



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE MÉXICO**



**FACULTAD DE PLANEACIÓN URBANA
Y REGIONAL**

TESIS

**EQUIPAMIENTO ESPECIALIZADO QUE INCIDE EN LA CALIDAD DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR EN HUEHUETOCA, ESTADO DE MÉXICO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIADA EN PLANEACIÓN
TERRITORIAL**

PRESENTA:

RUBI DENIS RIVERA BECERRIL

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. EN U. TERESA BECERRIL SÁNCHEZ

DR. EN C. S. JOSE JUAN MENDEZ RAMÍREZ

TOLUCA DE LERDO, ESTADO DE MÉXICO; OCTUBRE DE 2016



Índice

Introducción

Contextualización	
Proceso de envejecimiento	5
Proceso de envejecimiento Estado de México	6
Proceso de envejecimiento en Huehuetoca	8
Planteamiento del problema	9
Justificación	12
Hipótesis	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	15
Metodología	15

Capítulo I. Aproximación teórica y conceptual, vinculada al adulto mayor y equipamiento

1.1 La connotación del adulto mayor históricamente	24
1.2 Aproximación teórica de la percepción del envejecimiento	27
1.2.1 Teoría de la desvinculación	27
1.2.2 Teorías vinculadas al proceso de envejecimiento	29
1.3 Aproximación conceptual	31
1.3.1 Envejecimiento	31
1.3.2 Adulto Mayor	33
1.3.3 Calidad de vida del adulto mayor	35
1.4 Equipamiento urbano de salud y asistencia social para el adulto mayor	40
1.4.1 Estructura del sistema normativo de equipamiento de salud y asistencia social	42
1.4.2 Descripción de los subsistemas de salud y asistencia social	42



Capítulo II. • Contextualización del proceso de envejecimiento a nivel nacional y en el estado de México

2.1 Envejecimiento poblacional a nivel nacional

2.1.1	Crecimiento y transición demográfica a nivel nacional	53
2.1.2	Dinámica poblacional	56
2.1.2.1	Natalidad	56
2.1.2.2	Mortalidad	56
2.1.2.3	Esperanza de vida	57
2.1.3	El envejecimiento en México	58
2.1.4	Calidad de vida	63
2.1.5	Equipamiento para el adulto mayor	64

2.2 Envejecimiento poblacional en el estado de México

2.2.1	Crecimiento y transición demográfica en el estado de México	66
2.2.2	Dinámica poblacional	67
2.2.2.1	Natalidad	67
2.2.2.2	Esperanza de vida	68
2.2.3	El envejecimiento en el estado de México	68
2.2.4	Calidad de vida	70
2.2.5	Elementos de equipamiento para el adulto mayor	71

Capítulo III. • Diagnóstico del crecimiento demográfico y envejecimiento en el municipio de Huehuetoca

3.1	Contexto general del municipio de Huehuetoca	73
3.1.1	Localización	73
3.1.2	Ordenamiento territorial en Huehuetoca	75
3.1.3	Comportamiento demográfico	76
3.1.3.1	El adulto mayor en Huehuetoca	79
3.1.3.2	Pirámide de edades por sexo y grupos de edad del	80



	municipio de Huehuetoca	
3.1.4	Dinámica poblacional para el adulto mayor	86
3.1.4.1	Fecundidad	86
3.1.4.2	Mortalidad	87
3.1.4.3	Esperanza de vida	88
3.1.4.4	Migración	88
3.1.5	Escenarios demográficos: proyecciones de población	90
3.2.	Vinculación socio – territorial adulto mayor y dotación de equipamiento	96
3.2.1	Equipamiento	96
3.2.1.1	Equipamiento de Salud	97
3.2.1.2	Equipamiento de Asistencia Social	98

Capítulo IV Análisis de la situación actual del equipamiento urbano y su vinculación con la calidad de vida del adulto mayor en Huehuetoca

4.1	Caracterización de los elementos de equipamiento urbano en los subsistemas de salud y asistencia social existentes en el municipio de Huehuetoca.	101
4.2	Vinculación de los elementos de equipamiento urbano en Huehuetoca con el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano	113

Conclusiones	131
--------------	-----



Introducción

Contextualización

Proceso de envejecimiento

Los procesos demográficos se han visto alterados ante el acelerado ritmo de crecimiento demográfico. Los frecuentes altibajos de la dinámica poblacional han llevado a diferentes formas de crecimiento tanto natural como social dando como resultado nuevas tendencias demográficas basadas en transiciones históricas clave. Actualmente, México refleja un comportamiento similar al de las sociedades occidentales, mismas que han visto un incremento en la población adulta mayor.

Los indicadores que han reflejado el incremento de población adulta mayor son: natalidad, mortalidad, migración y esperanza de vida. Cuyo análisis estadístico refleja un crecimiento tendencial del adulto mayor. A medida que estos indicadores se van modificando es más evidente el paulatino proceso de envejecimiento. Este comportamiento ha tenido sus antecedentes desde 1930. Época destacada por el



alto absoluto de las constantes guerrillas y el comienzo de nuevos avances tecnológicos determinando el inicio de una nueva era y una nueva ideología.

Entre las ventajas que se presentaron tras el proceso de transición demográfica destaca disminución en la mortalidad, incremento en la esperanza de vida y disminución de natalidad. La baja en la natalidad y en la mortalidad empezó a elevar los estándares de la esperanza de vida cuyo promedio era de 36 años hasta 1930. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2000). La aportación de las innovaciones tecnológicas dentro de la medicina y en la misma vida diaria ayudo a la aspiración de una vida más larga.

En años posteriores, la percepción ideológica de la natalidad y fecundidad sumado los programas de planificación familiar promovidos por el gobierno federal contribuyó a que las familias optaran por disminuir el número de hijos dentro del hogar repercutiendo con ello, en cambios importantes en la base de las pirámides poblacionales. El promedio de la natalidad dentro de las familias para el siglo XIX fue de 7.3 hijos por mujer. Pasando de 6.11 hijos en el año de 1970 a 2.48 hijos en 1999 (INEGI, 2000).

El comportamiento referido no fue homogéneo en los diferentes estados de la república, destaca el incremento en la población adulta mayor del Distrito Federal, Veracruz, Hidalgo, Colima, estado de México, Sinaloa, Nuevo León, Morelos, San Luis Potosí, Michoacán y Zacatecas para el año 2000. La estructura piramidal en estos estados refleja un ensanche en el grupo de edad de 60 años y más. El estado de México en los últimos 25 años es uno de los 10 estados que ha presentado un progresivo crecimiento poblacional, destacando el grupo de adultos mayores con una tasa de 7.6, cifra que rebasa el promedio nacional el cual es de 7.2. (INEGI, 2010).

Proceso de envejecimiento estado de México

La dinámica poblacional que se ha desarrollado en esta entidad federativa ha transformado su estructura poblacional que de acuerdo con INEGI (2000) se han



registrado durante las últimas tres décadas. Tal es el caso de 1990 al registrar 307,558 nacimientos, cifra que de acuerdo con INEGI (2015) se vería incrementada en el 2000 en 27,527 nacimientos, alcanzando 335,085, para el 2015 se registraron 313,780 en este año se identifica una disminución en el número de nacimientos, quizá se debe a la tendencia nacional que presenta una baja en la tasa de natalidad.

La dinámica demográfica presentada en el estado de México no sólo ha incidido en la tasa de natalidad sino también en las tasas de mortalidad ya que de acuerdo con INEGI (1990) se registraron 41,904 defunciones, para el 2000 la cifra aumentó en 1,503 defunciones, cerrando con un total de 43,407. Para el 2015 el incremento de mortalidad fue de 67,491 habitantes. INEGI (2010, 2015).

A pesar del incremento en la mortalidad se puede observar que existe una disminución en defunciones de personas mayores. El incremento de la esperanza de vida en los años posteriores a 1930 contribuyó a la longevidad de las personas mayores. La población adulto mayor hoy en día tiene un promedio de vida entre los 73 y 74 años y va en incremento (INEGI 2010).

El envejecimiento en el estado de México no se presenta de manera homogénea en todos sus municipios, esto depende de la cantidad de población de los mismos y su grado de desarrollo económico, de ahí que existen municipios que son más propensos a percibir significativos incrementos del grupo de edad de 60 y más. El grado de desarrollo de estos ámbitos locales se encuentra asociado con el número de equipamientos con el que cuente no solo para la población en general sino para la población adulta mayor.

De los municipios del estado de México que presentan mayor cantidad de población adulta mayor se encuentran Tlatlaya, Amatepec, Nezahualcóyotl, Oztoloapan, Sultepec, Timilpan, Tlalnepantla de Baz, Tonatico, Zacualpan y Luvianos. Así mismo, se han identificado algunos municipios con fuertes tendencias a incrementar de manera significativa su población en general y con ella el grupo poblacional del adulto mayor en un periodo de tiempo muy corto que



los obliga a enfrentar problemáticas de satisfacción a las demandas de servicios por falta de equipamiento, tales como: Zumpango, Huehuetoca, Zacazonapan, Villa del Carbón y Zumpahuacan entre otros (INEGI, 2010). De los municipios referidos se toma a Huehuetoca como objeto de estudio para esta investigación. Principalmente por las características demográficas que ha presentado en los últimos años. Y su nueva configuración urbana, que ha sido una de las principales modificaciones que ha sufrido el municipio donde los servicios de salud y asistencia social han quedado rebasados por la demanda poblacional.

A continuación se presenta un acercamiento a su contexto demográfico.

Proceso de envejecimiento en Huehuetoca

De acuerdo con INEGI (2010) el municipio de Huehuetoca ha presentado a partir del 2005 un aumento de su población de manera acelerada al pasar de 59,721 en este año a 100,023 habitantes, para el 2010 fenómeno demográfico que es asociado a los flujos migratorios que se presentaron antes del 2005. Huehuetoca presentó tasas de crecimiento similares a las del estado, pero, derivado de la puesta en marcha del “*Programa Ciudades del Bicentenario*” este municipio incrementó de manera significativa estas tasas.

El crecimiento demográfico de este municipio puede ser ejemplificado con el número de nacimientos que se dieron en el año 2000, 2010 y 2014. Para el primer caso se identificaron un total de 2,049 nacimientos para 2010 se registraron 1,904 nacimientos aumentado de manera significativa en 2014 al presentar 2,526 nacimientos. (INEGI, 2000, 2010, 2014).

De acuerdo con INEGI (2000, 2005 Y 2010) El comportamiento demográfico de la población adulta mayor que experimentó el municipio de Huehuetoca fue de la siguiente manera, para el año 2000, este grupo de población representó el 4.18% del total de la población, aumentando a 4.5% para el 2005, para el 2010 la población se redujo a 3.9%. y para el 2015 representó 3.7%, pareciera ser que el comportamiento demográfico de este grupo de población va a la baja, pero esta



aparente disminución es producto del aumento de población derivado de la migración, se deduce que al realizarse los cálculos del quinquenio, el crecimiento natural de la población de 60 años y más es poco representativos ante el alto crecimiento social del municipio, ,más cuando los migrantes se encuentran en edad productiva. Este escenario cambiara de manera radical si se toma en cuenta las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2010) en torno al crecimiento demográfico de este municipio, ya que para el 2030 la población adulta mayor representará el 15.7%.

Planteamiento del problema

En México la composición por edad de la población muestra una estructura aún joven, que ha entrado en un paulatino proceso de envejecimiento, provocado por la disminución de la fecundidad y de la mortalidad, y que se puede confirmar por la reducción del número de nacimientos y el incremento del corte poblacional adulta mayor. De acuerdo con INEGI, (2012: 4).”La población menor de 15 años pasó de 46.2% en 1970 a 34.1% en el año 2000, mientras que las personas de 60 años y más aumentaron de 5.6% a 7.3% en el mismo periodo”

Esta dinámica demográfica que presenta el ámbito nacional, también se hace presente en algunas entidades federativas así como en el ámbito local desde las últimas tres décadas, situación que coloca a los distintos niveles de gobierno ante nuevas problemáticas que no habían sido visualizadas por ende no se había planificado para enfrentarlas.

El municipio de Huehuetoca en los últimos veinticinco años ha mostrado un significativo crecimiento demográfico que de acuerdo con INEGI (2010) ha sido inducido por los constantes flujos migratorios y la alta oferta de vivienda que de acuerdo con Quezada (2007: 5) ha sido propiciada por el diseño e instrumentación del denominado *Programa Ciudades del Bicentenario* y “la construcción de fraccionamientos familiares así como la consecuente población de los mismos,



aunado a una deficiencia ya existente en los centros de atención del sector salud para la población.”

El aumento demográfico en este municipio, de 2005–2010 fue muy significativo al pasar de 59,721 a 100,023 habitantes, casi duplicó la población en un periodo de cinco años. Fenómeno que repercutió en un incremento de la demanda de servicios, entre los que se encuentran los de salud. El gobierno municipal se encontró incapacitado para dar respuesta satisfactoria a las demandas de la población.

El gobierno de Huehuetoca visualizó el problema de manera generalizada, es decir, no identificó o no quiso dar la real importancia a la problemática que representa dotar de servicio de salud a los sectores de la población más vulnerables representado por la población infantil y de la tercera edad, dado que si el municipio no cuenta con el equipamiento suficiente para atender a la población en general, para el caso del grupo de edad de 60 y más, así como los menores de edad, el equipamiento existente es prácticamente nulo.

Esto se puede observar en la cantidad de los derechohabientes pertenecientes a la tercera edad inscritos al subsistema de salud en los últimos años. Para el año 2005 el total de adultos mayores fue de 2,227, de los cuales el 55% estaba inscrito en algún servicio de salud, a diferencia del 2010 donde este grupo de edad incrementó a 3,629 de los cuales el 64% era derechohabiente en el municipio de Huehuetoca, mismos que enfrentan de manera constante la carencia de hospitales especializados, la disponibilidad de camas, de equipo médico, personal médico, medicamentos suficientes para tratamiento de enfermedades. (INEGI, 2005-2010). Dicha situación ubica en situación de vulnerabilidad a la población infantil y adulta mayor que se encuentra no solo en el ámbito urbano sino también en el rural. Este escenario se agudiza principalmente por la debilidad económica que presenta el municipio.

Derivado del acelerado crecimiento demográfico que presento Huehuetoca inducido por los flujos migratorios a los que fue sujeto, de acuerdo los datos



proporcionados por INEGI (2010) la población adulta mayor presenta una baja significativa al pasar de 4.5% a 3.7% del 2000 al 2010. Dicha baja es producida principalmente por la composición de la población migrante. Situación que se verá transformada cuando la población migrante alcance los 60 años y más.

Esta situación demográfica limita al gobierno municipal cumplir con lo establecido por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano, específicamente en lo que refiere al subsistema de salud y asistencia social al mostrar una sensible carencia de equipamiento de salud para atender a la población en general y a la población adulta mayor.

Aunque existen los elementos de evaluación normativa que permiten saber las condiciones que un inmueble o elementos de la estructura urbana presentan condiciones para ser aptos para proporcionar servicios a la población, en municipios como Huehuetoca se pone más énfasis a la capacidad de atención y no a la calidad de la misma y menos aún en el acondicionamiento o creación de equipamiento urbano acondicionado para la población de la tercera edad si se toma en cuenta que el adulto mayor presenta un alto índice de vulnerabilidad y marginalidad y una evidente debilidad en su un rol social como en su autonomía propiciados por la edad.

Dicha situación de vulnerabilidad del grupo de edad de 60 y más no se limita a las limitantes físicas sino también a los aspectos emocionales y psicológicos que muchos de los casos buscan subsanar en los centros de salud. El adulto mayor además de remediar sus males físicos busca encontrar en estos espacios “acogimiento y espera establecer vínculos con el equipo de salud en un ambiente de comunicación que permita obtener autonomía, soluciones y responsabilidad” (Itsuko, 2013: 2).

Hoy en día el municipio de Huehuetoca presenta un déficit de equipamiento de salud, derivado de los flujos migratorios referidos, para atender satisfactoriamente la demanda de salud en general y aunque en estos momentos la población adulta mayor no experimentó un crecimiento significativo, la existencia de equipamiento



especializado en el municipio es mínimo y por ende incapaz de satisfacer las necesidades de la población de 60 años y más.

Con base con lo ya descrito es loable volver a enfatizar la situación que guarda la población de 60 años y más con relación a la existencia de equipamiento urbano especializado en el que no sólo pueda atender sus enfermedades derivadas de la edad, sino también que cuente con espacios de recreación, esparcimiento o en el que puedan ser vistos como futuras residencias con dignidad y calidad de vida, de ahí que se destaque la necesidad de llevar a cabo investigaciones que permitan mejorar la toma de decisiones y la planificación incluyente de este sector de la población.

Justificación

Los cambios demográficos que han sufrido los espacios urbanos en las últimas tres décadas han reconfigurado las pirámides demográficas en las cuales salta el posicionamiento que ha venido teniendo la población adulta mayor en ésta. De ahí que resulta relevante no sólo comprender el cambio que está experimentado la población con relación al envejecimiento de ésta, sino también vincularla a la existencia de equipamiento urbano así como de infraestructura productiva que albergue a este grupo de población. De ahí que la relevancia de esta investigación se puede vincular a distintos ámbitos.

En lo académico, la generación de conocimiento en torno al envejecimiento de la población y su vinculación con el equipamiento urbano se encuentra aún poco explorado al grado de que en la Facultad de Planeación Urbana y Regional existan no más de 5 trabajos de investigación de licenciatura y maestría y que sólo un investigador haya desarrollado este tipo de problemáticas. Este escenario coloca a esta investigación en una situación innovadora, cabe aclarar que se ha desarrollado en otros espacios universitarios investigación en torno al envejecimiento de la población, sus problemas de salud derivados de la misma edad, sus roles sociales, roles psicológicos, la exclusión de los ámbitos productivos, e incluso la falta de valoración en el seno familiar por considerarlos



como una carga económica y de dependencia física por la reducción de capacidades de movimiento y mentales.

Si bien es cierto que existen estudios en torno a estas temáticas, la producción científica en la que se vincule al crecimiento demográfico, específicamente al envejecimiento de la población con la existencia de equipamiento urbano dirigido a los habitantes de 60 años y más y sus efectos en la calidad de vida de este grupo social, en este trabajo se busca vincular al adulto mayor, equipamiento urbano y calidad de vida, este ejercicio por sí mismo le atribuye la importancia dentro del campo de estudio de la Planeación Territorial. Hasta la actualidad se ha planificado la ocupación del suelo y el ordenamiento territorial bajo los requerimientos de las principales demandas ya sea por actividad productiva o por necesidades de la población, esto ha determinado en cierto modo la localización del equipamiento y el tipo de este dependiendo del grupo mayoritarios de la sociedad.

Investigaciones como ésta, muestra a los encargados del diseño de la planeación en México, que deben generar cambios en la forma de entender esta práctica para así fortalecer nuevas formas de planeación diferenciada, es decir, planificar para cada sector de la población hasta consolidar lo que se ha denominado como la planeación incluyente.

Los resultados arrojados por este tipo de investigaciones suelen ser de gran utilidad en dos sentidos, en el primero se plantea un panorama general de los cambios demográficos que está experimentado el país, las entidades y los municipios y dichos panoramas confrontarían a los distintos niveles de gobierno a situaciones no contempladas. La segunda se relaciona con la toma de decisiones, es decir, este tipo de investigaciones arroja información, datos y reconstruye escenarios que pueden ser de utilidad en el diseño de política pública, programas, sub programas y proyectos que en su elaboración e instrumentación pueda ser de manera diferenciada.



Las distintas autoridades al tomar en cuenta los resultados de este tipo de investigaciones en su toma de decisiones, los invita a explorar nuevas metodologías para el diseño de proyectos, seguimiento de estos y su evaluación con relación a los beneficios obtenidos por la población objetivo.

La importancia de esta investigación radica en la identificación del envejecimiento poblacional vinculada a la cantidad de equipamiento especializado que el municipio de Huehuetoca dispone, el H. Ayuntamiento de este municipio si toma en cuenta la estimación realizada en esta investigación con relación al número de población adulta mayor que existirá para el 2030, comprendería que en este escenario se encontraría en situaciones críticas con respecto a la prestación de servicio de salud y asistencia social.

Con base a lo ya descrito, esta investigación resulta muy pertinente por abonar producción de conocimiento en torno al envejecimiento de la población y su relación con el equipamiento urbano existente en el municipio de Huehuetoca, realidad que se reproduciría de manera muy parecida en cualquier otro espacio urbano del territorio nacional.

Hipótesis

El actual equipamiento urbano que presta servicios de salud y asistencia social en el municipio de Huehuetoca no cuenta con las condiciones materiales y estructurales requeridas para satisfacer las demandas que la población adulta mayor requiere para desarrollar una buena calidad de vida.

Objetivo general

Analizar si el municipio de Huehuetoca cuenta con las condiciones materiales y estructurales requeridas para satisfacer las demandas que la población adulta mayor requiere para desarrollar una buena calidad de vida.



Objetivos específicos

- Describir los principios teóricos y conceptuales en torno al equipamiento urbano especializado para el adulto mayor a fin de dar sustento a la investigación
- Hacer un análisis de la situación que guarda el comportamiento demográfico a nivel nacional y estatal y su vinculación con elementos del equipamiento urbano (salud y asistencial)
- Realizar un diagnóstico del comportamiento demográfico destacando el envejecimiento de la población de Huehuetoca
- Analizar la situación actual del equipamiento urbano especializado (salud y asistencia social) y su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en Huehuetoca

Metodología

Esta investigación adopta un enfoque hipotético-deductivo con abordaje en métodos comparativos. Para alcanzar el objetivo general se establecieron cuatro objetivos específicos que definen las etapas por las que transitó esta investigación.

En esta investigación se emplea técnicas cualitativas y cuantitativas de manera de presentar un carácter mixto. Se toma esta técnica ya que se busca identificar y describir la percepción que los usuarios tienen acerca del servicio de salud y asistencia social y al mismo tiempo medirla y confrontarla con el sistema normativo para así determinar la calidad que estos equipamientos urbanos, en específico los servicios de salud y asistencia social. El proceso de envejecimiento en el país es sumamente diferenciado, de ahí que, para el desarrollo de este trabajo no se haya tomado un sólo periodo de tiempo para mostrar este proceso. El periodo de estudio de la investigación se estableció para el municipio de



Huehuetoca el manejo de datos estadísticos de 1995 al 2015, sin embargo en algunos apartados como el capítulo dos, para contextualizar este fenómeno a nivel nacional se presentan datos desde la década de 1930 hasta 2010. Para el ámbito estatal la información manejada abarcó el periodo de 1990 al 2010 para ilustrar de manera más clara el comportamiento demográfico del estado.

Las etapas por el cual se cumple el objetivo general se desglosan de la siguiente manera:

Para poder desarrollar el primer objetivo específico de la investigación, se lleva a cabo una indagación sistematizada para la elaboración de argumentos teóricos conceptuales obtenidos de la revisión bibliografía y documentos en torno a las teorías de la transición demográfica y teorías del envejecimiento con una perspectiva gerontológica- territorial. Dentro de esta fase se aborda la siguiente selección de teorías:

- Teoría de la desvinculación
- Teorías vinculadas al proceso de envejecimiento

La revisión de literatura conceptual consta de:

Una revisión documental de los antecedentes del adulto mayor para posteriormente mencionar el fenómeno de envejecimiento a través de conceptos vistos desde diversas disciplinas. La importancia que adquiere el adulto mayor como el sujeto de estudio hace una mejor comprensión de los acontecimientos y realidades que representa el aumento progresivo de los años.

Una vez revisado el sustento teórico conceptual en torno al adulto mayor, se realizó la descripción conceptual y de los componentes del equipamiento urbano especializado. Por último se vinculó la calidad de vida con las definiciones que se consideraron más complementarias al tema de estudio. Cabe resaltar que el tema de calidad de vida tiene muchas vertientes de las cuales se puede prestar a muchas interpretaciones. Sin embargo, para el presente caso de estudio es tomado plenamente como una de las variables de satisfacción hacia el usuario de



un equipamiento urbano, al ser tratado y tomado en cuenta como parte importante para brindar un buen servicio.

Para este capítulo se ocupan fuentes de libros, tesis, publicaciones periódicas entre otros. Posteriormente se hizo una extracción y recopilación de información donde se seleccionó los temas que más se relacionaran con las variables de investigación. Tomando en cuenta la información recomendada e información propia.

El apartado teórico y conceptual aporta a la investigación un vínculo entre las variables destacadas de la hipótesis, esto con la finalidad de hacer más comprensible el tema de investigación. De tal forma se construye el marco teórico-conceptual, basa en teorías, conceptos, estudios y antecedentes que relacionan el tema de estudio con la formación de los capítulos posteriores.

Para el desarrollo del segundo objetivo específico, se llevó a cabo una investigación bibliográfica y hemerográfica donde a través de datos históricos se presentan cifras estadísticas de los indicadores que influyen en la transformación demográfica del país y del estado de México.

Para el desarrollo de este apartado se hizo uso de la técnica documental estadística, principalmente de la información generada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), normatividad entre otros. Se utiliza algunas evidencias cuantitativas de carácter socio demográfico que aportan las características arrojadas por parte de la población a través de los Censos de Población, de la cual se desagregan los datos de población total, población por grupos quinquenales de edad, pirámides de población, población total nacida, tasa global de fecundidad, defunciones generales, tasa bruta de mortalidad, esperanza de vida, porcentaje de población emigrante, porcentaje de población inmigrante, porcentaje de población no nativa, población derechohabiente a servicios de salud.



A través de la desagregación de los datos estadísticos se observa la configuración de la estructura de edad a nivel nacional y nivel estatal. Para este tipo de investigación se necesita recurrir a la información histórica de cada variable para hacer la interrelación con las condiciones actuales de la población.

La revisión de literatura de revistas especializadas impresas y electrónicas, de la Scientific Electronic Library Online (SciELO) y de la Red Revistas Científicas América Latina Caribe (Redalyc), permitieron reconstruir escenarios históricos. Por otra parte fue necesaria la revisión de datos estadísticos contemporáneos a través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con la finalidad de mostrar tasas relativas de los indicadores relacionados al crecimiento y transformación demográfica.

Para el desarrollo del tercer objetivo específico se elaboró un diagnóstico basado en los datos estadísticos en relación a la transición demográfica que se presenta en Huehuetoca y la especificación de los elementos de equipamiento urbano dirigido al adulto mayor existente del municipio, con la finalidad de conocer las condiciones en las que se encuentran estos equipamientos.

Para el desarrollo del tercer objetivo específico se hizo uso de la técnica documental, para revisar la base de datos de INEGI de los años 1970, 2000, 2005, 2010 y CONAPO en proyecciones de 2015, 2020 y 2030 principalmente. Los indicadores usados para la interpretación de datos estadísticos arrojadas por parte de la población a través de los Censos de Población son:

- Población total, población por grupos quinquenales de edad, pirámides de población, población total nacida, tasa global de fecundidad, defunciones generales, tasa bruta de mortalidad, esperanza de vida, porcentaje de población emigrante, porcentaje de población inmigrante, porcentaje de población no nativa, población derechohabiente a servicios de salud.



También se realizó la consulta del Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca 2003 y la modificación del Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca 2007.

A partir de la revisión de documentos oficiales se hace el análisis de la evolución, alcance y tendencias que la población adulto mayor presentará para los años 2020, 2025 y 2030. Las cuales son obtenidos de un formulado de sistema de proyecciones estadísticas y la ocupación de los datos base de CONAPO Proyecciones a 2030. Se ocupan indicadores de natalidad y población total para la comparación de datos. Las proyecciones realizadas son en base a datos estadísticos de tendencias y para mejor representación de las mismas, se utilizaron tablas y graficas ilustrativas.

Finalmente el cuarto objetivo se divide en dos subtemas. El primero es determinado por las características de los elementos de equipamiento urbano en los subsistemas de salud y asistencia social. Con lo que respecta el segundo subtítulo se crea la vinculación de los elementos de equipamiento urbano del municipio con el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano.

Para la elaboración de la primera parte del capítulo se empleó la técnica documental para llevar a cabo la revisión de documentos estadísticos proporcionados por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) en relación a los elementos de salud existentes en el municipio. También se hizo uso de dos técnicas cualitativas, que reforzaron los elementos estadísticos: fichas de observación y entrevistas informales dirigidas a usuarios y administradores de los centros médicos. En las fichas de observación se encuentra integrada por 3 apartados:

1. Estructura urbana para el adulto mayor: aporta información de los indicadores que valoran la condición física en que se encuentran los elementos de equipamiento urbano de salud y asistencia social. Son tomados en cuenta el estado, ventilación, limpieza, atención y condición



- que los elementos presentan actualmente. Y con base a la información y análisis de interpretación se crea la valoración por bueno, regular y malo.
2. Infraestructura peatonal: este sistema de valoración es pensado por la referencia en rangos de servicio y estado en accesibilidad. De tal forma el sistema de valoración basa en condiciones, distancias, unidades y observaciones.
 3. Evidencias fotográficas: se pudo obtener algunos elementos fotográficos que resaltan la situación actual de los equipamientos urbanos observados. Aunque no todos los elementos que se visitaron se permitió tener una imagen digital se introduce observaciones de los lugares.

En cuanto a la entrevista, como tal no se estructuró un sistema de preguntas, la información fue obtenida bajo los mismos comentarios y observaciones que tanto la población adulta mayor como los empleados y administrativos de las instalaciones, hacían favor de mencionar, principalmente se tomaron los comentarios más significativos para el sustento de esta investigación. Esta información fue complementada con diversas charlas que se desarrollaron con los dos actores referidos tomando como tema de conversación las condiciones físicas del equipamiento y la calidad del servicio prestado.

La segunda parte del capítulo cuatro, integra una vinculación de los elementos del equipamiento urbano de Huehuetoca y el sistema normativo, se ocupa la información obtenida por las instituciones del ISSEMYM y el ISEM cuyos datos provienen del análisis estadístico entre los elementos en servicio de salud del municipio. Por otro lado, se usa el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano procedente de SEDESOL.

Para obtener el déficit o superávit de la comparación de variables se realizaron tablas comparativas donde se presenta las variables referentes a la evaluación del equipamiento urbano y su caracterización según localización, dotación y dosificación, seguido de la estructura actual del equipamiento urbano existente de Huehuetoca donde la valoración son bajo las condiciones expuestas por el



sistema normativo de equipamiento urbano específicamente en el subsistema de salud y asistencia social.

Los resultados de la valoración que se realizó para saber si cumplía o no con la normatividad establecida fueron a través de una ecuación de tres en el cual se buscó obtener el porcentaje con que se contaba la situación de cada elemento de salud y asistencia social en el municipio. La suma total de los indicadores es representada a través del rango de servicio urbano.

Por último se hizo uso de la técnica cartográfica para llevar a cabo diversas representaciones del municipio, entre las que: ubicación, rango de servicio urbano y sistema de localidades basados en datos y cifras proporcionadas por INEGI 2010.

Esta investigación se encuentra integrada por cuatro capítulos con los que se pretendió alcanzar lo planteado al inicio de la misma, de ahí que a continuación se describa de manera general el contenido de estos

En el capítulo uno se desarrolló una descripción teórico conceptual en torno al adulto mayor, el envejecimiento, calidad de vida y equipamiento urbano, a fin de establecer las bases conceptuales que permitan la comprensión de los componentes de las distintas teorías descritas, así como la definición de los conceptos empleados en este trabajo.

En el segundo capítulo se llevó a cabo una descripción general del cambio demográfico que está experimentando el país, destacando en este contexto al estado de México, con el propósito de presentar el proceso de envejecimiento que distintas entidades federativas están experimentando y que no se le ha dado la importancia necesaria a este fenómeno.

Por su parte en el tercer capítulo se desarrolló un diagnóstico general del municipio de Huehuetoca poniendo énfasis en el cambio demográfico y el proceso de envejecimiento que enfrenta este municipio



Finalmente en el capítulo cuatro se desarrolla el análisis del equipamiento de salud y asistencia social existente en Huehuetoca y su relación con las condiciones físicas que presentan cada uno de esos equipamientos de salud de cada una de las instituciones prestadoras de este servicio. Destacando la cobertura de servicio, unidades básicas de servicio, condiciones físicas de cada unidad médica, calidad del personal médico, entre otros.



Capítulo I

Aproximación teórica y conceptual en torno al adulto mayor y el equipamiento

El estudio del grupo de población de 60 años y más ha sido abordado desde distintos enfoques disciplinarios destacando el objeto de estudio de cada uno de ellos. Para el caso de esta investigación se plantea como objetivo describir los principios teóricos-conceptuales en torno al equipamiento urbano especializado y el adulto mayor a fin de dar sustento a la investigación. Para alcanzar este objetivo, el apartado se ha dividido en cinco secciones. En la primera parte se presenta un contexto general en torno al adulto mayor y relevancia social, en una segunda sección se describen algunos enfoques teóricos con los que se pretende analizar el fenómeno demográfico del adulto mayor, en la tercera se describe conceptualmente al adulto mayor y el envejecimiento, en una cuarta parte se tiene un acercamiento al concepto de calidad de vida y finalmente se desarrolla lo que se por equipamiento urbano especializado.



1.1 La connotación del adulto mayor históricamente

Socialmente hablando a la etapa de vida denominada como vejez se le ha asignado cierta carga simbólica y valorativa que ha sido aceptada y reproducida en las distintas sociedades desde distintos ámbitos como el teológico, tal es el caso de la religión católica que desde el Antiguo Testamento “la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de las personas mayores junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados.” (Carbajo, 2008: 240).

Desde el enfoque filosófico, Platón citado por Carbajo (2008: 241), “adopta una postura de máximo respeto por las vivencias de las personas mayores. Elogia a la vejez como etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y las ofrece en la comunidad funciones de gran divinidad y responsabilidad, directivas, administrativas y jurisdiccionales y superiores en estima social.”. Cabe referir que no todas las posturas filosóficas comparten la posición de Platón, tal es el caso de Aristóteles que “destaca el afán de disputa en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. La “senectud”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente.” (Carbajo, 2008: 241).

Desacuerdo con Carbajo (2008: 242). En la época renacentista “se rechaza lo “senil” y lo “viejo”, se evade el tema de la muerte, se da una imagen melancólica de la persona mayor e incluso se le atribuyen artimañas, brujerías y enredos.” Contribuyendo a desarrollar otra acepción del anciano contrapuesta a la imagen tradicional que es asociada a la sabiduría, experiencia, madurez y asertivos en la mayor cantidad de acciones y consejos derivados de la toma de decisiones. Esta última acepción, se relaciona más con las expresiones poéticas y con los pensadores que abordan el proceso de envejecimiento como fuente de sabiduría o interpretación del final por lo cual se buscó darle vida a una nueva forma de comprensión de este proceso y cómo hacer para afrontarlo.



Según Comfor (1964, citado por Carbajo 2008: 243) la condición de vejez adquiere una connotación racional a partir del desarrollo de “la investigación científica del envejecimiento comienza con la publicación del libro de Bacon titulado *History of Life and Death* en el que se plantea la idea, en su momento precursora, de que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen. Este libro mostraría ciertos matices propios de la Geriatria.” (Carbajo, 2008: 243).

Con base en las distintas concepciones que se han desarrollado a lo largo de un periodo de la historia de la humanidad en torno a la vejez, de manera simultánea también se han consolidado distintas disciplinas que han tomado al anciano como objeto de estudio, promoviendo con ello las primeras investigaciones científicas desde lo biológico, la medicina, psicología hasta llegar a lo que hoy se conoce como la gerontología, quien ha enfatizado el análisis de este grupo social con una orientación médico-geriátrica que únicamente consideraba los aspectos de declive biológico de las personas mayores.

El fenómeno de la vejez en las sociedades modernas ha sido asociado a la transición demográfica que vinieron experimentando las ciudades y al proceso de transición de los espacios rurales a urbanos, y de acuerdo con Pizarro (2010: 130) “la transición demográfica, se produce cuando la natalidad y la mortalidad, o por lo menos uno de los dos, ha dejado sus elevados niveles tradicionales para dirigirse hacia porcentajes más bajos, asociados a la fecundidad dirigida y al uso de métodos de lucha contra la natalidad, pasando de una demografía antigua y tradicional a otra moderna”

Esta transición demográfica en el mundo “explica el proceso de transformación de una sociedad preindustrial, caracterizada por unas tasas de natalidad y de mortalidad altas, a una sociedad industrial o postindustrial, con ambas tasas bajas. Como puede deducirse, de la relación entre los niveles entre la tasa de natalidad y la mortalidad se deriva el ritmo de crecimiento natural en tanto que la teoría de la transición quiere tener valor universal, no tiene en cuenta el efecto que las migraciones pueden tener sobre el crecimiento de la población de regiones concretas.” (Alberrch, s/a: 1)



Para el caso latinoamericano, Partida (2005) menciona los períodos más importantes dentro de la transición demográfica, destacando que “la primera etapa de la transición demográfica, caracterizada por tasas de mortalidad en rápido descenso y tasas de natalidad relativamente constantes e incluso ascendentes entre 1945 y 1960. La segunda fase puede ubicarse a partir de 1970, cuando el descenso de la fecundidad se acentuó, habiendo empezado en los años sesenta. La tercera etapa del proceso —cuando los niveles de natalidad y mortalidad convergen— tendrá lugar durante la primera mitad del presente siglo.” (Partida, 2005: 10)

Por su parte, México experimentó “la transición [demográfica se inició] en los años treinta del siglo XX y, posteriormente, fue completada por Stolin. Adolphe Landry propuso el término revolución demográfica por analogía a lo que había pasado en plano político y económico en los siglos XVIII y XIX, mientras que otros autores estadounidenses, como Frank W. Notestein y Ansley Coale, lo denominaron transición demográfica, concepto que ha prevalecido. Las formulaciones se perfilaron durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, cuando alcanzaron gran auge los estudios sobre demografía histórica, orientada a estudiar la evolución y características de las poblaciones en el pasado, que tuvieron un gran desarrollo en Francia.

En tanto el régimen demográfico se define como el comportamiento de una población a partir de la evolución de sus tasas de natalidad, mortalidad y el crecimiento natural o vegetativo, es decir, la diferencia entre el número de nacidos y fallecidos. Su finalidad es explicar los cambios que se producen en la evolución de la población mundial.” (Pizarro, 2010: 130)

Como se ha descrito hasta este momento, el fenómeno biológico de la vejez ha evolucionado no sólo en la forma en que socialmente se percibe, sino también, de manera paralela se ha nombrado con distintos conceptos a esta etapa de la vida desde las distintas concepciones religiosas, filosóficas hasta el ámbito racional que conduce al quehacer científico de distintas disciplinas como la medicina y la gerontología, que a partir del primer tercio del siglo pasado han recategorizado el análisis de este fenómeno y asociado a ámbitos demográficos, productivos y grados de desarrollo urbano de las ciudades. De ahí que en el siguiente punto se describa de manera genérica algunos enfoques que han tomado como objeto de estudio a la vejez.



1.2 Aproximación teórica de la percepción del envejecimiento

En el ámbito de las ciencias sociales existen diversas aproximaciones teóricas y conceptuales en torno al envejecimiento que son vistos desde disciplinas como la psicología, medicina, economía, entre otras, que aportan elementos de análisis para su entendimiento desde su propio quehacer disciplinario, Castanedo (s/a: 25) señala que “posiblemente exista en la actualidad más de 300 teorías que tratan de explicarlo, si podemos establecer una serie de modificaciones comunes en el proceso de envejecimiento.” las modificaciones van de acuerdo a la rama desde la cual se desea observar el objeto de estudio.

Tratar de enunciar o describir las 300 teorías que refiere Castanedo (s/a:31) sería tarea muy ardua que se encuentra fuera del objetivo de esta investigación de ahí que solo se limite a describir algunas teorías que tienen relación directa con el análisis del envejecimiento, con el riesgo de dejar fuera alguna que por desconocimiento no se incorpore. Destacan la Teoría de la desvinculación, Teoría de la actividad, Teoría de la estratificación por edades, Teoría de la modernización por contemplar aspectos territoriales

Cabe destacar que de las teoría referidas se adopta la teoría de la desvinculación complementándola con conceptos que se desprendan del urbanismo y de los estudios demográficos, principalmente por no contar desde la disciplina del urbanismo con una teoría dirigida al estudio del envejecimiento, de ahí que se haya decidido arropar esta teoría con los conceptos urbanos y demográficos.

1.2.1 Teoría de la desvinculación

La teoría de la desvinculación es una propuesta de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago, de acuerdo con Merchan (s/a: 4). La teoría de la desvinculación también es conocida como del



desenganche y la ruptura, fue postulada inicialmente por E. Cumming y W.E. Henry en 1961.

Esta propuesta de análisis destaca "...el medio ambiente natural donde viven las personas, en su comunidad en la que han establecido sus vínculos afectivos y sus desarrollos laborales y no en las instituciones que frecuentan las personas mayores. En este encuadre, se observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales." (Merchan, s/a: 4).

Esta propuesta teórica pone énfasis al aislamiento del adulto mayor de sus ámbitos cotidianos al verse limitado física e intelectualmente para llevar a cabo tareas domésticas, laborales, de esparcimiento y recreación que no solamente se ven excluidos del día a día del contexto familiar, sino también ven reducirse significativamente sus redes sociales, por este "proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del entorno de las personas ancianas. Se produce una dinámica de desarraigo generada por la rotura o disolución del anciano a la red social de pertenencia, separándose de este grupo sin adscribirse a ningún otro." (Merchan, s/a: 6).

En las sociedades posmodernas se ha transformado la valoración social que se le dio al anciano, al asociarlo como alguien improductivo, dependiente del resto de los integrantes del núcleo familiar, constituyendo condiciones sociales que han legitimado esta percepción que se tiene de este grupo de población "el individuo se va desvinculando de la sociedad, también ésta va promoviendo acciones para favorecer este distanciamiento entre la sociedad y el individuo que envejece facilitando la exclusión del medio social: - Cese de actividades laborales. - Pérdida del rol social o familiar". (INEGI 2010). Para este tipo de sociedades el escenario referido en el "que la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento" (Merchan, s/a: 7).



los enfoques teóricos referidos presentan un aspecto en común que todos pretenden dar una explicación biológica al proceso de envejecimiento destacando el deterioro del cuerpo, la pérdida de habilidades físicas, psicomotoras, intelectuales y la desvinculación de los roles sociales así como el debilitamiento de los vínculos y la articulación con sus redes.

1.2.2 Teorías vinculadas al proceso de envejecimiento

El estudio del envejecimiento de población ha derivado en la conformación de abordajes específicos disciplinarios que han tomado como objeto de estudio algún elemento o característica de este grupo de población, entre los que destacan se encuentra:

La Teoría de la estratificación por edades

Fue creada por Mathilda Riley a principios de los setenta y posteriormente fue modificada por Foner en 1975. Existe una estrecha relación con la teoría de los roles en la cual se defiende la percepción de que “cada grupo de edad se le asignan determinados roles sociales; así, la estimación de cada etapa y, consiguientemente, la autoestima de cada persona que se encuentra en ella, está condicionada por la valoración que a nivel social se le asigne a los roles que desempeña.” (Belardo, 2006: 6)

A diferencia de la teoría de los roles, donde se indica una superposición de capas sociales. “Cada capa está compuesta por unos atributos o características específicos con los que se identifican un grupo determinado de personas o colectivos constituyendo su lugar de pertenencia.” (Merchan, s/a: 9).



Teoría del vínculo débil

Esta propuesta resalta el deterioro del funcionamiento del organismo y la pérdida de las funciones del mismo denota la vulnerabilidad del hombre y lo encuadra en sus distintas etapas de desarrollo, exaltando su finitud y fragilidad ante el paso del tiempo.

“...establece que en un sistema fisiológico específico es especialmente vulnerable durante la senectud. El fallo del sistema debilitado aceleraría la alteración funcional de todo el organismo. Sería de esperar que el fracaso del sistema neuroendocrino produjera alteraciones profundas en los sistemas homeostáticos incluida la pérdida de la función reproductiva y de la regulación metabólica, que acompañan al envejecimiento.” (Mark H y Berkow, 2001)

Para efectos de esta investigación se toma como fundamento teórico explicativo la teoría de la desvinculación porque no solo pone énfasis a aspectos biológicos que conlleva el envejecimiento humano, sino también resalta aspectos sociales en los que se encuentra inmerso cada uno de los seres humanos en los distintos ámbitos en que desarrolla un rol y tiene una función. Al tomar en cuenta lo social necesariamente se debe vincular a la territorialidad, en este punto es cuando entra en juego la parte conceptual del urbanismo al relacionar los roles y funciones con espacialidades, actividades productivas, recreativas entre otras, así como las relaciones sociales con manifestaciones culturales.



1.3 Aproximación conceptual

1.3.1 Envejecimiento

El término de envejecimiento no es nuevo se ha usado durante generaciones y aunque también es referido a otros sujetos, en su totalidad se considera similar al término adulto mayor. El envejecimiento de la población muestra el aumento de la proporción de personas que han cumplido los 60 años de edad, que entran a una etapa de la vida de manera gradual, tal como lo referencia Millán (2006: 132) “El envejecimiento de la población es un proceso gradual en el que la proporción de adultos y ancianos aumenta en una población, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes, ocasionando un aumento de la edad mediana de la población.”

Dependiendo de qué se busca analizar a la vejez se le ha conceptualizado de diversas maneras pretendiendo que cada concepto se apegue de mejor manera a su objeto de estudio de ahí que, a continuación se enuncien diversas acepciones en torno a esta etapa de la vida del hombre.

Para Biner y Bourlière (2006) citado por Gil (1993:25) la vejez se encuentra representada por una “serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímica y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre los seres vivos”. Que de manera paulatina atrofia las habilidades físicas e intelectuales del hombre al alcanzar esta etapa de la vida.

Por su parte Hayflick (1961) citado por Gil (1993:26) destaca al envejecimiento biológico como “un fenómeno universal en todos los seres vivos considerándose que una población sería inmortal si fuera capaz de auto reproducirse en cultivos seríamos *in vivo* o *in vitro* un mínimo de 100 veces en un periodo de dos años”. De ahí que, la finitud de la vida representada en la última etapa del ciclo de vida del ser humano sea algo irreversible.

Birren y Zarit (1985) citado por Gil (1993:26) mencionan que el envejecimiento biológico es un “proceso de cambio del organismo, que con el tiempo disminuye la



probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales”.

Para Mezey (1984) citado por Gil (1993:28) El envejecimiento de la población se vincula a los logros científicos y tecnológicos que han permitido el incremento de la esperanza de vida, al reducir los efectos letales que algunas enfermedades propiciaban al ser humano así como al incrementar el acceso a diferentes bienes y servicios que aumentaban de manera significativa su calidad de vida, combinado con la instrumentación de políticas públicas del sector salud dirigidas a prevenir y mitigar problemas de salud pública.

Algunos autores han complejizado aún más la concepción del envejecimiento al clasificarlo dependiendo de la dinámica poblacional, esto se hace presente en la propuesta de Baltes y Baltes (1990) citados por Caballero (s/a), quienes dividen al envejecimiento de la población en envejecimiento normal, envejecimiento patológico y envejecimiento exitoso u óptimo.

De acuerdo con Baltes y Baltes (1990) citados por Caballero (s/a). El primer caso hace referencia al proceso de envejecimiento que cada individuo experimenta a lo largo de su ciclo de vida enfrentando en cada una de sus etapas las enfermedades y limitaciones físicas que son vistas por la sociedad como algo normal que es derivado por la edad.

Para el segundo, envejecimiento patológico, Baltes y Baltes (1990) citados por Caballero (s/a), afirman que se produce cuando una persona mayor presenta distintas patologías medias importantes, estas patologías vienen marcadas por enfermedades físicas o mentales que impiden al anciano realizar sus actividades cotidianas de manera autónoma y sin que dependan de terceros para desarrollar una vida normal.

Por su parte, el envejecimiento exitoso u óptimo aún se encuentra en una situación de escenario óptimo que aún no es realizable, pues se requieren de condiciones urbanas de infraestructura, equipamiento, diseño e instrumentación



de política pública dirigida a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. (Baltes y Baltes, 1990) citados por Caballero (s/a). Cada una de estas concepciones pretende desarrollar nuevos abordajes en el estudio de la población adulta mayor dependiendo de las condiciones físicas y mentales con las que llegue a esta etapa de la vida, de ahí que, se diversifiquen los fundamentos conceptuales y metodológicos con los que se da explicación al proceso de envejecimiento.

Derivado de la descripción conceptual que se ha realizado en torno al envejecimiento, para efectos de esta investigación se toma la definición propuesta por Mezey (1984) citado por Gil (1993:28), dado que, este autor vincula elementos de estructura urbana, específicamente los servicios de salud y su relación con la calidad de vida de este grupo poblacional.

1.3.2 Adulto Mayor

Al proceso de envejecimiento algunos autores e instituciones también lo han denominado como adulto mayor, tomándolo en muchos de los casos como sinónimo, cuando cada uno de estas acepciones presentan su propia connotación, para el primer caso se destaca el proceso biológico que el ser humano cumple en su periodo de vida, por su parte el adulto mayor representa al sujeto en una etapa de su vida, específicamente en el periodo que comprende los 60 años y más. De ahí que a continuación se describan algunas concepciones que instituciones y estudiosos de este tema han referido por adulto mayor.

Las Naciones Unidas citado por Quintanar (2010:17), ha clasificado al adulto mayor de acuerdo al grado de desarrollo de las naciones, para los países desarrollados se considera como adulto mayor o anciano a la población mayor a los 65 años, mientras que para los países en desarrollo se establecen los 60 años para ocupar esta categoría, de ahí para el caso de México se considera anciana una persona a partir de los 60 años.



Dicha clasificación ha sido adoptada y incorporada en la normatividad de las instituciones públicas de México dirigidas a atender este sector de la población, tal es el caso de la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* donde se establece que todo habitante que tenga 60 años y más es considerado como adulto mayor.

De acuerdo con Chakiel (2000:9) citando el trabajo de Mónica Zavaleta Rangel *Problemática Social de los Adultos Mayores*, critica esta forma de concebir al anciano por parte de las Naciones Unidas como “aquella persona por arriba de los 60-65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría” Principalmente por no tomar en cuenta factores económicos que conllevan la calidad de vida, así como la construcción social que se está constituyendo de este sector de población.

Recordemos que la vejez es una etapa de la vida en la que todo ser humano enfrenta un deterioro en las funciones orgánicas y psicológicas así como pérdida de capacidades. Para el caso de los países en desarrollo la exclusión, principalmente de actividades productivas se presenta en muchos centros laborales desde los 35 años de edad, de ahí que buen número de adultos mayores se encuentren en actividades productivas informales, colocándolos fuera de la concepción de las Naciones Unidas.

“...no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente. La carencia de una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los ancianos les hace sentirse inútiles y sin reconocimiento social. La falta de tareas específicas conlleva la dificultad para saber en qué concentrar los esfuerzos y en qué volcarse de modo de actualizar las propias potencialidades. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que



sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar (Zabala, 2012: s/p).

Bajo este contexto se deduce que el adulto mayor enfrenta una gran cantidad de problemas de sobrevivencia y desarrollo económico, ausencia de calidad de vida que desde el acceso a servicios de salud y asistencia social, situación que se encuentra muy alejada de lo que plantea las Naciones Unidas como vida que debe estar llevando un anciano

Después de haber descrito lo que se entiende por adulto mayor y envejecimiento, dada la naturaleza de esta investigación se decide adoptar ambos términos; el primero por hacer referencia al actor y las condiciones en las que se encuentra desarrollando su cotidianidad, mientras que el termino de envejecimiento es un fenómeno que refleja la realidad mexicana del cambio demográfico que se está experimentando.

Para el caso del municipio de Huehuetoca estos dos conceptos son de gran utilidad: el concepto de envejecimiento muestra el cambio demográfico de la pirámide poblacional destacando el progresivo envejecimiento a corto plazo de la población migrante, mientras que con el termino de población adulta mayor es posible visualizar las carencias de equipamiento, seguridad pública, estructura urbana entre otras a las que enfrenta la población de 60 años y más, situación que se vincula de manera directa con la calidad de vida de este sector de la población concepto que a continuación se desarrolla.

1.3.3 Calidad de vida del adulto mayor

El concepto de calidad de vida ha sido trabajado de manera general en las investigaciones y por las instituciones estatales y municipales sin realizar la diferenciación de las necesidades específicas que cada estrato poblacional demande para satisfacer sus necesidades inmediatas. Poco se ha trabajado sobre la calidad de vida y los requerimientos que la población de 60 años y más



“Las dificultades de accesibilidad, el deterioro del medio construido, la dificultad de las relaciones sociales, la pobreza y la inseguridad social, la saturación de los servicios son algunos de los problemas que caracterizan hoy a los contextos urbanos, donde se concentra la mayor cantidad de recursos y de población, y en donde se manifiestan en mayor magnitud.”(Leva, 2005: 33).

Situación que no ha sido tomada en cuenta con la seriedad necesaria por ninguno de los tres niveles de gobierno al diseñar e instrumentar la política pública adecuada con la que se beneficie la totalidad de la población. Llevar a cabo una política pública adecuada “implica que habrán de contemplarse factores personales (la salud, la autonomía, la satisfacción) así como factores socio ambientales o externos (las redes de apoyo, los servicios sociales, etc.)”. (Leva, 2005: 32).

Siguiendo con esta línea, Leva (2005: 38) menciona que “La calidad de vida como propósito superior de las políticas públicas aparece asociada a la satisfacción del conjunto de necesidades que se relacionan con la existencia y bienestar de los ciudadanos. La disponibilidad y acceso de la población a los satisfactores es lo que va a permitir cubrir los requerimientos de los individuos, grupos sociales y comunidades respecto a un determinado componente de necesidad.”

Derivado de la preocupación de incorporar a la calidad de vida de manera diferenciada en el diseño e instrumentación de la política pública de acuerdo con Leva (2005) se desprenden dos corrientes contrapuestas que abordan la calidad de vida como objeto de estudio.

A principios de la década de los ochenta “Abalaron (1998) ubica al menos dos corrientes de autores con distintas visiones, ambas con definiciones sobre calidad de vida en extremos opuestos. Un primer grupo de autores, especialmente del campo de la geografía, adhiere a una visión cuantificable, medible, objetiva. Indagan en el ambiente externo a las personas toda una gama de bienes y servicios que, potencialmente, deben estar a disposición de los individuos para la satisfacción de sus necesidades materiales e inmateriales. El segundo grupo defiende una postura cualitativa, no mensurable y subjetiva. Enfatizan el ambiente interno de las personas, culminando en aspectos



exclusivamente perceptivos de contento o descontento ante diferentes dimensiones de la vida, en general, y de aquellos bienes y servicios, en particular. Esta situación va a plantear entonces dos extremos en la definición de calidad de vida, aunque no los únicos.” (Abalaron, 1998 citado por Leva, 2005: 14).

Ambos enfoques destacan componentes que llevan resultados distintos dependiendo de lo que se quiera demostrar. Para el caso cuantitativo resulta más relevante destacar las mediciones de los datos que se puedan desprender de la instrumentación de la política pública, mientras que para la postura cualitativa pone mayor énfasis a los elementos subjetivos que se desprenden de las percepciones de la población beneficiada.

Asumir que uno u otro enfoque es mejor para la comprensión y formulación de políticas públicas así como para el análisis científico de la calidad humana sería adentrarse a esta atmosfera en la que ambas posiciones explican una parte de la realidad y más que excluirse se complementan al incorporar no solo lo medible, sino también los elementos subjetivos que en el quehacer investigativo algunas disciplinas desdeñan y restan relevación por no compartir principios analíticos

“[...] es dable pensar que se ha logrado finalmente la adopción casi universal de una misma definición gracias a que la ciencia ha podido imponer un criterio objetivo del término. Nada más alejado de la realidad: todavía hoy no existe una general y aceptada definición del término, con lo cual la indagación de su popularidad, posible de catalogar como "de moda", debe obedecer necesariamente a otras razones, independientemente de las reflexiones teóricas que se vayan estableciendo en los ámbitos académicos". (Abalaron, 1998 citado por Leva, 2005: 43).

Sería muy arriesgado abordar el fenómeno de calidad de vida desde una de estas perspectivas, principalmente porque éste no se limita a la interpretación, explicación o análisis de una sola disciplina, sino requiere de una serie de postulados multidimensionales y multidisciplinarios. Que se encuentran dirigidos a la satisfacción material, estructural, psicológica, cultural de equipamiento urbano entre otros que tengan como principal objetivo la satisfacción de las necesidades de la población tal como lo referencia Beltramin (2003) citado por Leva (2005) al considerar que la calidad de vida tiene relación directa con “el grado en que una



sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, las cuales son múltiples y complejas”.

Dicha concepción sobre la calidad de vida es acotada dependiendo del contexto y la realidad imperante de cada grupo social, el funcionamiento de las instituciones y la prioridad que cada una de ellas asigna al todo social, de ahí que Lindenboim (2000) citado por Leva, (2005: 17) diferencie la calidad de vida dependiendo del grado de desarrollo y los contextos sociales de cada una de las espacialidades.

“calidad de vida es una noción plural, ajustada a cada contexto, constituida por múltiples factores inscriptos en diversas dimensiones temáticas de la realidad. Calidad de vida afecta a cada individuo frente a sus contextos micro y macro comunitarios de articulación social y es determinado por: 1) las modalidades ponderadas de asociación entre las necesidades objetivas y las demandas subjetivas específicas de la vida urbana, [y] 2) las potencialidades, condiciones y niveles relativos de accesibilidad a la satisfacción de las mismas”. (Lindenboim, 2000 citado por Leva, 2005: 17)

En la misma lógica que Lindenboim (2000) otros autores como Abalaron (1998) complejizan la noción de calidad de vida al destacar no solo la satisfacción de necesidades de la grupalidad, sino este autor destaca las necesidades del individuo al afirmar que éstas se diferencian en lo cualitativo y cuantitativo del resto de los integrantes

“es el grado de excelencia que una sociedad dada, precisamente localizada en un tiempo y en un espacio geográfico, ofrece en la provisión de bienes y servicios destinados a satisfacer cierta gama de necesidades humanas para todos sus miembros, y el consiguiente nivel de contento o descontento individual y grupal según la percepción que se tenga de esa oferta, accesibilidad y uso, por parte de la población involucrada” (Abalaron, 1998 citado por Leva, 2005: 17).

De los autores referidos se puede destacar el grado de satisfacción del grupo y del individuo en cuestiones materiales que pueden estar contenidas en las manifestaciones de la estructura urbana, y de manera más específica la cantidad de equipamiento especializado con que cuenta una ciudad y que puede ser evaluado por los integrantes de la misma desde su percepción en ámbitos de



seguridad, habitabilidad y con una amplia cobertura en los servicios de salud, educación y servicios especializados sólo por mencionar algunos.

Lo ya descrito permite no sólo identificar los diferentes abordajes teóricos con los que se ha pretendido explicar la situación que guarda la población adulto mayor con relación a su calidad de vida, cabe resaltar que cada enfoque resalta las variables indicadores que desde su propuesta considera pertinente tomar en cuenta para dar explicación de una pequeña parte de la complejidad de este fenómeno.

Para efectos de esta investigación se tomaran los principios y componentes teóricos propuestos por la teoría de la desvinculación complementados con los elementos conceptuales que otros enfoques han desarrollado principalmente en el ámbito del abordaje analítico de la política pública, dirigida a la atención adecuada del adulto mayor por ser, de acuerdo con Leva, (2005) personas vulnerable y de mayor dependencia. Al mismo tiempo se retomara las propuestas teóricas que destacan componentes de la estructura urbana que dificultan el desarrollo cotidiano del adulto mayor así como las limitantes que imponen la carencia de equipamiento especializado en los subsistemas de salud y asistencia social que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Con base en estos componentes realizar el análisis de la situación que guarda el equipamiento urbano de salud y asistencia especializada de carácter público que satisfaga las necesidades del adulto mayor.



1.4 Equipamiento Urbano de salud y asistencia social para el adulto mayor

Los hombres y las mujeres de todas edades que habitan la ciudad realizan en ella sus actividades económicas, sus relaciones familiares y sociales, su educación y su recreación, por tanto es normal que cada sector de la población requiera de diferentes estructuras y lugares para desempeñar sus funciones cotidianas, pero también se sabe que según sea el grupo de edad necesitara de equipamiento y servicios diferenciados. “una unidad social dentro de un determinado territorio; se caracteriza por tener una estructura, cierta organización y funciones” (Posada, 1995: 692), dentro de estas funciones se encuentran la prestación de servicios y la consolidación de equipamiento, mismos que son creados para cubrir las necesidades de la población, sin importar edad, género o procedencia.

A los componentes físicos que permiten el desarrollo intelectual y cotidiano de la población en todos los ámbitos de la ciudad, se les ha llamado estructura urbana y de manera más específica equipamiento urbano, de ahí que a continuación se describe lo que se entiende por estos dos conceptos.

Para (Rubio, 2013, s/p) la estructura urbana es entendida como; “la relación que existe en el interior del espacio urbano entre las diferentes partes que componen la ciudad, a partir del emplazamiento del núcleo inicial donde se fundó la ciudad. Esta organización se encuentra conformada por elementos urbanos reconocidos como el sistema vial (calles, carreteras, aceras) zonas verdes, tramas, trazados, tejidos y equipamientos que se presentan con características distintivas.

El término surge de la palabra en latín “structura” que se deriva del verbo “struere” que significa construir. Se puede considerar que estructura significa el orden tanto externo como interno de un “todo” constituido por elementos que se relacionen entre sí.

La estructura urbana hace referencia a la organización que adoptan los elementos constitutivos de la ciudad en un momento determinado de tiempo.

Como sus principales características podemos encontrar que está formada por un conjunto de partes y componentes unidos, que se conoce como ciudad. Está constituida por sistemas y subsistemas de relaciones que determinan la organización de esta y su crecimiento.



Las actividades cotidianas y las relaciones con estas actividades constituyen un sistema urbano, de esta manera se pueden identificar subconjuntos determinados de actividades y relaciones, ya que interesa identificar estos subconjuntos porque son las estructuras características del sistema (Rubio, 2013: s/p)

Para el Instituto Municipal de Planeación (IMPLAN) el equipamiento urbano es entendido como "...un factor de bienestar social y económico, así como de ordenamiento territorial y de estructuración interna de las localidades, el déficit en equipamiento urbano y su distribución socio espacial es un indicador de desigualdades sociales." (COLEF-IMPLAN, 2009: 46). Este instituto pone principal atención a las desigualdades sociales que provoca la carencia de equipamiento en los diferentes asentamientos urbanos, además de resaltar los efectos en el bienestar de la población.

En torno a este concepto se han desarrollado diversas definiciones que responden a realidades específicas o a andamiajes teóricos, conceptuales que establecen sus particulares formas de abordajes en la investigación, de ahí que, para efectos de este trabajo se adopta la definición desarrollada por Gregorio (2010: 2). quien afirma que el equipamiento urbano son:

"Bienes públicos o privado, de utilidad pública, destinados a prestación de servicios necesarios al funcionamiento de la ciudad, implantados mediante la autorización del poder público, en espacios públicos y privados. En planeamiento urbano el término equipamiento está relacionado al uso del suelo para fines colectivos o institucionales, pudiendo ser públicos o privados. La implantación de equipamientos urbanos está directamente asociada al desarrollo social y reflejan en la calidad de vida y de la población" (Gregorio, 2010: 2).

Esta definición permite identificar los bienes públicos y privados destinados a la prestación de servicios en el municipio de Huehuetoca vinculándolos con la cantidad de población, en este caso de 60 años y más para deducir la posible calidad de vida en la que se encuentra este grupo de población.



1.4.1 Estructura del sistema normativo de equipamiento de salud y asistencia social

Según las normas de SEDESOL (2012), la estructura de equipamiento urbano se divide en subsistemas que se caracterizan por agrupar elementos que tienen características físicas, funciones y servicios similares, y considera 12 subsistemas en su sistema normativo: educación, cultura, salud, asistencia social, comercio, abasto, comunicaciones, transporte, recreación, deporte, administración pública y servicios urbanos.

Los 12 subsistemas referidos se encuentran normados en seis volúmenes, en los que se establece los lineamientos y los criterios de equipamiento que, conforme a sus atribuciones, tradicionalmente han aplicado, aplica o prevén aplicar las dependencias de la Administración Pública Federal, con base en los estudios realizados, la experiencia acumulada y/o las políticas institucionales.

De los 6 volúmenes se describirá los contenidos del tomo II en los que se establecen los principios normativos de salud y asistencia social con la finalidad de mostrar las normas y lineamientos para la construcciones de equipamiento urbano así como la evaluación de la cobertura y la calidad del servicio prestado a la población adulta mayor del municipio de Huehuetoca.

1.4.2 Descripción de los subsistemas de salud y asistencia social

Subsistema de salud

El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos. 1. El primero se encuentra integrado por la totalidad de población desempleada, no asegurada y trabajadores informales; 2. Este se encuentra constituido por los trabajadores insertos en la economía formal y 3. Se conforma por personas con capacidad de pago. Al interior de estos grupos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, según se describe a continuación:



Para el primer caso “El sistema para población abierta o no asegurada (alrededor de 48 millones de personas) incluye los servicios de la de Secretaria de Salud (SSA), que opera en áreas urbanas y rurales en todo el país, y el programa IMSS-Solidaridad [Instituto Mexicano del Seguro Social], que atiende a población de zonas rurales definidas (alrededor de 11 millones de personas de 14 estados). La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS-Solidaridad recibe una asignación presupuestal del gobierno federal y cuenta con el apoyo administrativo del IMSS.” (Organización panamericana de la salud, 2002: 5)

Para llevar a cabo la prestación de servicios de salud el gobierno federal destina anualmente una partida presupuestaria que es asignada a los distintos niveles de gobierno a través del diseño de la política pública correspondiente, para de este modo dar cumplimiento a una de las funciones del estado en la que se tiene al gobierno federal como el principal responsable en la rectoría “del sistema [de salud], que incluye la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intra e intersectorial, las actividades de regulación de la atención a la salud y regulación sanitaria, y la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas. Algunas de estas tareas, como la regulación de la atención a la salud, las desarrolla en colaboración con diversos cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil.” (Gómez, 2011: s/p)

El gobierno federal no sólo es el encargado de asignar recursos económicos a través de la política pública a los dos niveles de gobierno restantes, sino también los instruye sobre las prioridades en el sistema de salud de ahí que, “La Dirección General de Evaluación del Desempeño de la SSA es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y de salud pública.” (Organización Panamericana de La Salud, 2012: 6)



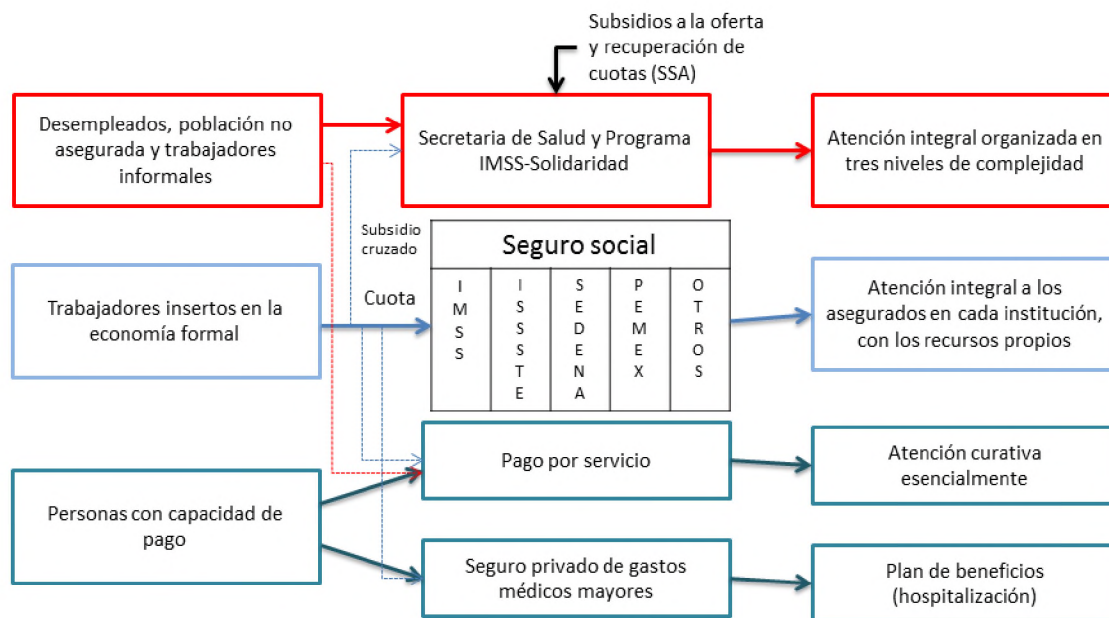
Buscando transparentar la asignación y ejercicio de los recursos económicos, el gobierno federal ha promovido la rendición de cuentas de los distintas dependencias de gobierno encargadas en instrumentar los programa, sub programas y proyectos destinados al cumplimiento de la demanda de servicios de salud por los ciudadanos “Los resultados de sus actividades los publica en Rendición de Cuentas, un informe anual que da seguimiento a los compromisos establecidos en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y una serie de informes en los que se presentan los productos de evaluaciones comparativas de los sistemas estatales de salud y de las diferentes instituciones de salud.” (Organización Panamericana de La Salud, 2012: 6)

Para el segundo caso, el tratamiento que realiza el gobierno federal es muy distinto ya que agrupa a la totalidad de trabajadores que a través de sus patrones son afiliados por derecho a alguna institución de salud, de tal manera, que garantice su integridad física y sus derechos laborales. “Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social. En 2000, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80%), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales.” (Organización Panamericana de La Salud, 2012: 7)

Finalmente, el tercer grupo se encuentra conformado por el sector de población que cuenta con altos ingresos y tiene la capacidad económica para acceder a servicios de salud privado, sin tener que recurrir a cualquier institución encargada de brindar servicio de salud público. Lo referido se muestra de manera esquemática en la imagen número 1.



Imagen 1 Sistema de Salud, México, 2001



Fuente: elaboración propia con base a Organización Panamericana de La Salud (2012: 7)

Los grupos descritos se encuentran conformados por subsistemas que permite desagregar las funciones del mismo, "Un subsistema de equipamiento se caracteriza por agrupar elementos que tienen características físicas, funciones y servicios similares, se apoyan o complementan entre sí de acuerdo a su nivel de especialidad, y orgánicamente forman parte del mismo sector institucional de servicios." (SEDESOL, 2012:2). Cabe destacar que a través de los subsistemas es posible identificar "sus características más representativas y relevantes; tipo y nivel de especialidad del servicio proporcionado, interrelación con otros elementos de menor y mayor jerarquía, sector o grupo social atendido, características físicas generales del inmueble, etc." (SEDESOL, 2012:2). Con las que se facilita la relación interinstitucional.

Por su parte, este conjunto de subsistemas no se auto determinan ni autorregulan para su óptimo funcionamiento, más bien es regulado por instancias federales con el fin de eficiente la prestación del servicio y esta regulación se lleva a cabo a través del Sistema Normativo del Equipamiento Urbano, el cual "incluyen un total



de 125 elementos cuya planeación, construcción u operación recae principalmente en las 24 dependencias y organismos descentralizados de la administración Pública Federal, participantes en su integración. Estos 125 elementos de equipamiento están distribuidos en los 12 subsistemas antes señalados” (SEDESOL, 2012 4).

Los 125 elementos que integran este sistema de evaluación se encuentran organizados y dirigidos a la clasificación de centros de salud dependiendo del grado de especialización de cada uno de estos. Clasificación que a continuación se anuncia:

Salud

1. Centro de salud rural población concentrada (SSA)
2. Centro de salud urbano (SSA)
3. Centro de salud con hospitalización (SSA)
4. Hospital general (SSA)
5. Unidad de medicina familiar (UMF) (IMSS)
6. Hospital general (IMSS)
7. Unidad de medicina familiar (UMF) (ISSSTE)
8. Modulo resolutivo (unidad de emergencias) (ISSSTE)
9. Clínica de medicina familiar (CMF) (ISSSTE)
10. Clínica hospital (ISSSTE)
11. Hospital general (ISSSTE)
12. Hospital regional (ISSSTE)
13. Puesto de socorro (CRM)
14. Centro de urgencias (CRM)
15. Hospital de 3er nivel (CRM)

A través de esta clasificación y su correspondiente a la normatividad, el gobierno federal ha pretendido descentralizar y desconcentrar los servicios de salud en los tres niveles de gobierno hecho que ha venido a complejizar la prestación de servicio, dado que la capacidad económica y financiera de los estados y municipios no cuenta con la fortaleza para dar cumplimiento a dicho cometido, al mismo tiempo el ámbito municipal las carencias económicas, de infraestructura y capital humano calificado que permita no solo la conservación y reproducción de inmueble destinados al servicio público. En la mayoría de los casos del ámbito municipal se presenta un fuerte deterioro en las instalaciones así como



incapacidad financiera y ausencia de capital humano calificado para continuar brindando servicio.

Componentes de los centros de salud urbano (SSA)

Inmueble en el que se proporciona a la población abierta los servicios médicos de consulta externa, medicina preventiva y curativa, medicina general, control pre y post natal, primeros auxilios, urgencias, vigilancia y notificación de casos epidemiológicos, educación para la salud, organización de la comunidad, detección de enfermedades, problemas ambientales y sanitarios, además cuenta con laboratorio y rayos x.

Opera con 1 a 12 módulos y cada uno está constituido por un médico general y dos auxiliares de enfermería; con una cobertura por módulo de 3,000 habitantes y un odontólogo por cada 3 módulos.

Cuenta con 3 a 6 consultorios, sala de curación e inmunizaciones, rehabilitación, farmacia, sala de espera y control, área administrativa, trabajo social, promotores, laboratorio de patología clínica, radiología, sanitarios para usuarios y personal y áreas para servicios complementarios y de apoyo. (SEDESOL, 2012: 21).

Componentes de los Hospital general (SSA)

Unidad hospitalaria donde se otorgan a la población abierta los servicios de atención ambulatoria y de hospitalización en las cuatro ramas básicas (gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna), así como as correspondiente a otras subespecialidades que integran cada área, de acuerdo a su demanda.

Con base en la regionalización operativo y de acuerdo con las características de las unidades existentes, la tipología para hospitales se definió en 30, 60, 90, 120 y 180 camas censables para hospitalización, con áreas de quirófanos para medicina general y alta especialidad, sala de partos, sección de urgencias, laboratorios, sala de rayos x, farmacia, área para ambulancias y áreas para servicios complementarios. (SEDESOL, 2012: 22).



Componentes de la Clínica médica familiar (CMF) (ISSSTE)

Unidad médica de primer nivel constituida por 8 a 24 consultorios, donde se proporcionan a la población derechohabiente, servicios de: consulta externa, medicina preventiva y curativa, especialidades básicas, laboratorio de análisis clínicos, rayos x, odontología, obstetricia y emergencias; también se incorpora el concepto de una área de exploración compartida. Estos servicios se proporcionan a nivel local en las grandes ciudades.

Las variables tipológicas con que cuenta la clínica de medicina familiar son: de 8 a 12 consultorios de medicina familiar, 1 de odontología y 1 de medicina preventiva. (SEDESOL, 2012: 26).

Subsistema de asistencia social

El subsistema de asistencia social también forma parte de la política pública que instrumenta el gobierno federal, a través de éste ha pretendido apoyar a los sectores de población más desprotegidos y vulnerables por su debilidad económica, de ahí que “La asistencia social puede entenderse como toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia han sido marginadas y/o excluida de las condiciones materiales necesarias para su reproducción”. (SEDESOL, 2012:71)

De la primeras acciones desarrolladas por el gobierno federal dirigidas a la conformación de una política de asistencia social que beneficiara a sectores desprotegidos en el ámbito nacional es la conformación del `programa denominado Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con ello queda en claro que el eje rector de este programa gira en torno a la protección de la familia y con ello la consolidación y armonización del desarrollo comunitario

“La creación del sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) es importante por dos razones: por un lado, hasta este momento no existe



un cuerpo legislativo específico y sistemático que regulara la asistencia social, ya que hasta entonces se normaba por medio de decretos, reglamentos o disposiciones derivadas de leyes propias de la salubridad pública (Fuentes, 1999:569). Por otro lado el DIF fue la primera institución que dirigía sus acciones específicamente a la familia, por lo que, a lo largo de su existencia, ha ido reflejando un conjunto de ideas en torno a la composición y funcionamiento “ideal” de la misma, reforzando la concepción de esta como la base de la sociedad.” (Instituto para la Seguridad y la Democracia, 2013:107)

La Ley de Asistencia Social publicada en Septiembre del 2004 por el sexenio del presidente Vicente Fox Quezada, cuya última reformada fue en el 2014, pretende garantizar las condiciones materiales que permitan el desarrollo adecuado de los sectores vulnerables de la población que no cuentan con ninguna posibilidad de acceso a algún tipo de servicio de salud pública, para el caso de México el encargado de diseñar e instrumentar proyectos y acciones, en el 2004 estuvo a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Para el desarrollo e inclusión de los distintos grupos sociales a estos proyectos, el SNDIF (2004) definió al sistema de asistencia social como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva”.

“El bienestar de los individuos se percibe como la meta de la asistencia social, lo cual, implica el mejoramiento de las condiciones de vida y tener cubiertas las necesidades esenciales: hambre, techo, vestido, sentirse seguro y libre, no estar enfermo y no vivir en condiciones degradantes de pobreza. Lo anterior se configura con salarios suficientes, seguridad social, servicios públicos, acceso a la cultura, la recreación y el deporte, lo que es distinto en cada época y entre los individuos” (Guadarrama, 2001:43)

Cabe destacar que el gobierno federal a través de este sistema no es el único preocupado por atender necesidades de los sectores vulnerables y desprotegidos de la sociedad sino también existe un buen número de organizaciones altruistas



de la sociedad civil que se dedican a brindar atención a distintos sectores de la sociedad a través de casas hogares, orfanatos, comedores comunitarios, estación de servicios de salud a través de los centros de salud comunitarios, bibliotecas públicas, talleres de capacitación destinados a rehabilitación, proyectos para desarrollo de micro empresas, asesoría legal para defensa de los derechos ciudadanos entre otros. Todo esto, de manera independiente al estado e iniciativas gubernamentales.

Tanto el gobierno federal como las organizaciones de la sociedad civil han entendido a la asistencia social como las distintas acciones dirigidas al beneficio de algunos sectores de la población según sean las condiciones en las que se encuentran y las necesidades de cada grupo social.

Para llevar a cabo este cometido el gobierno federal como las organizaciones sociales de la sociedad civil toman como canales de instrumentación las siguientes forma de organización asistencial:

1. Casa de cuna (DIF)
2. Casa hogar para menores (DIF)
3. Casa hogar de ancianos (DIF)
4. Centro de desarrollo comunitario (DIF)
5. Centro de rehabilitación (DIF)
6. Guardería (IMSS)
7. Velatorio (IMSS)
8. Estancia de bienestar y desarrollo infantil (ISSSTE)

Componentes de la casa hogar de ancianos (DIF)

Elemento con la función de conducir programas institucionales a personas de 60 años de edad, en abandono parcial o total, desamparados, sujetos a maltratos o carentes de recursos económicos, con imposibilidad de subsistir por su propia cuenta.

Proporciona los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, asistencia médica integral, psicológico, trabajo social, recreativos y culturales; esta integrado por las áreas de gobierno, dormitorios comunes (hombres o mujeres), dormitorio para



matrimonios, sala de estar, ropería y cuarto de aseo, área recreativa y religiosa (salón de cantos y juegos, talleres, auditorio-teatro y servicios), servicios médicos, servicios generales, patio de maniobras, plaza y huerto familiar, áreas verdes y estacionamiento. (SEDESOL, 2012: 96).

Equipamiento especializado que presenta alta demanda por los grupos sociales vulnerables sin importar en muchos de los casos si tiene un carácter público gubernamental o si los servicios son proporcionados por alguna forma de organización de la sociedad civil. Para el caso de esta investigación de los sistemas y subsistemas descritos sólo se toma como objeto de estudio al equipamiento especializado para el adulto mayor.

De lo descrito en este capítulo cabe destacar el uso de la propuesta teórica de la desvinculación, de ella se toma la relación que establece el adulto mayor en su vida cotidiana con la manera en que se encuentra estructurada la ciudad en diversos ámbitos, tal es el caso de servicios de salud, la adaptación de la estructura urbana para su movilidad, el sistema de asistencia social, mismos que han sido conceptualizados y desagregados de tal manera que de este contenido se desprenden las diferentes categorías y elementos de análisis con los que fue posible analizar el objeto de estudio tomado en este trabajo.

Se debe destacar la importancia del equipamiento urbano y su vinculación con los distintos grupos de población que constituyen una sociedad, para este caso es necesario destacar la relación del equipamiento urbano con el adulto mayor por la tendencia del envejecimiento de la población y la carencia de espacios adecuados destinados a satisfacer sus necesidades de atención médica y asistencia social, que de manera paulatina presentan un incremento significativo en la zona de estudio. Tener en cuenta este escenario permite crear las condiciones físicas y humanas que faciliten una mejor calidad de vida de la población de 60 años y más garantizando, de este modo, un derecho del ser humano a desarrollar una vida digna e incluyente en sociedades en donde los han devaluado como seres humanos.



El equipamiento dirigido a la población de 60 años y más, no debería limitarse a los servicios de salud, sino, también se tendría que incrementar el número de posibilidades de acceso a servicios de asistencia social donde el adulto mayor se desarrolle en ambientes recreativos, culturales, de convivencia, de integración social en los que se desenvuelva y encuentren motivos para continuar con su vida.

Considerar la inclusión de este equipamiento en el diseño de política pública, daría la pauta, para sentar las bases físicas de la estructura urbana que permitan la conformación de ciudades incluyentes preocupadas por el bienestar social que permita el desarrollo equitativo de los distintos estratos de población diferenciando las particularidades de sus demandas derivadas de sus necesidades específicas.



Capítulo II

Contextualización del proceso de envejecimiento a nivel nacional y en el estado de México

2.1 Envejecimiento poblacional a nivel nacional

2.1.1. Crecimiento y transición demográfica a nivel nacional

El crecimiento demográfico es reflejo de una reestructuración poblacional. La característica que engloba este fenómeno es el cambio de número de individuos en un área determinada. A pesar de ser un fenómeno cíclico, su estructuración siempre se verá variada por la incidencia de diferentes indicadores que contribuyen al incremento poblacional. Su versatilidad se puede percibir en la heterogeneidad que presentan cada uno de los países en el mundo, donde las tasas de crecimiento no son las mismas. Se pueden mencionar algunos de los países con mayores cambios en su crecimiento demográfico absoluto tales como India, China, Pakistán, Nigeria, Estados Unidos, Filipinas, Etiopía, Bangladés, Egipto, República Democrática del Congo, Brasil, Tanzania, Kenia y México.



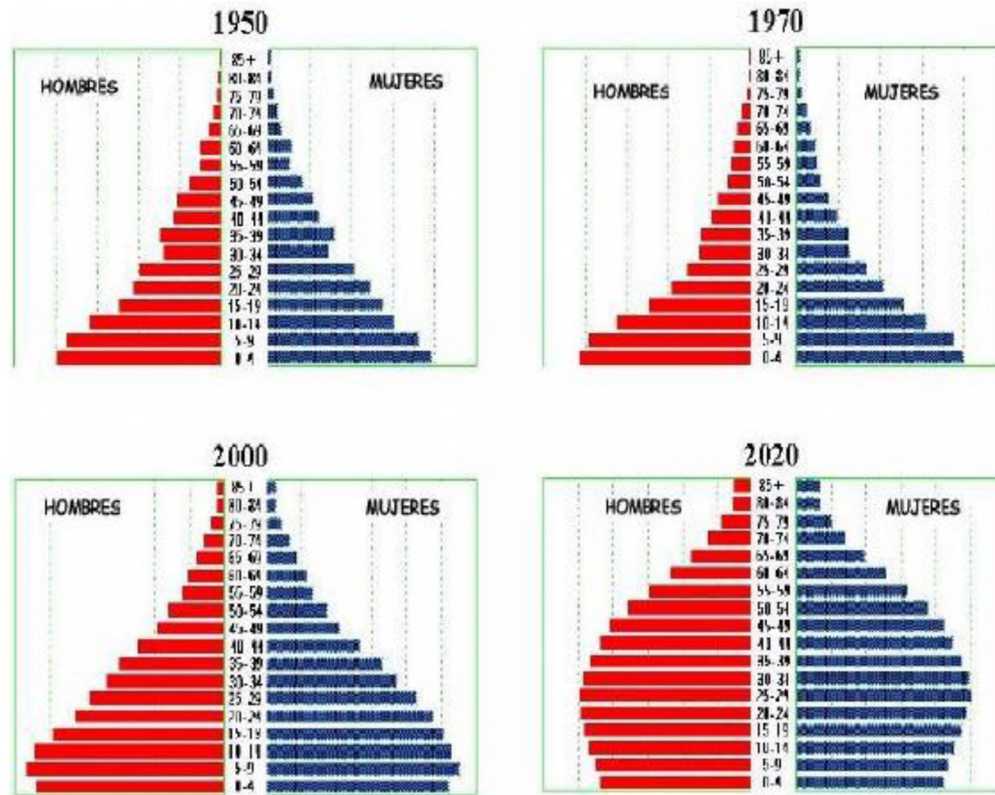
En México el crecimiento demográfico ha sido medido estadísticamente de manera periódica en los diferentes gobiernos, a través de institutos especializados en dicha actividad, quienes han llegado a la conclusión de que este crecimiento encuentra su origen en fenómenos sociales, culturales y económicos, afectando de manera directa el crecimiento urbano por los que ha pasado el país.

En las últimas siete décadas se ha podido observar un nuevo proceso demográfico por el cual ha transitado el país; iniciando de 1930 a 1950 donde el intenso crecimiento demográfico fue de 17 a 26 millones de habitantes, mismo que se duplicó en 1980 y se multiplicó de nuevo en los siguientes veinte años. Advirtiéndose que, a partir de 1930, se presentó un descenso en la mortalidad, como consecuencia del mejoramiento de las condiciones de vida y los avances científicos logrados a lo largo de este tiempo. (Trujillo, 2007: 13)

En este periodo los avances logrados principalmente en el ámbito de la medicina, propiciaron transformaciones en la calidad de vida y modificaron los estándares de la esperanza de vida, esto se puede ver en la obra *Latinoamérica envejece visión gerontológica/geriátrica*, donde se menciona que de 1930 a 1960 la tasa bruta de mortalidad se redujo casi 54%; de 27.5 a 12.6 defunciones por cada 1000 habitantes; en 1990 descendió a 5.2 y para el 2003 cayó a 4.5 defunciones por cada 1000 habitantes. (Trujillo, 2007: 16). La influencia de los cambios económicos, sociales y políticos siguen dando pauta para una nueva estructuración piramidal. Véase imagen 2.



Imagen 2. Evolución de la población mexicana por grupos de edad quinquenal, 1950-2020



FUENTE: elaborado con base a censos de población y CONAPO, *Proyecciones de la población...*, op. cit.

Los cambios demográficos que ha presentado el país relacionados a los procesos sociales, económicos y territoriales, denotan de 1950 a 1970 un incremento de la natalidad que refuerza la base piramidal. En este mismo periodo uno de los hechos históricos principales que propiciaron el cambio demográfico consistió en “atravesar por un intenso proceso de urbanización, que tuvo su origen en el impulso del estado a la industrialización y que dio lugar a una fuerte migración interna en el país” (INEGI, 2005). Siguiendo los datos históricos de INEGI (2005), las ciudades más importantes en las que se aglomeraba la población migrante son: Tlaxcala, Zacatecas, Yucatán, Quintana Roo, Baja California y Distrito Federal (hoy Ciudad de México).



Para el periodo de 1970 al 2000 denominado “México en la era global”, el país se ve como estado “plural y en transformación mediante el análisis de los cambios demográficos, las reformas políticas y económicas y los movimientos sociales” (Tamayo, s/a: 493). Sin lugar a dudas el crecimiento demográfico de este entonces fue modificado bajo los indicadores de natalidad, mortalidad y esperanza de vida, los cuales serán descritos en los siguientes párrafos.

2.1.2. Dinámica poblacional

2.1.2.1 Natalidad

La natalidad que México presentaba en el siglo XIX era muy basta, ya que las familias tenían un promedio de 7 hijos por mujer. Ante esta situación el gobierno estableció una política de población con el inicio de la *planificación familiar* en donde la fecundidad se redujo más de la mitad entre 1974 y 1999 (descendió de 6 a 2 hijos por mujer). (Trujillo, 2007: 14). La relación de políticas de planificación cubrió las expectativas esperadas por el gobierno, disminuyendo la tasa de fecundidad y el índice de mortalidad, brindando tanto apoyos como programas referentes a prevenciones y cuidados.

Con base a los datos estadísticos de INEGI (2000-2010), del año 2000 en adelante el promedio de hijos por mujer es de 2, permitiendo reducir el intenso incremento poblacional de infantes, mismo que se ha visto reflejado en la estructura piramidal del siglo XX, que tiene como característica una base ensanchada con tendencia a reducir.

2.1.2.2 Mortalidad

Esta fase se inicia en forma paralela al desarrollo del país, “con el inicio de las políticas de industrialización y con un alto ritmo de crecimiento de la economía. Al mismo tiempo, la importación de tecnologías llega también a la medicina, todo lo



cual permite crear una infraestructura sanitaria considerablemente mayor que la de años anteriores. Para fines del decenio de los cuarenta la tasa de mortalidad era ya de alrededor de 17 defunciones por cada mil habitantes, la mitad de la que se observaba al iniciar el siglo” (Narro, s/a: 636). De este modo, poco a poco los motivos de mortalidad van cambiando y gracias al aumento de esperanza de vida, la población adulta mayor tiene posibilidades de vivir mucho más tiempo.

“Hasta fines de los años setenta, el ritmo de descenso de la tasa de mortalidad continuó con enorme fuerza, hasta llegar a valores inferiores a 8 por mil, aunque esto puede atribuirse también al rejuvenecimiento experimentado por la población del país” (Narro, s/a: 636).

Según datos estadísticos de INEGI (2000-2010) del año 2000 en adelante, se presenta una importante disminución de las muertes en los niños menores de 5 años, además, la edad promedio para los adultos mayores aumenta a los 68 años, donde las principales causas de mortalidad son enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, entre otros.

2.1.2.3. Esperanza de vida

Sumado a los indicadores ya mencionados, la esperanza de vida produjo efectos similares contribuyendo a las transformaciones dentro del cambio demográfico en México. El aumento en la esperanza de vida aportó un incremento significativo de población adulto mayor. “En el decenio de 1930 la esperanza de vida era de 36 años, paso a casi 50 años para 1950 y a 62 años para 1970, hasta llegar a 74 años en 2000” (Trujillo, 2007: 16).

El incrementar la esperanza de vida, no indicaba un mejor desarrollo económico y social de la población, más bien representaba una mejor atención de los elementos básicos de salud.

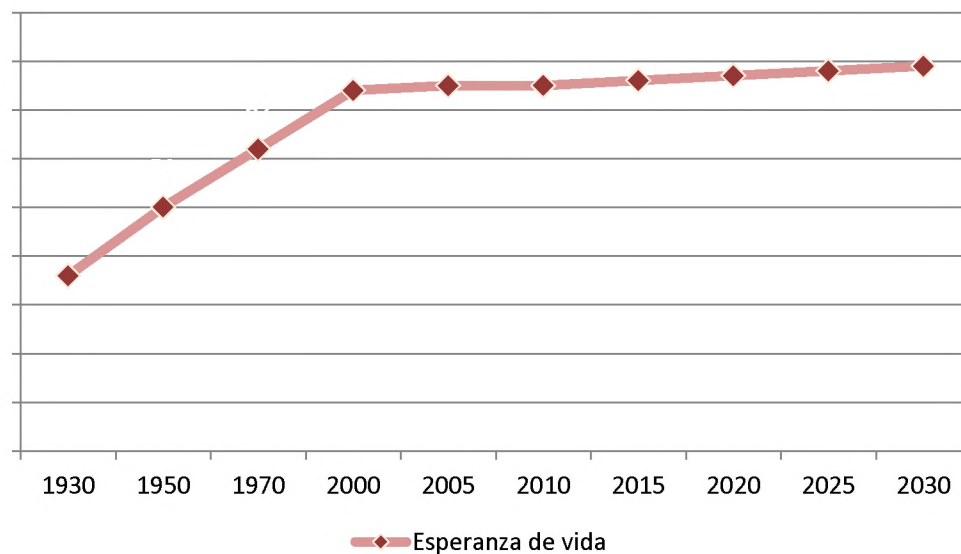
“La constante mejoría que ha venido mostrando alcanza su máximo en el período 1950-1960, cuando los incrementos llegaron a mantener un ritmo de, prácticamente, un año esperado de vida más por cada año transcurrido del



decenio” (Narro, s/a: 636-637). Tal y como se muestra en la gráfica 1. La esperanza de vida es el elemento por el cual la población se ha beneficiado, específicamente el adulto mayor.

Las estimaciones reflejadas por CONAPO para antes del año 2000, creaban un ciclo de crecimiento acelerado donde en 1930 el índice de esperanza de vida era de 36 años, cantidad que se duplicó para el año 2000 pasando de 36 a 74 años.

Gráfica 1. Esperanza de vida total en México, 1930-2030



Fuente: Elaboración propia con base a estimaciones de CONAPO con base a la conciliación demográfica y proyecciones de población 1930-2030

La constante mejoría de los servicios médicos, se ve reflejada en el aumento de años que representa la esperanza de vida. En especial del siglo XX en adelante donde se mantiene una cifra consecutiva. Aún a pesar que la mortalidad parece estar ligada con las condiciones generales de vida de la población.

2.1.3. El envejecimiento en México

Tras conocer los indicadores que inciden en el cambio demográfico, se observa como en México se generó una transformación, reduciendo abruptamente la natalidad principalmente por políticas poblacionales, en este mismo periodo inicia



un riguroso proceso por migraciones provenientes de las zonas rurales, que se albergaban en las ciudades por factores tanto sociales como económicos y por último, la mortalidad descende elevando la esperanza de vida e incrementando la longevidad del adulto mayor dentro de las ciudades.

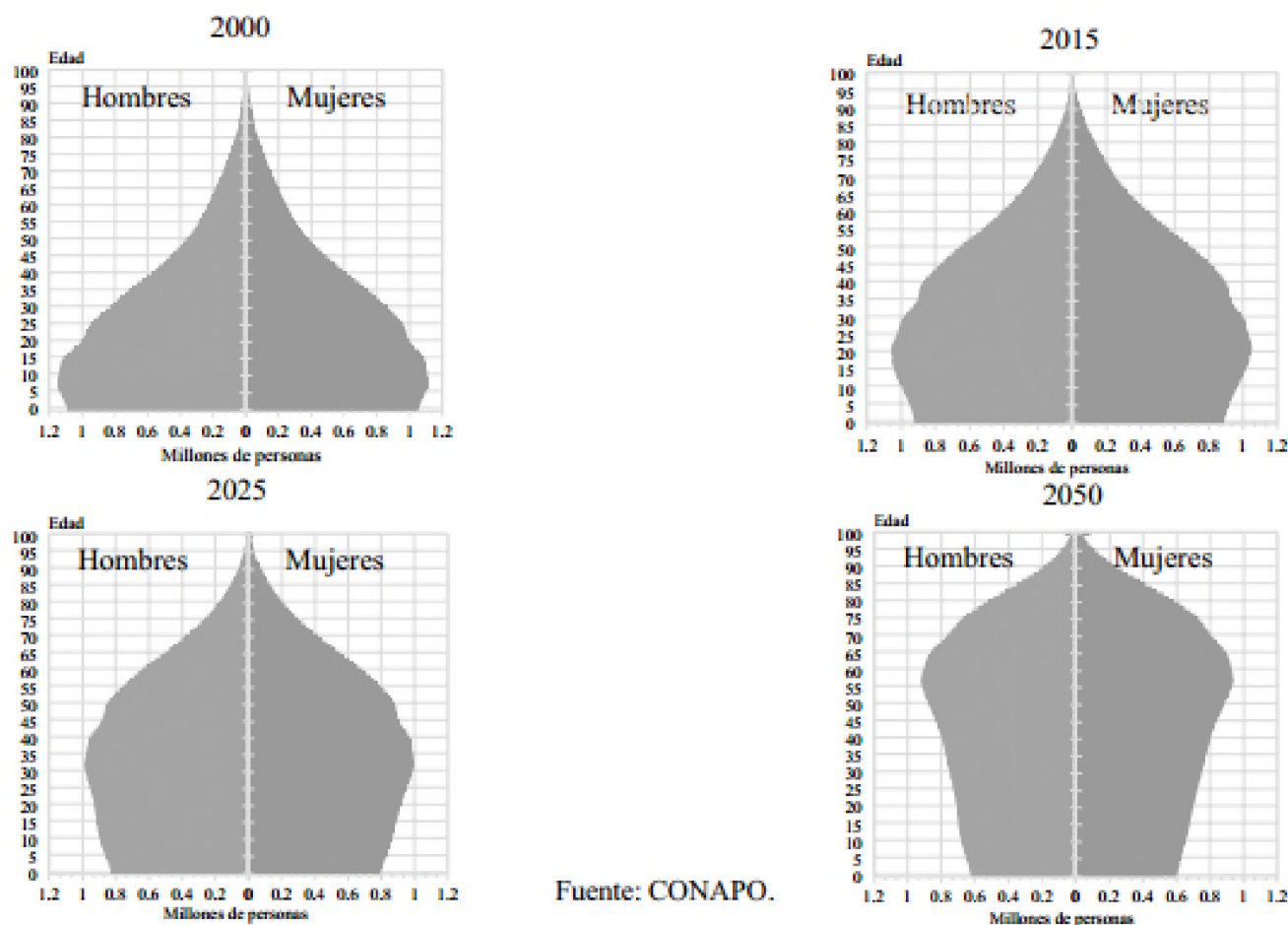
Los grandes cambios demográficos por los que ha transitado México han llevado al país a una nueva re-estructuración poblacional caracterizada en su base por adultos mayores, en donde, el proceso de envejecimiento se prolonga y se hace cada vez más evidente el continuo incremento de personas mayores.

Garrocho (2005), en el artículo *La población adulta mayor en el área metropolitana de Toluca, 1990-2000*, hace referencia al eminente crecimiento demográfico y la transición del grueso de la población con mayor edad. Este artículo resalta la postura del economista y demógrafo Tuirán Rodolfo (1999), que señala que México se enfrentará a una problemática por el desequilibrio entre la población adulta mayor (60 y más) y los servicios básicos que proporcionan las entidades. “Se trata de un reto mayor porque para el 2050 el monto de adultos mayores de 65 años se multiplicará casi siete veces respecto a 2000, al pasar de 4.8 millones a 32.4, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. Sin embargo, las tres cuartas partes del aumento progresivo ocurrirá a partir del 2030” (Tuirán, 1999: 16).

En la imagen 3, se observa la evolución del rango de edad de 0 a 25 años para el año 2000, siendo éste el grupo de edad con mayor peso en la pirámide poblacional. Siguiendo esta misma sección de población, se observa como la pirámide se va modificando y en la gráfica de 2030, el rango de población con mayor presencia es la población adulto mayor (grupo de 60 y más). Las proyecciones realizadas por Tuirán (1999), demuestra como la pirámide de edad se va modificando al pasar los años, generando una pirámide regresiva, misma que se caracteriza por cambios estructurales y funcionales que aparecen en el proceso de envejecimiento.



Imagen 3. Distribución por edad de la población en México (2000-2050)



Fuente: CONAPO.

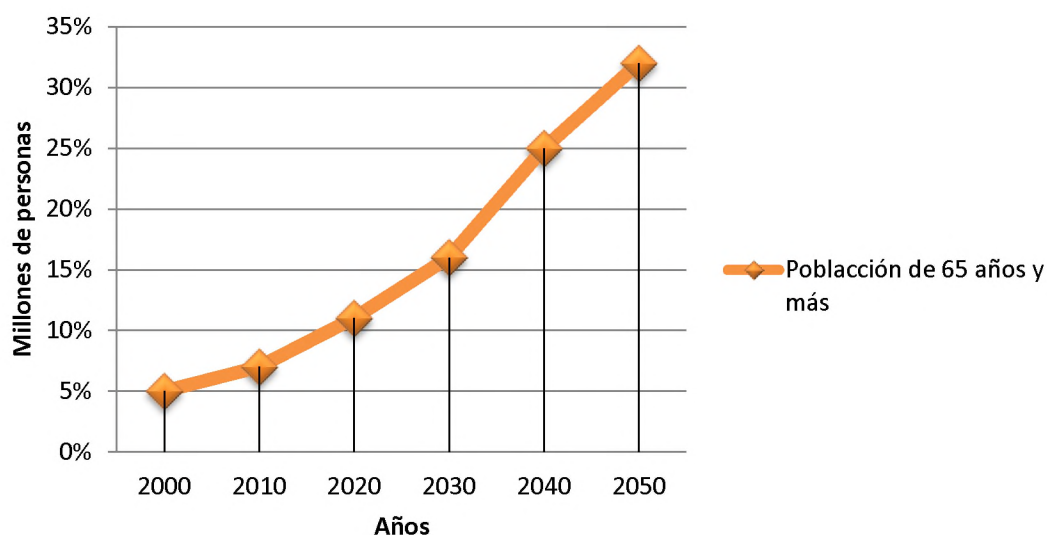
Fuente: (Tuirán, Rodolfo: 1999: 18).

El efecto de las tasas de fecundidad y mortalidad son uno de los principales factores que cambian el desplazamiento de la pirámide de edad, determinado por la disminución de nacimientos, así como, el incremento de esperanza de vida. Es importante mencionar, que la combinación de estas tendencias conduce al incremento de la población adulta. “Dicha transición se inició en la década de los treinta, con el descenso paulatino de la mortalidad, y se acentuó posteriormente a mediados de los años sesentas, con la declinación de la fecundidad” (Tuirán: 1999: 24). A partir del siglo XX el incremento de la población adulto mayor es más



evidente, tal como se presenta en la gráfica 2. En el año 2000, la población total de adultos mayores era un aproximado de 5 millones de personas. En el 2010 pasa a un promedio de 8 millones de personas, pero, la verdadera prolongación de este grupo de edad se presenta en la proyección del año 2040 donde el grupo de edad de 60 y más alcanzará a un total de 25 millones de personas.

Gráfica 2. Crecimiento de la población de 65 años y más desde el año 2000 al 2010 en México



Fuente: Elaboración propia con base a Tuirán, Rodolfo (1999: 20).

El crecimiento demográfico no es homogéneo en los diferentes niveles del país, se observa que algunas ciudades y municipios presentan crecimiento demográfico muy por encima de la media nacional, y a la vez hay otros tantos que reflejan un efecto contrario. Algunos estados de la República Mexicana ya experimentan un proceso de envejecimiento. Entre los estados con mayor índice de adultos mayores se encuentran: Distrito Federal hoy Ciudad de México, estado de México, Baja California, Guanajuato, Puebla, Jalisco y Chihuahua. (INEGI, 2010). A pesar de que estos estados cuentan con un alto nivel de infraestructura y equipamientos que incide en el bienestar de la población con mayor vulnerabilidad, como el



adulto mayor, dichas entidades están por experimentar un importante cambio estructural dentro de su población, denominado progresivo envejecimiento.

La problemática que presenta un gobierno con el progresivo envejecimiento de la población inicia con la dotación de bienes y servicios como son la infraestructura y el equipamiento, radica en que el adulto mayor enfrentará problemas de movilidad, dependencia, salud, transporte etc., así las cosas, el envejecimiento se convierte en un problema social que va ligado a de factores externos tales como la pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social (Tuirán, 1999: 22).

El envejecimiento y su proceso no es algo situado para el futuro, ocurre hoy en día y es un fenómeno progresivo que será más notorio en los próximos años en todo el mundo, la diferencia entre unos y otros países, será las medidas de prevención o medidas de control que las autoridades tomen. Tuirán considera que aún estamos a tiempo de prevenir los efectos de este fenómeno, resaltando que “Las tres cuartas partes del aumento previsto ocurrirá a partir del 2030, lo que podría brindar a nuestro país el tiempo que requiere para preparar las respuestas institucionales orientadas a afrontar exitosamente el fenómeno del envejecimiento” (1999).

Garrocho (2005:16) menciona que “su proporción será aún mayor en las ciudades, y serán todavía más en algunas áreas interurbanas (barrios, colonias, en los centros históricos).” Desde la consolidación de las primeras viviendas dentro de los centros históricos, se encuentran las generaciones más antiguas de las ciudades los cuales fueron divididos en colonias, barrios etc. Sin embargo, a través de los años estos nodos se han quedado rezagados en el tiempo, es aquí donde hoy en día encontramos a la población de mayor experiencia y madurez.

En el proceso de envejecimiento “se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.” Garrocho (2005: 19)



El proceso de envejecimiento se considera parte importante dentro de la transición demográfica; sin embargo, este suceso también constituye características degenerativas para la vida del hombre ya que conforme avanza la edad, se incrementan los problemas y riesgos dentro de la vida cotidiana. En esta etapa de vida las funciones sociales, políticas, económicas y físicas de una persona, disminuyen en ritmo y poco a poco van cambiando las tareas y responsabilidades que se realizan en el día a día.

La delimitación dentro de las capacidades físicas del adulto mayor, conducen a la dependencia directa de familiares para sus cuidados correspondientes, iniciando esta persona un nuevo rol dentro del núcleo familiar y la sociedad, de tal forma que, de no adecuarse a este cambio, puede generar problemas en cualquiera de estas esferas.

2.1.4. Calidad de vida

En esta investigación se describen algunas de las características de las representaciones sociales de la calidad de vida: sociodemográficas y de condiciones de salud física de la población adulta mayor.

Las características sociodemográficas del grupo de población con 60 años o más expresan de manera resumida las ventajas en salud, sociales, económicas y políticas alcanzadas por los individuos en los años previos.

Los estudios realizados sobre calidad de vida en adultos mayores se han centrado en identificar el impacto de las condiciones externas e internas de la vivienda y del medio ambiente, que de alguna manera pudieran ser consideradas como indicadores que reflejan las condiciones sociodemográficas y de salud del adulto mayor dentro de un proceso histórico social cambiante (Flores, 2011:100-101).

No es posible hablar de calidad de vida sin hacer referencia al nivel de satisfacción, de bienestar físico y mental respecto a los aspectos sociales, económicos y materiales de manera subjetiva y objetiva en una comunidad social, así como el nivel de salud (Flores, 2011:100-101).



En México, la calidad de vida es pretendida por una estratificación de 9 indicadores según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En específico se refiere a la seguridad, ingresos, acceso a servicios, empleo, educación, salud, medio ambiente, vivienda y participación cívica, en general, son muchos los aspectos que se deben evaluar para alcanzar una buena calidad de vida, pero no se debe dejar fuera que, para cumplir con estos indicadores, es necesario recurrir al aspecto material en donde se puedan otorgar los servicios relacionados con los indicadores mencionados. De tal forma que la importancia del equipamiento urbano de las ciudades es prioritaria para poder mejorar las condiciones de vida de la población. (OCDE, 2014)

2.1.5. Equipamiento urbano para el adulto mayor

“Los elementos del equipamiento urbano tienen como población usuaria a grupos de edad específicos, que aprovechan o pueden aprovechar en forma regular o eventual los servicios que prestan y que se constituyen en la demanda potencial”. (Narváez, 2012: s/p). Los servicios que brinda cada inmueble al total de población, deben responder a la demanda general de cada sector según su grupo de edad, por tanto, teóricamente el dar servicio a niños, jóvenes, adultos o adultos mayores debería depender de la factibilidad del uso de suelo, ubicación y la forma en la que da respuesta a zonas estratégicas para una mayor accesibilidad.

Tradicionalmente la dotación y localización de los elementos de equipamiento urbano dentro de los estados y municipios se han llevado a la práctica por concepciones y criterios que han sido influenciados por la resolución de necesidades inmediatas y parciales, esto en gran parte ha generado conflictos urbanos y afectaciones negativas y conflictivas dentro de los centros urbanos e implicaciones en las condiciones de vida de la población.

Muchas veces la inadecuada ubicación y manejo de los elementos de equipamiento urbano favorece la dispersión o concentración de los servicios, según sea el caso, esto permite agudizar problemas como el desplazamiento



poblacional, el aumento en la valoración del suelo, cambios en el uso de suelo entre otros.

En otras palabras, la simple existencia de elementos de equipamiento urbano no significa la total satisfacción de la población demandante del servicio, ni la capacidad y eficiencia de estos elementos. Ante esto, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) creó una herramienta que rige y ordena tanto la dosificación como evaluación de los elementos de equipamiento urbano, llamado Sistema Normativo de Equipamiento Urbano.

El Sistema Normativo de Equipamiento Urbano se encarga de establecer los lineamientos y criterios que, conforme a sus atribuciones, regirán las cualidades con las que deben contar los diversos elementos de equipamiento para su correcto funcionamiento y utilidad, así como la jerarquía de los centros de población, niveles de cobertura al interior de los centros de población y donde son consideradas las distancias y el tiempo de transporte del lugar de las principales zonas habitacionales a los elementos de equipamiento urbano.

Este sistema normativo toma en cuenta las delimitaciones según las características de los habitantes de los centros de población, haciendo referencia a la cobertura de las necesidades según la demanda de la población; sin embargo, desde años atrás se han generado importantes cambios dentro de la estructura de los grupos de edad, modificando los aspectos de capacidad y requerimientos de los distintos elementos del equipamiento urbano, esto principalmente como consecuencia del envejecimiento de la población.

En nuestro país, la emigración y la urbanización han venido fragmentando las estructuras familiares tradicionales que agrava la situación de los adultos mayores, quienes con frecuencia son marginados, tanto por la familia como por los sectores sociales, con el argumento de que no aportan ningún beneficio. Este rechazo, anudado a la disminución de sus facultades físicas o mentales, incrementa su condición de vulnerabilidad.



La percepción de los principales cambios poblacionales son percibidos tras los movimientos piramidales; en este sentido, las cifras dentro de las estructuras de edad van cambiando, dejando ser más notorio la disminución de nacimientos y el aumento de adultos mayores. Estos cambios se ven reflejados a través de datos estadísticos que pueden ser interpretados para valorar la necesidad de la población y con ello deducir el estilo de equipamiento urbano que se necesita instaurar o implementar para mejorar la calidad del servicio.

El problema radica en que, el crecimiento demográfico ha sido tan significativo que ha llegado a sobrepasar los mismos indicadores normativos, pues se sigue trabajando con los mismos estándares desde hace más de 20 años; dejando que las condiciones de los elementos de equipamiento urbano se vayan deteriorando y forzando a cubrir capacidades que no fueron previstas para las estructuras.

2.2 Envejecimiento poblacional a nivel estatal: caso estado de México

2.2.1 Crecimiento y transición demográfica en el estado de México

Con base en lo anterior y datos representativos del cambio estructural de la población, se observa que, una de las entidades que ha sufrido grandes transformaciones dentro de su estructura y dinámica poblacional, es el estado de México, cuyos cambios han sido tan significativos que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía determinó que se encuentra entre los estados más poblados según su número de habitantes (INEGI, 2010).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el año 2000 el Estado de México alcanzó 13 millones 96 mil 686 habitantes en comparación con el crecimiento absoluto de 1990 que fue de 3 millones 280 mil 91; similar a la



década de 1970 a 1980. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, se visualizó que la población residente en la entidad ascendió a 15 millones 175 mil 862 habitantes y la tasa de crecimiento 2000–2010 fue de 1.44%, la proporción de población respecto al total nacional aumentó en relación al año 2000 de 13.43% a 13.51%. (INEGI 2010)

2.2.2 Dinámica poblacional

2.2.2.1 Natalidad

Los cambios demográficos presenciados en el estado de México tienen como sustento los procesos sociales y naturales. Según el artículo *Envejecimiento Poblacional en el estado del México* realizado por Montoya Maciel y Montes de Oca Hugo (2011) se hace referencia al cambio estructural de la población, donde se menciona que para la entidad la primera fase donde se puede ubicar los cambios más significativos de la transformación poblacional es en 1930, cuando fue notable el descenso de mortalidad debido a la aplicación de programas de vacunación intensiva de la población contra enfermedades epidémicas así como, cambios en las pautas reproductivas de la mujer.

Este hecho sólo inició los primeros pasos para lo que hoy en día se denomina envejecimiento poblacional, en consecuencia, la llamada transición demográfica, donde la mortalidad y fecundidad pasaron de niveles altos a bajos, afectando la estructura por edad de la población, con una reducción dentro del grupo de edad de 0 y 14, un aumento en el porcentaje de población de 15 a 59 años y un incremento importante de la población de 60 años y más.

Uno de los fenómenos que se le puede atribuir a la transición demográfica es el incremento de la población de adultos mayores, debido principalmente a que el descenso en los niveles de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y por consecuencia, un número mayor de personas llega a edades avanzadas (COESPO, 1999).

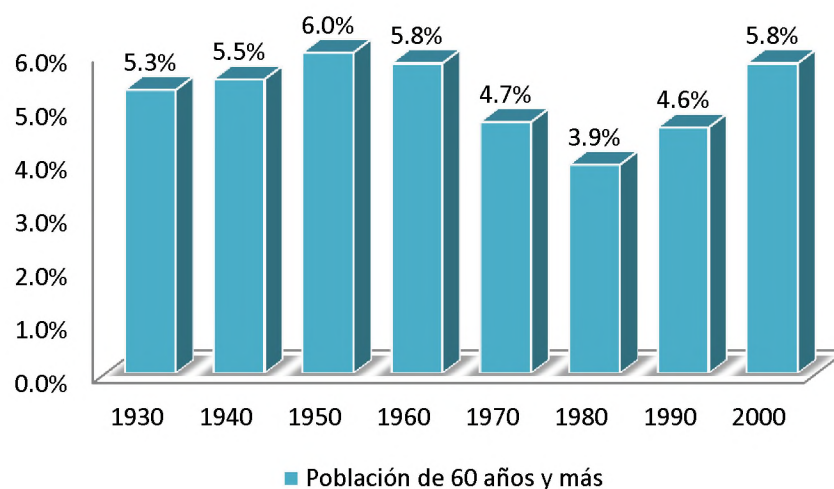


2.2.2.2 Esperanza de vida

De acuerdo a informes de la CONAPO, para 1930 la esperanza de vida era de 36 años, la mitad de lo que fue para el 2000, sin embargo “es entre 1970 y 1980 cuando el descenso de la fecundidad se acentúa, la dinámica demográfica presento niveles relativamente bajos, descendiendo su velocidad gradualmente” (CONAPO, 2009). Los fenómenos graduales de fecundidad y mortalidad fueron relevantes ya que direccionó a la población mexiquense a una mayor esperanza de vida y con ello, a un ensanche del grupo de población de 60 años y más.

En la siguiente grafica 3, se demuestra la transición demográfica del adulto mayor de 1930 a 2000, resaltando en 1950 una tasa elevada y en 1980 una disminución paulatina de este grupo de edad.

Gráfica 3. Población de 60 años y más. Estado de México 1930-2000



Fuente: Elaboración propia con base a Montoya (2005: 131)

2.3 El envejecimiento en el estado de México

La forma en que se consolida el cambio demográfico en el estado de México, lo ha llevado a ser uno de los principales estados de la República que contiene un número significativo de adultos mayores dentro de su territorio. Tomando en

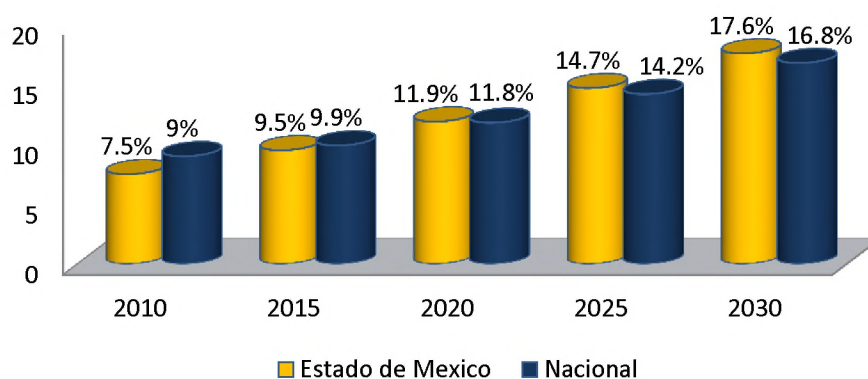


cuenta el incremento demográfico que se ha presentado desde 1970 para el estado de México donde su población era de 3 millones 833 mil 185 habitantes, de los cuales 178 mil 724 eran mayores de 60 años y más, lo cual en números relativos representarían el 4.5% de la población estatal. (COESPO, 1999).

De tal forma que para el año 1990, el estado de México contaba con un total de 9,810,897 personas a lo largo de la entidad, de las cuales 450,530 son del grupo de edad de 60 y más, las cuales representan el 4.6%; para el año 2000 la población de 60 y más incrementa a 5.4% con 713,704 habitantes y para el año 2005 pasa a 6.4% con 891,609 habitantes de este grupo de edad.

El cambio demográfico generado por el envejecimiento se puede identificar en el incremento de la población adulta mayor, como se puede observar en la figura 6 para el estado de México el incremento de población adulta mayor es evidente al pasar de 5.4% en año 2000 a casi 18% para el 2030, este dato es importante ya que el estado de México rebasa el promedio general a nivel nacional (observar gráfica 4), dejando así al estado de México entre las primeras entidades con mayor índice de población entre los 60 y más.

Gráfica 4. Incremento del adulto mayor en el Estado de México 2010- 2030



Fuente: Elaboración propia con base a INEGI, Estadísticas Históricas de México



El fenómeno de la población en fase de envejecimiento será un hecho en todas las entidades federativas, las cuales se verán reflejadas según al total de población adulta que actualmente tengan. Montoya (2011) señala que “algunas entidades tienen bajas proporciones de adultos mayores, pero experimentan un proceso de envejecimiento acelerado”, tal es el caso del estado de México cuya tasa de crecimiento de adultos mayores es de 7.5%, considerando que “la mayor rapidez en el ritmo de envejecimiento de las poblaciones de estas entidades se debe en buena medida al elevado número de personas en entidades laborales y producto de la inmigración.” (Montoya, 2011: 29).

Las cifras demuestran que el incremento del adulto mayor será importante para los años posteriores en el estado de México, tomando en cuenta lo mencionado por Montoya Bernardino en su obra *Análisis sociodemográfico del envejecimiento en el estado de México*. “en esta entidad federativa, se encuentra residiendo poco más de una octava parte de los adultos mayores que viven en todo el país, y la entidad mexiquense cuenta con el mayor número de personas de 60 años o más”. De tal forma que se comienzan a plantear retos desde una perspectiva demográfica y social, puesto que el cambio poblacional demanda soluciones en corto y mediano plazo.

2.2.4 Calidad de vida

El proceso de envejecimiento repercute perceptiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes. Dentro de los sistemas más importantes destaca: las condiciones de salud de los adultos mayores, recreación y pensión.

Si bien, el paso del tiempo afecta las habilidades y capacidades de todas las personas, es una práctica injustificable asumir que una persona debido a su edad es inútil, incapaz o enferma, sobre todo cuando se trata de poner en manifiesto su dignidad. Es así, que las condiciones de vida para los adultos mayores son especialmente difíciles, pues pierden oportunidades de trabajo, actividad social y



capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos.

En el estado de México el 37.3% de las personas de 60 años, han sentido que sus derechos de accesos a servicios de salud, medicamentos y asistencia social no han sido respetados. Y es considerado parte de los medios imprescindibles para llevar a cabo una vida digna. (INEGI, 2010). Ante la alerta por el crecimiento exponencial de adultos mayores en el país, será importante construir un nuevo modelo de atención a la salud, que tenga como enfoque lograr en la población del estado de México un envejecimiento activo, productivo, saludable.

2.2.5 Elementos de Equipamiento urbano para el adulto mayor

Una de las necesidades de la población adulta mayor ante los retos venideros, es el aumento de bienes y servicios requeridos para la satisfacción de las demandas correspondientes a su edad, tal es el caso de equipamientos especializados e infraestructura adecuada principalmente en los municipios que presentan índices elevados de población adulta mayor o que podrán sufrir incrementos significativos para los años posteriores.

La población conformada por adultos mayores, requieren de servicios específicos y diferentes a los del resto de la población, es de resaltar que no todos los municipios que integran la entidad presentan una cobertura eficiente de servicios básicos o especializados en los equipamientos para el grupo de edad de 60 y más.

El equipamiento urbano implica un papel importante dentro de una ciudad, ya que proporciona servicios específicos para su población, tales como salud, educación recreativos, deportivos, etc., en otras palabras, es sinónimo de complementariedad.

Desgraciadamente para alcanzar una dotación equilibrada de equipamiento urbano en una medida aceptable, el intento de ajustar la normatividad en el caso



federal y estatal que se ha determinado por parte de dependencias y organismos se ha complicado. Muchas veces, los costos rebasan la realidad económica de las entidades federativas, por la complejidad que reúnen los elementos urbanos diseñados para atender al 100% las necesidades para los que fueron planteados.

Una muestra de lo antes señalado, es el municipio de Huehuetoca, en el estado de México, cuyo crecimiento y transformación urbana ha impulsado a la reestructuración piramidal y con ello, al envejecimiento poblacional que hoy en día deriva en necesidades específicas de equipamiento urbano.

El contexto descrito en este capítulo es de suma importancia ya que a través de éste fue posible identificar el cambio demográfico a nivel nacional y estatal y la tendencia del crecimiento de la población. Para el nivel nacional fue posible identificar las entidades federativas que presentan mayor tendencia de un progresivo envejecimiento, de las que sobresale el estado de México. De estos datos se pudo deducir que el envejecimiento a nivel nacional presenta porcentajes muy semejantes a los del estado de México, situación que debería alertar a las autoridades de esta entidad principalmente porque las proyecciones realizadas al 2020 y 2030 la curva de envejecimiento del estado estará por encima de la curva nacional.

En el siguiente capítulo se realiza una descripción más a detalle del municipio de Huehuetoca con la que sea posible resaltar variables territoriales y sociales que muestren de manera general características sociales, tendencias demográficas, la situación que guarda el equipamiento existente y su relación con la población destacando la cobertura de éste hacia la población adulta mayor.



Capítulo III

Diagnóstico del crecimiento demográfico y envejecimiento en el municipio de Huehuetoca

3.1 Contexto general del municipio de Huehuetoca

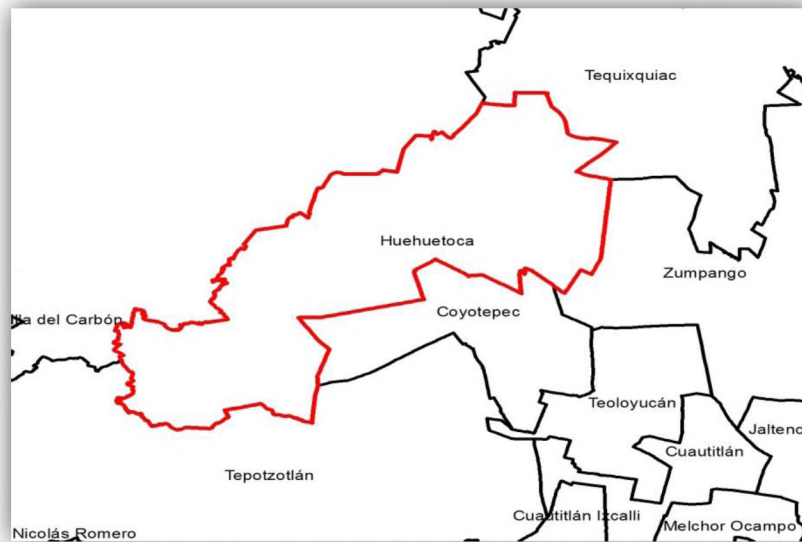
3.1.1 Localización

El municipio de Huehuetoca se localiza entre las coordenadas geográficas 19°45'01" y 19°53'34" de latitud Noroeste, con 99°10'19" y 99°21'08" de longitud. Su importancia funcional por su localización se debe a la comunicación entre la Ciudad de México, la región norte del estado de México y la región oriente del estado de Hidalgo (PDM, 2007) pues se ubica entre la autopista México-Querétaro, colinda con el municipio de Apaxco, estado de México y los municipios de Tepeji del Río y Atotonilco de Tula, ambos del estado de Hidalgo (PDM, 2007).



Huehuetoca pertenece a la Región IV de Cuautitlán Izcalli se posiciona como Centro Regional, ésta se integra por los Municipios de Coacalco, Coyotepec, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Huehuetoca, Melchor Ocampo, Teoloyucan, Tepetzotlán, Tultepec, Tultitlán y Villa del Carbón.

Imagen 4. Ubicación del municipio de Huehuetoca en la Región IV de Cuautitlán Izcalli



Fuente: Elaboración propia

Por su crecimiento social y económico, así como el papel que desempeña en el esquema de ciudades y prestación de servicios urbanos en la región, Huehuetoca es considerado como un centro de población con servicios de nivel intermedio, esta situación ha sido aprovechada tanto por el sector industrial, ya que diversas fábricas que se han instalado en las últimas décadas, así como por el sector inmobiliario, a través de la creación de grandes desarrollos habitacionales, motivo por el cual ha experimentado un crecimiento económico notable. (PDM, 2007).



Tabla 1. Población por municipio de la Región IV. 2000-2005

Ámbito	Población 2000	%	Población 2005	%	TCMA 2000-2005
Coacalco	252,555	15.92	285,943	15.92	2.51
Coyotepec	35,358	2.23	39,341	2.19	2.16
Cuautitlán	75,836	4.78	110,345	6.15	7.79
Cuautitlán Izcalli	453,298	28.59	498,021	27.74	1.90
Huehuetoca	38,458	2.43	59,721	3.33	9.20
Melchor Ocampo	37,715	2.37	37,706	2.10	-0.01
Teoloyucan	66,556	4.20	73,696	4.11	2.06
Tepetzotlán	62,820	3.96	67,724	3.77	1.15
Tultepec	93,277	5.88	110,145	6.14	3.38
Tultitlán	432,141	27.25	472,867	26.34	1.82
Villa del Carbón	37,993	2.39	39,587	2.21	0.83
Región IV	1,585,468	100	1,795,096	100	2.25

Fuente: Elaboración propia con base al Plan De Desarrollo Urbano del municipio de Huehuetoca 2005.

A su vez, Huehuetoca es uno de los 59 municipios integrantes de la Zona Metropolitana del Valle Cuautitlán Texcoco; incorporándose a ésta en el periodo de 1990 a 1995. Se considera estratégico dentro del Valle Cuautitlán Texcoco, gracias a la ubicación geográfica que ocupa en el territorio estatal, que lo convierte en un punto de desarrollo tanto para la inversión industrial y comercial, así como para el crecimiento urbano-habitacional. (Datos e Indicadores de las zonas Metropolitanas del estado de México, 2015).

3.1.2 Ordenamiento territorial de Huehuetoca

Su estructura y distribución territorial se compone de una cabecera municipal, 3 pueblos, 8 barrios, 2 ranchos y 12 fraccionamientos y conjuntos urbanos, 5



colonias irregulares, una zona militar, 5 zonas industriales y 4 ejidos, que dan un total de 34 localidades. (Bando Municipal, 2016: 9-10) (Ver tabla 2)

Tabla 2. Organización Territorial del Municipio

BARRIOS	PUEBLOS	COLONIAS URBANAS	EJIDOS	ZONAS INDUSTRIALES	
San Bartolo	San Miguel de los Jagüeyes	Ex Hacienda de Xalpa	Santa Teresa Ii	Huehuetoca	Xalpa
Salitrillo	Santiago Tlatepoxco	La Quinta Isabel	Urbi Villa del Rey I	Santiago Tlatepoxco	Barrancas Prieta
Puente Grande	San Buenaventura	Ex - Hacienda de Xalpa	El Dorado I	San Miguel de los Jagüeyes	Porque “Las Américas”
Santa Maria		Casa Nueva	Hacienda de las Misiones	Ejido de Xalpa	Salitrillo- Jorobas
San Pedro Xalpa		Jardines de Huehuetoca	Citara		Tlatepoxco
Jorobas		Portal del Sol	La Guadalupeana		
La Cañada		Arboleadas de Huehuetoca	Privadas del Valle		
Barrancas Prieta		Santa Teresa I	Huehuetoca del Maurel		

Fuente: Elaboración propia con base en H. Ayuntamiento de Huehuetoca, Bando Municipal 2016-2018

3.1.3 Comportamiento demográfico

Los orígenes de la transformación socioeconómica del municipio se remontan a principios del siglo XX con la llegada del ferrocarril; en estos años la población se dedicaba principalmente a la agricultura y a la ganadería; el nacimiento de las industrias data aproximadamente en los años 60, siendo notable que la oferta de



empleo satisfacía las necesidades de la población de aproximadamente 2,000 habitantes. (Coordinación del fomento económico de Huehuetoca).

Para el año 1970, la distribución de los asentamientos respondió principalmente a un crecimiento de tendencia natural con tasa de 3.7%, ocupando 153.7 has. De 1980 a 1990 Huehuetoca aumentó de 9,916 a 25,529 habitantes registrando una tasa de crecimiento a 9.8%, es decir, un incremento de 15,613 habitantes durante esta década, lo que representa uno de los incrementos demográficos más altos en su historia. Este crecimiento se dio de forma acelerada debido a la gran migración que ocurrió durante esta década, producto de los sismos de 1985 suscitados en la ciudad de México, y en 1986 llegaron los primeros habitantes de la ciudad de México al municipio (Barragán, 2005).

Entre 1995 y 2000 se los asentamientos cerca de las fábricas, esto como producto de la movilización de las industrias hacia ese municipio. En este mismo periodo la población paso de 32,718 a 38,458 habitantes respectivamente (Barragán, 2005).

De acuerdo con INEGI 2010, Del 2005 al 2010 Huehuetoca, sufrió el crecimiento demográfico más significativo al pasar de 59,721 habitantes a 100,021 para el 2010; para el caso del grupo de edad de 60 y más sufrió un aumento del 1.5% al pasar de 1,830 habitantes en el 2005 a 3,629 para el 2010. Por ultimo para el año 2015 el incremento de este sector de la población fue de 1.3% representado por un total de 5,996 adultos mayores (INEGI, 2005,2010 y 2015).

El crecimiento demográfico que se genera en este periodo se le atribuye principalmente al “cambio de estructura urbana que vivió el municipio de Huehuetoca en el estado de México. El *Programa Ciudades del Bicentenario*, fue la estrategia que el Gobierno del Estado implementó para dinamizar la actividad productiva y el crecimiento poblacional en la región” (Espinoza, 2014:31). La puesta en marcha de dicho programa hizo partícipe a municipios como lo son Atlacomulco, Almoloya de Juárez, Jilotepec, Huehuetoca, Tecámac y Zumpango, por ser ciudades potencialmente en crecimiento, plateándose como uno de sus



objetivos contar con áreas receptoras de población que serían albergadas en viviendas de interés social.

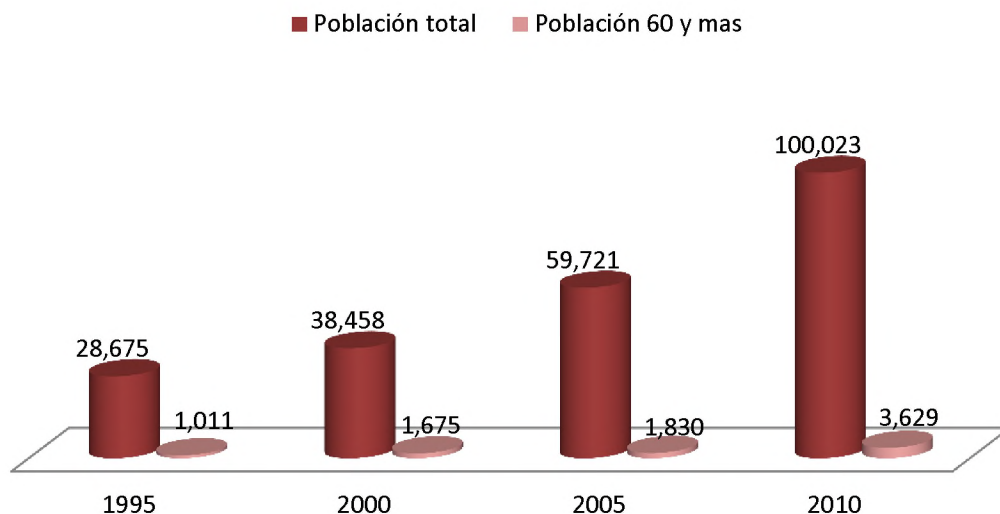
“La *Estrategia* buscaba establecer unos lineamientos para el crecimiento urbano controlado en esos municipios y definía las ventajas competitivas para el inversionista y para los habitantes. Señalaba que estas ciudades tendrían accesibilidad en comunicaciones, con infraestructura vial local y regional, con excelentes servicios y equipamientos de salud y educación, con control del uso de suelo y con empleos para la población y el mejoramiento de su calidad de vida, todo bajo una perspectiva sustentable: una “Ciudad de Ciudades”

En la modificación al Plan municipal de Desarrollo Urbano de Huehuetoca, el Gobierno del estado de México (2007) asegura que el Programa Ciudades del Bicentenario se planean con una visión de ciudades modelo, autosuficientes, debidamente estructuradas, ambientalmente sustentables y altamente competitivas, en horizontes de mediano y largo plazo. Esto significaba planear ciudades diferentes a otras: ciudades que combinaran el desarrollo urbano, económico, social y ambiental con el fin de garantizar la calidad de vida de sus habitantes.” (Espinoza, 2014:34).

Dicho proyecto no cumplió con la expectativa de los objetivos planteados, dejando así un amplio crecimiento demográfico. La tasa de incremento poblacional del año 2005 al 2010 fue de 10.8%, de igual forma en este mismo periodo, se hizo evidente el incremento de la tasa de población adulta mayor la cual fue de 14.6% superando la tasa de población general del municipio de Huehuetoca. Véase gráfico 5.



Gráfica 5. Incremento de población de Huehuetoca 1995-2010



Fuente: Elaboración propia con base a INEGI 2010, Estadísticas Históricas de México

El evidente el crecimiento poblacional que se observó bajo la implementación del programa en el municipio de Huehuetoca y culminó en problemáticas como ausencia de servicios y equipamientos que afectaron a la población tanto residente como externa, la falta de servicios de salud se tornó en un tema prioritario, la población más vulnerable fue la que es la que sufrió los principales estragos en el sistema de salud. Aun cuando las políticas poblacionales respondían a la dotación de servicios médicos con mayor prioridad para los sectores vulnerables, la ausencia de equipamientos de salud imposibilitó la distribución de los mismos.

3.1.3.1 El adulto mayor en Huehuetoca

El municipio de Huehuetoca, según la Encuesta intercensal 2015, está compuesto por 5,996 habitantes de la tercera edad, representando el 4.7% de la población total, de estos el 46% es del género masculino y el 54% es del género femenino. El incremento de este grupo de edad se puede observar desde el 2005, el



municipio contaba con un total de 59,721 habitantes, de los cuales el grupo de edad de 60 y más representaba el 1.9%, con un total de población de 1,830. En 2010 hubo un incremento de población envejecida así como de la población total. El primero fue de 3,629 adultos mayores representando un 4% y a un total de 100,023 habitantes. (COESPO, 2009)

Es preciso mencionar que el envejecimiento demográfico es una de las características de la transición demográfica en el estado de México. Conociendo la trayectoria estadística que ha tenido Huehuetoca en las últimas tres décadas, se perciben fuertes tendencias para unirse a la lista de los municipios con elevados niveles de adultos mayores. Este hecho se hace evidente en el municipio del 2005 al 2010, principalmente por la inserción de población inmigrante que el municipio sufrió en este periodo, aumentado así el grupo de edad productiva, mismos que se harán más evidentes para los años 2020, 2025 y 2030.

3.1.3.2. Pirámide de edades por sexo y grupos de edad del municipio de Huehuetoca

De acuerdo a los datos estadísticos facilitados en Censos Generales de Población y Vivienda 2000 y 2010 así como los Conteos de Población 1995 y 2005 y la Encuesta Intercensal del 2015, se agrupo la población en tres cohortes. El primero se encuentra integrado por la población de 0 a 14 años, enfocándose en la población infantil, el segundo hace referencia a los habitantes de 15 a 59 años siendo la población productiva y el ultimo agrupa a la población de 60 años y más, considerándolos como los adultos mayores o personas de la tercera edad (COESPO, 2009).

La estructura poblacional de 1995, presentó un ensanchamiento en el grupo de edad de 5 a 10 años, representando el 20% del total de la población. Desde este año se observó una disminución en los nacimientos que se vio reflejada en la base de la pirámide poblacional. En la parte central de la pirámide se agrupa la

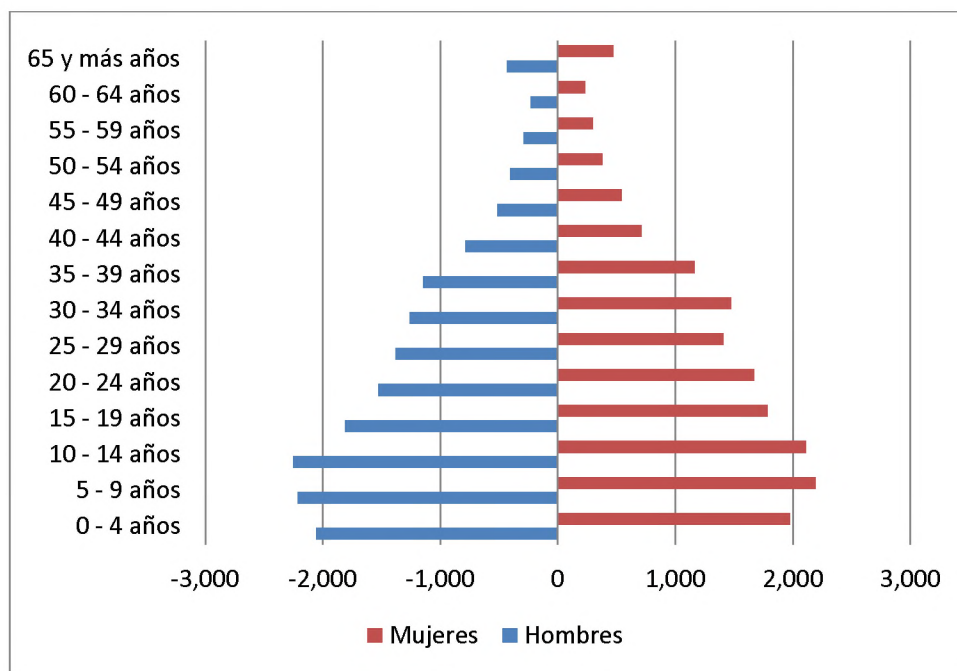


población de 20 a 40 años, que es considerada la población joven o productiva. Este grupo de edad es representativo en la pirámide por ser la mayor parte de la población a pesar de mostrar una disminución gradual.

Por su parte la población adulto mayor apenas alcanza el 1.3% del total de la población. Es importante mencionar que la base estadística del Censo de Población de INEGI 1995, solo se centra en las representación de la población de 0 a 65 años, ya que en las encuestas de este año, la población de 65 y más se tomaba como una sola y no hace diferenciaba entre esta. Véase gráfica 6.

Es evidente que si existe una gran demanda de la población infantil, sea prioritario cubrir los servicios educativos como los son escuelas de nivel básico y medio (primario y secundario).

Gráfica 6. Pirámide de población del municipio de Huehuetoca 1995



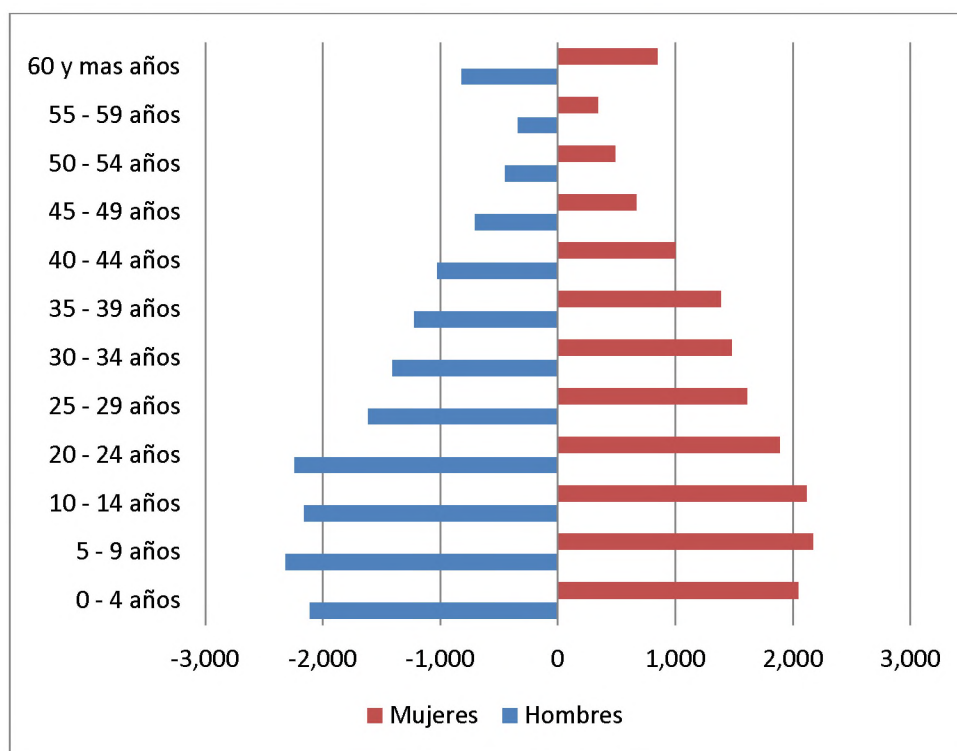
Fuente: INEGI XI Censo General de población y vivienda 1995

La estructura piramidal del año 2000 hace más evidente el incremento en los grupos quinquenales de 0 a 20 años, principalmente por el aumento porcentual de



este grupo de edad, pasando de 20% a 25%, ello a pesar de percibir una disminución en la base de la pirámide de Huehuetoca. El grupo de edad de 20 a 40 se presenta de manera constante, y con lo que respecta al grupo de 60 y más se registra un incremento de 0.5% a comparación de 1995, dejando un promedio de 1.8% de adultos mayores en el municipio. (Véase gráfica 7). Cabe mencionar que la presencia de adultos mayores en el municipio, no es significativa y menos comparándola con el total de habitantes. Se puede notar que el grupo de edad con mayor presencia es de 20 a 40 años. El envejecimiento de la población del Huehuetoca, es un hecho que no repercute en estos momentos, pero que inicia a trascender de manera lenta.

Gráfica 7. Pirámide de población del municipio de Huehuetoca 2000



Fuente: INEGI XII Censo General de población y vivienda 2000

Una pirámide poblacional puede adquirir diversas formas principalmente por las variables estructuras poblacionales. Una de las representaciones más utilizadas



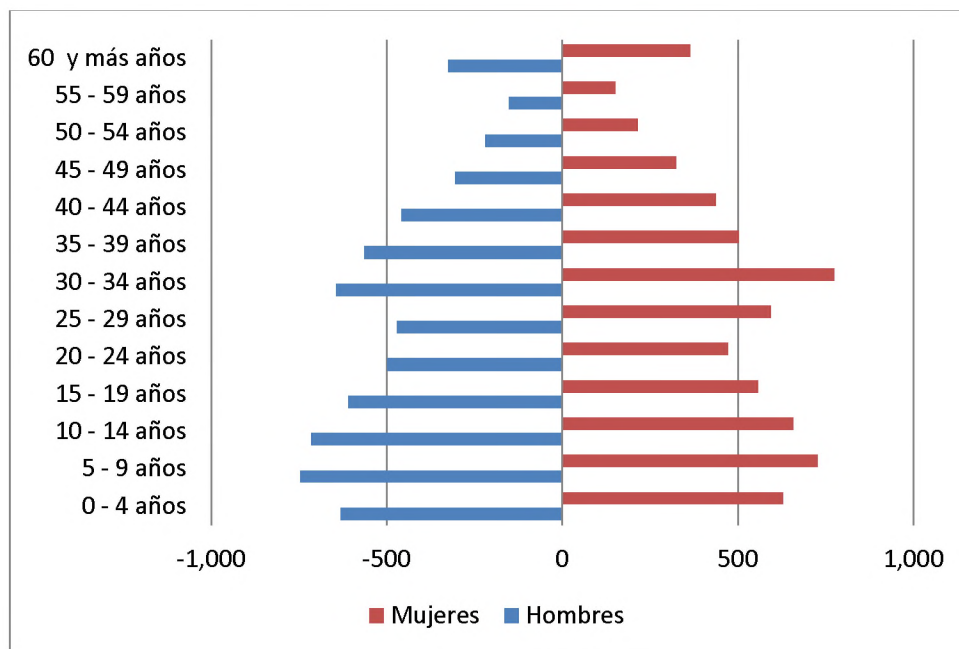
en el estado de México en las últimas décadas es la denominada pirámide regresiva o también conocida como "Pirámide de transición demográfica". Dentro de las características de este modelo destaca una disminución en su base, es decir presenta en "la base un angostamiento, evidenciando poblaciones cuya natalidad ha descendido en los últimos años y es baja. Es típico de poblaciones cuya población tiende al envejecimiento creciente debido a la disminución de la tasa de natalidad, por consiguiente, la proporción de gente joven es menor "(Rodríguez, 2007:s/p).

En la pirámide de población de Huehuetoca 2005 se puede percibir dos fenómenos estructurales de la población, el primero es una pirámide constructiva donde el incremento y disminución entre sus grupos de edad son muy variados, esto se representa gráficamente como ondas entre los grupos de edad. El segundo es de pirámide de transición demográfico, el cual es poco evidente por los efectos de la pirámide constructiva, pero tras los datos tendenciales del crecimiento poblacional de Huehuetoca, tomara una forma conoidal donde será más notorio el cambio principalmente de la población que rebase los 50 años y más.

La pirámide constructiva está representada en el municipio de Huehuetoca por la población entre los 30 y 45 años, este hecho se relaciona con los efectos del *Programa Ciudades del Bicentenario* que motivo el arribo de constantes flujos migratorios que llegaron a ocupar los fraccionamientos de interés social. Derivado de esta migración a partir del 2005, el adulto mayor presenta un incremento significativo al pasar de 1.8% de la población total del municipio a 3.4%.



Gráfica 8. Pirámide de población del municipio de Huehuetoca 2005



Fuente: INEGI II Censo General de población y vivienda 2005

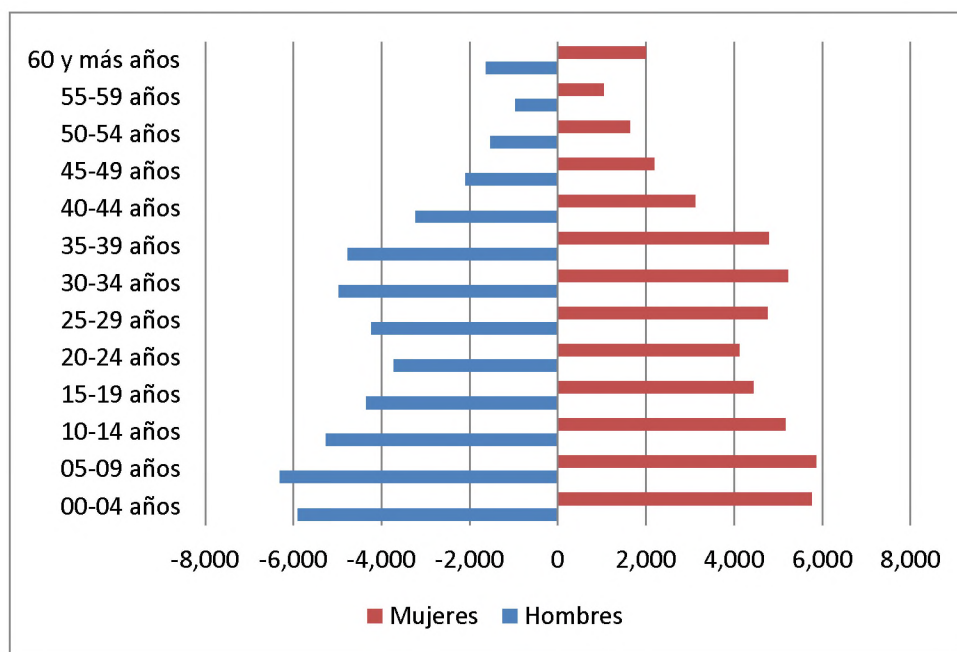
En lo que respecta a la pirámide poblacional de 2010, se observa una dinámica similar a la del 2005. En cuanto al grupo de edad de 60 y más se presentó un incremento del 0.3% el cual representa el 3.7% de la población total. De igual forma el incremento de los demás grupos de edad fue significativo, excepto para la población en edad productiva, ya que para este año, el municipio abrió plenamente más alternativas y oportunidades para obtener casas de interés social las cuales albergaron habitantes principalmente entre el grupo de edad de 25 a 60 años.

Para este año se hace más evidente los dos grupos poblacionales dominantes dentro de la pirámide poblacional, específicamente el grupo de 4 a 15 años y el grupo de 35 a 45 años, El hecho de contar con dos ondas representativas en la pirámide de Huehuetoca nos permite visualizar que el municipio no solo tendrá una fenómeno de envejecimiento de la población, sino serán dos golpes



poblacionales, para los cuales no se han visualizado alternativas de solución en el municipio. Ver gráfica 9.

Gráfica 9. Pirámide de población del municipio de Huehuetoca 2010

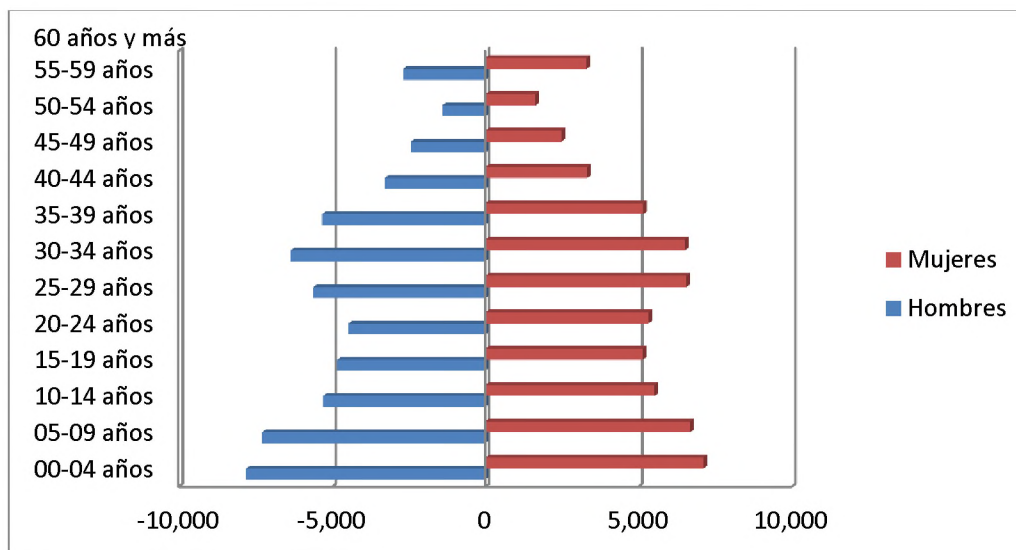


Fuente: INEGI XII Censo General de población y vivienda 2010

Para la pirámide poblacional del año 2015, se puede observar que los grupos quinquenales con mayor jerarquía continúan siendo la población de 1 a 9 años y la población de 30 a 45 años. El movimiento que persiste es gradual y se percibe una disminución importante en el grupo de edad de 10 a 20 años. En este año, el grupo de edad de 60 años y más incremento 1% con relación al año 2010. Cabe destacar que no es una cifra relevante para este año, pero el aumento gradual de la población en edad laboral es un hecho que no se puede dejar desapercibido.



Gráfica 10. Pirámide de población del municipio de Huehuetoca 2015



Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015

En la comparación de las pirámides de edad desde 1995 hasta el 2015 es evidente el crecimiento de la población absoluta, pero al hacer un análisis desde los grupos quinquenales, permite ampliar la visión estructural de cada uno de sus etapas. A pesar que Huehuetoca aparenta ser un municipio de baja proporción de adultos mayores, hay que tomar en cuenta los saltos poblacionales que el municipio ha experimentado en la última década, los cuales aumentaron la población en edad productiva. Tal y como lo reflexiona Canales (2001: 28) “algunas entidades tienen bajas proporciones de adultos mayores, pero experimentan un proceso de envejecimiento acelerado” Esto está representado cartográficamente en el plano número 2 en anexo.

3.1.4. Dinámica poblacional en relación con el adulto mayor

3.1.4.1. Fecundidad

El envejecimiento demográfico es una de las características que destacaran dentro de la dinámica población del municipio de Huehuetoca. Este fenómeno es,



en parte, resultado de un descenso sostenido en los niveles de fecundidad, por tal situación se toma como parámetro de medición para detectar si ha habido o no un cambio en la estructura piramidal, en relación con esto se identifica que en Huehuetoca del quinquenio del 2000-2005 se presentó una tasa bruta de fecundidad de 1.3%, dato que para el quinquenio 2005–2010 tuvo un incremento del 2.1%. El aumento que represento este último, fue estimulado principalmente por la llegada de población joven, a pesar de ello, el incremento de natalidad no fue tan significativo como se esperaba ya que a diferencia de años posteriores, el municipio sigue una tendencia de reducir los índices de población infantil.

Este hecho derivó principalmente de la implementación de las campañas publicitarias de bienestar social y de control de natalidad, se tiene que en este periodo las mujeres tuvieron más acceso a Programas de Fecundidad, inicio de la vida reproductiva, preferencias reproductivas, prácticas anticonceptivas y salud materna siendo los programas que a nivel estatal y municipal. De acuerdo con estudios de CONAPO (2012) se cree que la implementación y puesta en marcha de las campañas nacionales en relación al control de la natalidad pudieron haber influido para el comportamiento de la tasa bruta de fecundidad.

3.1.4.2. Mortalidad

Otro de los indicadores que forman parte del resultado del cambio demográfico en la población adulta mayor son los índices de mortalidad, por cual para el municipio de Huehuetoca, ha experimentado una similitud con la entidad, siguiendo los datos proporcionados por CONAPO, en el periodo comprendido del año 2000 al 2005, la tasa de mortalidad era de 4.4 %, para ambos casos. En el periodo de 2005 al 2010, ambos experimentaron un decremento en los datos de mortalidad. Para el caso de la entidad disminuye a un 4%, y para la situación municipal reduce a 3.8%.

Es importante destacar que las principales causas de muerte en el municipio son diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica



y accidentes de vehículo de motor (tránsito). Las primeras tres enfermedades mencionadas son las principal causa de muerte entre los adultos mayores. (INEGI/SS, 2012)

La importancia que representa la disminución de los índices de mortalidad y fecundidad, son reflejados en la pirámide poblacional y en el avance de la transición demográfica, esto hecho “ha dado como resultado profundas transformaciones en la estructura por edades de la población. La disminución de la fecundidad, la reducción de la población infantil, el incremento y concentración de la población adulta y el paulatino pero constante proceso de envejecimiento.” (Montoya, 2005: 142).

3.1.4.3. Esperanza de vida

Huehuetoca no está alejado de la realidad a nivel nacional y estatal, para estos últimos el promedio de esperanza de vida es de 74.7 años, el cual ha ido incrementado año tras año. El municipio no es un caso diferente, ya que su total en esperanza de vida se encuentra entre los 74 años. Esto representa que la población adulta mayor en sus tres niveles de gobierno, tienen la probabilidad de aumentar gracias a los avances tecnológicos que prestan los servicios adecuados para la prolongación de edad.

3.1.4.4. Migración

“El proceso de migración es el desplazamiento de las personas de un lugar a otro con el propósito de establecer una nueva residencia, obedece, generalmente, al interés por alcanzar un mejor nivel de bienestar. Este fenómeno es uno de los factores que afectan la dinámica de crecimiento y la composición por sexo y edad de la población.” (INEGI, 2000).

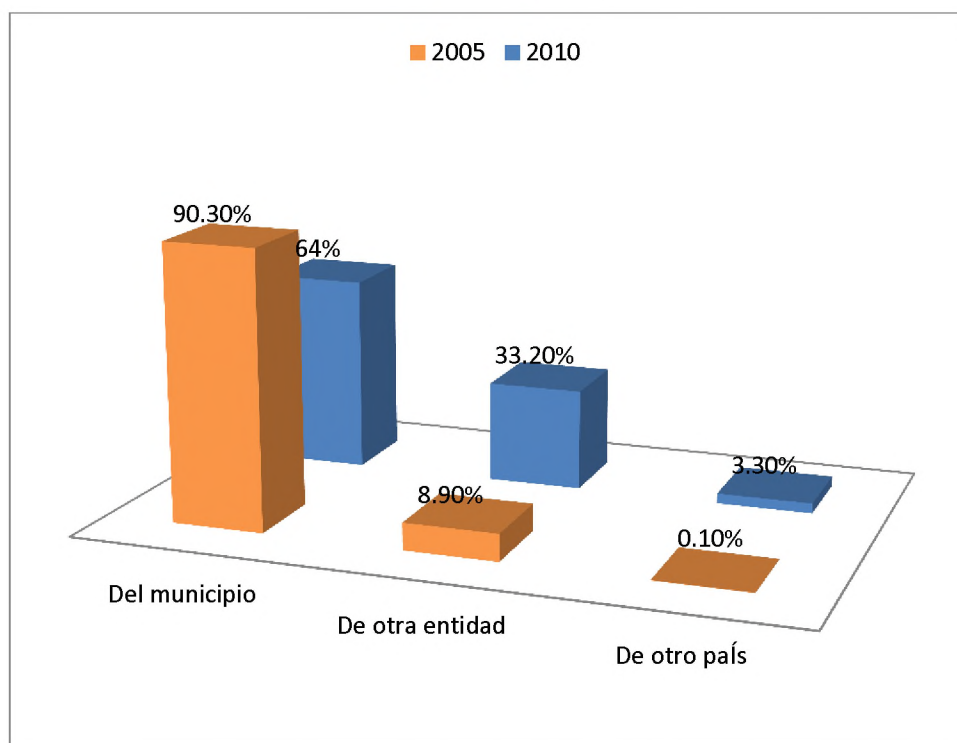
En el municipio de Huehuetoca este fenómeno se hizo evidente principalmente para el quinquenio del 2005 al 2010. Este periodo se destaca principalmente por la aplicación del *Programa Ciudades del Bicentenario*, el cual en groso modo consistió en la construcción de viviendas, las cuales fueron sinónimo de atracción



por gente de diferentes municipios del estado de México y otras entidades. Del tal forma que, para el 2005 el municipio contaba con un porcentaje alto de inmigración de otras entidades, al ser sólo el 36% de sus ciudadanos de originarios del estado de México. (H. Ayuntamiento de Huehuetoca 2016-2018).

Según datos proporcionados por el H. Ayuntamiento de Huehuetoca a través de su Plataforma Electoral Municipal, Huehuetoca 2016-2018, en Huehuetoca para el año 2005, el 64% de la población residente es nativa del estado, 33.2% nació en otra entidad y 3.3% en otro país. Este hecho representó un aumento de 5.5 puntos porcentuales en la población nativa. A comparación del año 2010, los nacidos en otra entidad pasan de 8.9 a 36%, mientras que la población nacida en otro país, incrementa de 0,1% a 3.3%, dejando solo el 64% como parte de la población nativa del municipio. Véase gráfica 11.

Gráfica 11. Distribución porcentual de la población residente, según lugar de nacimiento, 2005-2010



FUENTE: INEGI. II Censo General de Población y Vivienda 2005 y XII Censo General de Población y Vivienda 2010.



El comportamiento más notorio en el incremento de migración fue en el periodo del 2005 al 2010. Pero en cuanto a la comparación del años 2010 al 2015 se observa una significativa baja entre la población nacida en otro municipio o estado pasando de 36% a 22%, disminución de casi el 15%. Situación que no pasa con la población nacida en otro país, este rubro incrementa de 3.3% a 9% para el 2015. Por tanto la población nativa del mismo municipio es de 75%. (INEGI, 2015)

3.1.5. Escenarios demográficos: proyecciones de población

La transición demográfica que presenta el municipio de Huehuetoca principalmente en la última década, ha dado como resultado profundas transformaciones en la estructura por edades de la población. Es evidente la disminución de la fecundidad, y de la mortalidad, pero el indicador más notorio es la concentración de la población adulta que lleva al paulatino pero constante proceso de envejecimiento.

De acuerdo con la información presentada hasta aquí, son evidentes los elementos que indican el crecimiento poblacional del grupo de edad de 60 años y más, por tal situación se hace necesario realizar una proyección estadística que represente el comportamiento demográfico para los años 2020, 2025 y 2030. La finalidad de esta herramienta es mostrar el proceso de envejecimiento que el municipio de Huehuetoca experimentara a corto, mediano y largo plazo.

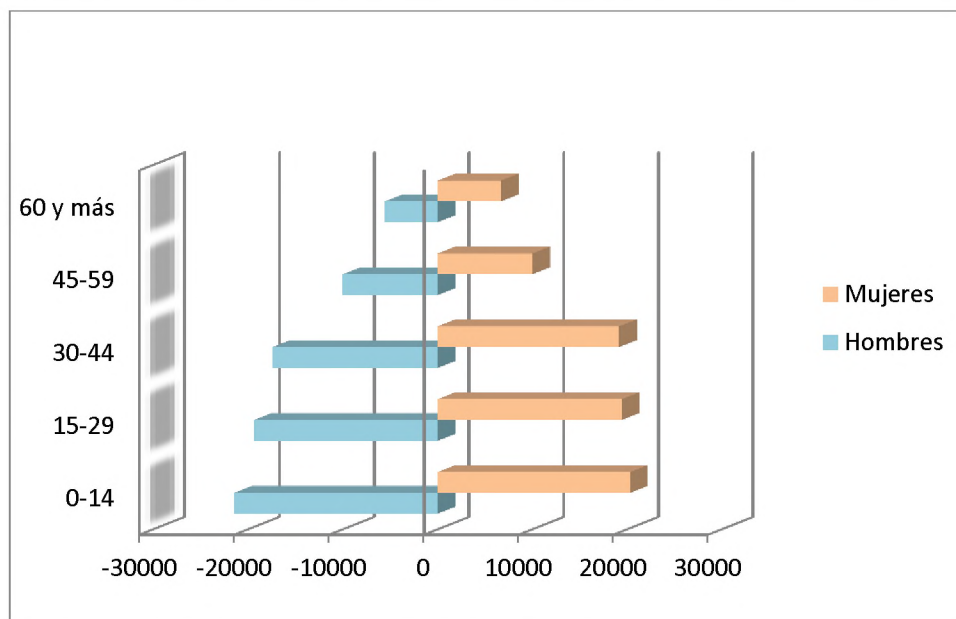
Las diferentes fases de la transición demográfica han modificado la estructura por edad de la población de Huehuetoca. Según información estadística de CONAPO (2010), para el año 2020, el total de habitantes en el municipio será aproximadamente de 149,426 habitantes. De los cuales el grupo poblacional con mayor jerarquía será el de 20 a 40 años, Para este momento el grupo de edad de 60 años y más, representara alrededor del 5% del total de la población.

Considerando la baja en la mortalidad y una fecundidad que la población tendrá para este año, será más evidente las personas que sobrepase los 80 años, siguiendo la tendencia de la esperanza de vida, elemento que ayuda al



envejecimiento progresivo que se hace más notorio en el quinquenio de 45 en adelante. Véase gráfica 12.

Gráfica 12. Proyección de pirámide de población Huehuetoca 2020



Fuente: Elaboración propia con base a CONAPO, México en Cifras: Proyecciones de la Población 2010-2050

Siguiendo con los datos de proyección de CONAPO, se tiene que para el año 2025, el municipio de Huehuetoca incrementara su población un 2.3% dejando un total del total de 162,152 habitantes. Para este año será más notorio el rubro poblacional de 45 en adelante, principalmente por la baja en el grupo poblacional infantil y la inserción del aumento en la esperanza de vida.

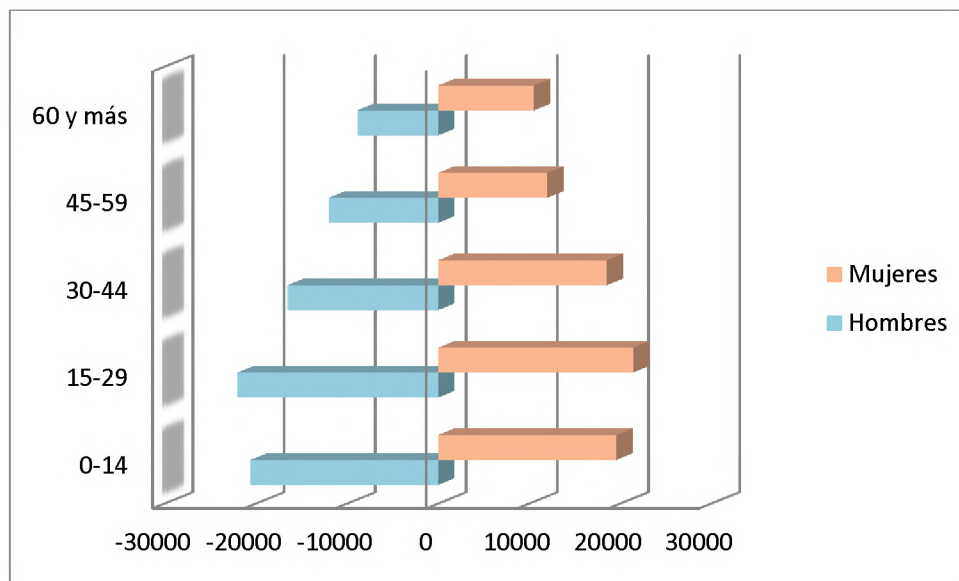
De acuerdo a la comparación de la pirámide poblacional del 2020 y 2025, es notorio el movimiento piramidal que está asociado al envejecimiento progresivo. Esto se ve reflejado en el total de adultos mayores proyectado para este momento, que pasa de 5% a 6.6%. Esta proyección indica que para el 2025, Huehuetoca contará con una población de 7,000 adultos mayores.

Canales (2001:29) refiere la rapidez del ritmo de envejecimiento debido en buena medida "al elevado número de personas en entidades laborales, producto de la



inmigración”. Este fenómeno puede ser constatado en Huehuetoca al ser este municipio, sujeto de constantes flujos migratorios integrados en su mayoría por población en edad productiva que al mediano plazo pasará a engrosar el número de adultos mayores del municipio.

Gráfica 13. Proyección de pirámide de población Huehuetoca 2025



Fuente: Elaboración propia con base a CONAPO, México en Cifras: Proyecciones de la Población 2010-2050

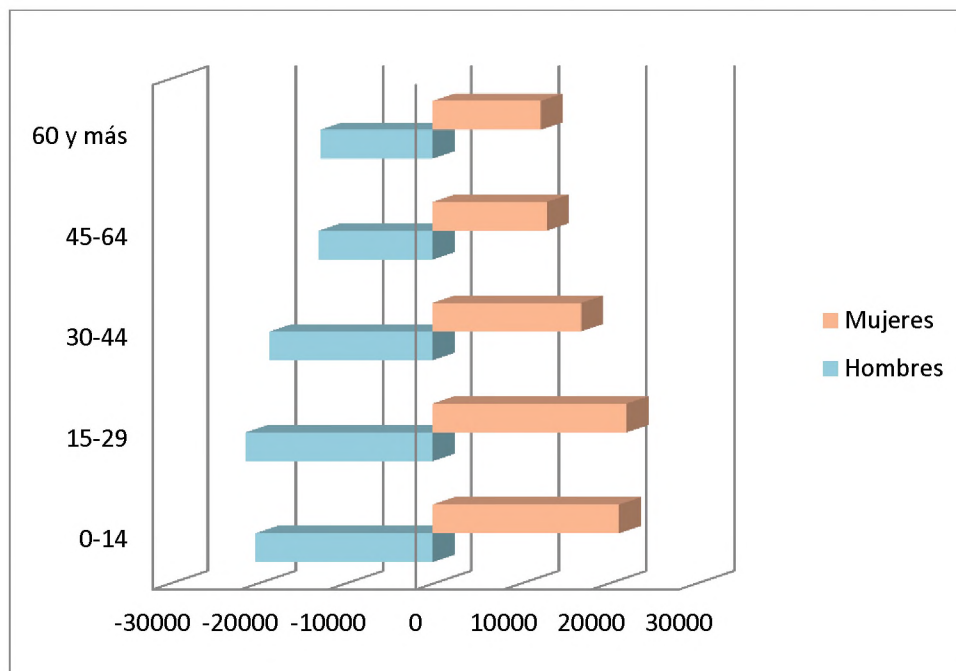
Para el 2030, la población adulta mayor se incrementara a 10,070 habitantes adultos mayores, representando el 6.8% de un total de 173,524 habitantes. Este dato puede ser el reflejo de la disminución en los índices de natalidad y mortalidad, así como del aumento de esperanza de vida, dando por resultado el incremento de este sector de la población. Véase gráfica 14.

Esta tendencia demográfica coloca a las autoridades municipales en dos situaciones, en la primera éstas deben estar creando las condiciones urbanas y de política pública para satisfacer las demandas de este grupo de población en crecimiento constantes, la segunda refleja un escenario caótico de continuar con los déficits en el equipamiento y estructura urbana del municipio. La Organización Mundial de la Salud (2007: 14), ha prevenido los efectos del progresivo envejecimiento sugiriendo elaborar “políticas de inclusión sobre el respeto y la



valoración de las diferencias; articular los objetivos de igualdad con los valores de la diversidad y la identidad. Por otro, situar las políticas de inclusión como canales de construcción de ciudadanía activa, de valores y prácticas de democracia participativa.”

Gráfica 14. Proyección de pirámide de población Huehuetoca 2030



Fuente: Elaboración propia con base a CONAPO, México en Cifras: Proyecciones de la Población 2010-2050

Las proyecciones demográficas descritas hasta aquí, muestran como el fenómeno del envejecimiento progresivo se fortalecerá en las próximas tres décadas. Es importante mencionar que en Huehuetoca el inicio del aumento exponencial en el grupo de edad de 60 años y más se percibe a partir del 2025 aproximadamente, en contraposición al incremento del estado de México cuya transición inicia en el 2020. La concentración del grupo de edad de 60 y más son cada vez más notorias ya que como menciona Tuirán (1999: 16) “Se trata de un reto mayor porque para 2050 el monto de adultos mayores de 65 años se multiplicará casi siete veces respecto a 2000, al pasar de 4.8 millones a 32.4, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. Sin embargo las tres cuartas partes del aumento progresivo ocurrirán a partir de 2030”



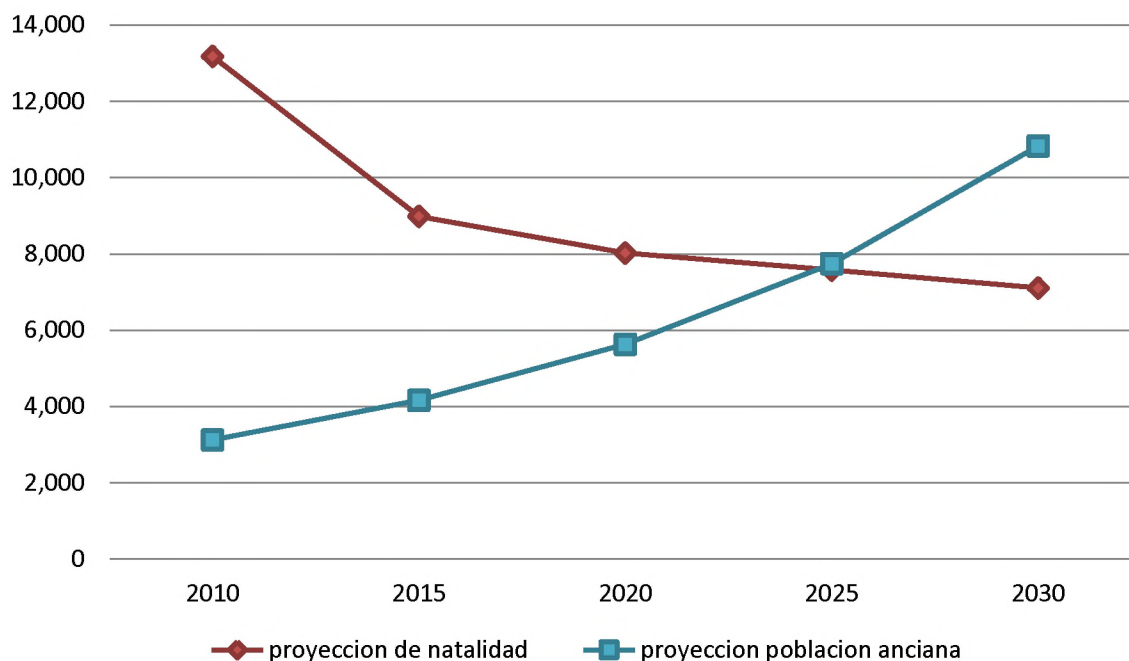
En los últimos años el crecimiento natural de la población ha impactado de tal magnitud que las familias han reducido el número de hijos optando por familias menos numerosas. A diferencia del incremento en adultos mayores que gracias a los beneficios de factores que han mejorado la calidad de vida, hoy en día pueden ampliar la esperanza de vida, de tal forma que se llega a ver a personas de 90 y más en perfectas condiciones mentales, físicas y vitales.

En una comparación estadística entre el número de nacimientos estimados en los próximos quince años y el número de población adulta mayor en este mismo tiempo, se puede percibir un aumento de la población que transita a la senectud a diferencia del número de nacimientos que percibe una baja significativa en relación al 2010. En el siguiente grafico se puede apreciar la magnitud que el progresivo envejecimiento repercute en el total de población.

Las proyecciones del decremento de natalidad dentro de municipio de Huehuetoca, permiten ver que por periodo quinquenal en promedio disminuirá 2 a 3%, a diferencia de la proyección de adultos mayores que incrementa casi el 2% en estos mismos periodos. De tal forma que para el 2030 habrá más adultos mayores que recién nacidos, dejando así un cambio estructural de la población. Véase gráfica 15.



Gráfica 15. Comparación del crecimiento de natalidad y población adulta mayor en Huehuetoca 2010- 2030



Fuente: Elaboración propia con base a INEGI, Estadísticas Históricas de México

La estructura del municipio de Huehuetoca no está diseñada para satisfacer necesidades de esta índole. Este fenómeno no ha sido profundizado y razonado como lo debería ser. Hoy en día sólo es una problemática a futuro que únicamente se ha estudio desde perspectivas sociales, dejando fuera las cuestiones territoriales que pudiesen ser requeridas por el sector de población de 60 y más.

El envejecimiento de los municipios y en especial de Huehuetoca, “es un hecho irreversible, pero prevenible, no es tarde para implementar respuestas dirigidas a afrontar el problema de envejecimiento dando ideas innovadoras y a través de transformaciones estructurales del sistema. Las ciudades están por experimentar los posteriores cambios en las necesidades de las personas, para las cuales aún no se tiene una respuesta clara. Y enfrentara problemas como de movilidad, dependencia, salud, transporte etc. (Tuirán, 1999: 22).



3.2 Vinculación socio – territorial del adulto mayor y dotación de equipamiento

3.2.1. Equipamiento

Se sabe que un factor determinante que tiene impacto en la calidad de vida de las personas, es el equipamiento urbano, el cual es entendido como el conjunto de edificaciones y espacios, predominantes de uso público, en los que se realizan actividades complementarias, o bien, en las que les proporciona a la población servicios de bienestar social y de apoyo a las actividades económicas.

En función a las actividades o servicios específicos a que corresponden se clasifican en: *equipamiento para la salud, asistencia social, educación, comercialización y abasto, cultura, recreación y deporte, administración, seguridad y servicios públicos*. Aunque existan otra series de clasificaciones con diferentes niveles de especialidad. (SEDESOL, 2000).

En su gran mayoría el uso y servicios de estos elementos satisfacen necesidades de la población. Estos espacios que son denominados “elementos del equipamiento urbano” son evaluados y caracterizado por el sistema normativo de equipamiento urbano de SEDESOL. Siendo estas las normas que permiten valorara las condiciones óptimas de los servicios que las estancias a nivel federal, estatal y municipal, prestan para el desarrollo integral de las personas.

El acceso a los servicios de salud y asistencia social, deben ser legislados de tal manera que sean tomados como un derecho ciudadano. “Los adultos mayores se agregarán a la demanda en los servicios primarios de salud familiar y comunitaria, pues es, en este nivel de atención donde se atenderá y responderá a sus necesidades.” (Secretaria de salud, 2001:25)

Conforme las poblaciones vayan envejeciendo, será un reto contar con personal de salud capacitado para atender problemas de adultos mayores. “Se tendrán que diseñar servicios comunitarios de rehabilitación y atención de largo plazo para los



adultos mayores, redoblando esfuerzos para que los ancianos permanezcan en sus hogares, situación que cada vez ampliará más la responsabilidad de los sistemas primarios de salud para atender problemas de tipo secundario y terciario. Los nuevos sistemas de atención en el hogar, requerirán de profesionales de la salud capacitados en geriatría.” (Secretaría de salud, 2001: 27)

De tal manera que la adaptación de los elementos de equipamiento urbano en beneficio de la población es de vital importancia para el correcto funcionamiento y servicio que pueda aportar. La importancia de contar con los recursos adecuados para una vida autónoma e independiente permite mejorar las condiciones de vida de la población.

Es por ello que dentro del tema “Adulto Mayor”, las variables más importantes dentro de la investigación sean el equipamiento de *Salud y Asistencia Social*, las cuales se consideran los elementos más recurrentes por este sector de la población. Con el fin de analizar sus condiciones actuales se hace mención de los elementos existentes en el municipio de Huehuetoca.

3.2.1.1 Equipamiento de salud

Este se integra por inmuebles que se caracterizan por la presencia de servicios médicos de atención general y específica. Los servicios de atención generalizada a la población incluyen la medicina preventiva y la atención del primer contacto, los servicios de atención específica, incluye medicina especializada y hospitalización. Este equipamiento y los servicios correspondientes son los factores determinantes del bienestar social, ya que la salud es parte integrante del medio ambiente y en ella incide la alimentación y la educación, así como las condiciones físico social de los individuos. (Sistema Normativo de Equipamiento Urbano Manual, 2012)

El municipio de Huehuetoca cuenta con 7 unidades de primer contacto, que ofrecen servicios de consulta externa, los cuales pertenecen 5 al ISEM y 1 al ISSSTE y 1 al DIF. (Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca). Es importante



mentar que Huehuetoca no cuenta con ningún equipamiento de asistencia social para el adulto mayor, sin embargo el DIF aporta actividades dirigidos a este sector de la población.

2.1.2. Equipamiento de asistencia social

El equipamiento que incluye este subsistema está destinado a proporcionar a la población servicios dedicados al cuidado, alojamiento, alimentación, nutrición, higiene y salud, de madres, lactantes, infantes y ancianos. Por los servicios que se proporcionan a través de los elementos de este subsistema salud; al igual que este, incide en la alimentación y las condiciones físico-sociales de los individuos. (Sistema Normativo de Equipamiento Urbano Manual, 2012).

Para fines y con propósito de cumplir con el objetivo de este trabajo, solo se tomara en cuenta el elemento de equipamiento urbano destinado al adulto mayor, tomando de tal forma la casa hogar para ancianos, el cual es considerado como el elemento con la función de conducir programas institucionales a personas mayores de 60 años de edad, proporciona los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención medica integral, psicólogo, trabajo social, recreativos y culturales.

Se encuentra integrado por áreas de gobierno, dormitorios comunes (hombres o mujeres), dormitorios para matrimonios, sala de estar, ropería y cuarto de aseo, área recreativa y religiosa (salón de cuartos y juegos, talleres, auditorio-teatro y servicios), servicios médicos, servicios generales, patio de maniobras, plazas y huerto familiar, área verdes y estacionamiento.

Siguiendo con la normatividad establecida por SEDESOL y haciendo la comparación entre el total de población, se presenta un eminente déficit ya que no existen equipamientos de asistencia social que este destinado al adulto mayor, sin embargo, según los datos estadísticos del total de población de 60 y más es necesario un elemento de equipamiento urbano destinado a este sector de población.



Para el caso del municipio no solo se identificó el cambio demográfico y su tendencia, sino también fue posible comprender algunas causas que propiciaron este fenómeno, de las que cabe destacar la intervención del gobierno estatal en el diseño de políticas urbanas y su instrumentación en este municipio, derivado de los resultados de esta política urbana fue posible identificar que los fuertes flujos migratorios llegaron a transformar la cotidianidad de este municipio.

En necesario resaltar que derivado de este contexto se identificó el crecimiento acelerado de la población adulta mayor a nivel nacional, estatal y municipio de Huehuetoca, situación que coloca a las autoridades del ámbito local en dos escenarios, en el primero debe buscar estrategias que den respuesta a las demandas imperantes de los nuevos residentes y el segundo en una preocupación urgente para conformar las condiciones materiales que enfrenten de manera satisfactoria las demandas del adulto mayor al corto y mediano plazo.

Dicha situación se desarrollara en el siguiente capítulo donde se aborda cada una de las características físicas de los elemento de salud y asistencia social existentes que se obtuvieron a través de la investigación de campo y datos electrónicos procedentes del municipio de Huehuetoca. Por último se finaliza con una comparación de las condiciones con que operan estos elementos y la correspondiente normatividad que los rige.



Capítulo IV

Análisis de la situación actual del equipamiento urbano y su vinculación con la calidad de vida del adulto mayor en Huehuetoca

En este apartado se realiza un análisis de los elementos físicos que conforman al equipamiento urbano de los subsistemas de salud y de asistencia social, relacionándolos con los criterios de evaluación del Sistema Normativo de Equipamiento Urbano de SEDESOL con el propósito de verificar el cumplimiento de la normatividad y las condiciones en las que se encuentran y al mismo tiempo, determinar su incidencia en la calidad de vida del adulto mayor en el municipio de Huehuetoca.

Para desarrollar lo referido, el análisis toma en consideración los componentes de los subsistemas de salud y asistencia social, cabe mencionar que la presencia de este tipo de equipamiento está dirigida a la atención de la población en general, sin embargo en este trabajo se toma como objeto de análisis sólo los equipamientos destinados a atender al adulto mayor. Dicho trabajo toma en consideración por un lado, información documental complementada con trabajo de campo a fin de presentar un análisis más apegado a la realidad de Huehuetoca, al



mismo tiempo, relaciona los elementos de equipamiento urbano de salud y asistencia social con los criterios de evaluación del Sistema Normativo de Equipamiento Urbano de SEDESOL.

4.1 Caracterización de los elementos de equipamiento urbano en los subsistemas de salud y asistencia social existentes en Huehuetoca.

El municipio de Huehuetoca cuenta con 7 unidades de primer contacto, que ofrecen servicios de consulta externa, 5 pertenecen al ISEM, 1 al ISSSTE y 1 al DIF. (H. Ayuntamiento de Huehuetoca, 2007), mismos que a continuación se describen.

Debido a la distancia en la que se encuentra este centro de salud, y el poco tiempo disponible para recorrer el total de equipamientos urbanos de salud, se optó por solo mencionar los datos más representativos de los centros de salud ISEM, San Pedro Xalpa y Juan Adalma Bicentenario Salitrio. Se decidió limitarse a recabar información estadística y no realizar visitas de campo a estos centros de salud por dos razones, la primera tiene que ver con la importancia de estos en el número de consultas que prestan así como las dimensiones reportadas en las diversas fuentes informativas de tipo oficial, la segunda tiene que ver con la dificultad que represento el acceso a estas por su lejanía y la deficiencia de su servicio de transporte público. Además la ausencia de esas visitas de campo se compensadas con imágenes obtenidas por internet.

El centro de salud Santa Teresa se encuentra ubicada en la localidad de Santa Teresa en la colonia Conjunto Habitacional Santa Teresa en la calle Cuauhtémoc, este se encuentra conformado por 4 consultorios que prestan servicios de medicina general y un consultorio odontólogo (ISEM, 2010).

Las condiciones físicas en que se encuentra este centro de salud no son las más optimas principalmente por presentar un daño significativo en las rampas de



acceso para personas con discapacidades diferentes que no solo dificulta la movilidad de este sector de la población, sino también dificultan el desplazamiento de los adulto mayores por las dificultades físicas que representa su edad. Es notoria la falta de mobiliario dentro en las instalaciones ya sea en la sala de espera o las condiciones en que se encuentran los consultorios.

Aunado a los problemas del inmueble de este centro de salud, la carencia de personal viene a complicar el funcionamiento eficiente y eficaz de este equipamiento, principalmente por verse rebasado por mucho en su capacidad de servicio, si a esto se le suma que las instalaciones no son sujetas a un mantenimiento constante que se ve reflejado en las deficientes instalaciones sanitarias, ventilación con tomas de aire que deriva en la alta inversión de tiempo para recibir atención médica.

**Imagen 5. Centro de Salud Urbano
Centro de Salud Santa Teresa**



Fuente: Archivo personal, 2016

La clínica San Buenaventura, se encuentra ubicada en la localidad El Sitio del Ejido de Jalapa en la colonia Ex Hacienda de Xalpa. Es una unidad rural de



consulta externa que se encuentra compuesta por 4 consultorios que prestan servicios médicos generales (ISEM, 2010).

Esta clínica se encuentra conectada por una calle de terracería que no facilita su acceso a esta para la población en general y peor aún para la población adulta mayor y para el grupo de personas con capacidades diferentes. A diferencia de la clínica santa Teresa, ésta presenta instalaciones en buenas condiciones, consultorios y sala de espera, ésta última con dimensiones adecuadas que permite que la espera de los pacientes sea más confortable, así mismo, las condiciones que presentan instalaciones sanitarias y del aire filtrado funcionan en un 50% de su capacidad.

No se puede decir lo mismo de la accesibilidad a esta unidad médica, dado que las condiciones en que se encuentra la calle la conecta se encuentra en muy mal estado por presentar su pavimento deformaciones derivadas de raíces de árboles, y por la presencia de gran cantidad de baches con relación a las condiciones físicas que faciliten la movilidad al interior de los pacientes que presentan algún problema de discapacidad y para los adultos mayores principalmente, por no dar mantenimiento a rampas, pisos, accesos entre otros.



**Imagen 6. Centro de salud urbano
San Buenaventura (Ejido de Jalpa)**



Fuente: Archivo personal, 2016

El centro de salud del ISEM (San Bartolo) se localiza en la localidad de San Bartolo, zona colindante con la Ex Hacienda de Xalpa. El tipo de establecimiento que define al centro de salud ISEM es de tipo hospital general del sector público, a pesar del estilo del establecimiento, las cualidades del mismo denotan las características de poseen los centros de salud urbanos de Huehuetoca. Los elementos con los que cuenta el centro de salud para su operación es de 8 consultorios los cuales son atendidos por 12 médicos de primer contacto. (ISEM, 2010).



Imagen 7. Centro de Salud Urbano Centro de Salud ISEM (San Bartolo)



Fuente: http://salud.edomexico.gob.mx/html/umedicasvista3i.htm?cve_clues=MCSSA002452&municipio=035

El centro de salud de San Pedro Xalpa se encuentra ubicado en la Ex Hacienda de Jalapa. Es considerado como establecimientos de unidad de consulta externa de tipo rural de 01 núcleos básicos. Dentro de los principales recursos de salud cuenta con 2 consultorios el cual es atendido por dos medico de primer contacto. El centro de salud San Pedro Xalpa debe de cubrir un total de 3501 habitantes, sientos estos los habitantes más cercanos al centro de salud (ISEM, 2010).

Imagen 8. Centro de Salud Urbano San Pedro Xalpa



Fuente: <http://huehuetoca.gob.mx/web/noticia.php?id=14>



El centro de salud Juan Adalma Bicentenario Salitrillo se localiza en la localidad de Salitrillo en la colonia Fraccionamiento Arboleadas. Dentro de los elementos de equipamiento urbano de salud, este se considera como un establecimiento de unidad de consulta externa de tipo rural de 02 núcleos básicos. Las principales características de este centro de salud se perciben por los 3 consultorios disponibles, los cuales son atendidos. (ISEM, 2010).

Imagen 9. Centro De Salud Urbano Juan Adalma Bicentenario Salitrio



Fuente http://salud.edomexico.gob.mx/html/ubicamodulo_sp.html?mun=51

El hospital municipal de Huehuetoca, por su nombre te remite a un espacio que cuenta con diversidad de especialidades destinadas a la atención de distintas enfermedades de la población. De acuerdo con la información proporcionada por la Subdirección de Atención Médica, este hospital cuenta con un total de 10 consultorios atendidos por 15 médicos generales, que son distribuidos en las 24 horas del día. Con respecto al mobiliario con que cuenta este equipamiento destaca la presencia de 18 camas, de las cuales 15 son para consulta externa, urgencias, medicina interna, pediatría, cirugía general, gineco-obstetricia y anestesiología. (Subdirección de Atención Médica Departamento de Atención Médica de Segundo y Tercer Nivel).

Sin embargo, la información referida no tiene correspondencia con la realidad, ya que este hospital se le parece más a una Unidad Médica por sus dimensiones así como por la capacidad de las instalaciones para brindar los servicios médicos.



Esto se constató con base a los recorridos de campo, fue posible identificar que no existen el número de consultorios referido, médicos y camas que reporta la Subdirección de Atención Médica, también fue posible comprobar que las dimensiones de la sala de espera como de las instalaciones sanitarias son muy reducidas y poco funcionales para el número de población atendida. Cabe destacar que derivado de las dimensiones de este inmueble se dificulta la movilidad en su interior y los accesos y rampas del inmueble se encuentra mal ubicados

Derivado de la información obtenida de algunas pláticas informales con algunos pacientes fue posible saber situaciones de malestar de éstos no solo por las condiciones internas de hospital sino también por los problemas de accesibilidad a este centro de salud. Situación que dificulta el servicio eficiente y calidad hacia los grupos de población adulta mayor y con capacidades distintas principalmente. Algunos adultos mayores manifestaron la lentitud del servicio y la falta de sensibilidad hacia ellos y hacia pacientes con capacidades diferentes.

De acuerdo con información obtenida del Instituto de Salud del estado de México la población adulta mayor atendida en este tipo de instalaciones representa alrededor del 13.5% del total de la población atendida en el municipal de Huehuetoca. Dato que es relevante y que indica la presencia cada vez mayor de este sector de población que demanda servicios de salud, de ahí que sea de suma importancia no solo construir centros de salud de manera homogénea sino más bien la construcción diferenciada para cada estrato social.



Imagen 10- de salud del estado de México ISEM Hospital municipal de Huehuetoca



Fuente: Archivo personal, 2016

El consultorio médico se localiza en la colonia Centro. Éste fue adaptado como equipamiento de salud de una vivienda que no reúne los requisitos básicos de una unidad médica en varios aspectos, el primero tiene que ver con las dimensiones del inmueble que no rebasa los 80, cuenta con una sal de espera con una capacidad para 2 pacientes, no cuenta con sanitarios destinados a satisfacer las necesidades de los usuarios, el espacio no está acondicionado con rampas de acceso ni de algún otro componente físico que facilite el paso y la movilidad a estas instalaciones tampoco cuenta con área de estacionamiento, y su capacidad de atención es limitada.

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) forma parte del sistema de salud del estado de México que brinda atención de primer contacto y hospitalaria, para el caso de Huehuetoca este instituto solo brinda atención médica de consulta externa a través de 2 consultorios atendidos por 2 médicos generales además de contar con 2 enfermeras. De acuerdo con los



datos proporcionados por estos consultorios se atiende a un promedio de 9 adultos mayores por semana, mismos que representan un 10% del total de consultas semanales.

Derivado de las entrevistas informales que se realizaron al personal de esta unidad médica, con relación al tema de accesibilidad respondió que las funciones de este espacio se limitaban a la atención médica de primer contacto y que el personal que labora en ésta no tiene facultades para gestionar cambios físicos de las instalaciones.

Se pudo observar que la atención brindaba a la población adulta mayor, no era la adecuada ni especializada, en cierto modo justificable ya que las limitaciones físicas, así como del personal que labora en este, se limita a identificar y atender problemas de salud que están a su alcance, además de brindar servicios de orientación y canalización de pacientes que presenten enfermedades que requieran atención especializada.

Imagen 11.Consultorio Médico Huehuetoca, ISSEMYM



Fuente: Archivo personal, 2016



Otra institución encargada de brindar servicios de salud en este municipio es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) “institución del gobierno municipal que conduce las políticas públicas de asistencia social que promueven el desarrollo integral de la familia y la comunidad, que combaten las causas y efectos de vulnerabilidad, en coordinación con el sistemas federal y estatal e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social” (DIF, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: 2015).

Esta institución es de las que se vio afectada por las decisiones tomadas por el cambio de administración del gobierno municipal, específicamente el cambio de partido político que gobernó este municipio, de acuerdo con trabajadores administrativos de este espacio “las instalaciones del DIF antes de la última administración dirigida por el PRI, fueron funcionales con amplia capacidad de atención y significativa presencia regional en la prestación de servicios de salud al grado de albergar al el hospital comunitario “Madre Teresa de Calcuta”, mismo que fue desaparecido por las autoridades del nuevo partido político que ascendió al poder en Huehuetoca bajo el argumento de no ser redituable, y limitando sus funciones a las de una clínica familiar.

Derivado de esta decisión el DIF de Huehuetoca se limitó a prestar servicios de salud en los ámbitos de rehabilitación, atención a diabéticos, conserva una farmacia y un comedor. Los servicios más frecuentes que este espacio de salud brinda a la ciudadanía se enfocan a la “proporción de certificados médicos, toma de glucosa y presión arterial, aplicación de vacunas, aplicación de sueros, consulta prenatal y planificación familiar y nebulizaciones”. (DIF Huehuetoca, 2016- 2018).

De acuerdo con el comentario de Eduardo Salazar (usuario de las instalaciones del DIF), pese a estos cambios estructurales “Las actividades y servicios que ofrece actualmente el DIF son de gran apoyo y de beneficio comunitario, sin



embargo existen días que no se puede dar abasto, ya que las condiciones físicas de este centro son pequeñas y el personal es poco.”

El personal administrativo se encuentra consiente de que las condiciones de las instalaciones así como la capacidad con que cuentan para atender a la población general y al sector de población adulta mayor, en la actualidad es insuficiente y esta situación empeorara en el futuro cercano, motivado por el acelerado proceso de envejecimiento de la población, aunado a este problema se agrega la carencia de equipamiento especializado que satisfaga las necesidades de habitantes de 60 y más:

El DIF como tal no tiene en el momento la capacidad de incorporar las instalaciones de asistencia social para el adulto mayor, sin embargo se cumple con la estructura para el acceso a las personas vulnerables y se opta por la prioridad a este sector de la población. También se cuenta con un club de recreación y esparcimiento destinado al adulto mayor. Se le brinda apoyos funcionales para su vida diaria como andaderas, bastones, sillas de ruedas, auxiliares auditivos entre otros. Esto a través de la C.A.A.M que es a Coordinación de Adultos Mayores y de INAPAM que es el Instituto Nacional de Adultos Mayores los cuales otorgan una credencial por la cual cuentan de servicios y apoyos.

Sabemos que el proceso de envejecimiento está en aumento y es por tal que se implementaron apoyos y actividades hacia las personas de la tercera edad, dentro de los programas que brinda el DIF están los paseos del día a diversos lugares, la participación en actividades culturales, deportivas y sociales. (Comentario de Miranda Mendoza, personal administrador de las instalaciones del DIF).



Imagen 12. Instalaciones del DIF, Huehuetoca



Fuente: Archivo personal, 2016

Derivado del trabajo de campo específicamente de la observación se pudo constatar que las instalaciones del DIF presentan condiciones óptimas en general, es decir, para proporcionar servicios de salud a la población en general, así como para atender algunos padecimientos de la población de 60 años y más. Esto es posible por contar con amplias instalaciones correctamente equipadas en sus salas de espera, accesos, instalaciones sanitarias, consultorios, comedor bien equipado y amplia cobertura de movilidad.



Imagen 13. DIF, Huehuetoca



Fuente: Archivo personal, 2016

4.2 Vinculación de los elementos de equipamiento urbano en Huehuetoca con el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano

Tomando en consideración el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano se hace un análisis de la relación que guarda el equipamiento de salud y asistencia social en el municipio de Huehuetoca con la prestación del servicio a la población en general, y de manera específica, con la prestación y cobertura del servicio especializado dirigido a la atención de las necesidades de la población de 60 años y más.

A fin de realizar un análisis más apegado a la realidad y tomando como base el estudio realizado por la administración municipal en el Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca de 2007 en relación a la prestación del servicio de salud se destaca que, a decir de la administración municipal se tiene la necesidad de equipar a los centros médicos con personal altamente capacitado capaz de



atender las diversas problemáticas de salud de la población, acompañado del mejoramiento del equipo de salud que permita el adecuado desempeño del servicio.

De acuerdo con los cálculos realizados en dicho documento se denota en relación al servicio de salud que:

“En el municipio se cuenta con un superávit de este servicio, ya que se tiene la demanda cubierta hasta el año 2010 con las nueve instalaciones de primer nivel; sin embargo, el problema radica en la falta de recursos médicos, ya que el 76% de estos, son pasantes sobre todo en los centros de salud ubicados en las distintas localidades del municipio, así como, por la carencia del cuadro básico de medicamentos e instrumental, que repercute en la eficiencia y calidad de los servicios médicos.” (H. Ayuntamiento de Huehuetoca, 2007).

Lo señalado con anterioridad se complementa con los datos establecidos en la imagen 14, donde se puede apreciar los cálculos del superávit del equipamiento de salud con base a las normas de equipamiento urbano de SEDESOL que se representa en la Modificación del Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca. Esta tabla muestra los cálculos de la población para el año 2005 y el 2010. Para este último se llevó a cabo una proyección de población, que dio como resultado un total de 79,657 habitantes.



Imagen 14. Proyecciones en la Modificación del Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca 2007

Concepto elemento	Norma	Población 2005	59,721	Población estimada 2010	79,657	
		Estado actual	Requerimient o estimado	Déficit/ superávit	Requerimiento estimado	Déficit o superávit
Subsistema salud						
Centro de salud urbano	40% de PT	14,200	23,888	-9628	31,863	17,603
	12,500 pob ben/UBS	9	2	7	3	6
	5 UBS/UDS	9	2	8	1	8
Hospital general	40% de PT	59,721	23,888	35,833	31,863	27,858
	2500 pob ben/UBS	36	10	26	12	24
	20 a 40 UBS/UDS	1	1	0	1	0

Fuente: Elaboración propia basada en la Modificación del Plan de Desarrollo Urbano de Huehuetoca 2007

Sin embargo, la afirmación anterior queda invalidada ante el análisis que se realiza en la presente investigación, ya que según datos del Censo de Población 2010 de INEGI, el municipio de Huehuetoca cuenta con un total de 100,023 habitantes, y tomado en consideración lo establecido en las normas de equipamiento urbano existe un déficit en la cobertura y prestación del servicio de salud, específicamente en aquel sector que presta atención a la población adulta mayor.

Este crecimiento social que presentó Huehuetoca en el año 2010 y que no coincide con las estimaciones realizadas del crecimiento demográfico para este año, se debió a que este municipio al igual que cinco más del estado de México formaron parte del denominado *Programa Ciudades del Bicentenario*. El crecimiento urbano y demográfico que presentó este municipio fue propiciado por la producción masiva de vivienda por grupos inmobiliarios privados en acuerdo con el gobierno del Estado de México y por ende el arribo de flujos migratorios intensos que demandaron la satisfacción de diversas necesidades, mismas que el



gobierno municipal fue incapaz de satisfacer. Esta situación la describe de manera puntual Salvador Quezada:

“Con la designación por parte del Gobierno del Estado para Huehuetoca como Ciudad Bicentenario y la gran escalada de construcción de fraccionamientos familiares así como la consecuente población de los mismos, aunado a una deficiencia ya existente en los centros de atención del sector salud para la población el problema de salud se agrava.

Se reconoce el esfuerzo realizado a través de la construcción de la Clínica de la Mujer en el DIF del Municipio, así como la atención que brinda el Hospital del ISEM en Salitrillo, pero con la sobrepoblación y los escasos recursos con que cuentan, son insuficientes para brindar una atención de calidad a nuestros habitantes.

Por lo que la promesa ofrecida en el segundo informe de la Presidencia Municipal actual, encabezada por el Lic. Salvador Quezada Ortega, de las gestiones realizadas para la construcción de una Unidad de Medicina Familiar y de un Hospital de Zona con Especialidades y Urgencias ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, deberá ser una realidad inmediata, porque la comunidad lo requiere con urgencia, toda vez que las Clínicas de Unidad de Medicina Familiar de Cuautitlán y de Zumpango están saturadas por el crecimiento poblacional de los municipios aledaños a quienes brindan atención médica.

Esto sin mencionar las crisis que sufren estas instituciones por equipos descompuestos o fuera de servicio, la falta de materiales, la saturación de la consulta y la grave falta de medicamentos.

Debemos agregar que la atención especializada que requieren los grupos más vulnerables de la población: pediatría, geriatría y pacientes con características diferentes, así como aquéllos con padecimientos crónico-degenerativos del tipo de: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide, padecimientos cancerígenos, etc., que requieren un control estricto y estudios de laboratorio y gabinete específicos y una medicación continua; deberá ser satisfecha a la brevedad posible para el bienestar de nuestra gente.”(Quezada, 2007: s/p).

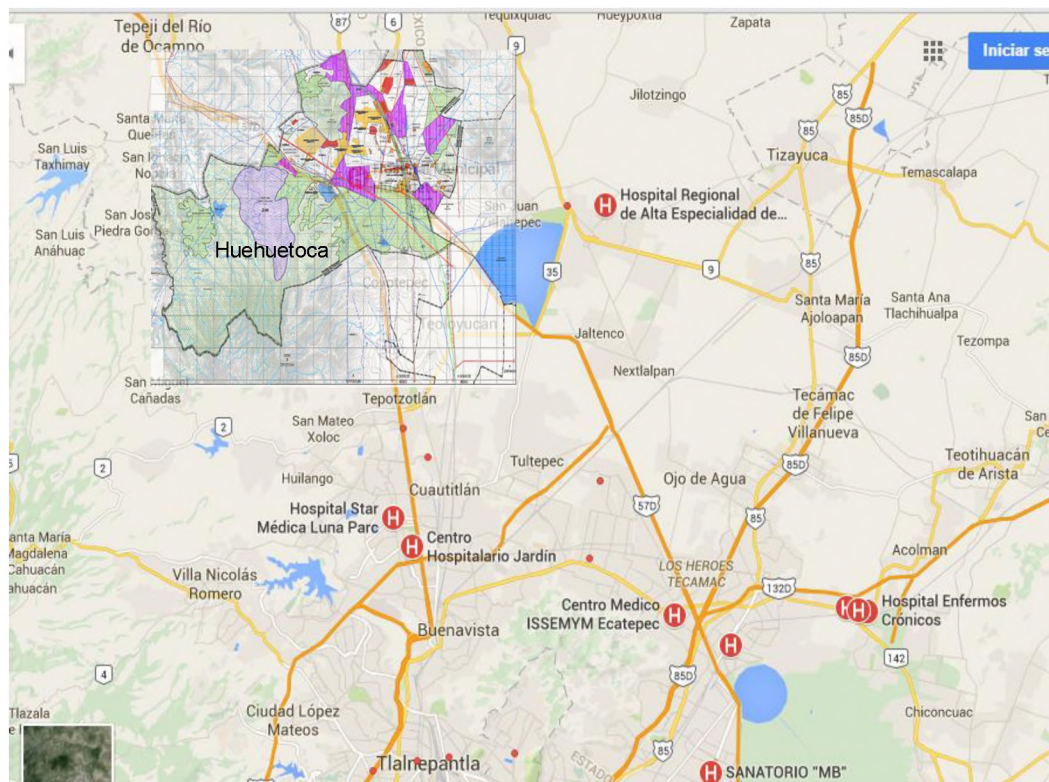
La sobrepoblación que sufrió Huehuetoca se vio reflejada en la prestación de servicios públicos, tal es el caso de servicio de salud, la infraestructura de éste se vio rebasada e incapacitada para proporcionar servicios médicos a una población que aumento alrededor de 130%, situación que obliga a los usuarios a buscar otros espacios de salud en los que pueda satisfacer sus necesidades, en primer instancia se enfoca a



los municipios periféricos como Zumpango, Ecatepec, Cuautitlán, entre otros municipios que por presentar mayores condiciones de desarrollo se encuentran mejor equipados en el servicio referido.

En caso de requerir servicios de salud especializado como geriatría, de alta especialidad, enfermedades crónicas, entre otros sólo podrá acceder a ellos, si se traslada a las instalaciones de la ciudad de México, ya que ningún municipio de la región cuenta con este tipo de equipamiento, y para beneficiarse de éste servicio tienen que trasladarse alrededor de 65.5kms, que si se mide en tiempo, los usuarios invierten alrededor de una hora y media de camino. La lejanía en tiempo y distancia rebasa el radio de servicio regional recomendable entre los hospitales en el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano. En la imagen 15 se muestra los elementos de equipamiento de salud con mayor cercanía a Huehuetoca.

Imagen 15. Elementos de salud de segunda y tercera instancia en los municipios aledaños al municipio de Huehuetoca



Fuente: Elaboración propia con base a Google Earth



Al haber una mayor demanda de servicios de salud y un déficit en la prestación de éstos por parte del gobierno estatal y municipal, la población busca alternativas para satisfacer esta necesidad básica y acude a la prestación del servicio privado como cadenas farmacéuticas tal es el caso de las farmacias Similares o farmacias del Ahorro, siendo establecimientos que proporcionan consultas y medicamentos de nivel básico a la población.

Este tipo de escenarios es aprovechado por las autoridades estatales para mejorar los datos estadísticos que refieren al desempeño de la administración pública del municipio, dado que, en muchos de los casos, sin haber hecho inversiones económicas estos gobiernos reportan como logros de su administración a estas formas de organización de la sociedad civil.

De acuerdo con lo descrito, se muestra de manera genérica la evaluación que las autoridades municipales de Huehuetoca realizaron en torno al crecimiento demográfico y la capacidad del equipamiento de salud con el que contaba el municipio, sin embargo, la realidad municipal se encuentra muy por encima de estos cálculos, de ahí que, en esta investigación se considere pertinente realizar una comparación de los elementos de equipamiento destinado al adulto mayor de Huehuetoca de manera crítica y objetiva¹, relacionando el total del crecimiento demográfico, vinculándolo con su capacidad de atención del equipamiento de salud que facilita el sistema de salud en este municipio.

¹ Cabe aclarar que la información disponible para llevar a cabo este análisis, se toma de manera general, por la forma como la presentan en sus reportes estadísticos los centros de salud, consultorios médicos, Hospital municipal y el DIF del municipio. Esta situación representa una limitante para llevar a cabo un análisis más detallado dado que estos equipamientos no reportan información que haga referencia a la atención diferenciada de los usuarios en cada uno de estos espacios, es decir, que cada uno de ellos no ha puesto en práctica un registro del número de consultas dirigidas a la atención de infantes, población económicamente activa, ni el número de consultas en las que se atiende al adulto mayor. De llevar a cabo un registro de este tipo permitiría identificar el sector de población que lleva a cabo una mayor demanda de servicios médicos, los problemas de salud más recurrentes y con ello las carencias que presentan cada uno de estos equipamientos para priorizar las áreas de atención.

Esta misma situación se hace presente en las instalaciones del DIF que es el único espacio de atención que reporta consulta médica al adulto mayor de manera limitada por no contar con un área especializada dentro de sus instalaciones. Pese a estos reportes no queda claro el porcentaje de población adulta mayor que se ve beneficiada de los servicios prestados en esta institución, de ahí que, resulte complicado estimar la cantidad de adultos mayores que queda fuera de servicios médicos en estos espacios.



Centro de Salud Santa Teresa

La localización de los centros de salud en el municipio de Huehuetoca incide de manera significativa en el total de la población atendida por día-semana y semanas, principalmente por no corresponder el rango de servicio por el que fueron contruidos con el número de pacientes atendidos y por otro lado, por la capacidad de atención que presenta un inmueble, que ya se encuentra determinada por la normatividad. Para el caso del centro de salud Santa Teresa, éste rebasa por mucho el número de pacientes atendidos con relación al cálculo realizado desde su construcción

Para el caso de este centro de salud, se excede en el rango de servicio urbano, que si se apegara a la normatividad se encontraría sobre ocupado por la cantidad de servicios prestados, esta situación lo colocaría en una condición de transgresión al violentar lo establecido por la norma, al proporcionar una mayor cantidad de atención ciudadana con relación al público objetivo para el cual fue proyectado.

Lo referido fue posible constatarlo desde dos ámbitos. El primero que lo determina la norma, como ya se hizo referencia y el segundo que se constata desde su funcionamiento de la Unidad Médica, es decir, la norma establece que el mínimo de consultorios para ser considerada bajo esta categoría es de 8 y un máximo de 40.

Bajo este criterio la unidad médica Santa Teresa no cumple con esta normatividad al operar sólo con cuatro consultorios y rebasar el rango de servicio urbano, de esto se puede deducir que la demanda se ha incrementado de manera significativa que ha impuesto dinámicas de sobre explotación de esta unidad. Es importante destacar que ante la población, la unidad médica Santa Teresa cuenta con una tradición muy importante que la coloca como uno de los centros de salud con mayor jerarquía en el centro de este municipio. Tal como se muestra en la



tabla número 3. La cobertura de estos centros de salud se muestra cartográficamente en el plano número 4 en anexos.

Tabla 3. Centro de Salud Santa Teresa

Centro de salud urbano			
CENTRO DE SALUD SANTA TERESA			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001 +	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	1 km (30min)	120%	excede
Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob total	16,671	n/a
Turnos de operación	2	2	cumple
Capacidad de servicio por UBS (consultas)	56 consultas	150	excede
Población beneficiada por UBS	12,500	15,625	excede
Dosificación			
UBS requerido (consultorios)	8 a 40	4	no cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1 a 7	6	cumple
Población atendida	75,000	93,750	excede

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

Centro de Salud “San Buenaventura”

El centro de salud San Buenaventura es uno de los centros de salud urbano que a pesar de ubicarse sobre una de las principales vialidades del municipio presenta dificultad para acceder a sus instalaciones, principalmente por la carencia de señalética en las calles, la excesiva presencia de comercio informal que dificulta su visibilidad, además de presentar problemas de espacio que permitan la estancia vehicular de los usuarios.



A diferencia de la unidad médica Santa Teresa, ésta no cumple con la normatividad referida al presentar una deficiencia en el rango de atención de servicios urbanos, esta solo atiende un 45% del total de su capacidad de atención. De tal forma que el total de población atendida por año no supera ni la mitad del rango anual establecido por El Sistema Normativo de Equipamiento Urbano. Véase tabla número 4. La limitada cobertura que muestran estos espacios de salud está representada cartográficamente en plano número 3 en anexos.

Tabla 4. Centro de Salud “San Buenaventura”

Centro de salud urbano			
SAN BUENAVENTURA (EJIDO DE JALPA)			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001 +	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	1 km (30min)	45%	no cumple
Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob total	16,671	n/a
Turnos de operación	2	2	cumple
Capacidad de servicio por UBS	56 consultas	60	no cumple
Población beneficiada por UBS	12,500	3,350	no cumple
Dosificación			
UBS requerido	8 a 40	4	no cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1 a 7	6	cumple
Población atendida	75,000	20,007	no cumple

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.



Centro de Salud ISEM (San Bartolo)

Este centro de salud es uno de los que alcanza el mínimo establecido por la normatividad con relación al número de consultorios que constituye un centro de salud. El centro de salud ISEM cumple con la cantidad mínima de ocho consultorios. Al igual que otros casos esta unidad médica debe redoblar esfuerzos al tratar de dar respuesta a los padecimientos de la población, esto se verifica con el número de consultas que registra por semana, el cual representan el doble de su capacidad. Esta situación repercute de manera directa en la calidad del servicio por sobrepasar la cobertura del inmueble y la capacidad de albergar en sus instalaciones un número mayor de pacientes para lo que está diseñado.

Los centros médicos ISEM, Juan Adalma Bicentenario Salitrio y Santa Teresa son los equipamientos de salud más importantes de Huehuetoca por ser los que albergan mayor cantidad de usuarios atienden por semana. Una de las características en común de estos centros es que se encuentran ubicados cerca de la cabecera municipal.

Tabla 5. Centro de Salud ISEM (San Bartolo)

Centro de salud urbano			
CENTRO DE SALUD ISEM			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001 +	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	1 km (30min)	150%	excede
Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob total	16,671	n/a
Turnos de operación	2	2	cumple
Capacidad de servicio por UBS	56 consultas	250	cumple
Población beneficiada por UBS	12,500	22,322	cumple
Dosificación			



UBS requerido	8 a 40	8	cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1 a 7	6	cumple
Población atendida	75,000	133,928	excede

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

Centro de Salud “San Pedro Xalpa”

El centro de salud San Pedro Xalpa se encuentra ubicado en la periferia de la cabecera municipal, este fue proyectado para atender la demanda de salud de la población de los fraccionamientos de interés social de la colonia Hacienda. El servicio que presta este centro de salud es limitado ya que sólo cuenta con 2 consultorios limitando su cobertura además de no ofrecer servicios más diversificados, por ende incumple con la mayor parte de la normatividad. La cobertura de servicio de este equipamiento asciende al 35% de utilidad,. Véase tabla 6.

Tabla 6. Centro de Salud “San Pedro Xalpa”

Centro de salud urbano SAN PEDRO XALPA			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001 +	100,023	necesario
Rango deservicio urbano	1 km (30min)	35%	no cumple
Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob total	16,671	n/a
Turnos de operación	2	2	cumple
Capacidad de servicio por UBS	56 consultas	25	no cumple
Población beneficiada por UBS	12,500	5,580	no cumple
Dosificación			
UBS requerido	8 a 40	2	no cumple



Cantidad de modulo Recomendable	1 a 7	6	cumple
Población atendida	75,000	33,482	no cumple
Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.			

Centro de Salud “Juan Adalma Bicentenario Salitrio”

El centro de salud Juan Adalma Bicentenario Salitrio solo cuenta con 3 consultorios que fueron proyectados para atender alrededor de 21 consultas por turno al día, sin embargo los tres consultorios que integran a esta unidad médica están atendiendo 120 consultas por turno al día, sobrepasando en 285% la capacidad de atención por día. Bajo estas condiciones la calidad del servicio estaría dejando mucho que desear.

De acuerdo a la información proporcionada por personal administrativo del centro de salud, identificaron al año 2009 como el punto de quiebre en el que se presentó un incremento significativo en la demanda del servicio de salud. Este fenómeno puede ser asociado al crecimiento demográfico del municipio provocado por el Programa Ciudades del Bicentenario, hay que recordar que éste se aprobó y se instrumentó en el año 2008, de ahí que sea lógico que en el 2009 asistieran un mayor número de personas que solicitaban el servicio de salud, ya fuese para una consulta o emergencia.

Tabla 7. Centro de Salud “Juan Adalma Bicentenario Salitrio”

Centro de salud urbano			
JUAN ADALMA BICENTENARIO SALITRIO			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	+ 1 km (30min)	115%	excede



Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob total	16,671	n/a
Turnos de operación	2	2	cumple
Capacidad de servicio por UBS	56 consultas	120	cumple
Población beneficiada por UBS	12,500	13,392	cumple
Dosificación			
UBS requerido	8 a 40	3	no cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1 a 7	6	cumple
Población atendida	75,000	80,357	excede

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

Hospital Municipal de Huehuetoca

El hospital municipal es de las pocas instituciones que proporciona servicios de hospitalización, urgencias y cirugías y derivado de ese tipo de servicios el número de camas es de suma importancia para el desempeño adecuado de sus funciones. Sin embargo, solo cuenta con 18 camas para brindar servicio a 41,738 personas anualmente. La proporción entre población y número de camas es muy desproporcionada dado que al año cada cama estaría albergando alrededor de 2,874 personas. Dichas camas se encuentran distribuidas en 2 espacios de hospitalización, mientras que se proporciona el servicio de consulta en un total 7 consultorios.

De acuerdo con el personal administrativo

“la principal limitante que tiene el hospital es la falta de un presupuesto amplio y suficiente en cuanto a recursos materiales, las dimensiones del hospital ya no son suficientes para albergar y atender a toda la gente que lo requiere. Es por ello que se está buscando una ampliación” (Comentario de Jorge Olvera, personal administrador de las instalaciones del Hospital municipal de Huehuetoca).

Una constante del hospital es su marcado deterioro físico, así como, un alto hacinamiento en sus distintas áreas, situación que le impone diversas limitantes



que obstaculizan su funcionamiento, pese a ello atiende a un total de 41,738 personas anual que representa poco más del 40% del total de la población de Huehuetoca.

Tabla 8. Hospital Municipal de Huehuetoca

Hospital general HOSPITAL MUNICIPAL DE HUEHUETOCA			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	100,001 a 500,000 +	100,023	necesario
Rango de servicio	centro de la población	130%	no cumple
Dotación			
Población usuaria potencial	40% pob aprox	40,006	n/a
Turnos de operación	1	1	cumple
Capacidad de servicio por UBS	117 pacientes x cama	2,874	no cumple
Población beneficiada por UBS	2500 personas x 2 días	1,230	no cumple
Dosificación			
UBS requerido	40 a 200 camas	18	no cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1 a 3	1	cumple
Población atendida	75,000	41,738	no cumple

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

Consultorio médico Huehuetoca, ISSEMMYM

La unidad básica de servicio para la clínica médica familiar presenta una serie de deficiencias en el inmueble así como en su capacidad de servicio. Para el primer caso es evidente que no cumple con lo establecido por la normatividad con relación a la estructura física. Esto se ve reflejado en la cantidad y calidad del personal encargado de proporcionar servicios médicos.



Para empezar, esta unidad médica no cumple con la cuota mínima de atención de pacientes por año ya que, la norma establece que debe atender a 48 pacientes de los que, sólo atiende 25. Quizá esta situación se derivada de la cantidad de consultorios con que se encuentra equipada esta clínica familiar, pues la norma establece un mínimo de ocho y ésta sólo cuenta con dos

Tabla 9. Consultorio médico Huehuetoca, ISSEMMYM

Clínica de medicina familiar			
CONSULTORIO MÉDICO HUEHUETOCA, ISSEMMYM			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	10,001 a 500,001	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	30min	45%	no cumple
Dotación			
Población usuaria potencial	11% pob total	11,002	n/a
Turnos de operación	2	1	no cumple
Capacidad de servicio por UBS	48 consultas	25	no cumple
Población beneficiada por UBS	43,163 hab.	22,400	no cumple
Dosificación			
UBS requerido	3 a 12	2	no cumple
Cantidad de modulo Recomendable	1	1	Cumple
Población atendida	37,984	14,579	no cumple

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

DIF, HUEHUETOCA

Por último, el municipio cuenta con los servicios del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Tomando en cuenta a la normatividad, esta institución sería la única que destinaria uno de sus espacios para satisfacer las demandas de la población adulto mayor en servicios de casa hogar de ancianos,



sin embargo, en la realidad el DIF de Huehuetoca no presta este servicio y se limita a ofrecer sólo servicios de orientación sobre prácticas que mejoren su salud y en caso de contar con la credencia proporcionada por la Coordinación de Adultos Mayores (C.A.A.M) y del Instituto Nacional de Adultos Mayores (INAPAM), son sujetos a ser tomados en cuenta en diversos programas dirigidos a este grupo de población.

El sistema normativo de equipamiento urbano en su apartado de salud y asistencia social vincula la existencia de una casa hogar de ancianos por cada 100,000 habitantes, para el caso de Huehuetoca ya cumple con el requisito de población desde el año 2010, sin embargo, aún no se ha atendido lo establecido por la norma ni se le ha dimensionado el problema que a corto plazo enfrentará este municipio en materia de salud y equipamiento dirigido a la población de 60 y más. El estado actual que presentan las áreas del DIF de Huehuetoca en materia de atención al adulto mayor, son prácticamente inexistentes en sus distintos ámbitos que estarían atendiendo a esta población. Tal como se muestra en la tabla número 10.

Tabla 10. DIF, HUEHUETOCA

Casa Hogar para Ancianos DIF, HUEHUETOCA			
	Norma	Estado actual	deficit/ superavit
Localización			
Rango de población	100,001 a 500,001 +	100,023	necesario
Rango de servicio urbano	1,500 metros(30min)	0	no cumple
Dotación			
Población usuaria potencial	1% pob total		n/a
Turnos de operación	2	0	no cumple
Capacidad de servicio por UBS	1	0	no cumple
Población beneficiada por UBS	1,500 hab.	0	no cumple
Dosificación			
UBS requerido	67 a 333 camas	0	no cumple



Cantidad de modulo	1 a 5	0	no cumple
Recomendable			
Población atendida	97,500	0	no cumple

Fuente: Cálculos propios con base en Normas de Equipamiento Urbano de SEDESOL, 2004 y datos estadísticos del ISEM, 2015.

Del ciclo de vida del ser humano, la tercera edad es asociada a la reducción de las funciones motoras, orgánicas y psicológicas del mismo, así como, con el inicio de una etapa de alta vulnerabilidad y dependencia física, económica, familiar entre otras, hacia población más joven. Esta situación no ha sido valorada, ni se le ha dado la importancia requerida por ninguno de los tres niveles de gobierno, tanto en el diseño de política pública y la instrumentación de esta, como en la creación de condiciones materiales de la estructura urbana que contribuyan a un mejor desarrollo de la vida cotidiana del adulto mayor.

Se ha descrito la imperante realidad del municipio de Huehuetoca en torno al equipamiento de salud y asistencia social, destacando las condiciones de precariedad con que operan estos espacios y su relación con el incremento demográfico que presentó en la última década. Uno de los resultados que se observa de este escenario es la incapacidad del sistema de salud para cubrir la demanda de la población de Huehuetoca, y más aún el atraso que se observa con relación a la existencia de equipamiento especializado para atender al grupo de población que se está posicionando de manera acelerada en la sociedad: población de 60 año y más.

Hasta la actualidad, es evidente que el diseño de las políticas sociales no han sido dirigidas de manera específica y desagregada para el beneficio del adulto mayor dejándolo muy desprotegido en diversos ámbitos de la sociedad, los que más destacan es el económico y el de salud, para el primer caso la población de 60 y más no es tomada en cuenta en los sistemas productivos, situación que dificulta la obtención de ingresos y por ende su sobrevivencia; para el segundo caso, es sabido que este sector presenta mayor demanda del servicios de salud y al encontrarse frente a un sistema de salud que no le proporciona el servicio



diferenciado, experimenta verdaderas complicaciones para dar respuesta satisfactoria a sus problemas de salud.

Las dos situaciones referidas permiten vincular los principios de la teoría de la desvinculación, en donde estos destacan la desarticulación casi obligada de este grupo poblacional con los distintos ámbitos de la vida social, reduciendo de manera significativa su margen de acción y por tanto las posibilidades de ser autosuficientes.

De acuerdo con Beltramin citado por Gil (1993) “el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen” depende en buena medida de su capacidad de inserción de todos los sectores de la población a la vida productiva así como con las posibilidades reales de ser beneficiados de los distintos servicios en equipamientos adecuados que repercutan en su calidad de vida.

A pesar de que Huehuetoca cuenta con un sistema de salud y asistencia social con el que se pretende atender a su población, es evidente que éste es ineficiente e ineficaz, además de presentar deficiente calidad en sus servicios de atención al público principalmente por no contar con inmuebles adecuados, personal capacitado, presentar sobre demanda en sus servicios, carencia de equipo especializado para el caso de la atención de la población en general. Escenario más crítico enfrentan los adultos mayores al afrontar situaciones deplorables con relación al equipamiento especializado y los servicios médicos especializados en el adulto mayor, prácticamente inexistentes en el municipio.

Lo descrito en este trabajo permite presentar un panorama general de las condiciones que enfrenta la población adulta mayor en una realidad muy agresiva hacia su persona en distintos ámbitos. En lo social, éstos representan, en muchos de los casos, una carga para los demás integrantes de la familia por ya no ser productivos y su aportación económica es prácticamente nula, en lo económico es visto fuera de la vida productiva al ya no ser contratado en algún ámbito laboral. La misma estructuración de los espacios urbanos resulta poco amigable para este



grupo social por no estar acondicionados para su mejor desenvolvimiento y desplazamiento en el desarrollo de su vida cotidiana.



Conclusiones

Habiendo terminado esta investigación nos encontramos en condiciones para desprender algunos resultados que permitan dar respuesta al planteamiento inicial de este trabajo. Se puede comenzar confirmando la hipótesis como verdadera por distintas razones que a continuación se describen.

En primer lugar, cabe destacar que este municipio sufrió un crecimiento demográfico acelerado por dos situaciones que no habían sido visualizadas por las autoridades municipales en la magnitud de cómo se presentaron, la primera tiene que ver con el crecimiento social de Huehuetoca, pues por su localización estratégica en la Zona Metropolitana del Valle de México fungió como un polo de atracción para nuevos residentes que buscaron habitar en espacios con buena conectividad y a bajo costo consolidando al municipio como espacio dormitorio.

La segunda situación se asocia al Programa Ciudades del Bicentenario, en el cual se estableció como parte de sus objetivos la construcción masiva de vivienda que conllevó de manera implícita un crecimiento demográfico no contemplado por las



autoridades municipales, este fenómeno enfrente al H. Ayuntamiento a una serie de problemáticas que no pudo dar respuesta por falta de infraestructura urbana y recursos económicos. Los problemas más evidentes que afrontaron las autoridades tienen que ver con la insuficiencia de equipamiento urbano de salud y asistencia social principalmente.

Para el año 2005 pese al crecimiento social de la población, el H. Ayuntamiento tenía garantizada la atención de la demanda de salud para la mayor parte de los habitantes de Huehuetoca, pero a partir del 2008 se vio incapacitado por el crecimiento demográfico abrupto de que se dio en este lugar, tal es el caso de los servicios de salud y asistencia social que sufrieron un incremento en la demanda de atención médica, duplicando en algunos casos, la capacidad de pacientes atendidos en las mismas condiciones físicas del inmueble y con la misma cantidad de recursos humanos y equipo médico.

Fue posible constatar que el crecimiento demográfico acelerado en Huehuetoca se dio del 2005 al 2010 aproximadamente, los registros demográficos del 2015 muestran un crecimiento social acorde a la población existente.

Un fenómeno que se hace presente en Huehuetoca es el abandono de las viviendas por una buena cantidad de migrantes que llegaron a este municipio bajo la premisa de mejorar sus condiciones de vida, que fue una promesa plasmada en el *Programa Ciudades del Bicentenario* al ser concebidas como ciudades competitivas capaces de dotar a sus habitantes de servicios, comercio, vivienda, trabajo, recreación, entre otros, y al no ver satisfechas todas estas necesidades optan por abandonar estas viviendas.

Derivado de este crecimiento urbano acelerado fue posible identificar que el sistema de salud de este municipio se encuentra centralizado en el núcleo de población tradicional. La construcción de nuevos centros urbanos nuevas destinados a la vivienda, pareciera ser, no contemplaron la inclusión de ningún tipo de equipamiento que fortaleciera el ya existente, situación que coloca a sus residentes en desventaja a la hora de querer hacer uso de algún servicio.



Cabe destacar que derivado del grado de desarrollo de este municipio, sus centros de salud, clínicas y hospitales no han sido ampliados y ni actualizados por tanto no han cambiado la cobertura de servicios bajo la cual fueron construidos desde su proyecto original. Dicha situación los coloca muy alejados para cumplir con lo que establece la normatividad con relación a las Unidades Básicas de Servicio (UBS), principalmente en el número de elementos que debe constituir cada unidad médica, un ejemplo de ello es la cantidad de consultorios, médicos, camas entre otros que se encuentran muy por debajo del mínimo establecido por la normatividad de SEDESOL. Por ejemplo la unidad médica del ISSEMYM está conformado por dos consultorios cuando el mínimo es de ocho, y el único centro de salud que cumple con lo establecido, son las instalaciones del ISEM.

Una crítica que se puede hacer a la Normatividad de Equipamiento Urbano desarrollada por SEDESOL con relación a los elementos de equipamiento urbano, tiene que ver con las Unidades Básicas de Servicios al considerar, sólo al número de camas como el elemento más importante para dictaminar la capacidad de atención del equipamiento de salud, sin tomar en cuenta las condiciones en las que se encuentran las camas, los consultorios, el equipo, el personal médico, entre otros. Esto se reproduce en las distintas instituciones prestadoras de servicio de salud como el ISSEMYM, ISEM, SSA, DIF que se apegan a estos criterios, así como en sus distintos niveles en los que proporcionan este servicio: hospitales generales, unidades médicas, clínicas, consultorios, centros de salud, entre otros.

Se comprobó que el crecimiento demográfico ha sido tan significativo que ha llegado a sobrepasar los mismos indicadores normativos, al continuar trabajando con estándares de hace más de 20 años; dejando que las condiciones de los elementos de equipamiento urbano se deterioren y no sean sujetos a programas de mantenimiento pero si son forzados a satisfacer demandas de servicio que no fueron previstas para las estructuras.

Hasta este momento sólo se ha hecho referencia a los problemas que presenta el sistema de salud en general y no se han descrito los resultados arrojados en torno



al equipamiento existente para atender los problemas de salud del adulto mayor, de ahí que a continuación se enuncien algunos resultados en torno a este punto.

Uno de los primeros resultados identificados tiene que ver con el incremento significativo de población de 60 y más años, si bien es cierto que en la actualidad este sector representa alrededor del 3% del total de la población de municipio, de acuerdo con proyecciones realizadas al 2030 esta población representará alrededor de 7%

Asociando este incremento de población adulta mayor con el equipamiento de salud existente en el municipio, se puede deducir que el sistema de salud pública no se encuentra ni se encontrará en condiciones óptimas para atender las demandas de la población referida.

En el estado de México el 37.3% de las personas de 60 años y más, han sentido que sus derechos de accesos a servicios de salud, medicamentos y asistencia social no han sido respetados, por la inexistencia de condiciones materiales en los centros de salud, la gran cantidad de tiempo invertido para conseguir una consulta de atención médica, la falta de seguimiento de sus enfermedades por especialista en la materia, por los tiempos tan prolongados entre consulta y consulta, sólo por citar algunos. Y es considerado por los adultos mayores como parte de los medios imprescindibles para llevar a cabo una vida digna.

Escenario más crítico se presenta para el desarrollo del equipamiento especializado en atención del adulto mayor, si se toma en cuenta que la única institución que presenta, por lo menos en proyecto, una casa hogar de ancianos es el DIF municipal, sin embargo en la realidad ésta no existe.

Al presentar el municipio de Huehuetoca un déficit en su sistema de salud y asistencia social, fue posible identificar que la calidad de vida de la población en general y específicamente del adulto mayor presentara un deterioro significativo por no contar el equipamiento suficiente y los servicios especializados que demanda esta etapa de la vida



Ante la tendencia de crecimiento demográfico y el crecimiento exponencial de adultos mayores, es necesario que desde gobierno federal se tome la iniciativa para el diseño y constitución de un nuevo sistema de salud enfocado a satisfacer los problemas de salud de la población en general, además de incorporar subprogramas y proyectos destinados a reducir la vulnerabilidad de la población de 60 años y más con el propósito de que en el estado de México, se consiga un envejecimiento activo, productivo y saludable pensando, en que este es la entidad federativa con mayor población adulta mayor y que debe adelantarse a este problema con medidas exitosas.

Si se toman en cuenta los resultados de las estimaciones, el escenario crítico con relación al envejecimiento de la población es ubicado en el año 2030, esto quiere decir que en estos momentos las autoridades se encuentran en muy buen tiempo para preparar las respuestas institucionales orientadas a afrontar exitosamente el fenómeno del envejecimiento.

Un hallazgo que se desprende de esta investigación tiene que ver con el perfil del personal médico. De acuerdo con la información proporcionada por los administrativos los medios existentes no cumplen con el perfil para atender problemáticas del adulto mayor por contar con especializaciones dirigidos a otros ámbitos de la medicina.

- **Sugerencias y Recomendaciones**

De acuerdo con el análisis documental en donde se retoma las estrategias y líneas de acción prioritarias a nivel federal, estatal y municipal en los respectivos Planes de Desarrollo, se visualiza una necesidad de establecer acciones dirigidas al adulto mayor tomando en consideración el cambio en la estructura demográfica en los tres niveles de gobierno. Cabe señalar que a nivel federal y estatal existen acciones encaminadas a la dotación de equipamiento e infraestructura de los centros de salud y asistencia social especializados en el adulto mayor. (Véase tabla 11)



Tabla 11. Líneas de acción para los adultos mayores en los Planes de Desarrollo Nacional, Estatal y Municipal

Nivel federal	Nivel estatal	Nivel municipal
OBJETIVO 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud	OBJETIVO 4. Alcanzar una sociedad más igualitaria a través de la atención a grupos en situación de vulnerabilidad.	En el Plan de Desarrollo municipal e Huehuetoca en el sub apartado Pilar Temático: Gobierno Solidario, aborda el tema de grupos vulnerables, donde en el subtema de niños, jóvenes y adultos mayores, el cual basa a los datos estadísticos de INEGI 2010, toma por prioridad a al grupo de población infantil (0-14 años) por ser el rango de población con mayor proporción en el municipio.
ESTRATEGIAS 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud	ESTRATEGIAS Construir, o en su caso habilitar, Casas de Día para adultos mayores.	Es por tanto que se observa que las estrategias como líneas de acción son dirigidas a abatir las necesidades de este grupo de edad.
LINEAS DE ACCION 5.3.2. Desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y cultural.	Construir y equipar Clínicas de Atención Geriátrica ubicadas estratégicamente en el territorio estatal, con el fin de atender oportuna e integralmente los padecimientos propios de la tercera edad.	
5.3.3. Mejorar la calidad de la infraestructura establecida en unidades de primer y segundo nivel.		
5.3.4. Conformer los mecanismos sectoriales de planeación de recursos para la salud.		
5.3.5. Consolidar la infraestructura en salud con prioridad en zonas de población en condición de vulnerabilidad.		

Fuente: Elaboración propia con base al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017 y Plan de Desarrollo de Huehuetoca 2013

A nivel municipal la prioridad se encamina a tomar acciones que satisfagan las necesidades de grupos de edades entre los 1-14 años, por ser estos los rangos de



edad que más predominan en la actualidad. Sin embargo, de acuerdo con los resultados y estimaciones de esta investigación se sugiere establecer medidas de manera anticipada ante la tendencia de incremento de la población adulta mayor en un periodo no mayor a 20 años. En el entendido de que la población que ahora se encuentra en rangos de edad entre 30 y 40 años, en 20 años pasará a formar parte de las estadísticas.

Considerando la situación en la que se encuentra actualmente el equipamiento urbano, se observa un desequilibrio entre la cobertura de éste y la población atendida. Situación que pone en desventaja a la población adulta mayor, principalmente por la inexistencia de equipamiento especializado y por el tipo de servicio que actualmente se ofrece. Cabe aclarar que las 7 unidades médicas de primer nivel con que cuenta el municipio no cumplen con los requerimientos normativos que en teoría debería tener el sistema de salud y asistencia social.

Por tal motivo y de acuerdo con la norma y las estimaciones realizadas es conveniente que las autoridades tomen en consideración la necesidad de incorporar dentro de sus propuestas un rubro que contemple la creación de un centro de salud especializado (clínica geriátrica o casa de día para el adulto mayor) para fortalecer el equipamiento existente y la anticiparse ante el progresivo envejecimiento. Buscando que la planeación sea anticipativa y no correctiva.



Bibliografía

- Alberrrch, s/a “El porqué: la Teoría de la transición demográfica” disponible en:
http://desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com_content&view=article&id=21&Itemid=26&lang=es
- Belando, M. 2007, “Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios”, Comunicación en personas mejores: Actas de Foro Internacional, 2007, págs. 77-94 Disponible en:
https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=MODELOS+SOCIOLOGICOS+DE+LA+VEJEZ
- Caballero, C. s/a. “Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología”. Disponible en:
[Envejecimiento%20Fisiológico%20y%20Patológico.pdf](#)
- Castanedo, C. “CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO” Universidad de Cantabria, E.U.E. “Casa de Salud Valdecilla”. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/70097626/ballesteros-temas-Geriatria>
- Carbajo, 2008, “La historia de la vejez”, Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, Nº. 23, 2008, págs.237-254 Disponible en:
https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=LA+HISTORIA+DE+LA+VEJEZ
- Coordinación de Fomento Económico del municipio de Huehuetoca. 2009-2012, “Huehuetoca lugar de los viejos sabios”. 14 Febrero 2009 consultado en:
<http://content-huehue.webcindario.com/economico/economia.htm>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010. Indicadores Demográficos, 1990-2050, Proyecciones de Población, Consejo Nacional de Población, www.conapo.go.mx.
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf



- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2010. Delimitación de las Zonas Metropolitanas De México 2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Zonas_metropolitanas_2010
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), 1999. "El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas ", disponible en http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/envejecimiento_mexico.pdf
- Comfor citado por Carbajo, 2008, "La historia de la vejez", Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, N°. 23, 2008, págs.237-254 Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querry=Dismax.DOCUMENT_AL_TODO=LA+HISTORIA+DE+LA+VEJEZ
- Colegio de la Frontera Norte –COLEF- , (2006), Estudio Del Espacio Urbano, Evaluación del Equipamiento, Vivienda y Factibilidad de Densificación Urbana. Vol 1. Chihuahua, Chihuahua. Instituto Municipal De Planeación. Reporte Final en formato digital, Biblioteca IMPLAN. Disponible en: http://www.implanchihuahua.gob.mx/pdu2040/pdf/diagnostico_equipamiento.pdf
- Espinosa. 2014 "La ciudad Bicentenario de Tecámac, México" en Sistema de Investigación Siun, Instituto de Investigaciones en Ciudad, Hábitat y Territorio/Facultad de Artes, Vol. 2, Núm. 24. Ciudad de México, México. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/bitacora/article/view/40391/html>
- Flores, V. 2011. Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias México, Chile y Colombia. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, Jalisco, 2011.
- Garrocho, C y Campos J, 2005, "La población adulta mayor en el área metropolitana de Toluca, 1990-2000", Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, vol. 11, no. 45, julio-septiembre, 2005, México, disponible en consultado el 03 de septiembre del 2014 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204505>.



- Garrocho, C 1996, "Distribución espacial de la población en la Ciudad de México, 1950-1990", en Estudios Demográficos y Urbanos, No. 1, Vol. 69-100, CEDDUA/El Colegio de México. Disponible en consultado el 11 de septiembre del 2014.
http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/6AVXGXQ9QDFTS37VBPLLIJ5REGAQAE.pdf
- Gil, P. 1993, "Fisiología del envejecimiento y su influencia ante la cirugía". Hipogonadismo, E. L.; Bloqueo, Hipogonadotropico Inducido por, Adenocarcinoma. Cátedra de Urología. Disponible en:
<https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110025A/1520>
- Gómez, O. (2011) "Sistema de salud de México" Scielo, Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene. 2011. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017
- Gregorio, R. 2010, "Edificaciones y equipamientos urbanos". Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/ritagandrade/edificios-y-equipamientosurbanos>
- Guadarrama, 2001, "Capítulo III, La asistencia social y el tercer sector". Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lac/valckx_g_a/capitulo3.pdf
- H. Ayuntamiento de Huehuetoca, Bando Municipal 2016-2018, acuerdo a la Quinta Sesión Ordinaria de Cabildo del 29 de enero de 2016
<http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/bdo/bdo037.pdf>
- H. Ayuntamiento de Huehuetoca. Plan Municipal de Desarrollo Urbano del municipio de Huehuetoca proyecto de actualización 2007: Disponible en:
<http://huehuetoca.gob.mx/web/inicio.php>
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, "Mujeres y hombres en México 2012" Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México:



- INEGI, pg. 4, c2013. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 1990: XI Censos General de Población y Vivienda. México: México, estado de México y Huehuetoca: instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2000: X Censos General de Población y Vivienda. México: México, estado de México y Huehuetoca: instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2005: II Censos General de Población y Vivienda. México: México, estado de México y Huehuetoca: instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2010: Censos General de Población y Vivienda. México: México, estado de México y Huehuetoca: instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática.
- INEGI, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2015: Encuesta Intercensal 2015, Panorama sociodemográfico de México 2015. Estado de México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), número de habitantes por municipio, encuesta intercensal 2015. 12 Junio 2010 consultado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/territorio/default.aspx?tema=T>
- Instituto para la Seguridad y la Democracia, 2013. “Diagnóstico del Instituto Nacional de Migración: Hacia un Sistema de Rendición de Cuentas en pro de los Derechos de las Personas Migrantes en México” en Insyde, Primera edición 2013, Ciudad de México, Insyde, 2013. Disponible en: http://insyde.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/Diagnostico_INM_Insyde_2013_Completo
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), 2008-2011: Municipio de Huehuetoca 05 de Junio 2008, consultado en: <http://www.issemym.gob.mx/node/214>
- Itsuko H. 2013” Él quiere acogimiento y espera establecer vínculos con el equipo de salud en un ambiente de comunicación que permita obtener autonomía,



soluciones y responsabilidad” Vol. 1. Pág. 2. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/descargas/guia-comunicacion.pdf>

Leva German, 2005. “Indicadores de calidad de vida urbana”. Hábitat metrópolis, universidad nacional de Quilmes, buenos aires. Argentina. Consultado el 20 de mayo 2016. Disponible en
http://institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Observatorios_Urbanos/Indicadores_Calidad_Vida-Leva_G-2005.pdf

Narváez O. 2012 “Envejecimiento demográfico y requerimientos de equipamiento urbano: hacia un urbanismo gerontológico” Scielo, Universidad Autónoma de Aguascalientes. Aguascalientes, 2012. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v18n74/v18n74a9.pdf>

Narro, J. s/a “Evolución reciente de la mortalidad en México” Comercio Exterior, vol. 34, núm. 7, México, julio el e 1984, pp. 636-646. Disponible en:
<http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/224/6/RCE6.pdf>

Martínez, G, 2012 “Envejecimiento y migración en los municipios del Estado de México” en Scielo, Universidad Autónoma del Estado de México, Pap. poblac vol.18 no.73 Toluca jul./sep. 2012. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252012000300009

Merchan (s/a) “Teorías psicosociales del envejecimiento.” Consultado el 20 de mayo 2016. Disponible en: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Montes de Oca H 2003. “Envejecimiento demográfico urbano y sus repercusiones socio espaciales en México”. Retos de la planeación gerontológica, disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022007000200003&lng=en&nrm=iso&ignore=.html



- Montoya B, Y Montes de Oca H 2011. Análisis socio demográfico de envejecimiento en el Estado de México, Toluca, Estado de México: UAEM, 2011.
- Organización Panamericana de La Salud (OPS), 2012. "Perfil del Sistema De Servicios de Salud México" Programa de Organización Y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo De Sistemas y Servicios De Salud. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2014 disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/inicio/>
- Partida, B 2005, "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México" Universidad Autónoma del Estado de México, Papeles de Población, no. 45, vol. 11 julio-septiembre, 2005, pp. 9-27 Disponible en. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204502>
- Pérez Ortiz L (s/a) "El Envejecimiento de las Sociedades: Una Aproximación Desde La Sociología", en encuentros multidisciplinares. Universidad Autónoma de Madrid. Visto en: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Lourdes%20P%C3%A9rez%20Ortiz.pdf>
- Pizarro A, 2010 "La teoría de la transición demográfica: recursos didácticos enseñanza de las ciencias sociales", núm. 9, 2010, pp. 129-137 Universitat de Barcelona Barcelona, España. Visto en <http://www.redalyc.org/pdf/3241/324127609012.pdf.com>
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Presidencia de la Republica.
- Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017. Gobierno del estado de México.
- Plan de Desarrollo de Huehuetoca 2013. Gobierno municipal de Huehuetoca.
- Platón citado por Carbajo, 2008, "La historia de la vejez", Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha, N°. 23, 2008, págs.237-254 Disponible en:



https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=LA+HISTORIA+DE+LA+VEJEZ

- Quezada Ortega S., 2007. *Huehuetoca ciudad bicentenario*, Consultado: 14 de mayo 2016., <http://cronistahuehuetoca.es.tl/SALUD.htm>
- Quinquenal G. 2010 "Análisis de la calidad de vida en adultos mayores" visto en: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
- Rita T, Suely I, A 2011 "Comunicación entre el anciano y el equipamiento de salud de la familia", Rev. Latino – Am. Enfermegem, 21 Julio-2013, consultado en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf
- Rodríguez, A. 2007 "La pirámide de población. Precisiones para su utilización". Rev Cubana Salud Pública 2007;33, Escuela Nacional de Salud Pública Instituto Nacional de Endocrinología . Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu08407.html
- SEDESOL Secretaria de Desarrollo Social, 2012: Sistema Normativo de Equipamiento Urbano, México, Secretaria de Desarrollo Social
- SEDESOL Secretaria de Desarrollo Social, 2012: Capítulo II Salud y Asistencia Social, Sistema Normativo de Equipamiento Urbano, México, Secretaria de Desarrollo Social
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), 2015, Santa fe, Deleg. Álvaro Obregón 2000, 10 Junio 2015. Consultado en: <http://www.fundaciontelevisa.org/mejorenfamilia/colaboradores/desarrollo-integral-familia/>
- Tamayo, s/a, "México en la Era Global (1970-2000)" en Santillana, Estado de México, México.
- Tuirán, R 1999, "Desafíos del envejecimiento demográfico en México", en Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, Consejo Nacional de Población, México. Disponible en el 07 de septiembre de 2014



<http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/libreria/derechos/pendiente.pdf>.

Trujillo, Z y Becerra, M. 2007. Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica, McGraw Hill, Revista Mexicana de Neurociencia 2007.

Vollenwyder M. 2002 “La vejez es una etapa ineludible de la vida, por lo que los cambios propios de la edad afectan de una manera considerable fisiológico y psicológico del ser humano” Red de revistas científicas de américa latina, el caribe y Alemania, vol. 1 pág. 280. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?id=y1JhfZqc4uEC&pg=PA287&lpg=PA287&dq=Vollenwyder,+2002&source=bl&ots=21SFcoUxOk&sig=C6m2e12osPN3-BFzZaOVZwrRZPg&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjx-Ir__rMAhUEOVIKHVxHA44Q6AEIMDAD#v=onepage&q=Vollenwyder%2C%202002&f=false

Zavala G, 2006 “Funcionamiento social del adulto mayor”. Cien. Enferm. [Online]. 2006, vol.12, n.2 [citado 2015-04-03], pp. 53-62. Disponible en <http://problematicaadultosmayores.blogspot.mx/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html.com>

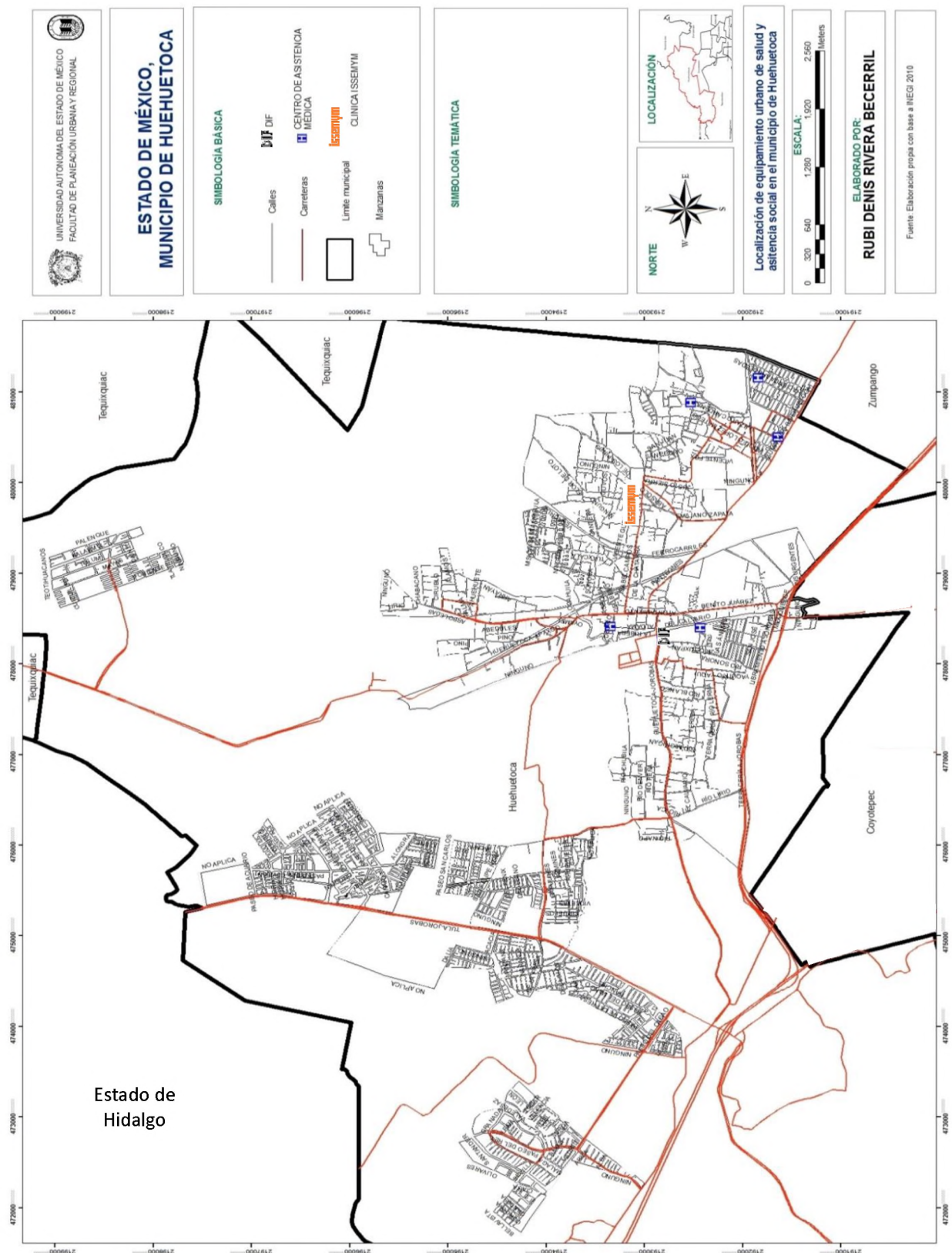
Zavaleta, M. 2012. “Problemática social de los adultos mayores”. Disponible en: <http://problematicaadultosmayores.blogspot.mx/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>



Anexo

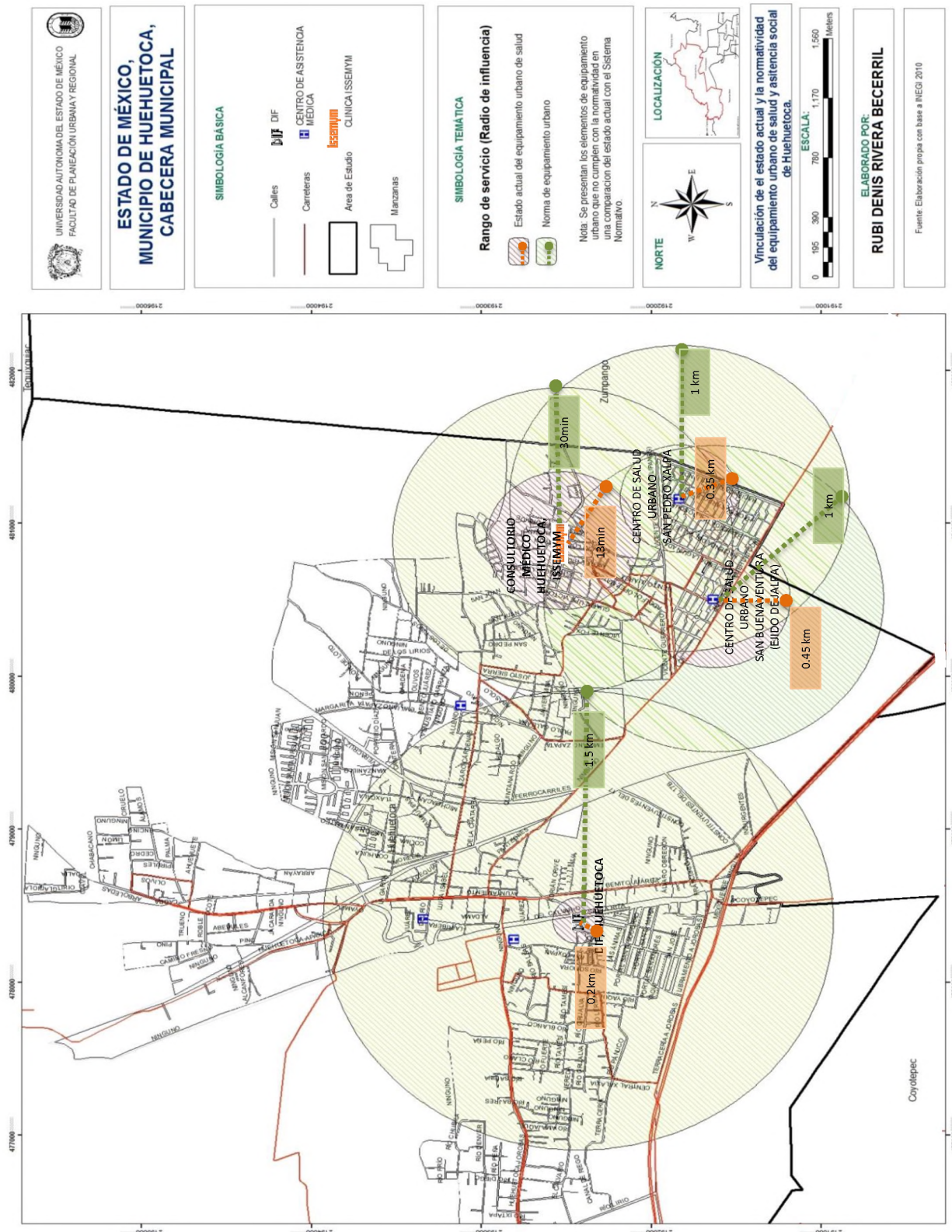


Plano número 1. Localización





Plano número 3. Radios de cobertura en el equipamiento de salud y asistencia social de Huehuetoca (déficit)





Plano número 4. Radios de cobertura en el equipamiento de salud y asistencia social de Huehuetoca (excedente)

