



## Importancia de la infraestructura para el sector salud en la ciudad de Acapulco de Juárez del estado de Guerrero, México

**Oliver Adame Estrada<sup>1</sup>**

[a20192911@uhipocrates.edu.mx](mailto:a20192911@uhipocrates.edu.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-5607-8569>

Universidad Hipócrates  
Facultad de Ciencias Exactas,  
Ingenierías y Tecnologías  
Licenciatura en Arquitectura Urbanista  
Acapulco de Juárez, Guerrero – México

**Franco Ernesto Tapia Guillen**

[tapiafranco@uhipocrates.edu.mx](mailto:tapiafranco@uhipocrates.edu.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-6927-1579>

Universidad Hipócrates  
Facultad de Ciencias Exactas,  
Ingenierías y Tecnologías  
Licenciatura en Arquitectura Urbanista  
Acapulco de Juárez, Guerrero – México

### RESUMEN

El presente documento refiere al análisis urbano del déficit de equipamiento destinado al servicio de la salud en la ciudad de Acapulco de Juárez del Estado de Guerrero, a través de una investigación documental y estadística con enfoque mixto, se escudriñó las necesidades colectivas del sector urbano denominado Anfiteatro, y posteriormente se realizó un análisis demográfico para conocer la demanda actual. Mediante el método exegético se abordaron las disposiciones normativas que emite el Gobierno Federal en México para impulsar y proporcionar recursos económicos en el desarrollo de infraestructura, obteniendo como conclusión recomendaciones legales de la necesidad de proporcionar al municipio y estado un equipamiento que satisfaga la demanda urbana.

*Palabras clave:* déficit de equipamiento; hospital de especialidades; infraestructura hospitalaria

---

<sup>1</sup> Autor Principal

## **Importance of infrastructure for the health sector in the city of Acapulco de Juárez in the State of Guerrero, Mexico**

### **ABSTRACT**

This document refers to the urban analysis of the deficit of equipment for the health service in the city of Acapulco de Juárez in the State of Guerrero, through documentary and statistical research with a mixed approach, the collective needs of the urban sector called Amphitheater, and later a demographic analysis was carried out to know the current demand. Through the exegetical method, the normative provisions issued by the Federal Government in Mexico were addressed to promote and provide economic resources in the development of infrastructure, obtaining as a conclusion legal recommendations of the need to provide the municipality and state with equipment that satisfies urban demand.

**Keywords:** *equipment deficit; specialty hospital; hospital infrastructure*

*Artículo recibido 05 abril 2023*

*Aceptado para publicación: 20 Mayo 2023*

## INTRODUCCIÓN

“La atención primaria de salud es un concepto elástico. Su interpretación y aplicación varían mucho en las distintas partes del mundo” (De Geyndt, 1983).

### **La Organización Panamericana de la Salud, (2023) menciona que:**

La Región de las Américas es una de las regiones más urbanizadas del mundo en desarrollo. Las consecuencias para la salud que resultan de la evolución de los estándares de la vida urbana presentan enormes retos, así como oportunidades para cambios visionarios, para las poblaciones urbanas de las Américas.

### **Martínez & Leal, ( 2005) describen que:**

Los intentos de proveer servicios preventivos a los habitantes de los enormes conglomerados instalados en los abigarrados laberintos de las colonias populares de las grandes ciudades se enfrentan con un doble reto: la magnitud de la población a cubrir y la gran libertad de uso que se dan a sí mismas las poblaciones objetivo (p.157).

De acuerdo con el Ministerio de sanidad y política social de España (2003) afirma “Un hospital de especialidades es un hospital dotado de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes.”(p.4)

México es un mosaico de enormes contrastes y desigualdades sociales. En el campo de la salud, las transiciones demográfica, epidemiológica, económica y social han profundizado las diferencias entre los grupos que compone el entramado social: rural/urbano, pobres y no pobres, géneros, indígenas, grupos de edad, entre otros (Juan, y otros, 2013).

Las especialidades médicas son requeridas en el país, debido a que los índices de mortalidad en México son debido a enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) menciona que:

Las enfermedades crónicas son padecimientos que presentan una larga duración (mayor a 6 meses) y de progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y por lo mismo son catalogadas como no transmisibles. Los cuatro tipos de enfermedades crónicas más

relevantes son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y la diabetes (p.1).

El comunicado de prensa número 24/22 del Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI) menciona que las principales causas de muerte en México en el periodo de Enero-Junio del año 2021 fueron el COVID-19 con 145,159 personas fallecidas, por enfermedades del corazón fallecieron 113,899 personas, por Diabetes Mellitus fallecieron 74,418 personas, por Tumores Malignos fallecieron 44,197 personas, por Influenza y Pulmonía fallecieron 20,956 personas, por Enfermedades del Hígado fallecieron 20,644 personas, por Enfermedades Cerebrovasculares fallecieron 18,843 personas y por Insuficiencia Renal fallecieron 3,033 personas.

**De acuerdo con el Centro de integración Juvenil, A.C. (2015) en el Estado de Guerrero:**

...las causas de muerte, en orden de mayor a menor frecuencia, se encuentran las enfermedades del corazón (enfermedades isquémicas del corazón), Diabetes Mellitus, agresiones, tumores malignos (del estómago, de la próstata), accidentes de tráfico de vehículos...

**Por otro lado, Celis (2021), señala que:**

En el último año los más de cien centros del sistema del sector salud, a causa de la pandemia o de manera deliberada, las clínicas y hospitales redujeron entre 42% y 49% las consultas a los derechohabientes de enfermedades como cáncer, hipertensión, obesidad y otras crónico-degenerativas.

Esta es la razón principal de la disminución de la compra de medicamentos por parte del gobierno y de la eventual escasez de oferta en algunas áreas terapéuticas de atención a la población. Una segunda razón es la anarquía en las compras públicas que ha provocado la alianza Unops-Insabi.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporto en 2020, que solamente el 73% de los mexicanos, *i.e.*, 92.5 millones de personas, están afiliados a algún servicio de la salud de la seguridad social (Tabla 1).

**Tabla 1.** Afiliación de la población mexicana a los servicios de salud de seguridad social.

<b>Institución de seguridad social</b>	<b>Afiliados (millones de personas)</b>
Instituto Mexicano del Seguro Social	47.2
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	8.1
Marina y Defensa Nacional	1
Instituto de Salud para el Bienestar	32.8
Instituciones privadas	2.6
Sin afiliación	34.2

La reducción de consultas a derechohabientes con enfermedades crónica-degenerativas, la reducción de compra de medicamentos por parte del gobierno federal y la estadística poblacional por parte de INEGI nos hace ver la deficiencia que tiene el sector salud en el país y como esto es una afectación a la población debido a que no pueden atender sus enfermedades correctamente en el sector de salud público y tienen que recurrir a instituciones privadas.

Teniendo en cuenta que el salario promedio mensual de un guerrerense de acuerdo a Data México (2022) es de \$2,990 pesos mexicanos y una consulta con un especialista en Cardiología, Oncología, Traumatología o Endocrinología tienen un costo alrededor de los \$800 a los \$1500 pesos (Fuente de la página de consultas médicas Doctoralia), ahora sumando los estudios, los tratamientos y hospitalización no existe posibilidad de poder cubrir esos costos con el promedio mensual de un guerrerense.

El presidente del Grupo Banco Mundial Jim Yong Kim (2018) afirma:

La falta de atención médica no solo es injusta, sino que también es un desperdicio del potencial humano y el capital humano de un país. El capital humano son los conocimientos, las habilidades y la salud que las personas acumulan a lo largo de su vida y que les permiten desplegar su potencial como miembros productivos de la sociedad. La salud es un elemento fundamental del capital humano de un país. Sin una buena salud, los niños no pueden ir a la escuela y aprender, y los adultos no pueden trabajar y contribuir a sus hogares y economías (p.2).

La carencia de una buena atención médica en el país es una agravante que no solo afecta la salud de la población si no al mismo país de forma socioeconómica, como mencionaba el presidente del Grupo Banco mundial el no tener una buena salud afecta a la productividad de la población en la sociedad, y la salud aparte de ser un elemento fundamental del capital humano es una obligación proveerla por parte del gobierno.

El exsecretario de Salud del estado de Guerrero Carlos de la Peña Pintos en (2019) afirmó “En Guerrero se calcula que hay por lo menos 260 mil personas que padecen diabetes, de los cuales solo 60 mil llevan un ligero control sobre la enfermedad.”

Estas cifras son alarmantes, de acuerdo al exsecretario de salud solo el 23 % de los guerrerenses que padecen diabetes, atienden su salud, por lo cual el otro 77% de la población que padecen de una enfermedad crónica degenerativa sin ninguna atención médica, y la diabetes siendo la segunda enfermedad causante de la muerte a nivel estatal implica un verdadero reto para las instituciones, debido a que se requiere realizar tareas intensas de concientización sobre la prevención de esa enfermedad y el adecuado y organizado tratamiento que incluye medicamento, sana alimentación y ejercicio.

En el artículo 4° de La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1983) se establece que:

...Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social...

En el Plan Estatal de Desarrollo de Guerrero 2022-2027 se establece que en el estado de Guerrero se cuenta con un solo hospital público de alta especialidad. Se trata del Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega", categorizado como hospital de 3er. Nivel.

De acuerdo con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) (2020) un hospital de 3er. Nivel se caracteriza por:

...realizar todas las actividades encaminadas a restaurar la salud y habilitar a pacientes referidos por los anteriores niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas, empleando tecnología médica compleja y altamente especializada.

Siendo sus funciones principales la curación y la rehabilitación de pacientes.

Las Normas de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (1991) en su sistema normativo de equipamiento urbano tomo II sobre Salud y Bienestar Social habla sobre lo que requiere un hospital de especialidades, mencionando que:

- Unidad médica de tercer nivel que atiende aproximadamente el 3% de la demanda total.
- Brinda atención médica a la población para enfermedades complejas que requieren servicios altamente especializados.
- Funge como un centro dedicado a la investigación y la enseñanza.
- Cuentan con recursos humanos y técnicos altamente especializados.
- A este lugar llegan pacientes que por su gravedad son considerados poco frecuentes de alta complejidad.
- Son de cobertura regional o nacional y se ubican en grandes urbes.
- La capacidad ronda entre las 200 y 400 camas para hospitalización.

Una de las limitantes mencionada por la fuente citada es la variabilidad “en cuanto a su capacidad, tipo y número de especialidades, y dimensiones físicas”; dificultando el planteamiento de criterios de planeación y gestión de su política normativa.

Por lo antes expuesto, el presente trabajo se orientó a través de la siguiente pregunta indagativa:

¿Qué se necesita para poder desarrollar un Hospital de especialidades que pueda cubrir las necesidades de la población en Acapulco de Juárez, Guerrero?.

## **METODOLOGÍA**

El presente documento se realizó mediante una investigación documental y estadística, con enfoque mixto, realizando un análisis demográfico y de crecimiento poblacional, aplicando el método exegético para la determinación de la normatividad aplicable al desarrollo de infraestructura destinada al sector salud, concluyendo con la descripción del panorama actual de déficit o superávit del equipamiento, así como la importancia y justificación técnica para el desarrollo de proyectos urbanos de salud pública.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **Hospital de especialidades**

Partiendo del objetivo de investigación que es desarrollar una “Análisis de la importancia de la Infraestructura de un Hospital de Especialidades en el Estado de Guerrero, México”

**De acuerdo con el Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega" (año), este instituto es el único hospital de especialidades que existe en el estado, guardando las siguientes características:**

- Es un organismo público descentralizado del gobierno estatal.
- Brinda servicios médicos oncológicos a la población del estado de Guerrero.
- Atiende a población interestatal *i.e.*, procedente de Oaxaca (7%) y de Michoacán (10 %).
- Cuentan con convenios de subrogación interinstitucionales.
- Realiza más de 900 exámenes histopatológicos al año además del tratamiento general de pacientes oncológicos.

### **Equipamiento Hospitalario**

De acuerdo con Vacarezza, Álvarez, Sosa, & Vignolo, (2011) el tercer nivel de tratamiento está reservado para hacer frente a los problemas más inusuales, por lo cual está obligado a atender con procedimientos específicos y de tecnología avanzada las patologías más complejas que afectan a la población. Debe abarcar todo el país o la gran mayoría de el mismo. En este nivel se solucionan alrededor de 5 problemas de salud emergentes en el mundo.

### Algunos ejemplos de estas instituciones son:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con Hospitales Regionales y de Especialidad, y Centros Médicos.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a través de Hospital General y Hospital Regional.
  - La secretaria de Salud (SS) a través de los Hospitales Generales, Hospitales de Especialidades e Institutos Nacionales.

### Marco jurídico de la Infraestructura Hospitalaria

En México, la infraestructura hospitalaria está regulada por un conjunto de normas oficiales de carácter obligatorio que regulan varios aspectos de gestión, funcionamiento y edificación. Esta normatividad se resume en la tabla 2.

**Tabla.2** Normas Oficiales Mexicanas de infraestructuras hospitalarias.

Nombre de la norma	Aspectos regulados
NOM-016-SSA3-2012	Características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
NOM-001-SEDE-2005	Utilización de instalaciones eléctricas.
NOM-001-SEMARNAT-1996	Establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales en aguas y bienes nacionales.
NOM-002-SSA3-2007	Organiza el funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
NOM-003-SSA3-2010	Establecida para la práctica de hemodiálisis.
NOM-005-SSA3-2010	Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
NOM-006-SSA3-2011	Establecida para la práctica de la anestesiología.
NOM-007-SSA3-2011	Establecida para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
NOM-026-STPS-2008	Regula los colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías.
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Establecida para la protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

NOM-127-SSA1-1994	Regula la salud ambiental, agua para uso y consumo humano-Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
NOM-168-SSA1-1998	Regula el expediente clínico.
NOM-172-SSA1-1998	Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados.
NOM-205-SSA1-2003	Establecida para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
NOM-206-SSA1-2002	Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.
NOM-208-SSA1-2002	Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
NOM-229-SSA1-2002	Regula la salud ambiental y los requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
NOM-233-SSA1-2003	Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Un Clínica de especialidades de la Secretaría de Salud y del IMSS es muy versátil, en cuanto a su volumen, tipo y número de particularidades de atención clínica y espacios arquitectónicos, por tal motivo los criterios normativos no pueden ser estandarizados, estos dependerán de las necesidades particularidades de una región o localidad para su dotación.

**Tabla 3.** Análisis normativo.

<b>Criterios normativos</b>	<b>SSA</b>	<b>IMSS</b>
<b>Cobertura de la demanda total.</b>	<b>3-5% de los casos</b>	<b>3% de los casos</b>
<b>Camas censables.</b>	<b>30-400</b>	<b>200-400</b>
<b>Consulta y hospitalización de especialidades.</b>	psiquiatría, pediatria, ginecobstetricia, materno infantil, traumatología, ortopedia, cardiología, neumología, oncología, entre otras especialidades.	gineco-obstetricia, traumatología, cardiología, neumología y oncología entre otras especialidades

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDESOL, Sistema normativo de equipamiento, tomo II, Salud y asistencia social.

**Tabla 4.** Necesidades de atención.

<b>Número de habitantes</b>	<b>Cantidad de camas requeridas</b>
150,000	60
225,000	90
300,000	120
450,000	180

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDESOL, Sistema normativo de equipamiento, tomo II, Salud y asistencia social.

**Tabla 5.** Análisis de población a beneficiar

<b>Municipio</b>	<b>Población</b>
Acapulco	779,566
San Marcos	50,124
Coyuca de Benítez	73,056
<b>Total</b>	<b>902,746</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2020

**Tabla 6.** Análisis de asistencia

	(%) Acapulco	No. De personas	(%) San Marcos	No. De personas	(%) Coyuca de Benítez	No. De personas
Derechohabiente al ISSSTE	13.8	107,580	9.9	4,969	12.1	8,839
Derechohabiente al IMSS	51.2	399,137	7.6	3,809	13.5	9,862
Población no derechohabiente	35	272,848	82.5	41,352	74.4	54,353

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2020

**Tabla 7.** Tabla e población derechohabiente

Municipio	Población no derechohabiente
Acapulco	272,848
San Marcos	41,352
Coyuca de Benítez	54,353
<b>Total</b>	<b>368,553</b>

Fuente: INEGI, 2020

**Tabla 8.** Número de camas censables

	Hospital general de Acapulco “El quemado”	Hospital General Regional 1 Vicente Guerrero	Hospital General del ISSSTE
No. De Camas censables	120	331	80

Fuente: Elaboración propia

**Análisis del sector de recomendación para la instalación del equipamiento urbano para el sector de la salud.**

## Análisis del Sector Anfiteatro en Acapulco

### Imagen 1.

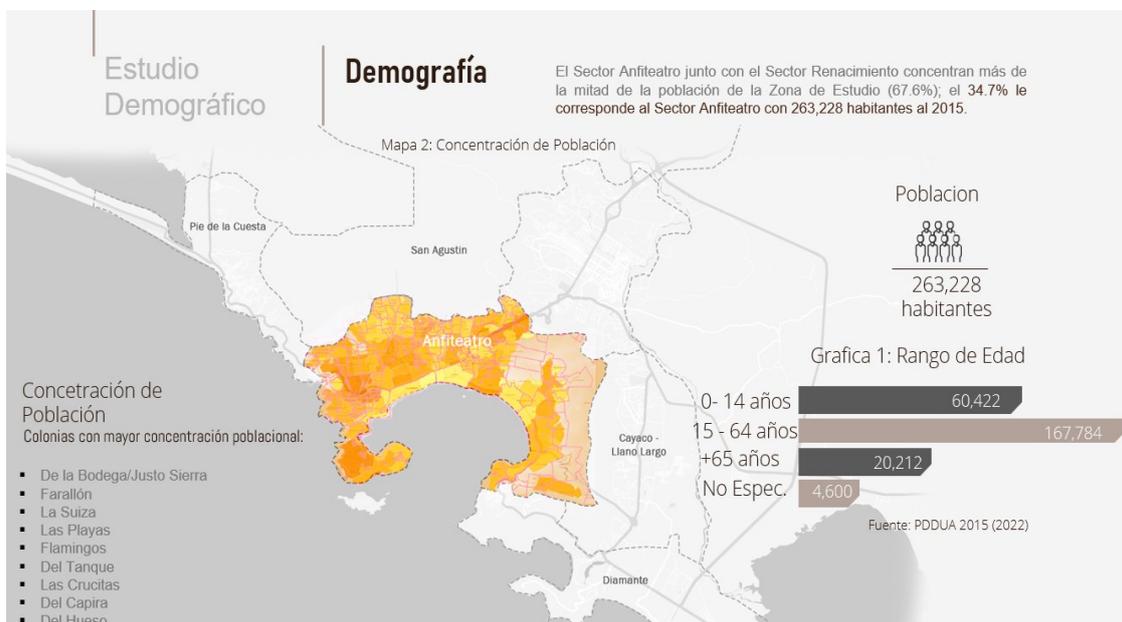
#### Descripción del anfiteatro



Fuente: Elaboración propia

### Imagen 2.

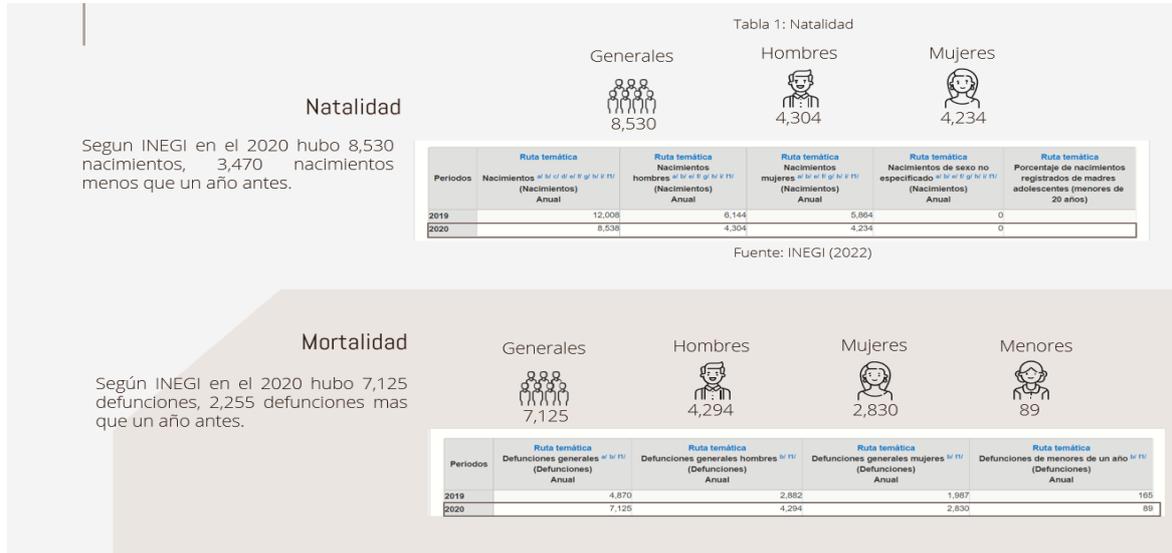
#### Análisis de concentración de población en el Anfiteatro



Fuente: Elaboración propia

### Imagen 3.

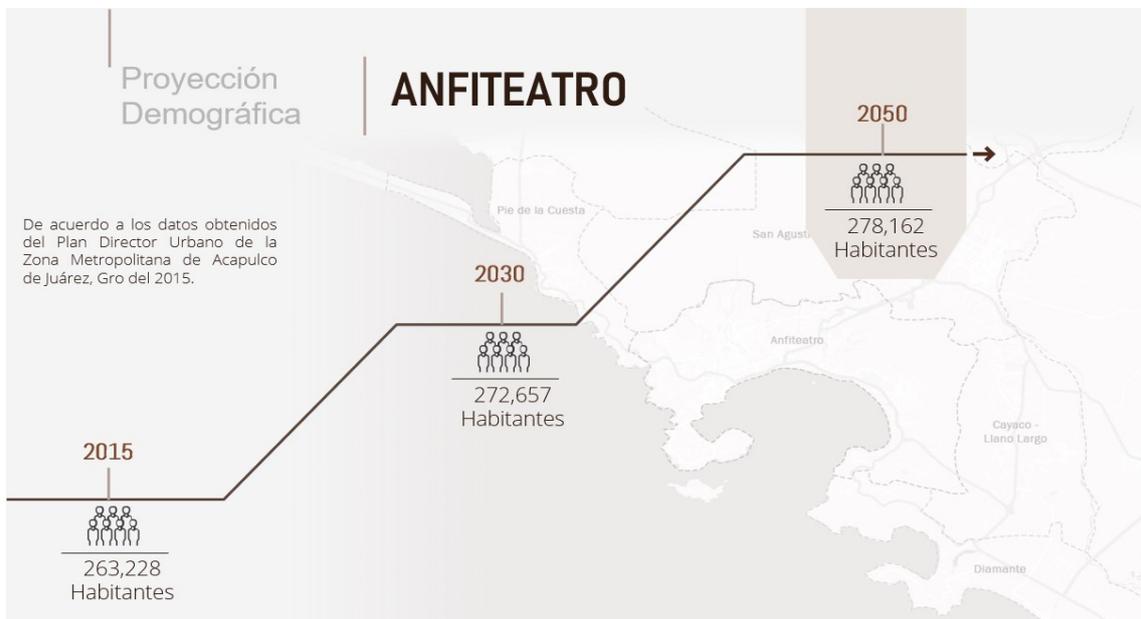
#### Natalidad y Mortalidad



Fuente: Elaboración propia

### Imagen 4.

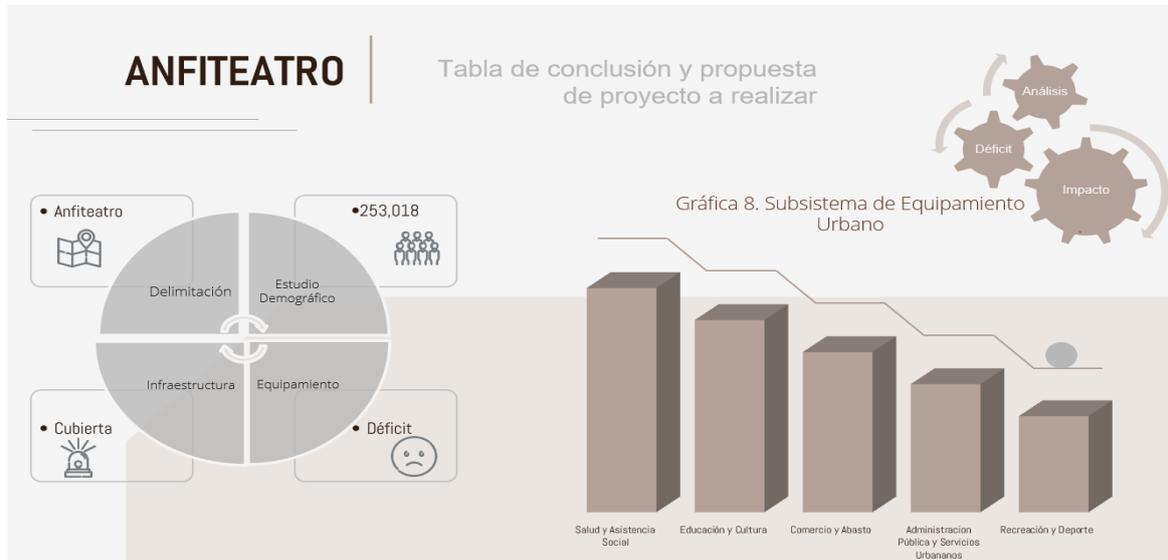
#### Análisis de Proyección



Fuente: Elaboración propia

## Imagen 5.

### Análisis de Proyección



Fuente: Elaboración propia

## Imagen 6.

### Conclusión del análisis

**ANFITEATRO** | Tabla de conclusión y propuesta de proyecto a realizar

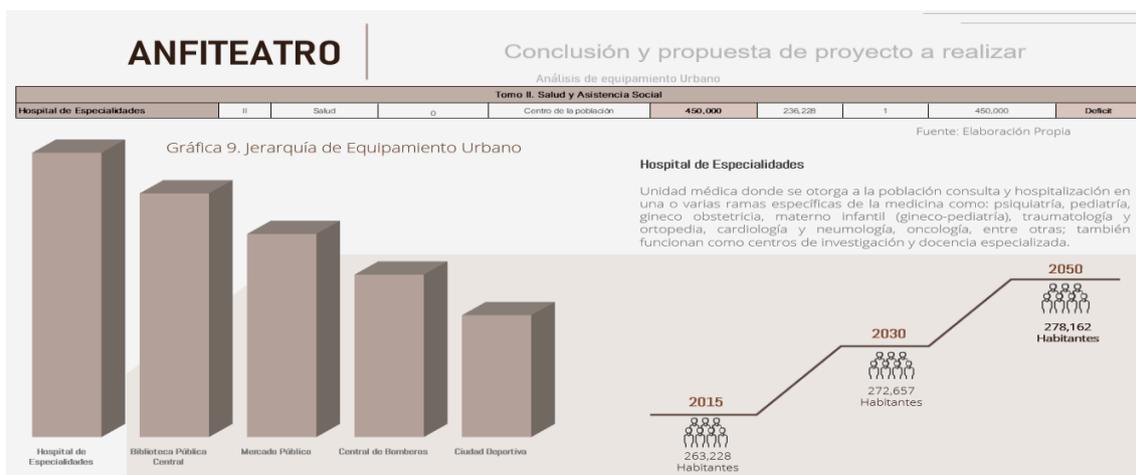
Análisis de equipamiento Urbano

Tipos de equipamiento	TOMO	Subsistema	Equipamientos existentes	Radio de influencia (km)	Impacto	Delimitación Anfiteatro	Equipamientos faltantes	Para satisfacer la necesidad de	Estado	
										TOMO
<b>Tomo I. Educación y Cultura</b>										
Centro Especial para Atípicos. (Centro Múltiple Único)	I	Educación	0	2.5 km o ( 45 min de distancia)	198,000	236,228	1	198,000	Deficit	
Escuela Integral de Artes	I	Cultura	0	Centro de la población	100,000	236,228	3	300,000	Deficit	
Biblioteca Pública Central Estatal	I	Cultura	0	Centro de la población	250,000	236,228	1	250,000	Deficit	
<b>Tomo II. Salud y Asistencia Social</b>										
Hospital de Especialidades	II	Salud	0	Centro de la población	450,000	236,228	1	450,000	Deficit	
Centro de integración Juvenil	II	Asistencia social	0	Centro de la población	70,000	236,228	4	280,000	Deficit	
Casa hogar para ancianos (DIF)	II	Asistencia social	0	1,500 metros (15-30 minutos)	97,500	236,228	3	292,500	Deficit	
<b>Tomo III. Comercio y Abasto</b>										
Plaza de Usos Múltiples (Tianguis o Mercado Sobre Ruedas)	III	Comercio	6	500 a 1000 Metros	10,890	236,228	16	174,240	Deficit	
Mercado Público	III	Comercio	6	750 Metros	14,520	236,228	10	145,200	Deficit	
<b>Tomo V. Recreación y Deporte</b>										
Centro Deportivo	V	Deporte	1	1,500 metros	96,600	236,228	2	193,200	Deficit	
Ciudad Deportiva	V	Deporte	0	Centro de la población	1,023,330	236,228	1	1,023,330	Deficit	
<b>Tomo VI. Administración Pública y Servicios Urbanos</b>										
Oficinas del Gobierno Federal SEDESOL	VI	Administración Pública	2	Centro de la población	100,000	236,228	1	100,000	Deficit	
Central de Bomberos	VI	Servicios Urbanos	1	Centro de la población	100,000	236,228	2	200,000	Deficit	

Fuente: Basado en el análisis de Arroyo A. (2022)

## Imagen 7.

### Propuesta de proyección



Fuente: Fuente propia

## Tablas comparativas del equipamiento existente y faltante

Tabla 1.

### Salud y asistencia social

Tomo II. Salud y asistencia social								
Tipos de equipamiento	Nº de equipamientos existentes	Radio de influencia (km)	Impacto	Delimitación Anfiteatro	Equipamientos faltantes	Jerarquía	Para satisfacer la necesidad de	Estado
Hospital general (IMSS)	0	Centro de la población	100,000 - 500,000	236,228	1	Estatad	270,000	Deficit
Unidad de medicina familiar (ISSSTE)	1	30 minutos	50,000 - 100,000	236,228	4	Intermedio	270,000	Deficit
Unidad de socorro (CRM)	1	10 KM	50,000 - 100,000	236,228	4	Intermedio	270,000	Deficit
Centro de salud rural población concentrada	0	Centro de la población (localidad)	5,000 - 10,000	236,228	No necesario	Básica	270,000	No necesario
Centro de salud urbano (SSA)	19	1 km (30 minutos)	10,000 - 50,000	236,228	No necesario	Medio	270,000	Abastece
Centro de salud con hospitalización (SSA)	6	Centro de la población	10,000 - 50,001	236,228	8	Medio	270,000	Deficit
Clinica hospital (ISSSTE)	1	Centro de la población	100,000 - 500,000	236,228	1	Estatad	270,000	Deficit
Hospital general (ISSSTE)	1	Centro de la población	Más de 500,000	236,228	No necesario	Regional	270,000	Abastece

Fuente: Elaboración propia

“La organización del equipamiento y los servicios en la ciudad adquiere relevancia social porque implica que las personas con menor potencial de movilidad (personas en situación de discapacidad, niñas y niños, adultos mayores) verán condicionado su desarrollo y bienestar por residir en barrios deficitarios” (Cáceres & Ahumada, 2020).

“Varios autores plantean que las áreas urbanas con déficit de equipadas impactan, principalmente, a los grupos vulnerables, dado el costo que supone un mayor desplazamiento diario” (Cáceres, 2017, citado en Cáceres & Ahumada, 2020)

**Montalvan, Reátegui, Bartra, Arévalo, & Sierralta, (2022) mencionan que:**

En la actualidad solo un 55% de la población mundial vive en zonas céntricas de ciudades de acuerdo a un estudio realizado por la ONU, se espera que este porcentaje incremente un 13 % para el año 2050, gracias al rápido incremento de la población urbana, pasando de 751 millones de personas en el año 1950 a 4200 millones de personas en el año 2018, continuando con este ritmo a aumentar. Esto trae como consecuencia un incremento desordenado en el crecimiento territorial de las ciudades de todo el mundo, tomando como ejemplo, el 77% de las ciudades latinoamericanas experimentan un crecimiento territorial sin control y se espera que el porcentaje aumente en un 84% para el 2030. Provocando que exista un incremento de la población de bajos recursos, pasando de 170 millones en 1986 a 491 millones de personas de este sector económico en 2020 de acuerdo a CEPAL.

El acceso a los servicios de salud es otro derecho humano fundamental, por lo que este no se debe limitar sólo a los derechohabientes de un servicio de salud o a quienes tienen la capacidad económica para costear su atención. Además, en situaciones de emergencia la accesibilidad espacial juega un papel clave en la recuperación de la salud, su ubicación es un factor clave para el desarrollo social de la población (Pérez & Romo, 2020).

## **CONCLUSIÓN**

Actualmente existen 368,553 personas no derechohabientes para los municipios de Acapulco, San Marcos y Coyuca de Benítez. Considerando la cobertura del hospital General “El quemado” que tiene 120 camas censables, existe un déficit de atención de 68,553 personas. De acuerdo con las normas de equipamiento, esto corresponde a 27 camas censables, adicionalmente, se requieren las camas de las especialidades médicas para atender al 5% de todos los casos.

Es necesario considerar las proyecciones de crecimiento demográfico a largo plazo para cubrir la demanda total al 2050.

El sector Anfiteatro es estratégico para que la población se desplace con mayor facilidad de los municipios Acapulco, San Marcos, Coyuca de Benítez. Siendo una zona totalmente urbanizada, no requiere de infraestructura adicional para construir el equipamiento hospitalario, sin embargo, es

necesario tomar en cuenta las vías de comunicación y los sistemas de transporte para que la movilidad sea más eficiente.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Banco Mundial. (07 de Diciembre de 2018). *Banco Mundial*. Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>
- Cáceres, C., & Ahumada, G. (2020). Acceso a equipamiento urbano y calidad de vida. *Bitacora Urbano Territorial*, 30, 263-275. doi:<https://doi.org/10.15446/bitacora.v30n3.86844>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (16 de Mayo de 2022). *Cámara de Diputados LXV Legislatura*. Obtenido de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Caro López, J. E., & Escobar Villamil, Y. T. (12 de Junio de 2020). *Universidad La Gran Colombia*. Obtenido de [file:///C:/Users/ADAME/Downloads/Caro\\_Julian\\_Escobar\\_Yowill\\_2020.pdf](file:///C:/Users/ADAME/Downloads/Caro_Julian_Escobar_Yowill_2020.pdf)
- Celis, D. (21 de Abril de 2021). *El financiero*. Obtenido de <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/dario-celis/2021/04/21/la-crisis-del-sector-salud/>
- Centro de integración Juvenil, A.C. (2015). *Centro de integración Juvenil, A.C.* Obtenido de [http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9210/CSD/9210\\_CS\\_Dx.pdf](http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9210/CSD/9210_CS_Dx.pdf)
- Data México. (2022). *Data México*. Obtenido de <https://datamexico.org/es/profile/geo/guerrero-gr#population-and-housing>
- De Geyndt, W. (1983). Atención primaria de la salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias. *Bol Of Sund Panan*, 5(95).
- El sol de Chilpancingo. (6 de Marzo de 2019). En Guerrero hay por lo menos 260 mil personas que padecen diabetes.
- Instituto Estatal de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega". (2021). *Cancerología Guerrero*. Obtenido de <https://cancerologiagro.gob.mx/iecan-foro/>

- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (25 de Mayo de 2020). *Gobierno de México*.  
Obtenido de <https://www.gob.mx/inpi/acciones-y-programas/mas-informacion-apoyo-para-el-acceso-a-la-atencion-medica-de-tercer-nivel>
- Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI)*. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Derechohabiencia\\_02&bd=Derechohabiencia](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Derechohabiencia_02&bd=Derechohabiencia)
- Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI). (24 de Enero de 2022). *Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI)*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/dr/dr2021.pdf>
- Juan, M. M., Soberón Acevedo, G., Frenk Mora, J., & Espinosa, I. (2013). Salud Pública de México. *Universalidad de los servicios de salud en México*, 1-64. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es&tlng=es).
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (30 de Marzo de 2011). *Biblioteca de la UNAM*. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>
- Martínez, C., & Leal, G. (2005). El cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza. *Papeles de Población*, 11(43), 149-165.
- Máster en Cronicidad y Atención al paciente Pluripatológico. (2018). *Máster en Cronicidad y Atención al paciente Pluripatológico*. Obtenido de [https://aula.campuspanamericana.com/\\_Cursos/Curso01417/Temario/Master\\_Cronicidad/MIT1-Texto.pdf](https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/MIT1-Texto.pdf)
- Ministerio de sanidad y política social de España. (2003). *Ministerio de Sanidad*. Obtenido de [https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/DEFINICIONES\\_C1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/DEFINICIONES_C1.pdf)
- Montalvan, H., Reátegui, C., Bartra, J., Arévalo, C., & Sierralta, N. (2022). Expansión territorial y dinámica de las centralidades. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 8391-8405. doi: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.4004](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4004)

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Salud Urbana*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-urbana>

Robledo Martinez, R. (2010). *Revistas Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/17968/18857>

Secretaría de Bienestar de México. (11 de Octubre de 1991). *Secretaría de Bienestar de México*. Obtenido de <http://aducarte.weebly.com/uploads/5/1/2/7/5127290/tomo2.pdf>

Secretaria de Gobernación. (08 de Enero de 2013). *Diario Oficial de la Federación*. Obtenido de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013#gsc.tab=0)