

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

Julio Ernesto Osuna Covarrubias

Arquitecto y maestro en Arquitectura y Urbanismo (Universidad Autónoma de Sinaloa, México). Doctorando del quinto semestre del Programa de Doctorado Ciudad Territorio y Sustentabilidad (Universidad de Guadalajara, México), adscrito al Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del CONACYT. **julio.osuna2123@alumnos.udg.mx**
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1133-4511>

Fernando Calonge Reillo

Sociólogo, maestro en Dinámicas Sociales de las Sociedades Contemporáneas y doctor en Sociología (Universidad Complutense de Madrid, España). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel II. Profesor de tiempo completo de la Universidad de Guadalajara, México. **fernando.calonge@academicos.udg.mx**
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1788-2954>



ISSN 1666-6186. Volumen 33 N.º 33 (Diciembre de 2022) Pp. 021-045
Recibido: 15/06/21. Evaluado y aprobado: 07/02/22

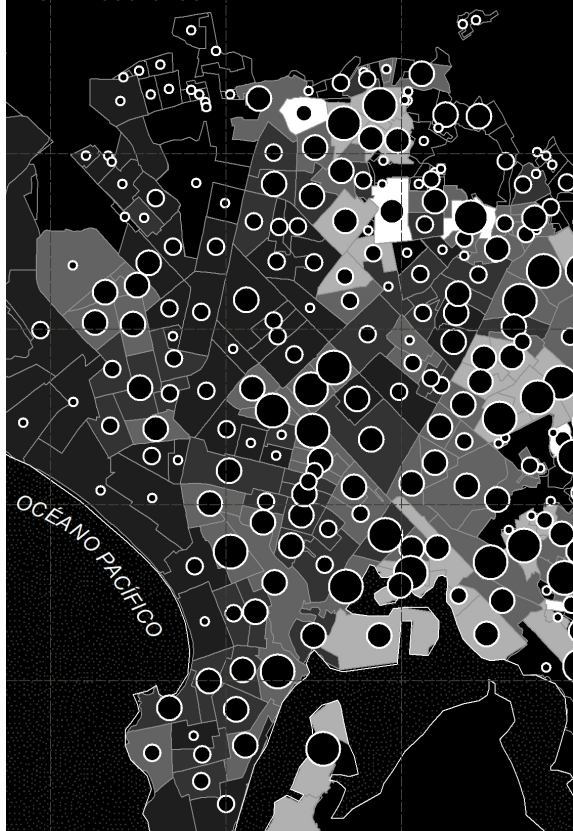
<https://doi.org/10.30972/crn.33336227>

Julio Ernesto Osuna Covarrubias
y Fernando Calonge Reillo

CUADERNO URBANO
ESPACIO, CULTURA, SOCIEDAD

ARTÍCULOS

VOL. 33 - N.º 33
(DICIEMBRE DE 2022)
PP. 021-045
ISSN1666-6186



Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

Resumen

El artículo propone analizar la estructura urbana de Mazatlán con relación a la distribución espacial de los grupos derechohabientes y los equipamientos de salud pública y privada. Se retoma el concepto de segregación socioespacial desde la exclusión de los grupos sociales de las dinámicas de provisión de infraestructura y de servicios por motivo de su condición socioeconómica (MURILLO *ET AL.* 2011; SABATINI, 2003) y la accesibilidad a los equipamientos de salud desde de la distancia que separa a los usuarios potenciales del punto de servicio (GARROCHO, 1993; BASS, 2015). La metodología involucra el mapeo de datos estadísticos oficiales (INEGI, CONAPO), con respecto a indicadores socioeconómicos y de marginación urbana, y cómo es su vinculación con la accesibilidad a los equipamientos de salud. Se concluye que los derechohabientes del INSABI se encuentran mayormente segregados para acceder a los equipamientos de salud, en tanto que requieren recorrer mayores distancias y disponen de menor infraestructura de transporte público.

Palabras clave

Segregación socioespacial; equipamientos de salud; marginación urbana; ciudad turística intermedia.

Socio-spatial segregation in access to health facilities in Mazatlan, Mexico

Abstract

The objective of this study is to analyze the urban structure of Mazatlán, México, in connection with the spatial distribution of beneficiary groups and the public and private health facilities. The socio-spatial segregation approach was made from the exclusion of social groups to the provision dynamics of infrastructure and services due to their socioeconomic conditions (MURILLO *ET AL.*, 2011; SABATINI, 2003); and the accessibility to health facilities from the distance that separates potential users from the service point (GARROCHO, 1993; BASS, 2015). The methodology involves mapping of official statistical data, regarding socioeconomic and urban marginalization indicators, more over its relationship with the accessibility to health facilities. It concludes that users of the *Instituto de Salud para el Bienestar* (INSABI) are mostly segregated to access health facilities, due to the great distances they have to cover and the deficient transport infrastructure.

Keywords

Socio-spatial segregation; health facilities; urban marginalization; intermediate touristic cities.

Segregação sócio-espaço no acesso a equipamentos de saúde em Mazatlán, México

Resumo

O artigo se propõe a analisar a estrutura urbana de Mazatlán, México, em relação à distribuição espacial dos grupos beneficiários e das unidades de saúde públicas e privadas. O conceito de segregação socioespacial é retomado a partir da exclusão dos grupos sociais da dinâmica de provisão de infraestrutura e serviços devido à sua condição socioeconômica (MURILLO *ET AL.*, 2011; SABATINI, 2003); e a acessibilidade às unidades de saúde a partir da distância que separa os potenciais usuários do ponto de atendimento (GARROCHO, 1993; BASS, 2015). A metodologia envolve o mapeamento de dados estatísticos oficiais referentes aos indicadores socioeconômicos e marginalização urbana, e sua ligação com a acessibilidade aos estabelecimentos de saúde. Conclui-se que os beneficiários do *Instituto de Salud para el Bienestar* (INSABI) são, em sua maioria, segregados para ter acesso às unidades de saúde, pois precisam percorrer maiores distâncias e pelas deficiências do transporte público.

Palavras-chave

Segregação socioespacial; unidades de saúde; marginalização urbana; cidade turística intermediária.

Introducción

Mazatlán, cabecera del municipio homónimo, es una ciudad intermedia costera localizada en el Estado de Sinaloa, México, y representa uno de los puntos más importantes de atracción turística de sol y playa del noroeste del país. Su estructura urbana se compone de 334 asentamientos registrados: 187 fraccionamientos, 141 colonias populares y seis unidades habitacionales¹. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), la extensión territorial de Mazatlán comprende 8074 ha y su población es de 440,453 habitantes.

Ante la adopción de un perfil económico turístico, Mazatlán se convierte en el mayor polo de atracción poblacional del sur del estado de Sinaloa para las regiones y estados colindantes, lo cual ha venido incrementando la demanda de suelo urbano en los últimos años. Por ende, la mancha urbana ha venido experimentado un proceso de expansión por motivo de la configuración de nuevos asentamientos en la periferia de la ciudad, destinados a grupos asalariados de bajos y medianos ingresos, principalmente colonias populares y fraccionamientos de vivienda social, los cuales dieron lugar a la conformación del sector nororiente a finales de la década de los 80.

El resultado de un crecimiento urbano desequilibrado hoy en día se traduce a través de las dificultades que presentan los habitantes de menores ingresos para localizarse en los sectores que disponen de un adecuado suministro de servicios básicos, espacios públicos y equipamiento social. En el caso de los equipamientos del sector salud, se precisa una accesibilidad diferenciada, por motivo de las características socioeconómicas de la población para recibir atención de primer, segundo y tercer nivel; es decir, la brindada por los Hospitales Generales², que se encuentran a cargo del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), del ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y del INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar). Por el contrario, las clases acomodadas disponen de tales equipamientos en sectores aledaños a su lugar de residencia, además de contar con los medios para costear servicios de atención médica en instituciones privadas.

De acuerdo con los índices de marginación urbana del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), alrededor del 1 % de la población mazatleca vive bajo condiciones de muy alta marginación; el 10 % se encuentra en alta marginación; un 32 %, en marginación media; un 29 %, en marginación baja y un 28 % en marginación muy baja. En cuanto a la distribución de la población en términos socioeconómicos, se encuentra que los habitantes en situación de pobreza y pobreza extrema se concentran en el sector nororiente de la ciudad, mientras que los grupos de mayores ingresos se encuentran próximos al centro urbano y la zona costera, en donde se desenvuelven comúnmente las actividades relacionadas con el turismo de sol y playa. De acuerdo con BAÑOS (2012), este hecho da muestra de la clara dualidad urbana que exhibe la estructura urbana de Mazatlán, en donde, por

1. Dicha información puede verificarse en el Plan Director de Desarrollo Urbano de Mazatlán, 2005- 2015, disponible en: <http://www.implanmazatlan.mx/planes/>

2. Según la normatividad de SEDESOL, Tomo II, Salud y Asistencia Social, p. 22, un Hospital General brinda a sus derechohabientes "los servicios de atención ambulatoria, y de hospitalización en las cuatro ramas básicas (ginecología obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna, así como las correspondientes a otras subespecialidades que integran cada área, de acuerdo a su demanda)".

un lado, se da muestra de las características de la ciudad central, donde se concentran los principales atractivos y amenidades turísticas, y, por el otro, las particularidades de la ciudad periférica, en donde se asienta la mayor parte de la población local.

Partiendo de dicha problemática, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿existe en Mazatlán una segregación socioespacial en el acceso a los equipamientos de salud? Para ello, se propone atender las siguientes preguntas específicas: ¿cómo se encuentra distribuido el equipamiento de salud en la ciudad? ¿Cuáles son los asentamientos que presentan mayores niveles de marginación urbana? ¿Cómo se distribuye la población según sus características de seguridad social? ¿Con qué infraestructura y servicios cuentan los distintos grupos derechohabientes para acceder a los equipamientos de salud? Así, el artículo tiene como objetivo principal analizar la configuración de la estructura urbana de Mazatlán, partiendo de la distribución espacial de los derechohabientes y de los equipamientos de salud. Como hipótesis, se plantea que los habitantes del sector nororiente, con afiliación al INSABI, se encuentran mayormente segregados en el acceso a los equipamientos de salud pública, ya que necesitan recorrer mayores distancias y disponen de menor infraestructura de transporte público que los derechohabientes del IMSS, ISSSTE o los afiliados a instituciones privadas.

Referente a la estructura del artículo, la primera sección contiene los apartados teóricos en torno a la segregación socioespacial y la accesibilidad a los equipamientos de salud. Posteriormente, se describen los métodos y técnicas para la obtención de los datos. Finalmente, se discuten los resultados de la investigación y se efectúan las conclusiones

correspondientes en torno al objetivo y preguntas del artículo.

1. La segregación socioespacial en México y Latinoamérica

El concepto de segregación socioespacial refiere a la aglomeración o proximidad en el espacio de familias o grupos sociales homogéneos, ya sea por condición étnica, origen migratorio o situación socioeconómica. Esta última ha conseguido acaparar la atención de la mayoría de los estudios e investigaciones urbanas en México y Latinoamérica a lo largo de los últimos años, dado que estas regiones se caracterizan por sus altos niveles de segregación a gran escala. Tales trabajos han buscado explicar el origen de la concentración y distribución de los grupos sociales más pobres en las ciudades (IBARRA, 2007; PÉREZ-CAMPUZANO, 2010; SABATINI, 2003).

Se habla de segregación socioespacial cuando ciertos segmentos de la población presentan dificultades para la satisfacción de sus necesidades básicas; por ejemplo, a partir de su exclusión en las dinámicas de provisión de servicios e infraestructura, así como de obtención de recursos (MURILLO *ET AL.*, 2011). Es común que dicha cuestión quede visualizada dentro las periferias urbanas, ya que estas espacialidades suelen caracterizarse por conformar un medio urbano incompleto, en donde la infraestructura y el equipamiento urbano es insuficiente; en consecuencia, las actividades que se pueden realizar carecen de diversificación, y los habitantes tienden a depender de otros sectores urbanos (ARTEAGA, 2005).

Para SABATINI (2003), la segregación socioespacial adopta tres dimensiones distintas: en primer lugar,

desde el nivel de concentración espacial de los diferentes grupos sociales; segundo, desde el estigma social asignado a cada una de las distintas áreas o asentamientos de la ciudad y tercero, desde la homogeneidad social presente en las zonas habitacionales. De acuerdo con BOURNAZOU (2010), esta última dimensión tiende a reforzar, en primera instancia, los niveles de segregación socioespacial en la ciudad, ya que incide en la degradación del entorno urbano y calidad de vida de los habitantes; en segunda instancia, consigue incrementar su condición de fragmentación, impidiendo su integración con el resto de la ciudad.

La segregación socioespacial tiene su origen en la lógica económica capitalista, como efecto de la especulación y los cambios en los usos del suelo, según la cual a cada zona urbana se le asigna un valor monetario específico con relación a su capacidad para generar *rentas de monopolio* (HARVEY, 2007, 2013). En este sentido, asentarse en las zonas centrales o con mayor consolidación resulta ser bastante costoso e incluso inaccesible para las poblaciones más limitadas en términos económicos. Así, los grupos de menores ingresos se ven en la necesidad de residir en los sectores más degradados de la periferia, en donde la tenencia del suelo es irregular, los terrenos se localizan en zonas de alto riesgo, son susceptibles a inundaciones y deslaves, y en donde, además, los servicios y las redes de infraestructura son insuficientes (ORTIZ, 2015). Por otro lado, los de mayor capacidad adquisitiva disponen de las libertades para determinar su lugar de residencia. En consecuencia, los estudios de segregación socioespacial parten del análisis de diversos indicadores socioeconómicos, relacionados con el nivel de ingresos, el tipo de ocupación y los niveles educativos de la población (GUEVARA, 2015).

Las políticas neoliberales han permitido la participación protagónica de los agentes privados en los procesos de urbanización, para quienes la ciudad representa un medio de reubicación de excedentes de capital (HARVEY & CASTRO, 2008). En consecuencia, las ciudades metropolitanas de Latinoamérica comienzan a adentrarse en un proceso de reestructuración socioespacial, pasando de ser un organismo polarizado a uno fragmentado. Así, pues, la división social del espacio se torna cada vez más difusa, principalmente por la configuración de urbanizaciones cerradas destinadas a grupos de medianos y altos ingresos en zonas suburbanas, tradicionalmente ocupadas por gente pobre. Es así que en estas ciudades la segregación a pequeña escala tiende a incrementarse, mientras que en lo macro es perceptible cierto grado de disminución (BORSORF, 2003; JANOSCHKA, 2002).

Por otro lado, en las denominadas ciudades intermedias, la segregación socioespacial se vincula con la incapacidad de los organismos gubernamentales para regular su crecimiento, lo que origina desequilibrios en la distribución de los equipamientos, el espacio público y la infraestructura para el suministro de servicios básicos (COHEN, 2006; ORTEGA & LLOP-TORNE, 2020). En el caso de las ciudades turísticas de litoral, la polarización de la estructura urbana resulta un hecho evidente, dado que se manifiesta la concentración de grupos de estratos socioeconómicos altos y medios en un solo extremo de la ciudad (MORENO & NÚÑEZ, 2013).

La segregación socioespacial ha sido un distintivo de las ciudades turísticas mexicanas a lo largo de las últimas décadas, porque la diferenciación socioespacial se remarca a raíz de una producción espacial focalizada en el consumo de bienes, servicios

y paisajes (IBARRA, 2007). De este modo, la estructura urbana de las ciudades turísticas del litoral se divide entre los espacios habitacionales para la población de menores ingresos y los espacios de consumo turístico, existiendo claras diferenciaciones entre una zona y otra en lo que respecta a los niveles de inversión en materia de infraestructura, ingresos y educación (LÓPEZ-LÓPEZ *ET AL.*, 2006). En otras palabras, el impacto socioeconómico de la actividad turística sobre el territorio incrementa las distancias entre los grupos sociales con relación a su nivel de ingresos y agudiza las desigualdades entre los más pobres (MORENO & NÚÑEZ, 2013).

1.1. Accesibilidad a los equipamientos de salud

Hoy en día los servicios de salud representan un medio esencial para la continuidad y reproducción de la vida del ser humano, de tal modo que su accesibilidad resulta indispensable para el bienestar de la población de cualquier país. Así, pues, el estudio de los equipamientos de salud es de carácter esencial, en el entendido de que representan un activo de valor intangible con implicaciones directas en la calidad de vida de la población (HENRÍQUEZ *ET AL.*, 2014). Además, a lo largo de las últimas décadas han surgido algunos cuestionamientos con relación a la incapacidad de las instituciones públicas para cubrir la demanda actual de servicio (MAURICIO & BASS, 2015).

En México, las instituciones de carácter público que brindan seguridad social son: el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores en la Estado), y desde 2020, el INSABI (Instituto de Salud para el Bienestar), perteneciente a la Secretaría de Salud de México. Los primeros dos aseguran a las familias de los trabajadores activos y jubilados

de la economía formal en el sector privado, siendo el IMSS el de mayor cobertura a nivel nacional (80 % de la población); el ISSSTE presenta una menor cobertura (18 % en promedio), ya que solo atiende a los trabajadores del sector gubernamental. En otro grupo se ubican los trabajadores del sector informal, principalmente atendidos mediante el INSABI. Por otro lado, existe un sector minoritario de la población que además dispone de los medios para afiliarse a alguna institución de salud privada (DANTÉS *ET AL.*, 2011).

Las políticas neoliberales han exacerbado los procesos incontrolados de crecimiento de las ciudades mexicanas, propiciando a su vez incrementos en las desigualdades socioespaciales; ejemplo de ello es la falta de planificación en la distribución de los equipamientos y servicios urbanos. Lo anterior dicho implica un conjunto de problemáticas dentro del tejido urbano: contaminación ambiental, congestión vehicular, inoperatividad del equipamiento, deterioro en la calidad de vida de las personas, etc. (MAURICIO & BASS, 2015). En el deber ser de las cosas, la localización y distribución de los equipamientos de salud de carácter público (hospitales, centros de salud, entre otros) responden a criterios de justicia territorial, según los cuales toda la población, sin importar su lugar de residencia o situación socioeconómica, cuenta con las mismas posibilidades de acceso (RAMÍREZ, 2004). Sin embargo, es un hecho que los asentamientos periféricos (conjuntos urbanos de vivienda social y colonias populares, esencialmente) casi siempre presentan dificultades para el suministro de servicios básicos, como son los servicios de salud; en otros términos, no cuentan con las mismas condiciones de seguridad social que los residentes de los sectores urbanos consolidados.

El concepto de accesibilidad desde su dimensión espacial engloba indicadores de costos y tiempos de traslado, que dependen en gran parte de la localización y distribución de los usuarios en el tejido urbano, así como de la dotación y distribución de los equipamientos hospitalarios. Desde su dimensión social, aborda las características socioeconómicas de sus derechohabientes; es decir, su clase social, nivel educativo, de ingresos, etc. (GARROCHO, 1993; MAURICIO & BASS, 2015). A su vez, la accesibilidad se ve condicionada por la calidad de las redes de transporte público, en el sentido de que representan un elemento clave para la realización de desplazamientos de forma rápida, económica y eficiente. Dicha categoría de análisis involucra variables de densidad y trazado inteligente de rutas (VILLANUEBA, 2010). Cabe destacar que el concepto de accesibilidad es bastante amplio, complejo y multidisciplinario, por lo que su abordaje puede partir desde diversas perspectivas analíticas. No obstante, el presente trabajo retoma el concepto de accesibilidad a los equipamientos de salud pública desde las características de la estructura social y del espacio urbano, que puede ser medible desde la distancia física que separa a los usuarios potenciales del punto de servicio.

3. Los Sistemas de Información Geográfica representan una herramienta indispensable para el análisis de la distribución espacial de los equipamientos de salud (GARROCHO, 1993; RAMÍREZ, 2004).

4. De acuerdo con el INEGI, el AGEB (Área Geoestadística Básica) corresponde a un área geográfica integrada por diversas manzanas edificadas y delimitadas por calles, andadores o cualquier otro elemento de fácil identificación sobre el terreno. Su uso de suelo comprende en esencia el tipo habitacional, comercial, industrial o de servicios. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/temas/mapas/mg/metadatos/manual_cartografia_censal.pdf

2. Metodología

La metodología adoptó un enfoque mixto y su implementación requirió el planteamiento y desarrollo de cuatro fases, en las cuales se atendieron cada una de las preguntas y objetivos de la investigación. Para la obtención de los datos se recurrió a los SIG³ (Sistemas de Información Geográfica), *ArcGIS* y *Google EarthTM*, herramientas que facilitaron el procesamiento de imágenes satelitales y de datos geoestadísticos del Censo Nacional de Vivienda (INEGI, 2020), principalmente para el desglose de indicadores sobre la distribución poblacional de los distintos tipos de derechohabientes, y del CONAPO (2010), para el mapeo de la distribución de la población con relación a su nivel socioeconómico, a partir de los grados de marginación urbana.

2.1. Delimitación y selección de los casos de estudio

Para la selección de los casos de estudio se consideraron las AGEB⁴ que presentaron mayores grados de marginación urbana, así como de concentración poblacional de derechohabientes y afiliados al sector privado. La selección contempló un total de doce unidades de estudio, asignando cuatro de estas a cada tipo de derechohabiencia; además, se contemplaron otras cuatro, con el propósito de comparar los niveles de accesibilidad a los equipamientos de salud entre los distintos grupos de derechohabientes.

El estudio de los equipamiento de salud se delimita a los hospitales que ofrecen servicio en el primer, segundo y tercer nivel de atención, dado que los centros de salud y las unidades de medicina familiar, en donde se brinda únicamente el primer nivel de atención, reciben solo a cierto número de derecho-

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

habientes, principalmente a los que residen en los asentamientos aledaños; por consiguiente, resulta complejo identificar de forma precisa el lugar de procedencia de los derechohabientes que acuden a estos equipamientos. Por el contrario, los hospitales que ofrecen servicios médicos de mayor especialización se encuentran disponibles para todos sus afiliados, lo que otorga certeza de que la población mostrada por los datos estadísticos debe asistir forzosamente a estos equipamientos cuando requieran sus servicios.

En este sentido, los equipamientos de salud pública tomados en cuenta pertenecen a las instituciones que presentan mayor demanda social en la ciudad de Mazatlán, Sinaloa; tal es el caso del Hospital General de Zona No. 3 del IMSS, la Clínica Hospital del ISSSTE

y el Hospital General de Mazatlán, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa, en donde son atendidos los derechohabientes del INSABI. Por su parte, dentro de la categoría de servicios privados de salud, se tomó como referencia al de mayor demanda y cobertura en su tipo.

2.2. Fases de la investigación

Fase 1: distribución del equipamiento de salud en la ciudad de Mazatlán.

Se llevó a cabo haciendo uso de los SIG (*Google Earth* y *ArcGIS*), a partir de imágenes satelitales y datos geoestadísticos oficiales que permitieron analizar la localización y distribución del equipamiento hospitalario de la ciudad.

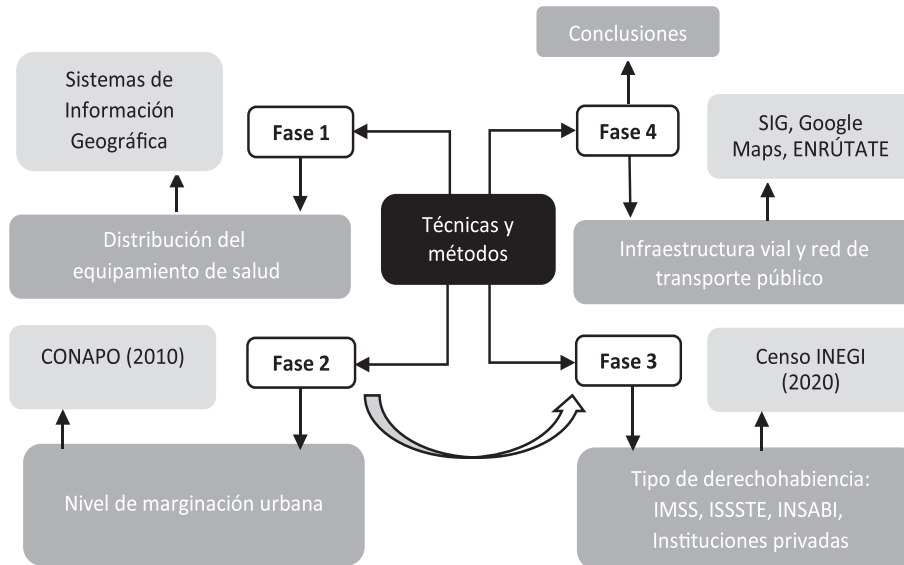


Figura 1. Estructura metodológica de la investigación. Fuente: elaboración propia

Fase 2: localización de los asentamientos con mayores niveles de marginación urbana.

Se efectuó utilizando el SIG, *ArcGIS* y la base de datos del CONAPO (2010), referente a los grados de marginación urbana de la localidad de Mazatlán. De este modo, se pudo generar una serie de mapas que mostraron los puntos con mayores niveles de marginación de la ciudad, lo que resultó esencial para la selección de las unidades de estudios (AGEB).

Fase 3: distribución de la población con relación a sus características de derechohabiencia.

La realización de esta fase requirió información geoestadística oficial del censo del INEGI, 2020, a nivel de AGEB urbana, con respecto a las características de seguridad social de la población, lo que involucra a los derechohabientes del IMSS, ISSSTE, e INSABI, así como a los afiliados de las instituciones privadas. De igual manera, los datos fueron procesados en el SIG, *ArcGIS*, para la generación de cartografía.

Fase 4: accesibilidad al equipamiento de salud: red vial y densidad de rutas de transporte público.

Esta fase planteó la obtención de algunos indicadores socioeconómicos y de accesibilidad dentro de los casos de estudio, como son: tipología de los asentamientos, población total con relación al tipo de derechohabiencia, distancia promedio (km) entre la AGEB y el equipamiento de salud y total de rutas de transporte público disponibles. Las herramientas utilizadas fueron las bases de datos geoestadís-

ticos oficiales y las plataformas *Google Maps™* y *ENRÚTATE*⁵, a fin de generar trazados y tiempos de traslado entre los diversos medios de transporte.

3. Resultados

Los resultados del artículo se presentan según las fases de desarrollo de la propuesta metodológica. Por ello, en primer lugar se abordan los que competen a la distribución de los equipamientos de salud en la ciudad de Mazatlán; posteriormente, se muestra la distribución de los niveles de marginación urbana; se sigue con la distribución de la población, según sus características de derechohabiencia, tomando en cuenta las instituciones de salud pública, IMSS, ISSSTE e INSABI, por considerarlas como las de mayor demanda social en la ciudad, así como a las de carácter privado; por último, se presentan los resultados sobre la accesibilidad a los equipamientos de salud, partiendo de los casos que registraron mayores niveles de marginación urbana y de concentración de los distintos grupos derechohabientes. Se señala que esta última categoría de análisis se enfrentó a diversas limitantes metodológicas, principalmente por la falta de parámetros que permitieran calcular los tiempos de traslado de la red de transporte público local, que impidió su comparación con la de los medios de transporte privado. No obstante, lo obtenido permitió identificar de manera general algunas de las dificultades a las que se enfrentan los grupos de mayor vulnerabilidad socioeconómica para trasladarse a los equipamientos de salud correspondientes.

3.1. Distribución del equipamiento de salud en la ciudad de Mazatlán

En la ciudad de Mazatlán existen alrededor de quince equipamientos de salud pública que brindan

5. ENRÚTATE es una aplicación desarrollada para teléfonos inteligentes que permite conocer el trazo de las rutas de transporte público de diversas ciudades del noroeste de México; por ejemplo, Mazatlán. Disponible en: https://bo.enrutate.com/#/home?_k=cu471g/

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

atención médica a los distintos tipos de derechohabientes, principalmente del IMSS, ISSSTE e INSABI, como parte de las prestaciones sociales otorgadas a la población trabajadora, jubilada o beneficiaria por parte de algún familiar que cuenta con ello. De estos, nueve se encuentran clasificados como centros de salud o centros de atención de primer nivel, mientras que el restante se ubica en la categoría de hospitales, en donde además se brinda atención médica de segundo y tercer nivel. La mayor parte del equipamiento de salud pública disponible le pertenece a la Secretaría de Salud del Estado de Sinaloa (SSA), en donde es atendida prioritariamente la población derechohabiente al INSABI.

En cuanto a los equipamientos de salud de carácter privado, seis se identifican con la clasificación de hospital. Es importante aclarar que establecer una cuantificación, así como especificar la localización de los equipamientos privados de salud ubicados en el primer nivel de atención, implica una labor un tanto compleja, porque su distribución es bastante amplia y a la vez homogénea dentro del tejido urbano, motivo por el cual no son señalados dentro de este trabajo.

Es de notar que gran parte del equipamiento de salud de carácter público y privado, se encuentra concentrado en la franja costera, donde se ubican los sectores más consolidados de la ciudad, dotados de una gran variedad de servicios urbanos, y en donde por lo general se localiza la población de mayores ingresos. Visto hacia la periferia de la ciudad, es claro el desabastecimiento de este tipo de equipamientos, lo cual de primera mano exhibe un desequilibrio en cuanto a su distribución (ver figura 2). Lo anterior se deriva, en buena medida, del carácter habitacional que adquirió el sector nororiente de Mazatlán desde la década de 1990, en donde los grandes gru-

pos inmobiliarios han construido una gran cantidad de fraccionamientos de interés social, dada la accesibilidad de los precios del suelo, en su mayoría de tenencia ejidal, sin dejar de lado las numerosas colonias populares de origen irregular que prevalecen desde hace varias décadas (OSUNA & CORTÉS, 2019).

3.2. Localización de los asentamientos con mayores niveles de marginación urbana

La base de datos del CONAPO (2010) exhibe el grado de marginación urbana de todas las localidades que integran el territorio nacional, y es calculado a partir de las características educativas, de salud y de vivienda de la población. En el caso de la ciudad de Mazatlán, se presentan 187 AGEB, de las cuales 53 exhiben un grado muy bajo de marginación urbana; 46, un grado bajo; 57, un grado medio; 28, un grado alto y 6, un grado muy alto; es decir, aproximadamente el 53 % de los asentamientos se encuentran en condiciones muy bajas o bajas de marginación urbana; el 30 %, en condición de marginación media y 17%, en situación de muy alta y alta marginación. Dicho de otro modo, la estructura urbana de Mazatlán se conforma mayoritariamente por asentamientos que presentan bajos niveles de marginación (figura 3).

De acuerdo con el CONAPO⁶, el índice de marginación muy bajo y bajo refiere a los asentamientos que concentran población que ha podido cursar al menos la educación básica, que es derechohabiente a servicios de salud y en donde las viviendas poseen servicios

6. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_marginacion_urbana_2010

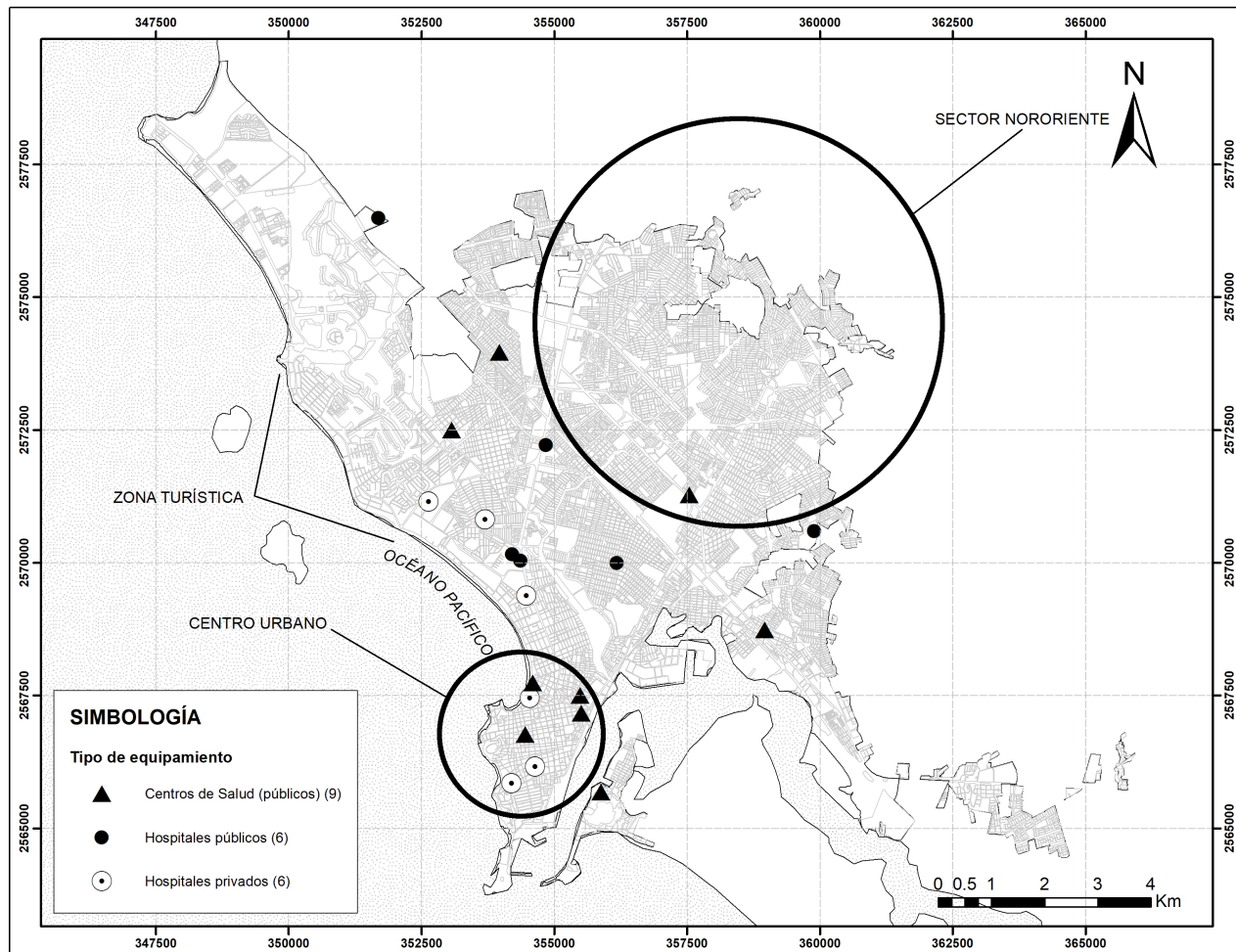


Figura 2. Distribución del equipamiento de salud en Mazatlán, Sinaloa. Fuente: elaboración propia con base en datos del INEGI, 2020, e información satelital de Google Earth™

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

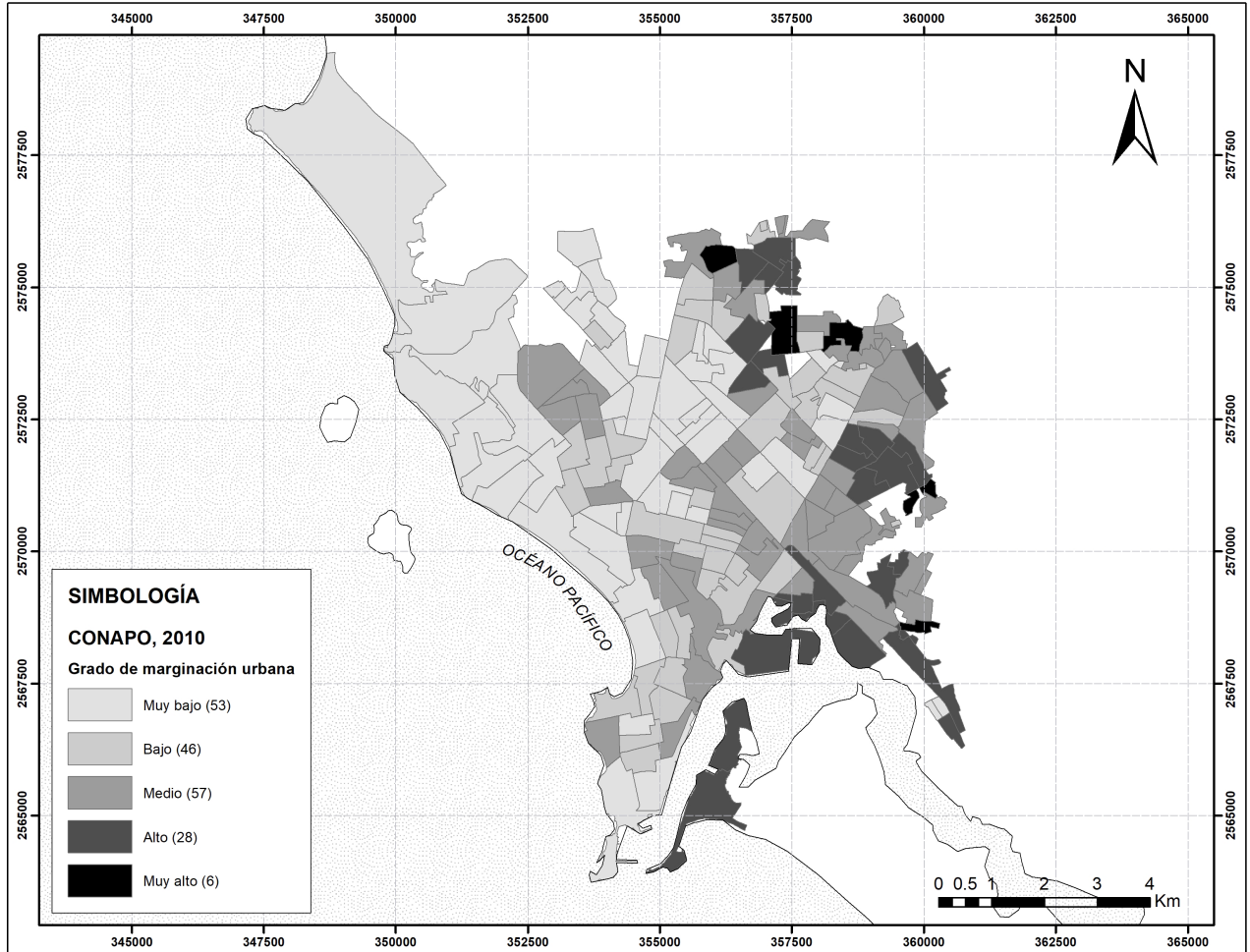


Figura 3. Distribución de los niveles de marginación urbana en la ciudad de Mazatlán. Fuente: elaboración propia, a partir de datos del CONAPO (2010)

básicos, como electricidad, agua entubada y drenaje; en su conjunto, podemos hablar de urbanización formal, como fraccionamientos de vivienda social y residencial, así como de colonias populares consolidadas. Caso contrario para los asentamientos con más bajos niveles de urbanización, en donde la población no siempre cuenta con la educación básica terminada, la seguridad social no se encuentra garantizada y las viviendas, por lo común, carecen de los servicios de drenaje y de agua entubada; aquí, generalmente se encuentran asentamientos clasificados como colonias populares de reciente creación.

La distribución del grado de marginación urbana en la ciudad de Mazatlán exhibe una condición de segregación socioespacial determinada, esencialmente por el nivel socioeconómico de la población. De este modo, conforme los asentamientos se aproximan a la periferia urbana, en especial hacia el sector nororiental, el grado de marginación urbana tiende a incrementarse. Por otro lado, mientras estos se van aproximando hacia el sector costero, en donde se concentra la mayor parte de la infraestructura turística de la ciudad, es posible apreciar niveles más bajos de marginación.

3.3. Distribución de la población con relación a sus características de derechohabiencia

Según datos del INEGI (2020), se identifica que las principales instituciones de salud pública que brindan servicio a la población mazateca son el IMSS, el INSABI y el ISSSTE, en donde se encuentran inscritos alrededor del 75.7 % de los habitantes. En primer lugar, tenemos a los derechohabientes del IMSS, por lo común trabajadores asalariados del sector privado, los cuales sobrepasan el 50 % de la población total; le siguen los derechohabientes del INSABI (anteriormente llamado “Seguro Popular”), atendidos por la Secretaría de Salud del Estado, y que se caracterizan por desenvolverse dentro del sector informal de la economía, lo que restringe sus posibilidades para gozar de algún tipo de seguridad social; por último, se encuentran los derechohabientes del ISSSTE, generalmente trabajadores del sector gubernamental. Cabe señalar que alrededor de un 20 % de la población no está afiliada a ninguna institución de salud, y que poco más del 2.5 % de los habitantes reciben atención médica en instituciones privadas (tabla 1).

Tabla 1

Población total por tipo de derechohabiencia

Institución	Población total	%	Total	%
IMSS	253.876	57,6	345.069	78,4
INSABI	44.766	10,2		
ISSSTE	34.810	7,9		
Otras de carácter público	11.617	2,6		
Instituciones privadas	11.207	2,5	11.207	2,5
No dispone	84.177	19,1	84.177	19,1
			440.453	100

Fuente: elaboración propia, con base en datos del INEGI (2020)

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

En el entendido de que la mayor parte de la población mazateca es derechohabiente del IMSS, es de esperarse que sus afiliados tiendan a distribuirse de forma homogénea dentro del tejido urbano (figura 4). Es así como el IMSS, gracias a su amplio margen de cober-

tura, consigue brindar seguridad social a diversos estratos sociales, ya que la ubicación espacial de sus asegurados es identificable tanto en asentamientos marginados de la periferia como en conjuntos residenciales de las áreas centrales.

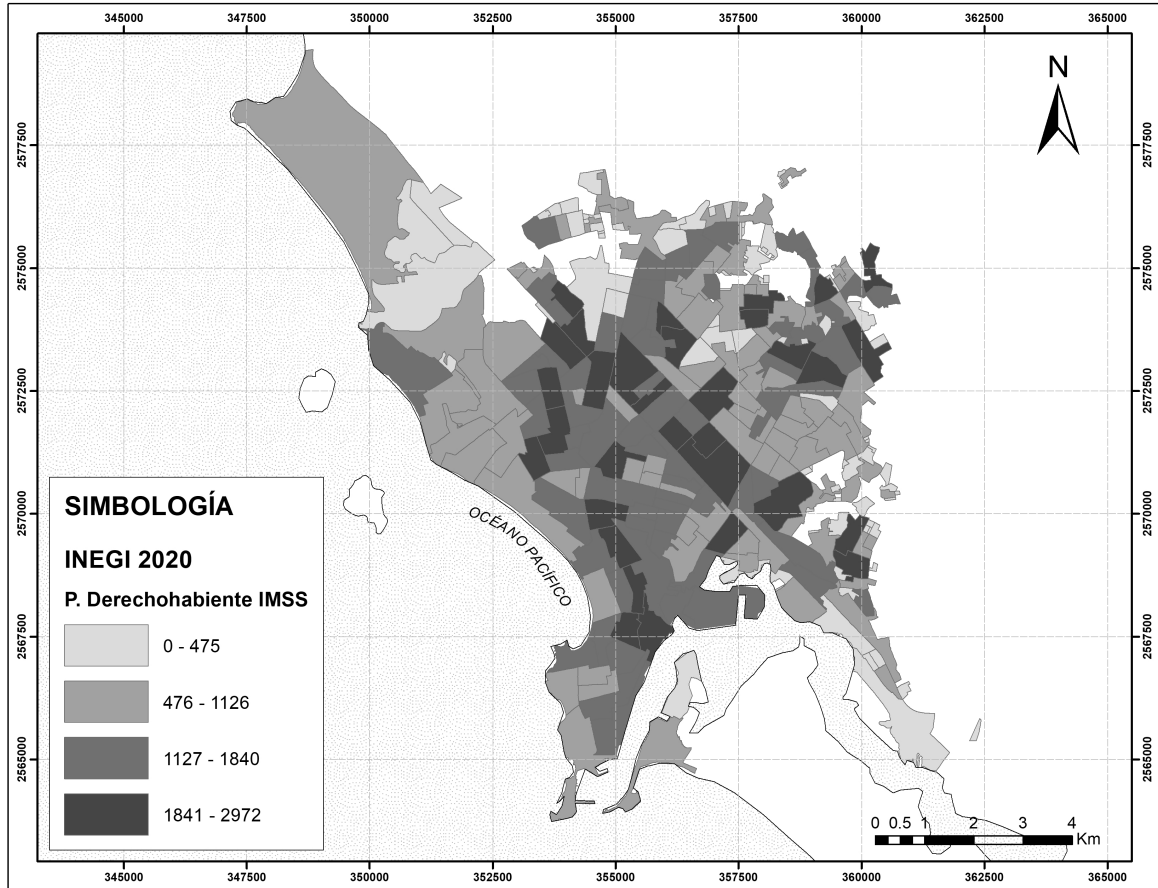


Figura 4. Distribución de la población derechohabiente al IMSS. Fuente: elaboración propia con base en datos del INEGI (2020)

En el caso del ISSSTE, es posible apreciar un menor número de derechohabientes, debido a que este tipo de seguridad social solo consigue beneficiar a los trabajadores del sector estatal o federal. Es así como la distribución de sus asegurados no resulta homo-

génea dentro del espacio urbano, a diferencia del ejemplo anterior, puesto que la mayor concentración de afiliados se localiza dentro de los asentamientos que presentan menores niveles de marginación urbana, principalmente fraccionamientos

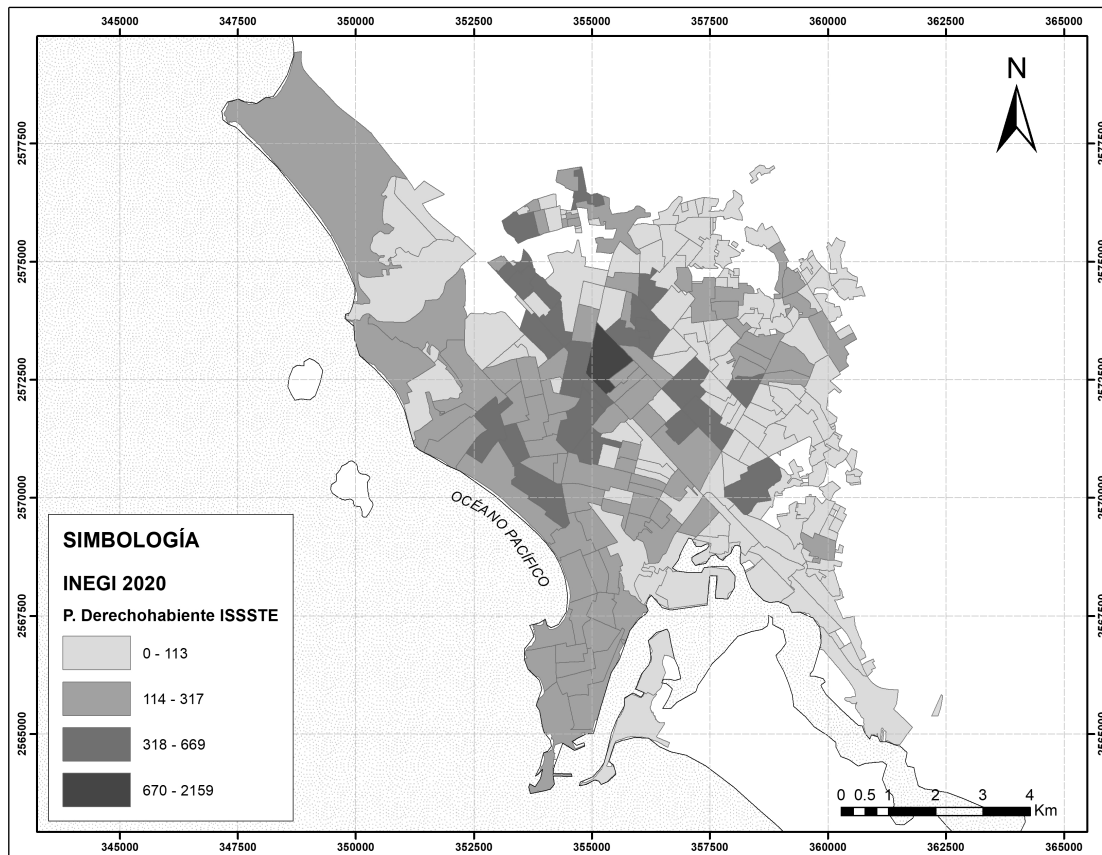


Figura 5. Distribución de la población derechohabiente al ISSSTE.

Fuente: elaboración propia elaboración propia con base en datos del INEGI (2020)

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

de interés social. Dentro de las zonas marginadas de la periferia, la localización de tales derechohabientes resulta poco significativa (figura 5). Por ende, este tipo de seguridad social es vinculable con las zonas que exhiben bajos niveles de mar-

ginación, como es el caso de los asentamientos localizados en zonas consolidadas, y en donde la población derechohabiente, por lo común, dispone de equipamientos y servicios urbanos adecuados en sus alrededores.

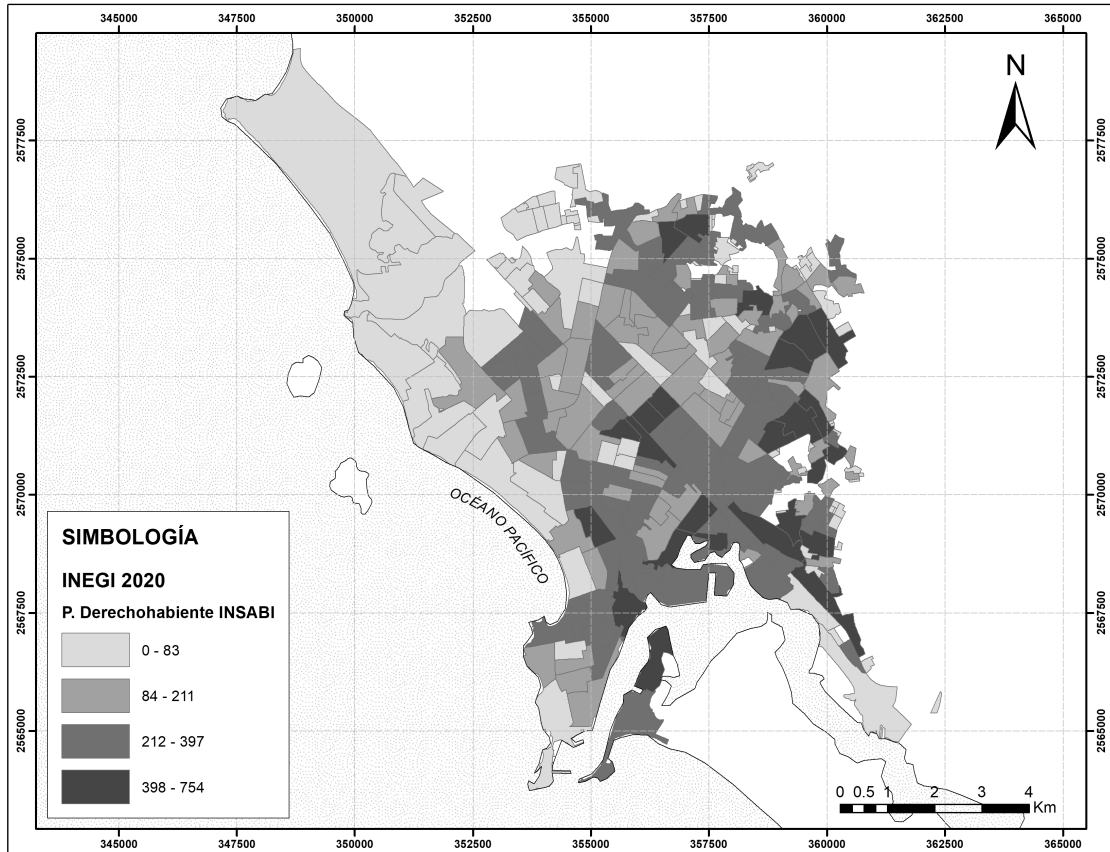


Figura 6. Distribución de la población derechohabiente al INSABI.

Fuente: elaboración propia con base en datos del INEGI (2020)

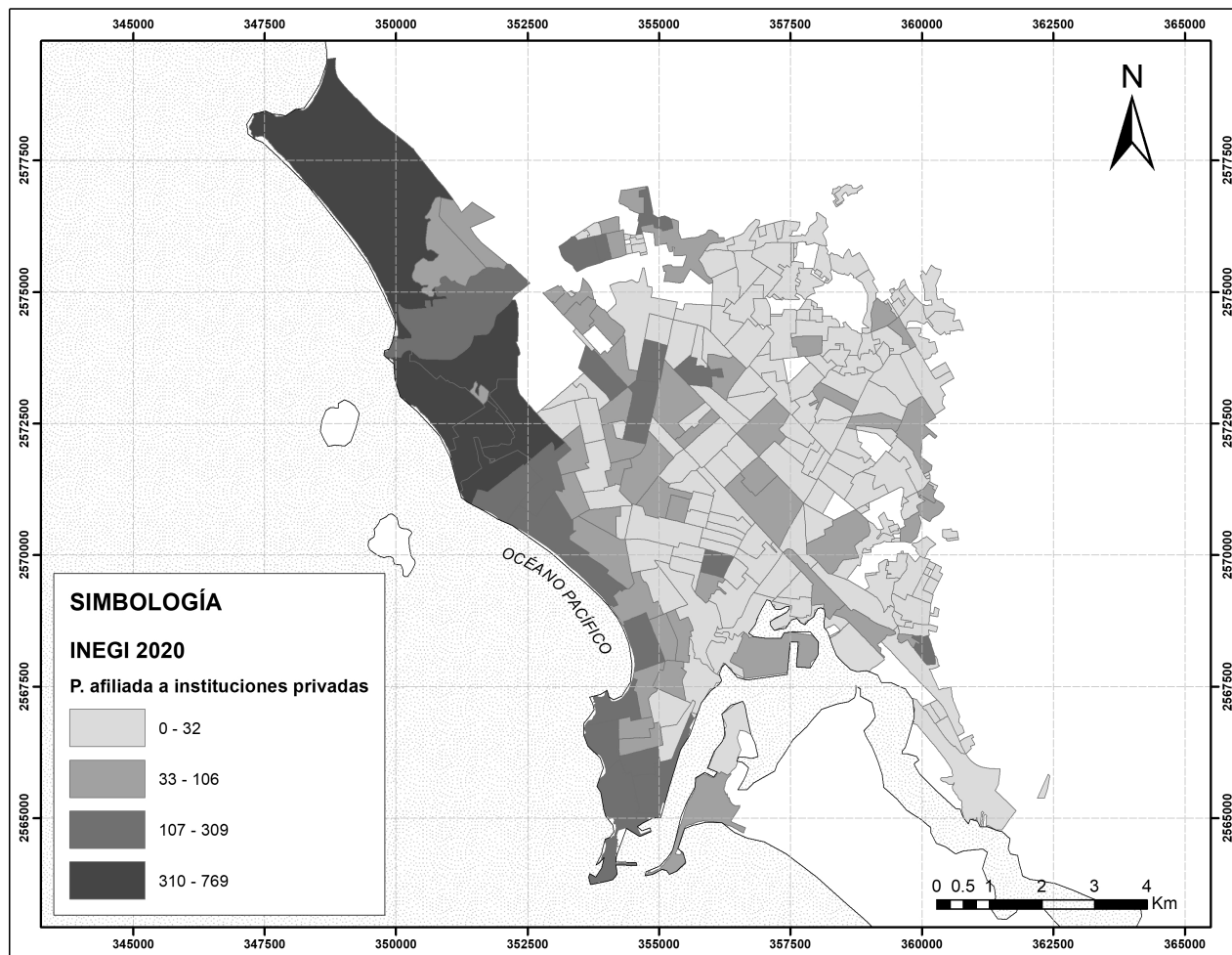


Figura 7. Distribución de la población afiliada a instituciones privadas. Fuente: elaboración propia con base en datos del INEGI (2020)

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

En cuanto a la distribución poblacional de los derechohabientes del INSABI, puede mencionarse que, a diferencia de lo esperado, este tipo de seguridad social no prevalece únicamente en asentamientos marginados, puesto que su distribución espacial resulta un tanto homogénea. No obstante, es posible apreciar que, en las zonas periféricas, en donde se localizan diversos asentamientos populares de origen irregular con altos niveles de marginación, se precisa de un mayor número de tales derechohabientes que en el resto de la ciudad (figura 6). Es así que los grupos de menores ingresos, y que apuntan a ser los más segregados en términos socioespaciales, son los principales beneficiarios de este tipo de seguridad social.

Sobre la distribución de la población afiliada a instituciones de salud privada, resulta interesante destacar la baja concentración de habitantes que disponen de este tipo de servicio dentro del conjunto de AGEB, con excepción del centro de la ciudad y de la zona turística, en donde coincidentemente se presentan los más bajos niveles de marginación urbana. Lo observado permite suponer que la población derechohabiente, en la mayoría de los casos, no cuenta con algún tipo de plan que les permita acceder además a servicios de atención médica privada. De este modo, tales servicios de salud suponen una estrecha relación con los grupos de mayor nivel socioeconómico (figura 7).

3.4. Niveles de accesibilidad a los equipamientos de salud

En esta sección se exponen los resultados obtenidos con relación a los niveles de accesibilidad a los equipamientos de salud que se presentan dentro de las AGEB analizadas, que se seleccionaron con base en un muestreo teórico no probabilístico, en

consideración de su grado de marginación urbana y de su nivel de concentración de derechohabientes a instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, INSABI) y privadas. La selección contempló un total de doce AGEB distribuidas proporcionalmente entre los tres tipos de derechohabientes analizados (IMSS, ISSSTE e INSABI), y cuatro más para los afiliados a las instituciones privadas (figura 8). El tamaño de la muestra se justifica con relación a las condiciones de visibilización de los resultados a través de cartografías, dado que una muestra mayor consigue dificultar su legibilidad.

Se propone medir los niveles de accesibilidad a los equipamientos de salud a partir de la construcción de un indicador que toma en cuenta las características físico-espaciales de las AGEB; de igual modo, en torno a las características de los distintos tipos de derechohabientes, la distancia que separa a los usuarios potenciales del punto de servicio y el nivel de cobertura de la red de transporte público. En cuanto a las características físico-espaciales de las AGEB, se contemplan las tipologías de los asentamientos (colonia popular, fraccionamientos de interés social y residencial). En cuanto a las características de los derechohabientes, se ubica el tipo de derechohabiente predominante en las AGEB (IMSS, INSABI, ISSSTE), el equipamiento de salud al que se encuentran adscritos la mayoría de los usuarios y la población total afiliada que acude a los distintos equipamientos de salud. Con respecto a la distancia que separa a usuarios potenciales del punto de servicio, se contempla la distancia en km y minutos (traslado en automóvil) que existe del centro de la AGEB a los equipamientos de salud; por último, se aborda el nivel de cobertura de la red de transporte público, en donde se especifican las rutas que se disponen en las AGEB para acudir al punto de servicio (tabla 2).

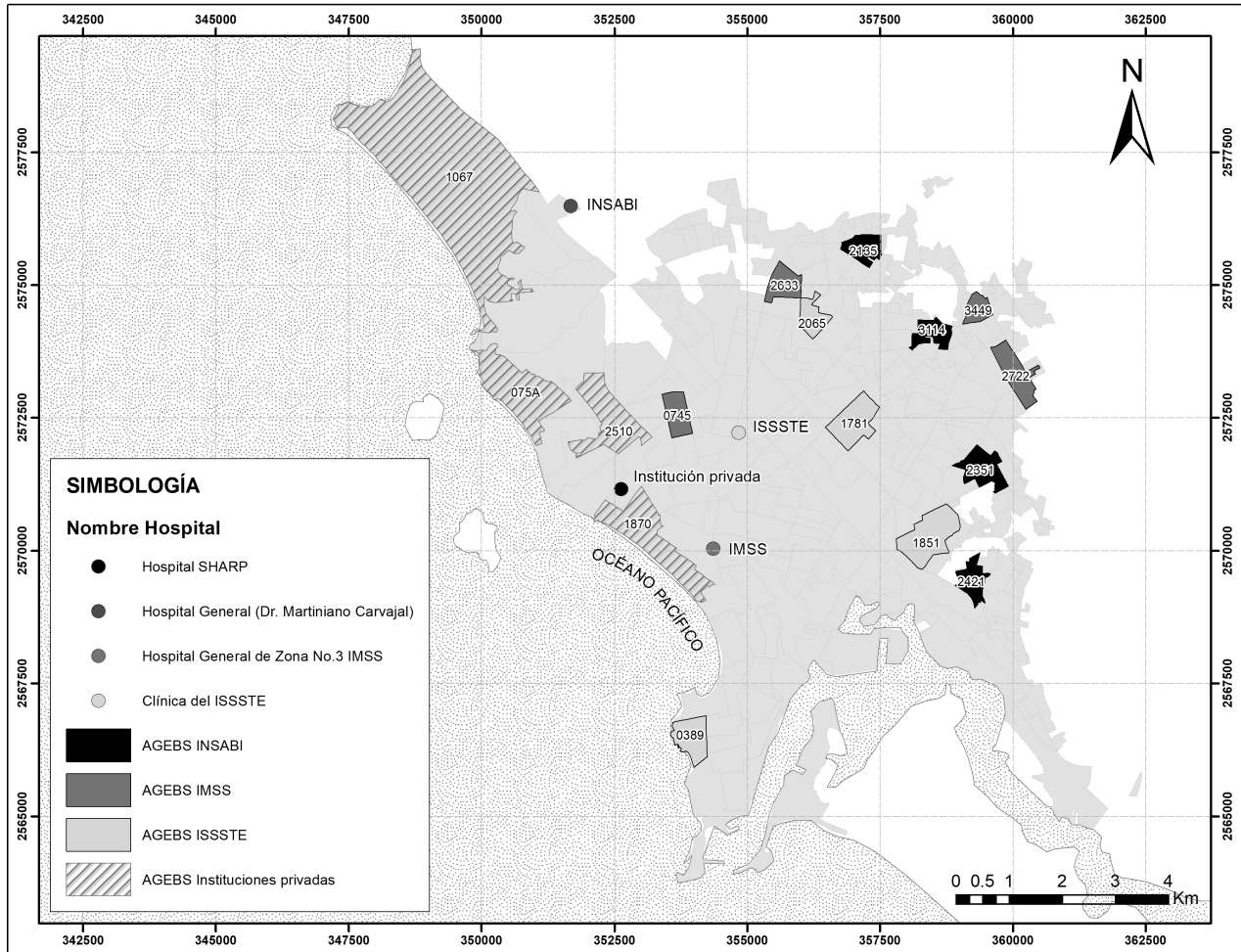


Figura 8. Selección de casos de estudio. Fuente: elaboración propia

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

Tabla 2

Resultados obtenidos en los casos de estudio

Características físico-espaciales		Características de los derechohabientes		Distancia que separa a los usuarios del punto de servicio			Cobertura de la red de transporte público		
“CLAVE AGEB”	Tipologías de los asentamientos comprendidos	Tipo de derechohabiente predominante	Equipamientos de salud adscritos	Población total afiliada	Distancia (km)	Tiempo de traslado en automóvil (minutos)	Rutas disponibles de transporte público	Rutas que requieren trasbordos	Rutas disponibles para trasbordo
2135	Colonia popular	INSABI	Hospital General de Mazatlán, “Dr. Martiniano Carvajal”	618	9,4	15	4	4	1
3114	Colonia popular			524	14,0	15	4	4	1
2351	Colonia popular			463	11,0	22	1	1	1
2421	Colonia popular			467	11,6	19	4	4	1
PROMEDIOS				518	11,5	18	3	3	1
3449	“Fraccionamiento interés social”	IMSS	Hospital General de Zona No. 3	1963	8,5	21	1	0	0
2722	Colonia popular			2209	8,9	24	1	0	0
2633	“Fraccionamiento interés social”			1160	7,1	18	2	0	0
0745	Colonia popular			2136	3,8	12	5	0	0
PROMEDIOS				1867	7,08	19	2	0	0
2065	“Fraccionamiento interés social”	ISSSTE	Hospital General del ISSSTE	372	3,4	9	3	0	0
1781	“Fraccionamiento interés social”			504	3,4	11	6	0	0
1851	“Fraccionamiento residencial”			494	6,7	12	2	0	0
0389	Colonia popular			167	8,3	21	4	0	0
PROMEDIOS				384	5,45	13	4	0	0
1067	“Fraccionamiento cerrado residencial”	“Instituciones privadas”	Hospital Sharp	498	9,4	20	2	0	0
075A	“Fraccionamiento residencial”			510	4,6	17	6	0	0
2510	“Fraccionamiento residencial”			769	1,2	5	8	0	0
1870	“Fraccionamiento residencial”			297	1	3	3	0	0
PROMEDIOS				519	4,05	11	5	0	0

Fuente: elaboración propia, con base en datos del INEGI (2020), Google Maps™ y la aplicación ENRÚTATE

Lo obtenido permite establecer que los derechohabientes del INSABI presentan mayores dificultades para acceder a los equipamientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que el resto de la población. Tal deducción obedece a que los datos obtenidos arrojaron un promedio de dieciocho minutos (11.5 km) para efectuar el traslado desde el lugar de residencia de los asegurados hasta el equipamiento de salud correspondiente, según cálculos de tiempos de recorrido en automóvil, obtenidos de *Google Maps™*. Por ende, es de esperar que de realizar este trayecto en transporte público los tiempos de viaje tiendan a incrementarse, en esencia porque para estos grupos dicho viaje implica la realización de transbordos. Además, en el entendido de que la mayor concentración de población perteneciente al INSABI se da dentro de colonias populares marginadas del sector de la periferia nororiente, el traslado a los equipamientos adquiere mayores implicaciones si se toma en cuenta el factor económico.

En segundo lugar se encuentran los afiliados al IMSS, dado que a diferencia del caso anterior, buena parte de los asegurados se encuentran ligeramente más próximos al equipamiento de salud de dicha institución, en donde son ofrecidos los tres niveles de atención; sin embargo, el número de afiliados al IMSS resulta notablemente superior al de las otras instituciones de salud, por lo que las implicaciones en cuanto a la accesibilidad consiguen tener repercusiones en un mayor número de derechohabientes. Así mismo, lo recabado permite señalar que la población afiliada al IMSS que se encuentra mayormente segregada al equipamiento correspondiente reside en fraccionamientos de interés social de la periferia, caracterizados por su baja diversificación en los del suelo y en donde tanto equipamientos como espacios públicos resultan insuficientes. Esta

situación hace que el transporte privado resulte un medio indispensable para muchos de estos habitantes, puesto que los tiempos de traslado calculados se encuentran entre los 20 minutos (7.08 km), y las rutas disponibles de transporte público para la realización de estos viajes son reducidas, con la ventaja de que en este caso los trayectos que se realizan por este medio no requieren transbordos.

Se identifica que los habitantes segregados en menor medida del equipamiento de salud pública que les corresponde cuentan con afiliación al ISSSTE, situación que puede obedecer, en parte, a que dicha institución atiende a un menor número de derechohabientes, además de que en los casos en que se precisa una mayor concentración de estos asegurados, los tiempos de traslado toman alrededor de trece minutos (5.45 km), sumado a que la disponibilidad de rutas de transporte público fue mayor a la de los otros casos mencionados. Estos datos pueden vincularse con el nivel socioeconómico de tales habitantes, por lo general localizados en zonas consolidadas que presentan muy bajos niveles de marginación urbana, en donde se ubican algunos fraccionamientos que concentran vivienda de interés social y residencial.

Por último, los datos arrojados con relación a la población afiliada a las instituciones privadas dieron lugar a diversos hallazgos; por ejemplo, que los mayores niveles de concentración de tales afiliados se dan dentro del sector turístico, en donde por lo común habitan los grupos de mayor nivel socioeconómico; que el equipamiento de salud de tales características se encuentra próximo a su lugar de residencia, lo que se ve reflejado en menores tiempos de traslado; además, disponen de la mejor infraestructura vial y de transporte público de la ciudad. Así, pues, se deduce que la población que puede gozar de estos servicios

de salud no afronta las dificultades en el acceso a los equipamientos de salud de muchos de los derechohabientes de las instituciones públicas.

4. Conclusiones

Los resultados del artículo permiten señalar la existencia de una segregación socioespacial a los equipamientos de salud pública en la ciudad de Mazatlán, México, vinculada con la homogeneidad de las características socioeconómicas de la población en las zonas habitacionales, con una marcada concentración de los grupos de estratos socioeconómicos altos y medios en un solo extremo de la ciudad (MORENO & NÚÑEZ, 2013). Tal como lo mencionan MURILLO *ET AL.* (2011) y SABATINI (2003), este es el tipo de segregación predominante en la mayor parte de las ciudades latinoamericanas, hecho que imposibilita la provisión equitativa de infraestructura y de servicios urbanos; en este caso, la accesibilidad equitativa a los servicios de salud.

Se constata que, a diferencia de las grandes ciudades, caracterizadas por su proceso de homogeneización de clases, fragmentación e incrementos de la segregación socioespacial a pequeña escala (BORS-DORF, 2003; JANOSCHKA, 2002), la estructura urbana de las ciudades turísticas de litoral se encuentra fuertemente polarizada y dividida en términos socioespaciales; por un lado, se da muestra de las características de la ciudad central, en donde se concentran los principales atractivos y amenidades turísticas, y, por el otro, las particularidades de la ciudad periférica, en donde se asienta la mayor parte de la población local (BAÑOS, 2012). Es así como las zonas que exhiben menores niveles de marginación urbana tienden a concentrarse alrededor del centro urbano y de la zona costera, en donde se ubica la mayoría de

los equipamientos, además de que los usos del suelo resultan bastante diversificados; esto, a su vez, es coincidente con los puntos en donde se identifican los mayores niveles de dotación de equipamientos de salud. Por otro lado, en la periferia urbana del sector nororiente, donde reside la mayor parte de la población local, la acción ininterrumpida de los agentes privados inmobiliarios y la poca participación de las autoridades locales en los procesos de urbanización provocaron un desequilibrio en la distribución de servicios e infraestructura.

Se aprecia que los grupos derechohabientes localizados en zonas de alta marginación, y que generalmente resultan afiliados a los servicios que ofrece el INSABI, suponen ser los más segregados para acceder a los equipamientos de salud pública, hecho que deriva en mayores tiempos de traslado ante la distancia que los separa del punto de servicio (GARROCHO, 1993; BASS, 2015), así como por la poca eficiencia de la red transporte público, lo que genera dependencia en el uso del automóvil, así como mayor nivel de gastos en el hogar en materia de transporte. Por otro lado, los grupos de mayores ingresos en la ciudad gozan de la posibilidad de contar con servicios de salud en instituciones privadas, además de que son los que menos tiempo requieren para su traslado, considerando, además, que disponen de la mejor infraestructura vial y de transporte para ello. Por ende, los niveles de accesibilidad a los equipamientos de salud en la ciudad de Mazatlán, México, se encuentran altamente condicionados por las características socioeconómicas de la población. Dichos hallazgos podrían coincidir dentro de otras categorías de equipamiento social, como en educación y cultura, recreación y deporte, entre otras.

Lo obtenido da muestra de algunos elementos que pueden ser tomados en consideración para la futura toma de decisiones, en relación con la optimización en la localización de los equipamientos de salud en la ciudad, manteniendo en funciones a los existentes. Se pretende que este tipo de investigaciones abonen a una problemática poco explorada dentro de las denominadas ciudades turísticas intermedias, ya que, a diferencia de las grandes ciudades, estas dan mues-

tra de un comportamiento peculiar que merece ser estudiado en mayor profundidad. Se espera que los resultados de este trabajo contribuyan a la comprensión de algunos de los fenómenos ampliamente estudiados en las grandes ciudades dentro del contexto de la ciudad turística intermedia; en este caso, la segregación socioespacial en el acceso a los equipamientos que otorgan un servicio de carácter esencial para la continuidad de la vida misma, como es la salud.

Referencias bibliográficas

- Arteaga, I.** (2005). De periferia a ciudad consolidada estrategias para la transformación de zonas urbanas marginales. *Revista Bitácora Urbano Territorial*, 9(1), 98-111.
- Baños, J.** (2012). Ocupación del territorio litoral en ciudades turísticas de México. *Bitácora Urbano Territorial*, 1(20), 41-52.
- Borsdorf, A.** (2003). Cómo modelar el desarrollo y la dinámica de la ciudad latinoamericana. *EURE*, 29(86), 37-49.
- Bournazou, E.** (2010). El espacio en los estudio de la pobreza urbana. En A. Iracheta & E. Soto (Eds.), *Impacto de la vivienda en el desarrollo urbano: una mirada a la política habitacional en México* (pp. 487-509). El Colegio Mexiquense, AC.
- Cohen, B.** (2006). Urbanization in developing countries: Current trends, future projections, and key challenges for sustainability. *Technology in society*, 28(1-2), 63-80.
- CONAPO** (2010). *Datos abiertos del índice de marginación*. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_abiertos_del_Indice_de_Marginacion
- Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H. & Frenk, J.** (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53, s220-s232.
- 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(2), 427-444.
- Guevara, T.** (2015). Abordajes teóricos sobre las transformaciones sociales, económicas y territoriales en las ciudades latinoamericanas contemporáneas. *EURE*, 41(124), 5-24.
- Harvey, D.** (2007). *Urbanismo y desigualdad social* (séptima ed.). Siglo XXI.
- Harvey, D.** (2013). *Ciudades rebeldes: Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Ediciones Akal.
- Harvey, D. & Castro, C.** (2008). La libertad de la ciudad. Antípoda. *Revista de antropología y arqueología* (7), 15-29.

Segregación socioespacial en el acceso a equipamientos de salud en Mazatlán, México

- Henríquez, M.; González, M.; Arrieta, H. & Marcucci, A.** (2014). Análisis de la distribución de los equipamientos urbanos del sector salud en el Municipio Maracaibo. *Gaceta técnica*, 11(1), 43-57.
- Ibarra, R.** (2007). Segregación socio-espacial en ciudades turísticas: El caso de Canela (RS), Brasil. *Estudios y perspectivas en turismo*, 16(2), 195-215.
- INEGI** (2020). *INEGI: Censo de Población y Vivienda 2020*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Datos_abiertos
- Janoschka, M.** (2002). El nuevo modelo de la ciudad latinoamericana: fragmentación y privatización. *EURE*, 28(85), 11-20.
- López-López, Á.; Cukier, J. & Sánchez-Crispín, Á.** (2006). Segregation of tourist space in Los Cabos, Mexico. *Tourism Geographies*, 8(4), 359-379.
- Mauricio, R. & Bass, S.** (2015). Planificación urbana y equipamiento para la salud en Ciudad Juárez. In V. Orozco (Ed.), *Chihuahua Hoy 2015: visiones de su historia, economía, política y cultura* (Vol. 13, pp. 401-441). Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Moreno, C. L. & Núñez, M. A.** (2013). El imaginario urbano de la ciudad turística y la segregación residencial como resultado del desarrollo local de Mazatlán. En H. Roldán & G. B. Mascareño (Eds.), *Imaginarios Urbanos en las Ciudades Red* (primera ed., pp. 289-295). UAS.
- Murillo, F.; Schweitzer, M.; Artese, G.; Díaz, S.; Schweitzer, P.; Snitcofsky, V. & Tabbita, J.** (2011). Planear el barrio. Urbanismo participativo para construir el derecho a la ciudad. En F. Murillo & M. Schweitzer (Eds.), *Urbanismo participativo para construir el derecho a la ciudad*. Buenos Aires, AG: Cuentahilos Ediciones (pp. 42). <http://urbanhabitat.com.ar/data/Planear%20el%20Barrio.pdf>
- Ortega, A. O. & Llop-Torne, J. M.** (2020). La ciudad intermedia: crecimiento y dinámicas de desarrollo. *Territorios* (43), 1-8.
- Ortiz, I.** (2015). La economía informal en Bolivia y su vínculo con los asentamientos populares. En V. Jorge, Q. Katrin, J. Sonia, R. Melba, B. Andrea, O. Isabel, & L. Javier (Eds.), *Dinámicas de los mercados inmobiliarios en los países en desarrollo. Aspectos teóricos-metodológicos y estudios de caso*. (pp. 189-220). Centro de Estudios de Población.
- Osuna, J., & Cortés, M.** (2019). Expansión y consolidación de las urbanizaciones populares en la periferia de Mazatlán, México (1970-2010). *Revista F@ro*, 2(30), 183-209.
- Pérez-Campuzano, E.** (2010). Segregación socioespacial en ciudades turísticas, el caso de Puerto Vallarta, México. *Región y sociedad*, 22(49), 143-176.
- Ramírez, L.** (2004). Localización de equipamientos deseables en los hospitales de la Provincia del Chaco (Argentina). In J. Bosque & A. Moreno (Eds.), *Sistemas de Información Geográfica y localización de instalaciones y equipamientos* (pp. 205-245). Ra-Ma.
- Sabatini, F.** (2003). La segregación social del espacio en las ciudades de América Latina. *Serie Azul*, 35(2003), 59-70.
- 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.

