

Año XI • N° 13 • San Juan, Diciembre de 2009



INSTITUTO DE GEOGRAFIA APLICADA  
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

13

ISSN: 1514 - 1942

Revista de  
**Geografía**

Integrante del Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas



Facultad de Filosofía, Humanidades y Artes  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN**

Editorial FFHA



Calificada como  
nivel 1 por el CAYCIT

# Staff

Revista de  
Geografía



Director

**Dr. Arnobio Germán  
Poblete**

Secretaría

**Prof. Silvia Villalobos**

Revisión

**Silvia Analía Escudero**

Promoción publicitaria

**Prof. Cristina Hornilla**

Producción gráfica

**Cecilia Isabel Macías**

Reg. Prop. Intelectual  
(en trámite) Ley 11723

ISSN: 1514-1942

Calificada como Nivel  
1 por el CAICYT

Integrante del  
Núcleo Básico de  
Revistas Científicas  
Argentinas

<http://www.ffha.unsj.edu.ar/Climatologia/revista>

## Editorial

Luego de un año de arduas tareas tanto académicas como logísticas, logramos llegar a la presente edición. Con la satisfacción del deber cumplido y de seguir fieles a nuestros principios, valores y objetivos fundacionales, a pesar de las dificultades inmanentes y coyunturales que se presentaron.

La calidad y profundidad científica de los artículos que la componen, llena de prestigio a nuestra revista, puesto que los mismos revelan el empleo de metodologías emergentes y tecnologías de avanzada, estando en absoluta consonancia con la línea editorial de la misma.

La presencia de autores que en su mayoría son de diversas provincias, explicita un crecimiento y una cada vez más amplia cobertura territorial, constituyendo otro signo de continuo y permanente desarrollo, lo que consolida nuestra inserción en el núcleo básico de revistas científicas argentinas y confirma la calificación de Nivel I dada por el CAICYT.

En esta edición, cabe destacar y agradecer el apoyo prestado por las autoridades de la facultad para que se lleve a cabo su publicación en la imprenta universitaria.

Como venimos puntualizando en ediciones anteriores, sigue vigente la expectativa creada desde un principio: ser una revista sensible a los continuos cambios y ligada incondicionalmente al avance de la ciencia y con él, al de la población en general.

San Juan 2010  
Año del Bicentenario de la Patria

# MORTALIDAD INFANTIL Y COBERTURA SOCIAL. ANÁLISIS SEGÚN ESCALA URBANA Y REGIONES EN LA ARGENTINA (2001).

---

## Guillermo A. Velázquez

Investigador Principal CONICET/Centro de Investigaciones Geográficas.  
gvelaz@fch.unicen.edu.ar

## Andrea Vega

Universidad Nacional de Lanús. andrelve@hotmail.com

---

[ FECHA ENTREGA: 29-08-08 - FECHA APROBACION: 01-10-08 ]

## RESUMEN

---

Este trabajo examina la relación entre Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y Cobertura de Salud de la población a nivel departamental (511 unidades) en la Argentina agrupando los departamentos de acuerdo a su categoría urbana y región de pertenencia.

Los resultados muestran que, en general, a medida que se asciende en la categoría urbana disminuyen la TMI y la carencia de cobertura social.

El análisis regional, por su parte, evidencia que la mejor situación relativa se presenta en la Patagonia y la peor en el Nordeste Argentino (NEA).

Finalmente, al estudiar la relación entre ambos indicadores de salud y la escala urbana según regiones, tenemos que el efecto de combinar estas categorías no es lineal: la mejor situación relativa se presenta en las ciudades medias patagónicas, mientras que los pueblos pequeños y población rural cuyana sufren las peores condiciones.

### PALABRAS CLAVES:

Salud. Bienestar. Categoría urbana. Regiones. Argentina.

## ABSTRACT

---

This work examines the relationship between Infantile Death Rate (IDR) and Health Coverage at departmental level (511 units) in Argentina, gathering these departments according urban category and regional ownership.

The results show that, in general, when the urban category is higher, the IDR and the lack of Health Coverage diminish.

Regional analysis, on the other hand, evidences that the best relative situation is presented in Patagonia and the worst in Argentinean North-

east (NEA).

Finally, when studying the relationship between both health and urban category indicators, according to regions, we have a no lineal function: the best relative situation is presented in Patagonia's middle size cities, while little towns and rural population of Cuyo region suffer the worst conditions.

### PASSWORD

Health. Well-being. Urban category. Regions. Argentina

En los estudios sobre calidad de vida o bienestar existe un amplio consenso respecto de la importancia de considerar a la dimensión salud como uno de los factores fundamentales de diferenciación. Los indicadores utilizados para aproximar esta dimensión hacen referencia a: disponibilidad de camas de hospital, cantidad de médicos por habitante, tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, entre otros indicadores de morbimortalidad.

Para el caso argentino, en trabajos previos (Velázquez, 2008; Vega et al, 2005), nos hemos valido de dos indicadores básicos, cuyo análisis concentrará nuestra atención en este caso:

- » Tasa de Mortalidad Infantil
- » Porcentaje de Población Sin Obra Social o Mutual

La TMI constituye uno de los indicadores fundamentales para establecer el nivel de salud de una población, ya que está afectada por una serie de factores que poseen fuerte determinación social. Más allá de la acción del sistema sanitario, los factores socioeconómicos que más inciden sobre la TMI son el nivel de instrucción de la madre y el estrato ocupacional del padre. Es decir que en un contexto socio-económico adverso la multiplicación de establecimientos sanitarios o de recursos humanos puede reducir la TMI, pero solo hasta cierto punto, ya que la estructura social determinará igualmente sectores más vulnerables.

La información sobre cobertura social complementa a la de TMI, reflejando indirectamente la proporción de población "contenida" en el sistema de salud y en la estructura económica, ya que abarca, por un lado, a trabajadores formales en relación de dependencia y, por el otro, a cuentapropistas con ingresos suficientes para acceder a un plan de salud.

Aunque una tasa refleje resultados (mortalidad infantil) y la otra el potencial para prevenir o hacer frente a contingencias (cobertura social), ambas tienden a coincidir estrechamente, permitiendo identificar sectores vulnerables (y afectados) en lo que respecta a sus condiciones de salud.

La tendencia en la Argentina, a pesar del proceso de ajuste neoliberal durante los noventa, es de reducción progresiva de la Mortalidad Infantil en términos globales, ya que la TMI disminuyó de 21,7 a 16,6 por mil entre 1991 y 2001. Esta cifra sin embargo enmascara lo que ocurre con la mayoría de los procesos de salud-enfermedad en la población, dado que existen grupos sociales que han sufrido incremento o estancamiento en su TMI. Esta diferencia entre los grupos puede ser percibida también territorialmente, utilizando diferentes escalas de análisis.

La población sin Obra Social, en cambio, muestra globalmente el deterioro sufrido por la im-

plementación de políticas de ajuste durante los noventa, ya que su proporción aumentó de 37,76 % a 48,05 % entre 1991 y 2001. Al aumentar el nivel de análisis este deterioro alcanza niveles mucho mayores, mostrando la mayor vulnerabilidad de los grupos sociales subalternizados. Esta situación también puede ser observada en diversas escalas territoriales.

La República Argentina presenta alto nivel de diferenciación regional, vinculada con factores territoriales, históricos, sociales y económicos. Si bien existen diferentes propuestas de regionalización, en el presente trabajo utilizaremos la del INDEC (Mapa 1) por dos razones fundamentales:

- »Razonable nivel de discriminación y síntesis de las condiciones de vida de la población.
- »Coincidencia con límites provinciales y departamentales, que facilita el tratamiento estadístico.

Tanto el Noroeste (NOA) como el Nordeste (NEA) se caracterizan por ser regiones expulsoras de población y padecer las peores condiciones de vida. El NOA se integró como región azucarera durante la etapa agroexportadora, en tanto que el NEA tuvo una inserción más marginal con alto componente de población campesina.

Ambas regiones, especialmente el NOA han sufrido procesos de fragmentación social, especialmente durante los noventa. Cuyo es una región de desarrollo intermedio, gestada al calor de la vitivinicultura, que se constituyó en elemento dinámico durante la etapa agroexportadora, pero que ha sufrido sucesivas crisis hasta el presente. La región Pampeana, desprendida del histórico litoral, ha sido la región más "dinámica" a partir del modelo agroexportador pero después de la sustitución de importaciones ha sufrido considerablemente el impacto del proceso de fragmentación, especialmente desde los ochenta. El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que alcanzó su auge durante la industrialización sustitutiva de importaciones, es considerada separadamente de la región Pampeana desde 1980, y "goza" los beneficios propios de las economías de aglomeración pero también ha alcanzado una escala urbana que revierte los "beneficios" esperados para la mayoría de los grupos sociales. Finalmente, la Patagonia aparece como la región más dinámica, por la revalorización de sus recursos energéticos y escénicos, aunque también sujeta a ciertas contradicciones internas.

En todos los casos, sin embargo, las regiones presentan alta heterogeneidad de situaciones derivada de otros aspectos que afectan a la salud de la población. Así, la proporción de población con trabajo estable o formal, difiere significativamente no sólo según el contexto regional sino también atendiendo a la escala urbana. Para la Argentina, consideramos las siguientes categorías urbanas (Mapa 2):

<sup>1</sup>También existen factores biológicos como el espaciamiento entre partos, edad de la madre, peso al nacer, etcétera.

- 1) Ciudades Grandes (más de 1.000.000 habitantes)
- 2) Aglomeraciones de Tamaño Intermedio (ATIs) Grandes (entre 400.000 y 999.999)
- 3) ATIs Medias (entre 50.000 y 399.999)
- 4) ATIs Pequeñas (entre 20.000 y 49.999)
- 5) Pueblos Grandes (entre 2.000 y 19.999)
- 6) Pueblos Pequeños y Población Rural (menos de 2.000 habitantes)

Por ejemplo, en contextos campesinos prácticamente se carece de trabajadores en relación de dependencia formal y de recursos para acceder a cobertura de salud privada, por ende el porcentaje de población con obra social resulta extremadamente bajo.

Por su parte la TMI, varía considerablemente según el nivel de instrucción familiar, particularmente el materno, y según el estrato ocupacional. Ambas características tienen correspondencia con la escala urbana. Así, la población rural dispersa ve dificultada su accesibilidad a los centros educativos y por su inserción laboral temprana se dificulta su acceso y permanencia en el sistema educativo.

También las escalas urbanas menores resultan más dicotómicas en su estructura social, con amplia base en la pirámide y un reducido grupo dueño del poder y los medios de producción.

Al introducir la escala urbana a la descripción de estas situaciones buscamos entonces contribuir a identificar las diferencias en el nivel de los determinantes de la salud. Nuestra hipótesis guía es que las ciudades de escalas intermedias presentarían mejores condiciones de vida, en este caso considerando la dimensión salud porque poseen la escala justa como para acceder a ciertos bienes y servicios, sin sufrir las externalidades negativas que se producen en las grandes ciudades.

## DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La relación entre población con obra social y TMI para el total del país (Gráfico 1; 511 departamentos) muestra escasa relación entre ambos indicadores.

Vale recordar que aunque la TMI se haya calculado para el trienio 2000-2002, en el caso de departamentos con muy poca población, sigue existiendo un componente de aleatoriedad que lleva a algunos registros por debajo de lo esperable (Vega, et al, 2005).

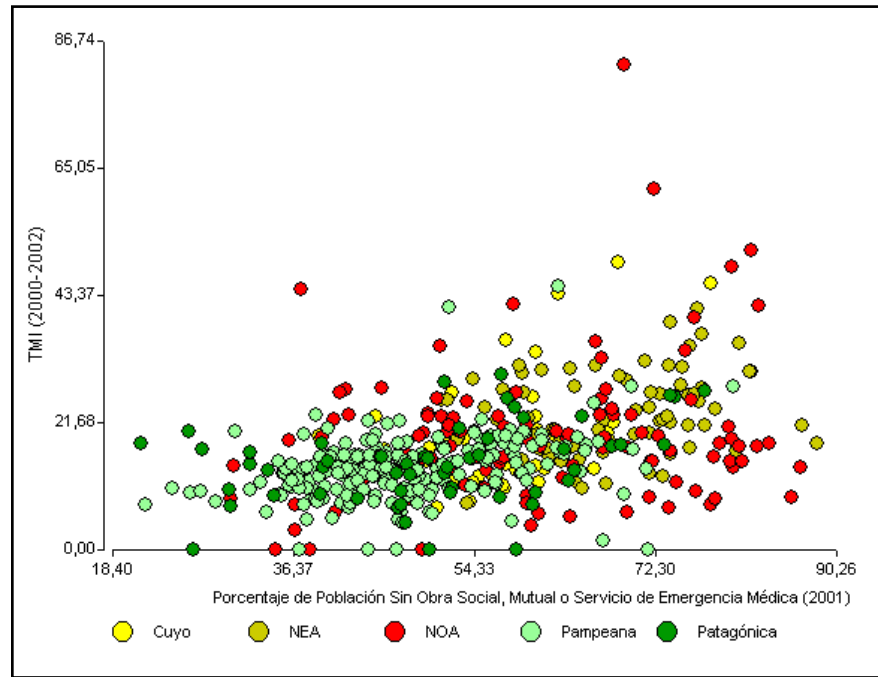
A medida que aumenta la ausencia de cobertura social la TMI incrementa su dispersión. Por el contrario, en contextos con alta cobertura de salud, la TMI exhibe niveles relativamente bajos, por debajo del 21 por mil. Diferenciando los departamentos según regiones tenemos una concentración de departamentos pampeanos y patagónicos entre 30 y 60% de su población sin cobertura social.

En contraposición los departamentos de las regiones NEA, Cuyo y muy especialmente el NOA presentan mayor dispersión. Esto sugiere que este nivel de análisis oculta en gran medida las diferencias regionales, por lo que se hace necesario incrementar nuestro nivel de detalle al ámbito regional.

En conjunto la región Patagónica presenta la mejor situación relativa de TMI con tasas de 13,94 por mil, sigue la región Pampeana con 14,49, luego Cuyo (15,15), y finalmente NOA y NEA (18,6 y 23,93 respectivamente).

Con respecto a la cobertura de obra social se presenta una situación similar, en donde las regiones Patagónica y Pampeana presentan las menores carencias (43,65 y 43,50 respectivamente), luego Cuyo (51,31) y finalmente NOA y NEA (54,06 y 62,40).

**Gráfico 1:**  
Relación entre Obra Social y TMI (2001)  
Por departamentos según regiones.



| Región ↓           | NOA   | NEA   | Cuyo  | Pampeana | Metropo - litana | Patagón ica | Total |
|--------------------|-------|-------|-------|----------|------------------|-------------|-------|
| Categoría Urbana → |       |       |       |          |                  |             |       |
| 1                  | -     | -     | -     | 15,94    | 14,67            |             | 14,96 |
| 2                  | 20,37 | 22,15 | 14,15 | 14,00    | -                | 14,04       | 16,53 |
| 3                  | 16,80 | 27,55 | 15,16 | 14,38    | -                | 15,00       | 16,97 |
| 4                  | 17,48 | 24,54 | 14,96 | 13,75    | -                | 11,30       | 16,94 |
| 5                  | 18,28 | 22,07 | 18,19 | 13,47    | -                | 13,66       | 17,55 |
| 6                  | 26,32 | 18,63 | 46,88 | 19,51    | -                | 17,84       | 24,98 |
| Total              | 18,60 | 23,93 | 15,15 | 14,49    | 14,67            | 13,94       | 16,60 |

**Cuadro 1:** Tasa de Mortalidad Infantil (por mil) según categoría urbana y regiones (2001).

Fuente: Elaboración personal sobre la base de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación. Trienio 2000-2002.

| Región ↓           | NOA   | NEA   | Cuyo  | Pampeana | Metropo - litana | Patagón ica | Total |
|--------------------|-------|-------|-------|----------|------------------|-------------|-------|
| Categoría Urbana → |       |       |       |          |                  |             |       |
| 1                  | -     | -     | -     | 43,56    | 46,48            |             | 45,80 |
| 2                  | 46,85 | 55,76 | 49,08 | 39,73    | -                | 48,78       | 46,16 |
| 3                  | 52,24 | 55,91 | 49,78 | 42,38    | -                | 36,36       | 46,16 |
| 4                  | 58,35 | 65,36 | 56,80 | 45,68    | -                | 37,60       | 51,48 |
| 5                  | 62,32 | 68,95 | 59,94 | 46,70    | -                | 50,47       | 56,81 |
| 6                  | 67,32 | 59,15 | 73,67 | 58,99    | -                | 63,85       | 65,76 |
| Total              | 54,06 | 62,40 | 51,31 | 43,50    | 46,48            | 43,65       | 48,05 |

**Cuadro 2:** Carencia de cobertura social (%) según categoría urbana y regiones (2001)

Fuente: Elaboración personal sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

Presentaremos a continuación las situaciones regionales partiendo de las mejores situaciones relativas y respetando en cada gráfico las mismas escalas para facilitar la comparabilidad.

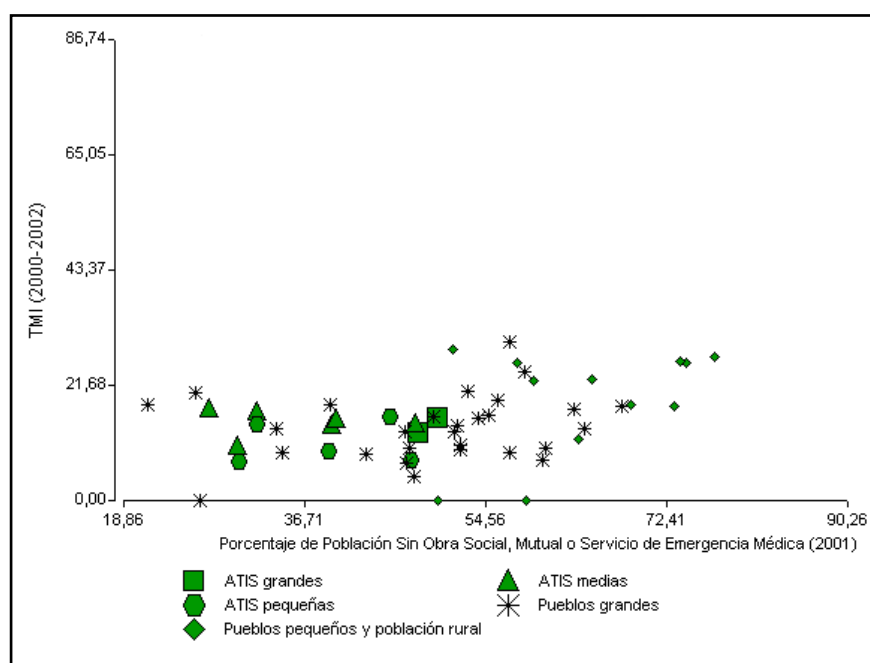
La Patagonia es la región que presenta mejor situación relativa en lo que respecta a TMI, ya que la mayoría de sus departamentos se concentran por debajo del 20 por mil. (Gráfico 2)

En cambio, cuando observamos el comportamiento del porcentaje de población carente de cobertura social se advierte mayor dispersión, dado a que la Patagonia no escapa al flagelo de la desocupación y, fundamentalmente, la flexibilidad laboral que han precarizado las condiciones de vida de amplios segmentos de la población durante la década del noventa. Esto nos lleva a introducir a la variable de categoría urbana para intentar buscar pautas.

Al diferenciar por categoría urbana podemos observar que las ATIs medias y pequeñas exhiben las mejores situaciones relativas en la combinación de ambas variables. Las ATIs grandes, también muestran buena posición relativa en relación con la TMI, probablemente debido a la acción del sistema público de salud que, en este contexto regional con mayor presencia relativa del Estado, contribuye a mitigar los efectos de la precarización laboral.

En el caso de los Pueblos grandes se observa el mayor grado de dispersión, mientras los Pueblos pequeños y población rural evidencian mayor vulnerabilidad, con la peor combinación de ambas variables. Este resultado es producto también de los escasos niveles de instrucción, especialmente maternos, y la posición marginal en la estructura ocupacional.

**Gráfico 2**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Por departamento y Categorías Urbanas.  
Región Patagónica



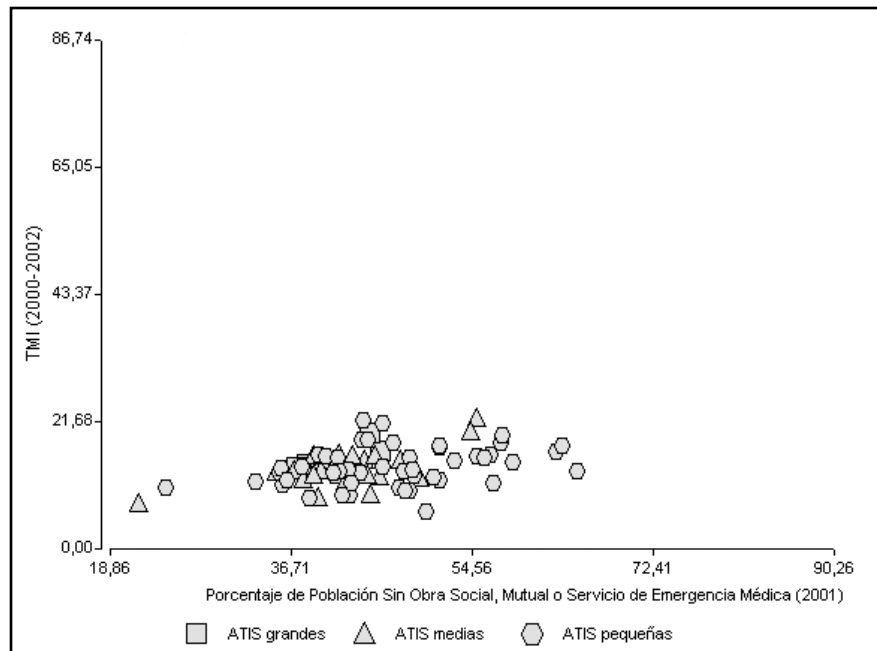
La región Pampeana también presenta buena situación relativa en lo que respecta a TMI, ya que la mayoría de sus departamentos se concentran por debajo del 20 por mil.

En el caso de esta región, por la cantidad de departamentos involucrados, se hace necesario diferenciar por un lado el conjunto de las ciudades intermedias (ATIs) y por el otro a los extremos: por

un lado pueblos y población rural y, por el otro, ciudades grandes. (Gráficos 3 y 4, respectivamente)

Cuando observamos el comportamiento del porcentaje de población carente de cobertura social en las ATIs, se advierte una aglomeración en torno del 36 y el 50% de su población. Los valores de TMI oscilan en torno al 18 por mil, similares a la TMI nacional.

**Gráfico 3**  
 Relación entre Obra Social y TMI (2001)  
 Por departamneto y Categorias Urbanas (ATIS)  
 Región Pampeana



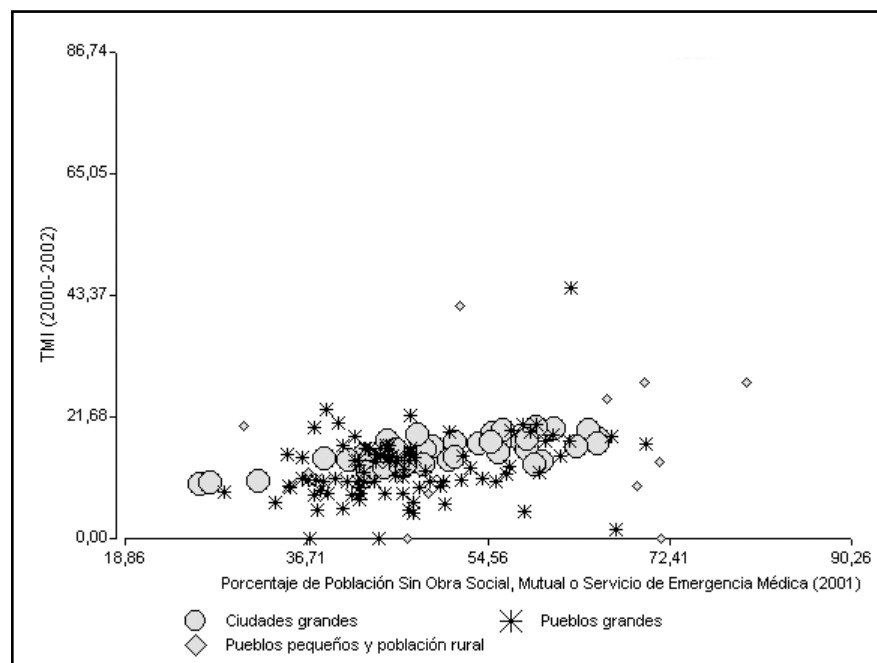
En el caso de las categorías urbanas extremas, tenemos que en las ciudades grandes se observa claramente la relación entre TMI y carencia de obra social, mostrando la vulnerabilidad de aquellos sectores que fueron flexibilizados en lo que respecta a la sobrevivencia de sus propios hijos. En este caso, el sistema público no alcanza a mitigar las contradicciones generadas por el ajuste

neoliberal de los noventa.

Para el caso de los Pueblos y población rural tenemos alto grado de dispersión.

Mientras los Pueblos grandes exhiben el menor TMI (13,47), los pequeños y la población rural muestran valores más altos y mayor heterogeneidad. Los casos atípicos son Sobremonte (Córdoba) y General Lavalle (Buenos Aires).

**Gráfico 4**  
 Relación entre Obra Social y TMI (2001)  
 Por departamneto y Categorias Urbanas (ATIS)  
 Región Pampeana



La región de Cuyo presenta situación intermedia en lo que respecta a TMI, ya que la mayoría de sus departamentos se concentran en torno al 22 por mil. Cuando observamos el comportamiento del porcentaje de población carencia de cobertura social se advierte mayor dispersión. (Gráfico 5)

Al diferenciar por categoría urbana pode-

mos advertir que las ATIs grandes mantienen el nivel de TMI pero muestran gran variabilidad respecto de la carencia de obra social. Las ATIs medias y pequeñas son las categorías que muestran mejor situación respecto de valores de TMI, probablemente por la acción del sistema de salud público. En tanto que para los Pueblos grandes la situación

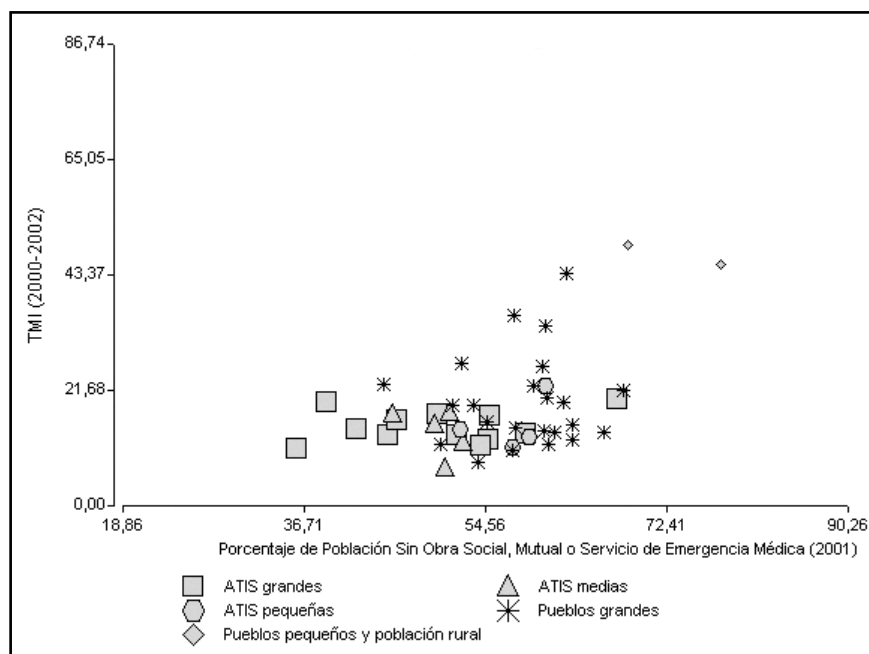


empeora y se muestra más dispersa, especialmente en el caso de TMI.

Los Pueblos pequeños y población rural cuyana constituyen la peor combinación registrada en el territorio Argentino, ya que sufren los peores niveles (46,88 y 73,67 para TMI y carencia de Obra

Social respectivamente). En este caso, las condiciones de aislamiento de la población rural que sufre niveles de infra-subsistencia por su localización fuera de los oasis agrícolas, generan condiciones propicias para explicar los inadmisibles valores observados.

**Gráfico 5**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Por departamento y Categorías Urbanas  
Región Cuyo.

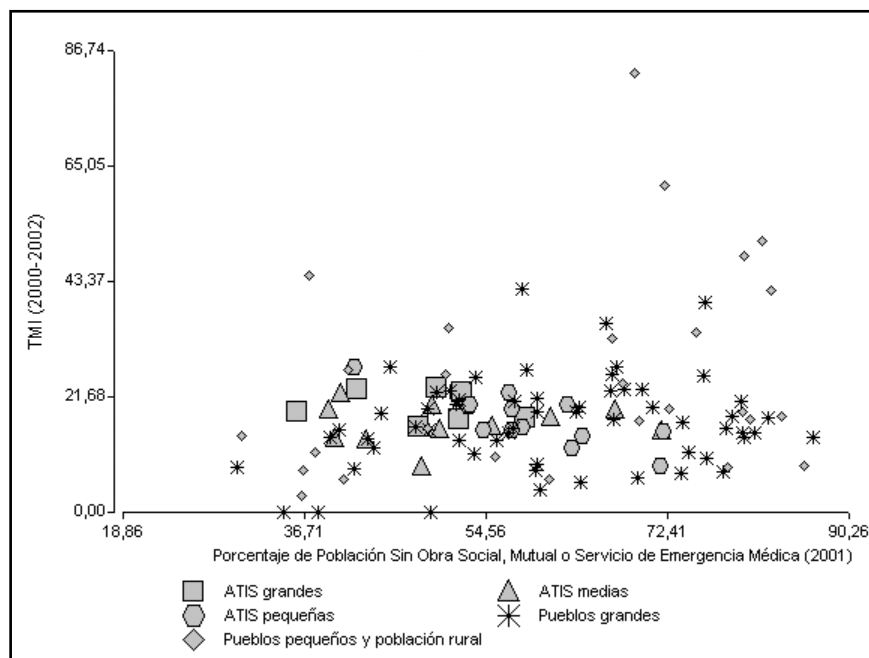


En el contexto regional del NOA las condiciones son malas y exhiben un alto grado de fragmentación para ambas variables. (Gráfico 6)

Se observan dos situaciones bien diferenciadas, por un lado las ATIs, independientemente de su cobertura social, muestran valores de TMI en torno a 21 por mil, mientras que los Pueblos y población rural dispersa presentan un grado de variabilidad muy grande atribuible a distintos factores:

- Subregistro, evidente en el caso de Santiago del Estero.
- Aleatoriedad estadística, debido a su escasa población de base.
- Situación particular en lo referente a su localización, situación económica y/o políticas de salud.

**Gráfico 6**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Por departamento y Categorías Urbanas  
Región NOA



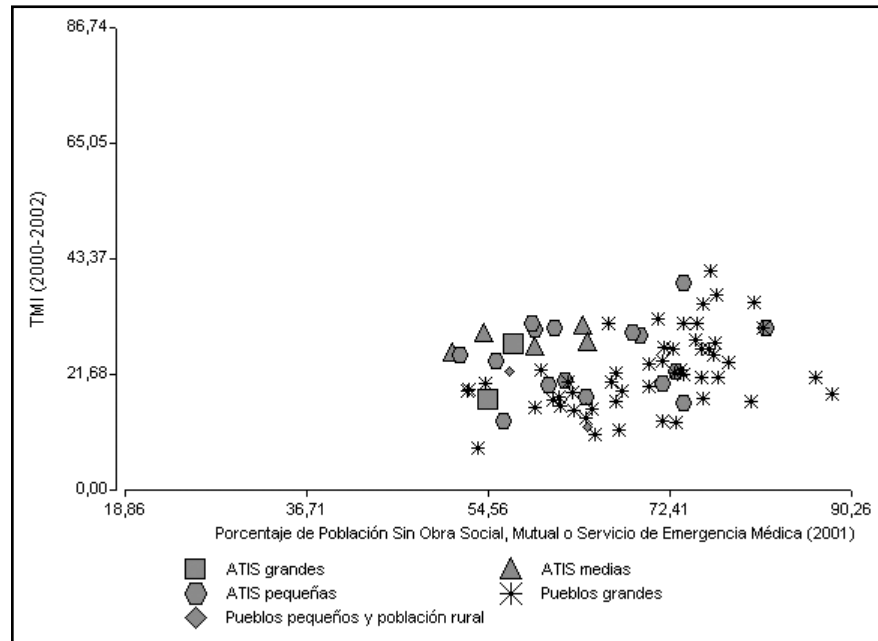
Finalmente, *la región del NEA* se caracteriza particularmente por presentar la peor situación relativa de la Argentina. (Gráfico 7)

Debido a que la carencia de obra social es tan elevada, en general no se observan pautas de asociación entre las variables. Independientemente de la categoría urbana el porcentaje de población

sin cobertura social supera el 50%, mientras que la TMI presenta valores en torno a 24 por mil.

En el caso de los Pueblos pequeños y población rural el valor de TMI registrado (18,63) es muy inferior al valor esperado respecto de la categoría urbana en el contexto regional, presumiblemente por subregistro de la información.

**Gráfico 7**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Por departamneto y Categorias Urbanas.  
Región NEA



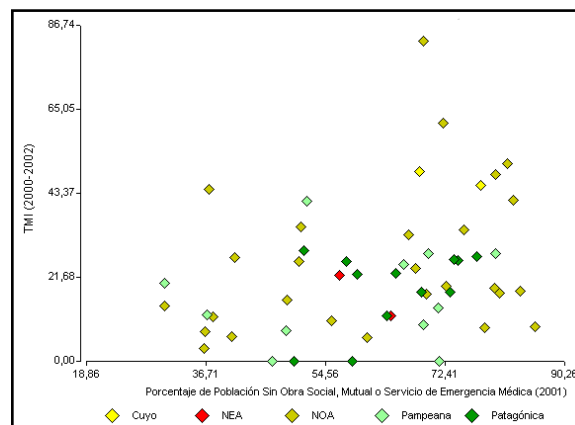
Además del efecto del contexto regional, debemos considerar la influencia de la escala urbana en las condiciones de salud de la población. En general las condiciones de accesibilidad (tanto física como cultural) y de un quantum de población que "justifique" la disponibilidad de ciertos servicios de salud, suele penalizar a la población residente en las escalas urbanas menores y dispersas. En contraposición, a medida que aumenta la jerarquía urbana se hace posible la aparición de nuevos paquetes de funciones, que se justifican por la existencia de un "mercado".

En los Pueblos pequeños y población rural, existe alto grado de dispersión general (Gráfico 8). Sólo en el caso de la Patagonia se observa un contexto regional en el cual la TMI muestra logros

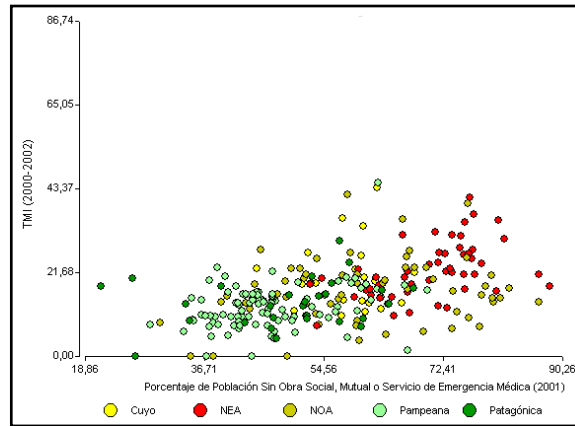
atribuibles al sistema de salud (17,84 por mil). La dispersión en los valores observados en la región Pampeana, en cambio, estaría relacionada con un mayor grado de mercantilización de la salud, ya que a pesar de ser la segunda región, globalmente hablando en términos de salud, exhibe alto grado de fragmentación.

Respecto de los Pueblos grandes, se puede observar una clara diferenciación entre las regiones, que repite las pautas observadas hasta el momento. (Gráfico 9)

En las regiones Patagónica y Pampeana se observa relación directa entre el aumento de la población sin cobertura social y el incremento de TMI, mientras que en el resto de las regiones esta pauta, si existe, se diluye.



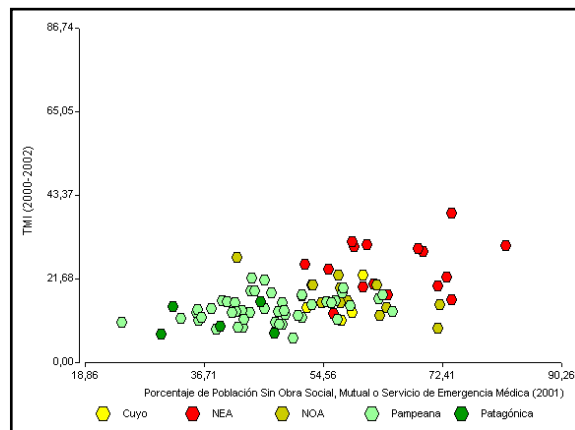
**Gráfico 8**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Pueblos pequeños y población rural por regiones.



**Gráfico 9**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
Pueblos grandes por regiones.

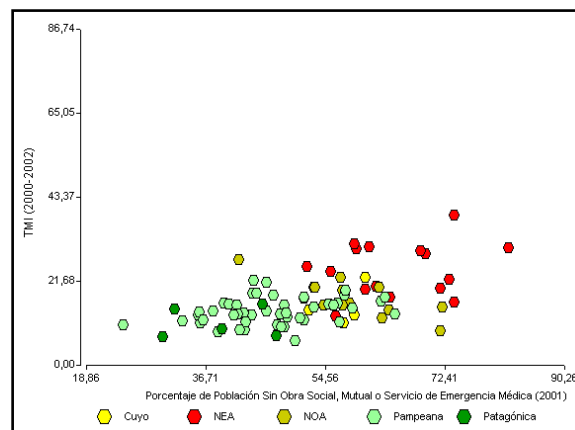
En el caso de las ATIs pequeñas y medias tenemos un agrupamiento regional similar al de las categorías urbanas anteriores. (Gráfico 10)  
Si observamos particularmente las ATIs me-

dias, es destacable la homogeneidad en las características en la mayoría de las ciudades que pertenecen a la región Pampeana. (Gráfico 11)



**Gráfico 10**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
ATIs pequeñas por regiones.

**Gráfico 11**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001)  
ATIs medidas por regiones.

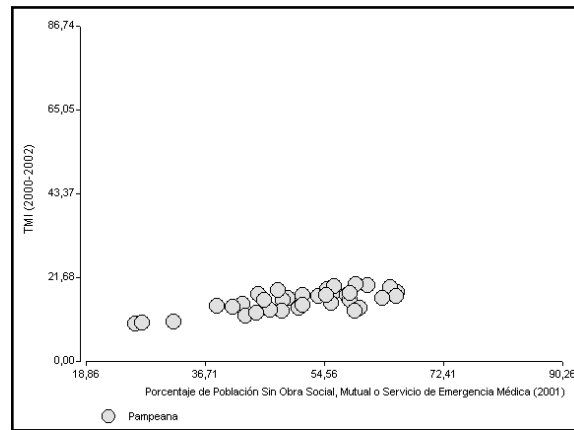
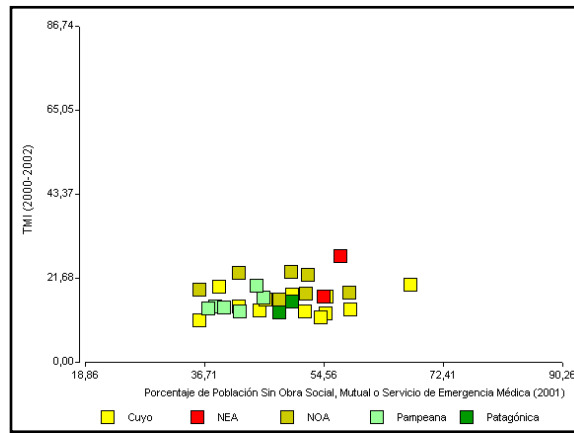


Finalmente, para las ATIs grandes, la dispersión para una y otra variable se presenta más acotada en comparación con las otras categorías urbanas. (Gráfico 12)

En la Argentina, las ciudades grandes pertenecen en su totalidad a la región Pampeana. Es-

tas ciudades presentan la particularidad de alcanzar TMI inferior a la nacional, con muy poca dispersión en sus valores, aunque el rango de variación del porcentaje de población sin cobertura de obra social varía entre 20 y 70 %. (Gráfico 13)

**Gráfico 12**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001) ATIS grandes por regiones.



**Gráfico 13**  
Relación entre Obra Social y TMI I (2001) Cantidades grandes por regiones.

## CONCLUSIONES

Retomando nuestro planteo inicial acerca de la relación entre escala urbana y bienestar, consideramos que no se pueden extraer conclusiones sin incluir otros elementos de análisis.

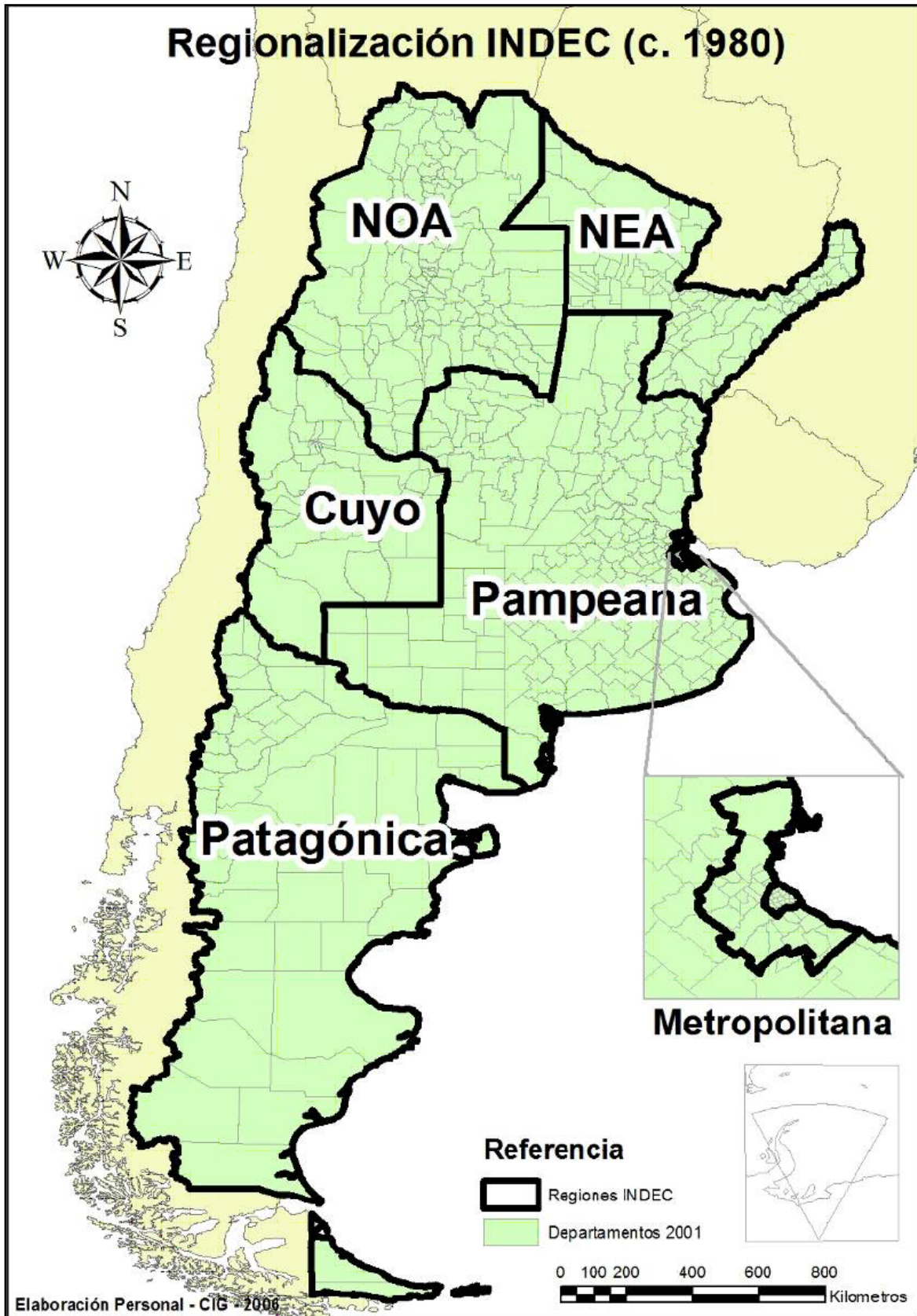
El contexto regional, al menos para el caso argentino, tiene fuerte correspondencia con los procesos en los cuales se diferencian las condiciones de vida y de salud de la población.

En forma general, podemos decir que el aumento de la categoría urbana implica disminución en el porcentaje de población sin cobertura de obra social y disminución en los valores de TMI, aunque siempre manteniendo alta diferenciación

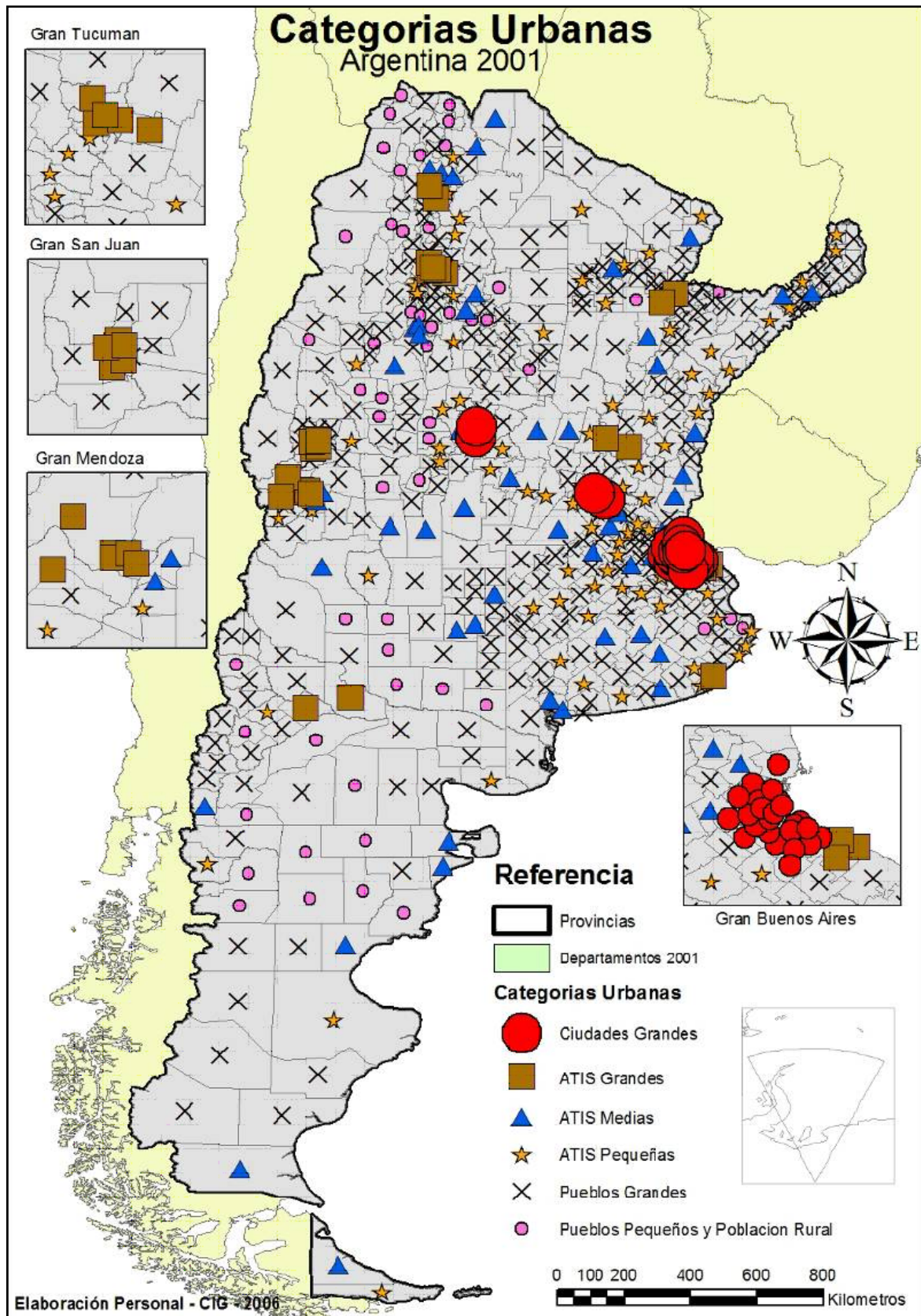
regional. Esta relación resulta más evidente en las ATIs y Pueblos grandes respecto de las otras escalas urbanas.

A su vez, las condiciones relativas en las ciudades intermedias resultan mejores que las observadas en ciudades muy grandes y pueblos pequeños. Cuando se analizan la TMI y la población sin cobertura de obra social, este fenómeno se presenta con mayor transparencia en los departamentos de las regiones Pampeana y Patagónica.

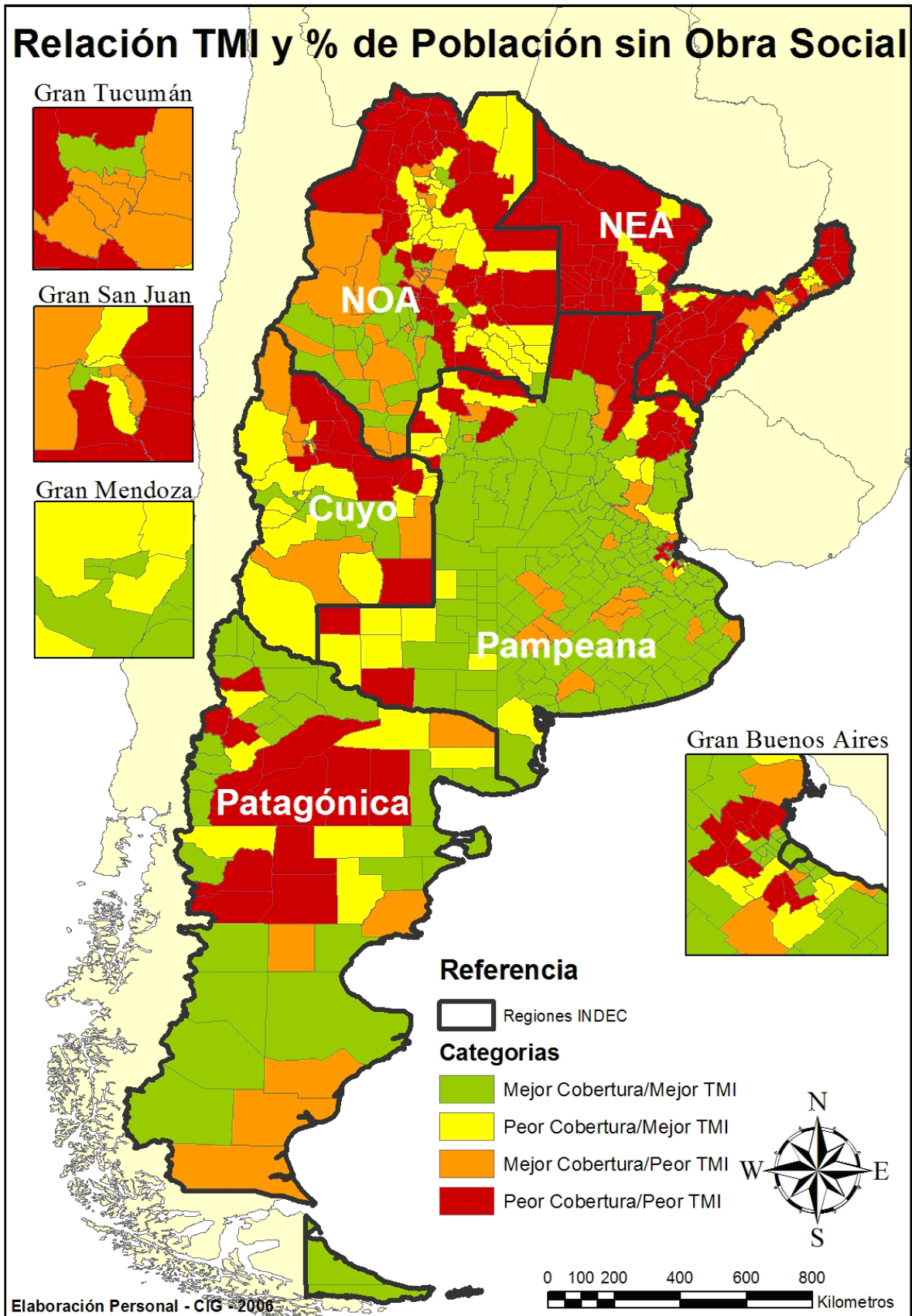
Tandil, 12 de mayo de 2009



Mapa 1



Mapa 2



Papers 2

Mapa 3

## BIBLIOGRAFÍA

**Argentina. INDEC. 2001.** Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda, datos disponibles en <http://www.indec.mecon.ar>. <http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros>.

**Cepeda, R et.al. 2004.** "Análisis de asociación espacial en variables de calidad de vida en la Argentina". En I Seminario Argentino de Geografía Cuantitativa. Buenos Aires, GEPAMA-FADU-UBA, 2004.

**DEIS. 2005. Estadísticas Vitales - Información Básica Año 2004** (Anuario). Buenos Aires, Dirección de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

**Huber, P.J. 2004.** Robust Statistics. Hoboken (NJ), John Wiley & Sons.

**Marinelli, C; Torcida, S; Cepeda, R et al. 1999.** "Un procedimiento alternativo para la selección estadística de variables de calidad de vida". En Velázquez, G; García, M Calidad de vida urbana. Aportes para su estudio en Latinoamérica. Tandil, CIG.

**Rofman, A; Romero, L. 1997.** Sistema socioeconómico y estructura regional en la Argentina. Buenos Aires, Amorrortu.

**Torrado, S. 1992.** Estructura Social de la Argentina. Buenos Aires, La Flor.

**Universidad Nacional de Lanús. 2005.** Atlas de Mortalidad de Argentina. Trienios 1990-1992/1999-2001. Buenos Aires, OPS-UNLa-Ministerio de Salud.

**Vapñarsky, C; Gorojovsky, N. 1990.** El crecimiento urbano en la Argentina. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-IIED.

**Vega, A; Torcida, S; Velázquez, G. 2005.** "Variación de la mortalidad infantil en la Argentina (1994-2003)". En Velázquez, G; Gómez Lende, S (2005) Desigualdad y calidad de vida en la Argentina (1991-2001). Aportes teóricos y metodológicos. Tandil: CIG, Facultad de Ciencias Humanas; Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Bs. As.

**Velázquez, G. 2008.** Geografía y bienestar. Buenos Aires, EUDEBA.

**Velázquez, G; Macchi, J; Torcida, S; Vega, A (2006):** "Mortalidad infantil y cobertura de salud según escala urbana en Argentina". En Anais do VI Seminário Latino-Americano de Qualidade de Vida urbana. Belo Horizonte, PUC. (CD Rom, 19 p).