

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



COMPLEJO REGIONAL NORORIENTAL
CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MUNICIPIOS DE
PUEBLA: UNA REVISIÓN NARRATIVA**

Para obtener el título de
LICENCIADA EN MEDICINA GENERAL Y COMUNITARIA

Presenta

Dora Patricia Elide Roldán García.

Director experto

Dr. Pedro Vargas Rivera.

Director metodológico

D.C. Ramiro José González Duarte.

Teziutlán, Pue

mayo 2025

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



COMPLEJO REGIONAL NORORIENTAL
CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD

**PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MUNICIPIOS DE
PUEBLA: UNA REVISIÓN NARRATIVA**

Para obtener el título de

LICENCIADA EN MEDICINA GENERAL Y COMUNITARIA

Presenta

Dora Patricia Elide Roldán García.

Director experto

Dr. Pedro Vargas Rivera.

Director metodológico

D.C. Ramiro José González Duarte.

Revisoras

Dra. Imelda Palma Jiménez.

M.H. Ana Liviere Vargas Vizuet.

Teziutlán, Pue.

mayo 2025



BUAP

Oficio No. CRZN/1256/2024

**C. DORA PATRICIA ELIDE ROLDAN GARCIA
PASANTE DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA GENERAL Y COMUNITARIA
COMPLEJO REGIONAL NORORIENTAL
BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
P R E S E N T E**

En atención a la solicitud presentada a la Coordinación de Titulación y Seguimiento de Egresados con fecha 28 de febrero de 2024 para la revisión y autorización del anteproyecto titulado: **“PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MUNICIPIOS DE PUEBLA: UNA REVISIÓN NARRATIVA”** para que desarrolle y sustente el examen profesional correspondiente, comunico a usted lo siguiente:

1.-Se acepta en lo general el anteproyecto, con la salvedad de que se cumpla con las observaciones convenientes el Comité Académico del Programa Educativo notificó en el dictamen de aprobación, así como los señalados por los directores de Tesis, para lo cual se han designado:

DIRECTOR EXPERTO: Dr. Pedro Vargas Rivera

DIRECTOR METODOLÓGICO: D. C. Ramiro José González Duarte

2.-El tiempo para concluir el trabajo y presentar su examen profesional es de **un año** considerado a partir de la fecha de emisión del presente documento.

3.- Una vez concluida la Tesis y que esta sea liberada de su(s) director(es), se turnará a dos revisores quienes en un plazo no mayor a diez días hábiles rendirán su dictamen. En caso de ser liberada, se le informará la fecha, día, lugar y hora de la presentación oral de su trabajo.

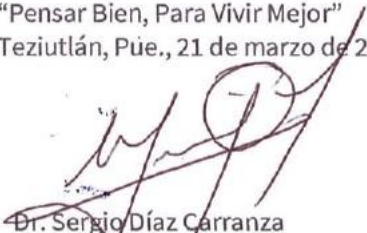
4.-Se asignan como revisores de la Tesis a los siguientes catedráticos:

Revisora de Tesis: Dra. Imelda Palma Jiménez

Revisor de Tesis: M. H. Ana Liviere Vargas Vízuet

Atentamente

“Pensar Bien, Para Vivir Mejor”
Teziutlán, Pue., 21 de marzo de 2024


Dr. Sergio Díaz Carranza
Director del Complejo Regional Nororiental
c.c.p.- Archivo
DR. SDC/rcd



Complejo Regional
Nororiental

Arias y Boulevard sin número
Col. El Carmen, Teziutlán, Puebla.
222 229 55 00 Ext. 5538, 3700, 3701, 3702



BUAP

Oficio No. CRZN/1365/2025

C. Dora Patricia Elide Roldán García
Egresado del Programa Educativo de Medicina General y Comunitaria
Complejo Regional Nororiental
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
PRESENTE

Con base en el dictamen emitido por Dr. Pedro Vargas Rivera (director experto) y el D. C. Ramiro José González Duarte (director metodológico), así como de los revisores la M. H. Ana Liviere Vargas Vizuet y la Dra. Imelda Palma Jiménez, en calidad de Consejo Particular se autoriza la impresión del trabajo titulado:

“PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MUNICIPIOS DE PUEBLA: UNA REVISIÓN NARRATIVA”

Correspondiente al Programa Educativo de Medicina General y Comunitaria.

Sin otro particular, quedo de Usted como su seguro servidor.

Atentamente

“Pensar bien, para vivir mejor”

Teziutlán, Puebla., a 30 de abril de 2025.


Dr. Sergio Díaz Carranza

Director

Complejo Regional Nororiental



Complejo Regional
Nororiental

Arias y Boulevard sin número
Col. El Carmen, Teziutlán, Puebla.
222 229 55 00 Ext. 5538, 3700, 3701, 3702

c.c.p. Archivo
Dr.SDC/rcl- idgh



BUAP

Oficio No. CRZN/1364/2025

Mtro. Ricardo Valderrama Valdez
Director de Administración Escolar
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
PRESENTE

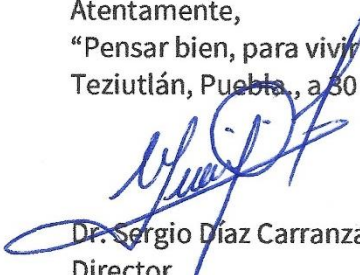
Por este conducto, me permito comunicar a Usted que la **C. ROLDAN GARCIA DORA PATRICIA ELIDE** con matrícula **201600850** pasante del Programa Educativo de Medicina General y Comunitaria, ha cumplido con los requisitos establecidos en este Complejo Regional Nororiental con relación a la elaboración de su trabajo recepcional titulado **“PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MUNICIPIOS DE PUEBLA: UNA REVISIÓN NARRATIVA”**, por lo que la modalidad de Titulación será por defensa Tesis.

Así mismo, comunico a Usted que el examen profesional que sustentará la mencionada pasante será el día **21 de mayo de 2025 las 10:00 h**, en la modalidad presencial y el Jurado Calificador estará Constituido de la siguiente manera:

PRESIDENTE: M. H. Ana Liviere Vargas Vizuet
SECRETARIO: Dr. Pedro Vargas Rivera
VOCAL: Mtra. Imelda Palma Jiménez

Sin otro particular y esperando contar con su apoyo, quedo de Usted.

Atentamente,
“Pensar bien, para vivir mejor”
Teziutlán, Puebla, a 30 de abril de 2025.


Dr. Sergio Díaz Carranza
Director
Complejo Regional Nororiental



Complejo Regional
Nororiental

Arias y Boulevard sin número
Col. El Carmen, Teziutlán, Puebla.
222 229 55 00 Ext. 5538, 3700, 3701, 3702

c.c.p. Archivo
Dr.SDC/rci- idgh

AGRADECIMIENTOS.

Desde pequeña me enseñaron a dar gracias, por las cosas buenas y malas. Por ello en esta tesis quiero agradecer:

Primeramente, a Dios por ser un consuelo en momentos donde quería rendirme, por sentirme protegida y confiada de hacer cosas nuevas y por la familia que tengo.

A mamá Lupita, por estar siempre presente en todos los momentos, teniendo las palabras y acciones correctas. Inculcándonos siempre el tener una profesión.

A mi Tia Nena, por todo lo que nos da, nunca dejarnos solos, siempre ayudarnos, sin esperar nada a cambio. Por creer en mí e incentivarme a ser persistente y valiente.

A mis papas, Paty y Nachito, por darme la vida, ser guías, apoyarme y entenderme siempre, dando lo mejor de ellos, para que nada me falte.

A todos mis maestros, que formaron parte de mi trayectoria académica universitaria. Por compartir sus conocimientos y el amor por tan linda profesión.

A mis asesores, el Dr. Ramiro José González Duarte y al Dr. Pedro Vargas Rivera, por confiar en mí, su paciencia, experiencia y dedicación para emprender esta aventura y obtener mi título profesional.

DEDICATORIA

Dedico el resultado de este trabajo, a Dios y a toda mi familia. Principalmente a mi mamá, Paty García Romero, quien ha sido un pilar importante. A pesar de enfrentar dificultades, tiene la solución para que no me falte nada, los sacrificios que hace, para que no sufra. Me ha enseñado a ser la persona que soy, mis principios, valores, educación, dedicación, perseverancia y tenacidad son gracias a ella, así como su apoyo incondicional, tiempo, comprensión, empatía y amor, me ayudan a enfrentar los obstáculos, para no desistir.

Por ti y para ti, un escalón más.

Te amo, gracias por todo.

INDICE

2. Resumen.....	11
3. Introducción.....	12
4. Antecedentes.....	13
4.1. Antecedentes Generales.....	13
4.2. Antecedentes Específicos.....	20
5. Objetivos.....	31
5.1. Objetivo General.....	31
5.2. Objetivos Particulares.....	31
6. Material y métodos.....	31
6.1 Diseño del estudio.....	31
6.2. Ubicación Espacio-Temporal.....	32
6.3 Población de estudio.....	32
6.4. Diseño y Tipo de muestreo.....	32
6.5 Tamaño de la muestra.....	32
6.6 Criterios de inclusión.....	33
6.7 Criterios de exclusión.....	33
6.8 Criterios de eliminación.....	33
6.9 Definición de las variables y escalas de medición.....	33
6.10 Método de recolección de datos.....	33
6.11 Etapas.....	34
6.12 Análisis de datos.....	34
6.13 Diseño estadístico.....	34
6.14 Hipótesis estadística.....	34
6.15 Pruebas estadísticas.....	34
7. Logística.....	34
7.1. Recursos humanos.....	34
7.2. Recursos materiales.....	34
7.3. Recursos financieros.....	34
8. Resultados.....	35
8.1 Análisis comparativo de algunos indicadores del Panorama Sociodemográfico de Puebla reportados por el INEGI.....	35
8.2 Análisis bibliográfico de publicaciones recientes sobre la problemática de Promoción a la Salud en municipios del Estado de Puebla.....	69

9. Discusión.....	70
10. Conclusiones.....	77
11. Referencias	78
12. Anexos.....	81

2. Resumen

Este trabajo de tesis aborda la promoción de la salud como una estrategia crucial para lograr el bienestar y el desarrollo de sociedades equitativas. A partir de un estudio publicado sobre el análisis de indicadores de salud en las 32 entidades federativas de México, se identificaron disparidades significativas en la protección y fomento a la salud, destacando la posición rezagada del Estado de Puebla en comparación con otras regiones del país. Lo anterior resultó de nuestro interés y con un enfoque particular en los municipios de Atlixco y Teziutlán, nuestra investigación combinó una revisión bibliográfica científica con el análisis de datos sociodemográficos recientes del INEGI. Dentro de los resultados relevantes, se encontró que, aunque la fecundidad ha disminuido en ambos municipios, la mortalidad infantil en Teziutlán ha aumentado, lo que señala la necesidad urgente de intervención. Además, la cobertura de servicios básicos como el acceso al agua entubada sigue siendo insuficiente, afectando la calidad de vida y salud de la población. Se concluye que es imperativo desarrollar políticas y estrategias para mejorar la infraestructura y reducir la pobreza, asegurando el acceso a los recursos esenciales. Asimismo, se destaca la importancia de aumentar la escolaridad y el acceso a tecnologías de la información como un medio para impulsar la promoción de la salud en estos municipios. Finalmente, se enfatiza que análisis como el realizado en este estudio son herramientas valiosas para identificar áreas de oportunidad y orientar la toma de decisiones en salud pública, utilizando datos disponibles para planificar intervenciones específicas que promuevan la equidad y el bienestar en comunidades vulnerables.

3. Introducción.

La salud es un recurso de vida, no un objetivo, en la Carta de Ottawa (1986) destacan: paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, ecosistema saludable y sostenible; si bien la salud abarca múltiples factores, los cuales son preservados por la promoción a la salud ya que interviene en la exposición a riesgos, previniendo o creando resiliencia y la atención primaria a la salud, la cual incluye a toda la sociedad teniendo como objetivo garantizar salud y bienestar que va desde la promoción a la salud hasta la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para lograr la salud universal, objetivo para el año 2030.

La promoción de la salud es básicamente una estrategia para mejorar el bienestar y fomentar el desarrollo de sociedades más equitativas y sustentables. Su papel es clave en la prevención de enfermedades, aunque su efectividad depende de que las personas cuenten con las condiciones necesarias para llevarla a cabo.

En México, la promoción de la salud se ha centrado predominantemente en aspectos biológicos, con un enfoque individualizado, orientado a la enfermedad, la curación y la prevención de riesgos. Aunque algunos profesionales de la salud reconocen la importancia de los determinantes sociales, en la práctica siguen priorizando la eliminación de factores de riesgo. Asimismo, los esfuerzos se enfocan principalmente en los resultados e indicadores de la enfermedad, dejando de lado los procesos, las condiciones de vida, las fortalezas y los recursos tanto individuales como colectivos (Rivera Dommarco et al., 2021).

Por lo anterior, resulta importante analizar estudios e indicadores reportados sobre la promoción de la salud y la atención primaria de la salud en Puebla, particularmente, nos interesa enfocarnos en dos municipios, a saber: Atlixco y Teziutlán. El primero es porque la estudiante que obtendrá el grado de MGC es originaria de ese municipio y representó un tema de su interés académico, por otro lado, el municipio de Teziutlán fue elegido porque es donde se ubica el CUS-BUAP, y resultó interesante hacer un análisis comparativo de datos sociodemográficos entre ellos.

4. Antecedentes.

4.1. Antecedentes Generales.

Durante el pasado siglo XX transcurrieron cambios que repercutieron en el estilo de vida de las personas, las cuales fueron conductas de riesgo que afectaron significativamente entre otros aspectos, la esperanza y la calidad de vida a través de sucesos de violencia, abuso de sustancias adictivas, proliferación de enfermedades crónicas no transmisibles, patrones de consumo de alimentos, etc., ante todo esto y al fracaso del modelo biomédico, fue primordial dar paso a un nuevo paradigma denominado promoción de salud, teniendo una postura holística balanceada entre necesidades básicas y la sociedad para una mejor calidad de vida. Un hito clave para el avance de la promoción de la salud, fue publicado por el abogado, político y ministro de salud y bienestar del gabinete Canadiense, Marc Lalonde en 1974, difundiendo “Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses”, mejor conocido como el “informe Lalonde”, el cual modifica la perspectiva en la que el mundo piensa sobre la salud, centrándose en desarrollar un plan para un sistema médico nacional orientado en la prevención, impulsando iniciativas nacionales e internacionales no solo de los canadienses sino también de salud mundial, está dividido en cuatro esferas: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la salud, trazó dos objetivos: reducir los peligros a la salud física y a la salud mental en la población canadiense cuyos ingresos fuesen altos y mejorar el acceso a buenos servicios de salud física y mental para aquellos cuyo acceso actual no fuese satisfactorio y planteó cinco estrategias: promoción de la salud; regulación; investigación; eficiencia en la atención a la salud y establecimiento de metas; de estas estrategias se desprendieron setenta y cuatro propuestas. En el año 2022 se repitió dicho estudio, obteniendo como resultando una mayor inversión en los servicios de atención que en la salud pública y su promoción. El 21 de noviembre de 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó la primera conferencia sobre promoción a la salud (PS): la Carta de Ottawa, con el objetivo de plantear una “*Salud para todos en el año 2000*”, basándose en la Declaración de Alma Ata de 1978, donde se definió como la acción de proporcionar herramientas necesarias para alcanzar un estado adecuado de salud en todas sus esferas, identificando necesidades y

adaptación al medio ambiente de cada individuo. Se plantearon cinco líneas de acción fundamentales para llevarla a cabo: construir políticas saludables; creación de ambientes saludables; fortalecer la participación comunitaria; desarrollar aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. Tanto la Declaración de la Alma Ata como la Carta de Ottawa realizaron conferencias internacionales en años posteriores para determinar los planes de acción, compartir experiencias, evaluar políticas públicas en salud y reconfigurar el concepto de acuerdo con el tiempo, las necesidades sociales, económicas, políticas y de salud de cada país. En 1988 en Adelaida, Australia, se llevó a cabo la segunda reunión, donde se estableció el valor de la salud, un derecho humano, la intervención social, acceso a recursos esenciales, todo esto basado en la justicia social, declarando así la necesidad de políticas públicas saludables exhortando el compromiso político en diversos niveles: internacional, nacional, regional y local, aumentando las inversiones en salud, para tener entornos sociales y físicos potenciadores de salud, identificando cuatro áreas prioritarias de acción: apoyo a la salud de la mujer, mejora de la seguridad alimentaria, inocuidad alimentaria y nutrición, reducción del uso de tabaco y alcohol y la creación de entornos propicios para la salud. En 1991 en Sundsvall, Suecia, se realizó la tercera reunión en la cual se puntualizó que existen factores favorables, como son los aspectos físicos y sociales del entorno donde viven las personas (comunidad, hogar, trabajo, lugar de diversión), destacando cuatro dimensiones: sociales, políticas, económicas y conocimientos de las mujeres (estrategias de equidad), reconociendo la interdependencia de todos los seres humanos. En 1997 en Indonesia, se llevó a cabo la cuarta reunión que tuvo como resultado la declaración de Yakarta, en donde se compartieron experiencias del éxito de países que aplicaron las cinco estrategias, derivadas de la carta de Ottawa, se establecieron prioridades para la PS en el nuevo siglo: promover la responsabilidad social por la salud, aumentar intervenciones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades así como el empoderamiento individual y consolidar infraestructura necesaria para la PS. En el año 2000, en la Ciudad de México, se llevó a cabo la quinta reunión “Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad” (desarrollada en el apartado de antecedentes específicos), de igual forma en este año los 189 estados miembros de la Organización

de las Naciones Unidas aprobaron la Declaración del Milenio, celebrada en la ciudad de Nueva York, se establecieron ocho objetivos del desarrollo del milenio (ODM) para alcanzar en 2015:

1. Erradicación de la pobreza y el hambre.
2. Acceso universal a la educación primaria.
3. Promover la igualdad de géneros.
4. Reducción de la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades.
7. Asegurar la sostenibilidad medioambiental.
8. Desarrollar asociaciones globales.

En 2005 en Bangkok, Tailandia, se llevó a cabo la sexta reunión, abordando la globalización, ya que brinda nuevas colaboraciones en mejora de la salud para disminuir riesgos transnacionales que la amenazan: avances tecnológicos tanto de la información como de la comunicación, se puntualizó la importancia del sector gubernamental, sociedad civil y privado, los cuales tienen sus propias funciones y responsabilidades, dentro de la promoción de la salud, también se establecieron cuatro compromisos clave para lograr la promoción de la salud: agenda de desarrollo mundial (los organismos gubernamentales e internacionales deben intervenir para cerrar la brecha entre ricos y pobres, promoviendo el diálogo, cooperación entre naciones, sociedad y sector privado), responsabilidad esencial de todo el gobierno (los gobiernos locales, regionales y nacionales deben: conceder prioridad a las inversiones en salud dentro y fuera del sector sanitario y ofrecer financiación sostenible para la promoción de la salud), comunidades así como la sociedad civil (son fundamentales para el desarrollo de la PS, teniendo comunidades bien organizadas y empoderadas, determinará su nivel de salud, lo que demostrará su responsabilidad social) y por último buenas prácticas empresariales (las empresas tienen un impacto directo en la salud en situación local, cultura nacional, ambiente y distribución de la riqueza, así como el sector privado tiene responsabilidad de velar por la salud, seguridad en el trabajo, promocionar la salud, bienestar de sus empleados, familias y comunidades). En el 2009 se llevó a cabo la séptima reunión en Nairobi, Kenia, donde se abordaron cinco temas:

1. Capacitación en promoción a la salud (fortalecer el liderazgo, lograr financiamiento adecuado, mejorar el abordaje a través de todo el sistema).
2. Fortalecimiento de los sistemas de salud (fortalecer el liderazgo, implementar nueva política, asegurar el acceso universal, construir y aplicar una base de evidencias).
3. Alianzas y acción intersectorial (fortalecer el liderazgo, implementar una nueva política: conducir conferencias regionales de promoción de la salud cada 2 años, mejorar la implementación y aplicar la base de evidencias).
4. Empoderamiento comunitario (facilitar la propiedad comunitaria, desarrollar recursos sustentables y aplicar la base de evidencias).
5. Alfabetización y comportamiento en salud (apoyar el empoderamiento, uso de tecnologías de la información y comunicación y aplicar la base de evidencias).

En 2013 en Helsinki, Finlandia, se llevó a cabo la octava reunión, donde se compartieron ideas, acciones y evidencias basadas en Alma Ata, Carta de Ottawa, acciones intersectoriales y políticas públicas saludables, siendo estas, elementos centrales para la promoción de la salud, se adoptó la declaración de salud en todas las políticas “SeTP”, la cual está relacionada con la declaración política de Rio sobre determinantes sociales en salud, adoptada en Río de Janeiro 2011, para reducir las desigualdades en salud, la cual consta de cinco áreas clave de acción: adoptar una mejor gobernanza para promover la salud, promover la participación en la formulación e implementación de políticas, reorientar el sector salud para reducir las inequidades en salud, fortalecer la gobernanza y colaboración mundial y monitorizar el progreso y mejorar la rendición de cuentas, así como el plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2014-2019. La OPS en colaboración con el gobierno de Brasil celebró la consulta regional en febrero 2013 donde participaron treinta países para adoptar una postura de las Américas sobre la SeTP, las acciones de esta fueron: promover la acción intersectorial, participación política, evidencia mediante monitoreo y evaluación, aprendizaje de experiencias previas, aptitudes de diplomacia, negociación en salud, equidad en salud y objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

En el 2014 se llevó a cabo la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el 53° Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C, EUA, donde se establecieron cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia para eliminar el pago directo que se convierte en barrera para el acceso a servicios en la prestación de estos y por último fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de cobertura universal. La OMS en septiembre de 2015, en la Resolución de las Naciones Unidas “Transformar nuestro mundo: adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, para una nueva era de desarrollo mundial de 2016 a 2030, dicha Agenda contiene diecisiete ODS:

1. Fin a la pobreza.
2. Hambre cero.
3. Salud y bienestar.
4. Educación de calidad.
5. Igualdad de género.
6. Agua limpia y saneamiento.
7. Energía asequible y no contaminante.
8. Trabajo decente y crecimiento económico.
9. Industria, innovación e infraestructura.
10. Reducción de las desigualdades.
11. Ciudades y comunidades sostenibles.
12. Producción y consumo responsables.
13. Acción por el clima.
14. Vida submarina.
15. Vida de ecosistemas terrestres.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas.
17. Alianzas para lograr los objetivos.

Son una llamada urgente de acción a todos los países desarrollados o en vías de desarrollo, a conformar una asociación mundial. Reconocen que finalizar con la

pobreza y otras privatizaciones, deben ir en conjunto con estrategias para mejorar la salud, educación, reducir desigualdades, promover el crecimiento económico, luchar contra el cambio climático, promover la protección de océanos y bosques, haciendo un plan de acción universal, en respuesta la OPS enfatizó en apoyar programas prioritarios en salud. Sin embargo, es necesario ir más allá y garantizar que todos los países y grupos poblaciones de cada país alcancen los ODS relacionados con la salud. En 2016 se llevó a cabo la novena conferencia en Shanghái, China, sobre la PS de la agenda 2030, para el desarrollo sostenible, reconociendo a la salud como un derecho universal, promoviéndola en cada uno de los diecisiete objetivos, poniendo énfasis en la acción política, la buena gobernanza, entornos saludables y educación para la salud. En 2018 se realizó la Declaración de Astana en Astaná, Kazajstán, en donde se priorizó la prevención de enfermedades y la PS, buscando atender las necesidades en salud de todas las personas a lo largo de toda su vida mediante servicios de: prevención, curación, rehabilitación y atención paliativa, esta declaración incluye compromisos en cuatro dimensiones: decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores, establecimiento de una APS sostenible, empoderamiento de las personas y las comunidades y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas estrategias y planes nacionales. Los ministros y secretarios de salud de los países de la región de las Américas aprobaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2018-2030), ya que es un “instrumento estratégico de política que proveerá direccionalidad y visión política para el desarrollo de la salud en la Región durante los próximos trece años...” (OPS, OMS, 2017, p.3), se estipularon once objetivos: acceso equitativo a servicios de salud; rectoría y gobernanza para la salud; recursos humanos para la salud; financiamiento de la salud; medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias; sistemas de información para la salud; evidencia y conocimiento en materia de la salud; brotes, emergencias y desastres; enfermedades no transmisibles y salud mental; enfermedades transmisibles y por último desigualdades e inequidades en salud, estos ayudarán a alcanzar el grado máximo posible de salud con equidad y bienestar. Más adelante la OPS propuso la estrategia regional y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos del desarrollo sostenible 2019-2030. La cual, como su nombre lo dice, es una estrategia que, mediante acciones sociales, políticas y técnicas

se atiendan las determinantes sociales de la salud para mejorarla, aumentando la equidad y por ende reducir las desigualdades en el contexto de la agenda 2030, se centra en el gobierno con todos sus niveles, en particular el local para así empoderar a las personas y sus comunidades en sus entornos y territorios. Se plantearon cuatro líneas estratégicas de acción: fortalecer los entornos saludables clave; facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad y el compromiso de la sociedad civil; fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar y abordar los determinantes sociales de la salud, por último, fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud. En 2021 se lleva a cabo la décima conferencia mundial celebrada en Ginebra, Suiza, donde surge la “*carta de Ginebra para el bienestar*”, para crear “sociedades del bienestar”, que sean sostenibles, comprometiéndose a alcanzar la equidad en salud ahora y para generaciones futuras, sin traspasar los límites ecológicos. Estas sociedades necesitan acciones coordinadas en los cinco ámbitos siguientes: valorar, respetar y nutrir el planeta tierra y sus ecosistemas; diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites ecológicos, locales y planetarios; elaborar políticas de salud propicias para el bien común; lograr la cobertura universal de salud y abordar los efectos de la transformación digital. Todo esto, debe ser apoyado por trabajadores de salud, PS, infraestructura de salud pública y la investigación. En 2022 en Washington, D.C., se celebró la 30° Conferencia Sanitaria Panamericana, siendo el tema central: “política para recuperar el progreso hacia el logro de los ODS con equidad con medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial”, dado que en la región de las Américas no se está cumpliendo la meta de alcanzar estos ODS, debido a que en los primeros 5 años de la Agenda 2030 se presentó la pandemia COVID-19, por ello es importante renovar el compromiso de alcanzar los objetivos, evitando retroceso del logro del ODS tres (salud y bienestar), las metas para alcanzarlos se estipularon a nivel mundial. Cada país tiene que establecer sus propios objetivos, metas e indicadores lo que también está ocasionando obstáculo. Se propusieron cinco líneas de acción estratégicas: promover la acción intersectorial para abordar los objetivos indivisibles de la Agenda 2030, integrando la equidad como valor transversal; reorientar las políticas, los planes y los programas de salud para superar las barreras en el acceso

a la salud y lograr la equidad en la salud y el bienestar; fortalecer y facilitar la participación de la comunidad y el involucramiento de la sociedad civil a través de un abordaje intercultural para lograr la equidad y alcanzar el ODS tres; Fortalecer la gobernanza local para alcanzar el ODS tres con equidad y fortalecer el monitoreo y la evaluación de los avances hacia el logro equitativo del ODS tres (Rojas-Botero et al., 2024).

La salud es un recurso de vida, no un objetivo. Su concepto ha ido cambiando a lo largo del tiempo, considerada como un “estado completo de bienestar físico, mental, social, no solamente ausencia de enfermedades o afecciones” (OMS, 1946). “Todas las personas deben tener un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (OMS, 2020), lo anterior abarca tanto aspectos subjetivos: bienestar físico, mental y social; como objetivos: capacidad de funcionamiento y sociales: adaptación y trabajo socialmente productivo.

La PS la cataloga como: un concepto positivo (salutogénico), centrándose en factores que la contribuyen, buscando que cada persona alcance su máxima potencia de salud tomando en cuenta recursos y determinantes sociales de la salud, logrando la equidad, con un enfoque poblacional.

4.2. Antecedentes Específicos

La Salud Pública en México estuvo bajo control de autoridades locales hasta el año 1917. La junta directiva de salud de la Ciudad de México consideraba los principios revolucionarios de la constitución de aquel año para dictar las medidas de salud pública en la nación (Santos et al., 2009).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fundado en 1943, fue el primer sistema de salud organizado que atendió a la población empleada y sus familias. En octubre de 1943 se estableció la Secretaría de Salud, que brindaba servicios médicos a las personas que sin acceso al IMSS, mediante una cuota mínima. En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Posteriormente se unieron las fuerzas armadas y la industria petrolera dando servicio a sus empleados.

A pesar de contar con instituciones que brindaban atención médica a la población, aumentó el número de defunciones, ineficiencia y desigualdad de servicios, interpretándose que las instituciones eran las responsables de la salud de las personas y no ellas mismas. Todo esto además de nuevas enfermedades infecciosas, no infecciosas, enfermedades mentales, violencia, falta de acceso a cuidados médicos, etc. Por lo anterior se planteó la Reforma en el Sistema de Salud para poder enfrentar dichas problemáticas (Santos et al., 2009).

Durante el pasado siglo XX, las personas enfrentaron cambios que repercutieron en los estilos de vida, conductas que afectaron la esperanza y calidad de vida. Resultando en el fracaso del modelo biomédico, que originó un proceso holístico, equilibrado entre las necesidades básicas y la sociedad para mejorar la calidad de vida, denominada PS. Al invertir en recursos de prevención y no solo de curación, los costos serán menores y la cobertura universal será sostenible. Todo esto surge de los fundamentos políticos saludables promovidos en la Declaración de Alma Atta de 1978 y ratificados posteriormente en la Carta de Ottawa en 1986.

La salud en México está inscrita en el marco legal, lo que favorece las políticas de salud pública, viéndose reflejado en la constitución de 1917 en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud el artículo 2°, 3°, 110° y 111°.

En el año 2000 en la Ciudad de México se llevó a cabo la quinta conferencia de PS, denominada Promoción de la salud: hacia una mayor equidad, su “meta fue evaluar las estrategias y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancia de vulnerabilidad” (OMS, 2000), los objetivos de la conferencia fueron:

- Ilustrar el impacto de la PS en la salud y calidad de vida específicamente en personas que viven en situación de vulnerabilidad.
- Lograr que la salud sea prioritaria en programas de desarrollo de organismos internacionales, nacionales y locales.
- Formar alianzas en pro de la salud entre diferentes sectores y en todos los niveles sociales.

De igual forma se expusieron temas de importancia:

1. Resumen de programas estratégicos de la subsecretaria de prevención y control de enfermedades: “Programa sobre la atención del anciano”: atención en diabetes mellitus e hipertensión arterial; “Programa para promover la actividad física”; “El mensajero para la salud ”: estrategia de comunicación, el cual brinda información por radio para promover el uso adecuado de los servicios de salud y autocuidado; Campaña de “Corazón a Corazón”: prevención de enfermedades no transmisibles; “Municipios que propician la salud”: políticas públicas que permiten crear entornos saludables y propicios, esto ha logrado incluir a la salud en el programa local y nacional; “La salud empieza en casa”: orienta a trabajadores comunitarios de salud locales, como agentes de PS con el propósito de establecer casas que favorecen la salud.
2. Estrategia de PS del programa de inmunizaciones el cual abarca niños, jóvenes, embarazadas y ancianos.
3. Enfoques de PS en la salud del anciano a cargo del IMSS centrándose en enfermedades primarias, secundarias, prevención de riesgos, haciendo hincapié al autocuidado y actividad física.
4. Paquetes básicos de atención en salud.
5. Componentes de educación sanitaria del libro de texto distribuido gratuitamente por la secretaria Educación Pública (SEP), contenido centrado en el desarrollo de aptitudes para la vida: valores, actitudes y prácticas para una vida saludable y gratificante, autoestima, amor propio, respeto por los demás, equidad de ambos sexos, expresar y controlar sus sentimientos, establecer relaciones de afecto, aprender de los cambios propios de su cuerpo y como proteger el ambiente. Así como la iniciativa de “Escuelas promotoras de salud”, propiciando aptitudes para la vida social y culturalmente pertinentes, actividades escolares sobre salud centradas en el desarrollo de jóvenes y adolescentes.

A nivel país se abordaba la PS en un aspecto: biológico, individual, de prevención, enfermedad y curación, pero rara vez se tiene participación comunitaria, por lo que se ve disminuido el poder de autonomía para toma de decisiones personales y comunitarias en salud, enfocarse individualmente ha llevado a

resultados no deseados, por lo que las estrategias deben tomarse con perspectiva social de índole comunitaria, así como también tomar en cuenta los estilos de vida, comportamientos sociales, medio ambiente y educación (determinantes sociales de la salud). La PS en México ha estructurado por parte de la Secretaria de Salud, cuatro programas de acción:

1. Promoción de la salud: una nueva cultura
2. Escuela y salud.
3. Vete sano y regresa sano.
4. Entorno y comunidades saludables.

Actualmente se trabaja en cumplir los compromisos globales para lograr equidad y reducir la pobreza, lo cual fue establecido en las metas acordadas en la Reunión Cumbre del Milenio desarrollada por la ONU en el 2000 en la Ciudad de Nueva York, considerando que existen prácticas y técnicas de campo de PS: campañas de vacunación, planificación familiar, campaña contra enfermedades infectocontagiosas, empleo y uso de medicamentos, apoyándose de métodos masivos de comunicación para mostrar su importancia como lo son: medios preventivos, actividades de promoción organizados, con el fin de apoyar y procurar la calidad de vida.

México cuenta con voluntad tanto política y colaboración, en el fomento y educación sanitaria, para proporcionar servicios de PS el 28 de junio del 2005, la dirección General de PS diseño el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), proponiendo: aprovechar el contacto que tiene la población con los servicios médicos para educarla sobre sus factores de riesgo en salud y prevenir o retrasar las enfermedades crónicas, implementar este modelo, abarca desde el nivel local, priorizando servicios médicos, escuelas, lugares de trabajo, campos donde trabajan los inmigrantes, así como otros sitios donde la PS es importante ya que recordemos que adopta una visión holística e intersectorial, donde el sector salud no siempre es el líder. El MOPS integra siete componentes:

1. Manejo de los determinantes de salud personales: para apoyar eso, México utiliza el Sistema Nacional de Cartillas de Salud.

2. Desarrollo de capacidad y competencias en salud: promueve la educación en la población dando consejería individual en salud y talleres comunitarios.
3. Participación Social para acción comunitaria: fomenta la participación informada y organizada de la población (redes sociales), lo que conlleva al empoderamiento de las comunidades.
4. Desarrollo de entornos saludables: creación de espacios físicos y sociales donde las personas se desarrollan para mantener y mejorar su calidad de vida, sin dañar al medio ambiente.
5. Abogacía: promover la cooperación de otros sectores, involucra a todas las esferas del gobierno, tanto a instituciones públicas como privadas, negocios y organizaciones no gubernamentales.
6. Mercadotecnia social en salud: se necesita análisis, planeación, ejecución y evaluación de programas diseñados para la mejora personal y social.
7. Evidencias de PS: esto proporciona conocimientos para la toma de decisiones, recabar información en niveles locales, estatales o nacionales.

La implementación del MOPS involucra estructura gubernamental, económica y cultural de cada estado, los talleres que lo utilizan son con un lenguaje claro de PS, para poder ser implementado, se analiza la condición de cada estado y se diseña un plan a nivel local y estatal el cual debe ser aprobado por el secretario de Salud del Estado Local, para poder ser ejecutado.

México se ha involucrado en la promoción de la salud (PS) mediante acciones que se han adaptado al país, a los diferentes estados, municipios y localidades, actuando estratégicamente para llegar a la mayor parte de la población y tratando de enfocarse en aquella en pobreza extrema y con falta de servicios básicos.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución de salud que ha tenido un papel históricamente importante (resumiendo algunos eventos relevantes en la tabla 1). En 1973 se modificó la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS, para extender su acción hacia núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. Derivado de esta reforma, en 1974, se instrumentó el Programa Nacional de Solidaridad Social (PRONASOL)

en el que, como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizaban aportaciones en efectivo o trabajos personales en favor de sus propias comunidades. Las áreas que recibieron principal atención fueron: alimentación, regulación en la tenencia de la tierra y vivienda, procuración de justicia, apertura y mejoramiento de espacios educativos, implementación de becas, salud, electrificación de comunidades, agua potable, infraestructura agropecuaria y preservación de recursos naturales, a través de proyectos tanto en el campo como en la ciudad.

En 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) cuyo objetivo fue articular acciones que permitieran que las zonas rurales marginadas contaran con elementos materiales y de organización suficiente para lograr una participación más equitativa de la riqueza nacional.

En 1979 la presidencia de la república firmó un convenio con el IMSS para el establecimiento de servicios de solidaridad social que dieron origen al programa sectorial IMSS-COPLAMAR, a partir de esta fecha se registra una extensión de infraestructura al construir 30 hospitales de segundo nivel y 2,715 unidades médicas de primer nivel. Hacia el año de 1981 ya había una red de servicios de 60 hospitales y 3,025 unidades médicas rurales, con las que se brindaba atención médica a comunidades indígenas y campesinas. En 1983 se decretó la desaparición de COPLAMAR y se asignó la administración al IMSS mediante el programa IMSS-COPLAMAR, con el objetivo de tener un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que involucraba la atención médica y la participación comunitaria, el cual también se adecuaba a la cultura local, las necesidades específicas y a los recursos disponibles, incentivando a la participación comunitaria, (esquema 1).



Esquema 1. Modelo de Atención Integral a la Salud, (MAIS). *Fuente:* Informe al ejecutivo federal y al congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2018-2019.

En 1984 el IMSS-COPLAMAR descentraliza 23 hospitales y 911 unidades médicas rurales en 14 estados de la República Mexicana.

En 1989 el IMSS-COPLAMAR cambia a IMSS-SOLIDARIDAD, ampliando servicios de salud a localidades marginadas, tanto rurales como urbanas, dando un crecimiento de infraestructura con 1,111 unidades nuevas de primer nivel y 10 hospitales rurales lo que permitió atender a 10.3 millones de personas.

En el año 2002 se presenta un cambio del IMSS-SOLIDARIDAD al IMSS-OPORTUNIDADES, incorporando a los estados de México y Guerrero en su ámbito rural. La infraestructura creció con ocho nuevos hospitales en diferentes estados del país.

Para el año 2014 se establece el IMSS-PROSPERA, manteniendo el objetivo institucional en el país y en 2018 el programa se convierte en IMSS-BIENESTAR, acorde con las políticas de salud y desarrollo social en el ámbito nacional, ofreciendo cobertura a 13.1 millones de personas que carecían de seguridad social en 28 entidades (31 delegaciones del IMSS). Se mantuvo un modelo de atención integral a la salud (MAIS), sustentado en atención primaria y con las características presentadas en el esquema 1.

Actualmente el programa IMSS-BIENESTAR plantea extenderse a todos los estados de la república, con sus respectivos municipios y comunidades, especialmente en áreas marginadas, trabajando en la prevención, promoción y educación para la salud, brindando atención integral en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

NOMBRE DEL PROGRAMA	AÑO DE IMPLEMENTACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA
IMSS-COPLAMAR	1983	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Atención Integral a la Salud. • Infraestructura adaptada a necesidades locales y recursos disponibles.
IMSS-COPLAMAR (Descentralización)	1984	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización de 23 hospitales y 911 unidades médicas rurales a 14 estados de la República.
IMSS-SOLIDARIDAD	1989	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de servicios a localidades marginadas. • Crecimiento de infraestructura con 1,111 unidades del primer nivel y 10 hospitales rurales.
IMSS-OPORTUNIDADES	2002	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura ampliada a los estados de México y Guerrero en zonas rurales
IMSS-PROSPERA	2014	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el objetivo de disminuir la pobreza en el país.
IMSS-BIENESTAR	2018	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura a 13.1 millones de personas sin seguridad social en 28 entidades.

Tabla 1: Panorama general de la evolución de los programas de salud del IMSS. Se mencionan aspectos básicos de infraestructuras y la ampliación de cobertura en zonas rurales y marginadas. *Fuente:* Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Programa IMSS-Bienestar, 2024.

El IMSS, fundado en enero de 1943 fue el primer sistema de salud organizado que brindó atención a la población empleada y a sus familiares. En octubre del mismo año se creó la secretaria de salud (SSA) proporcionando servicios médicos a personas que no tenían acceso al IMSS, dándose una cuota mínima por la atención. En el año 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Más tarde se unió, Fuerzas Armadas y la industria petrolera dando servicio a sus trabajadores (Santos et al (2009)).

La implementación de instituciones ayuda a tener una cobertura global atendiendo problemas de salud, lo que es una prioridad de la PS, para llegar a personas con acceso a estos servicios, como a las zonas marginadas, priorizando la salud.

En el contexto del Estado de Puebla se planteó un Programa de Promoción a la Salud de 2011 a 2014, con el objetivo de acreditar al estado como municipio promotor de la salud que involucrara autoridades, ciudadanos, instituciones y organizaciones con acciones de promoción y prevención de la salud para mejorar la calidad y estilos de vida. La versión más reciente fue el Plan Estatal de Desarrollo 2019-2024, que se considera producto de consultas ciudadanas y demandas sociales y que integra los ejes planteados en el Plan Nacional de Desarrollo, así como los objetivos de la Agenda 2030. No obstante, lo anterior, existe una problemática inherente a cada entidad federativa que debe ser analizada con precisión y, de ser necesario, cuestionada con el fin de mejorar. Esto generalmente no ocurre dentro del propio gobierno y, por lo tanto, las instituciones de educación superior se vuelven fundamentales para el análisis crítico y académico de los indicadores demográficos y de salud de un Estado o de un Municipio. En este sentido ponemos como ejemplo un estudio de indicadores de salud que analizó los datos de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, seleccionando indicadores representativos de protección y fomento a la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud, acopiada por el sistema de salud en México y la Organización Panamericana de la Salud. El análisis de los componentes principales reveló que los estados de Coahuila, Nayarit, Colima, Nuevo León, Tamaulipas y Tabasco obtuvieron las posiciones más altas dentro del índice de protección y fomento a la salud en México. Mientras Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero y Yucatán fueron los estados del

país con un índice de protección y fomento a la salud más bajo (Cantú Martínez, 2011). Dicho reporte mostró una importante problemática de salud en varias entidades federativas de nuestro país, y resulta particularmente de nuestro interés el estado de Puebla. Por lo anterior, planteamos realizar una investigación de tipo secundaria mediante la revisión de publicaciones científicas en el contexto de la promoción de la salud y de la atención primaria de la salud en el estado Puebla, y complementarlo con el análisis de datos recientes reportados por el INEGI.

Nuestra pregunta científica implica una investigación de tipo secundaria mediante una revisión narrativa, considerando publicaciones científicas y el análisis de datos sociodemográficos recientes, lo que aportará un panorama actual sobre la promoción a la salud en municipios del estado Puebla y la posibilidad de identificar algunas áreas de oportunidad en salud, los datos de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, son indicadores representativos de protección y fomento a la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud, acopiada por el sistema de salud en México y la Organización Panamericana de la Salud.

5. Objetivos.

5.1. Objetivo General.

Realizar una investigación integral sobre la situación actual de la promoción de la salud en el estado de Puebla mediante una revisión bibliográfica científica y el análisis de datos sociodemográficos recientes.

5.2. Objetivos Particulares.

- Realizar una revisión bibliográfica en los principales índices de revistas científicas del área de la salud para identificar y analizar los estudios científicos y publicaciones relevantes sobre la promoción de la salud en Puebla.
- Analizar los datos sociodemográficos más recientes publicados por el INEGI en Puebla, incluyendo variables clave relacionadas con la salud, para identificar patrones y tendencias sociodemográficas que puedan influir en la promoción de la salud.
- Integrar los hallazgos de la revisión bibliográfica y el análisis de datos sociodemográficos para proporcionar un panorama completo y actualizado de la situación de la promoción de la salud en Puebla.
- Identificar posibles brechas y áreas de oportunidad para futuras intervenciones y políticas de promoción de la salud.

6. Material y métodos.

6.1 Diseño del estudio.

Realizamos una investigación de tipo secundaria la cual, por sus características, no implica trabajo experimental, planteamos una revisión narrativa (Aguilera-Eguía, 2014) y cualitativa ya que el estudio fue descriptivo, sin metaanálisis (Carrión et al., 2020). Además, complementamos el trabajo con la revisión y análisis de datos sociodemográficos seleccionados de municipios del Estado de Puebla: Atlixco y Teziutlán.

Como fuentes confiables de información utilizamos algunos de los principales buscadores de publicaciones científicas: PubMed, GoogleScholar, SciELO y DOAJ con las palabras clave: atención primaria a la salud, determinantes en salud, promoción a la salud, Puebla, salud pública. Buscamos artículos en inglés y en español, publicados en los últimos años, desde 2020 hasta agosto de 2024. En el caso del buscador de PubMed, asociado a MEDLINE, utilizamos la estrategia PICO que consiste en definir la población (o problema), la intervención (o indicador), la comparación (o control) y los resultados (del inglés: outcome) para la búsqueda de términos MeSH (del Inglés: Medical Subject Headings, o Encabezamientos de Materia Médicos, en Español) (Carrión et al., 2020). Los MeSH que utilizamos en nuestras búsquedas fueron: *atención primaria a la salud, determinantes en salud, promoción a la salud, Puebla, salud pública.*

También utilizamos datos publicados por el INEGI, principalmente aquellos presentados en el Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y el Panorama sociodemográfico de Puebla 2020.

6.2. Ubicación Espacio-Temporal.

El trabajo de búsqueda de información, selección y redacción fue de publicaciones científicas realizadas en municipios del estado de Puebla (Atlixco y Teziutlán), presentadas desde el año 2020, hasta agosto del 2024. El presente estudio tuvo una temporalidad de 5 meses, que abarca de febrero a agosto del 2024.

6.3 Población de estudio.

La población en estudio fue comparativa, para el análisis, entre los municipios de Atlixco y Teziutlán.

6.4. Diseño y Tipo de muestreo.

No se necesitó de un diseño para muestreo.

6.5 Tamaño de la muestra.

En este caso, no hay un tamaño establecido, dependió de las publicaciones identificadas con los criterios establecidos en la estrategia de trabajo.

6.6 Criterios de inclusión.

Seleccionamos artículos y publicaciones especializadas presentadas desde 2020 y hasta agosto de 2024 (básicamente, de los últimos 5 años) que cumplan con los lineamientos de las palabras clave y/o términos MeSH previamente definidos. Se consideraron artículos anteriores a ese periodo de tiempo, si aportaban información relevante para los objetivos del trabajo.

6.7 Criterios de exclusión.

Artículos y publicaciones especializadas anteriores al 2019 y aquellas que no cumplieron con los lineamientos establecidos, o que su calidad científica y académica no fue adecuada.

6.8 Criterios de eliminación.

Artículos y publicaciones que fuesen anuladas durante el trabajo de tesis, si fuese el caso.

6.9 Definición de las variables y escalas de medición.

Las variables utilizadas son: promoción a la salud, determinantes sociales de la salud y datos sociodemográficos del INEGI, en municipios del estado de Puebla (Atlixco y Teziutlán).

No se utilizaron escalas de medición, ya que es un estudio descriptivo sin metaanálisis.

6.10 Método de recolección de datos.

Utilizamos buscadores de publicaciones científicas en internet. Los principales fueron: PubMed, GoogleScholar, SciELO y DOAJ. Adicionalmente, obtuvimos información sobre datos reportados por el INEGI en su sitio web: <https://www.inegi.org.mx/>

6.11 Etapas

6.12 Análisis de datos.

Revisamos los contenidos de los artículos y datos regionales mediante lectura crítica y selección de información relevante.

6.13 Diseño estadístico.

No queremos utilizar una hipótesis estadística en el presente estudio.

6.14 Hipótesis estadística.

No queremos utilizar una hipótesis estadística en el presente estudio.

6.15 Pruebas estadísticas.

Dado que utilizaremos un formato de revisión narrativa, sin metaanálisis, no requerimos pruebas estadísticas para el manejo y análisis de datos en el presente trabajo.

7. Logística.

7.1. Recursos humanos.

Estudiante: Dora Patricia Elide Roldán García, quien realizó la investigación del presente trabajo.

Y directores que guiaron y asesoraron a la estudiante para el desarrollo de la tesis:

Director Experto: Dr. Pedro Vargas Rivera.

Director Metodológico: D.C. Ramiro José González Duarte.

7.2. Recursos materiales.

Los repositorios digitales utilizados: PubMed (MEDLINE), GoogleScholar, SciELO y DOAJ.

7.3. Recursos financieros.

No se necesitaron recursos financieros.

8. Resultados.

8.1 Análisis comparativo de algunos indicadores del Panorama Sociodemográfico de Puebla reportados por el INEGI.

Para el análisis de indicadores sociodemográficos en municipios del Estado de Puebla utilizamos los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2015 y en 2020. Elegimos los municipios de Teziutlán y de Atlixco para los fines comparativos de este trabajo de tesis.

El número de pobladores en un municipio es un indicador fundamental para que se desarrolle la PS. En la figura 1A se muestra la cantidad de población total de Atlixco y de Teziutlán para el año 2015 y, en comparativa, en la figura 1B se muestra la población total de Atlixco y de Teziutlán para el año 2020. Se observa la diferencia entre las poblaciones después de 5 años; donde la población de Atlixco sigue siendo mayor, como sería esperado si ambas mantienen un crecimiento constante. La población de Atlixco aumentó en un 5.2 % mientras que la de Teziutlán aumentó en un 5.8 %, lo cual resalta la importancia de seguir desarrollando la PS en ambos municipios como una prioridad del gobierno y el sector salud para ofrecer una mayor cobertura, sin dejar a un lado que esto representa más inversión económica para lograrlo. En 2015, la población de Atlixco era de 134,364 personas, que representaban el 2.2 % de la población estatal, mientras que la de Teziutlán era de 97,590 personas, que representaba el 1.9% de la población estatal.

Por otro lado, en 2020 la población de Atlixco era de 141,793 personas que representaban el 2.2 % de la población estatal, mientras que la de Teziutlán era de 103,583 personas, que representaba el 1.6% de la población estatal.

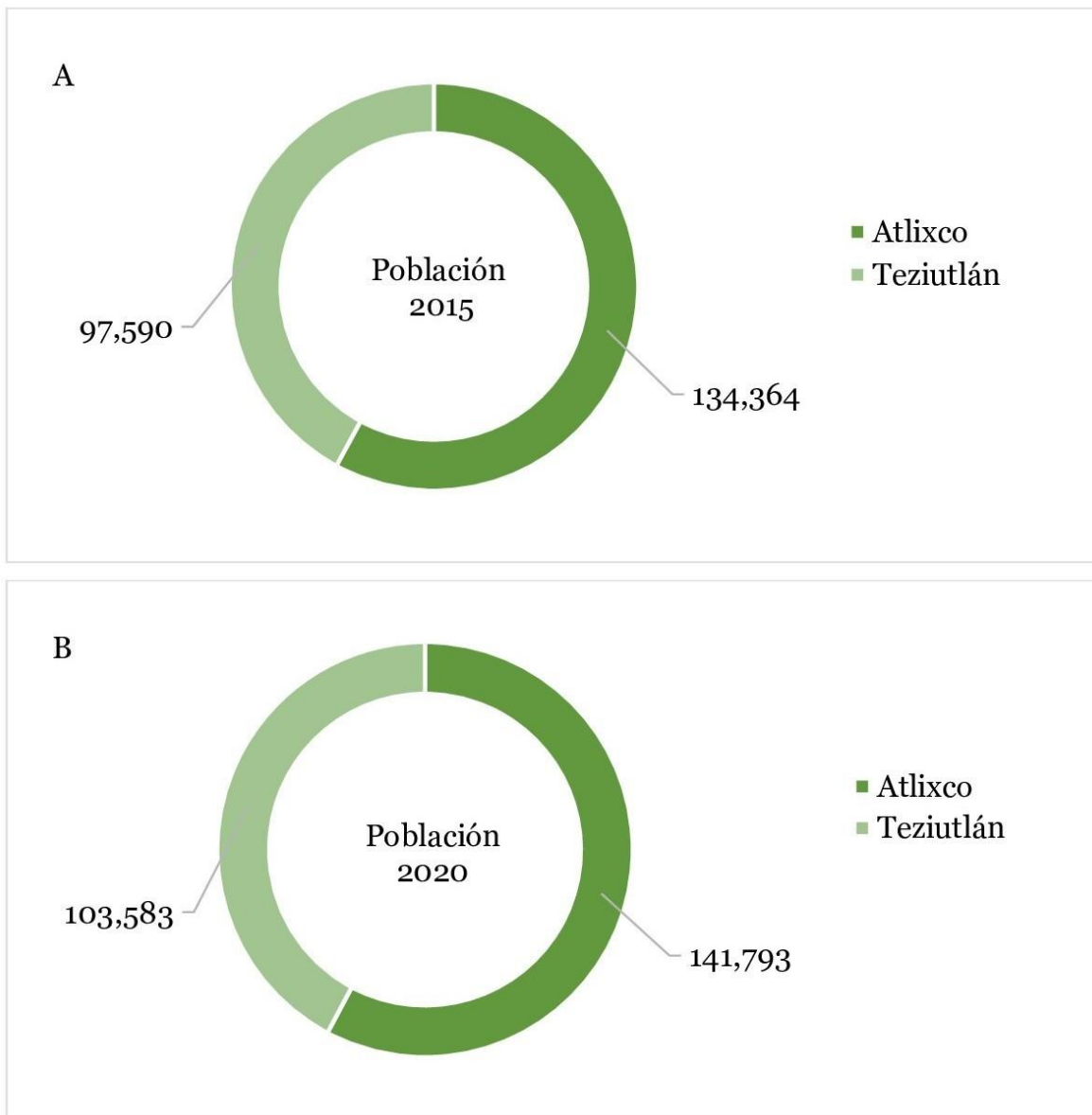


Figura 1. Población total Atlixco y Teziutlán, 2015 a 2020. La población total representa el 2.2% de la población estatal. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

Buscamos los indicadores de fecundidad y mortalidad en ambos municipios para profundizar un poco más en la dinámica de dichas poblaciones. La fecundidad se refiere al promedio de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) y la mortalidad al porcentaje de hijos(as) fallecidos, ambos indicadores relacionados con mujeres de 15 a 49 años.

En la figura 2: “Promedio de fecundidad en Atlixco y en Teziutlán entre los años 2015 y 2020”, mostramos el promedio reportado de cada municipio y el año de registro de los datos correspondientes. En ambos municipios la fecundidad fue de un 1.7 en el 2015 y de 1.5 en el 2020; por otro lado, en la figura 3. “Porcentaje de mortalidad en Atlixco y en Teziutlán entre los años 2015 y 2020”, se reportó que en Atlixco en ambos años se mantuvo en un 3.3 %; mientras que en Teziutlán en el año 2015 fue de 2.9 % y aumentó a un 4.1 % en 2020.

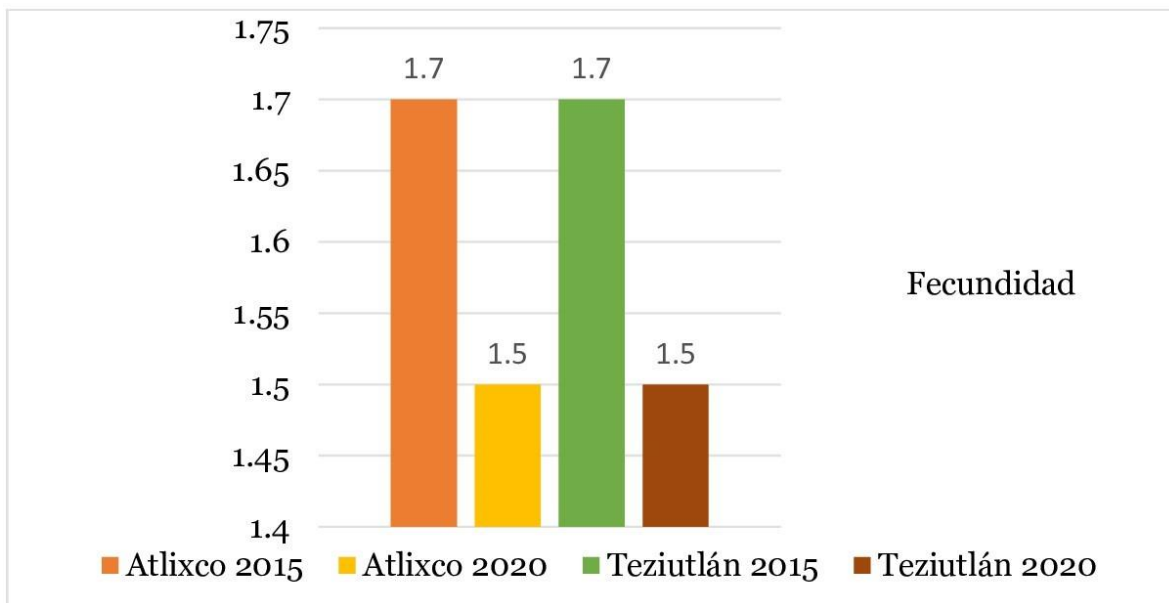


Figura 2. Promedio de fecundidad en Atlixco y en Teziutlán entre los años 2015 y 2020. La tasa de fecundidad es el promedio de hijos/as nacidos/as vivos/as en mujeres de 15 a 49 años. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

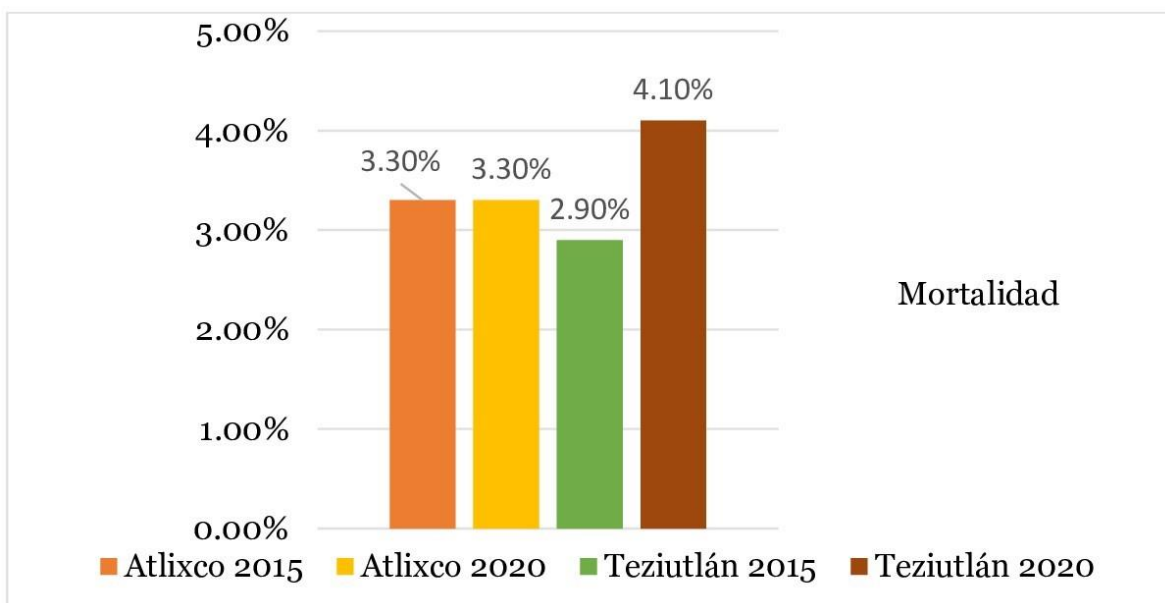


Figura 3. “Porcentaje de mortalidad en Atlixco y en Teziutlán entre los años 2015 y 2020”
 La tasa de mortalidad es el porcentaje de hijos/as fallecidos/as en mujeres de 15 a 49 años.
Fuente: INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

La vivienda es un aspecto importante que consideramos. Las figuras 4 y 5, “Vivienda en Atlixco, año 2015” y “Vivienda en Atlixco año 2020”, respectivamente, muestran la disponibilidad de servicios con los que cuentan las viviendas en los municipios. En 2015 se reportó en Atlixco cuatro servicios básicos: agua entubada 59.9 %, drenaje 93 %, servicio sanitario 96 % y electricidad 99.5 %, estos son servicios esenciales para la sanidad, sin los cuales se perjudica directamente a la salud.

Para el 2020 en Atlixco se reportó un aumento en la disponibilidad de los servicios: agua entubada 66.6 %, drenaje 97.5 %, servicio sanitario 98.3 %, energía eléctrica 99.4 % y se añadieron los siguientes reportes: tinaco 83.3 % y cisterna o aljibe 19.20%, en ambos años los servicios con mayor cobertura fueron: drenaje, servicio sanitario y electricidad. Nos llamó la atención que el acceso al agua entubada no llegó ni a un 70 % de la población en 2020.

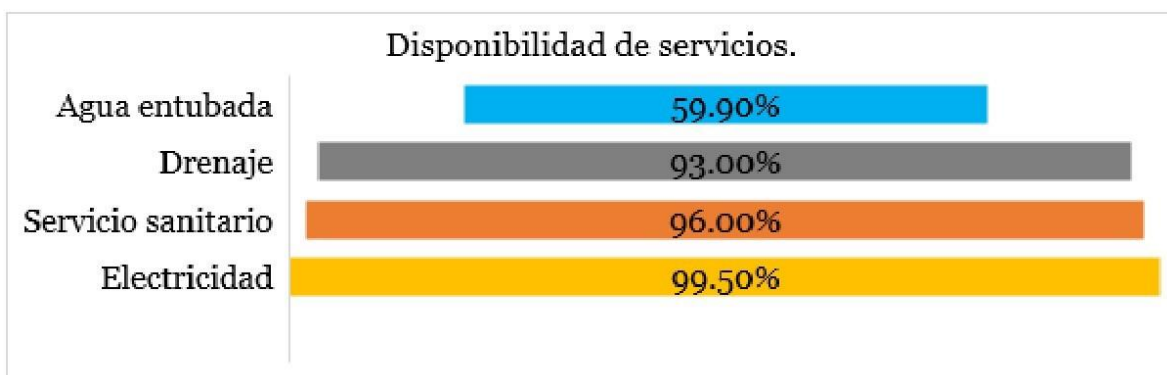


Figura 4. Vivienda en Atlixco, año 2015. La disponibilidad de estos servicios representa a 35.093, total de viviendas particulares habitadas, que representa el 2.3% de la población estatal. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015.

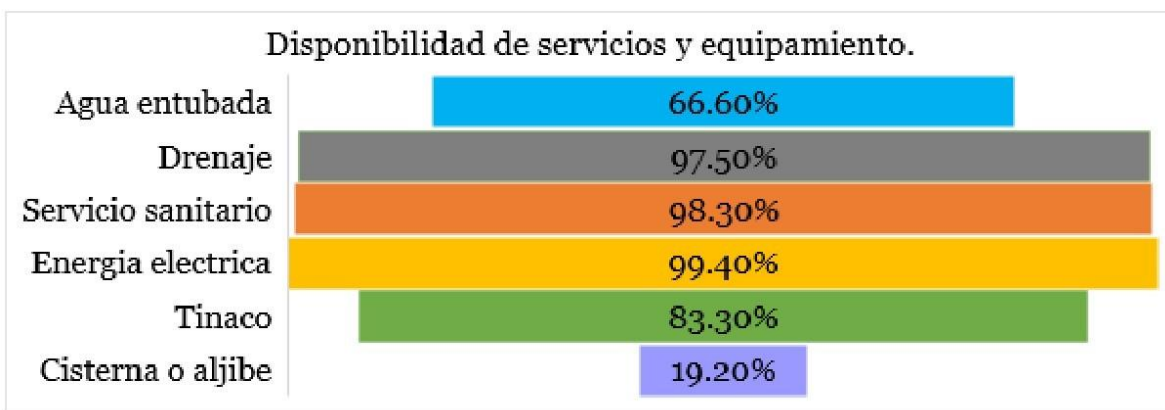


Figura 5. Vivienda en Atlixco, año 2020. La disponibilidad de servicios y equipamiento representa a 37.573, total de viviendas particulares habitadas, que representa el 2.2% de la población estatal. El termino aljibe hace referencia a un depósito subterráneo de agua, cubierto por una bóveda hecha de ladrillo. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2020.

En el caso de Teziutlán se observó la siguiente disponibilidad de servicios: agua entubada 63.2 %, drenaje 93.1 %, servicio sanitario 98.7 % y electricidad 99.3 %, donde solamente los tres últimos servicios tienen un alto porcentaje de ser cubiertos, sin embargo, el agua, elemento vital, lo tiene poco más de la mitad de la población del municipio, esto se muestra en la figura 6 “Vivienda en Teziutlán año 2015”. En el 2020 se observó lo siguiente: agua entubada 75.6 %, drenaje 98.1 %, servicio sanitario 99.5 %, energía eléctrica 99.6 %. Adicionalmente el uso de tinacos fue de 75.3 % y cisterna 24.4 %. En este caso, el acceso al agua entubada sí se menciona que llegó a un 75.6 % (figura 7).

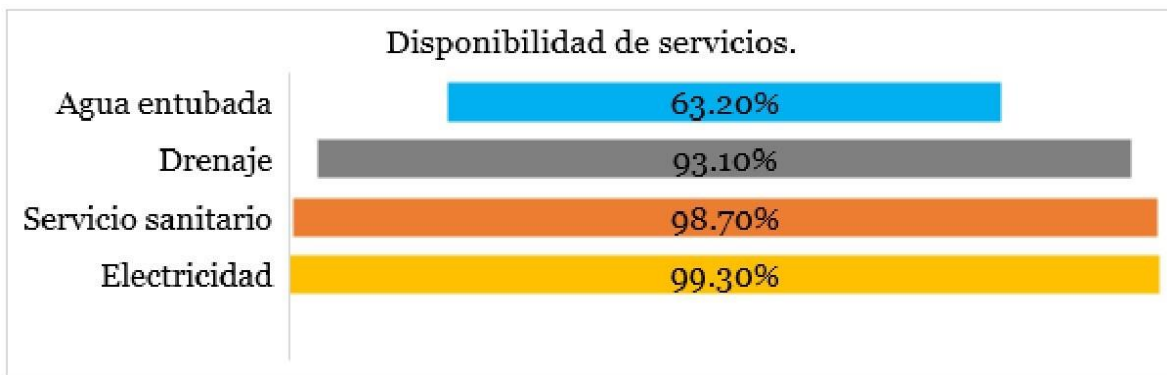


Figura 6. Vivienda en Teziutlán, año 2015. La disponibilidad de estos servicios representa a 25.450, total de viviendas particulares habitadas, que representa el 1.6% de la población estatal. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015.

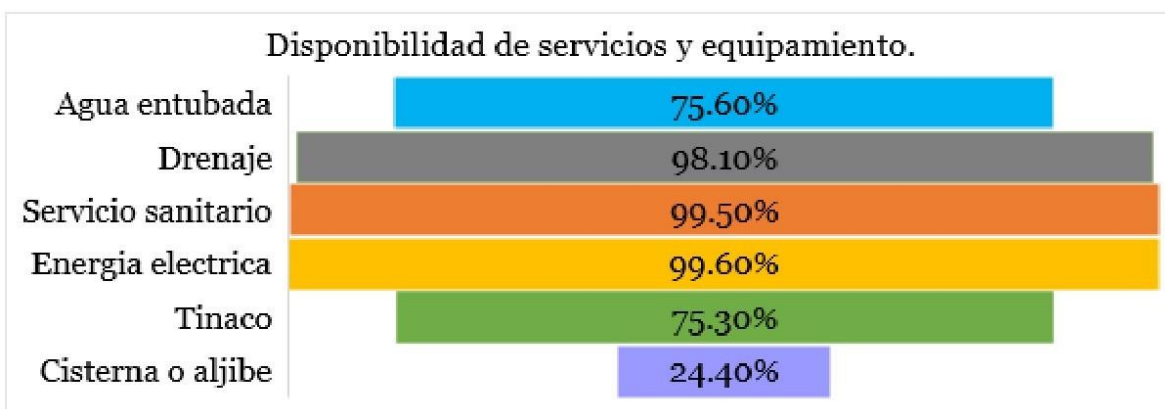


Figura 7. Vivienda en Teziutlán, año 2020. La disponibilidad de servicios y equipamiento representa a 28.286, total de viviendas particulares habitadas, que representa el 1.7% de la población estatal. El termino aljibe hace referencia a un depósito subterráneo de agua, cubierto por una bóveda hecha de ladrillo. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2020.

Además de estos indicadores, existen otros como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) que sirven de apoyo para promover la PS en la población y que en muchas ocasiones se ven limitadas por la economía y la ubicación geográfica de las personas para hacer uso de ellas. En la figura 8 “Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) del municipio de Atlixco 2015”, se muestra la disponibilidad de estas, teniendo así que la población cuenta con teléfono celular 69.6 %, teléfono fijo 43.2%, TV de paga 34.8 %, internet 26.8% y computadora 26.2%.

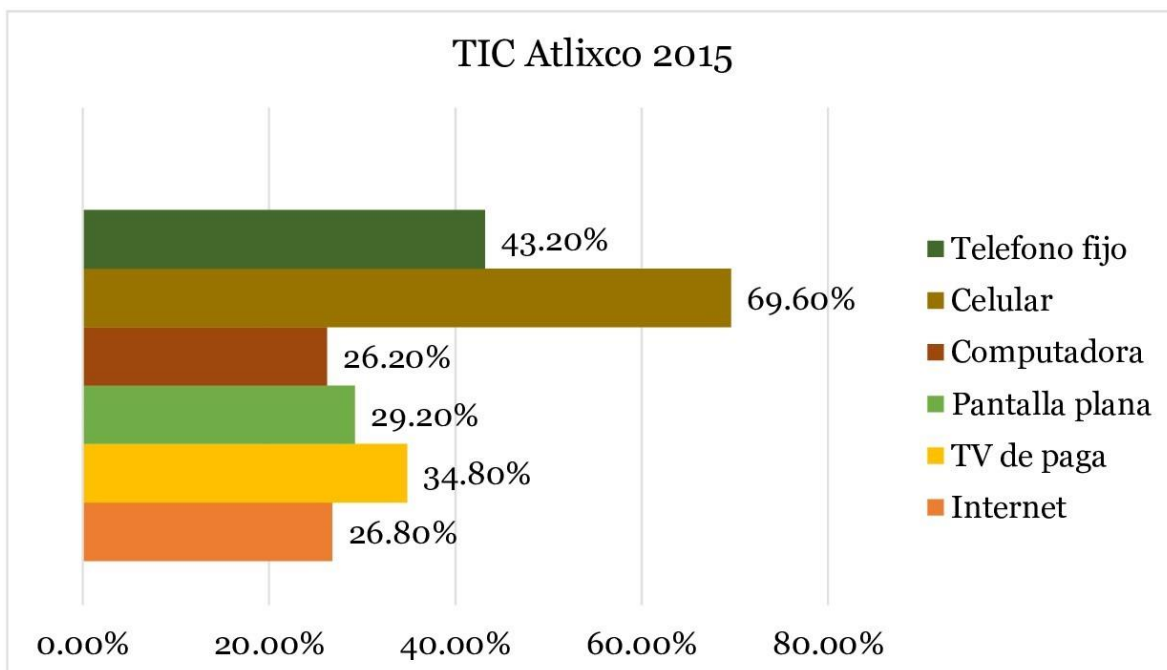


Figura 8. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Atlixco 2015. Si el porcentaje supera el 100%, es porque una persona puede tener acceso a más de una TIC. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015.

En el 2020 la población adquirió mayor uso de las TIC, como se puede observar en la figura 9 “Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Atlixco 2020”, el uso del celular fue de 85.9 %, teléfono fijo 42.1 %, TV de paga 38.4 %, internet 46.3 % y computadora 32.8 %, esto indica que el uso de TIC portátiles va en aumento, suplantando a otras.

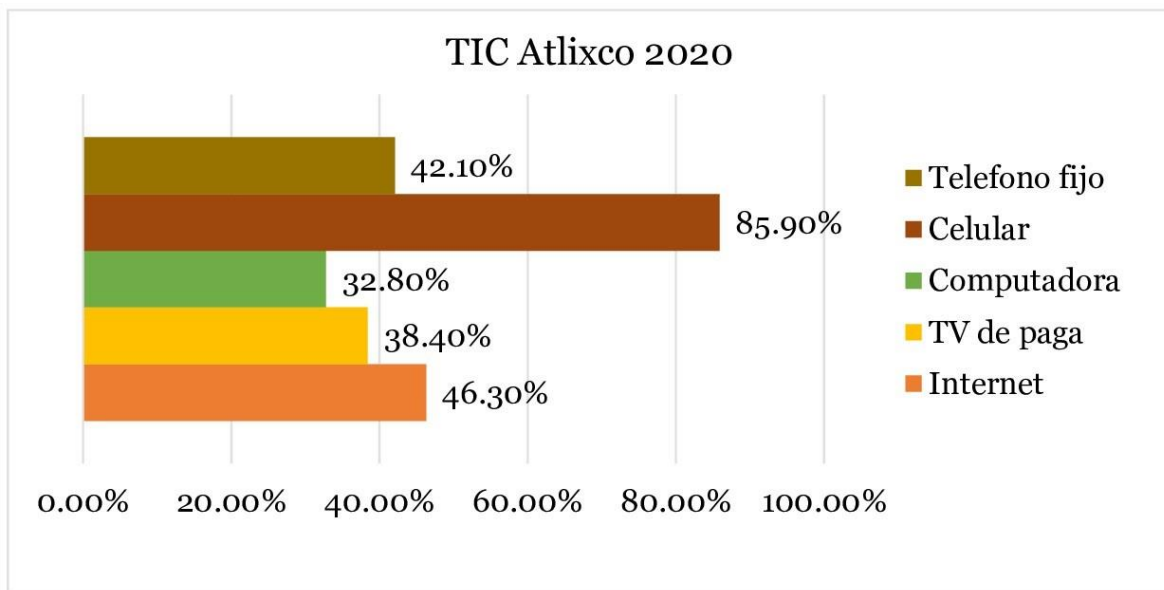


Figura 9. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Atlixco 2020. Si el porcentaje supera el 100%, es porque una persona puede tener acceso a más de una TIC.
Fuente: INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2020.

En el municipio de Teziutlán, en la figura 10 “Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Teziutlán 2015”, la más utilizada fue el celular con un 80.4 %, seguida de tv de paga con 44.3 %, computadora 25.9 %, teléfono fijo 25.7 % e internet con 22 %. Para el año 2020, aumentó el uso del celular con 89 % de la población, aumentó el uso del internet a un 38.1 %, computadora 31.7 % y teléfono fijo 29.3 % (figura 11). Llama la atención que el acceso a internet en ambos municipios era menor al 50 % de la población hasta el 2020.

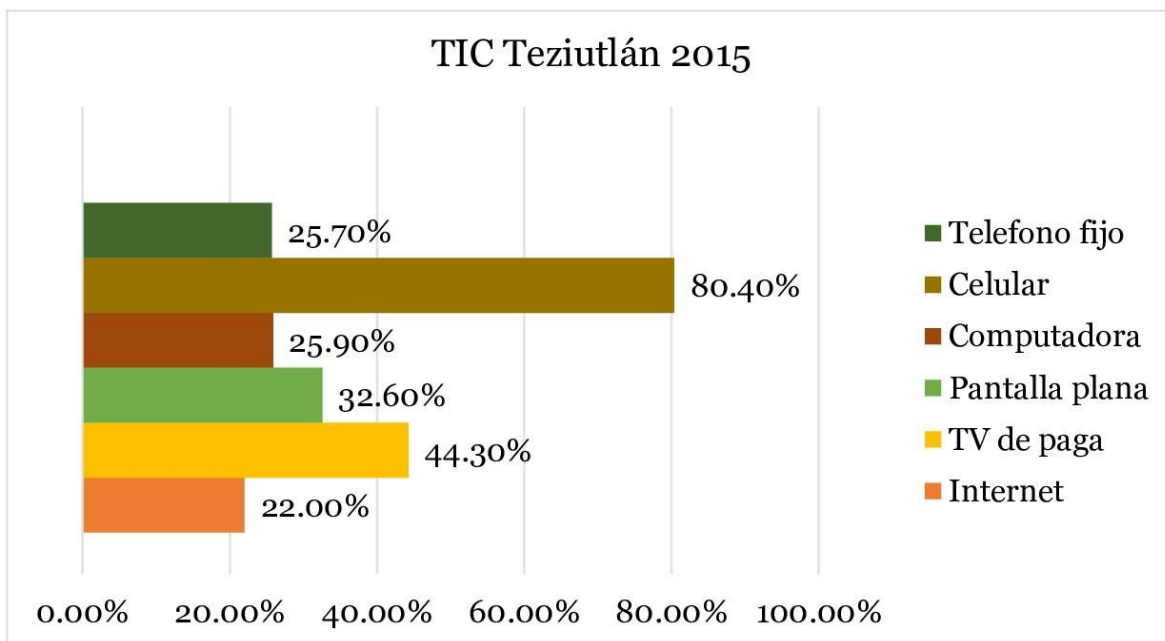


Figura 10. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Teziutlán 2015. Si el porcentaje supera el 100%, es porque una persona puede tener acceso a más de una TIC. Fuente: INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015.

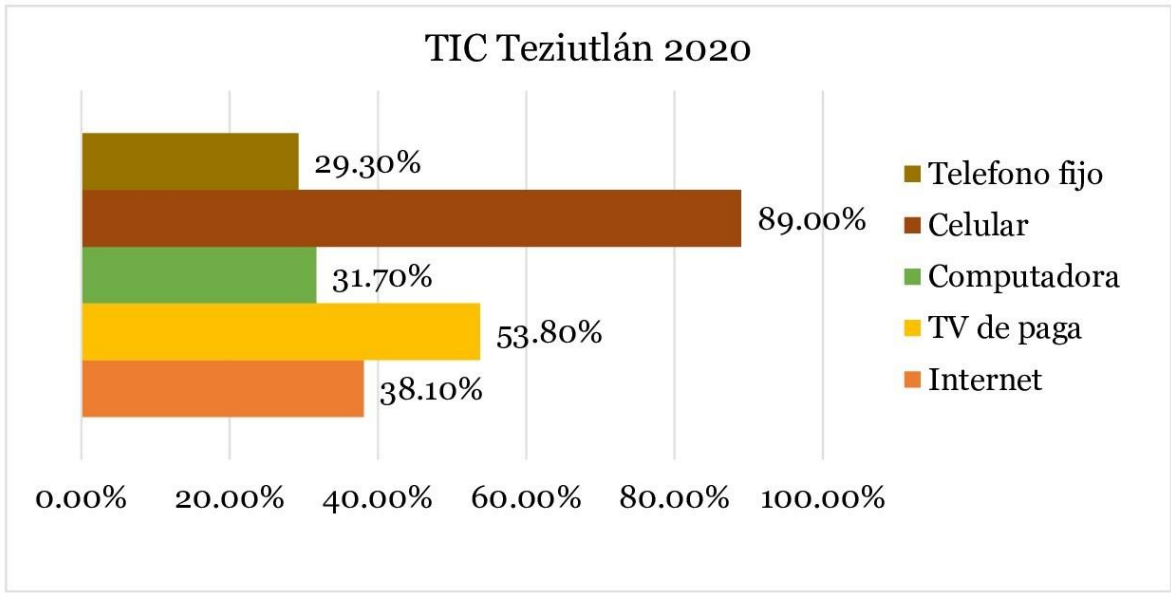


Figura 11. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en Teziutlán 2020. Si el porcentaje supera el 100%, es porque una persona puede tener acceso a más de una TIC. Fuente: INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2020.

A continuación, se analizará la educación para intervenir en lo que se conoce como “educación sanitaria”, la tabla 2 “tasa de alfabetización por grupos de edad, Atlixco y Teziutlán 2015 y 2020”, muestra el porcentaje de la población total de cada municipio acorde al año y de alfabetos con los que cuentan.

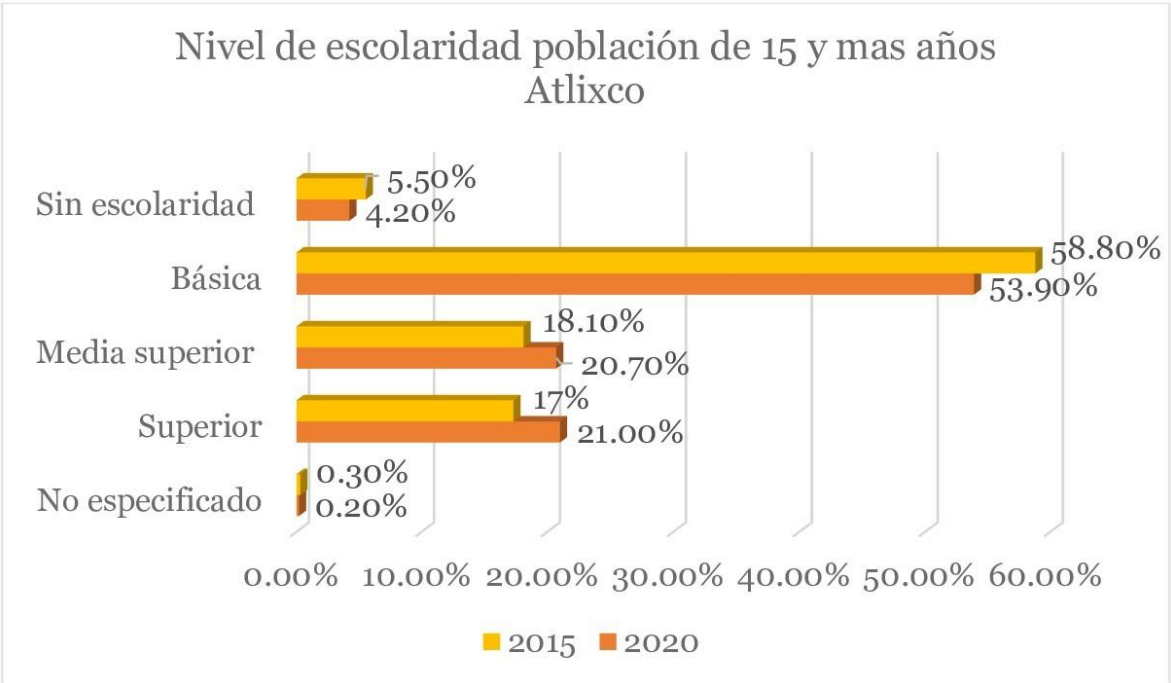
En primer lugar, al analizar Atlixco en los años 2015 y 2020, se observa un aumento en la tasa de alfabetización en el grupo de edad de 15 a 24 años, alcanzando casi el 100 %. Sin embargo, en el grupo de 25 años y más, aunque también se presenta un aumento, el porcentaje está aún lejos del 100 %. En cuanto a Teziutlán, al comparar ambos años, este municipio está más cerca de alcanzar el 100 % de alfabetización en el grupo de 15 a 24 años. En el grupo de 25 años y más, Teziutlán muestra un porcentaje similar al de Atlixco.

	Atlixco 2015	Atlixco 2020	Teziutlán 2015	Teziutlán 2020
15 a 24 años	98.1%	98.8%	98.7%	99.2%
25 y más años	91.3%	93.9%	91.4%	94.3%

Tabla 2. Tasa de alfabetización por grupos de edad, Atlixco y Teziutlán 2015 y 2020. Alfabetización según la UNESCO (2023) la define como conjunto de habilidades de lectura, escritura y cálculo, es un medio de identificación, comprensión, interpretación, creación y comunicación de cada persona. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

Otro indicador de interés es el nivel de escolaridad por grupo de edad, como se observa en la figura 12, "Población de 15 años y más según nivel de escolaridad, Atlixco 2015 y 2020". El porcentaje de población sin escolaridad es bajo y ha disminuido, lo que refleja un aumento en el nivel educativo. Se espera que, con el tiempo, el porcentaje de personas con educación media superior y superior siga en aumento. Sin embargo, la educación básica disminuyó un 4.9 % en ese periodo, lo que podría indicar un abandono escolar.

Figura 12. Población de 15 y más años según nivel de escolaridad, Atlixco 2015 y 2020. No especificado hace referencia a población con escolaridad sin decir el nivel. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.



En el caso de Teziutlán, como se muestra en la figura 13, "Población de 15 años y más según nivel de escolaridad, Teziutlán 2015 y 2020", también se registró un aumento en la educación media superior y superior. No obstante, la educación básica disminuyó un 5.6 %, y el porcentaje de población sin escolaridad se redujo en un 1.2 %.

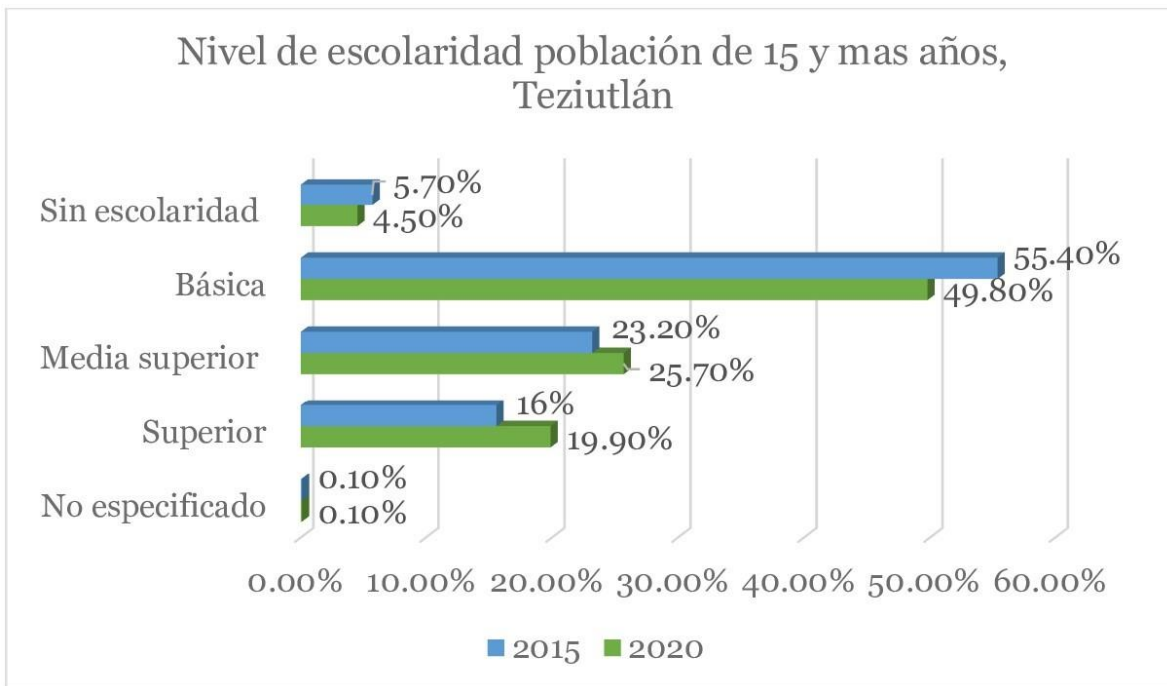


Figura 13. Población de 15 y más años según nivel de escolaridad, Atlixco 2015 y 2020. No especificado hace referencia a población con escolaridad sin decir el nivel. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

Un posible factor limitante es el lenguaje, ya que es un medio de comunicación esencial. La existencia de diferentes lenguas originarias puede representar situaciones de discriminación y exclusión dentro de la población estatal. Es importante destacar que, aunque Atlixco y Teziutlán pertenecen al Estado de Puebla, en cada municipio y localidad se hablan diversas lenguas indígenas, o bien, pueden coincidir, pero con variaciones. A continuación, en la tabla 3, "Etnicidad Atlixco 2015 y 2020", y la tabla 4, "Etnicidad Teziutlán 2015 y 2020", se presenta un panorama sobre el número de personas que se consideran indígenas, que hablan una lengua indígena y que no hablan español.

	Atlixco 2015	Atlixco 2020
Población que se considera indígena	32.71%	-
Población que habla lengua indígena	4.57%	2.67%
No hablan español	0.36%	1.54%

Tabla 3. Etnicidad Atlixco 2015 y 2020. La población considerada es a partir de 3 años y más. Las lenguas indígenas más frecuentes son náhuatl en un 93.3% y mixteco 1.4%. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

	Teziutlán 2015	Teziutlán 2020
Población que se considera indígena	33.47%	-
Población que habla lengua indígena	7.38%	6.55%
No hablan español	0.62%	1.10%

Tabla 4. Etnicidad Teziutlán 2015 y 2020. La población considerada es a partir de 3 años y más. Las lenguas indígenas más frecuentes son náhuatl en un 97.6% y mixteco 2.0%. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

En las tablas anteriores (tabla 3 “Etnicidad Atlixco 2015 y 2020” y tabla 4 “Etnicidad Teziutlán 2015 y 2020”), en Teziutlán están los porcentajes más altos de la población que se considera indígena, la población que habla lengua indígena y la población que no habla español. Para el 2020, la población que no habla español fue mayor en Atlixco.

A continuación, se aborda la economía, que representa el ingreso necesario para satisfacer las necesidades de cada persona, permitiendo así mantener un entorno saludable y disfrutar de la mejor salud posible. Sin embargo, no todas las personas tienen empleo, y entre quienes lo tienen, no todos cuentan con un trabajo bien remunerado. Además, no todos los miembros de una familia generan ingresos, ya sea por ser estudiantes, tener una discapacidad, entre otras razones. Esto se refleja en los gráficos siguientes. En Atlixco, la figura 14, "Población económicamente activa (PEA) ocupada, Atlixco 2015 y 2020", muestra que en ambos años las mujeres representan el mayor porcentaje de la PEA ocupada, aunque sin mucha diferencia con los hombres. En Teziutlán, el gráfico 15, "Población económicamente activa (PEA) ocupada, Teziutlán 2015 y 2020", indica que los hombres tienen el mayor porcentaje de PEA ocupada en ambos periodos. Es importante señalar que el hecho de tener un empleo no garantiza que sea bien remunerado ni que permita cubrir todas las necesidades. Además, muchos trabajos exigen un nivel mínimo de escolaridad, que no todas las personas han alcanzado por diversas circunstancias. Según los datos del INEGI, este indicador incluye a personas desde los 12 años, una edad en la que los niños deberían estar estudiando para, en el futuro, obtener un buen empleo que mejore su calidad de vida.

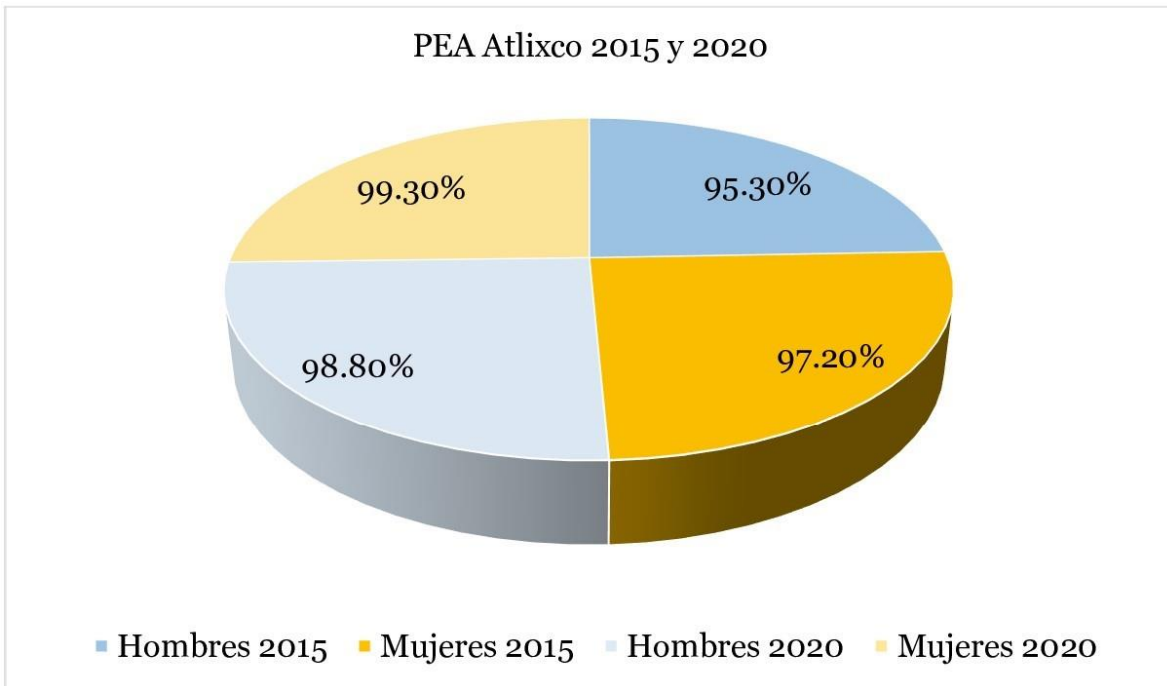


Figura 14. Población económicamente activa (PEA) ocupada, Atlixco 2015 y 2020. **Nota.** La población es a partir de los 12 años en adelante. La PEA corresponde a la población total del municipio de Atlixco en el año 2015 fue de 51.1% y en 2020 de 66.3%. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

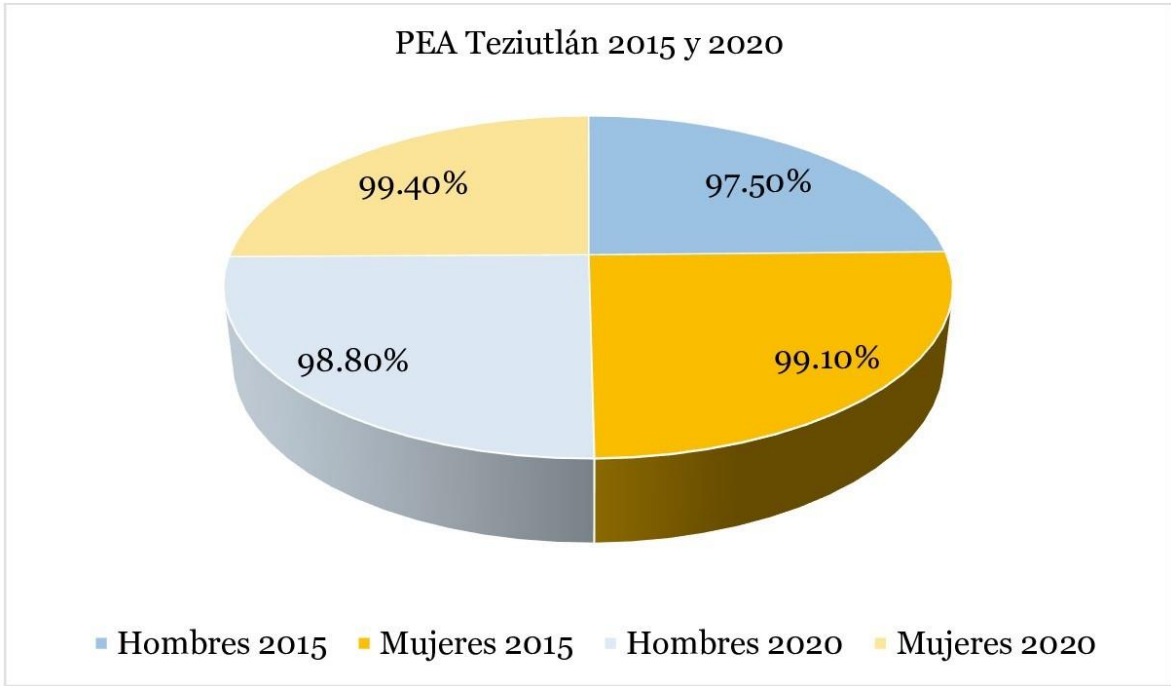


Figura 15. Población económicamente activa (PEA), Teziutlán 2015 y 2020. La población es a partir de los 12 años en adelante. La PEA corresponde a la población total del municipio de Teziutlán en el año 2015 fue de 53.5% y en 2020 de 65.4%. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

Por último, y no menos importante, tenemos la afiliación a servicios de salud, pues a lo largo del tiempo se han desarrollado programas de las propias instituciones (IMSS: CONASUPO, COPLAMAR, PROGRESA, OPORTUNIDADES, PROSPERA Y BIENESTAR; SECRETARIA DE SALUD (SSA): SEGURO POPULAR, INSABI), que han beneficiado a la comunidad en donde se desarrollan, promoviendo e inculcando la PS, por lo que se mostrará en los siguientes gráficos cómo se encuentra la afiliación en ambos municipios en los años 2015 y 2020, figura 16 “afiliación a servicios de salud Atlixco 2015 y 2020”, en Atlixco para el año 2015 la institución con mayor afiliación fue el seguro popular, seguido del IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal, institución privada, PEMEX, DEFENSA o MARINA y por último otra institución, IMSS –Bienestar, que comenzó a funcionar hasta el 2018, el total de la población afiliada para este año fue del 74.6%, ahora bien para el año 2020, de igual forma con mayor porcentaje para este año, pero menor respecto al 2015, se encuentra el seguro popular, en IMSS hubo un aumento de afiliados respecto al 2015, ISSSTE o ISSSTE estatal, existió un ligero aumento de afiliados, IMSS-Bienestar se creó en 2018 adquirió para este año 1.60 % de afiliados, PEMEX-DEFENSA o MARINA, un ligero aumento del 0.2 %, en la institución privada, hubo disminución los cuales pudieron afiliarse a instituciones públicas de salud (Seguro popular, IMSS, ISSSTE o ISSTE estatal, IMSS-Bienestar, PEMEX, DEFENSA o MARINA) o bien población que no está afiliada a ninguna institución y por último los que acuden a otra institución, manteniendo el mismo porcentaje, la población total afiliada fue del 65.9 %, siendo esta menor que en él 2015, a pesar de la natalidad, la población puede no acudir a recibir atención médica, debido a que cuentan con instituciones en su comunidad, están lejos, no tienen suficiente solvencia económica o simplemente no quieren afiliarse a ninguna institución, ni recibir atención.

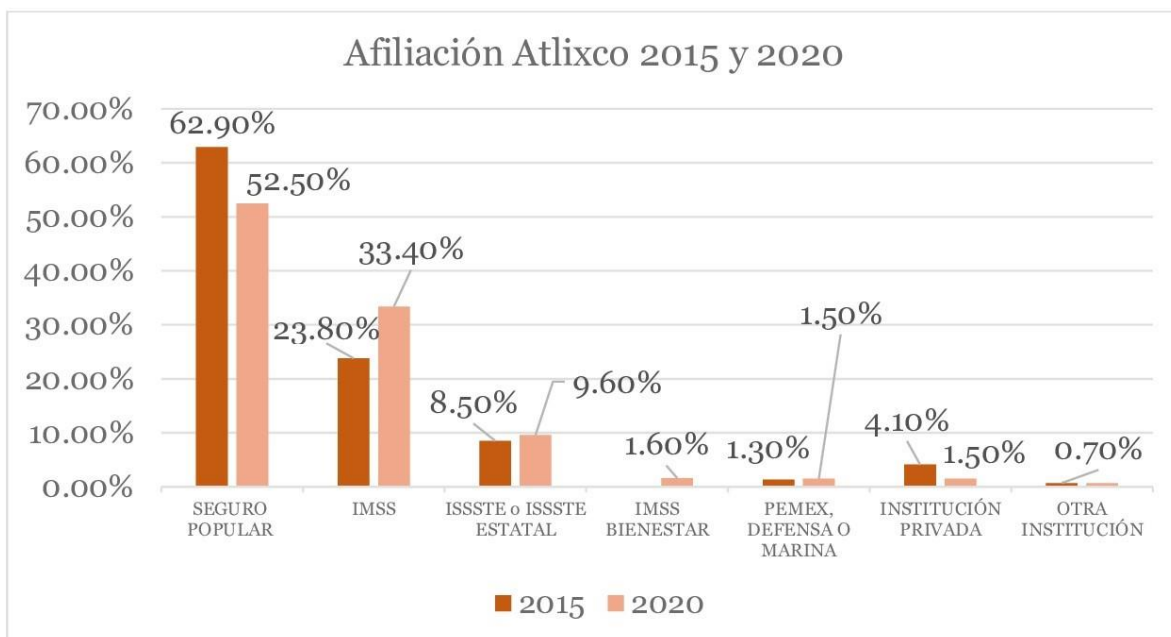


Figura 16. Afiliación a servicios de salud Atlixco 2015 y 2020. Para el 2015 la población afiliada era del 74.6%, para el 2020 era del 65.9%, estos porcentajes incluyen afiliaciones múltiples. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

Para finalizar, en el municipio de Teziutlán figura 17 “afiliación a servicios de salud Teziutlán 2015 y 2020”, la población total afiliada para el 2015 fue de 72.2 %, siendo el porcentaje más alto de afiliación la institución del seguro popular, seguido del IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal, en este año todavía no se contaba con IMSS-Bienestar, al igual que PEMEX, DEFENSA o MARINA, continuamos con la institución privada y por último otra institución, para el año 2020, disminuyó un 6.3% la población total afiliada, el IMSS aumentó en afiliaciones respecto al 2015, seguido del seguro popular que disminuyó sus afiliados respecto al 2015, ISSSTE o ISSSTE estatal, IMSS Bienestar con 1% de afiliados, aumentó el porcentaje de institución privada un 0.4% para este año, otra institución mantuvo su porcentaje de afiliados 0.70% y por último PEMEX DEFENSA o MARINA tuvo el 0.20% de afiliaciones.

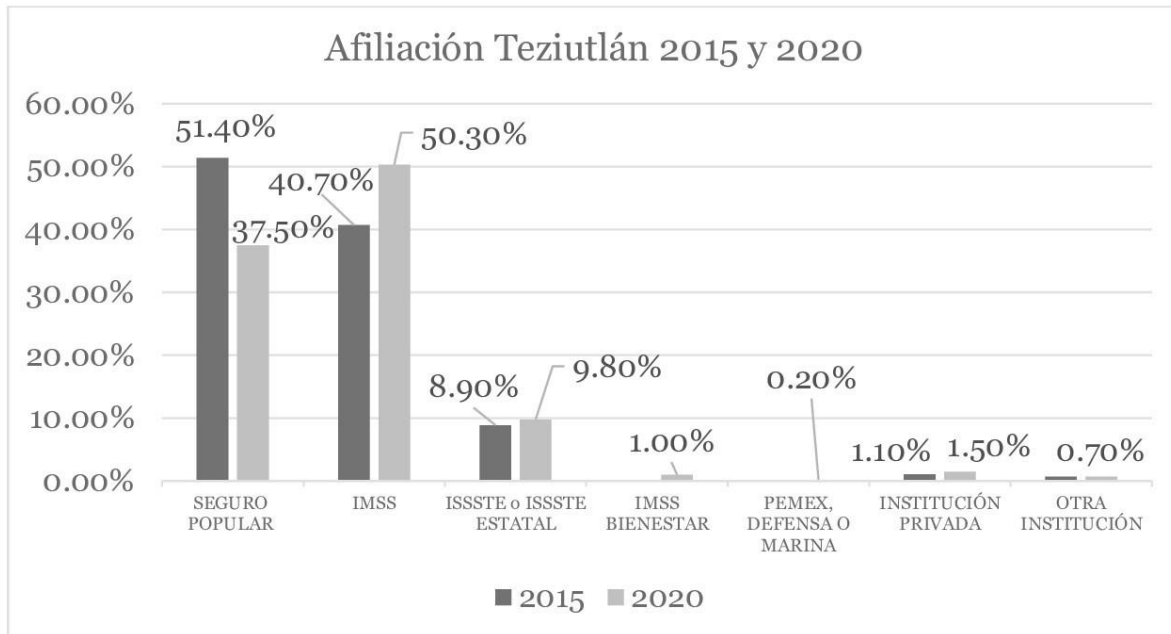


Figura 17. Afiliación a servicios de salud Teziutlán 2015 y 2020. Para el 2015 la población afiliada era del 72.2%, para el 2020 era 65.9%, estos porcentajes incluyen afiliaciones múltiples. *Fuente:* INEGI, Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 y 2020.

8.2 Análisis bibliográfico de publicaciones recientes sobre la problemática de Promoción a la Salud en municipios del Estado de Puebla.

Realizamos una búsqueda de publicaciones sobre PS en el Estado de Puebla, de acuerdo con la estrategia de búsqueda planteada en la sección de Materiales y Métodos. Aunque encontramos algunos artículos publicados, consideramos que no hay suficiente investigación al respecto, considerando desde el año 2020 hasta la actualidad, lo que implica un área de oportunidad para las instituciones de salud pública y para las instituciones de educación superior que imparten licenciaturas del área de la salud. Dentro de los temas que encontramos con publicaciones fueron los relacionados con la pandemia de COVID-19.

En uno de los reportes que seleccionamos se plantea que la realidad del Sistema de Salud Mexicano no se basa en una verdadera atención primaria, porque si así fuera ya se contaría con una vinculación entre la población, la sociedad y los grupos que no tienen las mismas posibilidades de mantener la salud (Ruvalcaba Ledezma et al., 2020). Como ejemplo, los autores mencionan que a un mes de iniciada la pandemia de COVID-19, el número de casos se incrementó de manera alarmante, iniciando la denominada fase III de la pandemia en México. Los datos epidemiológicos anunciaron el impacto catastrófico en la población mexicana, de manera particular las estadísticas y la dispersión de los casos señalaban para finales de abril del 2020 a los estados de Hidalgo, Nayarit, Puebla y Tlaxcala como vulnerables ante COVID-19. Los autores del artículo sugieren que, para lograr una comunicación efectiva entre la población, el gobierno y el personal que ejecuta la Atención Primaria a la Salud se hace necesario contar con un equipo multidisciplinario e incluir como parte de este equipo investigadores del área social para incrementar el éxito con la población y evitar así resultados no positivos (Ruvalcaba Ledezma et al., 2020).

Un reporte fue relevante por ser de la región de Teziutlán. Se desarrolló en la Unidad de Medicina Familiar Número 22 de Teziutlán, Puebla. Atendieron a 3,783 Casos Sospechosos, de los cuales el 47.4 % fueron masculinos y el 52.7% femeninos. Los tres Municipios de mayor demanda de atención fueron Teziutlán (3,144 casos), Chignautla (195 casos) y Tlatlauquitepec (93 casos). Los autores reconocen las

dificultades de atender esa emergencia sanitaria para la cual el sistema de salud mexicano, y el mundo en general, no estaba preparado. Resaltaron que se debe garantizar la continua capacitación, abasto de insumos, equipos de protección personal, tiempo extraordinario y demás medidas para garantizar una atención eficaz, eficiente y efectiva (Fernández Martínez et al., 2021).

En otro de los reportes que seleccionamos se estudió la percepción de una población indígena perteneciente a tres comunidades de la sierra nororiental del Estado de Puebla: Xonalpu, Ixtepec y Huehuetla, sobre la vacunación y la práctica de medidas preventivas contra la enfermedad COVID-19 (Parra-Torres et al., 2022). En dicho estudio tuvieron una muestra conformada por 246 participantes a los que se realizó una entrevista que incluyó 32 preguntas semiestructuradas. Evaluaron las características sociodemográficas de dicha población, donde la mayoría era hablante de tutunakú y más del 80 % pertenecía al nivel socioeconómico bajo o muy bajo. De manera interesante, encontraron que menos del 70 % de los participantes recibieron información relacionada con COVID-19 y que fue impartida en castellano, lo cual limita la adquisición efectiva de información entre el personal de salud y la población y que se asoció significativamente con no estar inmunizado ($p \leq 0.001$). Este estudio es un buen ejemplo de la importancia de considerar los indicadores sociodemográficos de una población antes de implementar medidas para la PS.

9. Discusión

El estado de Puebla cuenta con varias instituciones públicas enfocadas a la salud (Tabla 5: “Instituciones públicas en Puebla del año 2019-2023”) y que deben atender a una amplia diversidad de personas de la población que acuden a dichos servicios médicos. En el 2019 se reportó un mayor número de personas que acudieron a estas instituciones, en años posteriores se presentaron bajas y altas, esto puede deberse a que en muchas ocasiones no se cuenta con todos los medicamentos, el personal de atención es insuficiente para una atención de primer nivel, un difícil acceso a las instituciones, poblaciones lejanas y de recursos limitados, etc. Analizando el punto siguiente están los recursos humanos con los que se cuentan las instituciones, que abarca desde el personal médico como el no médico, los cuales brindan atención y

servicios a la población, se observan cifras altas en los años 2019 y 2020, no adecuadas para la demanda que acude a recibir atención, sin embargo en años posteriores hasta el 2023 este número va en decadencia, lo cual repercute directamente en la sociedad, pues todos ellos son un pilar importante para la PS, son los que reciben de primera instancia y son guías para que tanto los individuos como la comunidad pueda actuar en su propia salud.

Otro aspecto importante es donde se lleva a cabo la atención, las unidades médicas y el nivel de atención de acuerdo a la necesidad de cada persona, siendo la consulta externa la que tiene mayor número, sin embargo no todas las personas requieren únicamente de este servicio, por lo que tanto la hospitalización general y especializada deben estar aptas por si se requiere, esto se evita si se trabaja en las personas sanas, promoviendo su salud, evitando caer en la enfermedad potencializando su salud, la cual es una prioridad de la PS.

INDICADORES	2019	2020	2021	2022	2023
Población usuaria de servicios médicos de instituciones públicas	1,959.728	1,546.733	945,135	1,003.499	1,828.366
Recursos humanos.	38,082	40,734	31,403	35,650	37,735
INDICADORES	2019	2020	2021	2022	2023
	Consulta externa:				
	110	108	104	108	108
	Hospitalización General:				
Unidades médicas y nivel de atención.	5	5	5	5	5
	Hospitalización especializada				
	7	7	7	7	8

Tabla 5. Instituciones públicas de salud en Puebla del año 2019 – 2023. Las Instituciones Públicas son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, ISSSTEP, IMSS-BIENESTAR, SSA, HUBUAP y DIF. Recursos Humanos son: Personal médico, contacto directo con el paciente, médicos generales, médicos especialistas, odontólogos, residentes, pasantes, en otras labores, personal no médico, personal paramédico, enfermería: auxiliar, general, especializado, pasantes, otro, otro personal paramédico, personal de servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, personal administrativo y otro personal. *Fuente:* Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla (CEiGEP), Sistema Estatal de Información (SEI), 2023.

La promoción de la salud requiere también de actividades de investigación y análisis para optimizar recursos, sobre todo cuando los presupuestos económicos no son suficientes. El presente trabajo de tesis plantea un análisis descriptivo a partir de la revisión de datos sociodemográficos reportados por el INEGI en el Estado de Puebla. Dentro de los indicadores que seleccionamos, algunos nos parecieron relevantes para resaltarlos y discutir al respecto.

Los indicadores de fecundidad y mortalidad son fundamentales para entender la dinámica poblacional y las condiciones de salud en una región. En este estudio, se analizaron estos indicadores en dos municipios del estado de Puebla: Atlixco y Teziutlán, considerando a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en los años 2015 y 2020. La fecundidad promedio, medida como el número de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) por mujer, mostró una disminución en ambos municipios durante el período de estudio. En 2015, la fecundidad promedio fue de 1.7 hijos por mujer tanto en Atlixco como en Teziutlán, reduciéndose a 1.5 en 2020. Esta tendencia a la baja puede estar relacionada con varios factores, como el acceso a métodos anticonceptivos, cambios en las prioridades y expectativas de vida de las mujeres, mayor acceso a la educación y al empleo, entre otros. La disminución de la fecundidad es un fenómeno observado en muchas partes del mundo y puede tener implicaciones importantes para la estructura demográfica y económica de las comunidades. En cuanto a la mortalidad infantil, definida como el porcentaje de hijos(as) fallecidos, los resultados fueron variados entre los dos municipios. En Atlixco, la tasa de mortalidad infantil se mantuvo constante en un 3.3 % tanto en 2015 como en 2020. Por otro lado, en Teziutlán, la tasa de mortalidad aumentó del 2.9 % en 2015 al 4.1 % en 2020. Este aumento en Teziutlán es preocupante y sugiere un posible deterioro en las condiciones de salud o en la atención médica disponible para la población infantil. Factores como la calidad de los servicios de salud, el acceso a cuidados prenatales y neonatales, y las condiciones socioeconómicas pueden influir significativamente en las tasas de mortalidad infantil. La diferencia en las tendencias de mortalidad infantil entre los dos municipios puede indicar variaciones en los determinantes sociales de la salud y la calidad de los servicios de salud

disponibles. Es crucial investigar más a fondo las causas subyacentes a estas diferencias y desarrollar intervenciones específicas que puedan abordar los factores contribuyentes, especialmente en Teziutlán, donde se observa un aumento en la mortalidad infantil. Las políticas públicas orientadas a mejorar la atención médica materno-infantil, así como a promover la educación y el bienestar socioeconómico, son esenciales para mejorar estos indicadores de salud.

Otro indicador relevante se refiere a la disponibilidad de servicios básicos en las viviendas, ya que es un factor crucial para garantizar la salud y el bienestar de la población. En este estudio, se analizaron los datos de acceso a servicios como agua entubada, drenaje, servicio sanitario y electricidad en los municipios de Atlixco y Teziutlán, comparando la situación entre los años 2015 y 2020.

En Atlixco, los servicios de drenaje, servicio sanitario y electricidad mostraron una cobertura alta en 2015, con 93 %, 96 %, y 99.5 % respectivamente. Estas cifras indican que la mayoría de la población tiene acceso a servicios que son esenciales para mantener un ambiente saludable. Sin embargo, el acceso al agua entubada fue relativamente bajo, con solo el 59.9 % de la población cubierto. Para 2020, aunque se observó un aumento en la disponibilidad de todos los servicios básicos, destacándose el agua entubada que alcanzó un 66.6 %, este indicador sigue siendo preocupante. A pesar de la mejora, menos del 70 % de la población tiene acceso a agua entubada, lo que limita significativamente la calidad de vida y la salud pública en el municipio. Además, se incluyeron en 2020 reportes adicionales como el uso de tinacos (83.3 %) y cisternas o aljibes (19.2 %), lo cual indica que un segmento de la población depende de sistemas de almacenamiento de agua alternativos, posiblemente debido a la falta de acceso confiable al agua potable.

En Teziutlán, la situación es similar en términos de cobertura de servicios básicos, aunque el acceso al agua entubada fue mejor en comparación con Atlixco. En 2015, el 63.2 % de la población tenía acceso a agua entubada, una cifra que aumentó a 75.6 % en 2020. Aunque esto representa una mejora significativa, todavía queda un cuarto de la población sin acceso directo a agua potable, lo cual es un desafío considerable. El uso de tinacos y cisternas también es notable en Teziutlán,

con un 75.3 % y un 24.4 % de la población respectivamente que depende de estos medios para el almacenamiento de agua, lo que refleja la necesidad de soluciones alternativas en zonas donde el suministro de agua no es constante o suficiente.

La insuficiencia en la cobertura del servicio de agua entubada en ambos municipios podría estar relacionada con la existencia de comunidades marginadas o de difícil acceso, donde la infraestructura para estos servicios no ha llegado plenamente. La falta de acceso adecuado al agua potable es un problema serio que afecta directamente la salud, ya que limita la higiene personal, la preparación de alimentos y otras necesidades básicas que son fundamentales para prevenir enfermedades. Una posible solución, alineada con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es promover el uso de tecnologías sostenibles, como la recolección y tratamiento de agua pluvial. Esta estrategia, ya implementada en algunas regiones del país, podría ser una alternativa viable para mejorar el acceso al agua en áreas donde la infraestructura convencional es difícil de implementar o costosa de mantener.

Con respecto a las TIC, aunque van en aumento las TIC portátiles, observamos que el acceso a internet estaba por debajo del 50 % de la población en ambos municipios en 2020, esto pudo tener consecuencias de falta de información o de desinformación durante la posterior pandemia de COVID-19. Aumentar el acceso a internet y a las TICs representa una gran oportunidad para la PS si se les da un buen uso para evitar la desinformación o la automedicación.

La alfabetización es importante, el hecho de que la mayoría de la población esté alfabetizada ayudará a empoderar a las personas, así como también reducir la pobreza y aumentar la participación laboral, teniendo efectos positivos en su salud y en el medio ambiente. Sin embargo, el aumento en el nivel de grado escolar Superior sigue siendo menor a un 20 %. Aquí resulta importante la presencia y la labor del CUS BUAP de Teziutlán para ofrecer oportunidades regionales de una formación profesional en el área de las ciencias de la Salud.

Finalmente, pudimos notar que para el 2020 en ambos municipios el nivel con mayor porcentaje es el básico, seguido en el caso de Atlixco del nivel superior, medio

superior, sin escolaridad y finalmente el no especificado. En Teziutlán el segundo fue el nivel medio superior, después el superior, luego sin escolaridad y finalmente el no especificado. En este panorama el nivel de oportunidad de educación sanitaria de promoción de la salud (PS) puede ser desarrollado sin hacer énfasis en algún nivel específico, sino abarcando todos, adaptando las acciones de acuerdo con el grupo de edad y en conjunto evitar la deserción escolar, incentivando la educación en todos sus niveles.

10. Conclusiones.

- El análisis realizado refleja la necesidad de una atención continua y de un enfoque multidimensional para abordar los desafíos en la promoción de la salud en los municipios de Atlixco y de Teziutlán.
- En el contexto de la salud reproductiva y materno-infantil en los municipios de Atlixco y Teziutlán la disminución de la fecundidad es una tendencia positiva, pero el aumento en la mortalidad infantil en Teziutlán requiere una intervención urgente para asegurar el bienestar de las futuras generaciones.
- Aunque se ha observado una mejora en la cobertura de los servicios básicos entre 2015 y 2020, es evidente que no se ha alcanzado la totalidad de la población, particularmente en lo que respecta al acceso al agua entubada. Esto subraya la necesidad de desarrollar e implementar políticas y estrategias efectivas para reducir la pobreza y mejorar la infraestructura en las comunidades más desfavorecidas. Solo así se podrá garantizar que todas las personas tengan acceso a los recursos necesarios para gozar de una buena salud y calidad de vida.
- La escolaridad y el acceso a la información confiable mediante TICs también representan un área de oportunidad que ayudaría al desarrollo de la PS en esos municipios. Es una tarea importante de los gobiernos municipales el seguir aumentando la cobertura de estos indicadores sociodemográficos.
- Consideramos que los análisis como el que presentamos en este trabajo resultan útiles para obtener un panorama general comparativo entre municipios, basado en datos reportados por el INEGI, ya que permiten aprovechar información disponible y poder detectar áreas de oportunidad específicas para plantear planes de acción.

11. Referencias

1. Aguilera-Eguía R. ¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis? *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2014;21(6). doi:10.4321/s1134-80462014000600010
2. Ake, D; Cohuo, S; Morales, E & Bala, M. (2022). Promoción de la Salud: experiencias de investigación para el bienestar colectivo. México: CLAVE.
3. Cantú, P. (2011). Construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(2), 68-84.
4. Cantú, P; Cerqueira, M & Arrollo, H. (2012). PROMOCIÓN DE LA SALUD: Una Tarea y Desafío Vigentes (1.ª ed.). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
5. Carrión, J. M; Correa, A & Alvarado, F. (2020). El MeSH y la pregunta pico. Una herramienta clave para la búsqueda de información. *SANUM: revista científico-sanitaria*, 4(1), 46-58.
6. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica del Estado de Puebla (CEiGEP) & Sistema Estatal de Información (SEI). Histórico del Anual Estadístico. https://ceigep.puebla.gob.mx/historico_anuario
7. Fernández Martínez C, Imelda, P. J., González, K. B. S., Gamboa, E. S., Eduardo, M. L. J., & Javier, T. C. (2021). Análisis de resultados COVID-19 en una unidad de primer nivel de atención. *Innovación Y Desarrollo Tecnológico Revista Digital*.
8. Gobierno del Estado de Puebla. (2019). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. https://ss.puebla.gob.mx/images/areas/transparencia/Transparencia_focalizada/II_Marco_Program%C3%A1tico_Presupuestal/2_Programa_Sectorial_de_Salud_2019-2024.pdf
9. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2019). Informe al ejecutivo federal y al congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2018-2019.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2024). Programa IMSS-BIENESTAR.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Panorama Sociodemográfico de Puebla.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Panorama Sociodemográfico de Puebla.

13. Marmore, J. (2022). A 47 años del informe Lalonde, desarrollos, retos y perspectivas contemporáneas en la Promoción de la Salud de Canadá. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1988). Carta de Adelaida.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Carta de Bangkok.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Carta de Ginebra para el bienestar.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Declaración de Nairobi.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Declaración de Helsinki.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). Declaración de Shanghái, sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). (1997). Declaración de Yakarta.
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Quinta conferencia mundial de Promoción de la Salud.
24. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Agencia de las Naciones Unidas (UNICEF). (2018). Declaración de Astaná.
25. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región.
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). 30° Conferencia Sanitaria Panamericana. Política para recuperar el progreso hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Estrategia y plan de acción, sobre promoción de la salud, en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible, 2019-2030.

29. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Quinta conferencia mundial de promoción de la salud.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) & Campus virtual de salud pública. (2023). Curso Virtual de Promoción de la Salud. <https://campus.paho.org/es/curso/promocion-salud>
31. Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de Naciones Unidas por el Medio Ambiente (PNUMA) & Consejo de ministros de los países Nórdicos. (1991). Declaración Sundsvall.
32. Parra-Torres, N. M., Bautista-Hernández, G., Techalotzi-Amador, A., & Almonte-Becerril, M. (2022). Vacunación contra COVID-19 y su afrontamiento desde la perspectiva de tres pueblos originarios de la sierra nororiental de Puebla, México. *Atención Primaria*, 54(6).
33. Rivera Dommarco J, Barrientos Gutiérrez T, Oropeza Abúndez C. (2021). Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
34. Rojas-Botero ML, Mujica OJ, Avellaneda X, Cáceres C, Castro A, Cox AL, et al. No seguir ciegos a la equidad: lecciones por aprender de la pandemia de COVID-19 en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2024; 48:e71. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.71>
35. Ruvalcaba Ledezma JC, Beltrán Rodríguez MG, Benítez Medina A, Santiago Manzano D, García Mendoza F, Toribio Jiménez J, Reynoso Vázquez J, Peña Cisneros EM. Una reflexión en torno a Atención Primaria en Salud y la pandemia por SARS COVID-2; COVID-19 en México ante la confusión en la comunicación. *JONNPR*. 2020;5(6):631-43. DOI:10.19230/jonnpr.3710
36. Sánchez, A; Sánchez, R; Teomitzi, F; Ruiz, D; Cruz, J; Martínez, J & Saucedo, R. (2017). Programa Institucional. Puebla: secretaria de Salud.
37. Santos, C; Rodriguez, C; Rivero L; Ochoa, J; Stanford, A; Latinovic, L & Rueda, G. (2009). Implementación del modelo operativo mexicano de promoción de la salud. *Prev. Chronic Dis*; 6 (1): A32.
38. World Health Organization: WHO. (2023, 15 noviembre). Atención primaria de salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

12. Anexos

Los siguientes documentos, son datos seleccionados que se utilizaron para el presente trabajo de tesis.



Composición por edad y sexo Fecundidad y mortalidad Etnicidad
Afilación a servicios de salud **Vivienda** **Situación conyugal**
Características económicas Distribución territorial
Nacionalidad y acta de nacimiento Características educativas

Panorama sociodemográfico de Puebla 2015



Presentación

Obras complementarias publicadas por el INEGI sobre el tema:

Panorama sociodemográfico de México 2015.

Catalogación en la fuente INEGI:

304.601072 Encuesta Intercensal (2015).
Panorama sociodemográfico de Puebla 2015 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2016.
465 p.
ISBN 978-607-739-864-6
1. Puebla - Vivienda - Estadísticas. 2. Puebla - Población - Estadísticas. I. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México).

Conociendo México

01 800 111 4634
www.inegi.org.mx
atencion.usuarios@inegi.org.mx

 INEGI Informa  @INEGI_INFORMA

El **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**, con el propósito de actualizar las estadísticas sociodemográficas a mitad del periodo entre los censos de 2010 y 2020, realizó en marzo de 2015 la Encuesta Intercensal (EIC2015). El objetivo es generar información estadística que proporcione estimaciones sobre el volumen, la composición y distribución de la población y de las viviendas del territorio nacional, así como diversos indicadores sobre sus características principales.

A menos de 9 meses de concluido el levantamiento de la información en las viviendas, el **INEGI** dio a conocer a la sociedad en general los resultados de este proyecto, los cuales representan un insumo fundamental para la evaluación y elaboración de los planes, programas y políticas de la administración pública en los tres niveles de gobierno y son eje rector de los estudios e investigaciones en materia sociodemográfica.

En este marco, el **Instituto** presenta el **Panorama sociodemográfico de Puebla 2015**, que integra, a manera de síntesis, datos relevantes para conocer las características demográficas, sociales y económicas básicas de la población y las viviendas de Puebla. Con la entrega de esta publicación, el INEGI pone a su disposición una rápida mirada a la información que se recopiló en las viviendas del territorio estatal, desagregada por municipio. Es importante señalar que, al tratarse de una encuesta por muestreo probabilístico, los datos presentados son estimadores de los valores poblacionales y tienen asociados estadísticos de precisión y confianza que el usuario deberá tomar en cuenta y que pueden ser consultados en el sitio de la EIC2015, junto con la totalidad de información de este proyecto.

Invitamos a la sociedad mexicana a consultar los datos obtenidos y agradecemos su participación para que la Encuesta Intercensal fuera un éxito.

La totalidad de la información de la Encuesta Intercensal 2015, se encuentra disponible para su consulta en el sitio: <http://www.inegi.org.mx>.

Composición por edad y sexo

Población total*

134 364 Representa el 2.2% de la población estatal.

Relación hombres-mujeres

89.9 Existen 89 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana

27 La mitad de la población tiene 27 años o menos.

Razón de dependencia por edad

57.2 Existen 57 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

*En viviendas particulares habitadas.

Distribución territorial



Superficie **0.9%** del territorio estatal.

Densidad de población (hab/km²) **458.3**

Vivienda

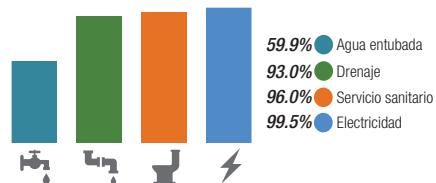
Total de viviendas particulares habitadas

35 093 Representa el 2.3% del total estatal.

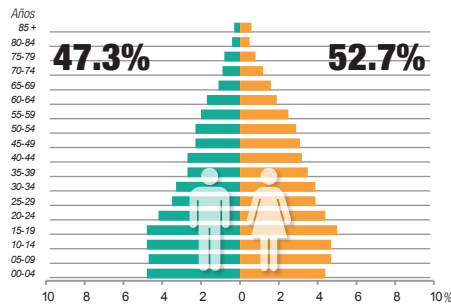
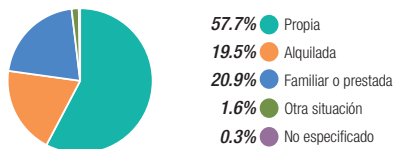
Promedio de ocupantes por vivienda **3.8**

Promedio de ocupantes por cuarto **1.1**

Disponibilidad de servicios en la vivienda



Tenencia de la vivienda



Nacionalidad y acta de nacimiento

Inscripción en el registro civil



0.2% de la población total no tiene nacionalidad mexicana.

Fecundidad y mortalidad

Promedio de hijos nacidos vivos* **1.7**

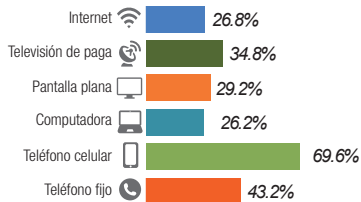
Porcentaje de hijos fallecidos* **3.3%**

*Mujeres de 15 a 49 años.

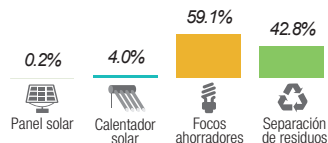
Viviendas con materiales de construcción precarios



Disponibilidad de TIC

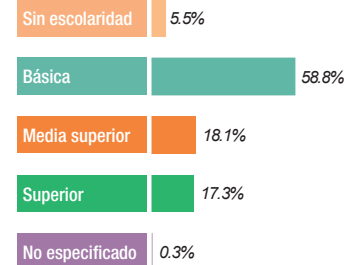


Ahorro de energía y separación de residuos



Características educativas

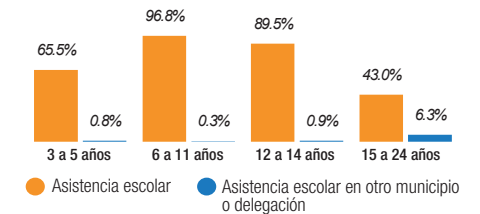
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad

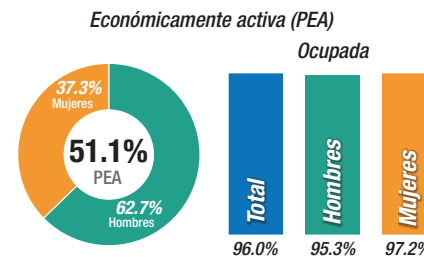


Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad

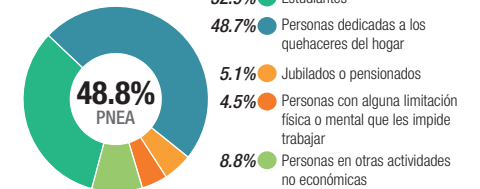


Características económicas

Población de 12 años y más



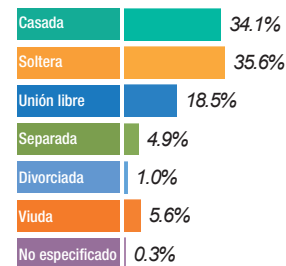
No económicamente activa (PNEA)



Porcentaje de la población de 12 años y más con condición de actividad no especificada 0.1.

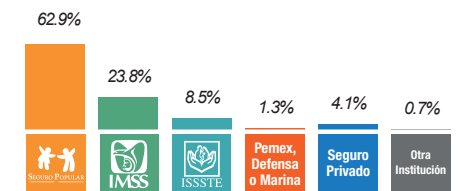
Situación conyugal

Población de 12 años y más según situación conyugal



Afiliación a servicios de salud

Población afiliada* **74.6%**



*Incluye afiliaciones múltiples.

Etnicidad

Población que se considera indígena

32.71%

Población que se considera afrodescendiente

0.10%

Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena

4.57%

0.36% de los hablantes de lengua indígena no hablan español.

Nota: Los indicadores presentados son estimadores obtenidos a partir de la Encuesta Intercensal 2015, sus estadísticas de precisión y confianza pueden consultarse en www.inegi.org.mx

Composición por edad y sexo

Población total*

97 590 Representa el 1.6% de la población estatal.

Relación hombres-mujeres

88.9 Existen 88 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana

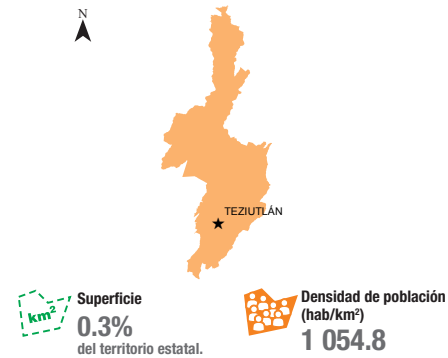
26 La mitad de la población tiene 26 años o menos.

Razón de dependencia por edad

54.3 Existen 54 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.

*En viviendas particulares habitadas.

Distribución territorial



Vivienda

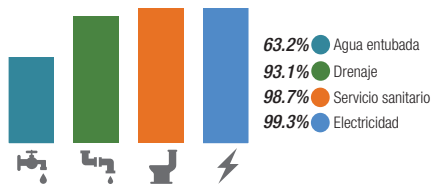
Total de viviendas particulares habitadas

25 450 Representa el 1.6% del total estatal.

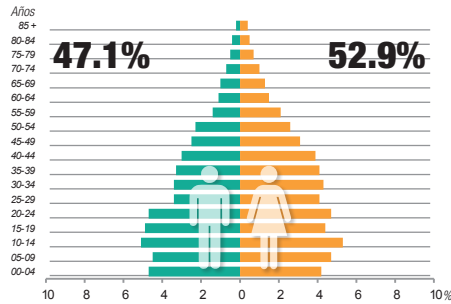
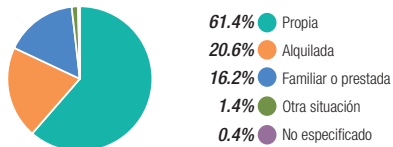
Promedio de ocupantes por vivienda 3.8

Promedio de ocupantes por cuarto 1.1

Disponibilidad de servicios en la vivienda



Tenencia de la vivienda



Nacionalidad y acta de nacimiento

Inscripción en el registro civil



Fecundidad y mortalidad

Promedio de hijos nacidos vivos* 1.7

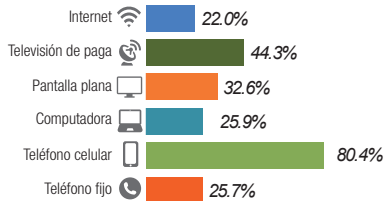
Porcentaje de hijos fallecidos* 2.9%

*Mujeres de 15 a 49 años.

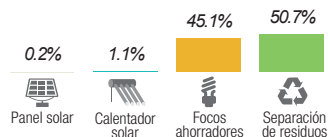
Viviendas con materiales de construcción precarios



Disponibilidad de TIC

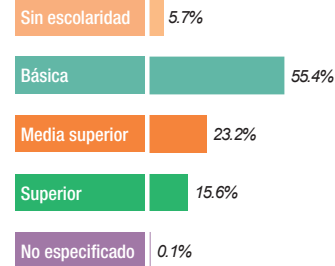


Ahorro de energía y separación de residuos



Características educativas

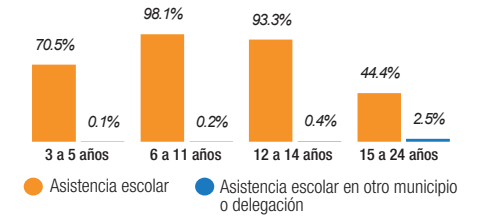
Población de 15 años y más según nivel de escolaridad



Tasa de alfabetización por grupos de edad

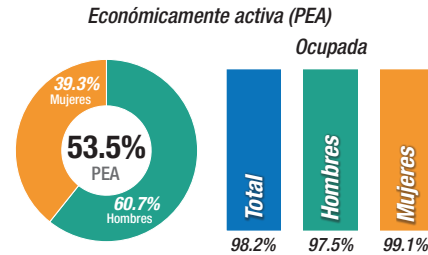


Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad

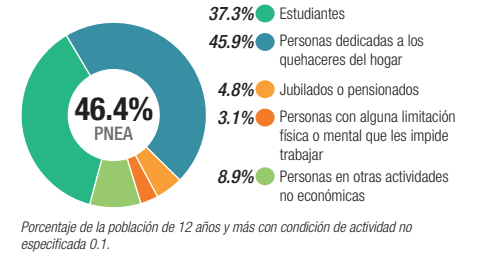


Características económicas

Población de 12 años y más

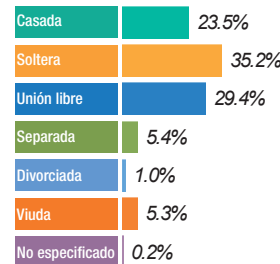


No económicamente activa (PNEA)



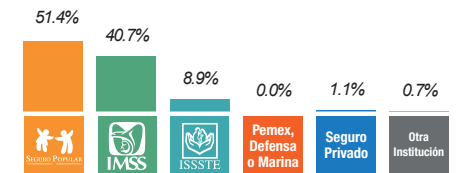
Situación conyugal

Población de 12 años y más según situación conyugal



Afiliación a servicios de salud

Población afiliada* 72.2%



Etnicidad

Población que se considera indígena 33.47%

Población que se considera afrodescendiente ND**

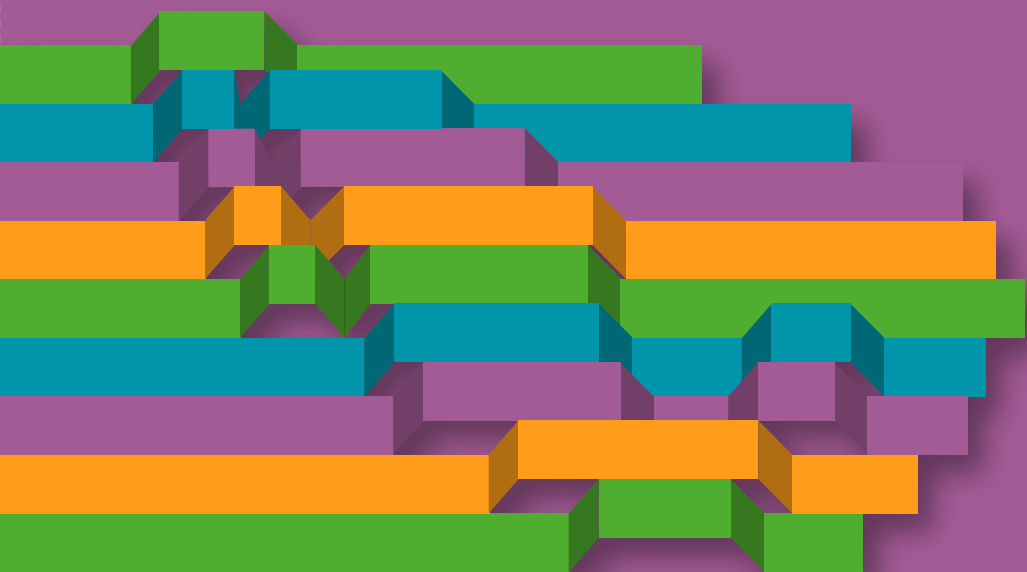
Población de 3 años y más que habla alguna lengua indígena 7.38%

0.62% de los hablantes de lengua indígena no hablan español.

Nota: Los indicadores presentados son estimadores obtenidos a partir de la Encuesta Intercensal 2015, sus estadísticas de precisión y confianza pueden consultarse en www.inegi.org.mx

PANORAMA SOCIODEMOGRÁFICO DE MÉXICO

— 2020 —



PUEBLA



Obras complementarias publicadas por el INEGI sobre el tema:
Panorama Sociodemográfico de Puebla. Censo de Población y Vivienda 2010.

Catalogación en la fuente INEGI:

304.601072 Censo de Población y Vivienda (2020).
Panorama sociodemográfico de Puebla :
Censo de Población y Vivienda 2020 : CPV /
Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-
- México : INEGI, c2021.

465 p.

1. Población - Puebla - Censos, 2020. 2.
Vivienda - Puebla - Censos, 2020. I. Instituto
Nacional de Estadística y Geografía (México).

Conociendo México

800 111 4634
www.inegi.org.mx
atencion.usuarios@inegi.org.mx

 INEGI Informa  @INEGI_INFORMA

Registro en trámite

2021, Instituto Nacional de Estadística y Geografía
Edificio Sede
Avenida Héroe de Nacozari Sur 2301
Fraccionamiento Jardines del Parque, 20276
Aguascalientes, Aguascalientes, Aguascalientes,
entre la calle INEGI, Avenida del Lago
y Avenida Paseo de las Garzas.

Presentación

El **Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)**, como organismo público autónomo, y conforme a las atribuciones que le confiere la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística (LSNIEG), realizó el Censo de Población y Vivienda 2020 con el propósito de producir información sobre la dimensión, estructura y distribución espacial de la población, así como de sus principales características socioeconómicas y culturales, además de obtener la cuenta y aspectos de las viviendas, respecto a: materiales de construcción, servicios, equipamiento e instalaciones, entre otros.

Los resultados del Censo constituyen la fuente que permite la mayor desagregación de datos estadísticos para el análisis y evaluación de la composición, distribución y crecimiento de la población en México. En el sector público, la información censal es el insumo principal para elaboración y diagnóstico de planes, programas y políticas en los tres órdenes de gobierno. En el ámbito académico, los datos estadísticos que provee el Censo se convierten en el eje rector de todos los estudios e investigaciones en materia sociodemográfica. Asimismo, en el sector privado los datos censales son una herramienta fundamental para la toma de decisiones.

En este marco, el **INEGI** presenta el **Panorama sociodemográfico de Puebla 2020**, que integra, a manera de síntesis, datos relevantes para conocer las características demográficas, sociales y económicas básicas de la población y las viviendas de México. Con la entrega de esta publicación, el **Instituto** pone a su disposición una rápida mirada a la información que se recopiló en todas las viviendas del territorio estatal, desagregada por municipio o demarcación territorial.

Agradecemos a la sociedad su participación en el Censo de Población y Vivienda 2020 y la invitamos a consultar la totalidad de información generada en este proyecto, la cual se encuentra disponible en el sitio: <http://www.inegi.org.mx>

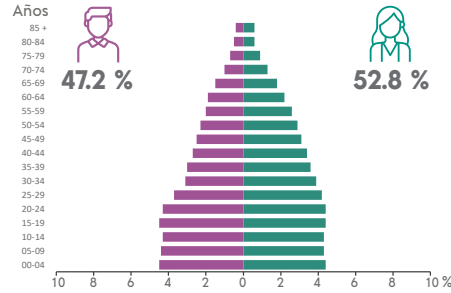
COMPOSICIÓN POR EDAD Y SEXO

Población total
141 793 representa el 2.2 % de la población estatal

Relación hombres-mujeres **89.2**
 Existen 89 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana **28**
 La mitad de la población tiene 28 años o menos.

Razón de dependencia **54.6**
 Existen 54 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Superficie (km²)
293.2 representa el 0.9 % del territorio estatal

Densidad de población (hab./km²)
483.6

Total de localidades **137**

Localidades con mayor población

Atlixco	89 314
San Jerónimo Coyula	7 750
Santa Cruz Tehuixpango	5 552

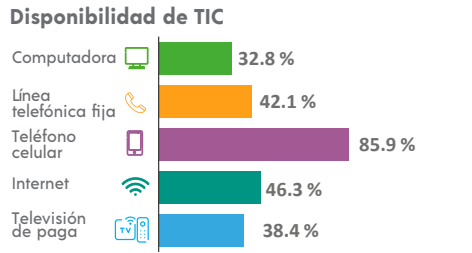
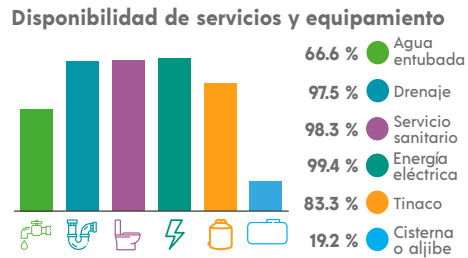
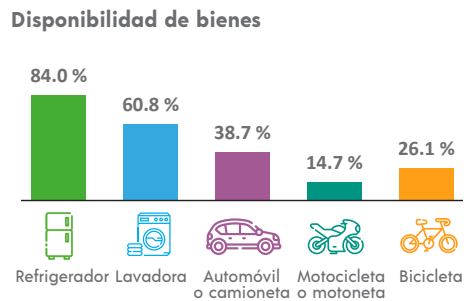
VIVIENDA

Total de viviendas particulares habitadas
37 573 representa el 2.2 % del total estatal

Promedio de ocupantes por vivienda **3.8**

Promedio de ocupantes por cuarto **1.0**

Viviendas con piso de tierra **4.2 %**



ETNICIDAD

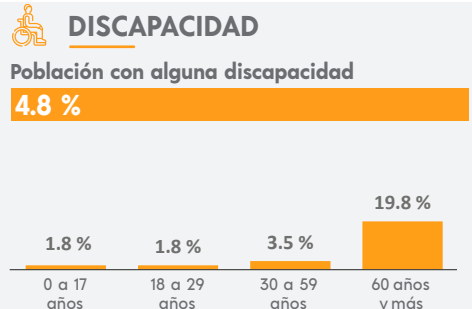
Población que habla lengua indígena¹ **2.67 %**

Población que no habla español de los hablantes de lengua indígena¹ **1.54 %**

Lenguas indígenas más frecuentes

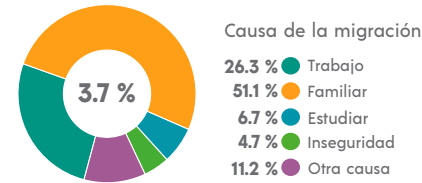
Náhuatl	93.7 %
Mixteco	1.4 %

Población que se considera afroamericana negra o afrodescendiente **0.91 %**



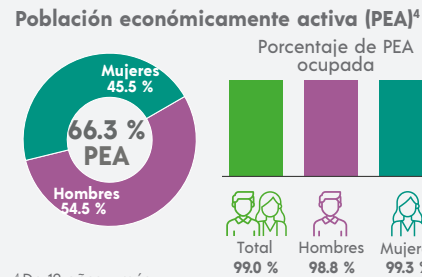
MIGRACIÓN

Población con lugar de residencia en marzo de 2015 distinto al actual²



² De 5 años y más.

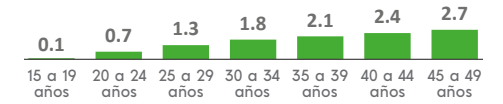
CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS



⁴ De 12 años y más.

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Promedio de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)³
1.5

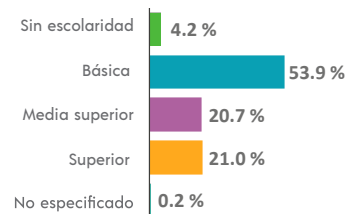


Porcentaje de hijas(os) fallecidas(os)³
3.3 %

³ Mujeres de 15 a 49 años.

CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad⁵

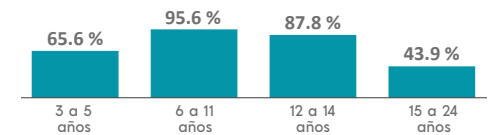


⁵ De 15 años y más.

Tasa de alfabetización

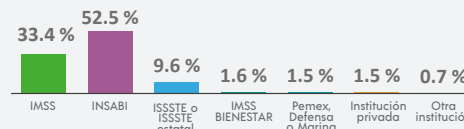
15 a 24 años	98.8 %
25 años y más	93.9 %

Asistencia escolar



AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

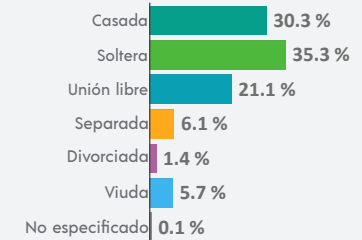
Población afiliada⁶
65.9 %



⁶ Incluye afiliaciones múltiples.

SITUACIÓN CONYUGAL

Población según situación conyugal⁷



⁷ De 12 años y más.

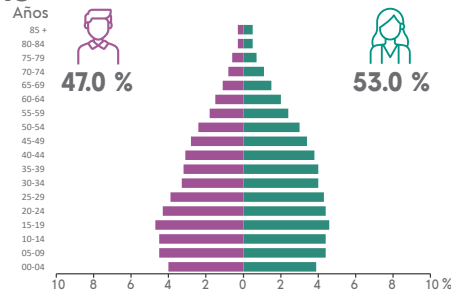
COMPOSICIÓN POR EDAD Y SEXO

Población total
103 583 representa el 1.6 % de la población estatal

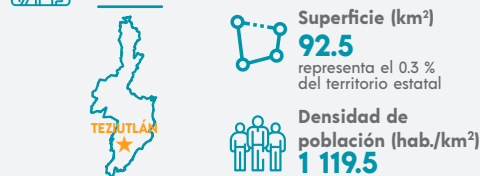
Relación hombres-mujeres **88.5**
 Existen 88 hombres por cada 100 mujeres.

Edad mediana **28**
 La mitad de la población tiene 28 años o menos.

Razón de dependencia **49.3**
 Existen 49 personas en edad de dependencia por cada 100 en edad productiva.



DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL



Total de localidades **30**

Localidades con mayor población

Teziutlán	62 849
Atoluca	6 939
San Juan Acateno	5 725

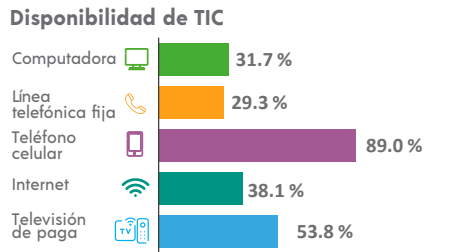
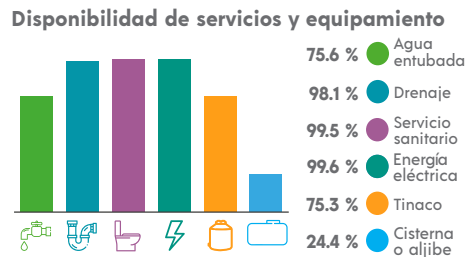
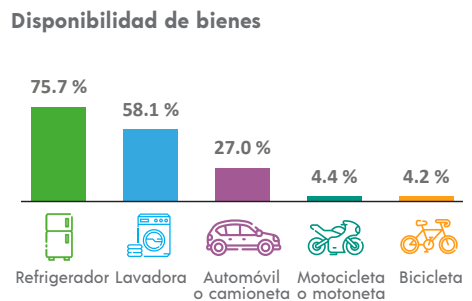
VIVIENDA

Total de viviendas particulares habitadas
28 286 representa el 1.7 % del total estatal

Promedio de ocupantes por vivienda **3.6**

Promedio de ocupantes por cuarto **1.0**

Viviendas con piso de tierra **1.5 %**



ETNICIDAD

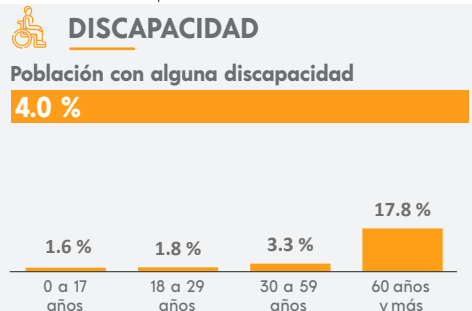
Población que habla lengua indígena¹ **6.55 %**

Población que no habla español de los hablantes de lengua indígena¹ **1.10 %**

Lenguas indígenas más frecuentes

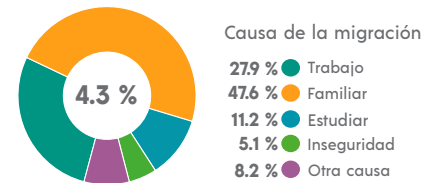
Náhuatl	97.6 %
Totonaco	2.0 %

Población que se considera afroamericana negra o afrodescendiente **1.39 %**



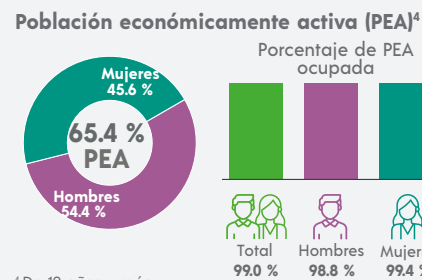
MIGRACIÓN

Población con lugar de residencia en marzo de 2015 distinto al actual²



² De 5 años y más.

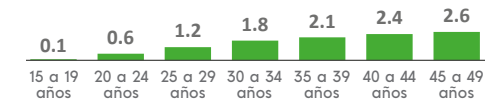
CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS



⁴ De 12 años y más.

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

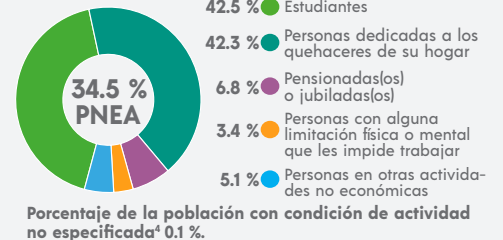
Promedio de hijas(os) nacidas(os) vivas(os)³
1.5



Porcentaje de hijas(os) fallecidas(os)³
4.1 %

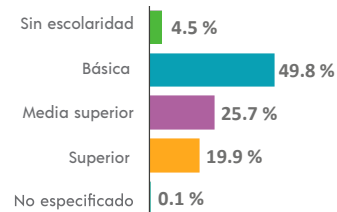
³ Mujeres de 15 a 49 años.

Población no económicamente activa (PNEA)⁴



CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS

Población según nivel de escolaridad⁵

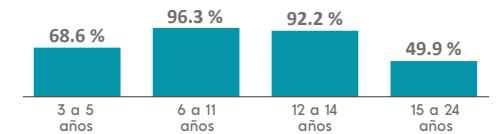


⁵ De 15 años y más.

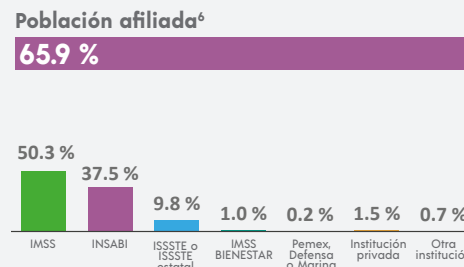
Tasa de alfabetización

15 a 24 años	99.2 %
25 años y más	94.3 %

Asistencia escolar



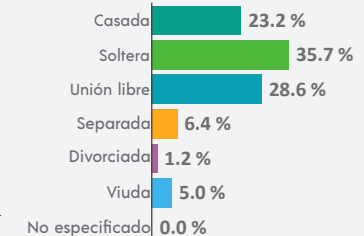
AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD



⁶ Incluye afiliaciones múltiples.

SITUACIÓN CONYUGAL

Población según situación conyugal⁷



⁷ De 12 años y más.