



Bárbara **BELTRAN MESA***

*: Licenciada en Ciencia Política y Magíster en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles de la Universidad de Buenos Aires. e-mail: bbeltranmesa@gmail.com

Luisa **VICENTIN***

*: Licenciada en Ciencia Política de la Universidad de Buenos Aires y maestranda en Economía Urbana en la Universidad Di Tella. e-mail: luisavicentin@gmail.com

PRESENTADO: 15.03.24

ACEPTADO: 21.05.24

CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS SOCIALES DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y URBANA EN BARRIOS POPULARES.

81

Resumen

La propuesta de este trabajo consiste en construir criterios metodológicos para el diseño de políticas sociales de integración social y urbana en barrios populares. El presente artículo se compone de tres partes: en primer lugar, el desarrollo del abordaje social para los procesos de intervención social y urbana en barrios populares, junto con la introducción a los ejes de salud y educación; en segundo lugar, la elaboración de criterios para la construcción del diagnóstico de estos ejes de intervención, utilizando como variable de análisis la cobertura geográfica y poblacional de establecimientos educativos y centros de atención primaria de la salud; y, en tercer lugar, el análisis del eje salud en un caso de estudio territorial, donde se sitúan los criterios metodológicos establecidos. La metodología se compone de criterios metodológicos construidos sobre el objetivo de garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios educativos y de salud. Se utiliza como herramienta de georreferenciación QGIS.

Palabras Clave: Integración social y urbana; Barrios populares; Metodología; Educación; Salud.

Summary

The proposal of this research consists of constructing methodological criteria for the design of social policies for social and urban integration in low-income neighborhoods, also known as shanty-towns. This work is composed of three parts: firstly, the development of the social approach for social and urban intervention processes in low-income neighborhoods and the introduction to the axes of health and education and their prioritization for this proposal; secondly, the elaboration of criteria for the construction of the diagnosis of these intervention axes, using geographic and population coverage of educational establishments and primary health care centers as analysis variables; and thirdly, the analysis of a case study, where the established methodological criteria are situated. The methodology consists of methodological criteria built on the objective of guaranteeing the population's effective access to educational and health services. QGIS is used as a georeferencing tool.

Key words: *Social and urban integration; Low-income neighborhoods; Methodology; Education; Health.*

INTRODUCCIÓN¹

Pensar la integración de barrios populares requiere de un proceso de trabajo interdisciplinario que contemple tanto aspectos urbanos como sociales. El problema es que estos últimos suelen quedar relegados en una competencia desleal que vincula el hábitat y el derecho a la ciudad solo a las condiciones de infraestructura de los barrios. Cuando los abordajes se piensan solo en esa lógica se desconoce e invisibiliza el sujeto principal de estas acciones: el ciudadano, habitante o residente de estos barrios populares.

El abordaje social encarado desde un enfoque de derechos humanos permite entender los procesos de integración socio-urbana de manera integral. A partir de este enfoque se puede identificar que estas poblaciones tienen una sumatoria de vulneraciones de derechos que exceden a la cuestión del hábitat y que generan procesos de exclusión en diversas áreas. El concepto de pobreza multidimensional (SIEMPRO, 2021) echa luz sobre esta problemática: esta forma de medir la pobreza no

tiene en cuenta sólo los ingresos del hogar, sino que contempla también el acceso a determinados derechos fundamentales, como la educación, el empleo y protección social, la vivienda adecuada, el hábitat y servicios básicos y la salud, y se considera que un hogar es pobre cuando presenta privaciones en al menos dos indicadores de distintas dimensiones (SIEMPRO, 2021). En los barrios populares inciden dos de las cinco dimensiones, los déficits en la vivienda adecuada y el hábitat y servicios básicos, y permite pensar en un componente estructural que limita la salida de la pobreza al entorno en el cual residen estos hogares.

Los datos correspondientes al primer semestre del año 2023 arrojan que en los aglomerados urbanos del país el 29,6%² de los hogares se encuentran debajo de la línea de la pobreza medida según ingresos por el INDEC; y si se considera la pobreza multidimensional, este número es de 35,5%³. Ambas formas de medir la pobreza son complementarias, y pueden ser acompañadas por el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP), como forma de cuantificar la pobreza urbana. La defi-

1. Aclaración: En este trabajo hemos priorizado la utilización de formas lingüísticas neutras sin apelar a recursos gráficos que dificulten la lectura, pero entendemos que todas las menciones en género masculino genérico representan siempre a varones y mujeres. El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre varones y mujeres es una meta a alcanzar en nuestro idioma, pero aún no hay un consenso sobre cuál es la mejor forma de hacerlo.

2. INDEC, Primer Semestre de 2023, recuperado de: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_2326FC0901C2.pdf

3. Dato disponible en SIEMPRO (2023)

nición de barrio popular es la que se encuentra establecida en la Ley Nacional 27.453 de 2018 en su artículo primero, en la que los definen como aquellos “barrios vulnerables en los que viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, donde más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos, o más, de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)”⁴. En su última actualización, del año 2022, se da cuenta de la existencia de 6.467 barrios populares en el país.

Es en los barrios populares, entonces, donde se origina una intersección entre pobreza multidimensional e informalidad urbana. Según Roy (2012) la informalidad urbana es un modo de producción del espacio y una práctica de planeamiento habilitada por la acción u omisión del Estado. Esa “otra ciudad” (Roy, 2012) que existe de manera paralela y por fuera de las esferas de lo regulado normativamente también genera espacios habitables. Se convierte en una cuestión social problematizada (Oszlak y O’Donnell, 1976) cuando estas zonas son visibilizadas: esto ocurre generalmente a partir de las demandas de los propios habitantes de los barrios populares, quienes se organizan para demandar el acceso a derechos que se traduce materialmente en el acceso a servicios. Este es el enfoque central del documento: el acceso a derechos y servicios por parte de los habitantes de los barrios populares.

Para esto es necesario considerar a la dimensión territorial como la base sobre la cual entender cuánto, cómo y dónde esos derechos están siendo vulnerados porque se les niega o se les dificulta el acceso a ellos. En el vínculo entre la geografía urbana y la población, el concepto de proximidad espacial refiere a la ubicación de un espacio relativo a otro: mayores distancias entre dos objetos implican menos proximidad y menos accesibilidad. En este sentido, la primera regla de geografía de Tobler expone: “todo está relacionado con todo, pero lo que se encuentra cercano se relaciona más que lo que no” (1970, 236). Esto

es, la proximidad geográfica entre dos elementos indicaría un vínculo entre ambos. Sin embargo, esta cercanía geográfica se torna limitante como concepto si no se incorpora al análisis el modo que las personas tienen de relacionarse con la proximidad. Pucci, Lanza y Carboni (2023) lo llaman “proximidad relacional”. Estos autores sugieren que la proximidad puede ser evaluada como generador de comunidades, lugares y prácticas, donde formas de proximidad relacional habilitan la emergencia de nuevos vínculos sociales, capitales, interacciones y colaboración entre comunidades.

En este sentido, y a través de estos conceptos, veremos que en un territorio determinado las comunidades y personas se relacionan de distintas formas con el espacio que las rodea. En el espacio urbano, esa relación comienza en la cercanía geográfica, pero se necesita también analizar cómo determinantes sociales estructurales, contextuales y características individuales determinan y condicionan este vínculo. Así, enmarcado en la literatura sobre informalidad urbana y acceso a servicios sociales, este artículo se enfoca en las dimensiones sociales de la pobreza urbana, buscando proponer una metodología para medir la proximidad geográfica y relacional de las personas residentes en barrios populares con los servicios sociales de educación y salud provistos por el Estado.

La estructura de este documento cuenta con una primera parte donde se profundiza en el concepto de “lo social” en los procesos de integración socio-urbana; luego, se pormenoriza el detalle de la construcción de la metodología para medir el acceso a la educación y a la salud en los barrios populares, a través del análisis de la cobertura de sus efectores; en el siguiente apartado, se ejemplifica la metodología con un caso particular analizando el eje salud; y, por último, se presentan algunas reflexiones finales que permiten dejar abiertos interrogantes para futuros intercambios respecto a las herramientas construidas.

4. El artículo primero de la ley establece “Entiéndese por “Barrio Popular” a aquel con las características definidas en el capítulo XI del Anexo del decreto 2.670 del 1º de diciembre de 2015 y sus modificatorios”: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/275037/norma.htm>

“LO SOCIAL” EN LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN SOCIO URBANA

El acceso a derechos traducido en el acceso a servicios sociales y urbanos sólo puede entenderse desde la lógica del enfoque de derechos y, tal como establece Abramovich (2006), se considera que el reconocimiento de derechos implica un reconocimiento de titularidad por parte de los individuos. Esto obliga al Estado a garantizarles o darles efectivo cumplimiento.

El primero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 es poner fin a la pobreza⁵. Diferentes Estados, entre ellos Argentina, se han adherido a esta Agenda y a las responsabilidades que trae en consecuencia intentar alcanzar estos objetivos. En este sentido, diversos marcos conceptuales y abordajes teóricos coinciden en que la pobreza genera una situación de privación. Sin embargo, el problema es que no hay una conexión entre las políticas de desarrollo y los objetivos que proponen, y el marco internacional de los derechos, principalmente los económicos, sociales y culturales (Abramovich, 2006). Por esto en este punto se retoma el concepto de pobreza multidimensional ya que aporta una aproximación a cuáles son los derechos fundamentales para la reducción o salida de la pobreza.

En un documento de Díaz Langou, Kessler, Florito y della Paolera (2019) sobre pobreza en el país se refuerza la idea de que el abordaje sobre la pobreza constituye un asunto prioritario de política pública. Los autores se basan en tres motivos, de los cuales dos están en coincidencia con lo expresado en este trabajo: por un lado, establecen que “la pobreza se traduce en la vulneración de derechos fundamentales” (Díaz Langou *et al.*, 2019, 7) y, por otro lado, retomando un trabajo de CEPAL, afirman que la pobreza genera desigualdad en el ejercicio de la ciudadanía social, lo que atenta directamente contra las instituciones y los valores democráticos. En esta línea, el documento destaca que entre las intervenciones con efectos sobre la reducción de la pobreza está “la inversión en

el desarrollo humano y el acceso a un hábitat de calidad” (Díaz Langou *et al.*, 2019, 5). Los procesos de integración social y urbana que se llevan adelante en los barrios populares son una política pública fundamental que debe sostenerse en el tiempo y reforzarse si lo que se busca es alcanzar pisos de igualdad entre todos los ciudadanos y reducir la pobreza.

A modo de encuadre general, el primer artículo de la Ley Nacional 27.453 de 2018 define a la “integración socio-urbana” como:

“(…) al conjunto de acciones orientadas a la mejora y ampliación del equipamiento social y de la infraestructura, el acceso a los servicios, el tratamiento de los espacios libres y públicos, la eliminación de barreras urbanas, la mejora en la accesibilidad y conectividad, el saneamiento y mitigación ambiental, el fortalecimiento de las actividades económicas familiares, el redimensionamiento parcelario, la adquisición de tierras para la producción de nuevo suelo urbano, la seguridad en la tenencia y la regularización dominial. Tales acciones deberán ser progresivas, integrales, participativas y con enfoque de género y diversidad”.⁶

Esta definición permite pensar en la interdependencia de los derechos humanos, que es uno de sus principios básicos. No se puede pensar en un ejercicio pleno de un derecho en detrimento de otro, el listado de acciones mencionadas como parte de los procesos de integración social y urbana da cuenta de eso. Aquí, a la par de una larga lista de acciones que parecieran netamente urbanas se incluye la noción de “equipamiento social”. En este punto se abre el interrogante sobre qué es el equipamiento social y la infraestructura urbana. Esta última es más abarcativa, incluye al primero, porque contempla todo aquello que permite el funcionamiento de las ciudades. Por el primero suele hacerse referencia, principalmente, a equipamiento comunitario. La cuestión a plantear es, entonces, dónde colocamos a la construcción

5. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

6. El resaltado es realizado por las autoras.

o mejora de centros de atención primaria de la salud y escuelas (en todos sus niveles): ¿son parte de la infraestructura urbana o son equipamiento social?

Para responder esta pregunta es pertinente retomar a Clemente (2019) quien desarrolla la idea de que la política urbana no debería dissociarse de la política social. En esa misma línea se pregunta por “el valor integrador que tienen las políticas de urbanización y por la medida en que estas políticas pueden o no inscribirse en el campo de la política social” (Clemente, 2019, 15). La autora rescata tres componentes como “vectores universales de la movilidad social” (Clemente, 2019, 18): las condiciones habitacionales, la educación y el trabajo. De estos, las políticas de integración social y urbana suelen enfocarse en el primero y concentrar todos sus esfuerzos en ese tipo de infraestructura urbana, relegando a otro plano la necesaria complementariedad que debe darse con otro tipo de infraestructura como las escuelas y los centros de salud.

Entonces, integrar a los barrios populares comprende no sólo la dotación de infraestructura para un correcto aprovisionamiento de los servicios básicos, como agua y energía, y la generación de programas de mejora del hábitat y la vivienda, sino también, y con el mismo nivel de relevancia, la generación de condiciones para el acceso a la educación y la salud. Estas dos dimensiones componen el índice de pobreza multidimensional y son dos derechos que el Estado tiene el deber de garantizar⁷. Es decir que las dimensiones sobre las que se desarrollarán los criterios metodológicos para pensar la intervención social en los barrios populares son educación y salud. Se focaliza en estos derechos, en los cuales la generación y provisión de infraestructura urbana redundan en facilitar el acceso a la salud y la educación.

En este punto es fundamental considerar que el tipo de abordaje metodológico que se promueve

realizar se centra en la territorialidad y en la descentralización. Esto implica entender a los barrios populares como el centro de las acciones para poder establecer cierta cercanía con la población y focalizar en la necesidad de la descentralización en territorio de estos servicios/ derechos.

Tanto en educación como en salud la mala calidad de la infraestructura escolar y sanitaria y la demanda insatisfecha dan cuenta de un proceso de informalización de los servicios. Este tipo de respuesta que da el Estado es parte de un proceso de oferta estatal de baja intensidad que se inicia en los años noventa y al que O'Donnell (1993) refiere como “zonas marrones”, es decir, territorios donde la inacción u omisión del Estado da lugar a prácticas informales que redundan en resultados y accesos deficitarios a dos derechos fundamentales como la salud y la educación y profundizan la situación de pobreza de esa población.

El sistema de salud en Argentina se divide en tres subsistemas: el “privado”, compuesto por la medicina prepaga, clínicas, mutuales y consultorios particulares; el de obras sociales sindicales provinciales, a las que pertenecen los trabajadores formales (activos y pasivos) y sus familias; y el subsistema público, en el que, la nación, las provincias y los municipios prestan servicios sanitarios a través de hospitales, centros de salud y/o programas específicos. Los efectores de salud públicos prestan tres niveles de atención: atención primaria (Centros de Atención Primaria), atención secundaria (Hospitales de cabecera), y atención terciaria (Hospitales de Alta Complejidad). El carácter del subsector público es descentralizado, los distintos niveles de gobierno tienen la competencia de gestionar los tres niveles de atención y a sus efectores. El primer nivel de atención se integra por Efectores de Salud sin Internación, compuestos por equipos de salud multidisciplinarios, responsables de la población en un territorio específico, adaptando sus servicios a los determinantes sociales de la salud de la comunidad. En

7. El empleo, a pesar de ser otra de las dimensiones de la pobreza multidimensional y de estar consagrado como derecho, inclusive en la Constitución Nacional, sigue la lógica del mercado y, por lo tanto, el Estado tiene la capacidad de generar regulaciones, pero no de asegurar y garantizarlo a los ciudadanos.

este nivel se realizan actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación, y constituye la puerta de entrada al sistema de salud para las personas. Concretamente, representa “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración Alma Ata, 1978). De esta manera, cobra importancia el enfoque en el nivel primario y en los Centros de Atención Primaria para mejorar la equidad y el acceso al sistema de salud de las poblaciones.

En esta línea, autores como Guagliardo (2004) estudiaron el concepto de accesibilidad espacial para medir el acceso de la población a los efectores de Atención Primaria de la Salud. Este término refleja las capacidades de los servicios de salud en áreas específicas, considerando la demanda generada sobre el sistema por la población residente. El concepto incluye tanto la disponibilidad de servicios (su existencia y cantidad accesible para los usuarios) como los obstáculos (en términos de tiempo, distancia o costo) entre la residencia o el lugar de trabajo de los usuarios y el efector de Atención Primaria. En Argentina, distintas investigaciones examinaron esta problemática analizando la distribución de centros de atención primaria en relación con la cantidad de población con cobertura pública exclusiva –ratio proveedor-población–, utilizando departamentos y provincias como unidades de análisis y comparando las diferencias en sus servicios (Tobar *et al.*, 2006; Remediar, 2007; y Ballesteros, 2016).

La educación es un derecho al que el Estado debe garantizar el acceso de manera obligatoria desde los 4 años hasta la terminalidad de la escuela secundaria. La escuela es la institución educativa principal por su extensión territorial y masividad y es la institución garante del derecho a la educación. Cada institución educativa puede contemplar uno o varios de los cuatro niveles de la educación. El Nivel Inicial: organizado como unidad pedagógica y constituido por Jardines Maternales, para niños desde los cuarenta y cinco (45) días a dos (2) años de edad inclusive; y Jardines de Infantes, para niños de tres (3) a cinco (5) años de

edad inclusive. El Nivel Primario: de seis o siete años de duración según la jurisdicción, para niños a partir de los seis (6) años. El Nivel Secundario: de cinco o seis años de duración, según la jurisdicción y organizado como una unidad pedagógica y a continuación para quienes hubieren cumplido el Nivel Primario. Y el Nivel Superior: organizado en universidades, centros de formación profesional, institutos superiores de formación. El sistema educativo es de carácter público, sin embargo, en su interior contempla dos modos de gestión de las instituciones educativas: la educación de gestión estatal y la educación de gestión privada. Esta última es administrada por organizaciones privadas, que deben ajustar su propuesta educativa a la normativa estatal vigente y pueden estar subvencionadas por el Estado o ser independientes si no reciben fondos públicos. Es por esto que el acceso a una institución educativa que brinde la educación obligatoria es fundamental para lograr pisos de igualdad de oportunidades para todos los niños, niñas y adolescentes.

Estudios como el de Viego y Gayone (2023) parten de la hipótesis que los hogares ubicados en zonas urbanas vulnerables tienen menor accesibilidad al sistema educativo. Para esto se basan en el criterio de oferta educativa como la capacidad de los establecimientos educativos de proveer vacantes escolares, pero sin una normativa clara de cuál debe ser la distancia espacial máxima entre los hogares y las escuelas. El problema se presenta cuando faltan escuelas y/o vacantes en las escuelas cercanas a los domicilios de los hogares de los barrios populares. Si las distancias son largas existen estudios sobre cómo esto incide en el ausentismo y el abandono (Martino, 2014; Sabates, 2011 en Viego y Gayone, 2023) y cómo esto repercute en las trayectorias educativas. Estos estudios dan cuenta de que la cuestión de la distancia como un componente clave del acceso a la educación cuenta con muchos estudios para las zonas rurales, no así para las zonas urbanas. La ubicación geoespacial de las instituciones escolares es una dimensión poco abordada en los estudios en el país, tal como establece la Fundación Bunge y Bornlvarez *et al.* (2021), pero a pesar de que la presencia de escuelas no determina ni garantiza los estudios ni que sean de calidad, sí es una condición necesaria para que esto suceda.

Las acciones planteadas en el apartado siguiente buscan darle prioridad y centralidad a la cuestión social. La unidad de análisis serán los barrios populares para evaluar dentro de sus límites la oferta de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y establecimientos educativos, junto con su proximidad geográfica y relacional. No sólo como una manera complementaria de abordar los procesos de integración social y urbana sino como una metodología transversal de considerar a la población que reside en los barrios populares como los sujetos destinatarios de la política pública.

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y EDUCACIÓN

En el presente apartado se desarrolla y describe la metodología de diagnóstico del acceso poblacional a los servicios sociales de educación y salud, buscando determinar si la cobertura de estos efectores es suficiente en relación a su población objetivo. En este sentido, la cobertura que proveen estos efectores estatales funciona como principal métrica y criterio de acceso al efector.

Recuperando el primer apartado, la proximidad geográfica refiere a la cercanía geográfica de dos o más objetos, mientras que la proximidad relacional remite al vínculo que se genera entre dos o más objetos dada su cercanía geográfica. De este modo, la proximidad geográfica de un efector será medida en torno a su cobertura geográfica: es decir, la cercanía geográfica del efector respecto a su población objetivo y el acceso de ésta. La proximidad relacional, por otra parte, presenta ciertos desafíos en su medición: ¿cómo medir el vínculo entre la población y un efector, dada la cercanía geográfica? Se elabora como respuesta una metodología de cobertura poblacional, que busca aproximar la capacidad de respuesta del efector junto a la demanda generada por la población.

Si bien la cobertura geográfica y la proximidad del efector son elementos necesarios para garantizar acceso, este acceso se vuelve efectivo en tanto,

por un lado, exista una demanda poblacional que resolver y, además, que el equipamiento o efector pueda responder a la demanda poblacional. Es decir que la presencia geográfica de un efector no es suficiente mientras este no tenga la capacidad necesaria para responder a la demanda. Como se estableció antes, la proximidad por sí sola no es suficiente para indicar una relación.

De forma resumida, la metodología de análisis de cobertura de los servicios de salud y educación busca entender si los efectores cubren geográfica y poblacionalmente a la población objetivo, y cuenta con cuatro pasos principales: la identificación de los dispositivos centrales en cada eje social; la georreferenciación del equipamiento existente; la identificación de la demanda de la población objetivo para un efector o equipamiento dado; y el análisis de la capacidad de cobertura geográfica y poblacional del equipamiento. El objetivo final es la evaluación de la cercanía geográfica y capacidad de respuesta de un efector ante una población objetivo determinada, es decir, su proximidad geográfica y relacional.

Se utilizaron en la metodología diferentes fuentes de información socioeconómica e indicadores. Las fuentes utilizadas fueron: el Censo Nacional de Personas, Hogares y Vivienda, el Observatorio de Datos de Barrios Populares del ReNaBaP, y el Observatorio de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina. A continuación, se las describen junto a la forma de procesar su información:

Censo Nacional de Personas, Hogares y Vivienda (2010)⁸. Los indicadores generados por el CNPHYV (2010 y 2022) se encuentran desagregados como información geográfica por radios censales. Los polígonos estudiados son conformados usualmente por más de un radio censal, por lo que se componen de distintos valores numéricos. El promedio de estos valores indica el valor *proxym* que toma el indicador en el área. En el caso de que en el polígono se encuentren radios censales que excedan el perímetro por más

8. En la fecha de sistematización de la información utilizada en la metodología, la información recabada por el CNPHYV 2022 no se encontraba disponible. Sin embargo, los datos e indicadores provenientes del mismo pueden ser actualizados.

del 50% de la superficie del radio, estos no son contemplados como parte del total.

El principal indicador utilizado proveniente del CNPHyV se trata del porcentaje de personas sin cobertura de salud en un radio censal. Este refiere a aquella porción de la población que no posee cobertura médica a través de obra social, prepaga o del estado, sino que accede únicamente a las prestaciones y efectores de salud del sector público. También se utilizará el indicador “densidad poblacional” para estimar el total de población que vive en las áreas de influencia de los efectores analizados que exceden los polígonos de los barrios populares considerados.

Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP). El ReNaBaP provee información de los hogares existentes en cada uno de los Barrios Populares identificados por la entidad desde su Observatorio de Datos de Barrios Populares (ODBP). A diferencia de la información generada por el CNPHyV, la información proveniente del ODBP se encuentra desagregada a nivel polígono de barrio popular. Este tipo de registro permite el uso de valores aproximados más cercanos al valor real que si la información utilizada proviniese de radios censales que componen al barrio popular, dado que estos pueden ser más grandes o más chicos que su perímetro, incorporando en el valor que toma el indicador población no perteneciente al polígono del barrio.

El principal indicador utilizado de esta fuente es la “cantidad de hogares”, relevado por la entidad en el año 2018 y actualizado al mes de julio 2022. Este valor es multiplicado por 3,7 para obtener un valor aproximado de cantidad de personas que residen en dicho polígono, dado que el número de personas que residen en un barrio popular es información no recabada por el Observatorio. El multiplicador 3,7 fue elegido en base al Censo de Villa Itatí y Villa Azul llevado a cabo

por la Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de Buenos Aires en el año 2019. Sin embargo, es posible aumentarlo o disminuirlo en base a las características morfológicas, culturales y de densidad del barrio popular analizado⁹.

Estrato socioeconómico. Este indicador, elaborado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (2021), consiste en la estratificación de los radios censales según criterios socioeconómicos, estableciendo puntos de corte en dimensiones del hábitat y del capital socioeducativo de los hogares pertenecientes a los radios censales de los cuales se recogió la información. La población se clasifica en siete segmentos en base a dimensiones habitacionales y capitales socioeducativos: clase alta, clase media alta, clase media, clase media baja, clase baja integrada a la clase media, clase baja, clase muy baja. El segmento más bajo es el de “clase muy baja” y el más alto la “clase alta”. En otras palabras, los déficits habitacionales (calidad de la vivienda) y socioeducativos (asistencia escolar y terminalidad educativa) implican la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo.

De forma resumida, las principales fuentes utilizadas fueron el Censo Nacional de Personas Hogares y Vivienda, el Observatorio de Datos de Barrios Populares del ReNaBaP y el Observatorio de la Deuda Social Argentina, mientras que los indicadores utilizados fueron el porcentaje de personas sin cobertura de salud, cantidad de hogares en barrio popular, el estrato socioeconómico de los hogares y la densidad poblacional por radio censal.

METODOLOGÍA DE ACCESO A EFECTORES DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para el eje salud, los efectores analizados son los denominados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) por su centralidad normativa

9. Según el Empadronamiento de la Villa 31 y 31 bis realizado por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, el tamaño promedio de los hogares de ese barrio es de 3.1. Ajustar estas mediciones a la realidad de cada localidad es lo que resultará más apropiado.

y territorial como parte de los servicios estatales de salud (PNUD, 2011). Una vez delimitado el territorio de análisis, se georreferencia el equipamiento de salud existente en el polígono utilizando la herramienta QGIS. Estas serán las unidades territoriales de análisis, ya que se busca identificar su cobertura respecto a la población objetivo.

La demanda poblacional del efector o de los efectores elegidos se genera identificando a la población de la zona en análisis que hace uso del sistema público de salud. Esto es, la población priorizada. Se denomina de esta manera porque al ser la cobertura pública un tipo de cobertura universal se establece que una parte de la población tendrá más probabilidad de utilizar el sistema público de salud. Para identificar a la población priorizada se utiliza el valor estandarizado de forma global por la Organización Mundial de la Salud, que establece que la población priorizada en el sistema de salud público se compone, por un lado, por las personas que no poseen doble cobertura de salud (es decir, personas sin obra social o prepaga) y, además, por el 20% de la población total que sí cuenta con obra social o prepaga.

Por lo tanto, el primer elemento que se establece es el porcentaje de la población de la zona que hace uso exclusivo del sistema público de salud sobre el total de la población del polígono geográfico analizado (INDEC, 2010). Una vez establecido dicho porcentaje, se suma al 20% de la población restante. En pocas palabras, se utiliza como variable principal el porcentaje de personas sobre la población total de la zona que tiene más probabilidad de utilizar los CAPS para calcular la demanda territorial que el o los dispositivos tienen. El número resultante permite identificar la demanda que el sistema de salud público de atención primaria tiene en el polígono establecido.

Para evaluar la capacidad de respuesta de los efectores ante dicha demanda, se busca analizar la proximidad geográfica y relacional de los efectores, evaluando su capacidad de cobertura. Se analiza su cobertura geográfica y poblacional, esto es, su cercanía con la población objetivo, y su capacidad de respuesta ante la demanda, es decir, el ratio proveedor-población (Guagliardo, 2004). La cobertura geográfica remite a la cobertura de un efector respecto a su población obje-

tivo medida en distancia (metros), mientras que la poblacional refiere a la capacidad del efector de absorber demanda de la población objetivo, contemplándose en el análisis por un lado a la población priorizada como población objetivo y, por otro, la capacidad de atención del efector y sus recursos humanos. La generación de ambas coberturas, además, permite cubrir los sesgos posibles de densidad poblacional.

Para analizar la cobertura geográfica de los efectores de Atención Primaria existentes dentro y fuera del polígono establecido se utilizan como parámetro de cobertura y medición radios de 1500m (alrededor de 15 minutos caminando) para cada uno de los CAPS. Estos radios son generados como *buffers* de QGIS. Es decir que, en base a variables de distancia establecidas, se identifican a través del software QGIS zonas cubiertas y zonas deficitarias en relación al alcance geográfico del equipamiento analizado. El objetivo en la generación de esta cobertura es entender si la población objetivo puede acceder, geográficamente, al equipamiento analizado (ver plano 1). Sin embargo, los *buffers* de cobertura geográfica generados alcanzan áreas no pertenecientes a la zona de análisis, ampliando el área de influencia de los efectores, esto es, el área de influencia de los efectores no se circunscribe sólo al polígono de ReNaBaP analizado. No contabilizar la población que reside en esos espacios implicaría una subestimación de la demanda del efector. Es por eso que también se deberán contabilizar los CAPS ubicados fuera de la Zona para identificar de forma precisa el área de influencia de cada CAPS (ver plano 2).

Esto se hará generando polígonos Vóronoi. Esta herramienta geométrica se utiliza para dividir un espacio en regiones basadas en la proximidad a un conjunto específico de puntos. Las regiones generadas tienen la propiedad de que cada punto dentro de una célula está más cerca de su punto asociado que de cualquier otro punto en el conjunto. Esto habilita a establecer correctamente las áreas de cobertura geográfica respectivas de cada uno de los CAPS, pertenezcan o no al polígono analizado. Las áreas de influencia de los efectores generadas por los polígonos Vóronoi y ubicadas por fuera del polígono de la zona analizada serán contabilizadas como parte de la zona, incorporando a la población priorizada a las personas que

vivan en esas áreas de influencia y posean cobertura pública exclusiva. Se estimará la cantidad de población residente en las nuevas áreas a través del indicador densidad poblacional por radio censal del CNHyV (2010) e incorporará al total de población priorizada (ver plano 3). Los polígonos Vóronoi serán utilizados para aproximar el área de influencia de los efectores únicamente si el área geográfica analizada se encuentra cubierta por los efectores, es decir, si la cobertura geográfica es suficiente. Al estar toda la zona bajo cobertura, es posible identificar a través de estos polígonos qué área pertenece a cada espacio.

Por otro lado, la cobertura poblacional se compone de dos variables: la población de la Zona en análisis que hace uso del sistema público de salud (incorporando las áreas de influencia de efectores no correspondientes al polígono de barrio popular) y la capacidad de respuesta de los efectores analizados. Parámetros de cobertura poblacional basados en el tamaño del efector, sus recursos humanos y la cantidad de horas trabajadas permiten estimar la capacidad de atención de cada uno de los efectores y la cantidad de personas sobre las que generan cobertura. Para alcanzar este valor, es necesario el acceso a la información vinculada a los profesionales de salud que trabajan en el efector, junto con el total de sus horas trabajadas.

De esta forma, la cobertura poblacional de los CAPS existentes se construye a partir de la oferta de cobertura neta de personas en los efectores (en base al estimado de su capacidad edilicia y recursos humanos) y el porcentaje de personas priorizadas dentro de su área de cobertura, es decir, la demanda que estos espacios administran o deberían poder administrar. Su capacidad de absorción se coteja con la demanda poblacional construida. El delta existente entre la oferta y la demanda establece la suficiencia o insuficiencia del o los efectores en relación a su población objetivo.

El objetivo de la medición de cobertura geográfica es identificar si la población objetivo se encuentra dentro del radio de cobertura establecido para el efector, mientras que la cobertura poblacional busca analizar si la capacidad de los equipos de salud y el efector para absorber la demanda poblacional es idónea. En otras palabras, estimar la capacidad del efector ante la demanda surge de

entender que la mera presencia de un efector estatal en un territorio no resuelve la demanda poblacional: la accesibilidad geográfica a un equipamiento sanitario no garantiza una efectiva relación entre éste y su población objetivo. La generación de una cobertura poblacional busca acercarse a reducir esta brecha en el diagnóstico.

METODOLOGÍA DE ACCESO A ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN DE LOS DISTINTOS NIVELES

En el eje educación, las unidades territoriales de análisis son los establecimientos educativos obligatorios en sus distintos niveles (nivel inicial, nivel primario y nivel secundario), mientras que la población objetivo se trata de la población perteneciente a los distintos rangos etarios que está en edad escolar y que más probabilidad tiene de hacer uso del sistema público de educación en sus diferentes niveles. Nuevamente, una vez delimitado el territorio de análisis, se georreferencia el equipamiento educativo existente en el polígono utilizando la herramienta QGIS, buscando identificar su cobertura geográfica y poblacional respecto a la población objetivo.

La demanda poblacional del equipamiento o equipamientos elegidos se genera identificando la población en el área de análisis que hace uso del sistema de educación público. Esto es, la población objetivo. Si bien todos los niños, niñas y adolescentes deben estar escolarizados, una parte de ellos lo hace en establecimientos de gestión estatal y otra en establecimientos de gestión privada. Aquí, al igual que en el eje salud, se contempla la demanda generada sobre la gestión estatal.

Se utiliza un criterio socioeconómico para determinar el número de niños, niñas y adolescentes escolarizados en la gestión estatal: el estrato socioeconómico (CNPHyV 2010 y Observatorio de la Deuda Social Argentina, 2021). La pertenencia a un estrato socioeconómico determinará la propensión de elección de cada tipo de gestión. Según Krüger (2014) la incorporación al sistema educativo tiene una instancia de segregación marcada por el perfil socioeconómico de quienes asisten, diferenciándose entre la gestión estatal, la priva-

da subvencionada y la privada independiente. La autora sigue a Llach (2006) en su afirmación respecto a que la distribución de la matrícula entre ambos sectores presenta un fuerte componente socioeconómico, evidenciándose significativas diferencias en el perfil de su alumnado.

Como se caracterizó antes, la población se clasifica en siete segmentos en base a dimensiones habitacionales y capitales socioeducativos. Recogiendo esta estratificación, el principal estrato socioeconómico de los radios censales que componen el polígono analizado determinará la tendencia de la población a utilizar las distintas gestiones de educación de la siguiente manera:

La segregación escolar por estrato socioeconómico observable en los porcentajes de la Tabla 1 hace referencia a la separación de alumnos en las distintas gestiones en base a su perfil socioeconómico. En la distribución porcentual de la matrícula se asume un comportamiento económico racional por parte de los usuarios de los establecimientos educativos en el que a medida que el nivel socioeconómico crece también lo hace la propensión a la escolarización en la gestión privada. Sin embargo, estos valores pueden diferir dentro del Aglomerado Metropolitano de Buenos Aires, como también fuera de la Provincia de Buenos Aires (Krüger, 2014) y en el interior del país, donde según datos relevados por el Ministerio de Educación de la Nación (2021) la matrícula en la gestión pública es porcentualmente mayor.

Tabla 1. Estrato socioeconómico y tipo de gestión de la educación

| Estrato socioeconómico | Porcentaje de la población que asiste a establecimientos de gestión estatal | Porcentaje de la población que asiste a establecimientos de gestión privada |
|---------------------------------------|--|--|
| Clase alta | 30% | 70% |
| Clase media alta | 45% | 55% |
| Clase media | 55% | 45% |
| Clase media baja | 70% | 30% |
| Clase baja integrada a la clase media | 75% | 25% |
| Clase baja | 80% | 20% |
| Clase muy baja | 90% | 10% |

Estos valores permiten identificar la propensión de los responsables parentales de enviar a los niños, niñas y adolescentes a uno de los dos tipos de gestión de la educación pública y así cuantificar la demanda de la gestión estatal en un territorio delimitado. De este modo, circunscribiendo el análisis a un polígono y tomando como referencia el total de niños, niñas y adolescentes por rango etario que viven en dicho espacio, es posible estimar la población objetivo para cada nivel de educación.

En paralelo, para evaluar la capacidad del equipamiento de dar respuesta a dicha demanda, se busca analizar su capacidad de cobertura geográfica y poblacional. Con el fin de analizar su cobertura geográfica, se establecen radios de distintos metrajés para cada uno de los establecimientos educativos, según su nivel y población objetivo. Estos radios son generados como *buffers* de QGIS. Los establecimientos pertenecientes al nivel inicial contarán con *buffers* de 750m (alrededor de 7 minutos caminando); los pertenecientes al nivel primario tendrán radios de 1000m (alrededor de 10 minutos de caminata); y, por último, los establecimientos de nivel secundario tendrán *buffers* de 1500m (alrededor de 15 minutos caminando). Estos parámetros son recuperados del estudio de Álvarez et al (2021), quienes encuentran que los estudiantes en el ámbito urbano deben “caminar en promedio 10 minutos para acceder a un establecimiento primario, y 12 para un establecimiento secundario” (Álvarez *et al.*, 2021, 28). Sobre esto se aplica una disminución del tiempo y la distancia para quienes acuden al nivel inicial por la necesidad de estos niños y niñas de ir acompañados y que el trayecto hacia el jardín no implique una distancia que supere a las otras dos. De esta forma, estas variables de distancia establecidas se mapean e identifican a través del software de información geográfica de código abierto QGIS como áreas cubiertas y áreas deficitarias en relación al alcance geográfico del equipamiento analizado. El objetivo de estos *buffers* es entender si el establecimiento analizado es accesible geográficamente para la población analizada.

Al igual que en la metodología de salud, los *buffers* de cobertura geográfica generados alcanzan áreas no pertenecientes a la zona de análisis, ampliando el área de influencia de los efectores. No contabilizar la población que reside en esos espacios implicaría una subestimación de la demanda del

establecimiento. Es por eso que también se deberán contabilizar los establecimientos no ubicados en la zona para identificar de forma precisa el área de influencia de cada uno de ellos.

Esto se hará generando polígonos Vóronoi. Tal como se estableció para salud, esta herramienta habilita a establecer correctamente las áreas de cobertura geográfica respectivas de cada uno de los establecimientos, pertenezcan o no al polígono analizado. Las áreas de influencia de los efectores generadas por los polígonos Vóronoi y ubicadas por fuera del polígono de la zona analizada serán contabilizadas como parte de la zona, incorporando a la población objetivo a las personas que vivan en esas áreas de influencia y pertenezcan a los rangos etarios de cada nivel. Se estimará la cantidad de población residente en las nuevas áreas a través del indicador densidad poblacional por radio censal del CNHyV (2010) y distribuirá en base a la pirámide poblacional de la zona analizada.

Por último, al igual que en el eje salud, la cobertura poblacional se compone de dos variables: la población del polígono en análisis que más probabilidad tiene de hacer uso de los establecimientos de gestión estatal y la capacidad de absorción de demanda que tienen el o los equipamientos analizados. En este sentido, la capacidad de absorción de demanda se calcula en relación a la cantidad de secciones y aulas que el establecimiento tiene, para así obtener su matrícula, dada la falta de información pública referida al total de matrícula de cada establecimiento particular. Las secciones refieren a la cantidad de cursos que un establecimiento tiene, sin diferenciar por año o nivel. Esto es, si un establecimiento posee 18 secciones, se asumen 3 cursos por año (según la legislación de la Provincia de Buenos Aires, donde tanto el nivel primario como el secundario cuentan con seis años de duración) y 30 alumnos por curso. El total de matrícula del establecimiento se obtiene multiplicando la cantidad de secciones por un estimado de alumnos por curso, que puede variar en el caso del Nivel Inicial. Cotejando la población objetivo de cada nivel educativo en un polígono determinado (estimada a través del parámetro estrato socioeconómico) con la capacidad de absorción de los distintos establecimientos, es posible establecer el déficit o superávit de la cobertura poblacional.

De este modo, el objetivo de la medición de cobertura geográfica es identificar si la población objetivo se encuentra dentro del radio de cobertura establecido para el establecimiento, mientras que la cobertura poblacional analiza la capacidad edilicia de los establecimientos educativos de absorber dicha demanda. La generación de ambas coberturas permite cubrir los sesgos posibles de densidad poblacional. En este sentido, se entiende que, si bien la cercanía geográfica a un establecimiento educativo es condición necesaria para la escolarización, este debe poder absorber dicha demanda en términos edilicios y de recurso humano.

METODOLOGÍA DE SALUD APLICADA A UN CASO: ZONA VILLA FIORITO

En este apartado se situarán los criterios metodológicos desarrollados en el anterior apartado para estudiar la cobertura geográfica y poblacional de los efectores de Atención Primaria de la Salud en la denominada “Zona Fiorito”, compuesta por diferentes barrios populares de la localidad de Villa Fiorito en el municipio de Lomas de Zamora.

La “Zona Fiorito” hace referencia a la población que vive en la totalidad de la localidad de Villa Fiorito y Villa Centenario, Lomas de Zamora. Es decir, los polígonos de ReNaBaP de los barrios Nueva Fiorito, Villa Centenario, Ocho de diciembre, Libre Amanecer, General Conesa y Campana, Soledad, DAM, Dos de Mayo, Libertad, Tres de Enero, Primero de Octubre, La Lonja, Gabriel Miró, La Cava, San José Obrero, Sin Nombre, El Paredón, Diecisiete de Marzo, 33 Manzanas, Los Tanos, Villa Urbana, Fiorito II, Fiorito III, Fiorito IV, que componen la localidad de Villa Fiorito y Villa Centenario.

En total, en Zona Fiorito viven 18.579 familias (68.742 personas) (ReNaBaP, 2022). La localidad tiene tres límites urbanos claros: el límite Este, ubicado en la Avenida General Hornos –límite del municipio de Lomas de Zamora con el municipio de Lanús–; su límite Norte, en el Camino de la Ribera; y su límite Oeste, el Camino Presidente Juan Domingo Perón. Estas vías conforman barreras urbanas que limitan la movilidad de su población y habilitan pensar a la localidad como una única unidad de análisis para cuantificar el acceso a equipamiento social. Al mismo tiempo,

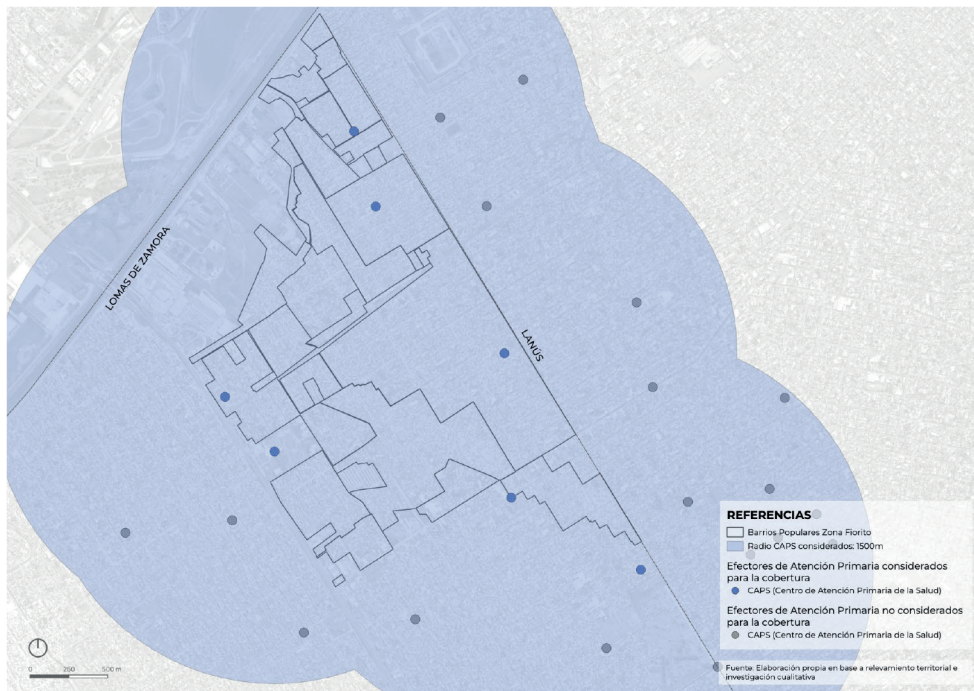
dentro de sí, Villa Fiorito tiene pocos límites geográficos internos que inhabiliten la circulación de sus residentes, por lo que la población de sus distintos barrios puede hacer uso de los efectores ubicados en todas sus áreas, de manera indistinta.

Analizando la Zona, según datos del CNPhyV 2010, cerca del 50,7% de la población no tiene cobertura de salud por obra social, prepaga o privada (34.371 personas); es decir, hace uso exclusivo del sistema de salud público. Como se estableció en el apartado anterior, este indicador permite identificar el número total de personas que más probabilidad tiene de utilizar el sistema de salud público. Además, se deben contabilizar a aquellas personas que, teniendo cobertura de obra social o prepaga, hacen uso del sector público. Se asume, de esta forma, que un 20% de la población de la zona con obra social (6.868 personas) utiliza el sistema público de salud. Así, aproximadamente el 60% de la población de Zona Fiorito (41.245 personas) hace uso de los efectores públicos de salud, siendo 41.245 la población priorizada que vive dentro del perímetro del polígono.

Sin embargo, como se estableció en el apartado anterior, se deberá incluir también a las personas que viven dentro del área de influencia de los efectores, pero por fuera del polígono de la Zona. Para Fiorito, se deberán incluir 70ha que tienen una densidad de 40 hogares por hectárea (ver plano 1 y 3). De este territorio se incorporarán 5.972 personas a la población priorizada, siendo esta de 49.217 personas total.

Una vez estimada la cantidad de personas que hacen uso del sistema público de salud en Zona Fiorito, el siguiente paso consiste en el mapeo de los efectores existentes, la generación de *buffers* con el fin de medir su accesibilidad geográfica, y la estimación de su capacidad poblacional para medir su cobertura poblacional. Para que la cobertura geográfica sea considerada adecuada, los establecimientos deben cubrir el 100% del polígono de la zona, a través de radios de cobertura de 1.500m; para que la cobertura poblacional sea adecuada, los efectores deben tener la capacidad de absorber al 100% de la población priorizada. Se considera un margen de error del 10% para ambas coberturas.

Plano 1. Cobertura Geográfica de Centros de Atención Primaria de Salud



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Federal de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Plano 2. Cobertura Geográfica de Centros de Atención Primaria de Salud



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Federal de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis geográfico realizado de los efectores existentes establece que la zona analizada posee una cobertura de CAPS del 100%. Es decir, todos los habitantes de Zona Fiorito pueden acceder a un Centro de Atención Primaria a menos de 15 minutos de sus hogares (ver plano 1 y 2). Los puntos azules representan la ubicación de los CAPS considerados para la población de la zona –dado que se encuentran dentro del polígono analizado y no se encuentran rodeados por barreras geográficas que dificultan el acceso de la población a ellos–, mientras que los puntos grises representan CAPS geográficamente cercanos, pero cuyo acceso es obstaculizado por barreras

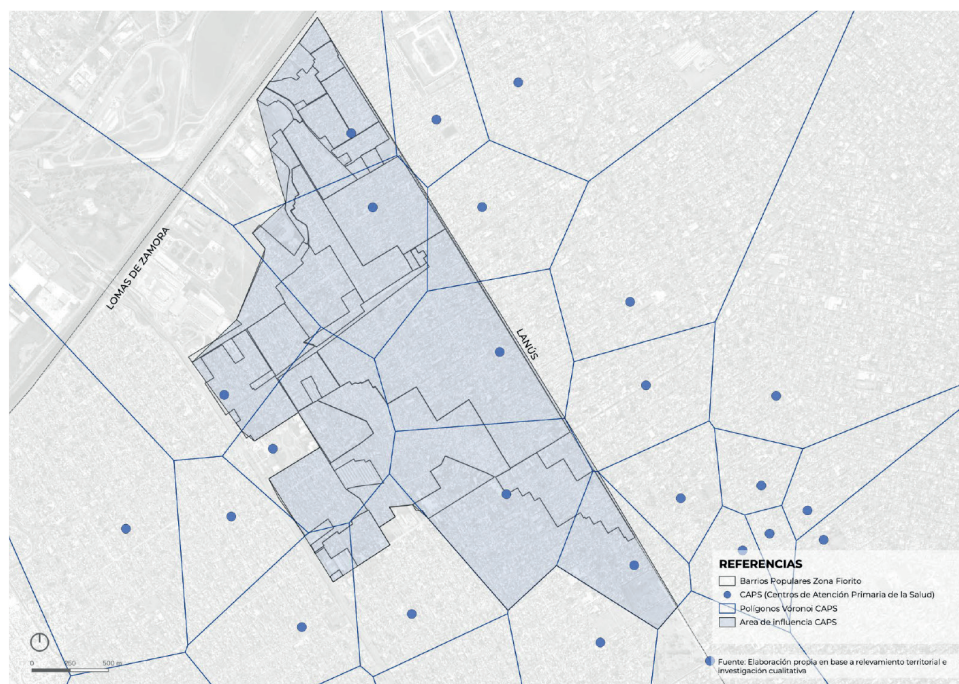
geográficas existentes (en este caso, vías de circulación automóvil).

Por otro lado, la capacidad poblacional de los efectores existentes (ver tabla 2) es de 45.500 personas, mientras que son 49.217 personas (población priorizada de la Zona Fiorito), las que hacen uso del sistema público de salud en el área (ver plano 3 para observar las áreas aledañas a la Zona considerada). De este modo, la cobertura poblacional generada por los efectores es del 92%. En consecuencia, se identifica que tanto la cobertura geográfica como la poblacional para la zona son adecuadas, considerando un margen de error del 10%.

Tabla 2: CAPS cercanos a Zona Fiorito

| Efector | Funcionamiento | Cobertura por tamaño |
|---------------------|--|----------------------|
| CAPS Ramón Carrillo | Sin información (no intervenido por RED AMBA). Se asume que cuenta con 3 consultorios. | 5.250 personas |
| CAPS Villa Urbana | Cuenta con 6 consultorios (intervenido por RED AMBA). | 10.500 personas |
| CAPS Luis Agote | Sin información (licitado por RED AMBA, sin información sobre la intervención). Se asume que cuenta con 3 consultorios. | 5.250 personas |
| CAPS La Cortada | | 7.000 personas |
| CAPS Nuevo Fiorito | | 10.500 personas |
| UPA 1 | 24 hs. de guardia. Ofrece atención de emergencias y busca descomprimir la demanda de hospitales. Se asume que cuenta con 3 consultorios destinados a la Atención Primaria. | 7.000 personas |
| Total | | 45.500 personas |

Plano 3. Cobertura Geográfica de Centros de Atención Primaria de Salud, áreas de influencia y población priorizada



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Federal de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

96

En este caso, los CAPS ubicados en el límite Este del polígono no son contabilizados porque pertenecen al municipio de Lanús, mientras que los CAPS ubicados hacia el Oeste no son contabilizados porque existe una barrera urbana que separa la Zona Fiorito de ellos y obstaculiza la movilidad urbana. En este sentido, se asume que la población de la zona utilizará los CAPS seleccionados, junto con la población que vive en las áreas de influencia de estos efectores que exceden al polígono analizado.

REFLEXIONES FINALES

Este trabajo busca contribuir a considerar a los habitantes de los barrios populares como los sujetos principales de los procesos de integración social y urbana. Es necesario que en estos procesos de política pública se equiparen las intervenciones vinculadas con la vivienda, el hábitat y los servicios de infraestructura pública con aquellas relacionadas al acceso a los servicios sociales. El enfoque de derechos humanos y la consideración de la pobreza como una condición que no permite un efectivo ejercicio de los mismos son la base para identificar que la salud y la educación

son dos derechos que requieren centralidad en el abordaje de los barrios populares.

La informalidad urbana se materializa en el territorio donde se asientan los barrios populares. Una de las principales cuestiones que plantea esta construcción de ciudad informal es la dificultad en el acceso a servicios/derechos. Por eso, mejorar la proximidad geográfica y relacional es fundamental para garantizar el ejercicio de estos derechos en la población de los barrios populares. Esto se traduce en asegurar la cobertura geográfica y poblacional mediante el mejoramiento o construcción de nuevo equipamiento social, ya sean estos centros de atención primaria de salud o escuelas. La metodología propuesta busca contribuir a la literatura sobre accesibilidad a efectores de salud y educación en barrios populares en los procesos de planificación, para alcanzar la integración social y urbana de estos barrios. Se utilizó información pública y disponible y se intentó describir el proceso de la manera más detallada posible para que se pueda replicar y mejorar la metodología propuesta, mientras que la presentación del caso de Zona Fiorito buscó situar la metodología en un territorio específico para proveer una más clara explicación. Se tomaron, además, decisiones

metodológicas respecto a indicadores y variables que pueden ser modificadas en el caso de acceder a información de mayor precisión geográfica y poblacional.

La finalidad última es generar procesos que colaboren en la reducción de la pobreza y el aumento del bienestar de la población. Se considera que ampliar la cobertura de las instituciones educativas y de salud tiene como resultado una mejora en las trayectorias educativas y sanitarias, poten-

ciando así a las personas y sus comunidades. La educación y la salud son, de este modo, instrumentos que permiten igualar oportunidades y reducir la desigualdad y la pobreza. La disponibilidad efectiva de establecimientos educativos y de salud es fundamental como punto de partida para analizar el acceso a estos servicios y así analizar el cumplimiento de la condición inicial para el acceso efectivo a los derechos tal como establecen los instrumentos internacionales de derechos y para reducir la pobreza.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. (2006). "Una aproximación al enfoque de derechos". *Revista de la CEPAL N° 88*, pp 35-50.
- Ballesteros, M. (2016). "Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales". *Geograficando*, 12 (2), e015. Recuperado de <http://www.geograficando.fahce.unlp.edu.ar/article/view/Geo015>
- Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*, Buenos Aires, Paidós.
- Clemente, A. (2019). "Urbanización de villas en la ciudad: una ecuación incompleta". En *Estado abierto. Revista sobre el Estado, la administración y las políticas públicas*, 3, (2), diciembre-marzo, pp. 13-41.
- De Grande, P y Salvia, A. (2021). "Estratificación y desigualdad social (total país)". Observatorio de la Deuda Social Argentina, Universidad Católica Argentina. Recuperado el 5 de marzo, 2024, de <https://mapa.poblaciones.org/map/97801>
- Díaz Langou, G., Kessler, G., Florito, J., & della Paolera, C. (2019). "Reducir la pobreza crónica. Metas estratégicas para transformar Argentina", Buenos Aires: CIPPEC.
- Fundación Bunge y Born. (2021). "Mapa de accesibilidad a las escuelas argentinas", Fundación B&B. Recuperado de: <https://www.fundacionbyb.org/mapa-escuelas>
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Economía, Subsecretaría de Política y Coordinación Económica, Dirección Provincial de Estadística. (2019). "Informe Censo Villa Itatí - Villa Azul". Recuperado de: http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe_Censo_Villa_Itat%C3%AD_-_Villa_Azul_1.pdf
- Goytia, C. y Dorna, G. (2016). What Is The Role Of Urban Growth On Inequality, And Segregation? The Case Of Argentina's Urban Agglomerations", CAF, Working paper N° 2016/12
- Guagliardo, M. F. (2004). "Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges" en *International Journal of Health Geographics* 2004, 3:3. Recuperado de: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-3-3>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- Krüger, N. (2014). "Más allá del acceso: segregación social e inequidad en el sistema educativo argentino". *Cuadernos de Economía*, XXXIII(63), 513-542.
- Ministerio de Educación. (2021). Sistema Integrado de Consulta de Datos e Indicadores Educativos (SICDIE). Base Nacional Homologada. Recuperado de: <https://data.educacion.gob.ar/base-nacional-homologada>
- O'Donnell, G. (1993). "Estado, democratización y ciudadanía", en *Nueva Sociedad*, n° 128, p. 62-87
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). "Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1976). "Estado y Políticas Públicas en América Latina: hacia una estrategia de investigación", Doc. CEDES/G.E. CLACSO/N° 4, Buenos Aires.
- Pedicino, J. y De Grande, P. (2022). "Establecimientos de salud". Recuperado de <https://mapa.poblaciones.org/map/147401>
- PNUD. (2011). "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos". Buenos Aires: PNUD.
- Pucci, P., Lanza, G., & Carboni, L. (2023). "Measuring Accessibility by Proximity for an Inclusive City". Disponible en SSRN 4376789.
- Registro Nacional de Barrios Populares. (2022). Observatorio de Datos de Barrios Populares, Secretaría de Integración Socio Urbana, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Recuperado de: <https://lookerstudio.google.com/u/o/reporting/oa127285-4dd0-43b2-b7b2-98390bfd567f/page/kIATC>.
- Remediar. (2007). "Caracterización de los centros de salud del país". Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/bes/102?page=2>
- Roy, A. (2012). "Urban informality, The production of space and practice of planning", en Weber y Crane (ed), *The Oxford Handbook of Urban Planning*, Oxford, Oxford University Press.

Tobar, F.; Montiel, L.; Falbo, R. y Drake, I. (2006). “La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina”. Buenos Aires. Recuperado de: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf

Tobler, W. (1970). “A Computer Movie Simulating Urban Growth in the Detroit Region”, *Economic Geography*, 46, 234-240.

SIEMPRO. (2021). “Pobreza Multidimensional. Desde un enfoque de derechos”, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Argentina.

SIEMPRO. (2023). “Pobreza Multidimensional. Desde un enfoque de derechos”, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Argentina, Primer Semestre de 2023

Viego, V. y Gayone, M. (2023). “El camino a la escuela: distancias entre hogares y unidades educativas en distintos estratos sociales. Análisis con microdatos georreferenciados de Bahía Blanca”. *RELAPAE* 18, pp. 93-109.

Legislación

Ley Nacional 27.453 de 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27453-315739/texto>

Ley Provincial de Buenos Aires 13.688 de 2007. Disponible en: <http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/consulta2007/#:~:text=Que%20esta%20Ley%20garantiza%20la,todos%20los%20niveles%20y%20modalidades.>

