

ACCESIBILIDAD A LA SALUD Y ESTRATEGIAS DE MOVILIDAD

CASO ALDEA BELEIRO

AUTORES

CHANAMPA, Magali Elizabeth UNPSJB-CONICET magalichanampa@gmail.com; DIEZ TETAMANTI, Juan Manuel UNPSJB-CONICET jmdiezt@gmail.com; DUARTE, Yamila UNPSJB yamiladuart@gmail.com; GÓMEZ, Pamela Romina UNPSJB pamegomez16@hotmail.com; JAIMES, María de los Ángeles UNPSJB maria.jaimes88@gmail.com ; MARTÍNEZ, Nadia Soledad UNPSJB martinezns87@hotmail.com.

RESUMEN

La localidad rural de Aldea Beleiro se encuentra ubicada al sudoeste de la provincia de Chubut, a unos 400 kilómetros de Comodoro Rivadavia y a solo 5 kilómetros del límite con Chile. Esta localidad tiene 172 habitantes, según el último Censo realizado en el año 2010 (INDEC). Desde el año 2003, las localidades de Aldea Beleiro, Río Senguer y Río Mayo, se vieron afectadas en el acceso a la salud, a través de un plan nacional (Plan Nacer), que determinó la utilización de servicios de alta complejidad para los nacimientos, algunos controles de rutina y determinadas urgencias; en este contexto, en el Puesto Sanitario fue interrumpida la atención de partos, como así también, otros servicios de atención frecuentes. Ante estas dificultades de acceso a la salud, sus pobladores, a lo largo del tiempo, implementan estrategias de movilidad (Segura, 2006), que les permite mitigar los efectos de la inaccesibilidad y aislamiento territorial. En el año 2013, se realizaron talleres de Cartografía Social y experimentaciones, utilizando Sistema de Información Geográfica, que permitieron dar cuenta de los problemas de accesibilidad y estrategias de movilidad asociadas.

EJE TEMATICO:

4. Dinámicas socioespaciales urbanas y rurales en sus múltiples escalas.

1. INTRODUCCIÓN

Aldea Beleiro es una localidad rural, ubicada al sudoeste de la provincia del Chubut y a cinco kilómetros del límite con Chile. En el censo 2010, se contabilizaron 170 habitantes. Las características de ubicación y accesibilidad (escasos servicios diarios de transporte de pasajeros, ausencia de caminos asfaltados y anegamientos temporales por factores climáticos en invierno y primavera) ubicaron a Aldea Beleiro dentro de una tipología de localidades “en aislamiento” en las cuales nos interesó hacer pié con algunas metodologías de investigación que venimos desarrollando desde hace unos años.

Las dinámicas territoriales requieren que el espacio sea trabajado desde la intervención de distintos actores sociales, para plasmar realidades invisibles a las temáticas generalizadas. En términos de Basky y Albino (1997) se debe aventurar a nuevos espacios para redefinir los territorios y los espacios desde esta nueva perspectiva.

Se trabajaron en base a la metodología de Cartografía Social y con herramientas de Sistemas de Información Geográfica Libres. Mientras la metodología de Cartografía Social consiste en la construcción colectiva de mapas temáticos, se facilita una evidencia en los saberes diversos que se intercambian para confeccionar una imagen colectiva del territorio (Carballeda. 2012); los SIGL, constituyen una herramienta que permite manejar bases de datos georeferenciados y realizar tareas de manipulación, automatización y procesamiento de información espacial y/a espacial, facilitando el rápido acceso a la información y favoreciendo el proceso de toma de decisiones (Buzai. 2013). En este sentido se utilizaron SIGL para descomponer la realidad en distintos temas, es decir, distintas capas o estratos de información de la zona que se desea estudiar: el relieve, la litología, los suelos, los ríos, los asentamientos, las carreteras, los límites administrativos, etc. La gran ventaja que poseen los SIG es que pueden relacionar y combinar las distintas capas entre sí (Gutierrez Puebla. 1998)

Así, la aplicación conjunta de ambos procedimientos permite avanzar en la superación de algunos obstáculos en relación a los usos del SIG, priorizando la dimensión social y perceptiva sobre el territorio, dificultad que Albet y Benejan. (2000) visualizan en los usos de la herramienta en su forma convencional.

En el trabajo, se aborda la temática de accesibilidad a la salud, en la localidad de Aldea Beleiro, aplicando la Metodología Cartografía Social y motivado por tres fundamentos claves: a) las dificultades geográficas para acceder a las localidades, según los pobladores, agravado en los meses de invierno b) la localidad como un sector de frontera, con acceso de 130km de tierra y poseer un puesto de salud sin presencia de medico permanente; c) por las distancias existentes entre puestos, estancias y parajes del área rural.

Los tres puntos señalados son factores visibles objetivamente. La aplicación de Cartografía Social, permite a los sujetos de la comunidad interactuar con su entorno y reconstruir la visión hegemónica del territorio. Así, la mirada particular que posee cada individuo colectivizada en el “grupo”, permite desarrollar mapas detallados de la zona ya que la propia población se presenta como personajes principales que conocen su lugar. La experiencia de cada integrante junto con las de otros finaliza con la obtención de mapas de alto contenido semiológico dada su producción permanente de sentido en el “mapa social y colectivo”.

Así es que en 2013, se desplegó un dispositivo de investigación en el que se trabajaron las localidades de Alto Río Senguer y Aldea Beleiro. El principal objetivo del dispositivo de trabajo, se basó en el análisis de las estrategias locales de la población y de los agentes de salud, para el acceso general a la atención sanitaria, considerando los recorridos que deben realizar, los obstáculos y facilidades de tipo físicos, sociales, económicos, etc. En base a este objetivo, se trabajó con agentes de salud comunitaria de coordinación provincial y local. Desde el comienzo, nos interesó saber cómo vivían el territorio los agentes sanitarios de terreno. Especialmente, los agentes en “salud comunitaria*”, que son quizás los que recorren las zonas más alejadas del territorio, en contacto con la población local. Volviendo al “dispositivo de investigación”, en base al objetivo planteado, se comenzó a trabajar con dos grandes esferas. Por un lado, la del espacio más euclidiano y la manipulación de datos, esto con metodologías más cuantitativas y de corte más pragmático. Por otro lado, se profundizó en el manejo de cartografía social, con la elaboración de mapas colectivos y subjetivos que favorecieran la discusión de varias instancias temporales, sociales y de puntos de vista.

*Técnicos en Salud Comunitaria en Terreno. Son los agentes que recorren la zona para relevar diversos indicadores de cada hogar. Mantienen un trato personalizado con cada familia atendida en el Centro de Salud u Hospital.

En el trabajo en SIGL, se realizó una sistematización de las *fichas de familia**, cuyo marco es el *informe de ronda*** del puesto sanitario Aldea Beleiro. El traspaso de las fichas de familia georreferenciadas se realizó con el apoyo de una imagen satelital, cartas topográficas del Instituto Geográfico Nacional y el reconocimiento de un baqueano.

El trabajo con Cartografía Social se concentró en la elaboración de un mapa social enfocado en la accesibilidad, sus problemáticas, facilidades y lugares de atención. Por otra parte, se trabajaron aspectos de cooperación social y de carga económica en el acceso a la atención sanitaria y, representaciones cartográficas de la dinámica de los partos en Aldea Beleiro, en un periodo anterior a diez años.

Finalmente, se misturaron ambas esferas de trabajo en un “gran resultado” que nos habla de la accesibilidad a la salud en Aldea Beleiro. Este “gran resultado”, no es más que la suma de pequeños y discutibles resultados. Los resultados hablan de las dificultades de acceso a la salud que posee la población local, sus estrategias y formas de sortearlos. De los costos que implica para la población acceder a atenciones de rutina especializada. A su vez, se analiza el caso de los nacimientos en una proyección de pasado, lo cual fue insumo para discutir una prospección. Por otro lado, se generó un “modelo” de trabajo para facilitar la gestión del acceso a la salud tanto ante emergencias, como en la atención cotidiana y rutinaria de población rural agrupada y dispersa.

2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El concepto de territorio es ampliamente discutido, no sólo desde la Geografía, sino desde otras ciencias, como la Sociología, la Antropología, la Psicología, la Física, entre otras. Nosotros adoptamos una postura miltonsantina que entiende al territorio como una construcción social.

* Las fichas de familia son utilizadas por los Técnicos en Salud Comunitaria en Terreno para recabar datos sobre cada familia en los aspectos de: composición del grupo familiar; historia clínica; enfermedades; tratamientos realizados; control de calendario de vacunación, control de embarazo, etc.

* Los informe de ronda se construyen con la información de todas las fichas de familia recopiladas y sistematizadas en una planilla de texto. Cada informe está compuesto por el área de trabajo de un Técnico en Salud Comunitaria en Terreno.

Esta noción no se acaba en la mera frase, sino que implica una construcción de cohorte dialéctica, en donde no existe territorio, sin espacio concebido por el Hombre. Entender esto, es poner al Hombre en el centro de la escena. El Hombre como centro, y no el Estado ni la ciencia o la técnica, ya que estos son parte de la cadena productiva del Hombre, quien los crea y los manipula. Se trata de no sustituir una organización gentilicia del pueblo, por una organización geográfica impuesta (Engels). De este modo, se juega en un campo territorial que discute el método permanentemente. ¿Qué debemos abordar primero, el mapa, el concepto, la teoría o el *socius*?* Resolver esta pregunta claramente no es el objeto de este trabajo; sin embargo, es una cuestión que nos provocamos permanentemente para no caer en facilismos de análisis.

Ante lo anterior, nos interesa dejar en claro que el territorio en el que trabajamos es construido en el preciso instante en el que se aplica el método. Es concreto que nos dirigimos a un punto ubicado en el mapa para desarrollar un método, pero el territorio final es construido por el método en diálogo con el objeto de estudio y verbalizado por la población local. Esto hace más fuerza cuando entendemos porque trabajamos con Cartografía Social. La Cartografía Social es una herramienta de construcción colectiva de mapas (Andrade, Carballeda, Arango, Escudero, Diez Tetamanti). Pero ahora es mucho más que una herramienta, es la síntesis de lo que Jacques Derrida menciona que “en un mismo movimiento el grafismo (en el sentido amplio) empieza a depender de la voz, e induce a una voz a depender del grafismo”. Esto pone al mapa, al producto de la cartografía social como una representación territorial que está formada por dos elementos heterogéneos: grafismo y voz. El primero, como representación de la palabra y el segundo como representación de la cosa, del cuerpo (Deleuze y Guattari). Lo interesante es poner esto en juego y en duda permanente. Si sólo nos atenemos a trabajar con cartografías elaboradas por los institutos cartográficos, las universidades. Si sólo nos ajustamos a las concepciones urbanas y las conceptualizaciones académicas; entonces caemos en la reproducción del pensamiento geográfico colonizado. La cartografía oficial o institucionalizada por su origen avalado científica y técnicamente, no es más que la hegemonía de una palabra de difícil discusión, de difícil puesta en duda por quienes no participan del manejo de ese grafismo: el de la construcción de un mapa. Tal como dicen Deleuze y Guattari, el movimiento del grafismo subordina a la voz, como categoría

* Mikel Dufrenne (1959). Hemos tomado la pregunta metodológica que se hace el autor sobre el estudio de la personalidad para provocar una crisis de trabajo: ¿Hay que ir del niño al adulto o del adulto a niño?.

despótica, por lo que en ese caso la escritura implica una especie de “ceguera” como pérdida de visión de funciones, categorías no-gráficas, selección de símbolos, etc. Así, entendemos que al mapa académico como una representación parcializada y filtrada por connotaciones subjetivas y despóticas de sus creadores. De este modo, el mapa social se constituye como una dialéctica entre el mapa hegemónico, la representación territorial del sujeto constructor del mapa y su diálogo con los otros constructores (ya que el mapa social sólo se construye en grupo y discusión). De este modo, el producto es parte de esa dialéctica pero pone en duda el mapa científico académico y lo completa con la carga social del lugar.

Cuando incorporamos al trabajo los Sistemas de Información Geográfica Libres (SIGL), no lo hacemos bajo el concepto de SIG Participativo (Chambers. 2006 y Devos. 2009) que implica una articulación “entre el lenguaje de la comunidad, que vive y experimenta el espacio de una manera y, el lenguaje del científico social, el cual lo percibe de otra” (Massera y Vázquez. 2012) sino como parte de esa dialéctica en donde el mapa social se sitúa como crítico ante el mapa despótico, ahora euclidiano y digital.

2.1 PEQUEÑAS LOCALIDADES EN AISLAMIENTO

Reboratti (1974), expresa que en numerosos trabajos de sociología, antropología, economía y otras ciencias sociales se habla a menudo, directa o indirectamente, del aislamiento. Se nombran poblaciones aisladas, economías cerradas, comunidades marginadas, etc. Pero hasta el momento pocos son los trabajos referidos al problema específico del aislamiento físico o, mejor dicho, geográfico, tomando este concepto como la marginación espacial de ciertas poblaciones, lo que indica, una marginación total en lo económico, político y social. En este sentido, pueden citarse los trabajos de Carballada y Barberena (2003, 2004 y 2006); Albaladejo (2009); Sili (2000); Diez Tetamanti (2012) y Benitez (2000).

Reboratti (Op.cit) se refiere a una situación ambigua, dado de que se trata de aquellas poblaciones que están físicamente marginadas, pero que de ninguna manera están totalmente aisladas. Por lo tanto, para Reboratti no existe un aislamiento geográfico en términos generales, sino más bien hay que referirse a grados de aislamiento, dado que esta interacción entre los procesos de la

sociedad y del espacio se va graduando a lo largo de la historia. La medición de densidad de caminos, resulta la más simple de los parámetros, la cantidad de kilómetros de camino que hay por cada km² de superficie. Esto puede ser útil como elemento aproximativo, pero tiene la desventaja de suponer la población como homogéneamente distribuida por todo el territorio, además si nos referimos al entorno del área, por lo cual si un territorio estuviera una alta densidad de caminos, pero ninguno de estos se conectara con el exterior, seguirá existiendo un problema grave de aislamiento. El aislamiento es a entender del autor, el resultado de la interacción de cuatro factores principales: el medio físico, el asentamiento humano primitivo, el proceso histórico del resto del entorno nacional y el sistema económico imperante. La propuesta del autor, aunque interesante, no considera las subjetividades de las personas involucradas en situaciones de aislamiento territorial. Las representaciones sociales y las formas de percibir el territorio, se consideran determinantes cruciales del fenómeno de aislamiento, es decir, de cierta forma condicionan la presencia del mismo o no.

La inclusión socio-territorial involucra la inclusión social y la inclusión territorial. Según De Sena y Chahbenderian (2011) el concepto de inclusión social suele referir a un proceso que asegura que todos los miembros de la sociedad tengan la posibilidad de participar de forma igualitaria en los diferentes ámbitos de la vida en sociedad. La inclusión social está relacionada con la integración, la cohesión y la justicia social. Para Urteaga (2009) la inclusión social es “un proceso que protege a las personas de la exclusión, para que tengan los recursos necesarios para poder participar plenamente en la vida económica, social y cultural, y para que gocen de un nivel de vida y de bienestar considerado como normal para la sociedad en la que viven”. Así, la inclusión territorial se vincula a través del concepto de territorio usado, que incluye la materialidad, la vida humana, la huella de la técnica, la infraestructura y las obras en ejecución, y las acciones e intencionalidades. Este territorio posee condiciones que incluyen /excluyen desde los modos hegemónicos de producción y trabajo a grupos poblacionales (Santos y Silveira, 2001).

El concepto de accesibilidad se toma de Comes y otros (2006) quienes consideran la “accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere

la utilización de los servicios”. A su vez, para Comes, el análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas. Es necesario plantear la complejidad que se entretiene en los saberes y prácticas de las personas a las que se dirigen los servicios de salud a la hora de hacer ejercicio de un derecho. El problema de analizar la accesibilidad, únicamente desde la oferta, traería como consecuencia una respuesta que no implica subjetivamente a aquellos que necesitan los servicios asistenciales.

Así, la accesibilidad se vincula estrechamente con la movilidad, dado que ésta se corporiza en las prácticas, las relaciones y los modos de crear estrategias de la población. De esta forma, el mapa social como texto gráfico-oral-comunitario facilita la incorporación de nuevos datos que otras metodologías podrían dejar escapar. La asociación entre la cartografía social y el uso de un sistema de información geográfico supera así la idea de SIG Participativo. En cambio, se incorporan nuevos símbolos y representaciones que no existen en los pre-formatos digitales y mucho menos en la cartografía despótica. El gobierno de la interacción comunitaria sobre un texto-mapa y luego su puesta en contraste dentro de un SIG, abre un abanico de problemas que deben ser resueltos: ¿cómo incorporar objetos que no fueron nunca antes representados en los mapas? ¿Cómo relacionar la iconografía tradicional y sistematizada con el caos de subjetivación y debate que se presenta en el ejercicio de Cartografía Social? Son preguntas que lejos de estar resueltas invitan a seguir trabajando y debatiendo, en este caso, sobre la noción de mapa, aislamiento y accesibilidad.

2.2 AISLAMIENTO TERRITORIAL Y SEGREGACION ESPACIAL

El aislamiento territorial en pequeñas localidades, determina, en muchos casos, la falta de acceso o exclusión del derecho a gozar de ciertos servicios básicos para la comunidad, su población. Las causas del aislamiento, consideradas, en parte, a las condiciones físicas-naturales adversas del territorio, como la falta de caminos o accesos intransitables, se ven influenciadas por diferentes cuestiones, como la falta de acciones o comandos que disminuyan este fenómeno y representaciones sociales asociadas. Se considera que el aislamiento territorial, favorece la falta

de accesibilidad a servicios básicos para las personas, determinando, indefectiblemente a la *segregación espacial* (Segura, 2006).

El aislamiento territorial, como se mencionó en el párrafo anterior, no se considera como un hecho, simplemente, producto de las condiciones físicas naturales del ambiente. En cambio, se puede agregar, que el aislamiento territorial y la falta de políticas públicas orientadas a atenuar esta condición, generan un espacio segregado, con un déficit de integración a bienes sociales, como la educación, la cultura, la salud, etc.

Las políticas gubernamentales han contribuido a la decadencia de las pequeñas localidades espacialmente marginadas, parte de esta mirada es que la globalización no es un proceso inevitable y que las políticas tomadas por los gobiernos pueden modificar o incluso revertir el proceso. Los gobiernos pueden elegir aplicar políticas que aceleren la decadencia de las pequeñas ciudades o aplicar políticas que retarden o incluso reviertan la declinación (Collits, 2001).

La noción geográfica de aislamiento territorial, convoca a pensar estos territorios, como espacios segregados (Segura, 2006). Ramiro Segura (2006), trabaja este concepto, como un proceso de exclusión en territorios urbanos marginales. Se considera que más allá de la diferencia entre la naturaleza urbana y rural, el fenómeno de segregación espacial, puede ser aplicado, casi como un desafío teórico, a pequeñas localidades en situación de aislamiento. El autor plantea, que los espacios segregados, son espacios literal y no solo metafóricamente marginados, situados a un “costado” y en un “pozo”, en una zona no apta para el poblamiento urbano. Un espacio estigmatizado, asociado en el imaginario social con la violencia y la anomia*.

A partir de la concepción que hace Ramiro Segura (2006), sobre espacios segregados, asociado en este caso, al aislamiento territorial en pequeñas localidades; la cuestión de la falta de accesibilidad y aislamiento en estos territorios, coincide, con lo que establece el autor al respecto, como una zona no apta para el poblamiento urbano. Por otro lado, de acuerdo al significado de

* Ramiro Segura plantea esta concepción de segregación espacial en su publicación denominada “Segregación residencial, fronteras urbanas y movilidad territorial. Un acercamiento etnográfico” (2006), en Cuadernos IDES N° 9. Su perspectiva teórica se funda desde la informalidad urbana. Más allá de las disparidades entre asentamientos informales y pequeñas localidades, se considera la segregación espacial, el aislamiento y exclusión, conceptos que comparten su aplicabilidad y esencia, despreciando la naturaleza territorial que les da origen, sea en este caso urbana o rural.

espacio estigmatizado, estos pueblos, se asocian en el imaginario de la gente, no tanto con la violencia o la anomia, como establece el autor, de acuerdo a su perspectiva investigativa, sino más bien, es asociado, en el imaginario de las personas, al aislamiento, la nada, lejanía, escasez, exclusión, etc.

2.3 TERRITORIOS RELEGADOS

Se coincide con Ramiro Según (2006), en su desarrollo sobre el aislamiento, como un fenómeno propio de procesos con una débil inserción en el mercado, de relegación en un espacio exonerado y estigmatizado, con tendencia a una socialización en espacios homogéneos, y exclusión del acceso a bienes materiales y simbólicos valorados.

Antes las condiciones anteriormente descritas, que determinan el aislamiento, según Ramiro Segura (2006), se agrega a este fenómeno espacial, la falta de solidaridades y protecciones desde políticas públicas, que atiendan estas faltas y aseguren la inclusión en la sociedad, lo que conllevan y pueden incurrir en *exclusión social* (Castel, 2000).

El excluido, según Castel (2000), es un desafiliado, cuya trayectoria está compuesta por una serie de rupturas de vínculos con estado de equilibrio anteriores más o menos estables o inestables. En el caso de considerar a pequeñas localidades, aislados geográficamente, su comunidad, en muchos casos, sufren las faltas e inaccesibilidades, como consecuencia de políticas públicas que aplicadas en estos territorios, causan impactos que desequilibran y rompen con vínculos cotidianos preexistentes.

La exclusión se manifiesta en el estado de todos aquellos que se encuentran ubicados fuera de los circuitos activos de intercambios sociales. Estos estados son el resultado de trayectorias: “*no se nace excluido, no se es siempre excluido*” (Castel, 2000).

2.4 SALIR DEL PUEBLO...

Los casos de *segregación espacial*, y exclusión asociada, se hallan tensadas por fuerzas contrapuestas; por un lado procesos que empujan hacia el aislamiento (por ejemplo políticas públicas o acciones públicas que así lo determinan); y por otro lado, procesos o estrategias de la

comunidad, sus habitantes, que implican la movilidad territorial para mitigar los efectos del aislamiento y la exclusión.

En definitiva, la frontera (entre lo rural y urbano) existe y modela la vida social, la cual se estructura y depende, en gran medida, de la movilización de (escasos) recursos y la elaboración de variadas estrategias para atravesar la frontera con la finalidad de acceder a bienes y servicios escasos o ausentes en el área (trabajo, salud, educación, recreación), necesarios para la reproducción de las condiciones de vida (Segura, 2006).

Aquellos territorios lejanos, pueblos alejados, se encuentran entre una multiplicidad de fuerzas que, por un lado, empujan hacia el aislamiento y la exclusión, pero por otro lado, acuden a la movilidad como práctica fundamental, y como estrategia implementada por los habitantes, para sobrevivir. El pueblo, aunque relegado y excluido, sus dinámicas de movilización, cuestionan la idea de un total aislamiento y exclusión en estos territorios.

Salir del pueblo, es central para la reproducción de la vida, se realiza a partir y contra límites y obstáculos muy poderosos entre los cuales se encuentran: el económico. Salir supone dinero para traslados o estrategias alternativas, como recorrer grandes distancias. Asimismo, existen obstáculos de tipo geográfico / territorial, ya que, se trata de una zona marginada, alejada, y se deben cubrir grandes distancias con escasos recursos y malos servicios (Segura, 2006: 20).

2.5 EL “ANTES” Y EL “AHORA” EN EL PUEBLO: AISLAMIENTO VS MOVILIDAD

Ramiro Segura (2006), utiliza ciertas categorías o metáforas espaciales, que se consideran posibles de aplicar a la realidad de *segregación espacial* en pequeñas localidades, y la percepción de las personas al respecto. Esto último, en referencia a las representaciones sociales sobre el espacio y, más precisamente, sobre el aislamiento territorial, son variables de gran importancia a la hora de considerar este fenómeno. A partir del paralelismo de conceptos, que se hace de estos espacios de distinta naturaleza, se considera aplicable la categoría o eje temporal “antes” y “después”, con el fin de, por un lado, describir la situación anterior a experimentar por la población, el aislamiento, donde existía una situación de mayor equilibrio, en relación a accesos y beneficios, como un derecho humano y social, que más o menos estable e inestable se lograba. Por otro lado, la utilización de la categoría “ahora”, establece un corte o ruptura con respecto al

pasado, es decir, el presente: refleja un pueblo vulnerable, principalmente, por su aislamiento y falta de servicios adecuados para atender necesidades básicas, llevando a la disminución completa de la comunidad a una sociedad excluida de diferentes bienes sociales.

Los procesos involucrados en el aislamiento territorial y las estrategias de movilidad implementadas, producen un ordenamiento espacial específico. El “sistema topográfico” simboliza, segmenta y otorga sentido al espacio y a sus relaciones con el entorno. Se trata de un sistema que tiene su base en la experiencia del espacio y al mismo tiempo le da forma a dicha experiencia, orientando a los actores sociales en el espacio. *“Simultáneamente –y aquí radica su riqueza metafórica– al hablar del espacio habla también de otra cosa: expresa –y es expresión– de las relaciones de poder y las desiguales posiciones sociales de distintos actores asociados a un determinado espacio”* (Segura, 2006: 22).

3. METODOLOGÍA

El trabajo en terreno se planificó con antelación, dado que se realizaron viajes de reconocimiento, entrevistas a los Técnicos en Salud Comunitaria en Terreno y el ajuste de los aspectos a analizar en función a la accesibilidad y movilidad relacionadas con el sistema de salud.

Se generó un diseño de dispositivo de intervención e investigación en terreno con anterioridad. El dispositivo contempló el trabajo en Cartografía Social, el trabajo con SIG Libre, para lo cual se eligió trabajar con el programa Quantum GIS y; la etapa final de relación entre Cartografía Social y SIG Libre.

Para el abordaje del taller de Cartografía Social, se consensó con la población local, la realización del mismo, un día determinado con convocatoria libre y pública a todos los habitantes de la localidad. Luego se diseñó una grilla de aspectos a trabajar y se sugirieron posibles referencias a usar en el mapa social. Para la construcción de la grilla de aspectos se tuvieron en cuenta los objetivos de la investigación-intervención, basados en el análisis de las estrategias locales de la población y de los agentes de salud, para el acceso general a la atención sanitaria. De este modo, la grilla quedó diseñada del siguiente modo:

Aspecto	Variable	Observación
Dibujo de localidad y el área rural.	Mapa base	Dibujo libre y sin delimitaciones impuestas.
Lugares de acceso a atención	Control de rutina (sano) Atención especializada Emergencias Tratamientos Medicamentos	Usar la referencia indicada
Recorridos (<i>con líneas</i>)	<i>Como accedemos (atención a recorridos) Desde el campo; en la localidad; desde otras localidades.</i>	Marcado con referencia sobre la relación. Representar el recorrido y el modo de transporte.
	Auto particular 	
	Taxi – Remise 	
	Dedo (me llevan) 	
	Colectivo 	
	Caballo 	
	A pie 	
	Bicicleta 	
	Ambulancia 	
Obstáculos (existencia / inexistencia)	Físicos (ríos, derrumbes, etc) Clima (temporal, nieve, etc) Infraestructura (rutas, hospitales, etc) Sociales (planes, etc)	Crear una referencia e indicarla en la parte de referencia. Usar siempre la misma referencia y hacer anotaciones. MARCAR CON ROJO. Se puede marcar con un 2

	<p>Económicos (subsídios, etc)</p> <p>Servicios (transporte, bonos, etc)</p> <p>Tiempo (agilidad, etc)</p> <p>Otros</p>	<p>para indicar tiempo, demora, etc.</p>
<p>Facilidades (existencia / inexistencia)</p>	<p>Físicos (ríos, derrumbes, etc)</p> <p>Clima (temporal, nieve, etc)</p> <p>Infraestructura (rutas, hospitales, etc)</p> <p>Sociales (planes, etc)</p> <p>Económicos (subsídios, etc)</p> <p>Servicios (transporte, bonos, etc)</p> <p>Tiempo (agilidad, etc)</p> <p>Otros</p>	<p>Crear una referencia e indicarla en la parte de referencias. Usar siempre la misma referencia y hacer anotaciones.</p> <p>MARCAR CON VERDE.</p> <p>Se puede marcar con un 2 para indicar tiempo, demora, etc.</p>
<p>El PASADO</p>	<p>El grupo elige un elemento de los «Lugares de acceso a atención» y piensa en cómo se realizaba en el pasado.</p> <p>Luego, representa «Recorridos», «Obstáculos» y «Facilidades»</p>	<p>Del mismo modo que en los aspectos anteriores usando sólo el color AZUL.</p>

El taller de Cartografía Social se realizó en el “Club de Madres”, sitio de reuniones regulares de la comunidad de Aldea Beleiro. Allí se convocaron a adultos y niños para la realización del taller.

Para dar inicio al taller de Cartografía Social, se realizó una presentación del grupo de trabajo, luego, se dividieron los grupos, los cuales quedaron conformados en adultos por un lado y niños por el otro. Una vez establecidos los grupos se realizó una presentación del método y dispositivo de trabajo (grilla) para la realización de la cartografía social.

Los adultos debieron comenzar con un mapa individual. Una vez finalizado este mapa, se comenzó con la realización del mapa grupal. Los niños, directamente realizaron el mapa grupal.

La razón de trabajar con adultos y niños, se consensuó con el fin de incluir todas las miradas o representaciones sobre la temática. Algunas representaciones estuvieron más sesgadas por la cotidianeidad de los sucesos y otras miradas más limpias, más inocentes, pero sin dejar de ser reales.

Para la realización de los mapas se trabajó en el suelo. La idea básica de esto, es para trabajar de manera horizontal, que la comunicación sea horizontal, uno de los principios básicos de Cartografía Social.

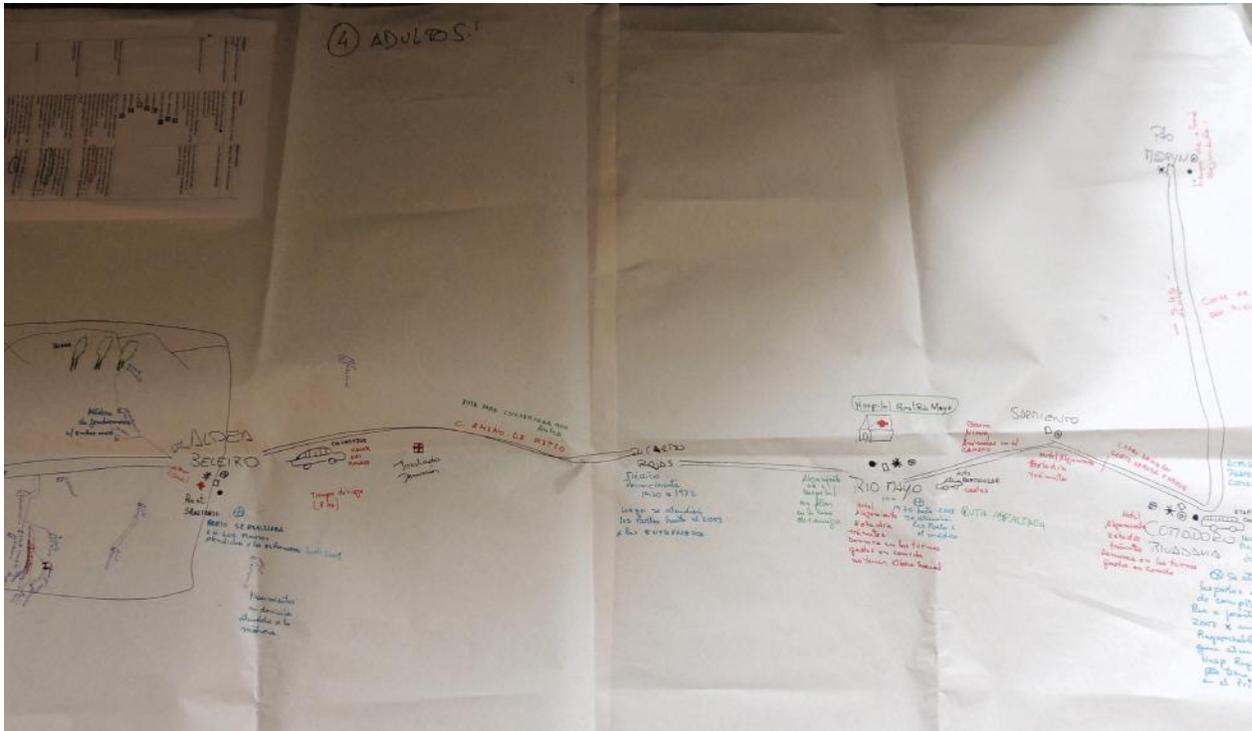
La creación del mapa colectivo, se basó, según la grilla o dispositivo de trabajo, en el mapeado de los obstáculos y facilidades para el acceso a la salud y los lugares de atención, donde cada participante hizo aportes en función de su experiencia y su cotidianeidad.

Se puso énfasis en las diferentes estrategias de movilidad implementadas por la gente, como la cooperación social, colaboración entre vecinos, transporte, etc.

Como parte del taller, se convocó a mapear una práctica social que haya cambiado en el tiempo, es decir, cómo era en el pasado. En esta instancia, surgió el uso de la ambulancia, la cual antes, era utilizada para diferentes fines, y en la actualidad solo se utiliza para emergencias. Por otro lado, como parte de esta actividad, se puso énfasis en los partos, que antes se realizaban en la “Salita”, a través de la atención de la enfermera, familiar o madrona, mientras que en la actualidad, los partos no se realizan en el lugar, sino que se debe viajar a Comodoro Rivadavia (Plan Nacer), provocando que no haya nacimientos en Aldea Beleiro desde hace aproximadamente 15 años.

Finalmente, se realizó la presentación de los diferentes mapas colectivos, ante todos los integrantes del taller. El momento de trabajo fue registrado con filmaciones, fotografías y toma de notas.

IMAGEN 1: MAPA SOCIAL REALIZADO EN EL TALLER



Fuente: propia.

3.1 MÉTODO DE SIG

La metodología de trabajo consistió en la utilización del software libre Quantum GIS 1.8 Lisboa; una imagen satelital georreferenciada del Departamento Senguer, proporcionada por Atlas Digital IGN; Argentina 500K y las coberturas necesarias para la salida cartográfica disponible de la página del IGN. Además se trabajó con cartas del IGN escala 1:100000

Se procedió a la creación de una planilla Excel con extensión .csv (delimitado con comas) con todos los campos que componen la *planilla de familia* (Sistema provincial de salud del Chubut); luego se generó una cobertura de puntos denominada “Planilla de Salud”, creada con el software. Cabe aclarar que cada punto corresponde una familia y su localización en el SIG, solo se pudo realizar con la ayuda del agente sanitario, ya que, por su trabajo en terreno, sus conocimientos

sobre el territorio, resultaron un aporte fundamental. La ubicación de cada punto se concretó utilizando imágenes satelitales de distribución libre, las cartas topográficas y la ubicación social del agente sanitario y un baqueano. En ningún caso se utilizó un GPS.

Finalmente, se realizó la unión de tablas vinculando el archivo .csv a la cobertura de puntos. Esta unión, permite que en el programa se visualicen los atributos de la planilla para que cada punto representado en el mapa contenga la misma información que las planillas en formato papel. De esta forma, se obtiene un mapa SIG con información poblacional de gran importancia para el facilitar las condiciones sanitarias del lugar, información específica, que forma parte de una base de datos imprescindible, en situaciones de aislamiento y accesibilidad volátiles.

3. RESULTADOS

Se realizó la sistematización de resultados obtenidos de los mapas colectivos consensuados en la grilla o dispositivo de trabajo. Los aspectos a analizar, en función a los objetivos del proyecto, fueron: los lugares, el recorrido, tiempo, facilidad y obstáculos, que percibe la comunidad, en relación al pueblo, acceso a la salud y las estrategias de movilidad implementadas.

Los lugares que se reconocieron como habituales de control sano en Aldea Beleiro, ante la ausencia de farmacias para la compra de medicamentos, son por un lado, Río Mayo (120 km), donde también se atienden las emergencias, ya que, esta localidad cuenta con un hospital. Cuando se trata de algún tratamiento específico o de una atención especializada, la comunidad se traslada a Comodoro Rivadavia (385 km), siendo esta localidad, la más cercana con hospital de alta complejidad, En otros casos de menor complejidad se los traslada a la localidad de Sarmiento (240 km).

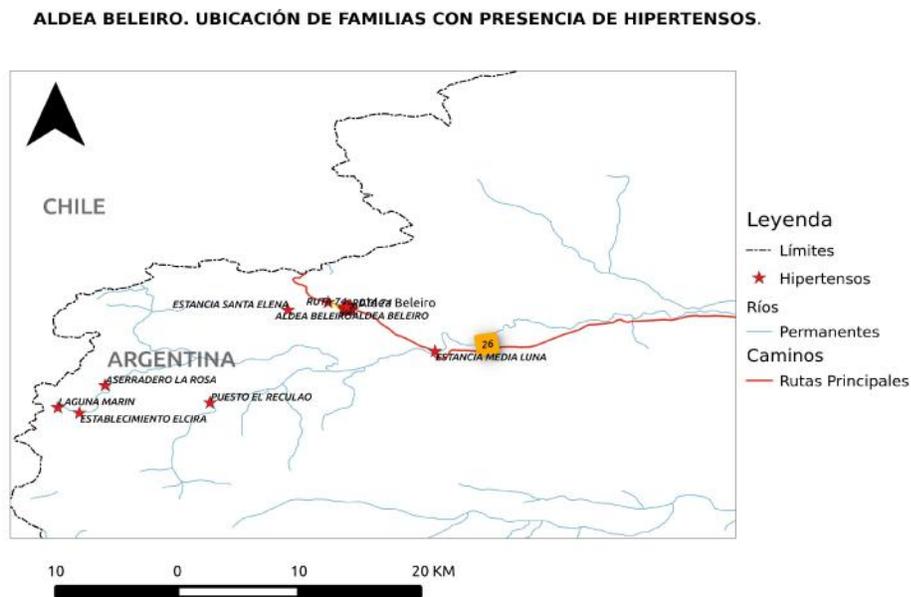
Estos recorridos se llevan a cabo, en muchos de los casos, con autos particulares, o en bicicletas. También se movilizan en colectivos de línea y de acuerdo a ello es la demora del viaje. El traslado de derivaciones o emergencias se realiza en la única ambulancia a disposición de la localidad.

Para poder concretar el traslado a las diferentes localidades muchas personas cuentan con el hospedaje en casa de familiares. Las rutas se encuentran asfaltadas y en el caso de tener auto particular el tiempo de demora es mucho menor. El puesto sanitario facilita la obtención de medicamentos, la obtención de turnos y los traslados.

En época de invernada, las derivaciones por salud, a otras localidades fuera de Aldea Beleiro, se dificultan, ya que las condiciones climáticas, tales como la nieve, la crecida de ríos, los derrumbes y cortes en rutas, obstaculizan el traslado de pacientes.

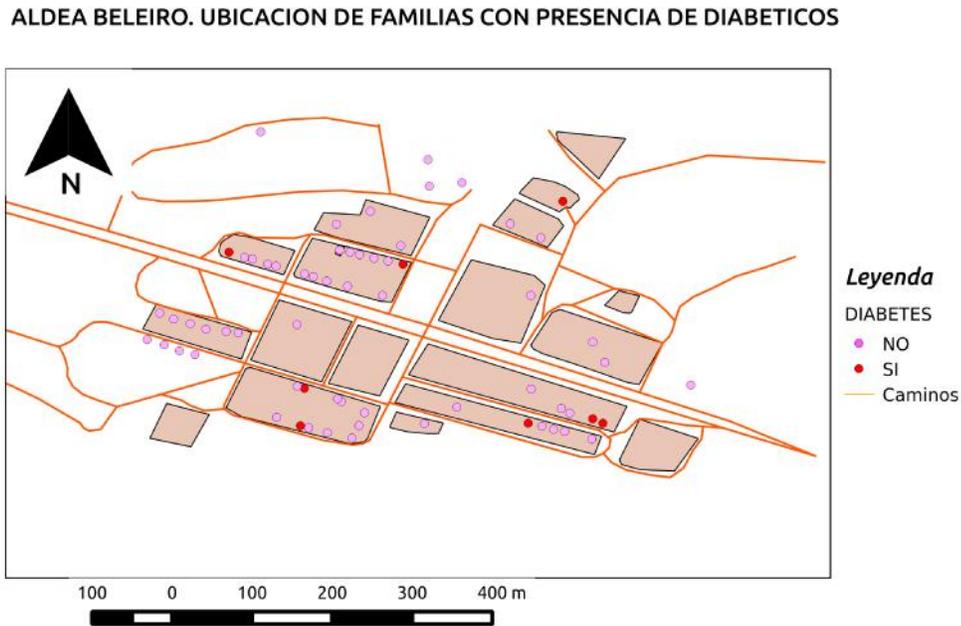
El costo que implica la estadía, el hospedaje, la comida y los pasajes, es un obstáculo determinante en situaciones de salud, que determinan derivaciones hacia otras localidades.

MAPA 1: ALDEA BELEIRO. UBICACIÓN DE FAMILIAS CON PRESENCIA DE HIPERTENSOS



Autores: Diez Tetamanti, Juan Manuel y Jaimes, María de los Ángeles (Febrero 2014).

MAPA 2: ALDEA BELEIRO. UBICACIÓN DE FAMILIAS CON PRESENCIA DE DIABÉTICOS



Autores: Diez Tetamanti, Juan Manuel y Jaimes, María de los Ángeles (Febrero 2014)

Por otro lado, a partir de la aplicación del método SIG, se obtuvo la integración de datos de las planillas de familias a una cobertura de puntos denominada “Planillas de Salud”, permitiendo una mejor caracterización y cuantificación de la cobertura.

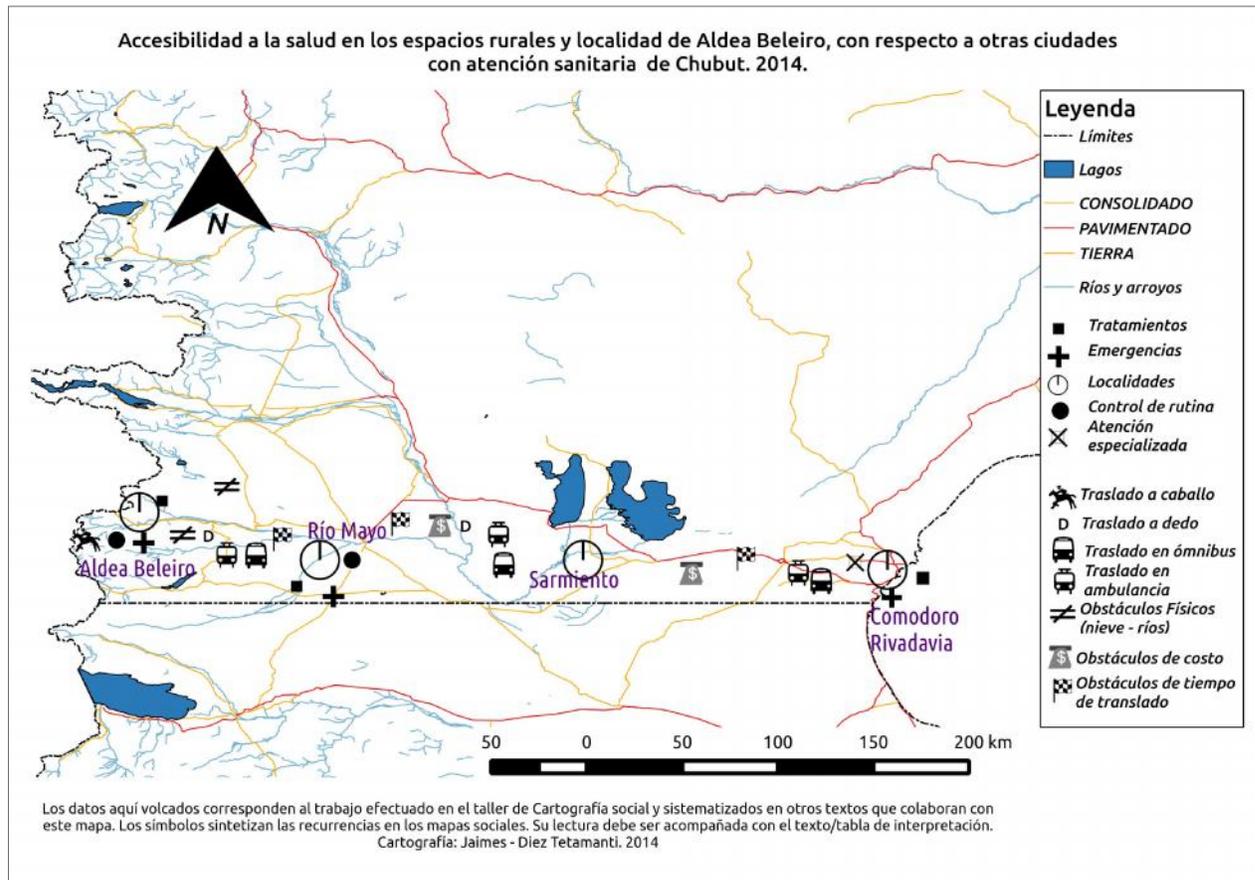
Así, se hace posible hacer consultas de diversos tipos, relacionadas con patologías, atención de rutina, historia clínica etc. Estas consultas favorecen la eficacia de la atención y una posible detección de focos, frecuencias o sectores prioritarios ante crisis sociales o naturales.

Este SIGL hace posible un rápido acceso a la información de la población, lo cual se podrá actualizar permanentemente. A la vez los datos espaciales generados, se pueden superponer con la imagen satelital suministrada, aumentando la capacidad de análisis.

Finalmente se cruzaron los resultados obtenidos en los talleres de Cartografía Social, con los ajustes realizados en SIGL. Este proceso resultó de un complejo análisis de recurrencias y de la tabla de texto que surge del taller.

Así, se obtuvo el siguiente mapa:

MAPA 3: ACCESIBILIDAD A LA SALUD EN LOS ESPACIOS RURALES Y LOCALIDAD DE ALDEA BELEIRO, CON RESPECTO A OTRAS CIUDADES CON ATENCION SANITARIA DE CHUBUT 2014



Autores: Diez Tetamanti, Juan Manuel y Jaimes, María de los Ángeles (Febrero 2014)

En el mapa, pueden observarse los puntos en donde se realizan diversos tipos de tratamientos, los kilómetros necesarios para acceder a atención especializada, los caminos con impedimentos físicos o climáticos, los modos de traslados con más recurrencias, y los obstáculos de costo y tiempo. Esta información fue remitida al puesto sanitario de modo de trazar acciones pertinentes para la facilitación de acceso a la salud. Los resultados del mapa anterior son de alta calidad

subjetiva y comunitaria. Son resultados que hablan del problema cotidiano y el lugar cotidiano relatado por hombres y mujeres del lugar.

Se pretende continuar, en base a estos resultados, generando una mayor sistematización de enlace entre las dos metodologías de trabajo (CS y SIGL), para poder establecer mayor posibilidad de replicabilidad en otras localidades.

4. CONCLUSIONES

Como parte de los objetivos planteados en el proyecto, se considera, que ante la presencia de diferentes dificultades para la comunidad de Aldea Beleiro en el acceso a la salud, la población comenzó a implementar estrategias de movilidad que le permitieron hacer frente a esta situación. Denis Merklen (2009), agrega que la noción de excluido, debería remitir a una categoría social completamente separada del resto, lo que no parece constituir el caso de las sociedades latinoamericanas, y mucho menos de la argentina. Por lo tanto, esto vuelve a poner énfasis en la idea crítica de pensar los poblamientos rurales, como Aldea Beleiro, en una total exclusión y aislamiento territorial.

Las estrategias de movilidad de la comunidad de Aldea Beleiro, no sólo suponen los recorridos y formas asociadas de acceder al sistema de salud en otras localidades, sino que a partir de los resultados obtenidos, se puede decir, que existen estrategias comunitarias de movilización, que buscan “visibilizar” sus necesidades, es decir, mecanismo formales de organización social, que les permitan obtener el reconocimiento de sus demandas frente a las instituciones públicas. Esto, convoca a pensar estas localidades, no más, en la lógica de espacios relegados, sino como comunidades en busca de estímulos para la manifestación y activación de su poder como ciudadanos.

En coincidencia con una mirada “optimistas de las ciudades pequeñas”, se focaliza en la necesidad de la acción comunitaria, la planificación estratégica y el liderazgo. Como dice Derrimaan, “...la iniciativa y la ingenuidad pueden prevalecer sobre la adversidad rural” (Derrimaan, 1999, citado en Collits P. 2001).

Así, la palabra y la voz local se unen en el grafismo de un mapa social que dialoga de modo permanente para disminuir la “ceguera” que se presenta en la cartografía hegemónica. La cartografía sale de este modo del mapa para situarse en todo el texto que presenta el territorio. Encontramos aquí un modo de saltar algunos de los límites que impone la metodología tradicional para ingresar a un lugar de compromiso y construcción del territorio analizados desde la población que habita el lugar.

Los productos que se obtuvieron como resultados: textos, mapas y debate, sirvieron para la implementación de solicitudes ante diferentes estamentos de la administración pública y de salud. A su vez, algunos habitantes de la localidad, se reunieron para enviar una carta dirigida a la gobernación, solicitando la presencia de un médico permanente.

Este análisis integral del problema planteado, nos obliga a continuar más allá en perfeccionar el método y el modo en el que se lo implementa, con vistas a generar posibles replicabilidades en otras pequeñas localidades de la región y el país.

5. BIBLIOGRAFIA

-Albaladejo, C. (2009). Médiations territoriales locales et développement rural . Vers de nouvelles compétences d'accompagnement de l'activité agricole. Les agricultures familiales dans les transformations territoriales en Argentine, au Brésil et en France. *Université de Toulouse II Le Mirail*, HDR Habilitation à Diriger des Recherches Géographie et Aménagement, 304 p.

-Albet A, y Benejam P. (2000) *Una geografía humana renovada. Lugares y regiones en un mundo global*. Barcelona: Vicens Vives.

-Barcellos, C.; Buzai, G.D. (2007). La dimensión espacial de las desigualdades sociales en salud: aspectos de su evolución conceptual y metodológica. En: *Anuario de la División Geografía 2005-2006*. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Luján. pp. 275-292.

-Benítez, M. (2000). *La Argentina que desaparece, desintegración de comunidades rurales y poblados en vías de desaparición*. Tesis de Doctorado. Universidad de Belgrano. Serie de estudios para graduados. Univ. De Belgrano. N° 12. Buenos Aires, 78p.

- Carballeda, A. J. M. (2012). Prólogo. En *CARTOGRAFÍA SOCIAL. Investigación e intervención desde las ciencias sociales, métodos y experiencias de aplicación*. Ed. Universitaria de la Patagonia.
- Carballeda, A.J.M. y Barbarena, M (2006). Municipios y Cuestión Social. En *Revista Margen*. No 41. Marzo de 2006. Online en: <http://www.margen.org/suscri/margen41/carballe.html#sdfootnote1anc> (consulta noviembre de 2009)
- Carballeda, A.J.M. y Barbarena, M (2003). La necesidad de una estrategia de políticas socio productivas para las pequeñas localidades. En *Informe de Desarrollo Humano*. La Plata: BAPRO. 228Pp.
- Carballeda, A.J.M. y Barbarena, M (2004). La necesidad de una estrategia de Políticas Socio Productivas para las pequeñas localidades. En *Revista Margen*. No 32. Verano de 2004. Online en: <http://www.margen.org/suscri/margen32/carbarbe.html>
- Castel, R. (2000). *Las trampas de la exclusión*. CEIL.
- Chambers, R. (2006). Participatory Mapping and Geographic Information Systems: Whose Map? Who is Empowered and Who Disempowered? Who Gains and Who Loses? En *Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries*, n° 25(2), págs. 1 a 11.
- Collitis, P. (2001) *Small Town Decline and Survival: Trends, Success Factors and Policy Issues*. S/D.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkiner, A. (2008) El concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional entre Población y Servicios. En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA* , Volumen XIV año 2006.
- De Sena, A. y Chahbenderian, F. (2011) Argentina, works?: Some considerations and perspectives of the "Social Income with Labor" Plan. En *Polis* vol.10, n.30 [citado 20121218], pp. 7798. Online en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682011000300004&lng=es&nrm=iso. ISSN 07186568.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1998). *L Anti-Oedipe. Capitalisme et schizophrénie*, París, Ed. Les Éditions de Minuit, 1972, ("El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia", trad. a cargo de Francisco Monge, Barcelona, Ed. Paidós, (2ª ed).

- Devos, S. y otros (2009) Buenas prácticas en cartografía participativa. En análisis preparado para el *Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola* (FIDA).
- Diez Tetamanti, J.M. (2012) *Acciones locales y políticas públicas en pequeñas localidades de la provincia de Buenos Aires*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca. 339p. Online en: http://tesis.uns.edu.ar/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=631
- Buzai, G. D. (Dir.)(2013). *Sistemas de Información Geográfica (SIG): Teoría y aplicación*. Universidad Nacional de Luján, Luján.
- Gutiérrez Puebla, J. (1998). Bases conceptuales de los SIG: áreas de aplicación, En *Ier Congreso Español de SIG medioambientales*, pp. 1-12.
- Marx y Engels (1974) *Obras Escogidas en tres tomos*. Editorial Progreso. t. III. Moscú.
- Massera, C y Vázquez, A. (2012). Repensando la geografía aplicada a partir de la cartografía social. En *CARTOGRAFÍA SOCIAL. Investigación e intervención desde las ciencias sociales, métodos y experiencias de aplicación*. Ed. Universitaria de la Patagonia.
- Merklen, D. (2009). Vivir en los márgenes: la lógica del cazador. En *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales*. Ed Biblos. Pp 81-119.
- Reboratti, C. E. (1974). *Desarrollo económico. Instituto de Desarrollo Económico y Social*, Vol. 14, N° 55, 481-506.
- Santos, M y Silveira, M.L. (2001) *O Brasil*. Ed. Record. Rio de Janeiro.
- Segura, R. (2006). Segregación residencial, fronteras urbanas y movilidad territorial. Un acercamiento etnográfico. En la *Serie de Cuadernos del IDES*, N° 9. Buenos Aires.
- Sili, M. (2000) *Los espacios de la crisis rural. Geografía de una pampa olvidada*. Ed. UNS. Bahía Blanca. 2000. 179p.
- Urteaga, E. (2009) Fundamentos y organización de las políticas sociales en Francia. En revista *Portularia*. Vol. IX, No 2 pasg 75 a 95. Huelva.