

DESIGUALDAD E INJUSTICIA SOCIOTERRITORIAL: DEL CONCEPTO A LA PRAXIS A PARTIR DEL ACCESO A LOS SERVICIOS PÚBLICOS SANITARIOS EN EL ÁREA METROPOLITANA DEL GRAN RESISTENCIA

Liliana Ramírez

Resumen

Tanto la desigualdad como la inequidad socioterritorial son conceptos emparentados que en ocasiones suelen utilizarse como análogos sin embargo es necesario marcar la diferencia. La desigualdad territorial es el concepto menos ambiguo ya que dos espacios geográficos que presentan datos distintos de precipitaciones, población, PBI o cantidad de escuelas son, por naturaleza, desiguales.

En cambio Harvey (1973:119) sostiene que la justicia territorial se distingue si: a) son cubiertas las necesidades de la población dentro de cada territorio, b) son asignados recursos a fin de maximizar los efectos multiplicadores interregionales, y c) son invertidos recursos suplementarios para contribuir a superar dificultades especiales provenientes del medio físico y social. De este modo los mecanismos deben ser tales que las perspectivas de los territorios menos aventajados sean lo más favorables posible.

Esta contribución tiene el propósito de analizar las desigualdades y las injusticias o inequidades socioterritoriales que se manifiestan en el Área Metropolitana del Gran Resistencia (Chaco), cuando se examina la distribución de los centros de salud del sistema de salud público provincial, cuyas funciones están referidas a la asistencia, cuidado y reparación primaria de la salud. Un trabajo semejante se realizó para el año 2001 y ello nos permite comparar los escenarios 2001 y 2010.

El fin último es reconocer las desigualdades socioterritoriales que pueden desencadenar inequidades o injusticias de índole espacial cuyo (re)conocimiento es esencial para encaminar el ordenamiento territorial considerando que, en ocasiones, es imprescindible crear desigualdades para alcanzar la justicia o equidad socioterritorial y esto no solo se aplica a cuestiones sociales o económicas, sino que cada vez es más relevante considerar estos conceptos en la implementación de políticas públicas orientadas a la Planificación y Ordenamiento Territorial.

Introducción

En las últimas décadas la producción de artículos científicos, textos, libros, estudios, presentaciones, contribuciones en relación a los conceptos de (des)igualdad socioterritorial, (in)equidad socioterritorial, (a)simetrías socioterritoriales, (des)equilibrios socioterritoriales han sido, al menos, abundantes. En muchas ocasiones todos estos conceptos se sostienen como análogos aunque es posible abordarlos con matices de diferenciación.

La mayoría de estos aportes están orientados a marcar o mostrar cómo se materializan estos conceptos en el espacio urbano ya que desde mediados del siglo pasado, o desde el momento en que se inició el proceso de urbanización que se sigue a nivel global, las ciudades son las áreas en las que se cristalizan con mayor evidencia los conceptos enunciados.

Numerosos autores a partir de reflexiones, meditaciones y preocupaciones en torno a la ciudad señalan que el espacio geográfico urbano es un "producto social". Henry Lefebvre (1974:91) por ejemplo sostenía que en el espacio social se identifican las *relaciones sociales*

de reproducción, como la organización familiar y las relaciones biofísicas y las *relaciones de producción* como por ejemplo la división del trabajo y su organización y las funciones sociales jerarquizadas.

Sin embargo, a partir del advenimiento del capitalismo este binomio comienza a complicarse y aparecen tres niveles que se imbrican: el de la *reproducción biológica* (la familia); el de la *reproducción de la fuerza de trabajo* (los trabajadores) y la *reproducción de las relaciones sociales de producción*, es decir las relaciones constitutivas de la sociedad.

Este autor añadía que para abordar esta alta complejidad que se revela en el espacio social producto de un urbanismo en ascenso, es preciso recurrir a tres conceptos: *la práctica espacial* que expresa una estrecha asociación en el espacio percibido entre la realidad cotidiana (el uso del tiempo) y la realidad urbana (las rutas y redes que se ligan a los lugares de trabajo, de vida privada y de ocio); *las representaciones del espacio*, es decir el espacio concebido, el espacio de los científicos, planificadores, urbanistas, de los tecnócratas fragmentadores y hasta el de ciertos artistas próximos a la cientificidad y *los espacios de representación*, es decir el espacio vivido a través de las imágenes y de los símbolos que lo acompañan y de ahí el espacio de los habitantes, de los usuarios, pero también de ciertos,, artistas, novelistas y filósofos que describen y solo aspiran a describir (Lefebvre, 1974: 97-98).

Para concluir Lefebvre sostiene “la triada *percibido-concebido-vivido*, que en términos espaciales puede expresarse como *práctica del espacio - representaciones del espacio - espacios de representación*, pierde su alcance si se le atribuye el estatuto de un “modelo” abstracto, ya que o bien capta lo concreto, como algo distinto de lo inmediato, o entonces sólo tiene una importancia limitada, la de una mediación ideológica entre muchas otras.

Todo lo incluido en los párrafos anteriores, relacionados con el pensamiento de un autor tan reconocido como Lefebvre, tiene el propósito de revisar y repasar, algo tan conocido, pero muchas veces no recordado adecuadamente cuando se aborda un análisis espacial y que es la complejidad del espacio geográfico y en particular del espacio geográfico urbano.

Sin desconocer lo apuntado por Lefebvre citado en la última parte del párrafo anterior, toda vez que se analiza, estudia o investiga el espacio geográfico, se lo hace desde alguna perspectiva, sin desmedro de las otras, y con el sólo objetivo de producir conocimiento y acercar algunas propuestas de mejoramiento de la realidad en pos de una sociedad más justa y equitativa ambiental, territorial y socialmente.

El concepto de “*representación del espacio*”, señalado anteriormente, como un ejercicio asociado a los trabajos académicos de investigadores y planificadores está en sintonía con el Ordenamiento Territorial (OT), práctica interdisciplinaria de la cual entre las numerosas definiciones elegimos las que siguen:

*“OT es la expresión espacial de las políticas económicas, sociales, culturales y ecológicas de la sociedad. Es a la vez una disciplina científica, una técnica administrativa y una política concebida como un enfoque interdisciplinario y global, cuyo objetivo es un **desarrollo equilibrado de las regiones** y la organización física del espacio según un concepto rector (Carta Europea de Ordenación del Territorio de 1983”*

*“El OT es un conjunto de acciones concertadas para orientar la transformación, ocupación y utilización de los espacios geográficos buscando su desarrollo socioeconómico, **teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la población**, las potencialidades del territorio considerado y la armonía con el medio ambiente” (Jordan y Sabatini, 1988)”*

*“El OT ha de ser democrática, es decir, con participación de los ciudadanos; global, es decir, coordinadora e integradora de políticas sectoriales; funcional, en el sentido de adaptación a las diferentes conciencias regionales y en perspectiva, lo que significa que ha de tomar en **consideración las tendencias y evolución a largo plazo** de los aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales que inciden en el territorio” (Schlotfeldt, 1998, p. 9)”*

En cada definición se resaltaron expresiones claves que tienen que ver con el propósito de esta contribución: desarrollo equilibrado de las regiones, basado en necesidades e intereses de la población considerando tendencias y evolución a largo plazo.

El desequilibrio territorial hace alusión a un estado de equilibrio que no existe y si consideramos que proviene del concepto “*aequus*” que significa lo igual, entonces desigualdad o desequilibrio podrían ser considerados análogos. Nuestro interés radica en analizar territorialmente la desigualdad o el desequilibrio con énfasis en el descubrimiento de cuáles de ellas son inequidades o injusticias a la luz de las necesidades e intereses de la población, o bien con el fin de evitar las presiones sobre los servicios que el Estado ofrece a la población.

Como se expuso en el resumen Harvey (1973:119) sostiene que la justicia territorial se distingue si: a) son cubiertas las necesidades de la población dentro de cada territorio, b) son asignados recursos a fin de maximizar los efectos multiplicadores interregionales, y c) son invertidos recursos suplementarios para contribuir a superar dificultades especiales provenientes del medio físico y social. De este modo los mecanismos deben ser tales que las perspectivas de los territorios menos aventajados sean lo más favorables posible.

De estas tres condiciones inherentes a la justicia territorial nos ocupa en este trabajo la primera, es decir la posibilidad de revelar, a través de un sistema de representación del espacio, aquellas áreas y grupos poblaciones que resultan más desfavorables considerando sus necesidades.

Aquí también queremos hacer un comentario respecto del polisémico concepto de “necesidad” y una de las posibles definiciones que encontramos a los fines de nuestro aporte es la que señalan Benn y Peters citados por Ballester Brage (1999:170), “hablar de necesidad es hablar de algo cuya ausencia daña o va en detrimento de algo, y los daños o perjuicios no son inteligibles sin una medida o modelo o norma mediante la cual se midan los estados de las cosas.

Sumada a esta afirmación también señalar que, en este contexto, las necesidades a ser atendidas son aquellas que afectan por igual a todas las personas, son colectivas, se dan en bloque, y tienen que ser satisfechas con los mismos tipos y niveles de recursos. Es el caso de la educación, salud, vivienda, seguridad, trabajo, etc.

Un último concepto a considerar es el de servicios y equipamientos públicos destinados a cubrir las necesidades colectivas de la población; una primera apreciación es la que se refiere a que los servicios, en términos generales, se brindan a través de un

equipamiento o instalación que se materializa en una escuela, hospital, centro de salud, comisaría, etc. También puede ser a través de otro tipo de infraestructura como pueden ser las redes: transporte, agua potable, servicios cloacales, etc. Estos equipamientos o infraestructura, su localización, distribución, dotación de recursos, juegan un papel fundamental como elementos socioterritoriales para la integración social urbana en los asentamientos con población en estado de pobreza o vulnerabilidad.

En este sentido Mayorga Henao sostiene en las ciudades latinoamericanas la desigualdad en la distribución de los equipamientos colectivos promovidos por el Estado, es propia de las actuaciones urbanísticas que se han llevado a cabo (Mayorga Henao, 2010: 27), los equipamientos colectivos resultan ser elementos residuales sobre los que se piensa luego de llevar a cabo el proceso de subdivisión de predios y de construcción de viviendas, por lo cual su localización queda supeditada a los criterios impuestos por el mercado, legal o ilegal, del suelo urbano (Mayorga Henao (2010: 28).

Antes de finalizar este apartado no queremos dejar de señalar que el concepto de “justicia territorial” planteado por Harvey es diferente de “justicia espacial” planteado por Soja, para este autor la justicia tiene una dimensión socioespacial dialéctica —la sociedad produce espacialidades injustas, pero también el espacio es una fuente de injusticias— que ha sido marginada de los análisis más corrientes de la justicia social en las ciencias sociales. Incluso, Soja critica a Harvey por no haber planteado la importancia del espacio para la justicia social, reto que sí asumió Lefebvre (Soja 2010). Nuestro aporte se acerca más a la conceptualización de Harvey.

Al concluir se señala que el objetivo general de esta contribución es analizar la distribución y dotación de equipamientos o servicios públicos sanitarios es relevante para dar cuenta de la existencia (o no) de una justicia territorial que maximice la equidad y que permita satisfacer las necesidades colectivas, además de orientar la planificación y el ordenamiento territorial así como su monitoreo a través del tiempo.

Antecedentes

El estudio de las desigualdades comienza a ser necesario a partir de la aparición de las políticas regionales. La necesidad de medir las desigualdades es fundamental para encaminar acciones de corrección a través de diferentes mecanismos. Posteriormente el enfoque de redistribución o enfoque de compensación— han tenido como razón de ser la eliminación, disminución o reducción de los desequilibrios regionales y la necesidad de aplicar medidas favorables al desarrollo económico de las zonas más atrasadas.

Se plantean dos problemas: el primero, asociado a la necesidad de desarrollar métodos de investigación que permitan cuantificar las desigualdades en cuanto a niveles de desarrollo o calidad de vida de los habitantes de una región y, el segundo, relacionado con el papel de los actores sociales involucrados en la implantación de las medidas correctoras que permitan atenuar dichas desigualdades (Cuadrado, 1988). Es así que el interés manifiesto en este aporte está orientado a aplicar (o en su caso idear) una adecuada metodología que permita aproximarnos al conocimiento de las desigualdades e inequidades que persisten a pesar de la implementación de multiplicidad de políticas públicas que pretenden mitigarlos.

En trabajos previos se han analizado, por ejemplo, la desigualdad que marca el acceso al agua potable a través de red, tanto en el NEA como en el NOA, encontrando las desigualdades a nivel de departamento y las fuertes anomalías que, a pesar de los grandes esfuerzos, aún se mantienen. Un trabajo similar se realizó a una escala mayor, relacionada con municipios y se detectaron los municipios que carecen de un adecuado acceso al agua en el Chaco, considerando los Objetivos del Milenio que plantea la ONU.

En cuestiones de índole sanitaria se ha trabajado en varias líneas de investigación entre las que se pueden señalar, por un lado, la aplicación de un Índice de Salud Ambiental que mide las desigualdades de este indicador a nivel urbano, en Chaco y Corrientes, y por otro lado, la localización óptima de equipamientos sanitarios en el Chaco, en particular hospitales y puestos sanitarios A, permitió detectar las áreas menos servidas así como la determinación de las áreas de servicios de los centros de atención primaria de la salud en el área metropolitana del Gran Resistencia.

En ambos casos se trabajó con datos censales 2001 y ello es un antecedente que nos permitirá apreciar cómo se ha evolucionado el acceso considerando los datos de 2010; de este modo estará presente lo indicado por Schlotfeldt (*up.supra*) en la definición de OT y que se refiere a la necesidad de mostrar tendencias de la situación analizada.

Área de estudio

En la actualidad el Área Metropolitana del Gran Resistencia o Gran Resistencia (AMGR) cuenta con más de 387.000 habitantes, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010. Resistencia con más del 75% de la población seguida por Puerto Barranqueras, Fontana y Puerto Vilelas (cuadro 1). De todos los asentamientos que participan de la metrópoli la única que aumento su población, en términos relativos, entre 2001 y 2010, fue Fontana, mientras que todas crecieron en cuanto al número de radios censales que participaron del recuento poblacional.

Cuadro 1: Población y radios censales del AMGR, 2001 y 2010, según municipios

Municipios	2010			2001		
	Total de población	% de población con respecto al AMGR	Radios censales, INDEC	Total de población	% de población con respecto al AMGR	Radios censales, INDEC
Resistencia	291.720	75,31	327	274.474	76,16	290
Puerto Barranqueras	54.715	14,12	56	51.842	14,38	48
Fontana	32.027	8,27	32	26.708	7,41	25
Puerto Vilelas	8.878	2,29	7	7.381	2,05	6
Total	387.340	100,00	422	360.405	100,00	369

Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población, 2001 y 2010.

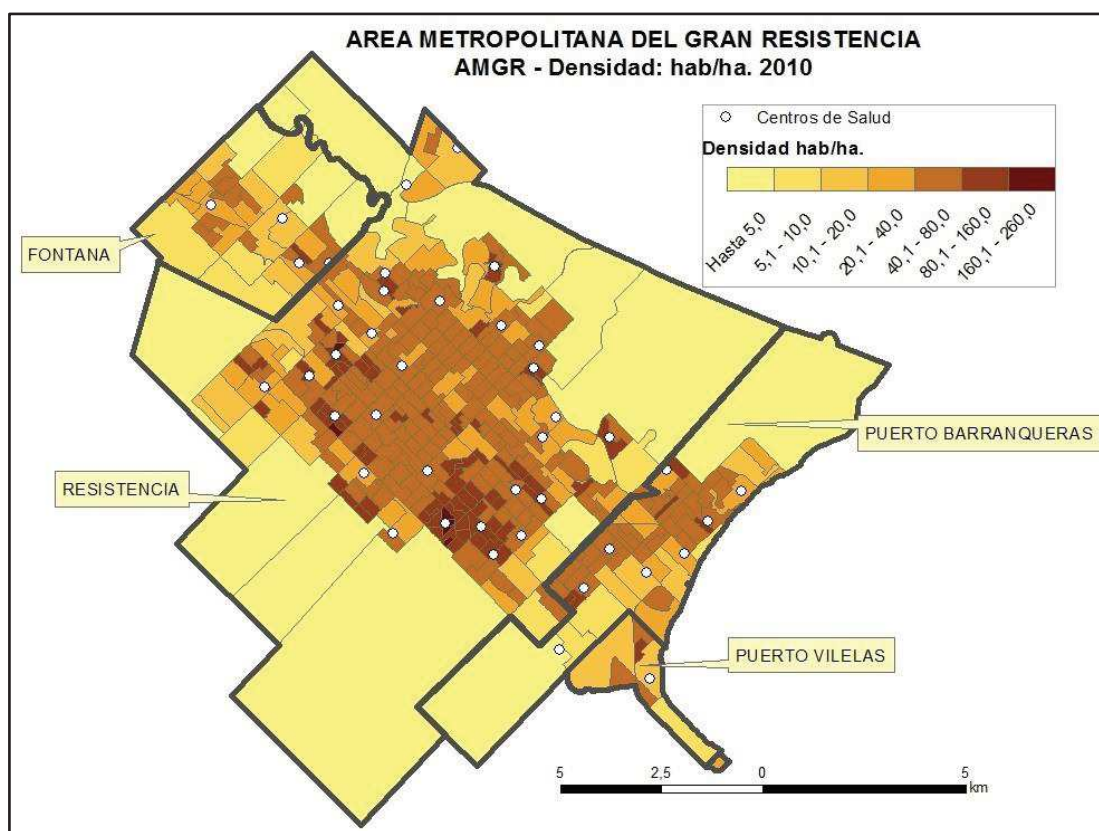
Si consideramos que el total de población de la Provincia superó el millón de habitantes, podemos apreciar que más del 38% de la población se asienta en el AMGR, mientras que Resistencia, la capital provincial alcanza aproximadamente el 30% (cuadro 1). La densidad de población media alcanza a 24,8 habitantes por hectáreas (\approx una manzana) sin embargo su distribución es bastante heterogénea (mapa 1).

Si observamos la representación e imaginariamente trazamos un segmento de noroeste a sureste, podemos comentar que el sector sureste de la capital Resistencia es el que presenta valores más elevados de densidad, coincidiendo esta circunstancia con la existencia, en este sector, del mayor número de Planes de Viviendas FONAVI que agregan un elevado número de población en sectores relativamente poco extensos.

Hacia el sureste, advirtiéndose una relativa separación espacial de la ciudad capital, se destaca la localidad de Puerto Barranqueras, en la ribera del Río Paraná, y registrando densidades superiores a la media en algunos radios censales. En una corona periférica,

aquella en la que –en numerosos casos- aún no se han realizado mensuras por parte de los municipios, se registran los valores más reducidos de densidad.

Mapa 1: Densidad de población 2010, habitantes por hectárea



Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población 2010.

En esta área metropolitana se encuentran distribuido 42 centros de atención primaria de la salud a los que se suma el Hospital Doctor Julio Perrando y el Hospital Pediátrico Doctor Avelino Castelán que constituyen los hospitales de mayor complejidad de la provincia, su distribución se puede apreciar en el mapa 1.

Fuente, recursos y diseño metodológico

Cualquier tipo de estudio referido al análisis espacio geográfico, que se efectúa a través de la representación del mismo, está condicionado por la información de partida, por lo tanto, el grado de veracidad, precisión, exhaustividad, en definitiva, la calidad de los resultados, dependerá, indefectiblemente, de la calidad de la información de entrada.

Este aspecto refiere a la aptitud de las fuentes de información de las que nos valemos para poder dar cuenta de la situación que se plantea en la realidad.

A escala de trabajo urbano es necesario disponer de una información de entrada lo más confiable que sea posible, ya que cualquier pequeña desviación de la realidad, en cualquiera de los componentes geométricos que la representan, puede incorporar errores importantes en los resultados que se obtengan.

Además, si consideramos que estos resultados constituyen el punto de partida para estudios de distribución -o re-distribución- de servicios y equipamientos en el territorio,

tendientes a mejorar la accesibilidad de las personas y desarrollar así una movilidad espacial justa de la población en el espacio, entonces, con mayor razón aún, es preciso evaluar acertadamente las fuentes de información que se emplearán.

En este trabajo para analizar empíricamente la desigualdad o injusticia territorial en relación a la dotación y acceso a los servicios o equipamientos sanitarios se ha trabajado con:

- Archivo digital de radios censales con población asociada, proporcionada por el INDEC.
- Archivo digital de la red viaria del AMGR, proporcionada por los municipios y adaptada por el Laboratorio de Tecnologías de la Información Geográfica de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional del Nordeste y CONICET.
- Archivo digital de la localización de los centros de atención primaria de la salud, proporcionado por la Dirección de Información Territorial de la Provincia del Chaco.

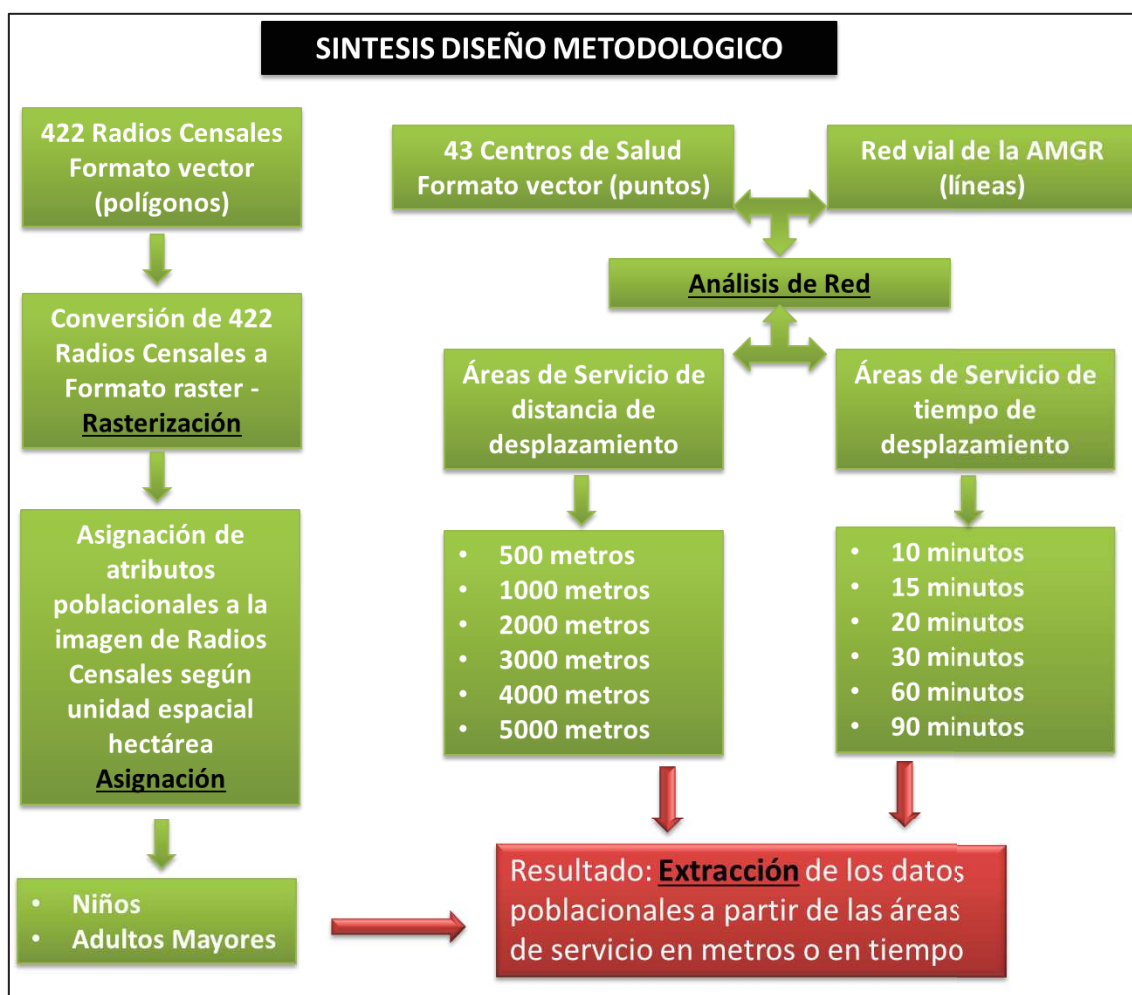
De la interacción entre la población o demanda (radios censales), los sitios donde se ubican los equipamientos (centros de salud) y la red vial (representada por líneas o arcos con una longitud específica), surge la accesibilidad diferencial de las personas a los equipamientos sanitarios. Para simular la movilidad de la población a los centros de salud se consideró una medida de distancia en metros y otra de tiempo en minutos.

El diseño metodológico indicado en la figura 1 es la síntesis de proceso seguido que tiene al análisis espacial como principal técnica de práctica geográfica, entendido como una serie de operaciones matemáticas y estadísticas aplicadas a los datos distribuidos sobre el espacio geográfico, es decir un encadenamiento de geoprocesos que nos permite establecer, en este caso, las áreas que dentro de determinados umbrales de distancia y tiempo son asignados a cada equipamiento y a todos en su conjunto, para establecer con posterioridad la cantidad de población incluida en estas áreas.

Se utiliza como recurso tecnológico el Sistema de Información Geográfica y diversos geoprocesos como la rastetización, asignación, áreas de servicio y extracción. Todo ello luego de armonizar e integrar las bases de datos que se utilizan.

En definitiva es nuestra representación del espacio geográfico tal lo expresado por Henry Lefebvre (*up supra*), para su análisis a los fines del objetivo propuesto.

Figura 1: Diseño metodológico, elaboración propia.



Resultados

Antes de mostrar los resultados queremos señalar los supuestos que guían los análisis:

- 1) Cuando la población requiere satisfacer una “necesidad de tipo sanitaria” que puede ser reparada o atendida en un equipamiento sanitario, por ejemplo en un centro de atención primaria de salud, lo más usual es que recurra a estos equipamientos o, en su caso, al hospital más próximo. Esta proximidad puede ser entendida como la menor distancia o el menor tiempo.
- 2) La población que se dirige a estos equipamientos es la de menos recursos, por lo tanto asumimos que el traslado se realiza a pie, andando, sin medios de transporte. Esto parecería muy simplista ya que en la realidad podemos percibir que en este desplazamiento se pueden emplear: bicicletas, ciclomotores, motocicletas, transporte público, en algunos casos, vehículo particular o remises. En definitiva cada uno de estos medios de transporte define una representación del desplazamiento diferente. Nuestro aporte, como dijimos, se basa en el traslado a pie, considerando una velocidad de un minuto y medio por cada 100 metros, en el caso del análisis temporal.

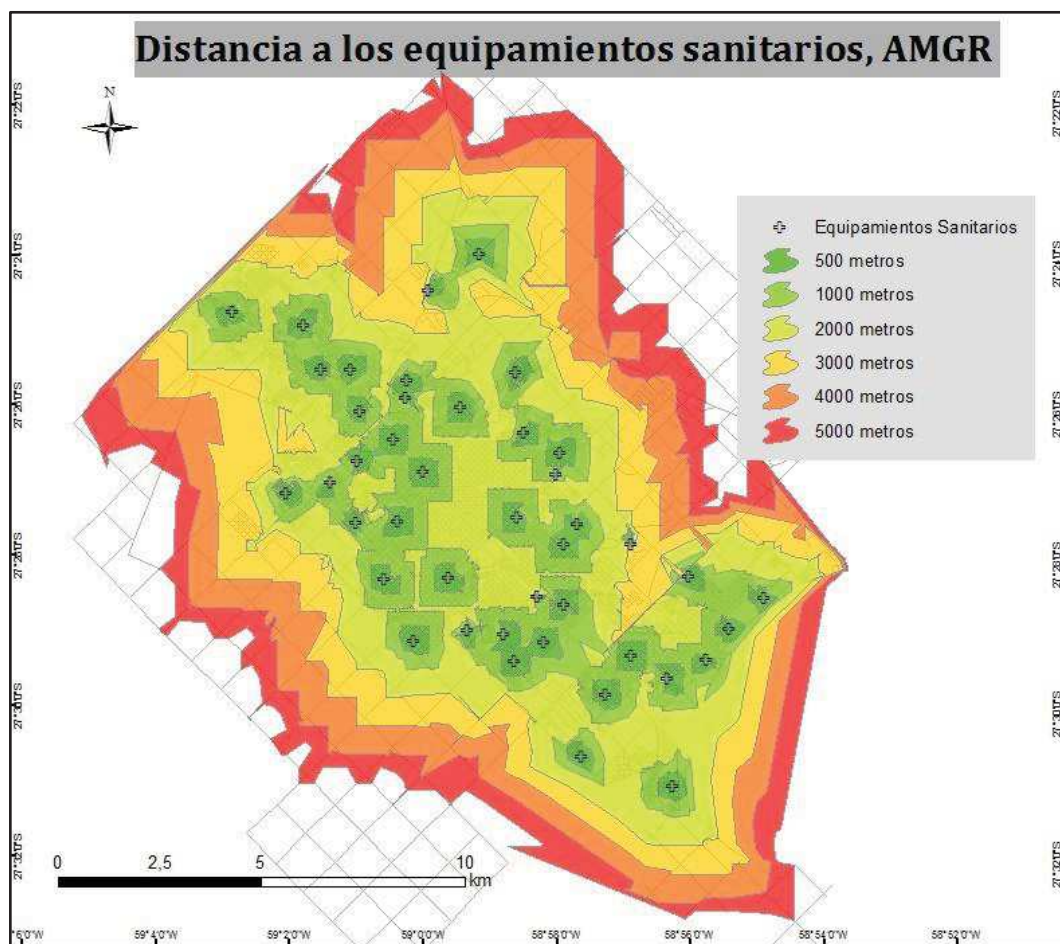
Apuntados los supuestos, veamos los resultados.

a. Las áreas sin justicia territorial, según la distancia

El mapa 2 muestra las áreas que se delinean a partir de calcular la distancia que recorre la población para acceder a los equipamientos sanitarios, se consideraron áreas de 500, 1000, 2000, 3000, 4000 y 5000 metros y, como podemos visualizar aún resta espacio geográfico más allá de esta última distancia.

Esta representación nos brinda una primera aproximación de las áreas más favorecidas (en color verde) y las menos favorecidas (naranja-rojo), delineando la clásica distribución centro-periferia.

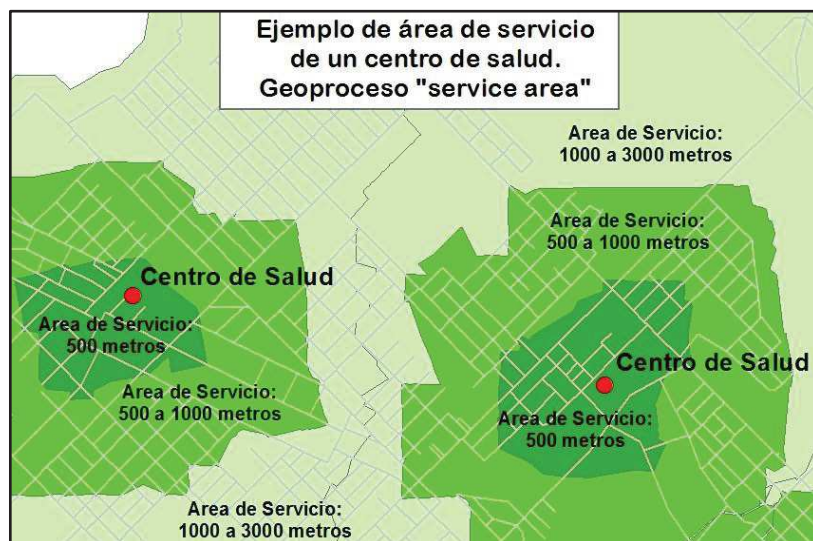
Mapa 2: Distancia a los equipamientos sanitarios, AMGR (elaboración propia).



En la figura 2 se muestra una aproximación para que se aprecie la forma en que se esbozan las áreas servidas. Una primera desigualdad que se advierte es la superficie que abarcan, podemos citar por ejemplo que el área servida por el Centro de Salud del Barrio Mapic abarca 2323,9 hectáreas, mientras que Villa Prosperidad tiene asignada menos de 1 hectárea.

Esta situación se presenta por la proximidad entre los Centros de Salud en determinados lugares del AMGR, de manera que ciertos grupos poblacionales tienen que recorrer más distancia para alcanzar los mismos servicios y eso sin contar las diferenciaciones que cada grupo conlleva.

Figura 2: Aproximación a áreas definidas por tiempo de desplazamiento (elaboración propia).



Para poder apreciar las posibilidades de análisis y los viables resultados a los que es posible arribar, como ejemplo estas áreas han sido superpuestas a sendas imágenes que tienen asignada la población de niños (hasta 9 años) y la población adulta-mayor (de 75 y más años) ello permitirá de manera sucinta identificar las inequidades que se manifiestan.

Es así que del análisis surge que Villa Libertad es el centro en cuya área reside la mayor cantidad de niños y el centro del Barrio General Obligado es el que menos niños registra en su entorno. Respecto de la población adulta-mayor Villa Alvear se presenta como el Centro de Salud que tiene que atender al grupo más numeroso, mientras que Villa Prosperidad es el equipamiento con menor cantidad de ellos.

b. Las áreas sin justicia territorial, según el tiempo recorrido

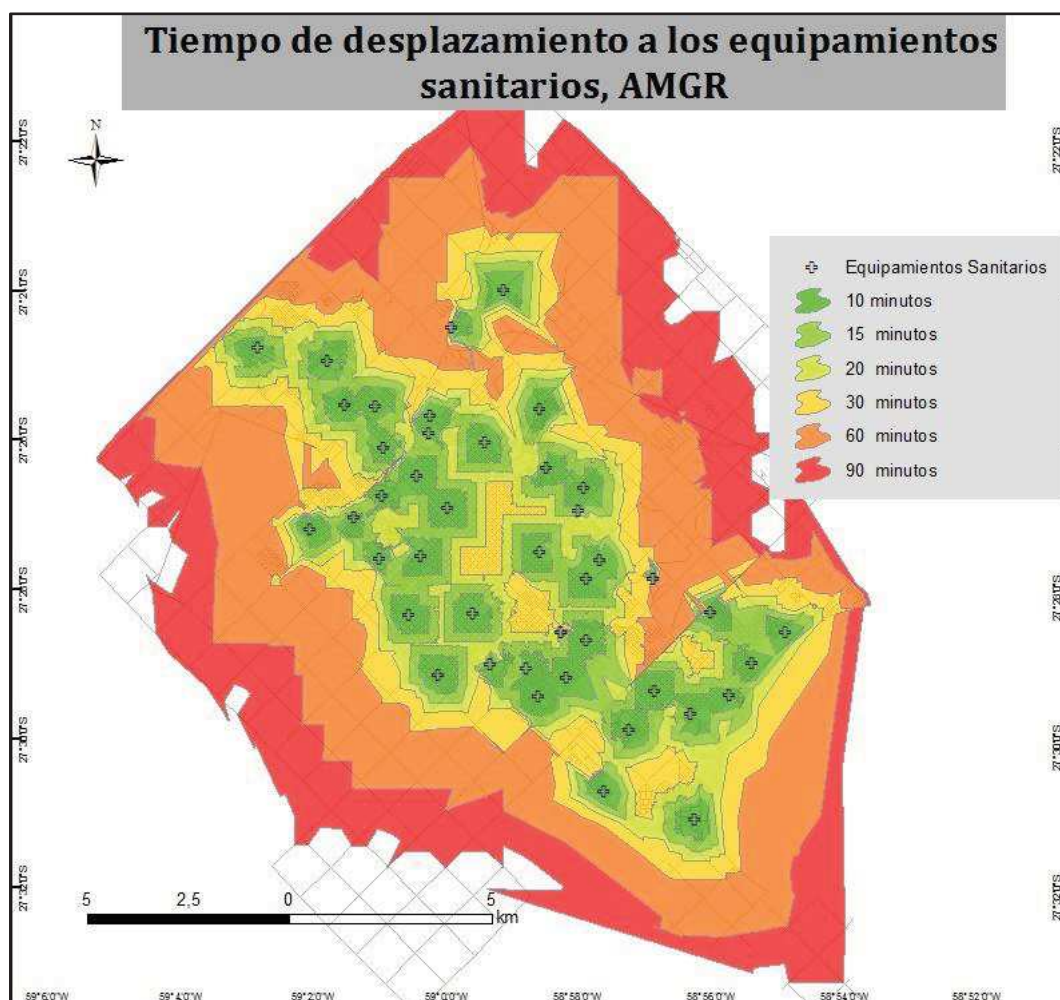
El mapa 3 nos muestra un procedimiento análogo al anterior pero considerando el tiempo de desplazamiento: 10, 15, 20, 30, 60 y 90 minutos. En este caso los Centros de Salud que acumulan mayor superficie considerando el tiempo de recorrido son los mismos que en el caso anterior Barrio Mapic 2652,18 hectáreas y Villa Prosperidad con menos de una hectárea. Por lo tanto una primera afirmación refiere a la necesidad de dotar a Barrio Mapic de algún equipamiento adicional que minimice las distancias recorridas por la población.

Sin embargo como vimos en el caso anterior, la cantidad de superficie que define el análisis espacial considerando el tiempo y la distancia no tiene relación directa con la cantidad de población que tiene que atender ni con las características del grupo. En efecto, Villa Libertad es el centro en cuya área habita la mayor cantidad de niños y Villa San Martín es el que menos niños tiene en su entorno.

En cuanto a la población adulta-mayor, Villa Alvear es el Centro de Salud que tiene que atender la mayor cantidad de adultos- mayores de 75 años y más, mientras que el Centro de Salud Barrio Mujeres Argentinas es el que tiene a su cargo la menor cantidad de este grupo poblacional.

Más allá que estos resultados merecen un trabajo de campo que confirme estos análisis podemos anticiparnos a señalar que en el Centro de Salud de Villa Libertad sería preciso considerar una mayor dotación de recursos físicos y humanos orientados a atender las problemáticas sanitarias de la niñez, mientras que en Villa Alvear sería más pertinente revisar los recursos dirigidos a los adultos-mayores.

Mapa 3: Tiempo de desplazamiento a los equipamientos sanitarios, AMGR (elaboración propia).



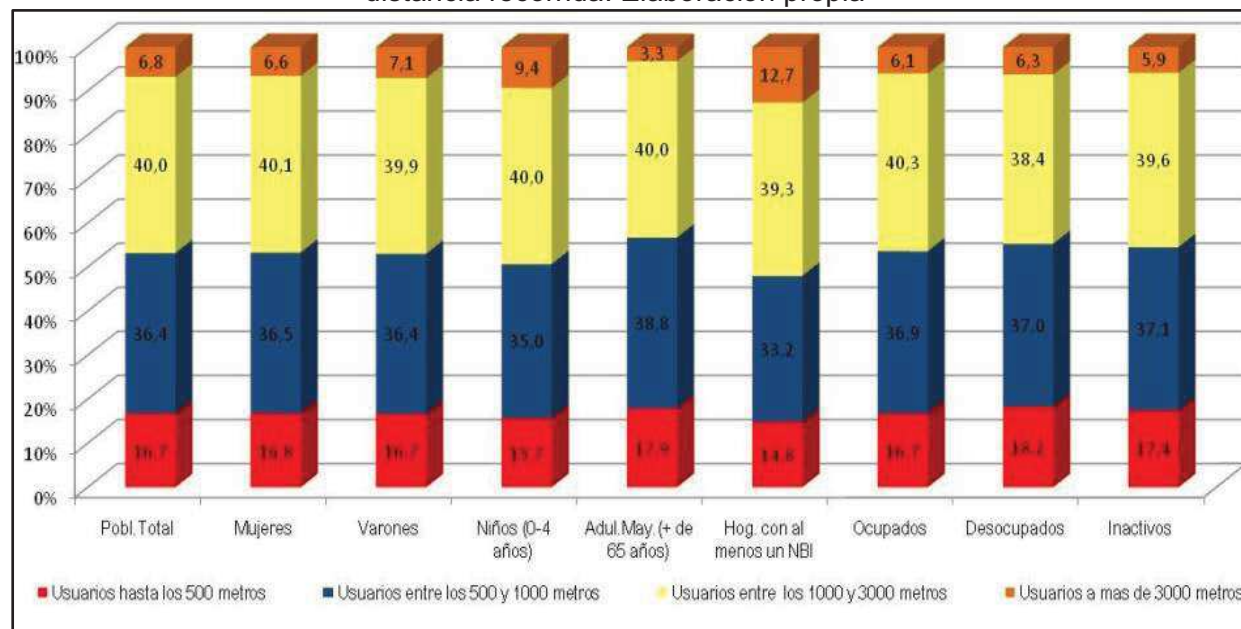
c. Tendencias 2001-2010

Si bien los resultados que se logran al realizar estos análisis son abundantes, el gráfico que sigue sintetiza todos los procesos realizados y da respuesta a los interrogantes que en el apartado anterior se formularon. Así hasta dentro de los 500 metros de mayor proximidad a los centros de salud y al hospital Perrando/Pediátrico encontramos al 16,7% de la población total y, como se puede apreciar en el gráfico, todas las variables que se seleccionaron presentan una proporción muy semejante, esto significa que no hay disparidades tan marcadas entre ellas.

En 2001 en este umbral de distancia residía el 22% de la población total, esto estaría dando indicios de que ha habido una redistribución de la población alejándose de los equipamientos respecto de 2001. Cabe señalar que la localización territorial de los equipamientos no han experimentado modificación alguna respecto del año 2001. Esta

diferenciación en más de 5 puntos se mantiene en todas las variables seleccionadas, es decir en las mujeres, varones, niños y niñas, personas adultas-mayores, ocupados, desocupados, inactivos y hogares con al menos un indicador de NBI.

Gráfico 1: Caracterización de la población que demanda a los centros de salud según distancia recorrida. Elaboración propia



Al considerar el segundo umbral de distancia (1000 metros), a los 16,7% de población total incluida en el primer corte de alcance espacial, se añade un 36,4%, por lo tanto conforma un 53,2% de la demanda potencial dentro de los primeros 1000 metros de distancia a los equipamientos.

Con excepción de las personas adultas-mayores o población de 65 años y más que registran 56,7% del total, las restantes variables se mantienen en proporciones semejantes.

En 2001 la población que residía dentro de este umbral de 1000 metros alcanzaba un 64,5% y ninguna variable estaba por debajo del 60%, esta situación compensa lo observado en el primer alcance espacial, es decir la disminución de demanda potencial en el primer umbral es el aumento en el segundo umbral, esto nos indica, otra vez, que hay síntomas de una redistribución de la población que implica un mayor alejamiento de la población en cercanías a los equipamiento sanitarios.

Al analizar el colectivo poblacional que reside entre 1000 y 3000 metros la situación se agrava ya que tanto la población total como todas las variables analizadas registran el 40%, es decir 4 de cada 10 personas en general, o de las mujeres, de los varones, de los niños y niñas, de la población ocupada, etc. residen en el umbral de distancia comprendido entre los 1000 y 3000 metros de proximidad a las instalaciones sanitarias.

Si se compara esta situación con 2001 aquí se observa que la situación desmejora ya que en aquel año la proporción de población y sus distintas variables registraba entre el 28,0 y el 33,4%, es decir que hay un aumento de más de 10 puntos de población en este alcance espacial.

Finalmente en esta ocasión y como consecuencia de la evidente expansión urbana que caracterizó a nuestra área metropolitana, se incluyó una nueva distancia o alcance

espacial para el análisis de la población y hogares menos favorecidos por la cercanía o proximidad a los equipamientos. Más allá de los 3000 metros encontramos al 6,8% de la población, sin embargo es grave la proporción del 12,9% de los hogares con al menos un indicador de necesidades básicas insatisfechas que se encuentran en este corte o alcance espacial y también es grave que el 9,4% de los niños y niñas residan en ese mismo sector.

Por las demandas sanitarias de estos hogares y por la atención de calidad que merecen los niños en la primera infancia se puede calificar a esta situación como inequitativa y es allí donde hay que fortalecer las políticas de localización de equipamientos sanitarios.

Consideraciones finales

En general, los estudios tendientes a echar luz sobre las cuestiones que se relacionan con la distribución de los equipamientos sociales, con la localización óptima de estas instalaciones, con la accesibilidad de la población y también con la movilidad espacial, generan parámetros y medidas genuinas que no se consideran ni aparecen en los convencionales relevamientos de información, es decir que son cuantificaciones propias de los estudios territoriales que se llevan a cabo en espacios determinados, con colectivos de población definidas y en función de hipótesis o ideas previas que los investigadores desean comprobar o refutar.

Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta las experiencias de trabajo en este sentido, se cree en la importancia de los resultados que se logran y que se muestran en este trabajo, ya que se trata de producción de información muy relevante y original, que puede contribuir al mejoramiento de la toma de decisiones en función de las necesidades y problemas de la población.

Sin duda se han detectado síntomas de inequidad territorial que afectan a colectivos poblacionales que ven vulnerada su accesibilidad a los equipamientos sanitarios y poder actuar sobre esta situación es una clara oportunidad para avanzar en un ordenamiento territorial que garantice la equidad y justicia espacial.

En 2001 el AMGR ya mostraba indicios de inequidades territoriales, ahora, al comparar con la situación 2010, se puede afirmar que la desigualdad en el acceso se ha profundizado, seguramente como consecuencia, entre otros factores, de la expansión urbana.

En este sentido es importante resaltar que si bien la población del conglomerado apenas creció un 6,6% la propagación del área urbana, del área construida, se ha incrementado notablemente en sentido horizontal y ello llevó a que las distancias y el tiempo recorrido por la población para acceder a los mismos servicios se acrecienten.

Del mismo modo que se puede leer en trabajos anteriores (Ramírez, Liliana 2007 a, b, 2011) se resalta que de estos análisis y estudios debería surgir la óptima distribución y redistribución de los servicios que requiere la población para una plena satisfacción de sus necesidades más inmediatas.

Metodologías y procedimientos estandarizados y replicados de forma frecuente pueden ayudar a monitorear y tomar decisiones más equitativas y justas.

Bibliografía

BALLESTER BRAGE, Luis (1999). *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos*. Editorial Síntesis. Madrid, España.

HARVEY, David (1973). *Urbanismo y desigualdad social*. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

LEFEBRE, Henri (1974). *La producción del espacio*. Editorial Capitán Swing. 1ª edición en castellano. Madrid, España.

MAYORGA HENAO, Jorge (2010). *Planeación de los equipamientos colectivos: una política estratégica de integración social de población en estado de pobreza*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

RAMÍREZ, Liliana (2007a). Estudio de la accesibilidad de la población del Gran Resistencia a los Centros de Salud. En *Actas de la XI Conferencia Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica*. Sociedad Iberoamericana de Sistemas de Información Geográfica y Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires 28 al 31 de mayo de 2007.

RAMÍREZ, Liliana (2007b). Caracterización sociodemográfica de la población del Gran Resistencia y su acceso a los Centros de Salud. En: *Actas del Primer Congreso de Geografía de Universidades Nacionales "Pensando la Geografía en Red"*. Universidad Nacional de Río Cuarto. Río Cuarto, Córdoba, 5 al 8 de junio de 2007. ISSN: 1851-1007

RAMÍREZ, Liliana (2011) Sitios óptimos destinados a la expansión de los equipamientos de atención primaria de la salud en el área metropolitana del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). En Bosque Sendra, Joaquín y Moreno Jiménez, Antonio (Ed.)(2011) *Sistemas de Información Geográfica y localización de instalaciones y equipamientos*. Editorial RAMA Madrid, España, Segunda Edición. ISBN 84-7897-611-6.

SOJA, Edward (2014). *En busca de la justicia espacial*. Editorial: Tirant lo Blanch Colección: Crónica 1ª Edición en Castellano. Valencia, España.