CALIDAD DE VIDA URBANA: DEMANDAS SOCIALES DE LOS SECTORES POPULARES Y RESPUESTAS DEL GOBIERNO MUNICIPAL. MAR DEL PLATA. ARGENTINA

Cristina Amanda Rosenthal [1]
Nélida Margarita Barabino
Silvia Liliana Bocero
Melchor Rubén Larrosa Serrano
María Rosa Lecarotz
Griselda Alicia Prandín [2]

Introducción:

El impacto del fenómeno de la globalización en el tejido social y cultural se refleja en las desigualdades espaciales resultantes. De este proceso surgen nuevas responsabilidades para los gobiernos municipales *"por ser el aparato estatal más próximo a la sociedad civil y, por tanto, a la cotidianeidad".* (Carrión, 1998).

En este contexto, se propone analizar la satisfacción de la demanda social de los sectores más desfavorecidos hacia el gobierno municipal, en tres aspectos dependientes de ese nivel administrativo: Salud, Educación y Hábitat.

Partiendo de la hipótesis que: "La gestión municipal, en cuanto a Salud, Educación y Hábitat, da cuenta de numerosas falencias en cuanto a satisfacción de demandas, particularmente de aquellos sectores sociales más carenciados. Situación que se corresponde con la fuerte segmentación socio-espacial que presenta la ciudad y que se ha visto agravada en la última década".

Esta discordancia entre las demandas y la ausencia y/o aplicación de políticas municipales mal direccionadas ha contribuido a la aparición de sectores que se encuentran diferenciados por distintas condiciones de vida que determinan su identificación socio-territorial.

Dentro de este esquema aparece implícita una tendencia a reducir la

administración local a una entidad meramente administrativa y prestadora de servicios principalmente vinculados a las áreas clásicas de la gestión urbana. No obstante, en la última década la administración local se ha consolidado como el interlocutor más cercano al ciudadano y se ha caracterizado por un mayor dinamismo. Los municipios, desde la

[1] Directora
[2] Grupo de Investigación Calidad de Vida – Facultad de Humanidades – Universidad Nacional de Mar del Plata.
Dirección Electrónica: nebara@sinectis.com.ar o gprandin@mdp.edu.ar

transición democrática, se han erigido como instrumentos de gobernabilidad; una gobernabilidad que supone vertebrar, estructurar y organizar sobre la base del territorio, la convivencia ciudadana, intentando superar así aquella visión que consideraba a los municipios como meros productores de servicios y alcanzar metas que sobrepasaran las del asistencialismo.

Este tránsito de la administración local al gobierno local explica que los municipios, a pesar de sus escasas competencias y sus recursos limitados, han desarrollado importantes actuaciones en un campo hasta hace poco vedado.

En este contexto *"la situación parece ser la siguiente: cuanto más fuerte fueron las transformaciones territoriales debido al particular momento histórico que se vive (apogeo del mercado en todo el mundo, globalización, integración, modernización, etc.) más débil que nunca ha sido la regulación del Estado nacional sobre los procesos territoriales en marcha, y menos claras que nunca (y sin rumbo explícito) las políticas territoriales. Nunca como antes, con menos ataduras que nunca, el capital construye a su voluntad "su" territorio, que no es el territorio de las necesidades de la gente."* **(Ciccolella y Mignaqui, 1984)**.

La noción de fragmentación surgida a fines de los '80 para definir la situación de las ciudades, asocia componentes espaciales (desconexión física, discontinuidades morfológicas), dimensiones sociales (repliegue comunitario, lógicas exclusivas) y políticas (dispersión de actores y automatización de dispositivos de gestión y regulación urbana). Hoy se aprecian cambios profundos que han afectado las formas de intervención del Estado, se pasa de una concepción que tiene más que ver con la eficacia apoyada a la vez en los mecanismos de mercado (desreglamentación y privatización)y en formas de representación democráticas a nivel local, más que en la planificación urbana y el desarrollo de infraestructura y servicios en barrios desprotegidos tal cual lo promovía la conferencia de Hábitat I de Vancouver, 1972. (**Prévot Schapira, 2001)**

El empobrecimiento de amplias capas de la sociedad ha ido a la par con la contracción del estado en diversos sectores –privatizaciones de servicios urbanos, deterioro de la escuela pública y de la protección social- que se manifiesta por un debilitamiento de la cohesión social, en un clima antiestatista, y la consiguiente vulnerabilidad de franjas enteras de la sociedad.

"La espacialización de la pobreza ya no debe pensarse solamente en términos de enclave, sino más bien en términos de gradación, como fenómeno que alcanza a una amplia parte del territorio y que acentúa las fronteras entre barrios, incluso entre manzanas, yendo así en contra de la representación clásica de la pobreza. Conviene sustituir la lectura dual del espacio urbano, por el de una segregación disociada (Béhar, 1995), incluso la de un "emparejamiento selectivo" (Cohen, 1997) que supone que se desarrollan en el seno de

cada grupo, de cada vida, tensiones que hasta ahora eran propias de rivalidades intergrupales. Esta propiedad "fractal" de fenómenos de inequidad explica el crecimiento de las desigualdades dentro de los mismos territorios." **(Prévot Schapira, 2001)**.

Es así que basándonos en estudios anteriores realizados por el Grupo de Investigación Calidad de Vida en la ciudad de Mar del Plata, *"pueden identificarse en el Partido de General Pueyrredón*[3] *distintos grupos o segmentos sociales en función de su localización espacial, analizando de esta manera la segmentación física de la ciudad apoyada en fundamentos científico-sociales que podría ser considerada para la aplicación de medidas correctivas en aquellos sectores que mostraron mayores déficit".* (Grupo Calidad de Vida, Informe Final de Investigación 2001, inédito).

En las tres dimensiones seleccionadas para este trabajo se abordará la prestación de aquellos servicios básicos y prioritarios para la población: atención primaria de la salud, nivel de educación obligatorio y aprovisionamiento de agua potable, cloacas y desagües pluviales, que dependen del gobierno municipal.

Para la realización del trabajo se fijaron como objetivo:

- Definir cuales han sido los aspectos de mayor demanda, en las dimensiones Educación, Salud y Hábitat, por parte de la población de los segmentos HT 3 y HT4, y cuales han sido las políticas implementadas desde el gobierno municipal en esas mismas dimensiones, especificando como se manifiestan sus resultados en el territorio. Período 1998-2002.

- Identificar cuáles han sido las demandas concretas de la población sujeto de estudio (tipos HT3 y HT4) en lo referente a Educación, Salud y Hábitat, en el período considerado.

- Diferenciar cuáles han sido los objetivos propuestos por la gestión Municipal respecto a estas demandas y a los tipos señalados.

METODOLOGÍA:

El Grupo de Investigación elaboró una tipología de hogares, contrastada empíricamente que permite confirmar la existencia de la segmentación socio-espacial de la población marplatense, con valores que identifican claramente a las distintas áreas y las diferencian entre ellas. A esta segmentación se la identifica por el grado de Integración social que presentan de acuerdo a un conjunto de variables seleccionadas. Resultan de éste

[3] Se consideraron el ejido urbano de la ciudad de Mar del Plata y otro núcleos urbanos del Partido (Estación Chapadmalal, Batán y Camet), según las definiciones territoriales utilizadas por INDEC y que en conjunto concentran el 98% de la población total del Partido de General Pueyrredón.

análisis cuatro conjuntos que se detallan a continuación, de los cuales para este trabajo se han considerado los dos que presentan condiciones de vida más precarias.

La unidad de análisis utilizada para los relevamientos es el hogar y se han identificado las fracciones censales de acuerdo a la prevalencia de hogares de cada tipo dentro de ellas.

HT1 (Hogares Tipo 1): de Alta Integración Social:

Definimos como Hogares de Tipo 1 (de alta integración social) a los caracterizadas como unidades domésticas pertenecientes a segmentos de alta integración social, con miembros activos ocupados en el sector altamente concentrado de la economía, el sector estatal "estratégico" y la porción "más privilegiada" del sector de economía competitiva. Este segmento tiene garantizada la reproducción social vía sus altos ingresos o regulaciones especiales que le permiten la recepción directa o indirecta de transferencias de fondos públicos para un acceso con pocos impedimentos a la oferta de bienes y servicios. Los miembros activos poseen alta calificación laboral y en las unidades domésticas predomina un alto nivel de instrucción. En cuanto a su conformación, éstos hogares presentan un tamaño inferior al promedio total de los hogares del Partido de General Pueyrredón, habitan en áreas con buena cobertura de infraestructura de servicios y poseen viviendas de buena calidad y bien equipadas. El grupo de edades 0-13 años se encuentra entre los porcentajes más bajos de la segmentación por lo que éste tipo presenta también la mediana de edad más alta del conjunto. En cuanto a la conformación de los hogares, el porcentaje de hogares unipersonales encuentra en el Tipo 1 su máxima expresión y como contrapartida los Agregados Familiares son de muy escasa representación.

HT2 (Hogares de tipo 2): de Integración Social Media:

Estos hogares, al igual que los anteriores habitan viviendas localizadas en áreas con buena cobertura de infraestructura de servicios, aunque el porcentaje decrece con respecto al Tipo 1. Las viviendas poseen una calidad aceptable aunque muchas muestran deficiencias de mantenimiento. La composición etaria de este segmento presenta un aumento del grupo de 0-13 años de edad y la consecuente disminución de la mediana de edad. Los hogares unipersonales dejan de ser numéricamente importantes en tanto los agregados familiares elevan su porcentaje. La población de este Tipo está vinculada al mercado de trabajo en actividades "no centrales" de la economía y sus ingresos son hasta un 40% inferiores a los del Tipo 1.

HT3 (Hogares Tipo 3): de Integración Social Baja:

Las condiciones de las viviendas que habitan éstos hogares presentan serios signos de deterioro y en alto porcentaje se encuentran localizados en áreas deficitarias desde el punto de vista de la cobertura de servicios de infraestructura. El porcentaje de jóvenes

(grupo 0-13 años de edad) alcanza valores muy importantes y consecuentemente la mediana de edad aparece notablemente disminuida. Aumenta en este tipo de hogares la proporción de aquellos integrados por varios miembros agregados al núcleo principal, situación que determina que la cantidad de Agregados Familiares presente un aumento significativo, en detrimento de los hogares unipersonales. La vinculación con el mercado de trabajo está signada por la informalidad y la inestabilidad de los ingresos (cuentapropismo) y relaciones formales de bajos ingresos.

HT4 (Hogares Tipo 4): de Integración Social Precaria:

Las viviendas que habitan éstos hogares así como las áreas donde están localizadas carecen prácticamente por completo de la infraestructura y servicios básicos (Necesidades Básicas Insatisfechas), identificándose con viviendas en villas y asentamientos precarios. El porcentaje de personas del grupo 0-13 años de edad alcanza aquí su máxima expresión y la edad mediana corresponde a la mínima detectada. Los hogares complejos o Agregados Familiares muestran valores muy altos y es prácticamente inexistente la presencia de hogares unipersonales. Los ingresos de este grupo poblacional son netamente ocasionales, muy escasos y suelen estar vinculados a actividades marginales. Un alto porcentaje depende para su subsistencia de la asistencia pública.

Estos resultados muestran que partiendo desde el área céntrica de la ciudad, donde se encuentran los mayores porcentajes de Hogares de Alta Integración Social (HT1) aparece una disminución en el grado de integración social en la medida que nos alejamos hacia la periferia de la ciudad de Mar del Plata . Los dos tipos definidos como de Media y Baja Integración Social son los que aparecen con menor definición espacial, en una zona intermedia entre el área céntrica y los barrios más alejados y entremezclados entre sí, aunque de igual manera en cada fracción censal prevalece uno de ellos. Por último los Hogares de Integración Social Precaria (HT4) se localizan decididamente en las zonas más alejadas del centro y se corresponden con este tipo los otros tres núcleos urbanos que se presentan en el Partido de General Pueyrredón (Estación Chapadmalal, Camet y Batán)[4].

SALUD.

La mundialización de la economía no llega a la salud. La salud sigue siendo nacional. Si bien, algunas políticas sanitarias intentan ser internacionalizadas, como resultado de la influencia de organizaciones económicas y financieras internacionales como el FMI o el Banco Mundial.

En el período que nos ocupa (2002-2004) se han producido en Argentina intensos procesos de transformación en todos los ámbitos del Estado y la sociedad, y la salud,

[4] Ver plano Nº 1.

aunque un poco más lentamente no es ajena a este cambio. En el análisis y formulación de políticas de salud es preciso distinguir entre política de salud, estado de salud de la población y sistema de salud.

El concepto de política de salud implica establecer prioridades incluyendo la definición del rol del Estado en la salud; el estado de salud de la población constituye, en tanto, una dimensión de la calidad de vida de los pueblos y el sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Estas políticas son de desarrollo reciente y en la mayoría de los países no se detectan antes de los años '50. Argentina en este tema tuvo funcionarios del área que fueron pioneros en América Latina. Este es el caso de Ramón Carrillo que a fines de la década del '40 resumía en la expresión *"actualmente no puede haber medicina sin medicina social y esta no puede existir sin una política social del Estado".* Todo una corriente de pensamiento y acción que puso a la Argentina en la vanguardia en políticas de salud.

La política de salud es el resultado de una gran variedad de factores , por un lado necesidades y demandas en el campo de salud. Por otro del surgimiento de tecnologías pero fundamentalmente del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales, la concepción de la solidaridad y la equidad. En Argentina la preocupación sobre políticas de salud se debió a varias situaciones, principalmente a los impactos que origina la incorporación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina y al crecimientos de formas organizacionales comunitarias con financiación solidaria intragrupos laborales (obras sociales).

La formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida. Por ejemplo, cuando se habla de descentralización de servicios, se puede implementar tanto una estrategia de derecha cuanto de izquierda. Puede favorecer tanto la privatización cuanto la devolución de funciones gubernamentales a los municipios o a las comunidades. La adopción de un conjunto determinado de valores o principios constituye el primer grupo de alternativas por los cuales se debe optar en la formulación de políticas sanitarias y en el diseño de sistemas de salud. Pero los valores no son todos equivalentes. Optar por la descentralización no involucra una definición del mismo orden que optar por la equidad. Siendo la primera una medida operativa, aunque con consecuencias democráticas, y la segunda apunta a generar un impacto directo sobre la calidad de vida de la población.

Deben distinguirse tres niveles de valores para el análisis de los sistemas de salud, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué queremos del sistema de salud?; ¿Para qué

lo queremos? y ¿Cómo lo queremos?. La primera pregunta conlleva los propósitos que deberían guiar al sistema y que están relacionados con su misión y sus funciones. La segunda, implica valores sociales y políticos básicos, que expresan el régimen de gobierno y definiciones acerca de cómo se quiere establecer relaciones entre la sociedad civil y el Estado. La tercera comprende los principios rectores del sistema, es decir las características propias que se pretende contenga un sistema de salud. Estas tres categorías se diferencian en que los primeros expresan una ideología social más general y los últimos una ideología sanitaria específica. Los principios son los pilares básicos en que se apoyan ambos. Un buen sistema de salud debe articular coherentemente los tres niveles de valores.

La salud es el resultado de las formas de organización social de la producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida. Es también un condicionante de la inclusión social. En el actual contexto del espacio estudiado se puede afirmar que el desempleo es una enfermedad y a la vez es difícil conseguir trabajo sin salud. Pocas definiciones escritas de salud son tan ilustrativas de esta interacción como la de Sigmund Freud: *"La salud es amor y trabajo"*, ese *"concepto de salud como resultante y como condicionante de un conjunto de factores, transforma a la lucha por la salud en una lucha global para la transformación social"* (Escorel, 1995).

Incluir a la justicia social como valor básico en las políticas de salud involucra otorgar a las mismas un enfoque intersectorial. La salud es a la vez causa y consecuencia de otros factores como la educación, la vivienda, la distribución de ingresos o el desarrollo económico. En este sentido, diversos autores sostienen la importancia de priorizar una estrategia de Atención Primaria (que involucre al paciente en el cuidado de su propia salud y que fomente la participación comunitaria en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención), siendo la mejor manera de alcanzar mejores resultados en salud.

La proclamación del derecho a la salud implica un compromiso político con la universalización del acceso a la salud.

La ciudadanía no involucra solamente la existencia de derechos civiles, políticos y sociales sino también la posibilidad efectiva de ejercerlos. Es porque la gente tiene derecho a la salud que puede ir y venir, vivir, votar y ser votado.

Los sistemas de salud que consiguen mejores resultados en términos de indicadores de salud suelen ser aquellos en los que predominan modelos de solidaridad orgánica. Al decir de Ginés González García la solidaridad debe ser uno de los principios rectores más operativos, completándose con los de pluralidad, eficiencia y calidad.

En cuanto a los propósitos, objetivos últimos del sistema comprenden en general: la universalidad, el aumento de la vida saludable y la equidad. Esta última como valor absoluto,

no sólo es muy difícil de definir sino también de concretar. Ningún sistema del mundo pretende la equidad en términos absolutos, ni siquiera los construidos sobre bases socialistas, pero todos aspiran a disminuir las inequidades. Disminuir las inequidades significa hacer que independientemente de dónde y cómo hayamos nacido, de nuestra biología y ocupación, todos alcancemos niveles de cantidad y calidad de vida homogéneos y aceptables. Como quedó demostrado en la caracterización de los tipos sociales para la ciudad de Mar del Plata, estas inequidades están vigentes.

La redistribución de recursos públicos en salud tiene un grado de corrección de inequidades mucho mayor que en otros sectores sociales, porque cuando uno asigna recursos a salud, los que más usan los recursos del Estado son los que menos tienen en cuanto a recursos pero los que más se enferman. *"Un estudio de la década del '90 sobre el impacto redistributivo del gasto social en Argentina verificó que el primer quintil de ingresos (20% más pobre de la población) recibe el 37.23 % del gasto solidario de salud. El segundo quintil recibe el 16.42%, el tercero el 26.21%, el cuarto el 15.42% y el quinto el 4.72%"* (Flod, 1994).

El mismo estudio concluye que *"en términos generales se puede afirmar que los gastos que más han contribuido a una mejora en la distribución del ingreso en la Argentina, en 1991, han sido los efectuados en educación (esencialmente elemental pública y en menor medida en media pública) y en salud (atención médica y obras sociales)"*. Esta capacidad redistributiva no se debe a que en el ámbito sanitario haya mejores administradores sino a que la prestación pública de bienes y servicios de la salud constituye una de las mejores formas de redistribución social.

Analizando la evolución del gasto público por finalidad entre 1984 y 2003 se observa que en el Partido de General Pueyrredón se han destinado a salud pública de manera sostenida entre un 4 y un 7% del presupuesto total. La deficiencia en la prestación del servicio en este caso pasa por el aumento de la demanda de prestaciones por parte de la sociedad que ha quedado sin empleo y sin cobertura social de salud.

Argentina por su heterogeneidad suele tener características epidemiológicas, por un lado similares a países desarrollados y por otro a países en desarrollo y en el promedio nacional termina teniendo un patrón intermedio. Dentro de nuestro país hay varios países, dentro de nuestra ciudad hay varias ciudades. Cuando se consideran los indicadores de distintas regiones del país se comienzan a evidenciar diferencias muy fuertes. Si la escala de análisis son los barrios de la ciudad de Mar del Plata, los resultados se repiten. Uno de los elementos de mayor peso en la determinación de las condiciones de la población son los factores sociales. Formosa tiene cuatro veces más hogares en situación de Necesidades Básicas Insatisfechas y proporcionalmente doce veces más analfabetos que la ciudad de

Buenos Aires, aunque la mayor brecha en este indicador se observa con la provincia de Chaco que tienen dieciséis veces más analfabetos que la ciudad de Buenos Aires. Con los niveles de cobertura de las obras sociales y seguros de salud se repite la misma tendencia, siendo enormes las diferencias.

Por otra parte el quintil de población más pobre tiene una participación del 2.7% en el total de los ingresos, mientras que dicha participación asciende al 54.3% en el quintil más rico. Esto supone una brecha de 20.4 veces más en el ingreso, brecha que ha aumentado en 77% en los últimos cinco años. (Informe PNUD, aportes para el Desarrollo Humano, 2002).

Como existe una relación directa entre todas estas circunstancias y la salud de las personas, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es clara y concreta. Como ejemplo podemos tomar las diarreas en los menores de cinco años, donde se observa un incremento en la tasa de ocurrencia en los últimos años. Esta patología, la cual está absolutamente relacionada con la pobreza y por lo tanto con el nivel de vida de los niños, el tipo de vivienda, el estado nutricional, su estado inmunológico, etc. puede mostrar una tendencia, la cual no se verá en los indicadores utilizados generalmente si conseguimos que las intervenciones tanto sociales como en salud sean oportunas y adecuadas.

Frente a esta realidad se debe trabajar en forma consciente para no revertir la tendencia favorable de los indicadores de salud que fue consiguiendo durante años la Argentina. Diferentes intervenciones que se efectuaron durante la crisis permitieron que no se produjeran grandes cambios en el nivel de salud de la población. *"Entre 1997 y 2001 la población que solo accede a los servicios públicos de salud creció un 18%"* (Tobar, 2004). A partir de la crisis desatada entre los años 2000 y 2001 el Estado comienza a recuperar su rol para salvar de un colapso inminente al sistema de salud. Aún a pesar del deterioro que venía padeciendo la capacidad instalada en el sector público y la pérdida de legitimidad sufrida por las autoridades sanitarias públicas, la salud pública comienza a retomar protagonismo.

En estos años comienza a instalarse en el país un progresivo quebranto de las condiciones sociales, producto de una difícil situación económica. En este contexto la salud también se ve afectada: la recesión sostenida, el alto desempleo y exclusión social, el impacto de la devaluación monetaria sobre los salarios, son todos factores que desencadenaron una situación de riesgo sanitario. De este modo surge por primera vez en muchísimos años la posibilidad de retroceder en la transición epidemiológica. Frente a esta situación de emergencia el Estado comienza a gestar reformas a partir del año 2002, con una serie de políticas concretas para hacer funcionar al sector de manera más efectiva y eficiente. Mientras tanto, los subsectores de las obras sociales y privado ingresaron en una

era de retraimiento. En efecto, el sector prepago ha sufrido una caída el 25% de su población cubierta en los últimos años.

Las políticas descentralizadoras continúan hoy inspirando las acciones estatales. La fuerza con que viene ganando terreno la estrategias de APS (Atención Primaria de la Salud) en salud pública, tiene un fuerte contenido descentralizador y de participación social. No sólo la APS en Argentina es una atribución predominantemente provincial y en mayor medida municipal, sino que además el modelo de APS implica en los hechos un acercamiento del proceso decisorio a las prioridades de la población destinataria de los servicios.

El sector público esta conformado por hospitales y centros de APS (CAPS) o salitas. Según una encuesta del SIEMPRO, en el 2001 la cantidad de consultas en los hospitales en un mes fue de 2.793.932 y en los CAPS de 1.393.850. Siendo los usuarios de estos establecimientos no solamente los pobres. Los hospitales y centros públicos brindan atención a la gran mayoría de los accidentados, tengan o no cobertura médica, sean estos ricos o pobres.

En los servicios públicos rige el principio de universalidad integral. Todo está disponible para todos. En general, puede afirmarse que hay una fuerte selección natural de los usuarios de los establecimientos públicos y que quienes pueden recurrir a los servicios privados no utilizan los servicios públicos. En toda organización federal, la Nación a través de las diferentes instituciones federales tiene a su cargo las responsabilidades de conducción, coordinación y armonización de los sistemas y la compensación de las diferencias regionales. El gobierno nacional y las provincias por intermedio del Consejo Federal de Salud deben encontrar los instrumentos para continuar trabajando en mejorar la cobertura y equidad del sistema en su conjunto. El papel de los diferentes niveles de gobierno debe ser consensuado. Pero, como en toda federación, estos consensos son producto de una construcción lenta y continua que incluye de manera central la gestión cotidiana de los sistemas.

Promover el desarrollo de la atención primaria de la salud es una decisión política, y esa decisión puede avalarse en el hecho de que es una forma de atención, a veces la única, accesible para un importante segmento de la sociedad, es por ello que nos hemos propuesto tratar el tema para detectar cual es el grado de satisfacción que brinda, al respecto, el sistema de salud municipal.

Mencionábamos anteriormente que los gobiernos municipales son actualmente los más próximos a la cotidianeidad de la población, de allí la importancia que cobra el sistema municipal en servicios básicos como la atención de la salud.

Puesto que la atención primaria es, o debiera ser, la de primer contacto para la población de los segmentos más precarios de la sociedad, el sistema de atención para la salud dependiente de la municipalidad debe reunir algunos requisitos como son la accesibilidad, la cobertura y la continuidad y responsabilidad en las prestaciones.

El caso que analizamos se presenta asumiendo en la mayoría de los casos la responsabilidad de ser el único servicio médico al que puede recurrir la población identificada como perteneciente a los grupos HT3 y HT4, siendo los mismos derivados, solamente, cuando la patología así lo requiere, a otras instituciones de mayor complejidad asistencial, dependientes de otra jurisdicción administrativa.

Por accesibilidad debe entenderse la proximidad de las instalaciones sanitarias con respecto a la población a la que sirve, días y horarios de atención y la medida en que la población considera conveniente la forma en que se prestan los servicios.

En cuanto a la gama de servicios podemos decir que es el conjunto o paquete de beneficios ofrecidos e incluye también la valoración que sobre los mismos realiza la población asistida.

Dentro de la responsabilidad en las prestaciones se engloban parámetros tales como, continuidad de las mismas, identificación del área a cubrir y consideración de la población usuaria como parte del sistema.

Resumiendo podemos considerar que un sistema de atención primaria para la salud, será efectivo si logra atender las necesidades de la población a la que está destinado, si la cobertura de prestaciones es la adecuada al perfil del segmento que atiende, si posee continuidad en la prestación, si satisface los requerimientos de accesibilidad (tanto en distancia como bajo costo) y si logra crear conciencia de pertenencia entre la población que atiende.

La Municipalidad de General Pueyrredón cuenta con un sistema de atención para la salud compuesto por dependencias de distinto grado de complejidad en cuanto a las prestaciones que brinda, estando muchos de ellos localizados (fundamentalmente las Unidades Sanitarias) en áreas que presentan fuerte déficit de integración social, asociados concretamente con la localización de segmentos caracterizados como de Baja y Precaria Integración Social (HT3 y HT4).

Los Centros, Departamentos e Instituto poseen una localización más céntrica y por lo tanto demandan importantes traslados desde las áreas de mayor demanda.

Entre las dependencias municipales se identifican Centros de Salud, que son aquellos que cuentan con mayor complejidad sanitaria, Departamentos, que atienden áreas

específicas, Subcentros, Unidades Sanitarias y actualmente se están incorporando Postas Sanitarias instaladas en áreas donde hasta ahora la atención era inexistente o altamente deficitaria.

Dentro del área comprendida para esta investigación, la Municipalidad de General Pueyrredón cuenta actualmente con 2 Centros, 5 Subcentros, 1 Instituto, 15 Unidades Sanitarias, 1 Departamento y 2 Postas Sanitarias recientemente incorporadas, además de otros servicios que no se han considerado pues están ubicados en el área periférica considerada rural que no se analiza en este trabajo.[5]

Centros de Salud: 2

Subcentros de Salud: 5

Departamentos: 4

Unidades Sanitarias: 19

Institutos: 1

Postas Sanitarias: (Actualmente) 2

En el cuadro que sigue se aprecian las consultas efectuadas en los últimos dos años en las dependencias municipales de atención para las salud. El incremento que puede notarse en muchas de estas unidades podría obedecer a un conjunto de factores como extensión de los horarios de atención, incorporación de nuevas prestaciones en algunos de ellos, implementación de programas nacionales de provisión de medicamentos con cede en dichas dependencias, etc.

TOTAL DE CONSULTAS EFECTUADAS EN DEPENDENCIAS SANITARIAS MUNICIPALES 2002-2003

DEPENDENCIA	2002	2003
C. de Salud Nº 1	113.669	108.546
C. de Salud Nº 2	137.529	165.970
I.R.E.M.I.	7.374	4.397
Subcentro El Martillo	61.167	66.018
Subcentro Libertad	42.917	48.957
U. Sanitaria 9 de Julio	16.456	19.986
Subcentro Batán	85.021	83.591
U. Sanitaria C. de Meyrelles	32.788	43.024
U. Sanitaria Centenario	25.854	31.771

[5] Ver plano Nº 2 – Localización de Servicios Sanitarios Municipales y Áreas Programáticas.

Subcentro Jorge Newbery	46.129	55.808
Subcentro Gral. Belgrano	63.916	76.224
U. Sanitaria F. Ameghino	18.784	29.319
U. Sanitaria A.P.A.N.D.	26.269	32.516
U. Sanitaria Las Heras	38.057	54.571
U. Sanitaria Pque. Hermoso	9.025	13.066
U. Sanitaria E. Chapadmalal	7.056	8.660
U. Sanitaria Las Américas	26.431	29.990
U. Sanitaria Alto Camet	28.222	33.222
U. Sanitaria Playas del Sur	13.868	16.397
U. Sanitaria Faro Norte	5.123	11.136
U. Sanitaria Santa Rita	20.548	28.539
U. Sanitaria 2 de Abril	8.344	9.413
U. Sanitaria C. Chapadmalal	1.384	939
I.N.A.R.E.P.S	12.701	12.136
C. Salud Mental Jara	7.374	4.397

Fuente: Municipalidad de General Pueyrredón, 2004.

EDUCACIÓN:

Analizar el servicio educativo brindado por el municipio, en el período de referencia, donde si bien el aumento del 3er. Ciclo de la EGB – requerido por la reforma educativa – incrementa la población existente en el circuito formal, dentro de la estructura edilicia ya consolidada, deja de lado la trayectoria de la funcionalidad ofrecida por las escuelas municipales creadas justamente en aquellos espacios geográficos más alejados del centro urbano. Barrios como Las Heras, San Jorge, La Herradura y la Serena (por citar solo algunos) cambian su perfil tradicional, con la afluencia de población arribada de otros lugares.

Para este trabajo nos hemos propuesto especialmente evaluar las demandas educativas efectuadas por la población, fundamentalmente la ubicada en barrios cuyos grupos poblacionales han desmejorado su estructura como consecuencia de la actual situación social.

El Municipio de General Pueyrredón cuenta con un sistema educativo de gestión propia, situación poco habitual en el contexto provincial en el que está inserta esta municipalidad. El origen del sistema educativo se remonta a las administraciones municipales de corte socialista de la década del ’60 que tuvieron políticas educativas referidas básicamente a la donación de predios y edificios para escuelas dependientes del Ministerio de Educación dado el compromiso asumido por dichas administraciones con la cultura popular, concretándose en ésta un proyecto que asume el tema educativo como instancia propia del municipio.

Los primeros beneficiarios de este tipo de gestión fueron los barrios periféricos de la ciudad, donde la provincia no satisfacía las demandas educativas. Barrios como Faro Norte, El Martillo y Libertad, fueron los primeros en contar con estas políticas.

Posteriormente el impacto del proceso de urbanización, implicó una constante expansión del servicio educativo municipal, que cuenta en la actualidad con 33 servicios de nivel Inicial y 17 de EGB.

Históricamente, además, las escuelas dependientes del gobierno local han cubierto otras necesidades de los sectores más vulnerables, de allí la significancia que adoptaron para la población.

Ya entrada la década del '90 la implementación de la Ley Federal de Educación (24.195/93) profundizó las diferencias espaciales en nuestro país, en el sentido que aquellas provincias o distritos más ricos brindaron una mejor calidad educativa porque no tuvieron que destinar tantos esfuerzos ni tiempo escolar a la distribución y asistencia en otros aspectos. En el caso particular del Municipio de General Pueyrredón los servicios educativos desde su aplicación estuvieron direccionados a los segmentos sociales más vulnerables. La nueva Ley demandó reestructuraciones en materia edilicia y de funcionamiento ya que las áreas donde están localizadas no cuentan con buena disponibilidad de escuelas dependientes de la provincia que pudieran absorber parte de la demanda surgida por la obligatoriedad de la nueva modalidad. (8º y 9º años).

La profundización de la crisis desatada a partir de mediados de los noventa en nuestro país y en nuestra ciudad en particular, que ostenta uno de los mayores índices de desocupación del país, precarizó aún más las situación del sistema de educación municipal, que a pesar de las restricciones presupuestarias mantuvo otros servicios asociados como meriendas reforzadas y distribución de útiles básicos, que aumentaron la demanda a partir de entonces.

El siguiente cuadro muestra la distribución de matriculados por cantidad de establecimientos y niveles de Gestión Municipal.

Niveles	Matriculados		Cantidad de Establecimientos
	Inicial	Final	
Inicial	4.506	4.372	33
E.G.B.	10.571	10.117	17
Post-primario	2.624	1.887	7
Técnica	725	597	4

vocacional y de Capac. Laboral			
Media	495	433	3
Artística	546	446	2
Superior	53	52	1
TOTAL	19.520	17.904	67

Fuente: Secretaría de la Producción. Departamento de Estadística de la Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredón. 1998.

Dentro del sector público, la presencia del municipio en la contención de la matrícula en el nivel Inicial, supera al propio estado provincial.[6]

En el nivel de EGB la presencia Municipal es sensiblemente menor al referido anteriormente, pero mantiene su importancia en aquellos sectores de la ciudad donde se localiza la población de menor integración social.[7]

Este esquema tiene relación con factores sociales e históricos que determinaron la implementación del servicio de educación a nivel municipal.

HÁBITAT

En el tema de Hábitat se consideran dos dimensiones de las tantas que puede abarcar una cuestión de esta naturaleza, por una parte los servicios de agua y saneamiento, y por otra la recurrencia del fenómemo de las inundaciones. En ambos casos, es necesario indagar en las políticas públicas que el municipio lleva a cabo, ya sea para satisfacer los servicios de agua y saneamiento, como para hacer frente a los desastres que conllevan las inundaciones. En este sentido, los problemas del hábitat se transforman en problemas ambientales, y *"... el conjunto de instrumentos y acciones que se proponen para resolver los problemas ambientales a nivel gubernamental constituye la política ambiental interna de cualquier unidad administrativa autónoma (desde el municipio, pasando por la provincias hasta la nación) y de estas unidades entre sí..."* (Bocero y Natenzon, 2001).

La infraestructura sanitaria es uno de los principales componentes del desarrollo urbano específicamente por su incidencia en el saneamiento ambiental, en las variaciones del precio del suelo, en la modalidad de ocupación parcelaria, en la subdivisión del suelo y en la producción y reproducción del espacio urbano.

Los actores gubernamentales que operan en las cuestiones señaladas son: OSSE (Obras Sanitarias Sociedad de Estado) ente descentralizado estatal, encargado de la

[6] Ver plano Nº 3 – Localización comparativa Establecimientos Municipales y Provinciales Nivel Inicial.
[7] Ver plano Nº 4 – Localización comparativa Establecimientos Municipales y Provinciales Nivel EGB

provisión de agua, los desagües cloacales y pluviales; y en relación a las inundaciones podemos citar, en principio, dos actores: el EMVISUR **(**Ente Municipal de Servicios Urbanos, Vialidad y Gestión Ambiental), de acuerdo al organigrama municipal desde el año 2002, y la Junta Municipal de Defensa Civil.

A los efectos de caracterizar los servicios de agua y saneamiento, se toman en cuenta:

- Cobertura de agua por red
- Cobertura de Desagües Cloacales
- Cobertura de Desagües pluviales

Cobertura de agua por red

En el partido de General Pueyrredón el agua se extrae de contenedores subterráneos naturales denominados acuíferos. En 1913 comienzan las primeras explotaciones sistemáticas de estos acuíferos. Los entes que operaron, administraron y desarrollaron los sistemas de extracción y distribución de agua, han sido Obras Sanitarias de la Nación (OSN), Dirección de Obras Sanitarias de la Provincia (DOSBA) y el Instituto Municipal de Desarrollo Urbano (IMDUR). Hasta 1984, estos entes construyeron el 45% de la red de agua actual. A partir de dicho año, se crea Obras Sanitarias Mar del Plata-Batan Sociedad de Estado. Durante los últimos 16 años, dicho ente descentralizado ha extendido el 55% de la red actual.

El sistema de extracción y distribución de agua potable permite servir al 90% de la superficie del Ejido de Mar del Plata (Municipalidad del partido de General Pueyrredón, 2002).

En general, el agua natural subterránea no requiere de tratamiento previo para su consumo. De todas maneras, OSSE efectúa desinfección preventiva mediante agregado de hipoclorito de sodio. Con ello, se eliminan bacterias y microorganismos que se introducen durante el recorrido del agua por conductos, cisternas y tanques.

La distribución de agua se efectúa mediante 3 grandes sistemas: el Acueducto Norte, el Acueducto Sur y el de Impulsión Directa.

El Acueducto Norte es abastecido por aportes provenientes de 105 pozos, ubicados en las adyacencias de la ruta 2. Este sistema distribuye agua potable en áreas extraejidales localizadas al Norte del Ejido. El Acueducto Sur es abastecido por caudales provenientes de 34 pozos ubicados en el Parque Industrial, Paraje San Francisco y Ruta 88 y provee a áreas urbanas localizadas al Oeste y Sur del Ejido. El sistema de Impulsión Directa es abastecido

por 197 pozos localizados en el Ejido. Cabe agregar la presencia de sistemas independientes que abastecen a la ciudad de Batán y a las localidades de Estación Chapadmalal, Unidad Chapadmalal y El Boquerón (En todos los casos áreas urbanas fuera de ejido municipal).

La explotación intensiva del acuífero produjo la introducción de agua marina en el mismo y la progresiva salinización de las aguas subterráneas de gran parte de la ciudad de Mar del Plata. En este sentido, se habilitaron nuevos pozos de extracción de agua, en zonas extraejidales, posibilitando la disminución de la salinidad a niveles aptos para consumo humano. La contaminación de las aguas subterráneas es producida por agroquímicos utilizados en áreas rurales y suburbanas dedicadas a explotación agrícola intensiva. También suele haber contaminación por algunos residuos especiales industriales, ciertos desechos de consumo masivo (pilas), el lixiviado de líquidos generados en el predio de disposición final de residuos y la instalación defectuosa de sistemas estáticos para tratamiento de efluentes domiciliarios.

Cobertura de Desagües Cloacales:

Los efluentes cloacales de la ciudad de Mar del Plata están constituidos por aguas servidas domiciliarias, entre las cuales resultan significativas los vertederos residenciales e industriales. El efluente cloacal se transporta mediante conducción gravitatoria, a través de la red de desagües cloacales. Actualmente el 80% del Ejido Urbano dispone de servicio de desagüe de excretas (Municipalidad del partido de General Pueyrredón, 2002).

El sistema cloacal está compuesto por redes domiciliarias, colectoras máximas, estaciones de bombeo y planta de pretratamiento de líquidos cloacales. Las redes domiciliarias y maestras vuelcan los efluentes en las colectoras máximas. La Primera Cloaca Máxima fue construida en 1920 y conduce efluentes aportados por actividades radicadas en el Área Central de la ciudad y sectores urbanos aledaños. La Segunda Cloaca Máxima fue inaugurada en 1950, y aportan a la misma, efluentes de sectores urbanos correspondientes a las estaciones de bombeo Playa Grande, Alem, Saint James y General Paz. La Tercera Cloaca Máxima fue construida en 1980 y colecta líquidos cloacales provenientes de estaciones Magallanes, Escollera Sur, Punta Mogotes, Alfar y La Florida. Por último, la Cuarta Cloaca Máxima fue terminada en el año 2000 y aportan a la misma redes domiciliarias y maestras correspondientes al Norte y Oeste de la ciudad.

Los efluentes domiciliarios impulsados por gravedad conductiva o por bombeo son derivados hacia las colectoras máximas. Estas lo conducen a la “Planta de Pretratamiento

de Efluentes Cloacales Ingeniero Baltar[8]". Cabe destacar que los desagües cloacales de las localidades de Batán, Parque Industrial y Unidad Penitenciaria se encuentran conectados con la citada planta.

Los efluentes urbanos locales se caracterizan por presentar cargas de materia orgánica, debido al vuelco de efluentes provenientes de industrias alimenticias. El medio marino litoral es receptor de desagües cloacales y pluviales, lo cual genera contaminación bacteriana en algunos sectores costeros, cuyos niveles de concentración resultan elevados.

Cobertura de desagües pluviales

La red de desagües pluviales, su disposición y características particulares se encuentra relacionada con la anegabilidad de los sectores urbanos. En aquellas zonas urbanas, localizadas en las adyacencias de arroyos y carentes de conductos para desagüe, se producen anegamientos que generan desplazamientos forzosos de la población asentada. Las aguas provenientes de zonas rurales que ingresan a la ciudad a través de los arroyos, agravan aún más las situaciones de anegabilidad.

La cobertura de esta infraestructura de servicio representa el 77% del Ejido urbano. El sistema de descargas pluviales dispone de una extensión de 138 Kilómetros, con 3037 bocas de tormenta, 1477 tapas de inspección y 146 rejas. En la actualidad, OSSE efectúa el mantenimiento y la limpieza de los conductos de descarga y demás componentes del sistema. En ocasiones, la red se encuentra afectada por conexiones clandestinas de efluentes cloacales e industriales, así como por desechos que obstruyen los conductos de descarga y dificultan el paso del fluido, lo cual contribuye a retardar la descarga de las aguas y a facilitar su concentración superficial. La insuficiencia cuantitativa y cualitativa de servicios de conducción y disposición de aguas pluviales y las obstrucciones periódicas de los componentes del sistema de desagües, generan condiciones de anegamiento de unidades de vivienda, de comercios, de industrias y de equipamientos, así como acumulaciones superficiales de aguas que se constituyen en impedimentos para la transitabilidad en la vía pública. Mar del Plata cuenta con una red de drenaje y de escurrimiento de aguas con deficiencias naturales y artificiales, cuyas consecuencias

[8] La planta de pretratamiento de efluentes se localiza en el Kilómetro 9,5 de la ruta 11, en la adyacencias de la localidad denominada Alto Camet. La finalidad actual de dicha planta es el tamizado primario del efluente. Este tamizado permite el paso de partículas de 0,5 mm de diámetro. Los sólidos de mayor tamaño son retenidos. Mediante este mecanismo se concentran 25 Tn/día de barros sólidos, los cuales son sometidos a una deshumectación y a un acondicionamiento especial para su transporte al sitio de disposición final. Sin embargo, resulta insuficiente la capacidad de tratamiento de las cribas de tamizado, debido al alto tenor de grasas que contiene el efluente cloacal. Considerando que las cribas existentes resultan inadecuadas, la planta dispone de una capacidad de tratamiento de 300.000 m3/día. Dicha capacidad es, aproximadamente, el efluente generado durante un día de verano, cuando se encuentra colmada la capacidad de alojamiento de la ciudad(Municipalidad del partido de General Pueyrredón, 2002).

ambientales y sociales resultan significativas ((Municipalidad del partido de General Pueyrredón, 2002).

En el informe de Habitar Mar del Plata (1996), las áreas identificadas como inundables son las resultantes de las precipitaciones excepcionales para esta zona registradas en el año 1992, con aproximadamente 220 mm en 12 horas (Mar del Plata registra precipitaciones medias anuales de 800 mm).

Se evidencian áreas inundables y sin infraestructura de desagües pluviales en los barrios de la periferia de la ciudad (como ejemplo podemos citar barrios como Las Heras, El martillo, Florencio Sánchez, General Belgrano, Las Américas, Santa Rosa de Lima, Jorge Newbery, Los Pinares, José Manuel Estrada, entre otros).

Retomando los trabajos del Grupo de Investigación Calidad de Vida [9], precisamente los hogares de menor grado de integración social -los tipos 3 y 4- coinciden en su localización con la zonas anegables de la ciudad[10] .

Las consideraciones anteriores nos llevan a la segunda dimensión seleccionada en el tema de hábitat: las inundaciones. A lo largo de la década del noventa, varios eventos climáticos han generado situaciones desastrosas. Cada vez que ocurren fenómenos naturales como las inundaciones, revelan parte de una realidad que permanecía oculta: poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, obras de infraestructura mal construidas o que han permanecido sin ningún mantenimiento por largos años, localizaciones inadecuadas, etc.

Actualmente los arroyos de la ciudad han sido en gran parte encauzados por ramales secundarios, que derivan en conductos maestros. Hay 21 de éstos que atienden a todos los barrios de la ciudad[11].

Como se ha visto, a este problema se ha intentado darle soluciones estructurales antes que preventivas. Luego de cada temporal y de una nueva inundación el municipio responde con proyectos y obras de infraestructura. Queda también demostrado que en la primera década del siglo XX, el problema sólo se circunscribía al centro de la ciudad de Mar del Plata, hoy la expansión urbana ha extendido la problemática. En este sentido, es importante señalar que un organismo como la Junta Municipal de Defensa Civil, tiene

[9] Rosenthal, C.; S. Bocero; N.Barabino y G. Prandín (2000) "Hogares y hábitat en la ciudad de Mar del Plata"

[10] Ver Mapa: Distribución de hogares marplatenses encuestados según tipología y zonas anegables (Pág.)

[11] El más importante es él que nace en Avenida Polonia, prosigue por Jara y Tejedor, hasta Avenida Constitución, allí dobla y desemboca en la costa.

previsto por las modificaciones de la legislación provincial del año 1996 la conformación de un cuerpo técnico de trabajo permanente con funciones de planificación, organización y puesta en práctica de medidas operativas. Al mismo tiempo, corresponde a estas Juntas la elaboración de un "Plan operativo de emergencia municipal" que contemple la identificación de las "hipótesis de emergencia", zonas críticas y población afectada, así como la elaboración de estrategias de respuesta y la asignación de funciones a las instituciones involucradas (Barrenechea y Gentile, 1999). Por el momento, no hay señales de la puesta en práctica de estas medidas.

Predomina, entonces, una concepción naturalista acerca de los desastres,

el Estado responde con tratamientos coyunturales y la obra de ingeniería (obra dura) se convierte en la solución universal. Las respuestas ante los desastres han sido puntuales, parciales y coyunturales, sin considerar la preparación de un plan integral para el tratamiento de los mismos. Las medidas asistencialistas y la implementación de obras duras, no han remediado en forma definitiva el problema de las inundaciones en la ciudad.

CONSIDERACIONES FINALES:

La profunda transformación que ha experimentado la región y Argentina en los últimos años, redefine las tendencias en cuanto a los efectos indirectos de la política social. En el nivel local las políticas sociales deben responder a problemas inmediatos, fundamentalmente referidos a asistencia directa hacia los sectores más empobrecidos de la población (en nuestra tipificación hogares HT3 y HT4). Esta situación no es de fácil resolución, teniendo en cuenta que muchos de los programas sociales nacionales no posibilitan la inclusión en la planificación de las características locales específicas.

En el marco del proceso de globalización, decíamos, que los municipios son las gestiones más cercanas a la cotidianeidad de los habitantes, por lo tanto es a quien la población con menor grado de inclusión social recurre en primera instancia.

En las tres dimensiones analizadas en este trabajo el municipio tiene presencia pero la demanda de la población, acentuada por el crecimiento, profundización y dispersión espacial de la pobreza, muchas veces choca con la debilidad de la estructura municipal, los escasos recursos y la débil capacidad técnica para generar las políticas efectivas para satisfacer dichas demandas.

Los reclamos constantes de los sectores más carenciados referidos a atención para la salud y cupos escolares en establecimientos de gestión local, indicarían que los servicios aún presentan fuertes deficits de cobertura. En las variables consideradas para el análisis de las condiciones del hábitat, la cobertura de red de agua potable y la de cloacas son las que

mejor sirven a la población, en tanto el déficit, en este sentido se centra en los desagües pluviales.

REFERÊNCIAS

Arroyo, Daniel (1997): *La Política Social Local. Estilos de Gestión y Políticas Sociales Municipales en Argentina".*

Barbeito, Alberto C./Lo Vuolo, Rubén M. (1995) : *La Modernización Excluyente*. Ed. Unicef/Ciapp/Losada, 2da. Edición.

Barrenechea, Julieta y Elvira Gentile (1999) *"Gestión local de riesgos urbanos: inundaciones y accidentes industriales en los municipios de Zárate y Campana, provincia de Buenos Aires."* Ponencia presentada en el: V Congreso Internacional sobre Desastres, 7 al 10 de setiembre, La Habana, Cuba.

Beccaria, Luis y Lopez, Néstor (comp., **(1996)**: *Sin Trabajo*. Ed. Unicef/Losada.

Bennholdt Thomsen, Veronika (1981): "Marginalidad en América Latina. Una crítica de la teoría", en Revista Mexicana de Sociología, volumen XLIII, Nº 4.

Bocero, S. y C. Natenzon (2001) *Política y Economía de los Recursos.* Tecnicatura en Gestión Cultural. Universidad Abierta. Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Fernandez, María A./Lemos, María L y Wiñar, David L (1997).: *La Argentina fragmentada. El caso de la Educación*. Miño y Dávila Editores.

Filloux, Jean Claude (1994): *Durkheim y la Educación*. Miño y Dávila Editores.

Filmus, Daniel (1999): *Los noventa: Política, sociedad y cultura en América Latina y Argentina de fin de siglo.* Editorial Eudeba.

Gallart, María Antonia (2000): "Los desafíos de la integración social de los jóvenes pobres: la respuesta de los programas de formación en América Latina". Tercer Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo. UBA.

González García, G. y Tobar, F. (2004) *Salud para los Argentinos.* Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Gorz, André (1998): *Miserias del Presente, Riqueza de lo Posible*; Editorial Paidós.

Grupo Calidad de Vida (1999) *Hábitat y vivienda en una sociedad fragmentada. Resultados de una encuesta a los hogares marplatenses en el año 1998.* Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Lacabana, Miguel (Coordinador) **(1997)**: *MAR DEL PLATA EN TRANSICIÓN*: *Mercado de trabajo local y estrategias familiares*. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Municipalidad de General Pueyrredón, Secretaría de Desarrollo Social, Subsecretaría de Salud, 2004.

Municipalidad del partido de General Pueyrredón (2002) *Gestión de la urbanización en ciudades turísticas – Ciudad de Mar del Plata-.*

Passalacqua, Eduardo/Villar, Alejandro (1994): "La Política de los Municipios Argentinos, un panorama global", en Revista de Ciencias Sociales Nº 1. Buenos Aires.

Puiggros, Adriana (1990): "Sistema Educativo, Estado y sociedad civil en la reestructuración del capitalismo dependiente. El caso argentino", en Revista Propuesta Educativa; Año 2, Nº 2; Flacso.

Puiggros, Adriana (1994): *Imaginación y Crisis en la Educación Latinoamericana*. Aique Grupo Editor.

Rosanvallon, Pierre (1995): *La Nueva Cuestión Social.* Ed. Manantial.

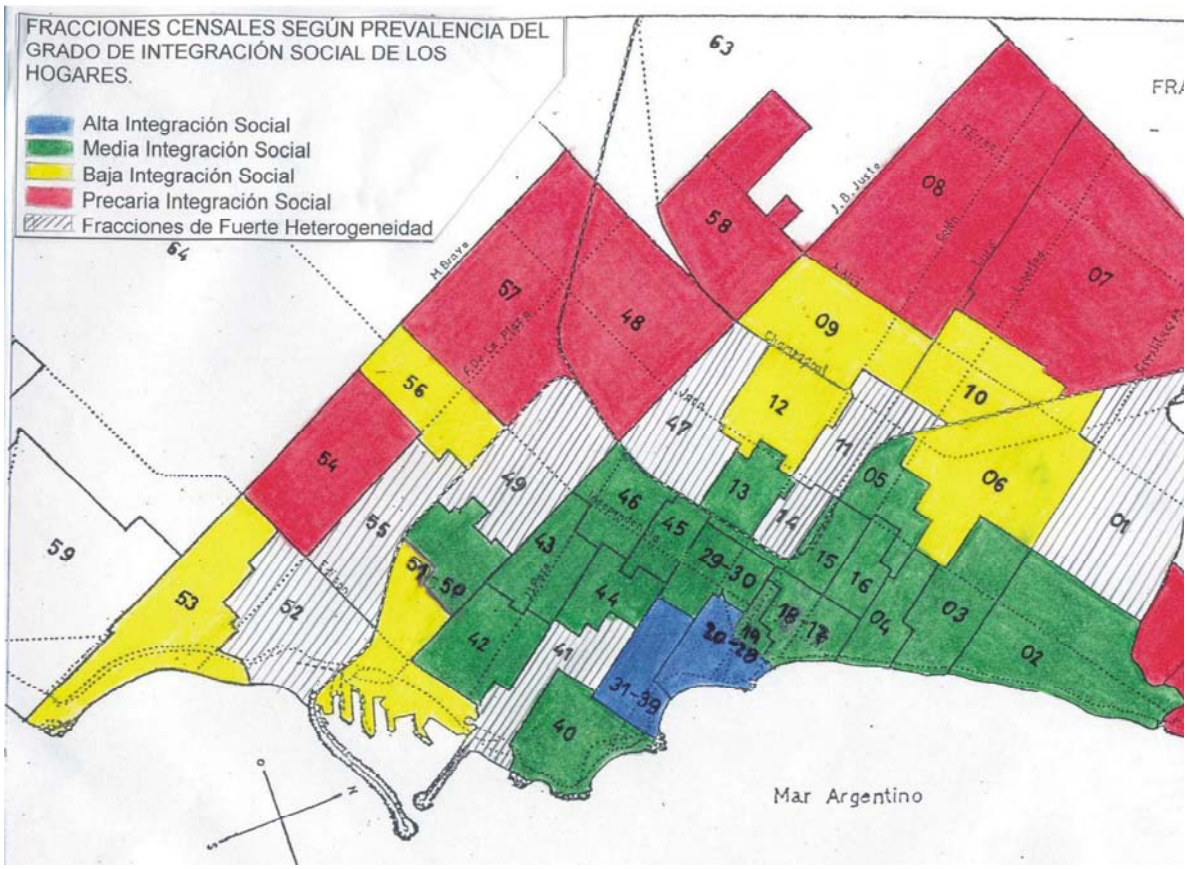
Rosenthal, C.; S. Bocero; N.Barabino y G. Prandín (2000) *Hogares y hábitat en la ciudad de Mar del Plata.* Segundas Jornadas Platenses de Geografía Nacionales e internacionales. La Plata, del 13 al 15 de Setiembre del 2000.

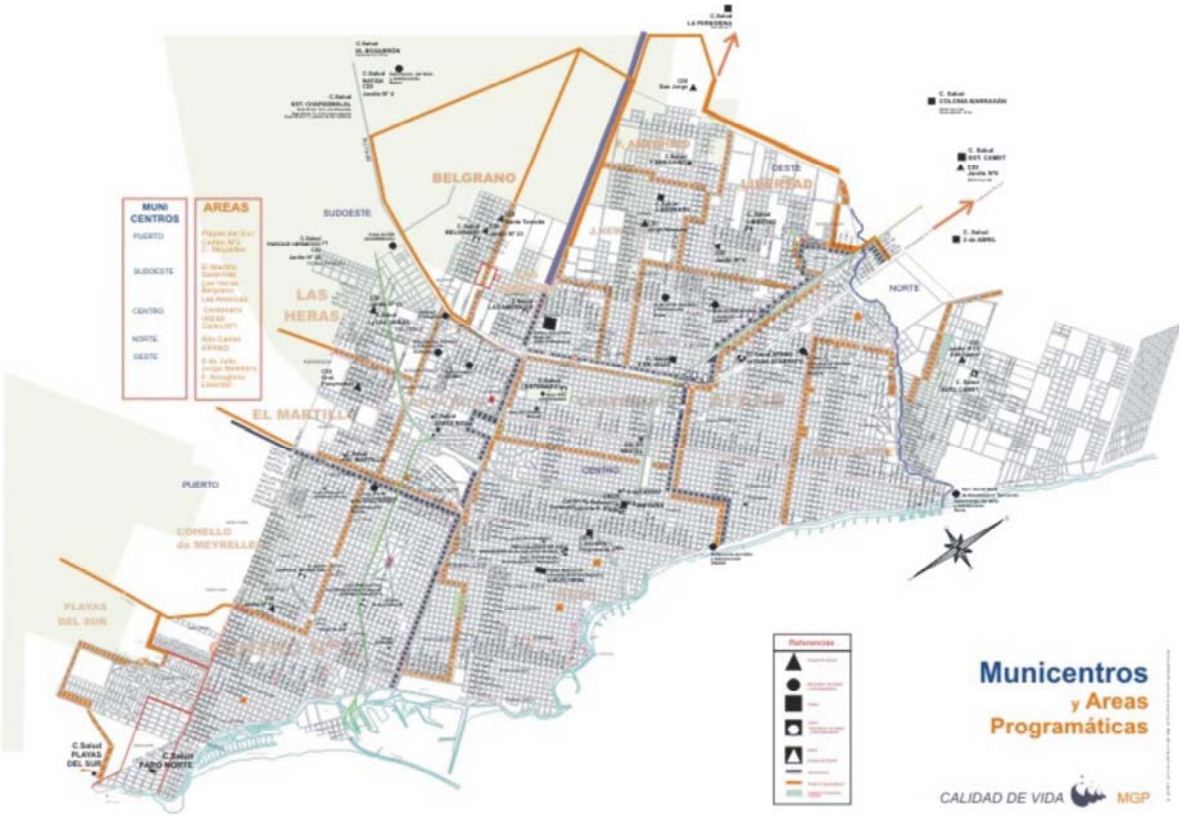
Tenti Fanfani, Emilio (1993): *La Escuela Vacía*; ed. Unicef/Losada.

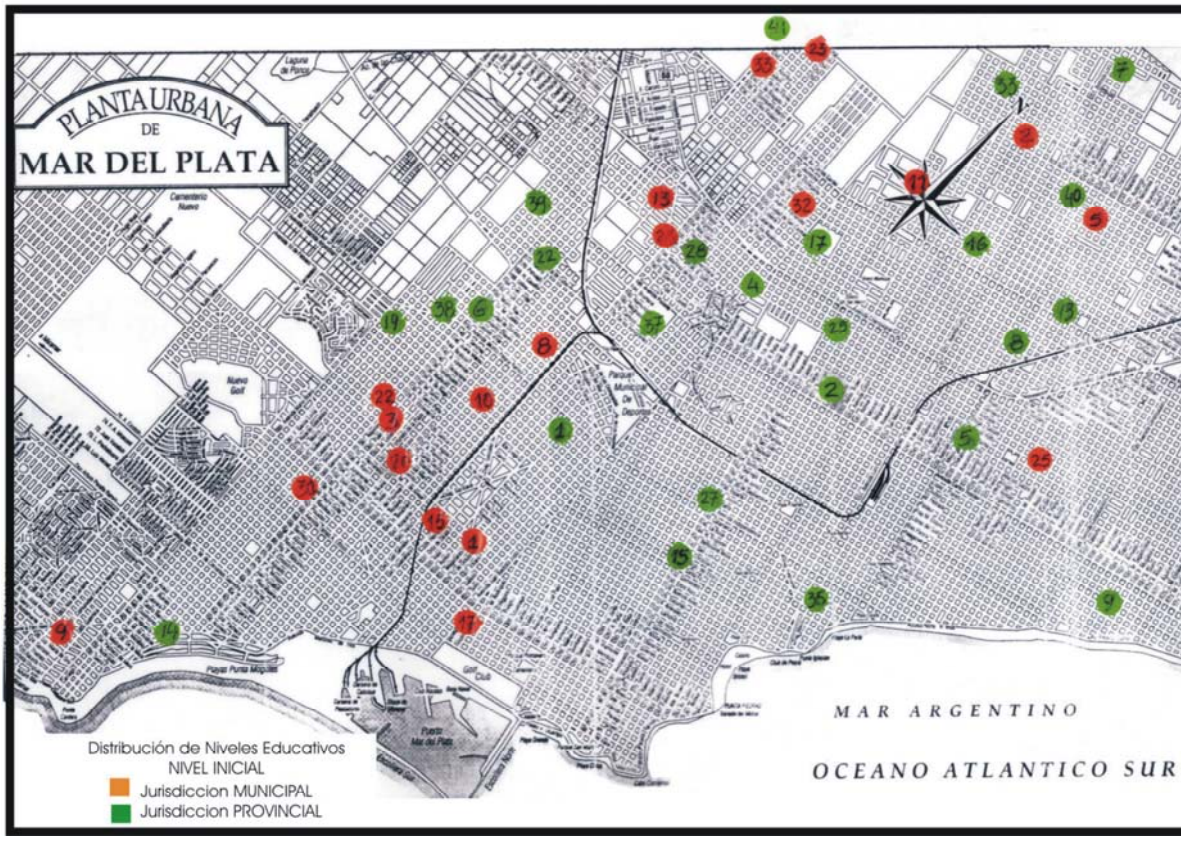
Torrado, Susana (1992): *Estructura social de la Argentina*: 1945-1983. Ed. De La Flor.

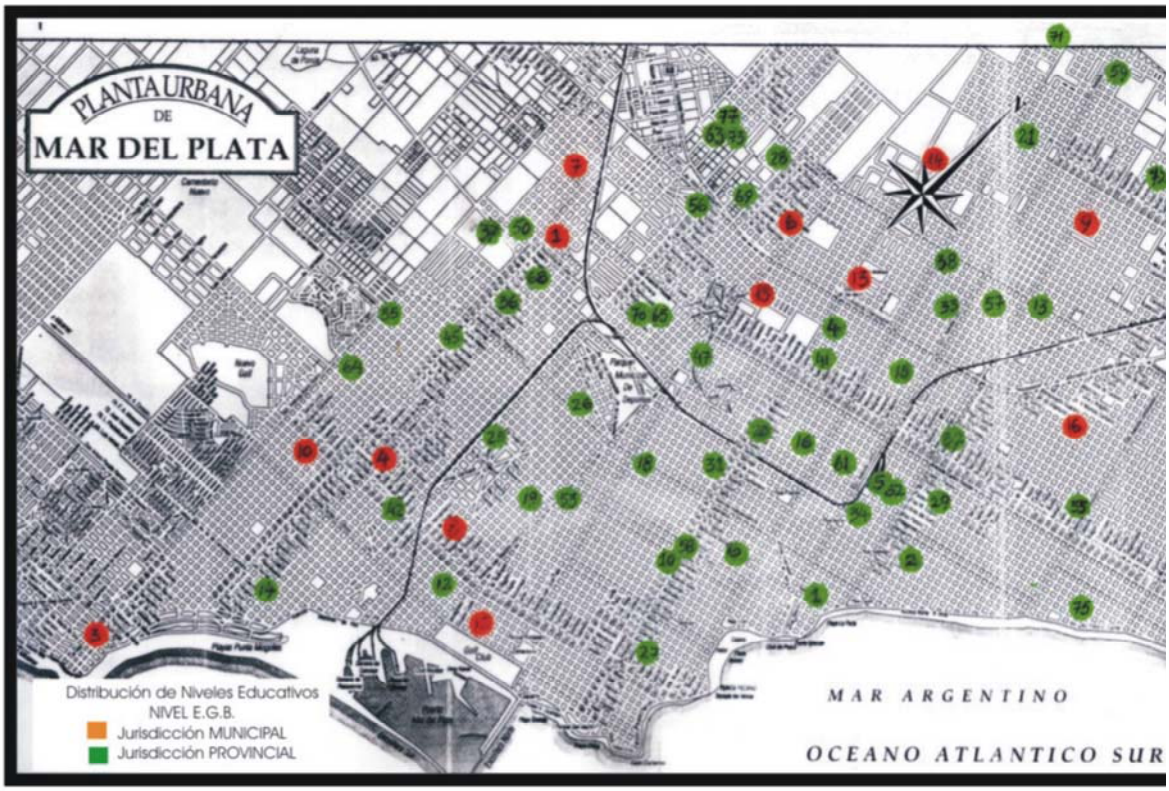
Universidad Nacional de Mar del Plata (1996) *Habitar Mar del Plata. Problemática de Vivienda, Tierra y Desarrollo Urbano de Mar del Plata. Diagnóstico y Propuestas*. Programa Arraigo –FAUD/UNMDP.

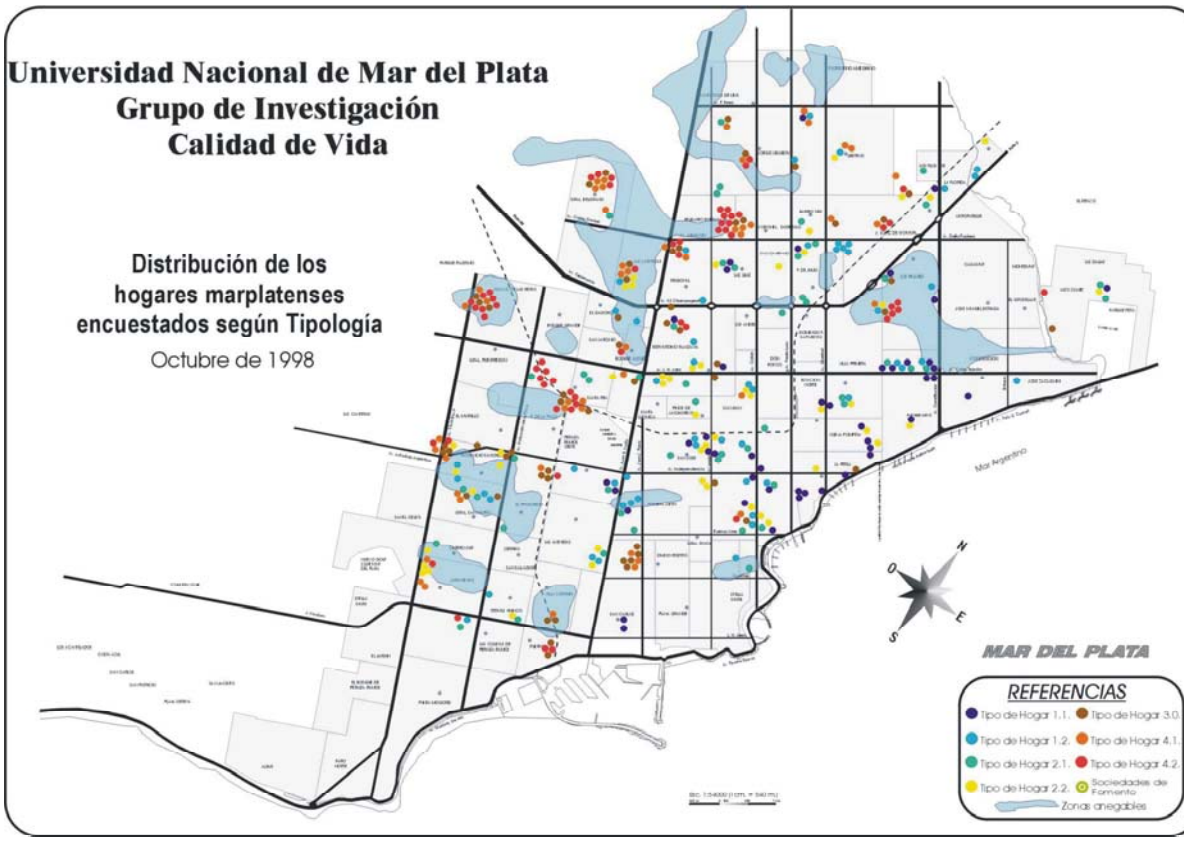
ANEXOS




MUNI CENTROS
AREAS
BELGRANO
SUDOESTE
LAS HERAS
EL MARTILLO
PUERTO
CONELLO de MEYRELLE
PLAYAS DEL SUR
CENTRO
NORTE
OESTE
LIBERTAD
Municentros
y Areas
Programáticas
CALIDAD DE VIDA
MGP


PLANTA URBANA
DE
MAR DEL PLATA
MAR ARGENTINO
OCEANO ATLANTICO SUR
Distribución de Niveles Educativos
NIVEL INICIAL
Jurisdiccion MUNICIPAL
Jurisdiccion PROVINCIAL


PLANTA URBANA
DE
MAR DEL PLATA
Distribución de Niveles Educativos
NIVEL E.G.B.
Jurisdicción MUNICIPAL
Jurisdicción PROVINCIAL
MAR ARGENTINO
OCEANO ATLANTICO SUR


Universidad Nacional de Mar del Plata
Grupo de Investigación
Calidad de Vida
Distribución de los
hogares marplatenses
encuestados según Tipología
Octubre de 1998
MAR DEL PLATA
REFERENCIAS
Tipo de Hogar 1.1.
Tipo de Hogar 1.2.
Tipo de Hogar 2.1.
Tipo de Hogar 2.2.
Tipo de Hogar 3.0.
Tipo de Hogar 4.1.
Tipo de Hogar 4.2.
Sociedades de Fomento
Zonas anegables