

Accesibilidad física de personas mayores a centros de salud en zonas rurales remotas: un análisis geográfico en el oeste de La Pampa

Physical accessibility of older adults to health centers in remote rural areas: a geographical analysis in the west of La Pampa

Florencia Nair Carbonell Silletta

Licenciada en Geografía. Cursando el Doctorado en Ciencias Sociales. Beca cofinanciada entre el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y la Secretaría de ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y Cultura de Chubut. Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (sede Comodoro Rivadavia). Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (IGEOPAT-FHCS-UNPSJB). Ruta Prov. 1 Km 4, Piso 4, Oficina 469, (9000), Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina, flo_carbo17@hotmail.com / flo.carbo17@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0008-7009-028X>

María Eugenia Prieto Flores

Doctora en Geografía. Investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INCIHUSA CONICET). Avenida Ruiz Leal s/n, (5500), ciudad de Mendoza, Mendoza, Argentina, meprieto@conicet.gov.ar / mprieto.flores@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3424-8234>

Recibido: 22 de julio 2023 || Aprobado: 14 de noviembre 2023
DOI: <https://doi.org/10.37838/unicen/est.34-160>

Resumen

Los servicios de atención primaria juegan un papel fundamental en el cuidado preventivo y general de la salud, convirtiéndose en prestaciones esenciales para el acceso de la población a la salud, en zonas remotas y rurales. En este trabajo se examina la accesibilidad física de personas mayores a los servicios sanitarios en los departamentos de Chicalcó y Chalileo, en el oeste de la provincia de La Pampa. Con este objetivo se realizó un análisis exploratorio basado en sistemas de información geográfica y un análisis cualitativo temático a partir de entrevistas semiestructuradas. Las grandes distancias y las características del transporte en relación con el estado de los caminos, las conexiones, los medios de transporte y su adecuación, emergen como factores clave del acceso a la salud en estas geografías rurales.

Palabras clave: Accesibilidad a servicios de salud; Zona rural; Personas mayores; Oeste de La Pampa

Abstract

Primary health care services play a fundamental role in preventive and general health care, becoming essential services for the access of the population to health in remote and rural areas. In this work is examined the physical accessibility of older adults to health services in the departments of Chicalcó and Chalileo, in the west of

the province of La Pampa. With this aim, an exploratory analysis using geographic information systems and a qualitative thematic analysis based on semi-structured interviews were carried out. Long distances and the characteristics of transport in relation to the state of roads, connections, means of transportation and their adequacy emerge as key factors in the access to health in these rural geographies.

Key words: Accessibility to health services; Rural area; Older adults; West of La Pampa

Introducción y consideraciones conceptuales

Uno de los conceptos de salud más reconocidos y extendidos es el de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946, que la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades (OMS, 2020). Dicha definición no pretende aludir a una salud perfecta, sino a una visión holística de la misma, que considera esas tres dimensiones (Schramme, 2023). En esta dirección, las necesidades de atención sanitaria incluyen los aspectos físicos, mentales y sociales que afectan al funcionamiento de las personas (Donaldson et al., 1996) y abarcan la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Organización para las Naciones Unidas [ONU], 2019).

Para responder a estas necesidades de atención de la salud, debe garantizarse la capacidad de utilizar servicios sanitarios integrales, adecuados, oportunos y de calidad, sin discriminación, y que consideren las necesidades de salud diferenciadas y específicas de los distintos grupos de población en la prevención, la atención y los cuidados (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014). Es así que la OMS llama a buscar la equidad en la salud de las personas en todas las etapas de la vida, procurando una cobertura universal, que no deje a nadie atrás (OPS, 2021).

El derecho al acceso a la salud comprende cuatro componentes centrales interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ONU, 2000). En función de estos componentes, los servicios sanitarios deben representar un número suficiente, no imponer ningún tipo de discriminación, ser accesibles en relación con el espacio geográfico, la información y los procedimientos administrativos, ser respetuosos con la ética médica y la cultura de las personas, sensibles en relación con el género y la edad, y apropiados desde el punto de vista científico y médico (ONU, 2000).

Concretamente, la accesibilidad alude a la relación y grado de ajuste entre las características de los recursos sanitarios y la población en el proceso de búsqueda y obtención de atención sanitaria (Frenk, 1992). La falta de accesibilidad puede obstaculizar el uso de servicios a través de distintas barreras entre las cuales se encuentran las de carácter financiero, las deficiencias en la disponibilidad de los recursos de atención sanitaria y en su organización, como también las características de su localización y distribución geográfica que afectan a la distancia y los tiempos de viaje (Houghton et al., 2020).

En el estudio de los desequilibrios y desigualdades socioespaciales en la organización del territorio, incluyendo la distribución de los servicios, se destacan los principios de eficiencia espacial y competitividad, calidad de vida y bienestar, cohesión socioterritorial, sostenibilidad, equidad socioespacial y justicia ambiental (Cardoso *et al.*, 2019; Moreno Jiménez y Vinuesa Angulo, 2009). En este contexto, de acuerdo con el principio de equidad socioespacial, debe garantizarse la accesibilidad a los servicios de salud, sin discriminación entre las personas que residen en distintos lugares.

En América Latina, persisten grandes desigualdades en el acceso a servicios sociosanitarios a lo largo del curso de vida y en la vejez, que geográficamente afectan de modo significativo a zonas rurales y suburbios urbanos pobres (Huenchuan, 2009). Aunque los factores sociales y económicos condicionan en mayor medida el acceso a los servicios de salud, un factor clave cuando se trata de zonas rurales aisladas y de grupos de personas con movilidad reducida es la accesibilidad física (Curtis y Jones, 1998). Este tipo de accesibilidad ha sido definida como aquella que permite que los bienes y servicios sanitarios estén al alcance geográfico de todos los grupos de población, especialmente los más vulnerables, y además implica el acceso adecuado a los establecimientos para las personas con discapacidad (ONU, 2000).

La población de edad avanzada representa uno de los mayores grupos de usuarios de los servicios de salud (Peña-Montoya *et al.*, 2016). A medida que las personas envejecen, sus condiciones de salud tienden a presentar una mayor cronicidad y complejidad, para lo que se requieren servicios accesibles y centrados en las necesidades y los derechos de esta población (World Health Organization [WHO], 2020). Según la OMS (2015) algunos de los problemas a los que se enfrentan las personas mayores en relación con los servicios de salud no adaptados a sus necesidades son: servicios limitados; abordaje de cada enfermedad o condición por separado, con el consecuente riesgo de polimedicación, intervenciones innecesarias y una atención inadecuada; posible falta de formación del personal sanitario para atender correctamente a condiciones como la demencia o la fragilidad; y costos económicos de los servicios que pueden conducir al empobrecimiento de usuarios y usuarias.

Las áreas rurales de los países de América Latina y el Caribe tienen condiciones desventajosas de tipo social, económico, de acceso a servicios básicos y a servicios de salud de mayor complejidad, que se acentúan en la población mayor que vive en áreas rurales dispersas, alejadas de centros urbanos con más infraestructuras de servicios sanitarios, y sin medios de transporte público con la frecuencia necesaria y adaptados para personas con movilidad reducida (Huenchuan, 2018). En esa dirección, Sánchez González (2015) destaca la existencia de una mayor vulnerabilidad de las personas mayores que habitan en zonas rurales, debido a problemas como el acceso a los servicios sociales y de salud, limitación en transporte público, así como la ausencia de políticas públicas enfocadas a este colectivo.

La accesibilidad física a los servicios depende de diversos factores, como su localización y distribución, las distancias a recorrer, los medios empleados por la población para trasladarse y las condiciones de los caminos, que en muchas ocasiones pueden transformarse en obstáculos. La población que disfruta de servicios de salud más accesibles, los utilizará mejor y más oportunamente, lo que resulta en mayores beneficios en el cuidado de su salud y bienestar (Garrocho, 2007; Rojas Moreno *et al.*, 2023).

Distintas investigaciones geográficas han contribuido a comprender la accesibilidad o inaccesibilidad física a servicios de salud, como Escalona Orcao y Díez Cornago (2003) y Rodríguez Díaz (2011) en España; Hernández Gene y Garnica Berrocal (2017) en Colombia; Garrocho (1993; 2007) y Rojas Moreno *et al.*, (2023) en México; Aveni y Ares (2008), Buzai (2016), Ponce (2015), Ramírez (2003; 2009) y Villanueva (2010) en Argentina, entre otros. La mayoría de estos trabajos corresponden a áreas urbanas, se apoyan en tecnologías de información geográfica y tienen en cuenta variables como las distancias empleadas en espacio o tiempo, los tipos de vías y medios de transporte utilizados y la cantidad de población que accede a los servicios sanitarios.

Así, los sistemas de información geográfica (SIG) son de enorme utilidad para la aplicación de métodos de análisis espacial que brindan apoyo para realizar diagnósticos de la distribución de los servicios y encontrar localizaciones óptimas que incorporen principios de equidad espacial (Buzai, 2014; Fuenzalida *et al.*, 2015; Garrocho, 1993; 2007). También son importantes los enfoques cualitativos, ya que han permitido ampliar nuestra comprensión sobre las visiones, experiencias, actitudes y comportamientos en torno a la salud y los servicios sociosanitarios en la vejez (Prieto-Flores *et al.*, 2010). Además, los métodos cualitativos han contribuido al estudio de las relaciones entre los heterogéneos entornos residenciales y asistenciales, y las personas mayores, posibilitando una valiosa aproximación a la realidad (Sánchez-González, 2015).

En el presente trabajo se analiza la accesibilidad física a los servicios de salud de las personas mayores en los departamentos de Chicalcó y Chalileo, en el oeste de la provincia de La Pampa, caracterizado por ser un espacio predominantemente rural, de grandes extensiones y vastas distancias, con altos niveles de vulnerabilidad socioeconómica, ambiental y sanitaria (Dillon, 2014; Comerci, 2014; Velázquez, 2016; Brust *et al.*, 2018). Para analizar la accesibilidad física de las personas mayores a los servicios de salud, se realizó un análisis exploratorio basado en tecnologías de información geográfica, así como un análisis cualitativo temático, a partir de entrevistas semiestructuradas.

Se presentan, en primer lugar, los métodos y técnicas aplicados en este trabajo. A continuación, son descritas la distribución de los centros de salud de la provincia de La Pampa y las características de aquellos situados en los departamentos de Chicalcó y Chalileo. Seguidamente, se muestran los resultados de la estimación con SIG de la accesibilidad física a los servicios de salud y los resultados del análisis cualitativo sobre las experiencias en torno al acceso a

dichos servicios en personas mayores. El artículo concluye con la discusión de los resultados y las conclusiones.

Métodos

Para analizar la accesibilidad física de las personas mayores a los servicios de salud se aplicó una doble aproximación metodológica, que incluyó aspectos cuantitativos y cualitativos, como se indicó en el apartado introductorio. Para medir cuantitativamente la accesibilidad objetiva se tienen en cuenta los lugares donde reside la población demandante del servicio, los puntos de oferta y la distancia que separa a ambos, medida en términos espaciales, temporales o económicos. Sin embargo, analizar este tipo de accesibilidad en una zona rural o con baja densidad de población no es tarea fácil, ya que la mayoría de las metodologías con SIG se han desarrollado en zonas metropolitanas o densamente pobladas, donde la dotación de servicios es mayor (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2003).

En esta investigación se realizó un análisis espacial exploratorio para visualizar el grado de proximidad de los centros asistenciales de salud existentes en los departamentos Chicalcó y Chalileo a los habitantes de las localidades, parajes y puestos. Se parte de la disponibilidad de los servicios de salud con la localización exacta de cada establecimiento, y la representación de áreas de influencia mediante coronas de accesibilidad física o *buffers* de diferentes alcances. Las coronas fueron calculadas empleando distancias lineales, cuyo uso resulta adecuado para un primer abordaje del problema, con la finalidad de determinar cuáles son las áreas en las que las personas mayores se encuentran en situaciones desfavorables en relación con la localización y distribución de los equipamientos sanitarios.

El cálculo de intervalos de accesibilidad se llevó a cabo considerando la metodología realizada por Escalona Orcao y Díez Cornago (2003), diseñada para el estudio de la accesibilidad geográfica a servicios de salud en áreas rurales con baja densidad de población. Este cálculo se basa en la estimación del coste o impedancia de desplazamiento de las personas que demandan la asistencia sanitaria desde su lugar de residencia al centro asistencial. Los resultados los clasifican en cuatro intervalos o categorías de accesibilidad según el tiempo de acceso en minutos, en vehículo: I) igual o inferior a 15 minutos: accesibilidad óptima; II) 16-30 minutos: accesibilidad favorable/aceptable; III) 31-45 minutos: accesibilidad desfavorable y; IV) superior a 46 minutos: accesibilidad muy desfavorable.

Con la ayuda de SIG y tomando en cuenta el método desarrollado por las citadas autoras, se realizó una estimación del tiempo de accesibilidad potencial, considerando el predominio de caminos terciarios y huellas en el área estudiada. De esta manera, los tiempos invertidos en llegar a los centros de salud se calcularon a partir de la velocidad máxima estimada que es posible alcanzar en vehículo en los caminos rurales que se encuentran en buen estado de conservación, que corresponde a 70 km/h de acuerdo con el Manual de Caminos Rurales (Asociación Argentina de Carreteras, 2018). Si bien la velocidad tenida en cuenta no es real, ya que no se considera el tipo y el estado de los caminos, y las distancias se calculan en línea

recta, se pretende brindar una aproximación teórica sobre el alcance potencial de estos establecimientos de salud. El programa utilizado para la elaboración de los mapas fue QGIS (versión 3.10 A Coruña), que es un SIG libre y de código abierto.

De forma complementaria, se realizó un análisis cualitativo para identificar distintas experiencias y percepciones en relación con la accesibilidad física a los servicios de salud, así como las dificultades y problemáticas para su acceso. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a personas mayores, utilizando un guion que contó con 17 preguntas divididas en tres bloques: ficha personal, estado general de salud percibido y servicios de salud. En este último bloque se preguntó sobre los servicios de atención primaria ubicados en su lugar de residencia, así como también los de mayor nivel a los que asisten para obtener atención con especialistas y/o realizar un estudio o intervención de mayor complejidad.

Las entrevistas fueron realizadas personalmente en salidas de campo por las localidades de Santa Isabel y Algarrobo del Águila, en el mes de julio de 2022, y por medio de comunicación telefónica en aquellos lugares donde no se pudo acceder en la salida. El tratamiento de la información se realizó mediante análisis cualitativo temático, que consiste en la identificación, análisis y comunicación de patrones o ejes temáticos en la información recogida que representen aspectos importantes en relación con las preguntas de investigación planteadas (Braun y Clarke, 2006).

En la investigación cualitativa, las muestras son intencionales y persiguen el objetivo de comprender y advertir diversas opiniones y perspectivas. La muestra estuvo formada por 14 personas mayores, residentes tanto en la zona urbana como en la rural (Tabla 1). Los contactos se establecieron en la salida de campo y por medio de trabajadoras en el área de Desarrollo Social de las distintas localidades. Además, otros contactos fueron facilitados por personas conocidas y del lugar, que brindaron su ayuda. En los resultados se han omitido los nombres de las personas mayores entrevistadas con la finalidad de preservar el anonimato de todas ellas. Se alude a las y los entrevistados aclarando el sexo (mujer u hombre), la edad, y si residen en el «pueblo» (zona urbana o zona rural agrupada) o «puesto» (zona rural dispersa).

Tabla 1. Muestra de personas mayores entrevistadas

Características	Casos
Sexo	
Mujer	11
Hombre	3
Edad	
65-69	5
70-74	3
75-79	4
80-84	1
90-94	1
Lugar de residencia	
Santa Isabel	7

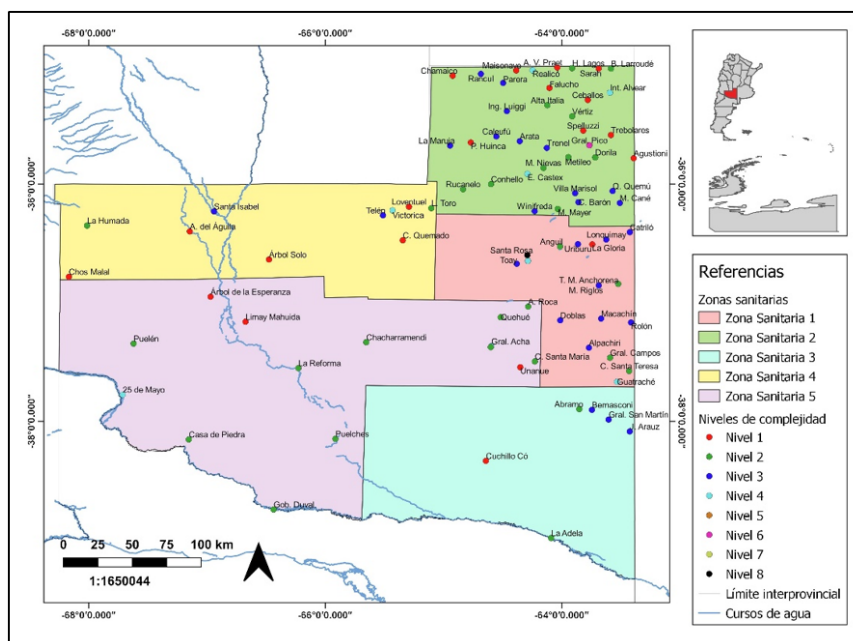
Algarrobo del Águila	3
Puestos	4
Total	14

Fuente: elaboración personal

Aproximación a los servicios de salud de La Pampa y de la zona de estudio

La provincia de La Pampa cuenta con 366.022 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2023) localizados, principalmente, en el sector oriental del territorio, donde se ubican la mayor cantidad de localidades y las dos ciudades principales: Santa Rosa (ciudad capital) y General Pico. Contrariamente, el espacio pastoril del oeste pampeano abarca un tercio de la superficie provincial, pero participa con menos del 5% del total de la población (Dillon, 2014). En el departamento de Chicalcó, el número de habitantes es de 1.491 y en Chalileo es de 2.911 (INDEC, 2023). La distribución de la población de La Pampa explica la concentración de establecimientos sanitarios en el este de la provincia. Del total de los 116 centros de salud públicos, de diferentes niveles de complejidad, en la zona de estudio solo se ubican seis¹ (Figura 1).

Figura 1. Centros de salud y zonas sanitarias de la provincia de La Pampa



Fuente: elaboración personal sobre la base de Ministerio de Salud de La Pampa y De Grande (2020)

Todas las localidades y parajes de los departamentos Chicalcó y Chalileo cuentan con un centro de salud, siendo la mayoría de nivel 1, centrados en la

1 Esta cifra incluye el centro de salud del paraje Árbol de la Esperanza, localizado al norte del departamento Limay Mahuida, pero que depende del centro asistencial de Santa Isabel (cabecera del departamento Chalileo).

atención primaria de la salud, con medicina preventiva y general (Tabla 2). El de mayor nivel de complejidad, con un nivel 3, y que posee una mayor cantidad de recursos físicos, humanos y con internación es el de Santa Isabel, cabecera del resto de los centros de salud de la zona. Además, cuenta con médicos especialistas de forma permanente, en las especialidades de odontología, obstetricia, kinesiología, nutrición, fonoaudiología, psicología, radiología y laboratorio de análisis clínicos, y de manera periódica con ecografía y pediatría. Algunos de estos profesionales viajan a prestar atención médica en los otros centros de salud, como las y los especialistas en obstetricia y laboratorio. La zona de estudio cuenta también con la visita de especialistas externos que se desplazan para brindar servicios como el de cardiología. Fuera del establecimiento sanitario de Santa Isabel, los otros centros de salud no tienen médicos especialistas de manera permanente, solo La Humada, con un nivel 2 de complejidad, cuenta con el servicio de odontología, que además brinda servicios en Algarrobo del Águila y Chos Malal.

Tabla 2. Disponibilidad de recursos físicos y humanos para atención sanitaria

Departamento*	Localidad	Nivel de complejidad	Personal médico clínico	Personal de enfermería	Camas internación
Chicalcó (1.491 hab.)	Algarrobo del Águila	1	1	3	0
	La Humada	2	1	7	0
	Chos Malal	1	0	2	0
Chalileo (2.911 hab.)	Santa Isabel	3	5	18	8
	Árbol Solo	1	0	2	0
	Árbol de la Esperanza**	1	0	2	0

* Número de habitantes según el censo de 2022 (INDEC, 2023)

** El paraje Árbol de la Esperanza se encuentra dentro del departamento Limay Mahuida, al sur de Chalileo. Se incorpora a la investigación ya que depende del centro asistencial de Santa Isabel.

Fuente: elaboración personal

Para garantizar la atención de médicos en especialidades que no se encuentran en la zona de estudio, son puestas en práctica soluciones como, por ejemplo, la telemedicina basada en la comunicación y asesoramiento con el personal médico de distintas especialidades que reside en otros lugares, utilizando dispositivos tecnológicos para realizar consultas sobre patologías específicas o concretar citas con los pacientes, de manera virtual. Otros programas que existen son el móvil mamográfico con el que profesionales en imágenes y en obstetricia recorren la provincia con un mamógrafo y atienden consultas, trabajan en la prevención de enfermedades (como el cáncer cervicouterino) y en la promoción de la salud comunitaria; y el Programa Cardio 365, mediante el cual un médico puede hacer un electrocardiograma en el lugar y ser leído a distancia por profesionales en cardiología de Santa Rosa, que brindan un informe al instante para poder seguir un tratamiento.

La cantidad de profesionales del establecimiento asistencial de Santa Isabel, permite que haya atención médica y de enfermería las 24 horas. En los otros centros de salud hay guardia de enfermería: en La Humada guardia activa durante todo el día, mientras que, en Algarrobo del Águila, Chos Malal, Árbol Solo y Árbol de la Esperanza unas horas al día, además de guardia pasiva solo para urgencias.

Existen situaciones en las que el personal médico debe derivar pacientes por urgencias o ante procedimientos o exámenes no disponibles en un centro de salud. En el área de estudio, el centro asistencial del que dependen todos los demás es el de Santa Isabel que, como se indicó, es el de mayor nivel de complejidad. Desde este, se realizan derivaciones al centro de salud de Victorica, departamento Loventué, que queda a 145 km de distancia. Si se requiere mayor complejidad, desde Victorica se deriva a Santa Rosa, que se encuentra a 155 km de distancia y es la ciudad donde está localizado el hospital público de mayor complejidad de la provincia.

Tres rutas pavimentadas atraviesan los departamentos Chicalcó y Chalileo: la Ruta Nacional N° 143 que ingresa por Santa Isabel desde el norte y se convierte en camino consolidado hacia el sureste, la Ruta Nacional N° 151 que pasa por Algarrobo del Águila y avanza hacia el sur, y la Ruta Provincial N° 10 que con dirección este-oeste se encuentra pavimentada hasta Santa Isabel, pero hacia el oeste discurre como camino consolidado. El resto de la red del área de estudio corresponde a caminos consolidados o de tierra. A todo ello se suma el mal estado de algunas de las rutas y caminos, que imponen grandes limitaciones para la atención sanitaria (Carbonell Silletta y Prieto Flores, 2023).

Frente a las dificultades que suponen las condiciones de aislamiento rural, así como las necesidades relacionadas con los servicios e infraestructuras de la zona de estudio, el personal sanitario del lugar contribuye de forma significativa en el intento de superar obstáculos de acceso a la salud, al conocer a todos los habitantes, sus necesidades sociosanitarias y realizar un acompañamiento personalizado de cada paciente, como se detalla en una investigación previa sobre disponibilidad de servicios sanitarios en Chicalcó y Chalileo (Carbonell Silletta y Prieto Flores, 2023).

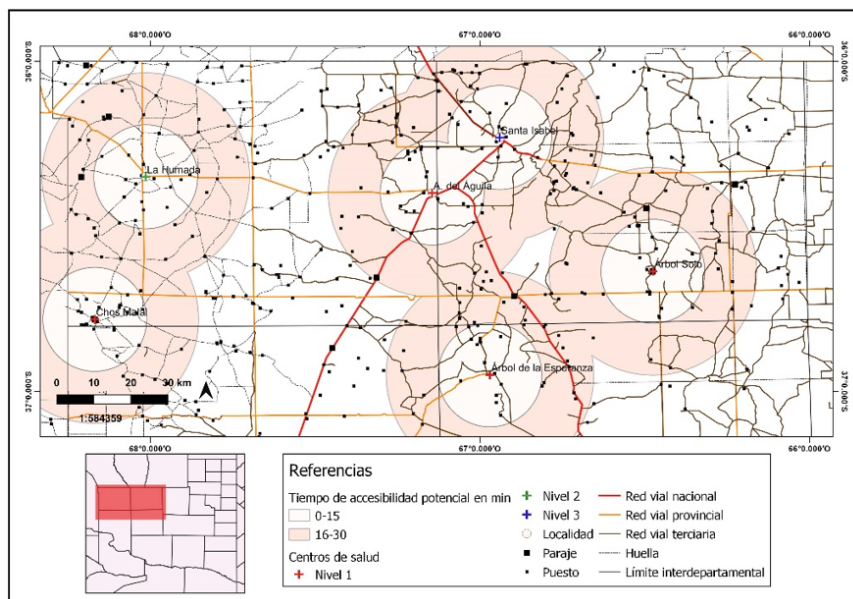
Medición de la accesibilidad física a los servicios de salud del oeste pampeano

En este apartado se aborda la accesibilidad física a los centros de salud de la zona de estudio como resultado del análisis espacial con SIG. En el mapa de la Figura 2 se representan los seis centros de salud localizados en dicha zona, las distintas vías de circulación según su jerarquía y las localidades, parajes y puestos. A partir de cada establecimiento asistencial se calcularon dos coronas de accesibilidad lineal potencial conforme los criterios descritos previamente.

Como se observa en la Figura 2, una accesibilidad física potencial de óptima a favorable corresponde a tiempos menores o iguales a 30 minutos, en torno a los centros de salud. De acuerdo con esta estimación, los centros de salud de atención primaria de la zona de estudio estarían distribuidos de una forma

relativamente equilibrada; si bien, fuera de esta área de influencia se encontrarían los parajes y puestos rurales del centro del departamento Chicalcó y el noreste y este del departamento Chalileo. La capa representada de las actuales redes de transporte demuestra una mayoría de caminos terciarios, sobre todo en el este de la zona de estudio, y de huellas en el oeste de dicha área, que son de tierra o consolidados, con las dificultades reales que eso supone para acceder a estos centros de salud².

Figura 2. Coronas de accesibilidad potencial de óptima a favorable a los centros de salud de Chicalcó y Chalileo, La Pampa



Nota: coronas de distancia lineal calculadas en minutos, en un escenario de caminos rurales bien conservados.

Fuente: elaboración personal sobre la base del IGN. Puestos rurales con datos georreferenciados de la Dirección General de Catastro de La Pampa

Es importante reiterar que solo el centro asistencial de Santa Isabel (nivel 3) cuenta con guardia médica y de enfermería las 24 horas, y solamente el de La Humada (nivel 2) tiene guardia activa de enfermería todo el día. Esto trae como consecuencia que la cercanía a un centro asistencial nivel 1 y 2 no garantiza la atención médica y/o de enfermería en cualquier momento.

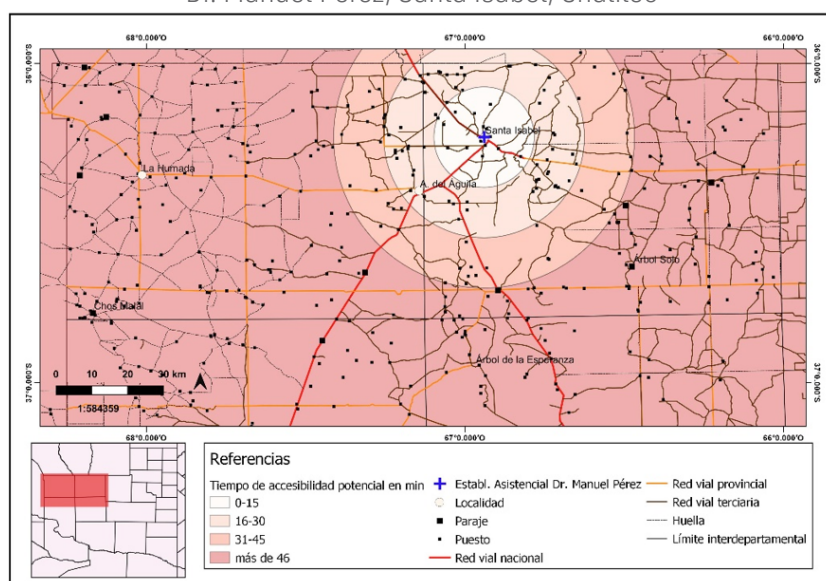
El centro de salud de Santa Isabel Dr. Manuel Pérez, por ser el de mayor nivel de complejidad del área de estudio, recibe derivaciones desde los demás centros de salud, de nivel 1 y 2. A partir de la Figura 3 se puede observar que las coronas que representan tiempos superiores a 30 y 45 minutos para poder acceder al centro de salud de Santa Isabel, ocupan una gran superficie al este y sur del departamento Chalileo y casi todo el departamento Chicalcó, siendo de accesibi-

² La diferencia entre camino terciario y huella es que, el primero, es una vía de jurisdicción local (municipal o privada), en cambio, la huella es el camino de acceso y recorrido de establecimientos en zonas rurales, que incluye aquellos de poca importancia que se desprenden de caminos de tierra y los demarcados en loteos para futuros barrios, entre otros (IGN, 2019).

lidad desfavorable y muy desfavorable. Solo un área de 35 km alrededor de este establecimiento asistencial tendría una accesibilidad óptima y favorable, donde se concentran las rutas nacionales que se encuentran en ambos departamentos.

Las desigualdades de accesibilidad a los servicios sanitarios de mayor complejidad de la zona se acentúan entre la población, aun considerando este escenario potencial de caminos bien conservados que se plantea en el análisis espacial. La jerarquía de la red vial, representada en los mapas, permite entender mejor la diferencia de accesibilidad real ya que, además de las distancias, se suma la dificultad del estado de los caminos. No es lo mismo dirigirse de la localidad de Algarrobo del Águila a Santa Isabel que están unidas por una vía nacional, que de La Humada a Santa Isabel, donde hay que transitar 80 km de camino consolidado.

Figura 3. Coronas de accesibilidad potencial al centro de salud Dr. Manuel Pérez, Santa Isabel, Chalileo



Nota: coronas de distancia lineal calculadas en minutos, en un escenario de caminos rurales bien conservados.

Fuente: elaboración personal sobre la base del IGN. Puestos rurales con datos georreferenciados de la Dirección General de Catastro de La Pampa

Además, las dificultades para las personas crecen conforme se requieren prácticas médicas que no se realizan en ninguno de los centros sanitarios de los departamentos Chicalcó y Chalileo. Los servicios de atención médica especializada están sumamente concentrados en las ciudades más grandes de la provincia: Santa Rosa y General Pico. Esto genera desigualdades de acceso para estos espacios en relación con otros de la provincia. Como consecuencia, la población de los departamentos en estudio presenta desventajas en el acceso a estos servicios. Los usuarios deben recorrer más de 200 km para acceder a los servicios que se brindan en los establecimientos de mayor nivel de complejidad, siendo menor la accesibilidad de la población que habita la localidad de La

Humada y los parajes y puestos rurales por tener que transitar por caminos de tierra o consolidados que se presentan muchas veces en estados desmejorados o intransitables por largos períodos de tiempo.

Experiencias de acceso a los servicios de salud en personas mayores

En este apartado se aborda la accesibilidad física a los servicios de salud a partir de testimonios de personas mayores que viven en la zona de estudio y son usuarias de estos establecimientos sanitarios. Los objetivos son comprender las condiciones físicas que posibilitan o dificultan el acceso de la población mayor a estos servicios, identificar las barreras que encuentran y advertir los distintos niveles de satisfacción que las personas mayores manifiestan, según cómo perciben la disponibilidad de servicios y su accesibilidad.

De acuerdo con los últimos datos estadísticos disponibles de la población mayor en la zona de estudio (INDEC, 2010), la proporción de personas de 65 o más años de edad era de 7,6% en Chicalcó y 8% en Chalileo, y si bien representan valores inferiores a la media provincial (11,2%), estos departamentos muestran un proceso de envejecimiento y estancamiento poblacional (Dillon, 2014). Las condiciones de las personas mayores en este espacio reflejan una situación de mayor vulnerabilidad, al comparar algunos indicadores con la media de la provincia, como mayores índices de analfabetismo y proporción más elevada de personas con dificultades o limitaciones permanentes, tanto físicas como cognitivas (Carbonell Silletta, 2022).

El estado de salud de la población mayor estudiada se definió a partir de la valoración subjetiva de cada persona entrevistada, considerando de un lado, una salud muy mala y de otro, una muy buena. Además se consultó sobre la presencia o ausencia de dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria. De acuerdo con los testimonios analizados, se observó una gran variabilidad de situaciones de salud, desde muy buena a muy mala, como también con respecto a las dificultades en la realización de actividades cotidianas: algunas personas indicaron no tener dificultades, mientras que otras se refirieron a problemas o dolores al caminar y subir escaleras, o bien mareos por dolencias en las cervicales.

Estas respuestas sirvieron para entender diversas necesidades y dificultades en torno al acceso a la atención primaria o especializada. Las dificultades para trasladarse se muestran como obstáculos para desplazarse a los establecimientos de atención médica o traen como consecuencia la necesidad de acompañamiento de alguna persona o la imposibilidad de utilizar algunos medios de transporte.

A continuación, son presentadas las principales valoraciones identificadas en torno al acceso a la atención médica primaria y especializada.

Atención médica primaria

Esta sección se centra en la accesibilidad física a la atención de salud primaria, aquella que reciben con mayor frecuencia y es satisfecha en los centros de salud de menor nivel de complejidad. Según el lugar de residencia

de las personas entrevistadas, este tipo de atención es recibida en el centro de salud de la localidad donde viven y en el caso de habitantes rurales, en la localidad o el paraje más cercano. Algunas de las personas mayores que percibían su salud como buena o muy buena hicieron referencia a la poca necesidad de atenderse, especificaron que *"casi nunca voy al médico"* (mujer, 76 años, puesto rural, comunicación personal, julio de 2022), *"gracias a Dios estoy totalmente sana, acá solo voy al odontólogo"* (mujer, 71 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022).

En cuanto a la distancia a recorrer para concurrir al centro de salud, de acuerdo con las experiencias de las personas entrevistadas, esta rondaba entre media cuadra y seis cuadras, en el caso de vivir en la localidad, y entre 45 y 80 km en el caso de vivir en un puesto rural. Esta diferencia en las distancias para llegar al centro de salud determina la forma de moverse hasta allí. Quienes residen cerca de la atención médica se dirigen caminando, en bicicleta, en automóvil propio o de algún familiar o persona conocida, o en el caso de los residentes de Santa Isabel, en remís.

Las personas mayores que viven en la zona rural, a varios kilómetros de distancia del centro de salud, se trasladan en automóvil particular o de algún familiar o persona conocida o contratando el servicio de remís. Los municipios, cuando tienen los automóviles oficiales desocupados, en muchas ocasiones realizan los traslados de las personas que lo necesitan. También, entre los testimonios surgieron casos donde se requirió del traslado en la ambulancia por alguna urgencia. El uso generalizado de los medios de transporte mencionados por parte de la población mayor al momento de dirigirse hacia los centros de salud constituye la única alternativa ante la ausencia de transporte público en todas las localidades que posibilite su movilidad de forma eficiente, segura, a bajo costo y de buena calidad, en atención a las necesidades de los usuarios.

Entre los inconvenientes que encuentran las personas mayores para trasladarse, una residente en un puesto rural comentó que la mayor dificultad que afronta es que, al no contar con un automóvil propio para trasladarse los 50 km que tiene hasta el centro de salud, debe contratar el servicio de remís, que tiene un costo económico alto. Otra de las personas, que percibe su salud como mala y tiene dificultades para desplazarse por sufrir de artritis, comentó: *"no puedo caminar, tengo mucho dolor en las piernas"* (mujer, 67 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022), y por este motivo también se dirige en remís. Entre los testimonios también surgió la problemática de los caminos en la zona rural que por largos períodos están en mal estado o intransitables y se tornan una complicación para viajar hasta el centro asistencial.

Todas las personas mayores respondieron que, ante la necesidad de recibir atención médica por una urgencia, llamaban al centro de salud de la localidad o más cercano a su lugar de residencia, en caso de vivir en zona rural, y personal médico y/o de enfermería acudía al domicilio y, en caso de ser imprescindible, las o los pacientes eran transportados en la ambulancia. Si por la gravedad del

cuadro de salud no podían ser atendidos en el centro sanitario de atención primaria, eran derivados a otro de mayor complejidad y también se realizaba el traslado en ambulancia.

Las valoraciones que las personas mayores entrevistadas otorgaron a los servicios de salud de atención primaria que utilizan con mayor frecuencia, fueron en su mayoría positivas. De acuerdo con sus experiencias, estos servicios responden a sus necesidades; aunque también se señaló la falta de un hospital más grande y de más especialistas que atiendan en el lugar. Los aspectos que valoraron más positivamente fueron la muy buena atención recibida al acudir a la atención médica o de enfermería, la atención domiciliaria de parte del personal sanitario, la respuesta rápida ante llamados de urgencia, el buen trato con el personal de salud y la evolución de los servicios a lo largo del tiempo.

Sin embargo, a pesar de estar conformes, señalaron algunas incorporaciones que serían necesarias para una mejor atención, como, por ejemplo, que haya más personal médico y más especialistas, así como mayor cantidad de equipamientos y profesionales que realicen estudios más complejos como ecografías. En cuanto a las complicaciones para viajar, algunas personas mencionaron que es necesario el arreglo de las rutas y caminos de tierra, como también asfaltar el camino que conecta La Humada con Algarrobo del Águila (Ruta Provincial N° 10).

Atención médica con especialistas o de mayor complejidad

Para recibir atención médica de especialistas o realizar algún estudio o intervención de mayor complejidad, que no ofreciera el centro de salud de atención primaria más cercano, en los testimonios se observó que concurrían a centros asistenciales, consultorios particulares o clínicas privadas de la ciudad de Santa Rosa, la mayoría, o de General Pico. Entre las especialidades consultadas nombraron gastroenterología, oftalmología, diabetología, neumología, oncología, neurología, ginecología, otorrinolaringología y cardiología.

Algunas de las personas entrevistadas plantearon que hacía mucho tiempo que no viajaban para hacerse controles o realizar consultas en las especialidades que necesitaban. Se referían a ello como *"hace mucho que no me controlo, debería ir"* (mujer, 76 años, puesto rural, comunicación personal, julio de 2022), *"hace 5 años que no voy... me cansé, ya no tengo remedio"* (hombre, 76 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022), *"no me he ido a controlar"* (mujer, 78 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022). También surgió, en una de las entrevistas, el considerar tener cubiertas todas sus necesidades en el centro de salud más cercano a su domicilio: *"No viajo, ¿para qué? Si acá nosotros tenemos médico"* (mujer, 70 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022).

En el caso de tener que viajar a las ciudades de Santa Rosa o General Pico comentaron que debían recorrer, según su lugar de residencia, entre 290 y 370 km. Esta distancia era recorrida en «combi» o «trafi» con alguna de las tres empresas privadas que prestan servicios de transporte en el lugar, en automóvil particular, si las condiciones de salud lo permiten y si no tienen ninguna dificultad para

realizarlo, o con algún familiar como hija o hijo que contara con automóvil. En el caso de alguna urgencia que requiera derivación desde el centro de salud de atención primaria, el traslado se realiza en ambulancia.

Las dificultades para acceder a los servicios de atención especializada y de mayor complejidad, en relación con las que se presentan para trasladarse al centro de salud de atención primaria, son mayores y más frecuentes. Entre los obstáculos se refirieron, principalmente, al transporte en combi, por el costo del pasaje que muchas veces no lo pueden pagar, o la incomodidad o imposibilidad de viajar en este medio: *"viajo en la combi, pero llego adormecida"* (mujer, 68 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022), *"lo que me gustaría a mí es que volvieran a poner el colectivo grande porque en la trafi (sic) hace un frío en el invierno"* (mujer, 71 años, pueblo, comunicación personal, julio de 2022). Una de las entrevistadas comentó *"en combi no puedo viajar porque no puedo subir, dependo de que mi hija me busque y me lleve"* (mujer, 76 años, puesto rural, comunicación personal, julio de 2022).

Una de las estrategias que encontraban para poder viajar consistía en pedir una ayuda económica a la municipalidad para costear el valor de los pasajes en el caso de no tener los medios. El apoyo solidario entre vecinos también ayuda a facilitar determinados desplazamientos: algunas personas comunican el momento en el que van a viajar en su automóvil a la capital de la provincia, por si otras personas desean sumarse a ese viaje. Un obstáculo comentado en las entrevistas fue el largo tiempo de demora de los turnos solicitados, que los obliga a veces a esperar hasta tres meses para poder acceder a la cita médica.

A pesar de las dificultades que encuentran para acceder a la atención médica en centros de salud de mayor complejidad, vinculadas al desplazamiento y los tiempos de espera, todas las personas entrevistadas expresaron sentirse agradecidas por la atención recibida y por haber encontrado, en estos centros, todos los servicios requeridos para sus necesidades. Valoran positivamente en todos los casos la atención sanitaria de la provincia de La Pampa, particularmente la brindada en el Hospital Lucio Molas de Santa Rosa.

Discusión y conclusiones

Los servicios de atención primaria juegan un papel fundamental en el cuidado preventivo y general de la salud, convirtiéndose en prestaciones esenciales para el acceso de la población a la salud en zonas remotas y rurales. Esto constituye un gran desafío en el contexto latinoamericano, donde los procesos acelerados y crecientes de concentración urbana traen aparejados un incremento de comunidades rurales cada vez más dispersas con necesidades de salud insatisfechas (Atun *et al.*, 2015). En el área de estudio, la dedicación personalizada del personal de enfermería, junto con el trabajo desarrollado por profesionales médicos, contribuyen a superar algunas de las dificultades relacionadas con la disponibilidad y distribución de los centros de salud.

La accesibilidad física a los centros de salud de atención primaria, estimada

a través de las operaciones con SIG, mediante coronas de distancia lineal, mostró un patrón espacial que refleja una distribución general relativamente equilibrada, en el supuesto de caminos bien conservados. Estos resultados deben interpretarse a la luz de las limitaciones de los análisis espaciales realizados, que no incluyen factores como las conexiones entre las vías de comunicación, las distintas condiciones de las redes de circulación o los medios de transporte empleados, pero que permiten tener una primera aproximación sobre los grados de accesibilidad a los centros de salud en el área estudiada.

El nivel de accesibilidad inferior se identificó en zonas rurales dispersas, afectando a parajes y puestos rurales ubicados en la franja central del departamento de Chicalcó, así como en aquellos localizados en el noreste y este de Chalileo. El centro asistencial de mayor jerarquía de la zona, ubicado en Santa Isabel, que recibe derivaciones de los otros centros de salud, presenta una accesibilidad más limitada para gran parte del área de estudio, especialmente para trasladarse desde el departamento Chicalcó. A las grandes distancias, se añaden las características y el estado de las redes de transporte, que constituyen barreras de acceso a los servicios de salud para la población, lo que en la literatura se ha evidenciado como algunos de los principales desafíos de la atención sanitaria en zonas rurales remotas (Bull *et al.*, 2001). Como es conocido, el uso de los servicios disminuye con la distancia y por ello es clave contar con un sistema de transporte adecuado (Escalona Orcao y Díez Cornago, 2003; Wong y Regan, 2009).

Las percepciones y experiencias de personas mayores, en torno al acceso a los servicios sanitarios de la zona de estudio, permitieron identificar dos tipos de obstáculos para la accesibilidad física. El primero se relaciona con el alcance geográfico: las largas distancias, la ausencia de transporte público, el mal estado de los caminos y los tiempos de viaje invertidos impactan en el acceso a los centros de salud de quienes viven en los espacios rurales más alejados. El segundo obstáculo gira en torno a las características de los servicios de transporte disponibles, especialmente para acudir a la atención médica con especialistas o de mayor complejidad. Estos medios de transporte privados resultan poco asequibles por su costo, además de no tener un diseño lo suficientemente accesible, generando exclusión hacia las personas con escasos recursos económicos, como también para aquellas con limitaciones funcionales, que encuentran dificultades para subir y bajar de estos vehículos. También expresaron sentir incomodidad y discomfort térmico, especialmente en invierno.

Estudios internacionales han demostrado que existe un mayor grado de desigualdad en el acceso a servicios especializados de salud que en el acceso a la atención primaria (van Doorslaer *et al.*, 2006). Esto impacta de forma particularmente negativa en las personas de edades avanzadas, al necesitar con mayor frecuencia cuidados especializados (Travassos y Viacava, 2007). A ello se añaden las condiciones de las zonas rurales, donde el acceso de la población mayor a los servicios de salud es más limitado que en los espacios urbanos, principalmente en atención especializada y estudios

de diagnóstico (Travassos y Viacava, 2007; Wong y Regan, 2009). En este contexto, la situación de vulnerabilidad socioeconómica del oeste pampeano condiciona aún más la utilización de los servicios de salud, mediada por distintas dimensiones de accesibilidad: física, socioeconómica, comunicacional, administrativa y cultural.

En este trabajo, centrado en la accesibilidad física a la atención sanitaria, se ha comprobado el papel determinante de las características del transporte, principalmente en relación con el estado de los caminos, conexiones, medios de transporte y su adecuación. En esta dirección, el transporte público constituye un servicio esencial para el bienestar de la población rural, sin el cual aumenta el riesgo de aislamiento y la dificultad de satisfacer necesidades básicas (Gutiérrez Puebla, 1991). Frente a las limitaciones de los servicios de transporte, surgen estrategias locales solidarias para facilitar traslados a centros de atención médica, como se ha comprobado en el área de estudio, en línea con lo que se ha evidenciado en otros contextos rurales de Argentina (Cordero, 2021).

Como medio de transporte público para zonas rurales con baja densidad de población y dispersa, fuera de nuestro entorno se han puesto en marcha sistemas de servicios a demanda que han demostrado ser necesarios, adecuados y viables (Delgado Urrecho y Martínez Fernández, 2016) y que podrían ser ejemplos a seguir, adaptándolos a las condiciones y singularidades del oeste pampeano. En Argentina, la red de caminos rurales supera los 400.000 kilómetros, y en gran parte de ellos existen problemas de transitabilidad permanente, que los habitantes rurales conocen mejor que nadie y, por lo tanto, debe promoverse su participación en los planes de mejora del acceso de la población rural a los servicios (Rodulfo *et al.*, 2021).

En estas geografías rurales, el derecho a la salud está íntimamente ligado al derecho al transporte, por lo que uno de los factores para disminuir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios es el diseño e implementación de políticas públicas que contribuyan de forma decisiva al mejoramiento de rutas y caminos, al tiempo que aporten soluciones para un sistema de transporte asequible, accesible, seguro y oportuno.

Agradecimientos

A las personas entrevistadas por haber compartido su tiempo y experiencias, como también a todas aquellas que ayudaron en el trabajo de campo. Al Consejo Interuniversitario Nacional por la Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas, Resolución P. N° 1612/21. A las/los evaluadores anónimos por sus sugerencias. Este trabajo se enmarca en el proyecto de investigación *Tramas sociales, estrategias y políticas públicas en los márgenes pampeanos (2000-2020)*, Universidad Nacional de La Pampa (Resolución CD 47-20). Directora: María Eugenia Comerci.

Referencias

Asociación Argentina de Carreteras. (2018). *Manual de caminos rurales* (1a ed.).

- Asociación Argentina de Carreteras.
- Atun, R., de Andrade, L. O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., Braga de Paula, J., Rí-golo, F., Castell-Florit Serrate, P., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*, 385(9974), 1230-1247. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61646-9)
- Aveni, S. M. y Ares, S. E. (2008). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredón. *Revista Universitaria de Geografía*, 17(1), 255-284.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brust, A. V., Olego, T. y Rosati, G. (2018). Construcción de un Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria en Argentina a partir de datos públicos. *arXiv preprint arXiv:1901.08105*.
- Bull, C. N., Krout, J. A., Rathbone-McCuan, E., & Shreffler, M. J. (2001). Access and issues of equity in remote/rural areas. *The Journal of Rural Health*, 17(4), 356-359. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2001.tb00288.x>
- Buzai, G. (2014). Evaluación multicriterio en el análisis espacial de los servicios de salud: conceptos centrales y aplicaciones realizadas en la ciudad de Luján (provincia de Buenos Aires, Argentina). *Anuario de la División Geografía*. UNLu.
- Buzai, G. (2016). Tipología de áreas de influencia de Centros de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Luján, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Huellas*, 20, 35-56.
- Carbonell Silletta, F. N. (2022). Envejecimiento poblacional en La Pampa. En B. Dillon y M. C. Diharce (Comps.), *Geografías de la población. Relaciones de poder, desigualdades y derechos humanos* (pp. 125-146). EdUNLPam.
- Carbonell Silletta, F. N. y Prieto Flores, M. E. (2023). Subsananando distancias: servicios de salud y envejecimiento rural en el extremo oeste pampeano. En M. E. Comerci (Ed.), *Las políticas públicas en foco: experiencias, prácticas y discursos en el Oeste Pampeano* (pp. 173-209). Teseo.
- Cardoso, M. M., Carñel, G. E. y Finelli, N. B. (2019). Análisis del servicio de salud en la provincia de Santa Fe a la luz de los principios de equidad y eficiencia espacial. *Locale*, 4(4). 65-86. <https://doi.org/10.14409/rl.v4i4.9800>
- Comerci, M. E. (2014). Complejidades y diferenciaciones en el territorio pampeano. En A. Lluch y C. Salomón Tarquini (Ed.), *Historia de La Pampa I. Sociedad, política, economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (pp. 15-27). EdUNLPam.
- Cordero, R. A. (2021). Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. *Trabajo y Sociedad*, 22(37), 589-617.
- Curtis, S., & Jones, I. R. (1998). Is there a place for geography in the analysis of

- health inequality? *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 645-672. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00123>
- De Grande, P. (2020). *Regiones y zonas sanitarias*. <https://mapa.poblaciones.org/>
- Delgado Urrecho, J. M. y Martínez Fernández, L. C. (2016). El transporte a la demanda como sistema de movilidad alternativo en áreas rurales de baja densidad demográfica: el caso de Castilla y León. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (72), 195-220.
- Dillon, B. (2014). Modelos de desarrollo y su impacto en la población oesteña: labilidad ambiental e implicancias sociodemográficas. En B. Dillon y M. E. Comerci. (Ed.), *Territorialidades en tensión en el oeste de La Pampa. Sujetos, modelos y conflictos* (pp. 27-55). EdUNLPam.
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N., & Vanselow, N. A. (Eds.). (1996). *Primary care: America's health in a new era*. National Academies Press.
- Escalona Orcao, A. I y Díez Cornago, C. (2003). Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. *Ager: Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, (3), 111-1549.
- Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. En K. White (Ed.), *Health Services. Research: An Anthology* (pp. 842-855). Pan American Health Organization.
- Fuenzalida, M., Buzai, G. D., Moreno Jiménez, A. y García de León, A. (2015). *Geografía, Geotecnología y Análisis Espacial: tendencias, métodos y aplicaciones*. Editorial Triángulo.
- Garrocho, C. (1993). Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México. *Estudios demográficos y urbanos*, 8(23), 427-444.
- Garrocho, C. (2007). Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud: modelos de localización espacial. En G. Buzai (Comp.), *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud* (pp. 41-47). Departamento de Ciencias Sociales. Programa de Estudios Geográficos (PROEG). Universidad Nacional de Luján.
- Gutiérrez Puebla, J. (1991). Indicadores de accesibilidad en transporte público en el medio rural: una propuesta metodológica. *Estudios Geográficos*, 52(203), 205-221.
- Hernández Gene, F. J. y Garnica Berrocal, R. (2017). Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015. *Perspectiva Geográfica*, 22(2), 67-84. <https://doi.org/10.19053/01233769.7599>
- Houghton, N., Bascolo, E., & del Riego, A. (2020). Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
- Huenchuan, S. (Ed.). (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. CEPAL.

- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. CEPAL.
- Instituto Geográfico Nacional. (2019). *Red vial de la República Argentina: metadatos de la capa líneas de red vial*. IGN. <https://www.ign.gov.ar/NuestrasActividades/InformacionGeoespacial/CapasSIG>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. INDEC. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*. Resultados provisionales. INDEC.
- Moreno Jiménez, A. y Vinuesa Angulo, J. (2009). Desequilibrios y reequilibrios intrametropolitanos: principios de evaluación y metodología de análisis, Ciudad y territorio. *Estudios territoriales*, XLI(160), 233 – 262.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Documentos básicos: cuadragésima novena edición* (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019). OMS. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf
- Organización para las Naciones Unidas. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación general 14* (documento E/C.12/2000/4), presentado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) durante el 22º período de sesiones. Organización de las Naciones Unidas.
- Organización para las Naciones Unidas. (2019). *Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal*, A/RES/74/2. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Resolución 53. Consejo Directivo 66.a sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Organización Panamericana de la Salud. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>
- Peña-Montoya, M. E., Garzon-Duque, M., Cardona-Arango, D. y Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los mayores. *Revista Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.
- Ponce, B. E. (2015). Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los centros regionales de referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). *Revista de Salud Pública*, 3(XIX), 32-44.

- Prieto-Flores, M. E., Fernandez-Mayoralas, G., Rosenberg, M. W., & Rojo-Perez, F. (2010). Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qualitative Health Research*, 20(11), 1491-1499. <https://doi.org/10.1177/1049732310374062>
- Ramírez, L. (2003, del 25 al 27 de junio). Cálculo de medidas de accesibilidad geográfica, temporal y económica generadas mediante Sistemas de Información Geográfica [ponencia]. *I Congreso de la Ciencia Cartográfica y VIII Semana Nacional de Cartografía*. Buenos Aires, Argentina.
- Ramírez, L. (2009). *Modelado espacial de la accesibilidad de la población a los centros de salud en el Área Metropolitana del Gran Resistencia-Chaco*. <http://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public34.pdf>
- Rodríguez Díaz, V. (2011). Medición de la accesibilidad geográfica de la población a la red de hospitales de alta resolución de Andalucía mediante sistemas de información geográfica. *Geofocus*, 11, 265-292.
- Rodulfo, M. B., Giordano, D. y Pochat, S. (2021). Caminos y transporte rural: abordaje colaborativo para una estrategia sostenible. En A. Naser (Coord.), *Gobierno abierto y ciudadanía en el centro de la gestión pública. Selección de artículos de investigación* (pp. 121-141). CEPAL.
- Rojas Moreno, K. T., Chávez Soto, T. L., Garrocho Rangel, C. y Mejía Reyes, A. (2023). Adultos mayores y unidades de salud en el Área Metropolitana de Toluca 2020-2022: accesibilidad y localización. *Estudios Socioterritoriales. Revista de Geografía*, (33), 1-16.
- Sánchez González, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía. Implicaciones socioespaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114.
- Schramme, T. (2023). Health as complete Well-being: the WHO Definition and beyond. *Public Health Ethics*, phad017. <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>
- Travassos, C. & Viacava, F. (2007). Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2490-2502.
- van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*, 174(2), 177-183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>
- Velázquez, G. (Dir.). (2016). *Geografía y calidad de vida en la Argentina: análisis regional y departamental, 2010*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Villanueva, A. (2010). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. *Revista Transporte y Territorio*, 2, 136-157.
- Wong, S. T., & Regan, S. (2009). Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural and Remote Health*, 9(1142), 1-12.

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

Florencia Nair Carbonell Silletta es Licenciada en Geografía por la Universidad Nacional de La Pampa. Doctoranda en el Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de la Patagonia San Juan Bosco, con beca cofinanciada CONICET-Secretaría de Ciencia, Tecnología, Innovación productiva y Cultura, Chubut. Su tema de tesis doctoral se centra en el envejecimiento en zonas rurales y remotas de la Patagonia argentina, la exclusión social y sus implicaciones en la salud, desde el campo de la geografía del envejecimiento y de la salud. Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (sede Comodoro Rivadavia). Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (IGEOPAT-FHCS-UNPSJB). Ruta Prov. 1 Km 4, Piso 4, Oficina 469, (9000), Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina, flo_carbo17@hotmail.com / flo.carbo17@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-7009-028X>

María Eugenia Prieto Flores es Licenciada en Geografía por la Universidad Nacional de Cuyo y Doctora en Geografía por la Universidad Autónoma de Madrid. Es actualmente Investigadora del Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales del Centro Científico Tecnológico CONICET Mendoza. Sus líneas de investigación se centran especialmente en la calidad de vida y los entornos físicos y sociales de las personas mayores, desde el campo de la geografía del envejecimiento y de la salud. Trabaja en diversos contextos y escalas espaciales. Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (INCIHUSA CONICET). Avenida Ruiz Leal s/n, (5500), ciudad de Mendoza, Mendoza, Argentina, meprieto@conicet.gov.ar / mprieto.flores@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3424-8234>