografia 2. Porto Alegre. Ed Sulina. 2016.

PORTUGAL, J. Modelos gráficos y coremas. Representación de la información territorial en sus componentes estructurales básicos. Lurralde. San Sebastián. n. 19, 1996, p. 235-253.

RAMOS, S.; ROMERO, M.; ORTIZ, Z.; BRIZUELA, V. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. Archivos argentinos de pediatría, 113(6), 2015,p.510-518.

ROLNIK, S. Esferas de la insurrección. Tinta Limón, 2019. 192.p

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J.; LANCET Maternal Survival Series steering group. 2006.

SCWARCZ, A. Regionalización de la atención perinatal. En De MUZIO, B.; FESCINA R.; SCHWARCZ, A.; GARIBALDI, M.; MENDEZ VALDAMARIN, C. Regionalización de la Atención Perinatal: Documentos Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación- Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 20-73.

TEDESCO, S.H.; SADE, C.; CALIMAN, L.V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiencia no dizer. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25, n. 2, 2013, p. 299-322.

TINKER, AG.; KOBLINSK, M.A.; DALEY, P. Hacia una maternidad segura. Banco Mundial. 1994.

VALLANA SALA, V. “La enfermedad normal” Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. N.34, 2020, p.90-107.

VÁZQUEZ, A.; SCHULER, L.J.; DIEZ TETAMANTI, J.M.; SALAZAR, M. Vida cotidiana en una pequeña localidad del sudoeste de Chubut. *Estrategias de acceso y prácticas espaciales en la Patagonia central. Estudios Rurales*, 10 (19), 2020.

ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS

DIARIO Río Negro. Polémica en El Bolsón: Salud afirma que nunca dejó de asistir. Recuperado en <<https://www.rionegro.com.ar/polemica-en-el-bolson-salud-afirma-que-nunca-dejo-de-asistir-1025123/>>. 2019.

DIARIO Rio Negro. Salud: Río Negro avanza con Chubut en un convenio de asistencia mutua. Recuperado de < <https://rionegro.gov.ar/?contID=52825>>. 2019.

OPS. Argentina avanza en la estrategia de Regionalización Perinatal. Paho.org. Recuperado en < <https://www.paho.org/es/noticias/15-11-2017-argentina-avanza-estrategia-regionalizacion-perinatal>>. 2017.

RED 43. El Hospital Zonal Esquel cuenta con 16 camas para internación en el servicio de Pediatría. <https://www.red43.com.ar/nota/2022-6-22-11-54-35-el-hospital-zonal-esquel-cuenta-con-16-camas-para-internacion-en-el-servicio-de-pediatria> 2022

LEYES, BOLETINES OFICIALES Y ESTADÍSTICAS

ARGENTINA. LEY 25.929. SALUD PÚBLICA. Gob.ar. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_dec reto_web_o.pdf

ARGENTINA. LEY 25929. LEY DE PARTO RESPETADO ARGENTINA. Recuperado de < https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_dec reto_web_o.pdf>

ARGENTINA. PLAN ESTRATÉGICO DE INFRAESTRUCTURA CHUBUT. Recuperado de < <https://www.mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-prov/CHUBUT/PDF-PEI-CHUBUT.pdf>> 2017.

CHUBUT. ESTADÍSTICAS DE SERVICIOS DE SALUD Y SANITARIAS. Ministerio de Salud del Chubut, Recuperado de <

<https://drive.google.com/file/d/1epmVKjzh3tP2OZOdAfQWks2hNCabweEd/view>>2022.

CHUBUT. Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. ANUARIO ESTADÍSTICO DE SALUD VOL. II PERINATAL. Chubut., 2019.

CHUBUT. REGIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PERINATAL. MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE CHUBUT, 2019. Anuario Estadístico de Salud Vol. II LA ATENCIÓN PERINATAL. Recuperado de http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D630.pdf

INDEC. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS 2022. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf 2023.

INDEC. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf> 2022.

INDEC. CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN, HOGARES Y VIVIENDAS. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>> 2010.

MISIONES. LEY XVII-157. MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA (MSCF) CON ENFOQUE INTERCULTURAL POSADAS, Boletín Oficial, 9 de junio de 2022 Vigente, de alcance general Id SAIJ: LPN1700157. Misiones, 2022.

Juan Manuel Diez Tetamanti. Prof Dr en Geografía. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco IGEPAT – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Profesor Adjunto – Investigador Adjunto. Ruta provincial 1, Km 4. Of 469. (9000) Comodoro Rivadavia. Chubut Argentina. E-mail juan.dt@conicet.gov.ar

Leticia Curti Antropóloga. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. CENPAT Becaria Doctoral. Ruta provincial 1, Km 4. Of 469. (9000) Comodoro Rivadavia. Chubut Argentina. E-mail lcurti@cenpat-conicet.gov.ar

Lelis Ailín Feü, Lic en Turismo. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco IGEPAT – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Becaria Doctoral. Ruta provincial 1, Km 4. Of 469. (9000) Comodoro Rivadavia. Chubut Argentina. E-mail lelisfeu@gmail.com

Submitido em: 15/05/2023

Aprovado em: 03/11/2023

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Conceituação (Conceptualization) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín
Curadoria de Dados (Data curation) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Análise Formal (Formal analysis) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Obtenção de Financiamento (Funding acquisition) Diez Tetamanti, Juan Manuel

Investigação/Pesquisa (Investigation) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Metodologia (Methodology) Diez Tetamanti, Juan Manuel

Administração do Projeto (Project administration) Diez Tetamanti, Juan Manuel

Recursos (Resources) Diez Tetamanti, Juan Manuel

Software LibreOffice 7.4.3.2 // Qgis 3.22.7

Supervisão/orientação (Supervision) Diez Tetamanti, Juan Manuel

Validação (Validation) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Visualização (Visualization) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Escrita – Primeira Redação (Writing – original draft) Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Escrita – Revisão e Edição (Writing – review & editing). Diez Tetamanti, Juan Manuel; Leticia Curti; Feü, Lelis Ailín

Obtenção de Financiamento Agencia I+I. PICT Argentina Innovadora 2020. Convocatoria. 2019

Software: LibreOffice; Qgis;

Fontes de financiamento: Agencia I+I. PICT Argentina Innovadora 2020. Convocatoria. 2019