

“Acá el parto programado no existe más”: la urbanización de los partos de comunidades rurales desde la mirada del equipo local de salud.

*Sergio Fernando Jaime** • *Juan Diez Tetamanti*** • *Alberto Daniel Vázquez****

RESUMEN

En Argentina se han efectuado experiencias localizadas de regionalización de la Atención Perinatal. En los últimos quince años, esto se ha enmarcado en una política federal que se conoce como “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia”. Particularmente en la provincia de Chubut, esta política se insertó en un contexto de profundas transformaciones económicas, crisis demográfica y de infraestructura que impactó en la dinámica de la atención de Embarazo, Parto y Puerperio, principalmente en áreas rurales. Se presenta un trabajo exploratorio realizado en el primer semestre de 2022, enmarcado en una metodología cualitativa y sobre la base de 15 entrevistas realizadas a miembros del equipo de salud de hospitales rurales y puestos sanitarios de localidades rurales de la provincia de Chubut. Se determinan así momentos de cambio, estrategias de los equipos y singularidades de adaptación en los procesos de atención EPP en áreas rurales, demostrando cómo una política de regionalización entra en conflicto con la propia dinámica territorial provincial, produciendo efectos no contemplados inicialmente en relación con las capacidades de los equipos locales, el riesgo de la aplicación de esta política en áreas remotas, sumado a problemas de infraestructura y arraigo, entre otras.

PALABRAS CLAVE: Atención perinatal, salud rural, políticas de salud, medicina social.

*Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco/Asociación Civil Horizonte Sur-Laboratorio de Investigaciones Comunitarias, Chubut-Argentina. Correo electrónico de contacto: monchituc2@hotmail.com

**Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)/Grupo de Investigación Geografía, Acción y Territorio (GIGAT) del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Chubut, Argentina. Correo electrónico de contacto: juan.dt@conicet.gov.ar

***Grupo de Investigación Geografía, Acción y Territorio (GIGAT) del Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Chubut, Argentina. Correo electrónico de contacto: albertogeo85@gmail.com

Fecha de recepción: 26 de noviembre de 2022.

Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2023.

“Here the scheduled birth no longer exists”: the urbanization of the births of rural communities from the perspective of the local health team.

ABSTRACT

In Argentina, localized experiences of regionalization of Perinatal Care have been carried out. Over the past fifteen years, this has been framed in a federal policy known as “Safe, Family-Centered Maternities.” Particularly in the province of Chubut, this policy was inserted in a context of profound economic transformations, demographic and infrastructure crisis that impacted on the dynamics of Pregnancy, Childbirth and Puerperium care, mainly in rural areas. An exploratory work carried out in the first half of 2022 is presented, framed in a qualitative methodology and based on 15 interviews conducted with members of the health team of rural hospitals and health posts in rural localities of the province of Chubut. This determines moments of change, team strategies and adaptation singularities in PCP care processes in rural areas, demonstrating how a regionalization policy conflicts with the provincial territorial dynamics itself, producing effects not initially contemplated in relation to the capacities of local teams, the risk of the application of this policy in remote areas, added to problems of infrastructure and rootedness, among others.

KEYWORDS: Perinatal care, rural health, health policies, social medicine.

Introducción

La atención del Embarazo, Parto y Puerperio (EPP) constituye uno de los procesos prioritarios en la provisión de servicios de salud y un objetivo central en las agendas gubernamentales (Hipgrave et al., 2016). Su evolución y universalización es un rasgo distintivo de los sistemas de salud modernos y las mejoras en el proceso han contribuido no solamente a optimizar los resultados globales de los sistemas de salud, sino también a generar un impacto demográfico y socialmente relevante (Chaves et al., 2015; Mosley, 1987; Palloni, 2001).

La evolución del proceso de Atención Perinatal (APe) debió sufrir diferentes tensiones hasta su configuración moderna. La definición desde el

campo médico del contexto institucional como el lugar específico donde debe realizarse la atención del parto confrontó en ocasiones con prácticas diversas y culturalmente validadas; la ulterior normatización del proceso de atención y su transformación mediante políticas públicas a un dispositivo social específico lo configuró como un conjunto de acciones altamente medicalizadas (Al-Gailani & Davis, 2014; Argüello-Avenidaño & Mateo-González, 2014; Greene, 2012).

Desde una perspectiva colectiva, la APe se constituye mayoritariamente bajo el paradigma del enfoque de riesgo: el proceso de atención tiene como objetivo esencial disminuir el riesgo de un evento adverso mediante la práctica de una serie de acciones orientadas a disminuir o prevenir el impacto negativo en cada uno de los momentos

(Koblinsky et al., 1999). La clasificación de la APe en embarazo de alto o bajo riesgo ocupa un lugar central en esta lógica y define las trayectorias del proceso de atención (Symon et al., 2017). El embarazo de alto riesgo se consolidó como un proceso cuya gestión clínica es del ámbito hospitalario y que responde mediante un sistema de complejidad creciente los desafíos asociados a esta definición (Hogue & Vásquez, 2002; McCormick, 1985; Schwarcz, 2011). El embarazo de bajo riesgo, sin embargo, transita en una diversidad de modalidades de atención orientadas a adaptar la evidencia disponible al contexto geográfico, cultural y capacidad de respuesta del sistema de salud (Paul & Singh, 2004; Scarf et al., 2016).

En la República Argentina surgió una prolífica discusión sobre el fenómeno de mortalidad materna a comienzos del nuevo milenio: la Razón de Mortalidad Materna a finales de la década del '90 (40/100.000 NV para el año 1999, mucho más elevada que algunos países de la región), con una tendencia al estancamiento y con grandes brechas de inequidad territorial y socioeconómica que evidenciaba obstáculos en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio promovió una agenda orientada al cambio en políticas públicas asociadas a la APe (Ramos et al., 2004; Romero et al., 2010). Basada en experiencias locales de regionalización¹ y la evidencia disponible en ese momento, una serie de lineamientos promovidos por diferentes organizaciones e instituciones con interés en el área tomaron fuerza, transfor-

mándose luego en una política federal conocida como “*Maternidades Seguras y Centradas en la Familia* (MSCF)”, base del cuerpo normativo actual en torno a la atención del embarazo, parto y puerperio en el territorio argentino (Fariña et al., 2018.; UNICEF et al., 2012). Esta política se conforma como una mezcla de estilos de intervenciones que proponen conjugar cambios en la cultura de las organizaciones (una medicina orientada al paciente con un enfoque de derechos), una búsqueda de un piso de garantías en cuanto a calidad de atención (con una característica excluyente: las instituciones donde se realicen partos deben acogerse a una serie de Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales [CONE]) y la tendencia a la regionalización, fundamentalmente en cuanto a la atención de partos (Speranza & Kurlat, 2011). Estas CONE excluyen de hecho la posibilidad de realizar partos en hospitales de baja complejidad y como resultado se produjeron profundos cambios en el proceso de atención del EPP y en las trayectorias que se suceden a partir de este.

La provincia de Chubut (uno de los 24 estados provinciales de la República Argentina) se caracteriza por un territorio extenso (224.686 km²) y escasamente poblado (603.000 hab. en el 2022), donde sólo cinco ciudades concentran el 82% de la población. Su sistema de salud está organizado en 4 áreas programáticas en un modelo de complejidad creciente; cada localidad rural cuenta con un hospital o una posta rurales para atender sus necesidades de salud. Los partos son casi en su totalidad institucionalizados (99.9%) y en el periodo 2010-2019 las muertes maternas anuales variaron entre 1 a 5 casos en todo el territorio provincial. Producto del cambio normativo en la última década la ocurrencia de partos en hospitales rurales disminuyó de cerca de 40 partos anuales (2% del total de los partos) a 1 o 2 casos

¹ En los términos de esta política pública el proceso de “Regionalización de la Atención Perinatal implica el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno-perinatal coordinado en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos; utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable”(Fariña et al., 2018, p. 32).

anuales en la actualidad (Ministerio de Salud. Gobierno del Chubut, 2022).

Los cambios en el modelo asistencial del EPP en el área rural del Chubut se sumaron a cambios en la estructura y dinámica poblacional, principalmente en la zona central (meseta chubutense) donde se evidencia una disminución de la fecundidad y natalidad, masculinización de la población y, en términos generales, una reducción de la población en áreas rurales dispersas². La singularidad de este contexto genera interrogantes sobre cuál será el impacto en las dinámicas y trayectorias de las mujeres y sus familias en el proceso de maternar bajo esta propuesta normativa. Una problemática de esta naturaleza es de características complejas, por lo cual su abordaje requiere un enfoque transversal que incorpore múltiples perspectivas.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar esta nueva modalidad, describir como se percibe el proceso de atención del EPP y aportar a mejorar la comprensión del proceso y los fenómenos sociales sustantivos que surgen alrededor de la implementación de esta estrategia desde la perspectiva de los equipos rurales de salud.

Material y métodos

El presente es un trabajo cualitativo realizado bajo el enfoque de la pesquisa cartográfica (Passos et al., 2009). La investigación cartográfica como enfoque propone la incorporación de múltiples vectores para la comprensión de una realidad compleja; para ello la investigación debe acceder al "plano común" que articula, conecta y moviliza esas diferentes aristas de la realidad,

² A modo de ejemplo, la población rural diseminada disminuyó un 46% en los últimos 10 años y en algunas localidades donde se realizó este trabajo contaban únicamente con habitantes adultos mayores masculinos.

tensionando la perspectiva desde la posición y experiencia (como elemento central del análisis) de diferentes sujetos-actores (Passos et al., 2009). El proceso de investigación cartográfica supone desafíos en el modo de inclusión de los participantes (investigadores-investigados), de interpretar las experiencias y en la composición final de un plano de fuerzas y afectos; este proceso puede ser en extremo amplio o convertir una instancia participativa en un espacio de confrontación que resiste una propuesta de co-creación, por el cual los resultados también tienen un componente de permanente devolución e intercambio en el que los sujetos-actores investigados conforman parte del proceso de investigación. Las investigaciones exploratorias brindan una respuesta a estos desafíos definiendo un sentido común compartido y un marco que permita un recorte de la realidad lo suficientemente amplio para su abordaje (Vindrola-Padros & Vindrola-Padros, 2018). El presente trabajo presenta los resultados de una investigación exploratoria, instancia inicial de un proyecto más amplio orientado a indagar experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en el marco de MSCF desde la cartografía social.

Los hospitales de la provincia de Chubut se clasifican en un sistema de 7 categorías de complejidad creciente; los hospitales rurales se ubican en el tercer escalón de este sistema y se caracterizan por contar con servicios de internación simple y un equipo profesional que incluye en todos los casos atención médica, enfermería y odontología, pudiendo variar en la disponibilidad de otras profesiones (kinesiología, laboratorio, psicología). Las aldeas o pequeños núcleos poblacionales que concentran algunos servicios de población rural dispersa cuentan con postas sanitarias, el servicio más básico de la escala de complejidad, que

se caracteriza por contar con un servicio de enfermería permanente, trabajadores comunitarios de salud en terreno y visitas médicas periódicas. En el Mapa 1, se ubican los hospitales zonales y regionales (estos últimos caracterizados por la disponibilidad de internación diferenciada en un sistema de complejidad creciente, situados en poblaciones cuya densidad poblacional se define como urbana), habilitadas para la asistencia del parto; y los hospitales rurales en donde, hasta el año 2010 aproximadamente, era práctica habitual la asistencia de partos de bajo riesgo. Puede observarse en el Mapa 2, la dimensión de la provincia y los sectores espaciales que quedan fuera de un radio de 150 km de cada hospital habilitado para practicar partos.

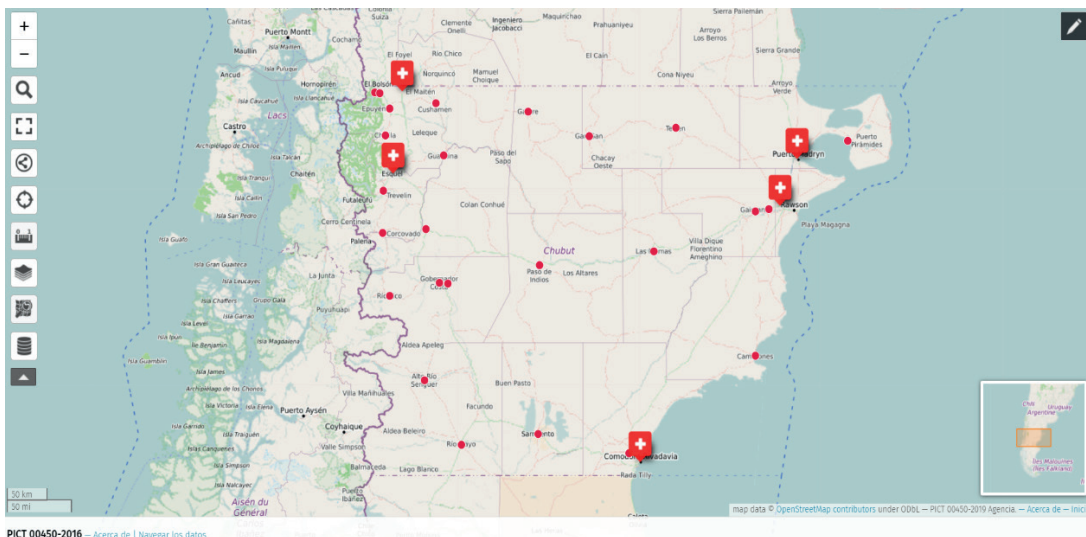
Para este trabajo se realizaron entrevistas en profundidad en un proceso de escucha activa a miembros del equipo de salud de hospitales rurales y puestos sanitarios de localidades rurales de

la provincia de Chubut, durante los meses de marzo a junio del 2022. Las entrevistas se orientaron a la descripción del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio antes y después de las modificaciones actualmente vigentes. Previo a las entrevistas se brindó un documento, de consentimiento informado a los participantes; además el equipo investigador consensuó que las expresiones publicadas en este trabajo se resguardarían de manera anónima. Debido a la extensa geografía de la provincia, el dispositivo de entrevistas se organizó en 4 secciones según sus territorios cotidianos de circulación y dependencias a áreas programáticas en el proceso de atención del embarazo, parto y puerperio en el sistema de salud.

Se realizó una ficha de sistematización de cada entrevista con los siguientes observables:

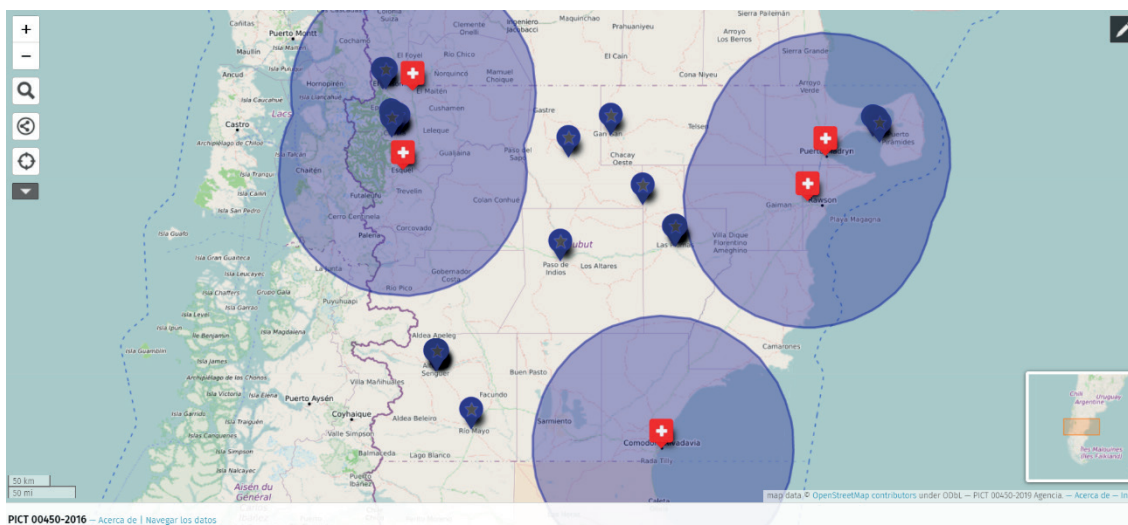
- Características geográficas, demográficas y físicas de la localización de los sujetos entrevista-

Mapa 1. Ubicación de los hospitales zonales y regionales (en cruces), habilitados para parir y; hospitales rurales (en círculos rojos).



Elaboración propia con base a Umap data ©OpenStreet contributors under ODbL (2023)

Mapa 2. Provincia del Chubut; entrevistas realizadas entre 2021 y 2022, Hospitales zonales y regionales y Buffer de 150 Km



Fuente: Elaboración propia con base a Umap data ©OpenStreet contributors under ODbL (2023)

dos. Atendiendo a articular el relato con variables como distancia, dimensión, existencias, equipamiento de salud y distancia, características temporales cíclicas y de provisión de servicios públicos, como transporte, comunicaciones, etc.

- Características de la atención embarazo, parto y puerperio en zonas rurales actual. En esta sección se incluyeron todos los comentarios de las entrevistas que pudiesen contribuir a caracterizar el proceso de atención del EPP en los términos que la estrategia de MSCF propone.

- Características de la atención del embarazo, parto y puerperio previo a la estrategia de maternidades seguras. En este apartado se incluyeron todos los comentarios y observaciones de los contenidos de las entrevistas que pudiesen contribuir a caracterizar el proceso de atención del EPP previo a la normativa vigente.

- Experiencias sensibles y cambios en el tiempo. En este apartado de la grilla de sistematización se incluyeron anécdotas y se enfatizó en la experiencia vivida por los entrevistados, así como contenidos u observaciones que hagan referencia a como se percibieron estos cambios en el tiempo (de manera positiva o negativa).

- Principales ventajas percibidas. En este apartado se incluyeron todas las secciones de las entrevistas que hicieran referencia a ventajas que se destaquen de este modelo.

Posteriormente se realizó una codificación de las respuestas para su organización. El reagrupamiento ulterior se constituyó en la base para el análisis y conclusiones. Además, con las principales categorías y sus relaciones se diseñó un modelo general que caracteriza la atención actual del EPP bajo la estrategia de MSCF v según la perspectiva del equipo de salud rural.

El análisis de estos interrogantes se realizó desde una perspectiva fenomenológica por lo que el propósito de este trabajo se centra en esclarecer aquello que es dado como por sentido y natural en la población estudiada (equipo de salud de hospitales rurales). Esta búsqueda de sentido común se realizó definiendo tres aspectos en la información generada en las entrevistas: reciprocidad, origen y distribución sociales del conocimiento. Para el análisis de los problemas disruptivos que surgen en estos esquemas de pensamiento (antes y después de la implementación de las maternidades seguras) se analizará siguiendo los postulados de la coherencia lógica y de interpretación subjetiva de Schultz (Castro, 2019).

Características de la población estudiada

Todas las localidades evaluadas se ajustan a la definición de localidades rurales y remotamente situadas³. Algunas localidades presentan vías de acceso de difícil tránsito, como las localidades del norte de la provincia emplazadas alrededor de la Ruta Provincial 4, pero mayoritariamente se localizan alrededor de rutas principales (rutas 26, 40 y 25) que las conectan con localidades de mayor jerarquía del sistema urbano provincial-regional (ciudades pequeñas y medianas que no superan los 250.000 habitantes) (Ver cuadro 1). Las distancias entre estas comunidades rurales usualmente son amplias, pero cuando estas distancias no son tan extensas se relacionan de un modo más estrecho definiendo flujos y trayectorias comunes.

Las localidades bajo análisis surgieron con el avance y la consolidación de la ganadería extensiva y en algunos casos con el avance de activida-

³ Según la clasificación usual, se define poblaciones rurales a aquellos municipios con densidades menores a 150 habitantes por km² y remotamente situadas cuando el tiempo de traslado en vehículos al centro urbano de más de 50.000 habitantes más cercano es mayor a 60 minutos (Reig Martínez et al., 2016).

des agrarias más intensivas sobre valles irrigados de Chubut. En ese sentido, y más allá del declive de la actividad ganadera de las últimas décadas, los ingresos económicos de la población provienen de las actividades agrícola-ganaderas, el comercio, los empleos en el sector público y el cobro de pasividades (jubilaciones o pensiones). El turismo (Comarca del Paralelo 42 y otros sectores cordilleranos en el oeste de la provincia; Península Valdés en el nordeste de la provincia) también produce ingresos económicos en algunas de las localidades.

Resultados

Se realizaron 15 entrevistas a personal de salud de diferentes localidades rurales de la provincia de Chubut. Dentro de las personas entrevistadas se incluyeron médicos, enfermeros, administrativos y trabajadores de salud en terreno. Algunos de los entrevistados fueron personal recientemente retirado. El análisis de las entrevistas permitió definir tres categorías de análisis relevantes que se describen a continuación.

El proceso general de Atención del embarazo en Áreas Rurales del Chubut

La atención del EPP en la zona rural de la provincia de Chubut es un proceso heterogéneo en lo operativo, pero con algunas características comunes que permiten configurarlo desde la perspectiva de los trabajadores de salud (ver Figura 1).

La atención del embarazo en zonas rurales del Chubut: tensiones entre percepción de control y no control por el

La consigna inicial sobre la que se organizaron los dispositivos bajo la política de MSCF es la no realización de partos, aun cuando estos sean productos de embarazos de bajo riesgo, controlados y sin complicaciones presumibles al parto en

Cuadro 1. Localidades rurales seleccionadas Provincia del Chubut por habitantes y distancia a centro de referencia.

Sección	Localidades	Tipo de servicio	Habitantes 2022 (proyectado)	Distancia a maternidad de referencia
Comarca andina. Hospital de referencia: Hospital Zonal Esquel-El Maiten	Paso del Sapo	Hospital Rural	500	178 km
	Cholila	Hospital Rural	2503	145 km
	Tecka	Hospital Rural	1328	96 km
	Gualjaina	Hospital Rural	1778	85 km
Ruta 25 (meseta central). Hospital de referencia: hospital Zonal de Trelew.	Las Plumas	Hospital Rural	434	184 km
	El Mirasol	Puesto Sanitario	57	238 km
	Los Altares	Puesto Sanitario	472	287 km
	Paso de Indios	Hospital Rural	1665	343 km
Ruta 26 (meseta y zona sur de cordillera). Hospital de referencia; Hospital Regional de Comodoro.	Alto Rio Senguer	Hospital Rural	1703	349 km
	Aldea Beleiro	Puesto Sanitario	275	383 km
	Rio Mayo	Hospital Rural	2999	273 km
	Ricardo Rojas	Puesto Sanitario	281	343 km
	Buen Pasto	Puesto Sanitario	105	235 km
Ruta 4 (meseta norte y Península de Valdez) Hospital Zonal de Puerto Madryn.	Telsen	Hospital Rural	598	172 km
	Gan Gan	Hospital Rural	730	267 km
	Gastre	Hospital Rural	640	388 km
	Puerto Piramides	Hospital Rural	792	94 KM

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Dirección General de Estadísticas y Censos Chubut (2022)

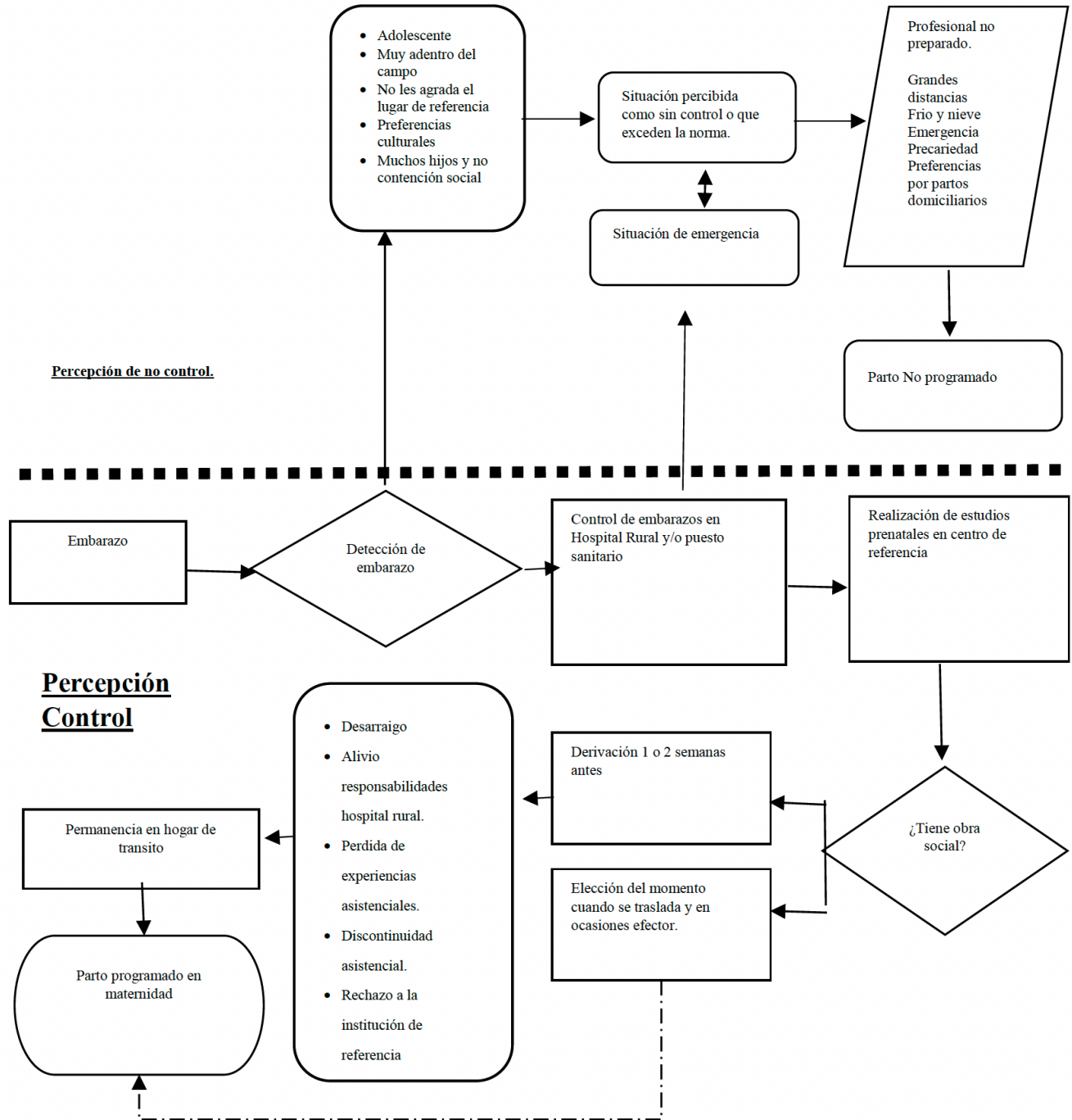
hospitales rurales, solo en caso de emergencias. Esto es mencionado recurrentemente como “la ley”⁴ de maternidades seguras y los procesos centrales (detección temprana, controles, derivación, asistencia del parto y puerperio), tanto como los de apoyo (administrativos, logística, recepción) actúan en consecuencia de esta lógica.

“El parto programado no existe más, solo emergencias” (J., Enfermero)

⁴ Si bien en las entrevistas es mencionado como “la ley” resulta relevante que en ningún caso los entrevistados mencionan con certeza de qué norma, Ley o Disposición se trata.

El “parto programado”, en términos generales, es considerado como aquel producto de un embarazo con seguimiento y control por el equipo de salud local y remitido al lugar de referencia, en el momento que las autoridades consideran prudente (habitualmente 1 o 2 semanas antes de la fecha probable de parto, dependiendo de cada área programática). La atención del EPP en zonas rurales previo a la política de MCSF daba por sentado que los partos producto de embarazos de bajo riesgo debían realizarse en el hospital local y solo derivar los de riesgo (embarazo con algún factor de riesgo definido en las guías gubernamentales de ese momento) o complicaciones

Figura 1. La atención del embarazo en zonas rurales del Chubut: tensiones entre percepción de control y no control por el equipo de salud rural.



Fuente: Elaboración propia (2022)

(algún evento fortuito de un parto en un embarazo clasificado como normal o alguna complicación durante un embarazo de bajo riesgo que implicaba una mayor complejidad). En el imaginario de ese momento los partos eran percibidos como una práctica de riesgo (práctica con altas posibilidades de un resultado adverso o inesperado) y gran concentración de esfuerzos lo que generaba un fenómeno relevante en términos de gobernanza; el acompañamiento por un profesional de gran experiencia en el manejo de partos en el área rural brindaba un sentido de protección, seguridad y confort en la asistencia del EPP en el equipo rural de salud. Esto determinaba una escala de jerarquías en cuanto a la capacidad de resolver este tipo de situaciones (el parto) que se obtenían mediante la experiencia, el nivel de conocimientos o la combinación de ambas; impresiona, en base al relato de los entrevistados, que mucha de la autoridad y liderazgo en los hospitales rurales se definían en base a esta escala. Los relatos también refieren una progresiva institucionalización del parto acompañada de una necesidad de que quienes realizaban esta práctica estén acreditados como idóneos; este proceso (la acreditación profesional de quien asiste en el parto) se expresaba en modo de tensión cuando confluía personal con gran experiencia empírica (como podían ser los enfermeros más antiguos) con profesionales médicos sin demasiada experiencia previa.

Algunas características del proceso general de atención actual configuran lo que es percibido como un “embarazo controlado”: la detección precoz, los controles periódicos y la derivación antes de la fecha probable de parto al centro asistencial de referencia. En contraposición existen situaciones asociadas a un “parto no programado” (haciendo referencia a partos de embarazos que sucedieron sin seguir el proceso como lo indica la política de MSCF) y percibidas como con escasas

posibilidades de intervención o control por parte del equipo de salud: eventos que se desencadenan de manera fortuita (emergencias) y mujeres que por distintas situaciones no concurren a las citas programadas, no muestran interés o eligen otras alternativas para la atención del EPP (se menciona con frecuencia el “ocultar” el embarazo hasta el último momento).

La marcada disminución de partos que se producen en las zonas rurales producto de su traslado a hospitales de referencia generó una paradoja: los “partos no programados” son actualmente la forma más frecuente de parir en la zona rural. Sin embargo, no se observó en los entrevistados que esto aliente a una mayor preparación para estas circunstancias sino más bien a un traslado más rápido al centro de referencia a pesar, inclusive, de la inminencia del parto. Probablemente esto explique dos fenómenos particularmente evidentes: el abandono progresivo del espacio físico destinado a la realización de los partos y recepción del recién nacido (un espacio central en la arquitectura clásica de los hospitales rurales desde la década del 80) y un retroceso en las capacidades operativas necesarias para la atención del parto y recepción del recién nacido⁵.

Hay una sala de parto y parto, a veces la usamos como depósito (A., Administrativa, Hospital Rural)

Existen divergencias importantes sobre el momento de derivar al centro de referencia; aquellas mujeres que dependen exclusivamente del sistema público de salud deben trasladarse en el momento y lugar que cada región sanitaria considera conveniente (usualmente 1 o 2 semanas); pero

⁵ En algunos puestos sanitarios de frontera, como Aldea Beleiro, aún se conserva el espacio de “Sala de Parto” indicado en la cartelería institucional.

aquellas gestantes con recursos o seguro de salud se les abre la posibilidad de elegir el momento y el lugar donde sea atendido su parto. La llegada de las gestantes derivadas bajo responsabilidad del sistema público de salud a los hogares de tránsito también es percibida como un momento de tensión: usualmente descriptos como lugares poco acogedores, distintas entrevistas manifestaron la escasa flexibilidad en contemplar situaciones o preferencias personales.

Geografía, clima y cambios poblacionales

El clima, las características de una geografía escarpada y el mal estado de los caminos son características singulares en el proceso de atención en las zonas rurales de la provincia de Chubut. Muchas de las conductas y hábitos institucionales de los centros sanitarios en zonas rurales son influenciadas por las singularidades propias de esta área de la Patagonia: grandes distancias entre cada población, estado deficiente de la infraestructura y servicios de transporte público y condiciones climatológicas extremas, fundamentalmente durante el invierno.

Las distancias y el clima extremo generaron un imaginario del parto como un fenómeno potencialmente dramático. Llama la atención que parte de la aceptabilidad por parte del equipo de salud de la estrategia de MSCF en el contexto rural surge por su carácter instrumental en compensar este fenómeno. Pero no sucede lo mismo desde la perspectiva de las usuarias; las distancias (en ocasiones más de 300 km) y las condiciones climáticas recurrentemente son mencionadas como un determinante en la conducta de rechazo a su traslado.

El último parto lo atendí ahí, de Buen Pasto camino a Sarmiento, estaba feísimo. Yo llegué y lo primero que vi una paciente que estaba parada

afuera del puesto sanitario. Y me dice: estoy con contracciones, y no era en fecha. Entonces yo agarré, le hice pasar, la controlé y si... ya estaba con dilatación. Una helada de aquella y no teníamos calefacción en la ambulancia. fue en pleno invierno, con el barro, teníamos miedo de quedarnos (M., Enfermera, Puesto Sanitario)

Las distancias configuran a “*el traslado*” como un dispositivo central en el proceso asistencial: ser chofer se transforma en una función principal en hospitales rurales en zonas remotamente situadas; el vehículo (la ambulancia) un espacio trascendente y proyección móvil de la institución hospitalaria. No es de extrañar que en los “partos no programados” y que son derivados de urgencia o ante la inminencia del parto, la asistencia en la ambulancia (y la actuación del personal que concurrió en la ambulancia) se transforme en una situación donde se está habilitado a tomar decisiones dramáticas si la situación lo amerita. Las condiciones climáticas extremas le dan un carácter épico a la asistencia de las gestantes en trabajo de parto (su búsqueda en zonas remotas o traslado a hospital de referencia) y condicionó históricamente a los hospitales rurales a ser el lugar de cobijo de mujeres provenientes de zonas poco accesibles cuando su gestación estaba avanzada; en ocasiones, a pesar de ser un parto de riesgo, el personal de los hospitales rurales se veía obligado a la realización del mismo ante la imposibilidad de un traslado.

La política de MSCF, así como cambios demográficos (disminución de la población rural, fundamentalmente en edad fértil) hicieron que estos eventos fueran cada vez menos frecuentes y se constituyera un imaginario compartido de que los partos en hospitales rurales son un fenómeno esporádico, poco común y de resolución natural en un espacio de mayor complejidad.

Sujetos, lazos sociales y disonancias del equipo de salud

La interpretación subjetiva que se hace de las mujeres gestantes como sujetos, y la auto percepción como sujetos (sociales o institucionales) de los mismos trabajadores de la salud determinan muchos de los comportamientos y conductas que surgen en la puesta en práctica de esta estrategia. En términos generales, la mujer gestante con una opinión o actitud de rechazo a seguir las pautas impuestas por la política de MSCF genera tensiones dentro del equipo de salud más allá de la solidez del argumento (mujer sin apoyo social para trasladarse, rechazo a la institución de referencia, una carga económica excesiva durante el tiempo de permanencia, preferencias por otras modalidades de parto). La respuesta del equipo de salud es variada ante estas inquietudes: una segmentación inconsciente donde a aquellas mujeres con recursos o seguro de salud se “*les deja*” que se trasladen por sus propios medios y hagan efectiva sus preferencias, una charla al inicio para “*dejar en claro*” como es el sistema o un seguimiento muy estricto de la paciente en cuestión.

Se habla desde temprano del parto porque de ahí “por ley” se deben trasladar a la ciudad por lo de maternidades seguras (C., Medica, Hospital Rural)

Diferentes relatos dan cuenta de una tendencia a caracterizar por parte del equipo de salud a las mujeres con rechazo franco o una actitud negativa al control periódico y parto programado bajo la estrategia de MSCF; “la chica que no colaboraba”, “adolescentes embarazadas”, “las embarazadas del campo”, “mujeres que han ocultado su embarazo”, “mama con otros hijos chiquitos” son algunas de las caracterizaciones que construyen el imaginario de aquellas gestantes que “no co-

laboran o se resisten” a esta estrategia. Este semántica propia se encuadra bajo categorías más amplias como las de “embarazo no controlado”, “partos no programados” o “partos de urgencia”; en términos amplios estas categorías describen a gestantes que por alguna razón no estuvieron incluidas dentro de lo propuesto por la normativa de MSCF y no necesariamente por un embarazo sin asistencia profesional, sino en ocasiones decisiones alternativas por parte de las gestantes (partos domiciliarios o realizar el parto en una localidad y maternidad diferente a las asignada por la autoridad competente). Otro concepto, “desarraigo”, se expresa como un problema central de la estrategia de MSCF, llama la atención que su connotación es de carácter polisémico e implica algo más que el sufrimiento de un sujeto por estar alejado de su terruño; la disminución y envejecimiento de algunas aldeas dispersas, los problemas percibidos alrededor del centro de referencia (que incluyen falta de instalaciones adecuadas en ocasiones) y una rutina urbana que les es ajena e incómoda son algunos de los aspectos que se traslucen cuando se menciona esta palabra.

La dimensión operativa de la estrategia de MSCF coloca al agente de salud en un espacio ambiguo: debe cumplir por un lado su rol de operador último de una estrategia definida por autoridades de un sistema de salud del cual se siente parte; y además convive y es miembro de la comunidad donde debe operar esta estrategia. En su primera faceta, se orienta claramente a posicionarse y a operar a favor de esta estrategia que le permite ajustarse mejor a los avances tecnológicos y de conocimiento vigentes, compensar las dificultades de acceso a una atención más compleja y disminuir la delegación de responsabilidades asistenciales en un contexto de precariedad (algunos relatos expresan sin eufemismos que la dimensión “Seguridad” es más un concepto que hace

referencia a los miembros del equipo de salud más que a las gestantes). En su otra faceta (la de miembros de una comunidad en un determinado territorio) muchas veces actúan de manera similar a los miembros de su comunidad con seguro de salud (es decir, eligen el momento y lugar de su parto) o algunos, con una expresión más crítica del proceso, expresan que la estrategia debería adaptarse a las preferencias locales o corregir algunas fallas del proceso (como, por ejemplo, las condiciones de las maternidades y sus albergues; o la contención a mujeres que requieren una gran red de apoyo).

En el caso de las mujeres gestantes, la pertenencia a comunidades con grados mayores de cohesión social impresiona que determina una mayor autonomía en cuanto a la elección de un lugar de parto adaptado a las expectativas de las gestantes de un determinado colectivo y por el contrario, comunidades con niveles altos de fragmentación y dispersión social (como algunas pequeñas aldeas de la meseta chubutense) o comunidades rurales dispersas expresan una actitud más pasiva en la búsqueda o reclamo de una atención adaptada a sus preferencias personales.

Consideraciones finales

La implementación de los procesos de esta reforma asistencial asumió al equipo de salud rural con un carácter instrumental, operadores últimos de una norma diseñada bajo los términos de una realidad diferente. Dos fenómenos se evidenciaron en este trabajo como consecuencia de esa situación: tensión en el doble rol de trabajadores de salud y miembros de una comunidad, y retroceso en la capacidad de respuesta al proceso de atención del EPP. El doble rol genera cierta disonancia cognitiva en el equipo de salud que en ocasiones lucha entre su papel de hacer más efectiva esta norma

y las tensiones de la comunidad cuando sus preferencias o necesidades no son plenamente contempladas; probablemente algunos fenómenos que se evidencian en este trabajo (caracterización negativa de quienes se “resisten” a esta norma, minimización de los problemas que expresan las gestantes, ponderación excesiva de los beneficios, la naturalización de la segmentación de usuarios con o sin seguro de salud, etc.) sean fruto de esta situación. Por otro lado, un deterioro de aquellas capacidades que si siguen o pueden seguir siendo del ámbito de los hospitales rurales (como la atención de situaciones obstétricas de urgencia o la realización de estudios complementarios) está reorientando el perfil de tareas de los hospitales rurales y áreas de referencia a dirigir los aspectos administrativos-burocráticos del proceso actual.

No se hizo evidente en el trascurso de las entrevistas, que exista o haya existido un espacio de adaptación a las necesidades y preferencias singulares de cada comunidad. El desarraigo de las usuarias que deben trasladarse desde sus comunidades de origen es un proceso que se agudiza ante situaciones personales o de deficiencias del lugar de referencia. El coste económico, el agobio por los problemas que surgen por el traslado de grandes distancias, el impacto en la dinámica familiar, las preferencias personales de parto (especialmente en grandes múltiparas) son solo algunos de los factores que generan una actitud de rechazo a aceptar las normas actuales y que dada la segmentación de oportunidades en relación a quienes cuentan con recursos o seguro de salud (con mayores oportunidades de decidir en base a estos factores) genera una situación de inequidad cuyo impacto en comunidades pequeñas debería ser de interés en el diseño de políticas públicas. Por otro lado, las instituciones de referencia evidencian problemas que afectan notablemente su aceptación por parte de las gestantes que son

trasladadas desde un entorno rural: la precariedad y falta de confort de las instalaciones, el trato despersonalizado y en ocasiones inapropiado, la asignación de la institución de referencia en un entorno muy diferente al lugar de origen, aspectos que deberían ser considerados a la hora de diseñar estrategias que brinden una mayor adhesión a esta política.

Discusión

La regionalización de la atención perinatal es la estrategia hegemónica en la gestión del proceso de atención del EPP de mujeres que viven en localidades rurales y remotamente situadas; su objetivo fundamental es disminuir los problemas de accesibilidad geográfica a servicios de complejidad creciente (Kozhimannil et al., 2016). Debido a la información y visiones contradictorias en cuanto a los resultados finales de diferentes estrategias existe una controversia en cuanto a cuál debe ser el nivel de referencia para los partos de baja complejidad y qué tan estricto debe ser este proceso de regionalización para lograr un desempeño adecuado (de Masi et al., 2017; Every Woman Every Child, 2015; García Prado, 2016; Kroelinger et al., 2020; Mcglade et al., 2004; Paul & Singh, 2004; Rashidian et al., 2014; Roder-DeWan et al., 2020; Scarf et al., 2018; Walther et al., 2021).

El proceso de regionalización implica, en los términos planteados por la estrategia de MCSF, el traslado del lugar de parto de áreas rurales a maternidades que cumplan con las CONE, las cuales, por una lógica de escala, se sitúan en un territorio urbano e instituciones de alta complejidad (Speranza et al., 2011; Tomás Simioni et al., 2017). Visto desde un enfoque más amplio, este modelo de organización de servicios confronta con otras estrategias que definen al hospitalocentrismo en sí mismo como un factor que afecta el

desempeño de un sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2008; Organización Panamericana de la Salud, 2010). Por otro lado, por su propia naturaleza, las instituciones sanitarias de gran porte tienden a ser poco sensibles a procesos de reforma; dado que las preferencias personales de las mujeres gestantes sobre el lugar y la modalidad del parto ocupa un lugar relevante en el desempeño de una estrategia de este tipo, las características objetivas y subjetivas del lugar de referencia deberían ser un tema de interés de los decisores políticos (Dodzo & Mhloyi, 2017; Downe et al., 2019; Kelly et al., 2011; Ndirima et al., 2018; Pilkington et al., 2012; van Teijlingen & Pitchforth, 2010).

Pero las bases conceptuales sobre las cuales se asienta el enfoque de regionalización (enfoque de riesgo y equilibrio costo-beneficio) determinan una discusión demasiado estrecha, donde el enfoque técnico-burocrático no es suficiente para abarcar las diferentes dimensiones que implican el proceso de EPP en zonas rurales y remotamente situadas (Boah et al., 2020; Dureau. Christine, 1993; Grzybowski et al., 2011; Klein et al., 2002; Kornelsen et al., 2011; Kornelsen & Mackie, n.d.; Okonofua et al., 2018; Rolfe et al., 2017). Si bien existen diversas modalidades para la implementación de un modelo de regionalización, no existen demasiados ejemplos fuera de Argentina que inhiban de manera tan taxativa la realización de partos en hospitales rurales independientemente del riesgo de la paciente, como el caso de la política de MSCF. La propuesta de MCSF en el territorio rural del Chubut se asienta sobre una premisa de pseudo-institucionalización (cuerpo normativo con vocación social pero instituido sectorialmente) y esto explicaría, en cierta forma, por qué se destaca el concepto de seguridad por sobre las otras dimensiones de la propuesta inicial (atención centrada en el paciente y competencia

cultural) y el estrecho margen establecido para un proceso de adaptación local.

Si bien excede al objetivo de este trabajo, es ineludible abordar cómo impacta una estrategia de este tipo en la trama social de las comunidades rurales. Parece poco probable que el cambio en una política pública que modifica la modalidad de atención de una institución central en una comunidad (como lo es el hospital del pueblo), en un evento tan relevante en el ciclo vital de los individuos y las familias (como lo es el proceso de embarazo, parto y puerperio) no afecte de una manera sustancial la trama social de comunidades ya de por sí vulnerables (Birkmann et al., 2013; Bondel et al., 2018; Cardona, 2003; Escudero & Vázquez, 2014; Pamungkas et al., 2014; Vázquez, 2017; Vázquez et al., 2020; Zarowsky et al., 2013). El alcance y la magnitud de este impacto es objeto de estudios dentro del proyecto marco que cobija este trabajo.

Como limitaciones, este trabajo aborda el proceso de EPP solamente desde la perspectiva de los trabajadores de la salud locales y no de otros actores (como autoridades gubernamentales, usuarios y otros actores sociales relevantes). Asimismo, no incorpora otras categorías más allá de la atención del EPP (como lo serían el aborto o la atención del neonato). Además, la metodología utilizada (entrevistas en profundidad en base a una consigna abierta mediante escucha activa) limita indagar sobre aspectos específicos que pudiesen ser de interés. Nuevas líneas de investigación orientadas en este sentido serán de utilidad a los fines de brindar un mayor entendimiento del proceso de maternar en zonas rurales.

Se resalta una supuesta contradicción entre una política pública diseñada con un enfoque de riesgo y gran alcance territorial, con estrategias orien-

tadas a acciones que brinden mayor autonomía a las comunidades en la constitución de acciones que tengan como objetivo dar valor a sus preferencias y necesidades locales (Labonte, 2002). Pero existe una creciente corriente de iniciativas que tiene como objetivo armonizar políticas públicas con enfoque de riesgo (acciones *top-down*) con intervenciones diseñadas con enfoque comunitario (*bottom-up*); este enfoque paralelo, además de disminuir las tensiones entre ambas líneas, no solamente promete una mayor eficacia en las acciones orientadas a mejorar una situación de salud, sino también en disminuir el grado de vulnerabilidad de comunidades en situación de inequidad (Couchie & Sanderson, 2007; Erickson & Andrews, 2011; Laverack & Labonte, 2000; Mehrolhasani et al., 2021; Vatcharavongvan et al., 2013). En este sentido, el enfoque de pesquisa cartográfica, aplicado en esta investigación en marcha, ha facilitado la incorporación del equipo a las primeras conversaciones para abordar un programa de acompañamiento que involucre a la universidad, organismos de ciencia y tecnología y el Ministerio de Salud de Chubut, con el propósito de diagnosticar el impacto de las estrategias de regionalización en los últimos años y formular propuestas de acción atendiendo las singularidades rurales locales. Probablemente reformular las estrategias sobre la base de nuevos acuerdos pueda aumentar la eficacia de las acciones y además promover el desarrollo de las comunidades rurales del territorio estudiado.

Conflicto de Intereses

Este trabajo, se enmarca en los proyectos:

PICT-2019-2019-00450 - Experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Financiado por la Agen-

cia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación. Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica (FONCYT) Convocatoria Argentina Innovadora – 2019. Grupo Responsable: Dr. Juan Manuel Diez Tetamanti – Dr. Alberto Daniel Vázquez - Dr. Sergio Jaime.

PDTS – UNPSJB Experiencias y trayectorias de mujeres y familias de áreas rurales de Chubut, en

el marco de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. IGEPAT – GIGAT.

Agradecimientos

Al Sr José Julio Villalba (Mg. Salud Pública, licenciado en nutrición, coordinador de proyectos Instituto Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Ecuador) por la revisión de este texto.

Referencias bibliográficas

- AL-GAILANI, S., & DAVIS, A. (2014). Introduction to “Transforming pregnancy since 1900.” In *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* (Vol. 47, Issue PB, pp. 229–232).
- ARGÚELLO-AVENDAÑO, H., & MATEO-GONZÁLEZ, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13–29.
- BIRKMANN, J. CARDONA, O., CARREÑO, M.L., BARBAT, A.H., PELLING, M., SCHNEIDERBAUER, S., KIENBERGER, S., KEILER, M., ALEXANDER, D., ZEIL, P., & WELLE, T. (2013). Framing vulnerability, risk and societal responses: the MOVE framework. *Natural Hazards*, 67(2), 193–211.
- BOAH, M., ADAMPAH, T., JIN, B., WAN, S., MAHANA, A.B., HYZAM, D., & AKITI, C. (2020). “I couldn’t buy the items so I didn’t go to deliver at the health facility” Home delivery among rural women in northern Ghana: A mixed-method analysis. *PLOS ONE*, 15(3), e0230341.
- BONDEL, S.C., VÁZQUEZ, A.D., ÑANCUFIL, A., & GONZÁLEZ, M. (2018). *Micropueblos en la Patagonia central y perspectivas territoriales: los casos de Buen Pasto, Aldea Apeleg y Facundo*. Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria de la Patagonia. www.fhcs.unp.edu.ar/igeopat/images/e-books/InteriorMicropueblos - Dirección IGEPAT.pdf (consulta 20 de febrero de 2023).
- CASTRO, R. (2019). La mirada de la fenomenología sociológica en salud. En *Teoría Social y Salud* (pp. 93–108). Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CARDONA, O. (2003). The Need for Rethinking the Concepts of Vulnerability and Risk from a Holistic Perspective: A Necessary Review. In G. Bankoff, G. Frerks, & D. Hilhorst (Eds.), *Mapping Vulnerability: Disasters, Development and People* (pp. 37–52). London: Earthscan Publishers (pp.37-52).
- CHAVES, S., CECATTI, J., CARROLI, G., LUMBIGANON, P., HOGUE, C., MORI, R., ZHANG, J., JAYARATNE, K., TOGOOBAATAR, G., PILEGGI-CASTRO, C., BOHREN, M., VOGEL, J.P., TUNCALP, Ö., OLADOPO, O., GÜLMEZOGHU, A., TEMMERMAN, M., & SOUZA, J. (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Pan American Journal of Public Health*, 37(4–5), 203–210.
- COUCHIE, C. & SANDERSON, S.; (2007). RETIRED: A Report on Best Practices for Returning

- Birth to Rural and Remote Aboriginal Communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(3), 250–254.
- DE MASI, S., BUCAGU, M., TUNCALP, Ö., PEÑA-ROSAS, J., LAWRIE, T., OLADOPO, O. & GÜLMEZOGHU, M. (2017). Integrated Person-Centered Health Care for All Women During Pregnancy: Implementing World Health Organization Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. *Global Health: Science and Practice*, 5(2), 197–201.
- DODZO, M. & MHLOYI, M. (2017). Home is best: Why women in rural Zimbabwe deliver in the community. *PLOS ONE*, 12(8), e0181771.
- DOWNE, S., FINLAYSON, K., TUNCALP, Ö. & GÜLMEZOGHU, A. (2019). Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- DUREAU, C. (1993). Nobody asked the mother: women and maternity on Simbo, western Solomon Islands. *Oceania Monograph*, 43, 18–35.
- EICKSON, D. & ANDREWS, N. (2011). Partnerships Among Community Development, Public Health, And Health Care Could Improve The Well-Being Of Low-Income People. *Health Affairs*, 30(11), 2056–2063.
- ESCUADERO, H. & VÁZQUEZ, A. (2014). Exploración metodológica: territorialidad y acceso a la atención de la salud en localidades patagónicas. En DIEZ TETATAMANTI, J. *Hacia una cartografía comunitaria: abordajes desde cartografía social y sistemas de información geográfica*. Comodoro Rivadavia: Editorial Universitaria Patagonia (pp. 45–61). <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/187320> (consulta 20 de febrero de 2023).
- EVERY WOMAN EVERY CHILD. (2015). *The global strategy for women's, children and adolescent (2016-2030)*. UN Secretary-General. https://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf (consulta 20 de febrero de 2023).
- FARIÑA, D., ESCOBAR, D., FASOLA, L., BOLOGNA, E., MENDES PINTOS, G., DUHAU, M. & BALBIANO, S. (2018). *Regionalización de la atención Perinatal: barreras, experiencias y avances en el proceso de regionalización perinatal*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/regionalizacion-de-la-atencion-perinatal-2018> (consulta 19 de febrero de 2023).
- GARCIA PRADO, A. (2016). “Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales de América Latina”. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17202/como-cambiar-conductas-para-mejorar-la-salud-materna-y-neonatal-en-zonas-rurales> (consulta 2 noviembre de 2022).
- GREENE, M. (2012). “Two Hundred Years of Progress in the Practice of Midwifery”. *New England Journal of Medicine*, 367(18), 1732–1740.
- GRZYBOWSKI, S., STOLL, K., & KORNELSEN, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*, 11(1), 147.
- HIPGRAVE, D., NGONGO, N., FONTANA, G., RASANATHAN, K. & CHOPRA, M. (2016). *The UNICEF Health Systems Strengthening Approach*. New York: UNICEF. <https://www.unicef.org/media/119741/file/UNICEF%20Health-Systems-Strengthening-Approach.pdf> (consulta 20 de febrero de 2023).
- HOGUE, C. & VASQUEZ, C. (2002). Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality. *American Journal of Public Health*, 92(4), 552–556.
- KELLY, L., ST. PIERRE-HANSEN, N., CROMARTY, H., SIOUX LOOKOUT MENO, YA, R.,

- MINTY, B. & LINKEWICH, B. (2011). Delivering away from home: the perinatal experiences of First Nations women in northwestern Ontario. *Can J Rural Med*, 16(4), 126–130.
- KLEIN, M., STUART JOHNSTON, F., JAN CHRISTYLAW, M. & CARTY, E. (2002). Mothers, babies, and communities Centralizing maternity care exposes mothers and babies to complications and endangers community sustainability. *Canadian Family Physician*, 48, 1177–1179.
- KOBLINSKY, M., CAMPBELL, O. & HEICHLHEIM, J. (1999). *Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo*. Bulletin of the World Health Organization, 77(5), 399–406.
- KORNELSEN, J., & MACKIE, C. (2013). The role of risk theory in rural maternity services planning. *Rural and Remote Health*, 13(1), 2206.
- KORNELSEN, J., STOLL, K., GRZYBOWSKI, S. (2011). Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 9–14.
- KOZHIMANNIL, K., CASEY, M., HUNG, P., PRASAD, S., & MOSCOVICE, I. (2016). Location of childbirth for rural women: Implications for maternal levels of care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(5), 661.e1-661.e10.
- KROELINGER, C., OKOROH, E., GOOGDMAN, D., LASSWELL, S., & BARFIELD, W. (2020). Designation of neonatal levels of care: a review of state regulatory and monitoring policies. *Journal of Perinatology*, 40(3), 369–376.
- LABONTE, R. (2002). Community capacity building: a parallel track for health promotion programs. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 181–182.
- LAVERACK, G., & LABONTE, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262.
- MCCORMICK, M. (1985). The Regionalization of Perinatal Services. *JAMA*, 253(6), 799.
- MCGLADE, M., SAHA, S., & DAHLSTROM, M. (2004). The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Prenatal Care Delivery. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2062-2065.
- MEHROLHASANI, M., YAZDI-FEYZABADI, V., & GHASEMI, S. (2021). Community empowerment for health promotion in slums areas: A narrative review with emphasis on challenges and interventions. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1).
- MINISTERIO DE SALUD DEL CHUBUT. (2022). *Anuario Estadístico de Salud, Volumen II: estadísticas de salud y de servicios sanitarios*. Publicación 2022. Gobierno del Chubut. <https://drive.google.com/file/d/1epmVKjzh3tP2OZOdAfQWKs2hN-CAbweEd/view?usp=sharing> (consulta 14 de febrero de 2023).
- MOSLEY, H. (1987). El impacto demográfico de los programas de sobrevivencia infantil. Propuestas para la política y estrategia de los programas. *Salud Pública de México*, 29, 84–92.
- NDIRIMA, Z., NEUHANN, F., & BEJERSMANN, C. (2018). Listening to their voices: understanding rural women’s perceptions of good delivery care at the Mibilizi District Hospital in Rwanda. *BMC Women’s Health*, 18(1), 38.
- OKONOFUA, F., NTOIMO, L., OGUNGBANBE, J., ANJORIN, S., IMONGAN, W., & YAYA, S. (2018). Predictors of women’s utilization of primary health care for skilled pregnancy care in rural Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 106.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1

- ce=1&isAllowed=y (consulta 20 de febrero de 2023)
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323> (Consulta 20 de febrero de 2023).
- PALLONI, A. (2001). Análisis demográfico: nuevas teorías, nuevos modelos y nuevos datos. *Notas de Población*, 28(72), 7–39.
- PAMUNGKAS, A., BEKESSY, S., & LANE, R. (2014). Vulnerability Modelling to Improve Assessment Process on Community Vulnerability. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 135, 159–166.
- PASSOS, E., da ESCÓSSIA, L., & KASTRUP, V. (2009). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina.
- PAUL, V., & SINGH, M. (2004). Regionalized perinatal care in developing countries. *Seminars in Neonatology*, 9(2), 117–124.
- PILKINGTON, H., BLONDEL, B., DREWNIAK, N., & ZEITLIN, J. (2012). Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *International Journal of Health Geographics*, 11(1), 35.
- RAMOS, S., ROMERO, M., KAROLINSKY, A., MERCER, R., INSUA, I., & DEL RIO FORTUNA, C. (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4383/1/4251.pdf> (Consulta 19 de febrero de 2023).
- RASHIDIAN, A., OMIDVARI, A., VALI, Y., MORTAZ, S., YOUSEFI-NOORAIE, R., JAFARI, M., & BHUTTA, Z. (2014). The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review. *Public Health*, 128(10), 872–885.
- REIG MARTINEZ, E., GOERLICH, F., & MARTI, I. (2016). *Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local Demografía, coberturas del suelo y accesibilidad*. Bilbao: Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2016_IVIE_delimitacion_areas_rurales.pdf (Consulta 15 de febrero de 2023).
- RODER-DEWANS, S., NIMAKO, K., TWUM-DAN-SO, N., AMATYA, A., LANGER A., & KRUK, M. (2020). Health system redesign for maternal and newborn survival: rethinking care models to close the global equity gap. *BMJ Global Health*, 5(10), e002539.
- ROLFE, M., DONOGHUE, D., LONGMAN, J., PILCHER, J., KILDEA, S., KRUSKE, S., KORNELSEN, J., GRZYBOWSKY, S., BARCLAY, L., & MORGAN, G. (2017). The distribution of maternity services across rural and remote Australia: ¿Does it reflect population need? *BMC Health Services Research*, 17(1).
- ROMERO, M., CHAPMAN, E., RAMOS, S., & ÁBALOS, E. (2010). La situación de la mortalidad materna en la Argentina. In *Hoja Informativa OSSyR* (Vol. 1, pp. 0–8). https://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf (consulta 15 de febrero de 2023).
- SCARF, V., CAITLING, C., VINEY, R., & HOMER, C. (2016). Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(2), e0149463.
- SCARF, V., ROSSITER, C., VEDAM, S., DAHLEN, H., ELLWOOD, D., FORSTER, D., FOYREUR, M., MCLACHLAN, H., OATS, J., SIBBRITT, D., THORNTON, C., & HOMER, C. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255.
- SCWARCZ, A. (2011). Regionalización de la atención perinatal. En De MUZIO, B., FESCINA R., SCHWARCZ, A., GARIBALDI, M., MENDEZ VALDAMARIN, C. *Regionalización de la Atención Perinatal: Documentos* (pp. 20–73). Buenos

- Aires: Ministerio de Salud de la Nación-Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28487> (Consulta 21 de febrero de 2023).
- SPERANZA, A., LOMUTO, C., SANTA MARIA, C., NEGRI, C., & WILLIAMS, G. (2011). Evaluación de maternidades publicas argentinas, 2010-2011. *Revista Argentina Salud Pública*, 2(9), 43–47.
- SPERANZA, A., & KURLAT, I. (2011). Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Revista Argentina Salud Pública*, 2, 40–42.
- SYMON, A., PRINGLE, J., DOWNE, S., HUNDLEY, V., LEE, E., LYNN, F., MCFADDEN, A., MCNEILL, J., RENFREW, M., ROSS-DAVIE, M., VAN TEIJLINGEN, E., WHITFORD, H., & ALDERDICE, F. (2017). Antenatal care trial interventions: a systematic scoping review and taxonomy development of care models. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 8.
- TOMÁS SIMIONI, A. LLANOS, O., ROMERO, M., RAMOS, S., BRIZUELA, V., & ÁBALOS, E. (2017). Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41(e38), 1–7.
- UNICEF, MINISTERIO DE SALUD, MATERNIDAD SARDÁ, & FUNDACIÓN NEONATOLÓGICA. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo (Segunda Edición)*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/argentina/media/346/file/MSCF.pdf> (Consulta 20 de febrero de 2023).
- VAN TEIJLINGEN, E., & PITCHFORD, E. (2010). Rural maternity care: ¿Can we learn from Walmart? *Health & Place*, 16(2), 359–364.
- VATCHARAVONGYAN, P., HEPWORTH, J., & MARLEY, J. (2013). The application of the parallel track model in community health promotion: a literature review. *Health & Social Care in the Community*, 21(4), 352–363.
- VAZQUEZ, A. (2017). Lógicas espaciales campesinas en la estepa patagónica. *Magallania*, 45, 273–297.
- VÁZQUEZ, A., SCHULER, L., DIEZ TETAMANTI, J., & SALAZAR, M. (2020). Vida cotidiana en una pequeña localidad del sudoeste de Chubut. Estrategias de acceso y práctica espaciales en la patagonia central. *Estudios Rurales*, 10(19).
- VINDROLA-PADROS, C., VINDROLA-PADROS, B. (2018). Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organization and delivery. In *BMJ Quality and Safety* (Vol. 27, Issue 4, pp. 321–330).
- WALTHER, F., KUESTER, D., BIEBER, A., MALZAHN, J., RÜDIGER, M., & SCHMITT, J. (2021). Are birth outcomes in low risk birth cohorts related to hospital birth volumes? A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1).
- ZAROWSKY, C., HADDAD, S., & NGUYEN, V. (2013). Beyond ‘vulnerable groups’: contexts and dynamics of vulnerability. *Global Health Promotion*, 20(1_suppl), 3–9.