

# Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón

Silvina Mariel Aveni\* - Sofía Estela Ares\*\*

## Resumen

El objetivo de este trabajo es indagar la vinculación entre la accesibilidad geográfica a los servicios de salud públicos y la calidad de vida de la población, en las localidades menores (menos de 10.000 habitantes) del partido de General Pueyrredón. La accesibilidad geográfica sería un factor condicionante de la calidad de vida debido a las diferencias existentes en la posibilidad/oportunidad de la población para acceder a los servicios de salud. La metodología es cuanti-cualitativa, utilizando datos censales (2001) y datos obtenidos mediante encuestas en dos áreas testigo (barrio Acantilados y El Marquesado, 2007). Dentro de la investigación, a partir del enfoque cuantitativo, se constata que la accesibilidad geográfica de la población a los centros de salud públicos tiene una distribución un tanto indiferente con relación al índice de calidad de vida. Sin embargo, en la fase cualitativa, se advierte que la mayoría de los encuestados consideró a la salud como dimensión de la calidad de vida e incluyó aspectos referidos a la misma en sus contestaciones, tanto de forma directa como indirecta.<sup>1</sup>

**Palabras clave:** accesibilidad geográfica, calidad de vida, geografía de la salud, localidades menores.

---

\* Becaria, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, [avenisilvina@gmail.com](mailto:avenisilvina@gmail.com)

\*\* Becaria, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, [ares.sofi@gmail.com](mailto:ares.sofi@gmail.com)

<sup>1</sup> El presente trabajo constituye una versión ampliada de la ponencia presentada en las Jornadas Cuyanas de Geografía, 2008 y forma parte del proyecto Accesibilidad geográfica y calidad de vida en el partido de General Pueyrredón en el inicio del tercer milenio. Análisis socio-territorial con sistemas de información geográfica. Grupo de Estudios sobre Población y Territorio. Universidad Nacional de Mar del Plata.

## **Geographic Accessibility To Health Systems And Quality Of Life: An Analysis Of The Municipality of General Pueyrredon**

### **Abstract**

The purpose of this article is to find the relationship between the geographical accessibility to public health services and population's quality of life in the Municipality of General Pueyrredon small localities (less than 10000 inhabitants). The geographical access would be an important factor influencing the quality of life due to the different possibilities/ opportunities of population's access to health services. The methodology is quantitative/ qualitative based on census data (2001) and the information was obtained from several interviews performed in Acantilados Neighbourhood and El Marquesado, 2007. The quantitative approach notices that population's geographical access to public health services has an indifferent territorial distribution in relation to the Quality of Life Index. However, the qualitative approach shows that people consider health as a dimension of quality of life and they include direct and indirect considerations on that matter in their answers.

**Key words:** geographical access, quality of life, Geography of Health, small localities.

## Introducción

El partido de General Pueyrredón (PGP) ubicado en el sudeste bonaerense, es conocido esencialmente por las características económico-demográficas de la ciudad de Mar del Plata (564.000 habitantes, 2001). Dentro de esta unidad político-administrativa, se advierte que el crecimiento demográfico-habitacional desborda los límites oficiales de la ciudad y se configuran así, por un lado barrios que muestran contigüidad espacial con la trama urbana de Mar del Plata y por otro lado, localidades<sup>2</sup> de pequeñas dimensiones que se ubican en espacios dedicados a las actividades agropecuarias e industriales.

En base a estas transformaciones, resulta de interés observar qué disponibilidad de servicios públicos existe en estos “nuevos” espacios, así como la incidencia de la distancia y el tipo de servicio ofrecido asociado con la calidad de vida de los pobladores. En relación con estas ideas, el objetivo de este trabajo es indagar la vinculación entre la accesibilidad geográfica a los servicios de salud públicos y la calidad de vida de la población, en las localidades menores del partido de General Pueyrredón.

La salud es una dimensión de la calidad de vida, ésta última definida como una construcción social, que depende de valores, pautas culturales y del contexto socio-territorial de los individuos y que se distribuye de manera dispar en el territorio. En tal sentido, la accesibilidad geográfica sería un factor condicionante de la calidad de vida, debido a las diferencias existentes en la posibilidad/oportunidad de la población para obtener servicios de salud. Además de estos aspectos objetivos de la calidad de vida, las personas manifiestan distintos niveles de satisfacción según cómo perciban la oferta de servicios y su accesibilidad.

El trabajo está organizado en dos secciones. En la primera, se exponen los conceptos teóricos centrales para esta indagación, con énfasis en la calidad de vida y la accesibilidad; luego se describen la metodología empleada y el área de estudio.

La segunda parte del trabajo contiene la presentación y discusión de los resultados tanto los referidos al PGP como a dos recortes territoriales seleccionados, la localidad denominada El Marquesado y el barrio Los Acantilados, ambos situados sobre la Ruta 11, al sur de la ciudad de Mar del Plata. El trabajo finaliza con un apartado de conclusiones.

---

<sup>2</sup> En este caso se tomó el criterio propuesto por el INDEC, en base a Vapñarsky y Gorojovsky (1990), quienes conciben a la localidad (o poblado, pueblo, ciudad) como *aglomeración*. Es decir, se consideran localidades a las “áreas de edificación bastante compacta interconectadas mediante una red densa de calles”. Se destaca que dos o más áreas edificadas cuyos bordes disten entre sí no más de dos kilómetros a lo largo del camino más corto, se consideran partes componentes de una sola aglomeración (Vapñarsky y Gorojovsky, 1990).

## Aspectos teóricos y metodológicos

### Geografía, Salud y Geografía de la Salud

En acuerdo con Abalerón, se define a la calidad de vida de la población a partir de los grados de excelencia en la provisión de bienes y servicios, el contento/descontento, temporal y territorialmente contextualizados (Abalerón, 1998). Para cubrir sus necesidades, la población utiliza satisfactores, los cuales se clasifican en los de equipamiento comunitario (hospitales, centros de salud, clínicas) y los de infraestructura de servicios (agua potable, cloacas, sanitarios). Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su accesibilidad y a su jerarquía, fenómeno que se traduce en una distribución desigual en el territorio.

La calidad de vida, como categoría analítica compleja, posee múltiples dimensiones y una de ellas, con importante significación social, es la Salud. En general, las investigaciones ligadas con este aspecto han sido elaboradas principalmente por médicos, epidemiólogos, antropólogos y sociólogos, quienes consideraron indicadores de mortalidad y morbilidad sobre afecciones transmisibles. Sin embargo, no se ha tomado en cuenta el conjunto de condicionantes que influyen sobre la Salud, es decir los factores físico-biológicos, demográficos, socioeconómicos y la distribución de los servicios sanitarios.

Estudiar la calidad de vida y sus dimensiones desde un punto de vista geográfico, tiene como ejes principales la investigación de *localizaciones*, *distribuciones*, *asociaciones*, *interacciones* y evoluciones espaciales. La *localización* se refiere a la ubicación de los atributos bajo estudio. Las diversas localizaciones dan lugar a patrones de *distribución* y se relacionan entre sí, dando lugar a la *interacción* que aborda al espacio relacional en base a ubicaciones, distancias y flujos horizontales (Buzai y Baxendale, 2006).

Dentro de la disciplina geográfica, la Geografía Médica está especializada en los factores externos que inciden en la salud de las personas, mientras que la Geografía de los Servicios Sanitarios se refiere a la disponibilidad y distribución del equipamiento sanitario. La Geografía de la Salud es el resultado de la combinación de los contenidos de ambas. Olivera señala que, desde una postura crítica, esta subdisciplina tiene en cuenta indicadores sociales para denunciar las desigualdades en niveles de salud y la inequidad en la accesibilidad a los recursos sanitarios. (2007: 62 y 63) Por tanto, es posible estudiar las disparidades de la calidad de vida desde la dimensión Salud, a partir de explorar las condiciones sanitarias de la población.

Los sistemas de salud constituyen la forma en que se organizan los recursos de salud de un país. Los servicios de salud varían en volumen y cualidades a lo largo del tiempo y pueden ser privados o públicos, estos últimos considerados servicios colectivos. Como sostienen Moreno y Escolano éstos son organizados y gestionados colectivamente y consumidos vía mecanismos no comerciales o al

menos financiados parcialmente por los organismos públicos. En cambio, la localización, organización y gestión de los centros médicos privados depende de una decisión basada en la lógica empresarial (Moreno y Escolano, 1992, citados por Moreno Jiménez, 2007: 199).

Los fenómenos sociales no se distribuyen de forma homogénea en el espacio geográfico (Buzai, 2007), por tanto, se puede afirmar que existiría desigualdad en el acceso geográfico a la asistencia médica, debido a la localización discreta de las instalaciones. Existe una *distancia* entre la oferta del servicio y la población que busca satisfacer sus necesidades sanitarias. A esta distancia se la denomina accesibilidad geográfica (Salado García, 2004).

Según Buzai y Baxendale (2006), la accesibilidad es un concepto multidimensional. Estas dimensiones pueden ser agrupadas en:

- existencia (aparición y localización específica del servicio)
- conectividad (red de circulación que permite su conexión a los puntos de demanda)
- disponibilidad (posibilidad de absorber la demanda)
- adecuación (la oferta cumple con las expectativas de la demanda)
- capacidad económica (medios de demanda para llegar al servicio).

En el presente estudio, se pondrá énfasis en la dimensión *existencia*, relacionada a la localización de los servicios de salud, haciendo mención de su nexo con la *conectividad*. Además se abordarán la *adecuación* y la *conectividad* para los casos del barrio Los Acantilados y de una localidad menor denominada El Marquesado. Para todas las situaciones se considerará el análisis de distancias lineales. La distancia lineal (ideal) es definida como la menor distancia existente entre dos puntos (por ejemplo entre la oferta y la demanda de servicios sanitarios) y es representada a través de una línea recta (Buzai y Baxendale, 2006).

Empíricamente se evidencia que la cantidad consumida y la asiduidad en la utilización de los equipamientos se reduce al aumentar la distancia, lo que avala el empleo de un indicador como éste, ya sea con la separación real en el territorio (distancia), la económica (coste de desplazamiento) o la temporal (tiempo de trayecto), para evaluar la localización de los equipamientos (Bosque Sendra y Moreno Jiménez; citados por Buzai, 2007: 102).

Con respecto al valor real de un servicio se considera que es la suma del precio del mercado más el costo de transporte que implica acudir al punto de venta, beneficiando a algunos consumidores y perjudicando a otros, según la localización relativa de la oferta (unidades de servicio) y de la demanda (población consumidora) (Garrocho, 2007: 41). Siguiendo al mismo autor, la población que disfruta de *mayor accesibilidad relativa* a los servicios de salud (por contar con costos menos elevados), los utilizará mejor y más oportunamente. Ocurre lo

contrario con la población que cuenta con niveles de accesibilidad más bajos. De esta manera, la distribución del equipamiento genera desigualdades sociales e impacta directamente en la calidad de vida de la población.

## Metodología

Este trabajo se basa en una metodología cuali-cuantitativa. Si bien se tiene en cuenta a la totalidad del PGP, se estudia la accesibilidad a centros de salud desde las unidades espaciales con población agrupada en localidades.

El análisis socio-espacial parte del cálculo de distancias lineales<sup>3</sup> para evaluar la proximidad lineal y directa a los centros de salud existentes. Los datos empleados provienen del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 (INDEC), de la Municipalidad del PGP y de un relevamiento primario a través de encuestas semi-estructuradas (El Marquesado y barrio Los Acanilados, 2007).

Entre la oferta y la demanda de servicios es posible analizar la distancia lineal (ideal) y la distancia real (Buzai y Baxendale, 2006: 305). En acuerdo con Garrocho Rangel y Campos Alanís (2006), se entiende a la accesibilidad como un *atributo compartido*, tanto por el origen (usuarios potenciales) como por el destino (unidades de servicio), ya que los relaciona de manera directa. En la presente investigación, la unidad de medida utilizada es la **distancia lineal** entre cada punto de “destino” (centros de salud) y los diferentes puntos de “origen” (localidades menores). El uso de las distancias lineales resulta más operativo para abordar el concepto de accesibilidad en un primer abordaje del problema.

Se intentará establecer la relación entre la localización de los centros públicos de salud, la población sin cobertura social privada y el índice de calidad de vida (ICV)<sup>4</sup>. Además, se mostrarán los resultados correspondientes a las unidades espaciales seleccionadas que ponen en evidencia el grado de satisfacción con respecto a los servicios de salud y su accesibilidad.

---

<sup>3</sup> También denominadas “distancias ideales”. Cfr Buzai, Gustavo y Baxendale, Claudia: *Análisis socioespacial con SIG*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

<sup>4</sup> Cfr. Lucero, Patricia *et al.*: “Brechas socio-territoriales vinculadas con la calidad de vida de los habitantes de Mar del Plata en los inicios del Siglo XXI”. En: Velázquez, G. y Gómez Lende, S. (autores/ compiladores): *Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001)*. Aportes empíricos y metodológicos. Tandil. CIG. UNICEN. 2005 y Mikkelsen, Claudia (03-04-2007): “Ampliando el estudio de la calidad de vida hacia el espacio rural. El caso del partido de General Pueyrredón. Argentina”. En: *Hologramática*. Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ. Número 6, V4, pp.25-48. ISSN 1668-5024. Disponible en <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=533> [Obtenido en junio de 2007].

## El partido de General Pueyrredón

El área de estudio corresponde al partido de General Pueyrredón, localizado en el sudeste de la provincia de Buenos Aires (Figura 1). La ciudad de Mar del Plata, cabecera del partido, registra diversas fases de crecimiento socio-habitacional en su devenir. A través de las mismas y con el transcurso del tiempo, se incrementó la oferta de propiedades en áreas cada vez más alejadas de los espacios consolidados de la ciudad, superando sus límites oficiales y configurando de este modo, una trama de barrios periféricos y de pequeñas localidades. La mayor parte de estos asentamientos de población agrupada se localiza cerca de las rutas de acceso al núcleo urbano principal del distrito. En todos los casos, la población es inferior a los 10.000 habitantes y sus actividades se hallan en estrecha dependencia con respecto a la ciudad principal, debido a la escasa disponibilidad de servicios esenciales, dificultades en el costo y la frecuencia del transporte público, restringida oferta en la atención médica, la educación, la recreación y el abastecimiento.

Por la extensión territorial que posee el PGP, se ha intentado caracterizarlo mediante el cálculo de macrovariables. Por ejemplo, a través de índices como el de calidad de vida (Lucero *et al.*, 2004)<sup>5</sup>, el de calidad de vida Rural (Mikkelsen, 2007)<sup>6</sup> o el de condición socioeconómica (Ares y Mikkelsen, 2007). Aún empleando distintas metodologías de base cuantitativa y tomando distintos indicadores, se constató la existencia de una realidad muy heterogénea que afecta tanto a las áreas urbanas como a las rurales. Se pudo detectar que el panorama más crítico se sitúa sobre los ejes de las rutas 226, 88 y 2; mientras que, opuestamente, la ruta 11 (sur y norte) está mejor posicionada. Las tres mediciones muestran que los valores más bajos, indicadores de los peores escenarios, predominan en la periferia de la ciudad de Mar del Plata, en los barrios Hipódromo, Parque Palermo, Parque Hermoso, Santa Celina, Parque Camet. Las áreas en situación media-alta coinciden con localizaciones puntuales sobre las rutas 2 y 11. Sobresalen dos radios censales con población rural dispersa y, además, Sierra de los Padres y el Bosque Peralta Ramos.

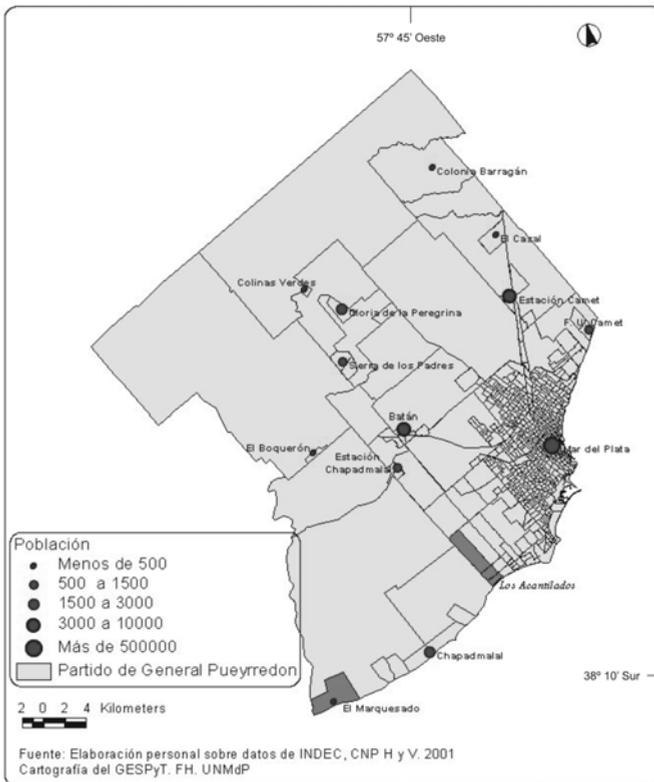
<sup>5</sup> Dimensiones e indicadores empleados: Educación (tasa de alfabetización de la población de 6 y más años de edad, porcentaje de población de 20 y más años de edad con nivel de instrucción universitario completo); Salud (porcentaje de población sin cobertura social en salud, porcentaje de hogares con acceso al agua potable fuera de la vivienda, porcentaje de viviendas sin acceso a agua para cocinar proveniente de red pública); Vivienda (porcentaje de viviendas con calidad de los materiales tipo I, porcentaje de viviendas con inodoro con descarga de agua y desagüe a red pública, porcentaje de hogares con hacinamiento); Ambiental (superficie en metros cuadrados de espacios verdes por habitante, población por hectárea en condiciones de riesgo de inundabilidad). Cfr. Lucero *et al.*, 2005.

<sup>6</sup> Dimensiones e indicadores empleados: Educación (tasa de alfabetización de la población de 6 y más años de edad, porcentaje de población de 20 y más años de edad con nivel de instrucción universitario completo); Salud (porcentaje de población con cobertura social, porcentaje de hogares con acceso al agua potable fuera de la vivienda, porcentaje de viviendas con acceso a agua para cocinar proveniente de bomba automática); Vivienda (porcentaje de viviendas con calidad de los materiales tipo I, porcentaje de viviendas con inodoro con descarga de agua y desagüe a cámara séptica y pozo ciego, porcentaje de hogares con hacinamiento). Cfr. Mikkelsen, 2007.

En cuanto a las características demográficas, se encontró que es notoria la concentración espacial de personas pertenecientes al grupo de edad de 65 años y más<sup>7</sup>, especialmente a lo largo de las localidades ubicadas sobre la Ruta 11 sur y en áreas próximas a Estación Camet. Además existiría un proceso incipiente de concentración espacial de pobladores entre 0 y 14 años, sobre todo en recortes territoriales de residencia permanente tal como Félix U. Camet, Gloria de la Peregrina y en el barrio 2 de Abril (en Estación Camet).

En la determinación de los índices mencionados es importante el peso que tiene la carencia de ciertos servicios esenciales. Dentro del territorio local, la periferia sur y sudoeste de Mar del Plata se distingue por las mejores condiciones relativas en lo que concierne a la disponibilidad de servicios públicos. Las zonas con mayor criticidad corresponden mayoritariamente a radios censales que contienen población rural dispersa. Estas falencias están ligadas a cuestiones de distancia y de baja densidad de población, restricciones que influyen en gran medida, en la limitada o nula provisión de servicios.

Figura 1  
Partido de General Pueyrredón, provincia de Buenos Aires



<sup>7</sup> Pasivos transitorios (0 a 14 años), Potencialmente activos (15 a 64 años) y Pasivos definitivos (65 años y más).

Tabla I  
**Localidades menores del PGP. Tasa de crecimiento anual intercensal**

Ruta	Localidad o barrio	TCA 80-91 *	TCA 91-2001
2	El Casal		0.96
	Los Zorzales		3.46
	Estación Camet	11.96	4.10
11 sur	Chapadmalal	0.72	2.90
	Los Acantilados		4.78
	El Marquesado	1.82	6.13
11 norte	Félix U. Camet	-1.20	6.22
88	Estación Chapadmalal	4.00	0.66
	El Boquerón	-3.13	2.23
	Batán	1.72	4.39
226	El Coyunco		-2.41
	Santa Paula		-1.56
	Gloria de la Peregrina		5.60
	Sierra de los Padres	7.77	7.97
	Colinas Verdes		8.95

\* La falta de datos se debe a que estas localidades no fueron identificadas por el INDEC en el Censo Nacional de 1980.

Fuente: Elaboración personal sobre datos de INDEC, Censos Nacionales de Población 1980, 1991 y 2001.

Dentro del PGP y sobre la Ruta 11 (sección sur) las áreas de mayor crecimiento, absoluto y relativo, están contiguas a aglomeraciones importantes (tabla I). Los Acantilados está “incluido” espacialmente en Mar del Plata pese a estar fuera de los límites administrativos de la ciudad. El Marquesado (PGP) está en una situación similar con respecto a la ciudad de Miramar (partido de General Alvarado, PGA), es decir que probablemente la situación de vecindad incida en su proceso de poblamiento.

En los dos casos de estudio existe la posibilidad de acceder a viviendas en áreas “verdes” y tranquilas y, al mismo tiempo, desarrollar las actividades habituales en ciudades que permiten la satisfacción de demandas concretas y de relativa complejidad en salud, educación y servicios en general.

En el barrio Los Acantilados (715 habitantes, 2001) (figuras 1 y 2) su gran crecimiento demográfico y habitacional se focalizó en los últimos diez a quince años. En cuanto a la calidad de vida, puede ser calificado como un área con un índice entre bajo y medio (Lucero *et al.*, 2005; Mikkelsen, 2007). Tiene una base demográfica importante, en especial por el aporte de población perteneciente al grupo de edades de 10 a 19 años. A su vez, es baja la presencia de jóvenes de 20 a 29 años y se suma a esta particularidad, la preeminencia de personas entre los 30 y 49 años, caracteres que señalarían la radicación de familias jóvenes con hijos menores de 20 años.

Figura 2  
**Los Acantilados**



Fuente: Archivo personal.

El Marquesado (203 habitantes, 2001) es una pequeña localidad situada en el límite sur del PGP (figuras 1 y 3), separada de Miramar (PGA) por el arroyo Las Brusquitas. Según las estimaciones de Mikkelsen (2007), El Marquesado tiene un índice medio de calidad de vida debido a las relativamente buenas condiciones habitacionales. La composición y estructura de su población es bastante heterogénea y muestra la preeminencia de varones en casi todos los grupos de edades, excepto entre los 40 y 49 años y luego de los 80 años. Es muy importante el peso de la población mayor de 65 años y la razón de masculinidad es de 135 %, asociado a la actividad primaria ejemplificada por grandes unidades de producción agropecuaria cuyos propietarios cuentan con alto nivel de instrucción. A diferencia de Los Acantilados, aún no se la podría considerar una localización elegida por familias jóvenes sino por hombres solos y por adultos mayores. Además, sus habitantes están dispersos en el territorio y es muy baja la densidad de ocupación del suelo, percibiéndose “vacíos” tanto en lo que refiere a residencias como a comercios y servicios.

Figura 3  
**El Marquesado**



Fuente: Archivo personal.

### **La salud en el partido de General Pueyrredón: variables en interacción**

Dentro de este apartado, el énfasis inicial está puesto sobre la primera etapa del estudio del territorio: las *localizaciones*. De manera que los puntos sobre el mapa del PGP representan a los centros públicos de asistencia médica, analizados según las incumbencias correspondientes a su jerarquía. Así, frente a una nube de puntos, cabe a la geografía darle sentido a la inmensa cantidad de información que resulta de importancia para la salud (Barcillos, citado por Buzai, 2007: 20).

Luego, se abordarán la segunda y la cuarta etapa del estudio del territorio: *distribución e interacción*, ambas correspondientes a los centros de salud públicos de los recortes territoriales seleccionados. Este esbozo conlleva un avance en la evaluación de las distancias lineales y en la accesibilidad relativa de la población a esos enclaves sanitarios.

### **Jerarquía de los servicios sanitarios**

La Organización Panamericana de la Salud y la Municipalidad de General Pueyrredón (2007) afirman que, desde el punto de vista asistencial, la **organización de los servicios** puede ser gestionada por entidades públicas o privadas y se realiza en dos escalones que manifiestan distinta jerarquía. El primero, denominado de **atención primaria**, brindada por postas sanitarias y unidades sanitarias. Los

equipamientos de este nivel son los consultorios, las unidades de salud mental o los centros de profilaxis obstétrica, radiología, odontología, laboratorio y los servicios de enfermería para el suministro de primeros auxilios. Aquí están incluidos el médico de cabecera, el pediatra, la asistencia social y las urgencias. Es importante aclarar que cada posta sanitaria se encuentra bajo la supervisión de un centro de salud perteneciente a su zona de influencia, que será el lugar de derivación ante cuestiones que requieran mayor complejidad en la atención. Según la Municipalidad de General Pueyrredón, los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad, para que *toda la población* pueda contar con un centro de atención cercano a su domicilio.

El segundo, llamado de **atención secundaria y terciaria**, consiste en la provisión de los servicios que requieren significativo nivel de especialización, un equipamiento con mayor nivel de complejidad y dotación de infraestructura para la internación y de profesionales idóneos. En este estrato, se incluyen los hospitales generales y especiales, los servicios de urgencia y las clínicas privadas. La **atención secundaria** incluye operaciones sencillas y tratamientos que implican una corta hospitalización, mientras que la atención terciaria atiende afecciones que requieren hospitalización con cuidado especializado y de avanzada tecnología. Las dos instituciones que corresponden a esta jerarquía sanitaria son: el Hospital Materno Infantil y el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Allende”, localizados en Mar del Plata. Ambos son centros de recepción de pacientes provenientes de la ciudad cabecera y del resto del PGP, así como también desde la jurisdicción de la Región Sanitaria VIII (General Lavalle, Maipú, partido de La Costa, Pinamar, Villa Gesell, General Madariaga, General Guido, Ayacucho, Tandil, Balcarce, Mar Chiquita, General Pueyrredón, General Alvarado, Lobería, Necochea, San Cayetano).

### **Servicios sanitarios públicos en el PGP y accesibilidad relativa**

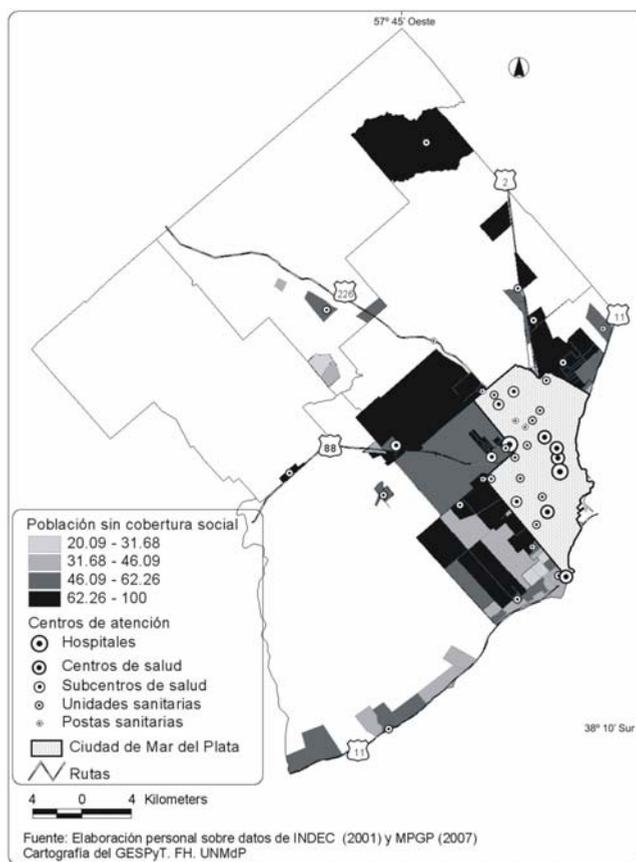
Los centros públicos de atención sanitaria serían utilizados principalmente por las personas que no poseen cobertura social privada (figura 4). Por tal motivo, evaluar la distribución de los habitantes en esta condición, es una forma de establecer la relevancia que tiene la disponibilidad de unidades de prestaciones sanitarias gratuitas.

Dentro del PGP se detectó que fuera de Mar del Plata, la población sin cobertura social privada es mayor cuanto más lejana sea su localización respecto a esa ciudad. En esas áreas, los porcentajes de población sin cobertura social privada superan el 45 %, con ciertas excepciones. Es de resaltar que en la periferia de Mar del Plata, la porción que se halla al sur de la Av. Mario Bravo, es la que presenta condiciones más favorables si se la compara con el resto de los territorios de borde.

En cuanto a las localidades, se destaca que las ubicadas en proximidades de las rutas 2 y 11 norte, 88 y 226 exhiben situaciones de profundas y generalizadas carencias. No obstante, el barrio La Florida (ruta 2) y Sierra de los Padres (cercana a la ruta 226), constituyen enclaves representativos de estrategias residenciales de grupos sociales de considerable poder adquisitivo.

Se destaca que las unidades espaciales sobre las que se profundiza en el siguiente apartado, Los Acantilados y El Marquesado, tienen altos porcentajes, 45 % y 60 % respectivamente, de población carente de cobertura social privada o plan médico. En ambos, se debe tener presente la preeminencia de los trabajadores del sector servicios no especializados, muchos de ellos de carácter informal (trabajo doméstico, cuidado de parques y jardines, entre otros). Es decir, el tipo de inclusión en el mercado de trabajo es muy afín a las opciones disponibles para la atención sanitaria. Es así como los ingresos reducidos y la precariedad laboral dificultan el acceso a los servicios privados.

Figura 4  
**Población sin cobertura social privada y localización de los centros públicos de salud**

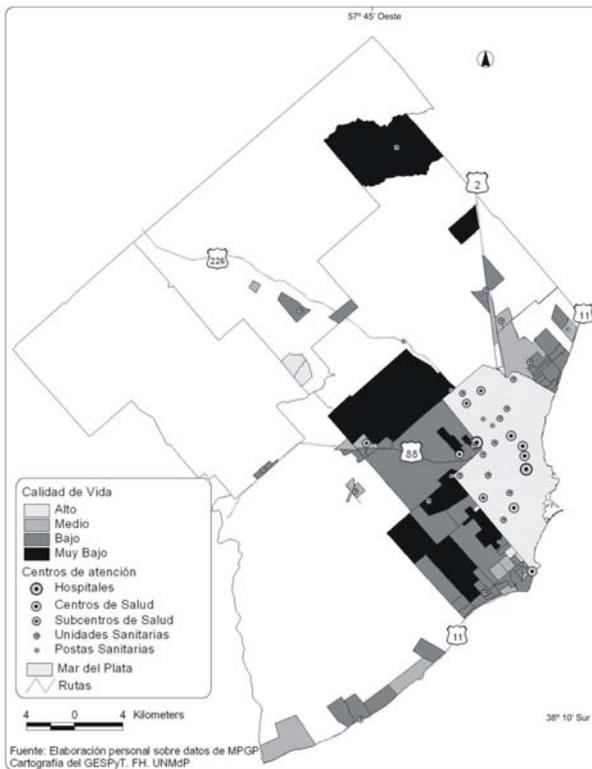


El PGP tiene implementado un sistema de atención a la salud cuya finalidad es cubrir las demandas de los habitantes distribuidos en todo el territorio, como se aprecia en las figuras 4 y 5. Una primera mirada permite advertir que esta situación ideal se manifiesta para la ciudad de Mar del Plata y que la presencia de unidades de atención primaria tiene en apariencia, una buena cobertura general. Sin embargo, la situación se revierte y desmejora en gran parte de la periferia y, por supuesto, en las localidades de menor tamaño.

Se expone a continuación un análisis de accesibilidad relativa a los centros de atención sanitaria según las distintas jerarquías de complejidad y se lo conecta fundamentalmente con la calidad de vida y la condición socioeconómica, esta última definida como la posibilidad de obtener ciertos bienes y servicios que permiten posicionar a los hogares en la estructura social.

En líneas generales, las distancias lineales se amplían hacia la periferia del área estudiada, debido a la mayor dispersión observada en la localización de los servicios sanitarios, en función la residencia de la población demandante. Se infiere que al aumentar las distancias lineales, se incrementarían las distancias reales a los enclaves de salud.

Figura 5  
Índice de calidad de vida



**Atención primaria:** En el interior de la periferia de Mar del Plata se observa que los centros de atención de menor jerarquía (postas y unidades sanitarias) tienen una distribución que tiende a proporcionar cobertura a todos los barrios, en radios que no superan los 3 kilómetros de distancia lineal. No obstante, las dificultades para las personas crecerían conforme se requieran prácticas de mayor complejidad. Además, se debe tener presente que las postas sanitarias tienen una frecuencia de atención acotada a dos días por semana durante tres o cuatro horas y que en sólo nueve unidades sanitarias hay servicios de guardia durante los fines de semana. En consecuencia, las restricciones en los horarios y la ausencia de centros de atención generan desventajas para estas unidades espaciales (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2004).

Con respecto a la distribución de centros de salud en las localidades menores se advierte:

1. La existencia de unidades de atención de baja complejidad: unidades y postas sanitarias. En la mayoría de los casos, las distancias lineales entre estas y los centros poblados, no superan los 3 kilómetros
2. En las aglomeraciones se evidencian ciertos “vacíos sanitarios”, es decir, áreas que no cuentan con una posta o unidad sanitaria al menos a 3 kilómetros de distancia lineal, especialmente hacia el norte (El Casal) y noroeste (Colinas Verdes). Se puede mencionar que los poblados con mayores limitaciones en la accesibilidad, no necesariamente son los que tienen un menor índice de calidad de vida sino que existe cierta independencia entre ambos indicadores (tabla II y figuras 5 y 6).

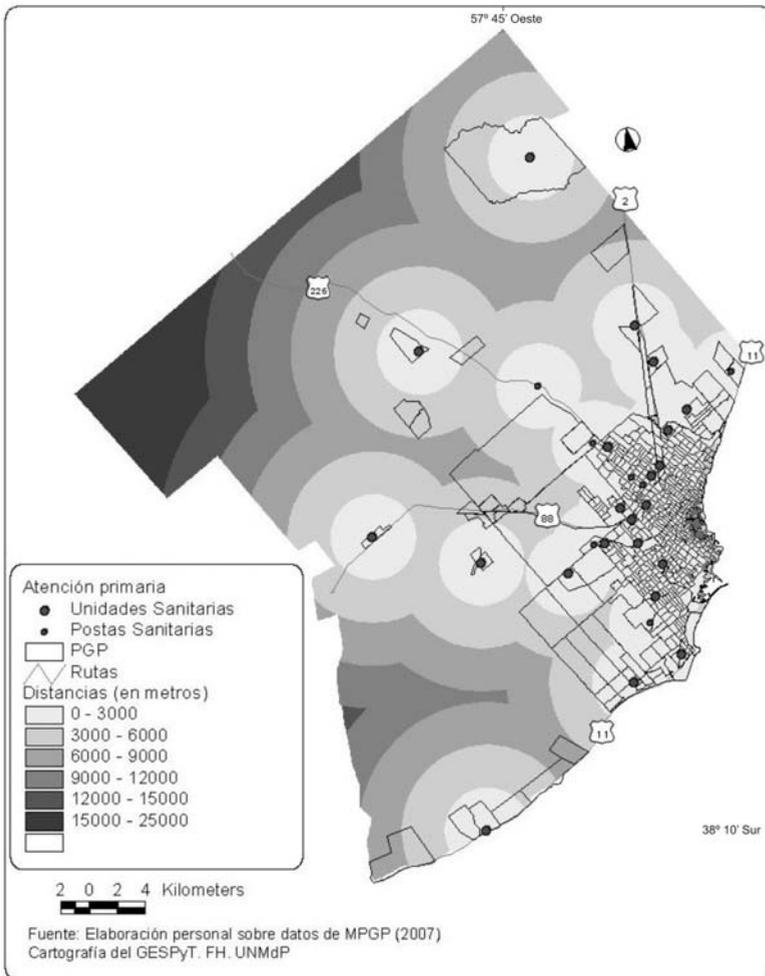
Tabla II  
Unidades espaciales más distantes de los centros de atención médica

Localidad o barrio	Índice de calidad de vida	Ubicación
<i>El Casal</i>	Muy Bajo	Ruta 2
<i>B. Playa los Lobos, B. Santa Isabel</i>	Bajo	Ruta 11 sur
<i>La Gloria de la Peregrina</i>		Ruta 226
<i>El Marquesado, B. Playa Chapadmalal</i>	Medio	
<i>Colinas Verdes</i>		
<i>Sierra de los Padres</i>	Alto	Ruta 226

Fuente: Elaboración personal sobre datos de MPPG y Mikkelsen (2007)

Es decir, aunque sobre todos los ejes, excepto la ruta 11 sur, las condiciones de calidad de vida tienden a ser bajas, la carencia de servicios para el cuidado sanitario tiene una distribución un tanto indiferente con relación a tal macrovariable. Inclusive se observa que el eje de la ruta 88, con una calidad de vida entre baja y media, tiene un elevado nivel de disponibilidad de servicios sanitarios.

Figura 6  
Distancias lineales a centros de atención primaria

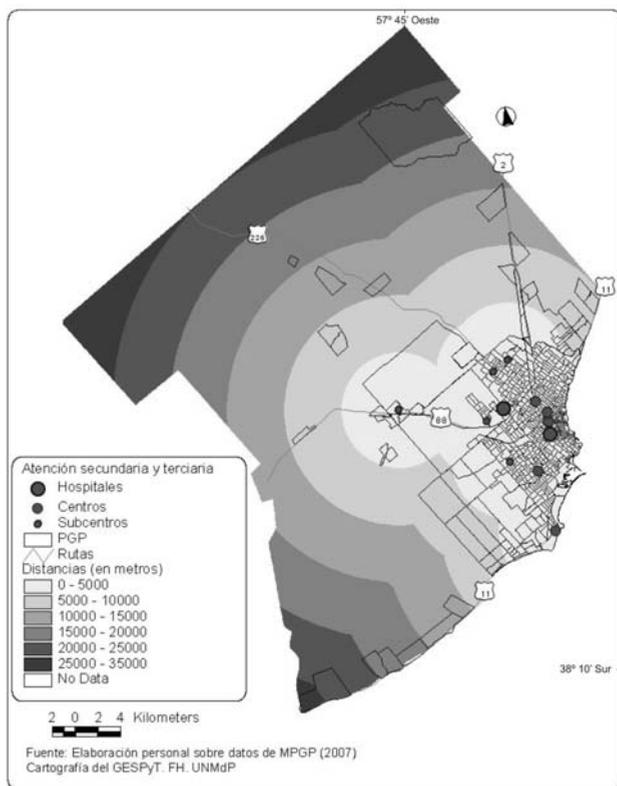


**Atención secundaria:** Los **centros y subcentros** de salud tienen mayor complejidad que las unidades y postas sanitarias, en ellos es posible la internación en cortos períodos, aunque no se realizan cirugías. Se realizan estudios y análisis que requieren de tecnología específica y de profesionales especializados. Aquí se puede establecer la existencia de vacíos: hacia el norte por ambas rutas (2 y 11) y hacia el sur-suroeste (ruta 11 y ruta a Miramar de carácter secundario) (figuras 5 y 7).

En lo que respecta a las localidades y barrios del sur, la atención de los temas más graves se deriva desde las unidades y las postas sanitarias al Centro de Salud N° 2. Por tanto, esta institución tendría una elevada demanda dado que sirve a su área circundante pero, además, a los pobladores de localidades que pueden ubicarse a más de 15 kilómetros de distancia lineal. Este panorama se repite con respecto al subcentro Batán que dista, en un radio de más de 9 kilómetros, de localidades como Colinas Verdes y Gloria de la Peregrina desde las que se puede acceder rápidamente a esta unidad de prestaciones, debido a las vías de conectividad que poseen.

**Atención terciaria:** La presencia de **hospitales** (figura 7) de mediana-alta complejidad está supeditada a la proporción población que habita allí. “Los servicios de salud de mayor rango –asistencia especializada u hospitalaria- se ofrecen en los centros de mayor importancia poblacional o administrativa. Constituyen por tanto redes poco densas...” (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2004: 9). Corresponden a esta jerarquía sanitaria el Hospital Materno Infantil y el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. O. Allende” (HIGA), localizados en Mar del Plata.

Figura 7  
Distancias lineales a centros de atención secundaria y terciaria



Hacia el oeste del partido se aprecia la mejor situación en cuanto a la disponibilidad de servicios de mayor complejidad por la presencia de los subcentros Batán, Jorge Newbery y General Belgrano (estos últimos en la periferia de Mar del Plata).

Entre las localidades más distantes se señala Colonia Barragán, núcleo de población agrupada dedicada esencialmente a la producción hortícola. Entre esta localidad y el área céntrica de la ciudad de Mar del Plata hay aproximadamente 30 kilómetros, y a la distancia efectiva se le deben sumar ciertas peculiaridades que se sintetizan en un déficit de infraestructura y limitaciones en la prestación de servicios y equipamiento. Este asentamiento se halla conectado a la ruta 2 por un camino secundario (8 kilómetros), de tierra; no posee ningún servicio de transporte público, ni colectivo ni individual; tiene un 60 % de población carente de cobertura social privada. Asimismo, posee un bajo índice de calidad de vida ya que la población presenta escasos niveles de instrucción, deficiencias en el acceso al agua y hacinamiento en la vivienda, hechos fuertemente unidos a las labores rurales que se realizan en el cinturón hortícola del partido. Es síntesis, coexisten en ella diversos factores que configuran una situación de vulnerabilidad.

Las demás localidades ubicadas a más de 20 kilómetros lineales de los centros de mayor complejidad estarían mejor posicionadas que Colonia Barragán. Hacia el oeste del partido, se extiende la ruta 226, caracterizada por la presencia de asentamientos donde son centrales la actividad frutihortícola y el uso residencial. Colinas Verdes se distingue con estas particularidades, porque tiene una calidad de vida media, al igual que El Marquesado (eje sur de la Ruta 11) y ambas poseen dos ventajas: la proximidad a vías rápidas de acceso a Mar del Plata y la disponibilidad de servicios de transporte público.

Las restricciones inherentes a la gama de prestaciones ofrecidas, se pueden potenciar por las contrariedades existentes en el acceso a enclaves sanitarios de mayor complejidad, todos ellos radicados en Mar del Plata. Los inconvenientes en el transporte público no afectan por igual a la periferia ni a las localidades del PGP. En lo referente a estas últimas, se destaca que todas están dotadas de algunos servicios, pero estos difieren en su frecuencia y en el cumplimiento de la misma.

El transporte público en el PGP presenta una configuración poco densa fuera de los límites de Mar del Plata. Colonia Barragán es la única localidad sin la dotación de este servicio y el resto posee conexiones de baja frecuencia. En la mayor parte de los casos, el transporte circula por las rutas, sin ingresar en cada localidad (figura 8).

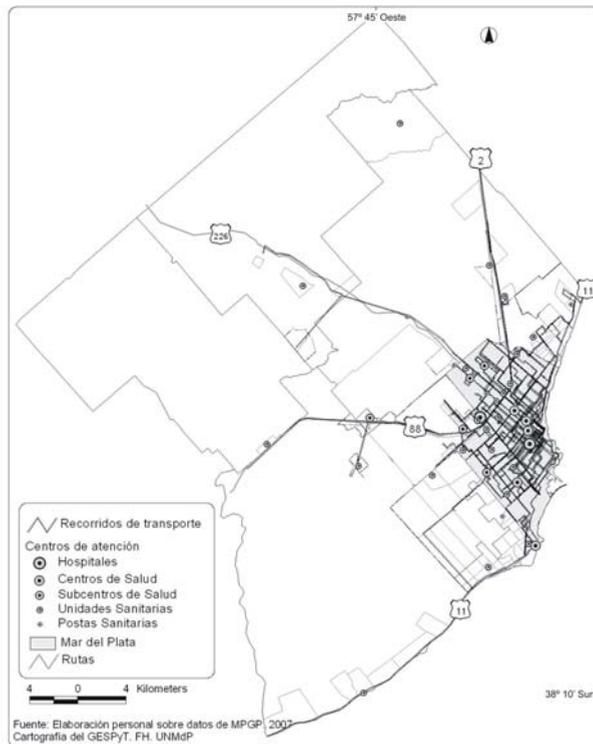
En Colinas Verdes (ruta 226) se detectó un alto nivel de satisfacción con los servicios de ómnibus, circunstancia que se opone a la manifestada en El Marquesado y en Chapadmalal (ruta 11). En estos dos casos la insatisfacción se sustenta en el incumplimiento de las frecuencias, el elevado costo de los pasajes y la necesidad

de recurrir a otros servicios una vez en Mar del Plata. Estos eventos son similares a los planteados por los habitantes cercanos a las rutas 2 y 11 norte.

Otra localidad relativamente distante de los centros sanitarios aludidos, es Sierra de los Padres, ubicada sobre la ruta 226. Posee altas tasas de crecimiento demográfico-habitacional desde los últimos diez años, concentra una población estable y brinda servicios turísticos y recreativos, sumados a la actividad primaria fruti-hortícola característica de la zona. Allí, la alta calidad de vida se asocia a la existencia de segundas residencias utilizadas para vacaciones o de fin de semana, aunque también son usadas como residencias permanentes, realizando movimientos diarios entre el lugar de residencia y el lugar de trabajo (Mikkelsen, 2007).

El análisis del transporte público de pasajeros dirige la atención al concepto de red, que engloba no sólo a la infraestructura construida, sino también a los flujos que éstas diseñan. De esta forma, las redes articulan puntos selectos y esta inclusión remite inmediatamente a la exclusión de los puntos que no se incorporan a la red (Dias, citado por Blanco, 2007: 59). Estas desigualdades en el acceso al transporte público y a la recepción de su servicio en las condiciones requeridas, se traducen en ingredientes que coartan la satisfacción de las demandas sanitarias de los habitantes de estas localidades.

Figura 8  
**Red de transporte público de pasajeros**



A partir del trabajo de campo efectuado durante el año 2007, se pudo saber que el mayor grado de satisfacción con el transporte público existe entre los vecinos de la ruta 226, mientras que en el resto de las localidades predomina la insatisfacción. Se verá en el siguiente apartado cómo interactúan la accesibilidad geográfica a los centros de atención médica y el grado de satisfacción obtenida.

### **Acceso a servicios de salud y calidad de vida en El Marquesado y en Los Acantilados**

El área definida como “Los Acantilados” se ubica sobre el eje norte de la Ruta 11 y comprende cuatro pequeños barrios: San Carlos, Costa Azul, Los Acantilados, Mar y Sol. Pese a sus diferentes nombres, los cuatro se encuentran bajo la órbita de la sociedad de Fomento barrio Parque Los Acantilados, por lo cual se considera que constituyen una unidad. Posee un alto potencial paisajístico y un uso residencial extendido, con viviendas permanentes y secundarias. Estas últimas, de fines turísticos y recreativos.

El Marquesado y San Eduardo del Mar, por su lado, constituyen otra unidad espacial. En ella hay una baja densidad de población y el uso residencial de carácter permanente está más acotado que en Los Acantilados, por lo que durante la mayor parte del año muchas viviendas se encuentran desocupadas. Tanto en Los Acantilados como en El Marquesado, es importante el número de habitantes provenientes de otras áreas de la provincia de Buenos Aires, esencialmente del Área Metropolitana de Buenos Aires y también de otras provincias.

En la indagación sobre la calidad de vida, se suele enfatizar en los aspectos medibles de manera objetiva y para ello se recurre a los datos estadísticos provistos por organismos oficiales. Pese a la riqueza que encierran, estos estudios soslayan la dimensión subjetiva que participa en la definición de la calidad de vida. En tal sentido, Abalerón plantea adicionar a esta perspectiva, el ambiente interno de las personas, su visión del mundo, sus creencias, sus valores, sus aspiraciones y deseos, para culminar en aspectos exclusivamente perceptivos de contento o descontento, de felicidad o infelicidad, de satisfacción o insatisfacción ante bienes y servicios localizados en el espacio geográfico (Abalerón, 1998: 4 y 5). En sintonía con estos aportes, la Geografía Humanística propone analizar a la vez los discursos y las prácticas espaciales, con el fin de deducir coherencias y repeticiones, a través de la estructura de representaciones, sentimientos y apego a los lugares de vida de las personas (Bailly, 1998: 29 y 30). De esta manera cobra relevancia estudiar a los hechos desde el punto de vista de los actores sociales, con el fin de aprehender cómo las personas definen e interpretan su propio entorno (García Ballesteros, 1998: 16).

A partir de este enfoque, se propone tener en cuenta las individualidades que se hallan tras los modelos cuantitativos, dado que es el individuo en su devenir

cotidiano quien expresa sentidos, significados o satisfacciones, en conexión con sus vivencias y sistemas de valores.

En este apartado se avanza, en primer término, en las definiciones de calidad de vida aportadas por los encuestados (15 en Los Acanilados y 12 en El Marquesado) con la intención de exponer la relevancia que tiene la dimensión salud entre los pobladores de estas unidades espaciales.

Luego, se muestran los resultados que ilustran el grado de satisfacción con la atención médica y con los factores que actúan en favor o en desmedro del logro del estado sanitario deseable.

### ¿La salud es un componente esencial en la definición de la calidad de vida de la población?

En las entrevistas una de las preguntas formuladas aludía a la definición de calidad de vida. A partir de los resultados, se advierte que en Los Acanilados más del 50 % de los encuestados (nueve casos) incluyó aspectos referidos a la salud en sus contestaciones, tanto de forma directa como indirecta. En El Marquesado, este porcentaje asciende al 80 %, en tanto que 10 de los 12 encuestados reconocieron a la salud como dimensión de la calidad de vida (tabla III).

Así, en las dos unidades espaciales la trascendencia otorgada a la salud transita por diversos caminos, los cuales despliegan varias temáticas sobre la calidad de vida y la salud.

Tabla III  
La salud en la calidad de vida\*

Inclusión directa	Inclusión indirecta
<b>Los Acanilados</b>	
"Tener salud"	Buena alimentación
"Trabajar en blanco para tener obra social"	Tranquilidad
"Tener buena atención médica"	Lugar de origen insalubre
"Tener buena salud"	"Tener todos los servicios"
"Tener una salud integral"	"Cuidar el ambiente"
<b>El Marquesado</b>	
"La salud creo que es lo más importante"	Tranquilidad
"Tener derecho a atención médica"	"Poder comer bien"
"Mis hijos son sanos"	"Podemos bañar todos los días"
"También es importante la salud"	Tener agua potable
"Vivir tranquilos, con salud"	
* La cantidad de respuestas difiere del total de encuestados porque se trató de una encuesta semi-estructurada. Fuente: Elaboración personal sobre datos obtenidos en 2007.	

Se comprende que, desde el punto de vista de las personas, el “estar bien” engloba distintos aspectos, que de alguna manera incorporan a la salud. Esta se menciona directamente en más de la mitad de los casos. Se enfatiza, para los dos recortes territoriales, la idea o el anhelo de tranquilidad, probablemente porque el lugar de procedencia predominante de los pobladores, es la ciudad de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires. Estas grandes aglomeraciones urbanas son percibidas como focos de tensión y *stress*, caracterizadas por el ruido, los problemas de tránsito, la inseguridad y la contaminación, con lo cual las personas han buscado territorios en los que la vida cotidiana se desarrolle con serenidad, rodeada de belleza paisajística y silencio. Inclusive, se hacen alusiones directas a la vinculación entre las condiciones de salud y la necesidad de habitar en un entorno tranquilo.

“[Vine] por la tranquilidad, en Buenos Aires estaba enferma, nerviosa, se me caía el pelo. [La calidad de vida] es paz, tranquilidad, armonía” (sexo femenino, 37 años, vivía en Capital Federal y reside en Los Acantilados).

“Poder trabajar y que rinda ..., así se gana en salud. Vivir tranquilos, con salud” (sexo femenino, 53 años, vive habitualmente en Villa Ballester, partido de Gral. San Martín y su familia tiene una vivienda de veraneo en El Marquesado).

Es decir, tener buena salud y recibir una buena atención sanitaria se complementarían con cuidados básicos ligados a la alimentación, a la disponibilidad de servicios públicos, al cuidado del ambiente y, en especial, a la tranquilidad.

Por último, aunque no menos importante, se debe tener en cuenta la valoración del recurso agua, dado que la población de estas unidades espaciales no cuenta con un suministro a partir de la red pública. Su provisión se realiza a partir de pozos y es extraída en la mayoría de los casos a través de bombas a motor. Es de destacar que las deficiencias en la calidad del agua podrían ocasionar infecciones gastrointestinales, contaminación con sustancias tóxicas e inapropiadas condiciones de higiene.

En El Marquesado, llama la atención la inclusión de dos aspectos enlazados a esta sustancia vital. El primero de ellos hace referencia a la higiene, que subraya la relativamente aceptable calidad del agua: el “poder bañarnos”, expresión probablemente ligada a la profesión de la encuestada (enfermera). El segundo ejemplo se refiere a una persona que compra agua para cocinar y consumir directamente, en virtud de su *desconfianza* hacia el agua que se puede obtener en la localidad.

En lo referente a la atención médica se destaca que un 60 % de las personas encuestadas en el barrio Los Acantilados, la recibe en los siguientes centros públicos:

- Unidad Sanitaria Playas del Sur (barrio La Serena).
- Centro de Salud N° 1 (Mar del Plata).

- Hospital Interzonal (Mar del Plata).
- Hospital Local Casa del Niño (Punta Mogotes, Mar del Plata).

En general, las personas se muestran satisfechas o relativamente satisfechas con los servicios que ofrecen estas instituciones. Resaltan, no obstante, las dificultades para acceder a los centros asistenciales y las demoras que se registran en la unidad sanitaria del barrio La Serena.

A diferencia de lo que sucede en Los Acantilados, quienes residen en El Marquesado suelen elegir a la ciudad de Miramar para desarrollar sus actividades habituales gracias a su proximidad espacial. Este escenario se reitera en relación al acceso a los servicios de salud, donde algunos hallan en el Hospital de Miramar la satisfacción a sus demandas, mientras que otros revelan aspectos negativos en su atención debido a conflictos entre jurisdicciones sanitarias.

La población de El Marquesado encuentra espacialmente más cercanos a los enclaves de salud en Miramar (PGA). No obstante, algunas personas se manifiestan insatisfechas con la atención que reciben allí, debido a que perciben desinterés y se sienten “desprotegidos”. Esta realidad se explicaría a partir de las disposiciones administrativas existentes, las cuales indican que deberían atenderse en Mar del Plata o en instituciones sanitarias ubicadas en otras zonas del PGP y no en Miramar.

A pesar de lo antedicho, los pobladores de esta localidad recurren alternativamente a una de las instalaciones sanitarias públicas emplazadas en Mar del Plata: el Hospital Interzonal. Se evidencia cómo este centro de atención, perteneciente a la jerarquía secundaria y terciaria, posee mayor nivel de complejidad y presta servicios a la población de distintas zonas del PGP y de la Región Sanitaria VIII.

Entre los habitantes de Los Acantilados la queja más frecuente se refiere a los aspectos de organización interna, pero no a la atención profesional en sí misma. A partir de los datos obtenidos, se concluye que los pobladores se muestran satisfechos con la atención médica, mientras que su disconformidad se orienta a la modalidad implementada para obtener los turnos. Estos deben ser tomados personalmente y en un horario previo al inicio de la jornada de prestaciones. Debido a ello, las personas se ven obligadas a aguardar durante largo tiempo o bien, a volver a su casa e incrementar los costos tanto monetarios (transporte) como los referidos al tiempo de espera requerido:

“Hay que sacar turno a las siete de la mañana pero empiezan a atender después de las nueve. Si voy temprano tengo que hacer tiempo o volver a casa. Si me vuelvo tengo que gastar en cuatro colectivos y si me quedo allá ¿qué hago ...?” (sexo femenino, 47 años, vivía en Alicante, España; reside en Los Acantilados).

En el acceso a las unidades de prestaciones sanitarias, el transporte público tiene una influencia central, y sus deficiencias son un obstáculo inclusive para aquellos que tienen algún vehículo privado en el hogar. El descontento con el servicio de transporte concierne a la mayor parte de los encuestados en Los Acantilados y está asociada al acceso geográfico diferencial que vivencian los pobladores para satisfacer sus necesidades específicas.

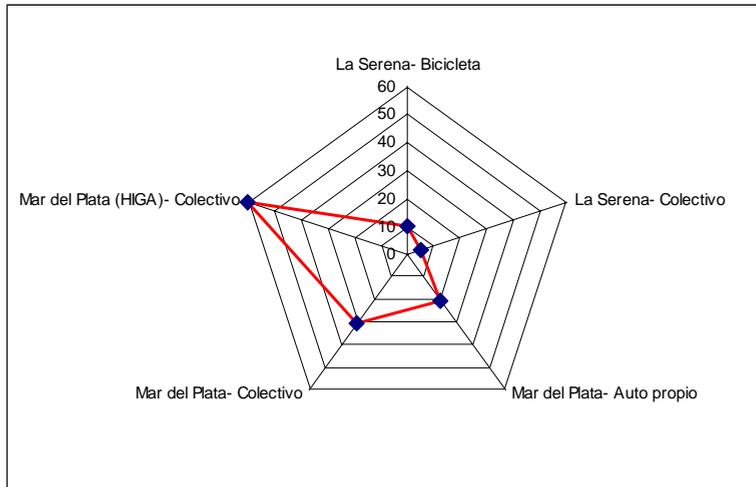
Los motivos de insatisfacción con el transporte público pueden atribuirse a su frecuencia, considerada irregular y exigua, esencialmente en invierno (oscila entre los cuarenta y sesenta minutos). Se comprende que a la hora de asistir a una cita médica, estos contratiempos pueden ocasionar demoras e inclusive la pérdida de turnos programados. También se advierte la necesidad de disponer de una importante cantidad de tiempo para cumplir con el circuito solicitud del turno y obtención de la atención.

La mayoría de los encuestados afirman que se desplazan en colectivo predominantemente y en segundo lugar, en auto propio. Además, existe una única línea de transporte público que permite la conexión de El Marquesado con las ciudades vecinas. Las personas destacan que la empresa encargada de la prestación de este servicio, mejoró su calidad en los últimos tiempos, sin embargo las tarifas son consideradas muy elevadas y la frecuencia baja, sobre todo para transportarse a Miramar. No obstante, es importante resaltar que los residentes en El Marquesado tienen, mayoritariamente, algún tipo de vehículo (automóvil o moto) con el fin de poder incrementar su movilidad sin depender del transporte público. También es habitual el uso de remises dada la escasa distancia con respecto a la ciudad de Miramar.

“Pasa cada media hora y es muy caro ... cuesta \$ 2.30 a Miramar” (sexo femenino, 53 años; vivían en Capital Federal y residen en El Marquesado).

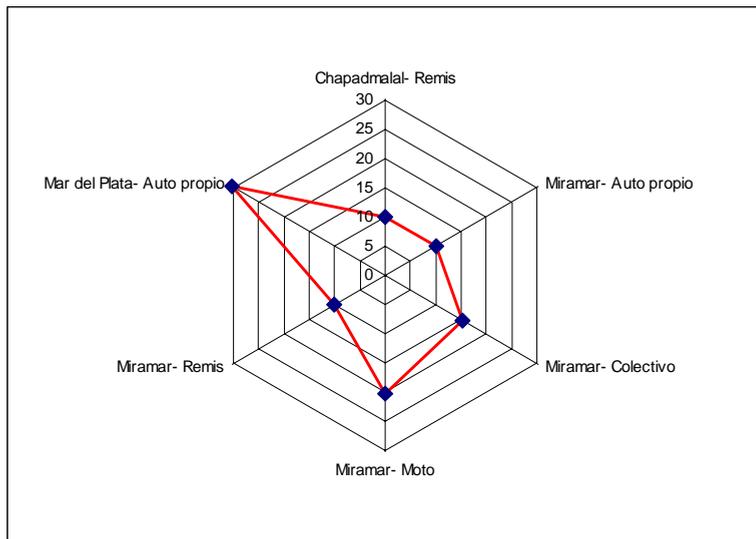
Para sintetizar lo expuesto hasta el momento, en las figuras 9 y 10 se observa el cruce de las variables: *lugar de atención, modo de transporte utilizado y tiempo invertido* por los habitantes de las áreas testigo seleccionadas, con el objeto de cubrir sus demandas de salud. Comparativamente, los tiempos utilizados para cumplir con los trayectos son superiores en Los Acantilados (entre 10 y 60 minutos), respecto a lo observado en El Marquesado (entre 10 y 30 minutos). La explicación de este comportamiento podría estar basada en la estrecha vinculación geográfica que muestra, El Marquesado con la ciudad de Miramar, lo que conduce a sus pobladores a concurrir allí con la finalidad de atender a su salud. En cambio los habitantes de Los Acantilados, se dirigen a la ciudad de Mar del Plata y hacen mayor uso del transporte público para los traslados, con lo cual las distancias relativas se ampliarían y con ello, el tiempo empleado en realizar los recorridos.

**Figura 9**  
**Los Acantilados: lugares de atención, modo de transporte y tiempo utilizado**



Fuente: Elaboración personal sobre datos obtenidos en 2007.

**Figura 10**  
**El Marquesado: lugares de atención, modo de transporte y tiempo utilizado**



Fuente: Elaboración personal sobre datos obtenidos en 2007.

Finalmente, se debe tener presente que los grados de satisfacción manifestados son el resultado de un sistema de valores que varía en tiempo y espacio. Resulta de interés reflexionar sobre el lugar de procedencia de estas personas para matizar las expresiones vertidas, en las cuales la comparación entre el servicio de salud con el que contaban antes de vivir en el área de estudio, condicionaría su percepción de la situación actual. Se hace evidente la desvinculación por un lado, el índice objetivo de calidad de vida, el cual muestra adecuada cobertura de las necesidades sanitarias y por otro, la satisfacción relativa de las personas, que exalta las falencias en el servicio otorgado.

Las opiniones expuestas por las personas manifiestan la necesidad de considerar la noción de Lugar, en la que el espacio geográfico es reconocido en su condición de **espacio vivido**, percibido a través de los sentidos, de la experiencia y de las ideas, en diferentes instancias que articulan el espacio personal y el del grupo (Tuan, citado por Blanco, 2007: 39). Numerosos autores complejizan esta visión y apelan al concepto de territorio, ya que la apropiación y transformación de un espacio por parte de la sociedad, implica la construcción de un territorio, su conversión en “territorio usado” (Santos y Silveira, 2004, citados por Blanco, 2007: 43). Estos pensamientos teóricos revalorizan las aspiraciones individuales, guían a los geógrafos a observar y escuchar a nuestros territorios, a través del análisis e interés que ambas acciones implican (Sánchez, 2007: 13).

## Conclusiones

Según Escalona Orcao y Díez Cornago (2004), se definen tres situaciones típicas en la accesibilidad geográfica: A) ausencia de oferta de servicios sanitarios en zonas de rango / tamaño escaso; B) oferta de pequeñas instalaciones en núcleos de cierto rango/ tamaño, formando una red relativamente densa; C) oferta de grandes y complejas instalaciones en áreas de mayor rango / tamaño, formando redes poco densas. En base al estudio realizado, la realidad de las localidades menores se acercaría, en su mayoría a la situación “B”, mientras que la ciudad de Mar del Plata se encuadraría en el tipo “C”. Estas apreciaciones poseen una amplia conexión con la teoría de Christaller y con las economías de escala, donde cuanto más complejo y especializado es el servicio, mayor es la probabilidad de que se localice en áreas de rango importante en cuanto a su volumen de población.

A lo largo del trabajo se pudo advertir que la localización de los enclaves sanitarios públicos en su jerarquía primaria, presenta una distribución que tiende a la cobertura de las necesidades en salud de la mayor parte de los recortes territoriales con población agrupada. Sin embargo, la demanda referida a la atención en prácticas de mayor complejidad profesional y de infraestructura, obliga a las personas a realizar desplazamientos a los centros del escalón secundario y terciario, que son limitados en número y se ubican en Mar del Plata. El acceso hacia los mismos implicaría costos crecientes en transporte, dinero y tiempo, conforme aumentan las distancias.

El análisis de las distancias lineales permitió un primer acercamiento a la condición sanitaria de la población. La aplicación de métodos cuantitativos en Geografía de la Salud y en la planificación espacial de los servicios médicos, se concibe como fundamental para la gestión en un ámbito valioso aunque conflictivo, como lo es el de la salud.

Es decir, si sólo se estudia la localización puntual de los servicios, en el PGP se advierte una *aparente* cobertura total. Sin embargo, esta situación se podría poner en discusión si se amplían las observaciones referidas a satisfacción de la demanda, tiempos y costos de transporte, y calidad de las vías de comunicación. Estos factores permitirán la evaluación en profundidad de la accesibilidad real a los centros de salud y estrechar aún más el peso que tiene ésta a la hora de definir la calidad de vida de las personas.

El abordaje de los casos específicos, Los Acantilados y El Marquesado, aportó datos en lo referente a la satisfacción de la población una vez obtenido el servicio de salud, recalándose los problemas en la organización del servicio y en el transporte utilizado. En muchos casos los consultorios locales, postas sanitarias y unidades sanitarias, tienen horarios restringidos, que oscilan entre algunas horas al día y varios días a la semana. Esto equivale en la práctica a una falta de oferta durante los períodos en que tales dotaciones de servicios están cerradas. Además, tanto los dilemas jurisdiccionales traducidos en un desentendimiento y evasión de las incumbencias correspondientes a cada centro de salud, así como las deficiencias e irregularidades en el transporte, limitan el acceso pleno de la población al cuidado de su salud.

A pesar de lo bosquejado previamente, en la gran mayoría de los testimonios se establece la fuerte conexión entre la obtención de tranquilidad y calma en estas localidades, y la mejora de su salud. En este sentido, las particularidades de estos territorios son valoradas como contribución esencial dentro de la concepción que la población tiene de la *buena* calidad de vida. De este modo, incorporar modalidades de estudio que abarquen las esferas objetivas y subjetivas de la vida podría contribuir a dilucidar no sólo la situación de cada contexto espacial sino las necesidades reales de sus pobladores.

## Bibliografía

ABALERON, Carlos. "Calidad de vida como categoría epistemológica". *Revista AREA*. Buenos Aires: UBA, FAUD, 1998, n° 6.

ARES, Sofía y MIKKELSEN, Claudia. "Segregación espacial de la población en localidades menores del partido de General Pueyrredón. Argentina. 2001." En: Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica (CONFIBSIG). Buenos Aires, CD-Rom, 2007.

BAILLY, Antoine. "La geografía, imagen del mundo". En: GARCÍA BALLESTEROS, Aurora. *Métodos Y Técnicas Cualitativas en Geografía Social*. España: Oikos-Tau, 1998, pp. 27-31.

BASOA RIVAS, Germán y OTERO PUIME, Ángel. "Accesibilidad Geográfica a los Centros de Salud y Planteamiento Urbanístico en Fuenlabrada (Madrid)". *Revista de Higiene Pública. Centro Universitario de Salud Pública*. Madrid, 1994, vol. 68, n° 4, pp. 504- 511.

BLANCO, Jorge. "Espacio y territorio: elementos teórico- conceptuales implicados en el análisis geográfico". En: FERNÁNDEZ CASO, María Victoria y GUREVICH, Raquel (Coord.). *Geografía. Nuevos temas, nuevas preguntas*. Buenos Aires: Biblos, 2007.

BOSQUE SENDRA, Joaquín y MORENO JIMÉNEZ, Antonio. *Sistemas de información geográfica y localización de instalaciones y equipamientos*. Madrid: Editorial RA-MA, 2004.

BOSQUE SENDRA, Joaquín y MORENO JIMÉNEZ, Antonio. "Localización- asignación y justicia/ equidad espacial con Sistema de Información Geográfica". En: Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica (CONFIBSIG). 29 al 31 de mayo de 2007, Buenos Aires, Argentina.

BUZAI, Gustavo y BAXENDALE, Claudia. *Análisis socioespacial con Sistemas de Información Geográfica*. Buenos Aires: Lugar editorial, 2006.

BUZAI, Gustavo. "Sistemas de Información Geográfica: Aspectos conceptuales desde la teoría de la Geografía". En: Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica (CONFIBSIG). 29 al 31 de mayo de 2007, Buenos Aires, Argentina.

ESCALONA ORCAO, Ana y DÍEZ CORNAGO, Carmen. "Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel". *Centro de Estudios sobre la Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales*. [En línea]. Zaragoza, España, 2004, [http://www.ceddar.org:80/documentos-trabajo\\_publicaciones\\_5.html](http://www.ceddar.org:80/documentos-trabajo_publicaciones_5.html) [Febrero de 2008].

FERNÁNDEZ-MAYORALES FERNÁNDEZ, Gloria *et al.* "Geografía de la Salud: desde la ecología de la enfermedad a la calidad de vida". En: BUZAI, Gustavo. (Comp.). *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud*. Departamento de Ciencias Sociales. Programa de Estudios Geográficos (PROEG). Luján: Ed. Serie Publicaciones del PROEG, n° 2, 2007, pp. 33-47.

GARCÍA BALLESTEROS, Aurora. "Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Geografía Social". En: GARCÍA BALLESTEROS, Aurora. *Métodos y Técnicas Cualitativas en Geografía Social*. Barcelona: Oikos- Tau, 1998, pp. 13-26.

GARROCHO RANGEL, Carlos y CAMPOS ALANÍS, J. "Un indicador de accesibilidad a unidades de servicios clave para ciudades mexicanas: fundamentos, diseño y aplicación". *Revista Economía, Sociedad y Territorio*. [En línea]. vol. VI, n° 22, 2006, pp. 349- 397, [http://www.cmq.edu.mx/documentos/Revista/revista22/est22\\_5GarrochoyCampos.pdf](http://www.cmq.edu.mx/documentos/Revista/revista22/est22_5GarrochoyCampos.pdf) [Mayo de 2008].

GARROCHO, Carlos. "Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud: modelos de localización espacial". En: BUZAI, Gustavo (Comp.). *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud*. Departamento de Ciencias Sociales. Programa de Estudios Geográficos (PROEG). Luján: Ed. Serie Publicaciones del PROEG, 2007, n° 2, pp. 41- 47.

ÑÍGUEZ ROJAS, Luisa. "Geografía de la Salud. Editorial". *Revista Cubana de Salud Pública*. [En línea]. La Habana, octubre-diciembre de 2003, <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n4/spu01403.pdf> [15 de julio de 2007].

LUCERO, Patricia *et al.* "Brechas socio-territoriales vinculadas con la calidad de vida de los habitantes de Mar del Plata en los inicios del Siglo XXI". En: VELÁZQUEZ, Guillermo y GÓMEZ LENDE, Sebastián (Comp.). *Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001)*. *Aportes empíricos y metodológicos*. Tandil: CIG, UNICEN, 2005.

MIKKELSEN, Claudia. "Ampliando el estudio de la calidad de vida hacia el espacio rural. El caso del partido de General Pueyrredón. Argentina". *Hologramática*. [En línea]. Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ, 2007, n° 6, vol. 4, pp. 25-48, <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=533> [Junio de 2007].

MORENO JIMÉNEZ, Antonio. "Justicia y eficiencia espacial como principios para la planificación: aplicación en la provisión de servicios colectivos con SIG". En: Memorias XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica (CONFIBSIG). Buenos Aires, 2007.

OLIVERA, Ana. "De los espacios insalubres a los lugares terapéuticos". En: BUZAI, Gustavo. (Comp). *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud*. Luján: Ed. Serie Publicaciones del PROEG, Departamento de Ciencias Sociales, Programa de Estudios Geográficos (PROEG), 2007, n° 2, pp. 59- 72.

SALADO GARCÍA, María Jesús. "Localización de los equipamientos colectivos, accesibilidad y bienestar social". En: BOSQUE Sendra, J. y MORENO Jiménez, A. *Sistemas de información geográfica y localización de instalaciones y equipamientos*. Madrid: Editorial RA-MA, 2004, pp. 17-51.

SANCHEZ, Lorena (Comp.). *Observar y escuchar. Mar del Plata analizada por jóvenes investigadoras*. Mar del Plata: Eudem, 2007.

SANTOS, Milton. *La naturaleza del espacio. Técnica y tiempo. Razón y emoción*. Barcelona: Ariel, 2000.

VAPNARSKY, César y GOROJOVSKY, Néstor. *El crecimiento urbano en la Argentina*, Buenos Aires: Grupo Ed. Latinoamericano, Instituto Internacional de Medio Ambiente y Desarrollo, 1990.

VARELA GARCÍA, F. "Experiencias sobre los cálculos de accesibilidad mediante SIG". En: XI Coloquio de Geografía Cuantitativa. [En línea]. Murcia: Asociación de Geógrafos Españoles, 2004, pp. 343-357, [http://age.ieg.csic.es/metodos/docs/XI\\_3/xi3\\_26.pdf](http://age.ieg.csic.es/metodos/docs/XI_3/xi3_26.pdf) [Mayo de 2008].

### Fuente de datos

ARGENTINA. "Base de Usuarios del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001". CD-Rom, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Economía de la Nación. Buenos Aires, 2006.

ARGENTINA. Municipalidad de General Pueyrredón. [En línea]. <http://www.mardelplata.gov.ar/IndexNw.htm> [4 de septiembre de 2007].

ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. [En línea]. [http://www.ms.gba.gov.ar/imagenes/Guia\\_establecimientos\\_2005.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/imagenes/Guia_establecimientos_2005.pdf) [17 de octubre de 2007].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [En línea]. [http://www.paho.org/default\\_spa.htm](http://www.paho.org/default_spa.htm) [17 de octubre de 2007].

Fecha de recepción: 29 de abril de 2008.

Fecha de aprobación: 29 de octubre de 2008.