ENSANUT CONTINUA

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICION 2021 SOBRE COVID-19

RESULTADOS NACIONALES

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Instituto Nacional de Salud Pública

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales.

Primera edición, 2022

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-222-0

Hecho en México
Made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez.
Edición: Francisco Reveles (coordinador), Raquel Reyes, Ana Tlapale Vázquez.
Diseño y formación: Juan Pablo Luna, Andrea Montiel.

Citación sugerida: Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2022.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICION 2021 SOBRE COVID-19

RESULTADOS ■ NACIONALES

Coordinación General
Teresa Shamah-Levy, Juan Rivera-Dommarco

Coordinación Operativa
Lucía Cuevas-Nasu, Martín Romero-Martínez, Elsa Berenice Gaona-Pineda, Luz María Gómez-Acosta, Laura Rosario Mendoza-Alvarado, Ignacio Méndez Gómez-Humarán

Autores por tema

Metodología
Martín Romero-Martínez

Hogar

Características de la población
Norma Isela Vizuet-Vega, Ignacio Méndez Gómez-Humarán, Erika Mayorga-Borbolla

Necesidades de salud y cascada de atención
M. Arantxa Colchero, Luis Alberto Moreno-Aguilar, Rouselinne Gómez-Cifuentes, Sergio Bautista-Arredondo

Apoyo de programas alimentarios
María del Carmen Morales-Ruan, Araceli Apolonia Salazar-Coronel

Seguridad alimentaria
Verónica Mundo-Rosas, Norma Isela Vizuet-Vega, Jesús Martínez-Domínguez, Suriel Mellado-Aceves

Inseguridad del agua en los hogares
Alicia Muñoz-Espinosa, Verónica Mundo-Rosas, Teresa Shamah-Levy, Jesús Martínez-Domínguez, Suriel Mellado-Aceves, Hugo Melgar-Quiñonez, Sera Lewise-Young

Utilización de servicios de salud

Utilización de servicios de salud
M. Arantxa Colchero, Luis Alberto Moreno, Rouselinne Gómez, Sergio Bautista-Arrendondo

Covid-19

Cambios en actividad física
Brenda Martinez-Tapia, Luz María Gómez-Acosta

Cambios en la alimentación
Brenda Martinez Tapia, Elsa Berenice Gaona Pineda

Medidas de mitigación ante el Covid-19, Casos positivos a Covid-19, Cascada de atención Covid-19, Situación económica ante el Covid-19
Arantxa Colchero, Luis Alberto Moreno, Rouselinne Gómez, Sergio Bautista-Arredondo

Acciones durante el confinamiento por Covid-19
Laura Rosario Mendoza-Alvarado, Celia Hubert-López

Comportamiento ante el Covid-19
Leticia Torres-Ibarra, Ana Basto Abreu, Martha Carnalla-Cortés, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Vacunación Covid-19
Martha Carnalla, Ana Basto-Abreu, Dalia Stern, Sergio Bautista-Arredondo, Celia Alpuche-Aranda Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Seroprevalencia al SARS-CoV-2
Martha Carnalla-Cortés, Ana Basto-Abreu, Leticia Torres-Ibarra, Jesús Martínez-Barnetche, Martín Romero-Martínez, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez.

Salud

Vacunación
Lourdes García García, Norma Mongua Rodríguez, Elizabeth Ferreira Guerrero, Guadalupe Delgado Sánchez, Leticia Ferreyra Reyes, Maribel Martínez Hernández Sergio Cañizales Quintero Norma Téllez Vazquez

Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de DIT
R. Argelia Vázquez Salas, Aremis Villalobos Hernández, Celia Hubert López, Betania Allen Leigh, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Mishel Unar Munguía, Anabelle Bonvecchio Arenas

Educación, Desarrollo Infantil temprano, Calidad del contexto
R. Argelia Vázquez-Salas, Aremis Villalobos-Hernández, Celia Hubert López, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas
Lourdes García García, Guadalupe Delgado Sánchez, Elizabeth Ferreira Guerrero, Leticia Ferreyra Reyes, Norma Mongua Rodríguez, Maribel Martínez Hernández, Sergio Cañizales Quintero, Norma Téllez Vazquez

Accidentes
Elisa Hidalgo Solórzano

Ataque y violencia
María del Rosario Valdez Santiago, Aremis Villalobos Hernández

Sintomatología depresiva
Aremis Villalobos Hernández, R. Argelia Vázquez Salas, Celia Hubert López, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Disciplina
Celia Hubert López, R. Argelia Vázquez Salas, Aremis Litaí Villalobos Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Salud sexual y reproductiva adolescentes
Aremis Villalobos, Elvia de la Vara, Leticia Suárez, Celia Hubert, José Alejandro Rodríguez Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Salud sexual y reproductiva adultos
Elvia de la Vara, Leticia Suárez, Aremis Villalobos, Celia Hubert, José Alejandro Rodríguez Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Enfermedades crónicas en adolescentes
Ana Basto-Abreu, Martha Carnalla, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Tabaco
Luz Myriam Reynales Shigematsu, Marina Séris Martínez, Nancy López Olmedo, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Aremis Villalobos Hernández, Leticia Torres Ibarra, Ana Basto Abreu, Martha Carnalla Cortés

Alcohol
Nancy López Olmedo, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Marina Séris Martínez, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Aremis Villalobos Hernández, Leticia Torres Ibarra, Ana Basto Abreu, Martha Carnalla Cortés

Programas preventivos, Diagnóstico previo de enfermedades crónicas y Antecedentes heredo-familiares
Rosalba Rojas Martínez

Reconocimiento de la situación de socialización
Angélica Ángeles Llerenas, Rocío Rodríguez Valentín, Eduardo Lazcano Ponce

Nutrición

Estado de nutrición de preescolares, escolares y adolescentes
Lucía Cuevas-Nasu, Alicia Muñoz-Espinosa, Marco Antonio Ávila-Arcos

Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil
Luz Dinorah González Castell, Mishel Unar Munguía

Etiquetado de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas
Lizbeth Tolentino Mayo, Janine Sagaceta-Mejía, Carlos Cruz-Casarrubias, Ana Munguía, Regina Durán, Víctor Ríos Cortázar, Alejandra Jauregui, Simón Barquera

Sobrepeso y obesidad e hipertensión arterial en adultos
Ismael Campos-Nonato, Lucía Hernández, Cecilia Oviedo, Simón Barquera

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano
Elsa Berenice Gaona Pineda, María Concepción Medina Zacarías, Andrea Arango Angarita, Danae Gabriela Valenzuela Bravo, Brenda Martinez Tapia, Sonia Rodríguez Ramírez

Enfermedades crónicas por indicadores bioquímicos en suero
Ana Basto-Abreu, Leticia Torres-Ibarra, Martha Carnalla, Rosalba Rojas, Martin Romero-Martínez, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Responsables de áreas de apoyo

Coordinación del trabajo de campo
Luz María Gómez Acosta, Laura Rosario Mendoza Alvarado, Brenda Martinez Tapia, Norma Isela Vizuet Vega, Miguel Ángel Gaytán Colin, Nohemí Hernández Carapia

Supervisores regionales del trabajo de campo:
Miguel Ángel Austria Carlos, María del Socorro Jaimes Terán, Verónica Alejandra Jasso Gil, Melchisedec Maldonado López, Militza Berenice Martínez Estrada, Hilario Alejandro Oviedo Jurado, Rosalba Torres Espinosa, María de los Ángeles Torres Valencia

Programación e informática
Fernando Zapata, David Efraín García-López, Eric Rolando Mauricio López, Marco Antonio Ávila-Arcos, Lester Carballo-Pérez, Jesús Martínez-Domínguez

Revisión e integración del informe
Elsa Berenice Gaona-Pineda, Corin Hernández-Palafox, Lucia Cuevas-Nasu, Teresa Shamah-Levy

Apoyo administrativo y secretarial
Gabriela Eguiza-Tamayo, Sandra Martínez-López, Laura Ivette García-Herrera, Claudia Flores-Oropeza, María Magdalena Díaz-Espinosa, Violeta Ramos-Martínez, Martha Villalobos-Olguín, Angélica Denisse García-Beltrán

Contenido

Presentación 7

Resumen ejecutivo 9

Metodología 15

1 **Hogar** 23

2 **Utilización de servicios de salud** 52

3 **Componente Covid-19** 61

4 **Salud** 118
- Niños 118
- Adolescentes 173
- Adultos 207

5 **Nutrición** 265
- Niños 265
- Adolescentes 285
- Adultos 292

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), es un insumo esencial para la planeación de las políticas, estrategias y programas y de salud tanto del gobierno federal como de los gobiernos de las entidades federativas. Se trata de una encuesta nacional probabilística de hogares, cuyo objetivo es estudiar indicadores claves de salud, nutrición, sus determinantes y el desempeño del sistema de salud.

La Ensanut tiene sus raíces en las primeras encuestas nacionales probabilísticas de nutrición y de salud, realizadas originalmente de manera separada por la Secretaría de Salud (SS) a finales de la década de 1980. Poco más de una década después se llevaron a cabo nuevamente encuestas de nutrición (1999) y salud (2000) de manera independiente. Fue a partir del 2005-6 que iniciaron las Ensanut, las cuales obtienen información sobre salud y nutrición, en forma simultánea, en una misma muestra nacional, con una periodicidad sexenal, con el fin de propiciar la rendición de cuentas del gobierno saliente y proporcionar insumos al gobierno entrante para la planeación de las políticas y acciones en materia de salud. En 2011-12 se llevó a cabo la segunda Ensanut y en el año 2017, debido a falta de recursos de la SS se interrumpió la Ensanut 2017-18 correspondiente al final del sexenio 2012-2018, la cual se llevó a cabo, con apoyo de la SS, INEGI, y Conago, un año después (Ensanut 2018-19).

Para evitar que se repitiera la experiencia de interrupción de la encuesta del 2017-18 por falta de recursos, el INSP planteó a la SS de la actual administración federal la posibilidad de realizar encuestas continuas, con periodicidad anual, en concordancia con los ciclos presupuestales del Gobierno federal, mediante la asignación al presupuesto anual regular del INSP de un fondo que generara certidumbre sobre los recursos necesarios para el levantamiento, análisis y publicación de las encuestas continuas.

Como resultado de la iniciativa conjunta entre la Secretaria de Salud y el INSP, a partir del año de 2020 inicia la Ensanut continua, con periodicidad anual, lo que se traduce en que cada año se realizan operativos de campo para recabar información, a fin de que a lo largo del periodo 2020-2024 se genere información que permita, al final del periodo, contar con variables relevantes sobre salud, nutrición y sus determinantes y sobre el desempeño del sistema de salud para los ámbitos nacional, urbano y rural, regional y estatal. Los operativos anuales permiten hacer estimaciones confiables, cada año, de algunas variables claves, tanto para el ámbito nacional como para ámbitos regionales.

Así, la Ensanut Continua tuvo su primer levantamiento en el año 2020. Los resultados de esta encuesta anual fueron puntualmente publicados el año pasado. Este documento presenta los resultados y conclusiones de la Ensanut 2021.

Las Ensanut 2020 y 2021 obtuvieron información en muestras nacionales probabilísticas, representativas de nueve regiones del país, que fueron definidas mediante la unión de estados contiguos y buscando que las regiones tuvieran un tamaño de población similar. La población objetivo de las encuestas consideró a todos los habitantes de las viviendas particulares habitadas y por razones de tipo operativo se excluyeron a los habitantes de viviendas colectivas, como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles o asilos; además, se excluyeron a las áreas que no fue posible visitar, principalmente por motivos de seguridad.

La Ensanut 2020 obtuvo una muestra nacional de 10 217 hogares, mientras que en la Ensanut 2021 se obtuvo una muestra nacional de 12 619 hogares. Ambas encuestas anuales hacen referencia a la situación de indicadores selectos de salud y nutrición en la población mexicana, además de contar con un módulo sobre la epidemia por Covid-19, debido a que la pandemia estaba presente en los periodos de levantamiento de dichas encuestas.

El objetivo de la Ensanut 2021, fue actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes, y examinar la respuesta social organizada de la población frente a estos problemas, incluyendo la cobertura y calidad de los servicios de salud, la cobertura de los programas prioritarios de prevención en salud y alimentación en los ámbitos nacional, por entidades federativas, para zonas urbanas y rurales y por estratos socioeconómicos. Un segundo objetivo fue la medición de la prevalencia de la población mexicana que tenía anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2, con el propósito de captar el porcentaje de población con inmunidad adquirida debido a la infección viral y a la aplicación de vacunas. Además, se estudiaron de los factores asociados a dicha respuesta y la experiencia de la población en relación con la vacunación contra Covid-19.

Este informe presenta los principales indicadores de salud y nutrición obtenidos en el operativo del 2021, lo que permite ir conformando el panorama de la salud y nutrición de la población del país durante el primer ciclo de Ensanut continua del 2020 al 2024.

Finalmente, agradecemos a las autoridades de salud, tanto federales como estatales, su interés y apoyo para poder llevar a cabo la Ensanut 2021 y a la población participante en la encuesta por su generosidad con el tiempo dedicado a la misma y por brindarnos la información solicitada.

Dra. Teresa Shamah Levy
Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco
Dr. Eduardo Lazcano Ponce

Resumen ejecutivo

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud y se realiza desde 1986. Para el periodo 2020-2024 la periodicidad de la encuesta, que era generalmente cada seis años, al final de cada Administración Federal, pasó a ser anual, en concordancia con los ciclos presupuestales del Gobierno federal, lo que garantiza la existencia de recursos para su levantamiento. Las encuestas anuales permiten estimaciones nacionales y regionales cada año y estimaciones para el ámbito de las entidades federativas al final de cada sexenio para la mayor parte de los indicadores.

Por otro lado, debido a la pandemia por Covid-19 que enfrenta la humanidad, tanto en 2020 como en 2021 la Ensanut incluyó un módulo para identificar el impacto de esta contingencia sanitaria en la salud y nutrición de la población mexicana, así como estimar, en muestras de suero, el porcentaje de la población con anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2 debido a la exposición al virus o por efecto de la vacunación. De tal manera que la Ensanut 2021 sobre Covid-19 tiene los objetivos generales de actualizar la información sobre la frecuencia y distribución de indicadores selectos de salud y nutrición de la población del país; así como estimar la seroprevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2. Para tal fin, durante los meses de agosto a noviembre de 2021, el personal del operativo de levantamiento de campo de la Ensanut obtuvo información de una muestra nacional representativa de 12 619 hogares.

Hogar

Dentro de los principales hallazgos, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 mostró que la distribución de la muestra fue similar a la del Censo de Población y Vivienda 2020 para la entidad, indicando un índice de masculinidad del 0.95. El 29.3% de los hogares se encontraron en localidades rurales y 31.3% contaba con jefatura femenina. En 12.9% de los hogares usan leña como combustible para cocinar, 1.8% tienen piso de tierra y 0.8% no cuentan con energía eléctrica. La escolaridad promedio de la población de 15 años y más fue de 11.7 años; 48.7% de la población de 15 a 24 años de edad y 96.1% de 6 a 14 años asisten a la escuela. El 57.6% de la población económicamente activa son empleados. En relación con las necesidades de salud durante los tres meses previos a la entrevista, de 43 724 informantes, 20% reportó haber tenido alguna necesidad de salud; de ellos, 88% buscó atención y 87% la recibió, pero sólo 40% se atendió en los servicios públicos de salud. La principal necesidad de salud fue por eventos agudos (48%). El 39% de los derechohabientes del IMSS y 49% del ISSSTE se atendieron en servicios privados; mientras que para la población en general esta proporción fue de 54 por ciento.

En 39.5% de los hogares reportaron que al menos alguno de sus integrantes recibe algún programa social de ayuda alimentaria, siendo en mayor proporción la Pensión para el Adulto mayor (62.2%), seguido del Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (6.1%) y el Programa de Abasto Social de Leche Liconsa (5.2%).

Otras de las características estudiadas en el ámbito del hogar fue la inseguridad alimentaria. Se encontró que 60.8% presentaron algún nivel de inseguridad alimentaria; siendo 34.9% leve, 15.8% moderada y 10.1% severa. Además, por primera vez la encuesta incluye información sobre la inseguridad del agua; definida como la capacidad de acceder y beneficiarse de agua asequible, confiable y segura para el bienestar y una vida saludable; encontrando que 16.3% de los hogares presentaron inseguridad, destacando la región Estado de México con 23.9 por ciento.

Utilizadores de servicios de salud

Sobre la utilización de servicios de salud, de 3 027 individuos que reportaron haber tenido una necesidad de salud y usarlos, 23.3% se atendió en el IMSS, 22.2% se atendió en consultorios de médico privado ubicados en domicilios particulares, 16.4% en centro de salud u hospital de la SS, 19.9% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 5.5% en consultorio dentro de un hospital privado y 3.2% en otros servicios privados. Los motivos para acudir a esos servicios fueron principalmente la afiliación (28.6%) y la cercanía (24.7%). A 89% de los usuarios le recetaron medicamentos, 70% reportaron gasto en este rubro, siendo la mediana del gasto de 450 pesos.

Módulo Covid-19

En el módulo Covid-19 de la encuesta, 27.7% reportó que realizaban actividad física o practicaban algún deporte antes de la pandemia; de esa fracción, 68.9% indico que su actividad disminuyó; siendo el grupo de los adolescentes de 10 a 14 años el que mostró mayor reducción (71.5%). En cuanto a la percepción del tiempo que pasan sentados o reclinados actualmente en comparación con el tiempo previo a la pandemia, cerca de una tercera parte de la población reportó un incremento; esta misma cifra se encontró para la percepción de incremento en el tiempo frente a pantallas. En 73.2% de los participantes en este módulo no reportó cambios en cuanto a su percepción del consumo de alimentos en el hogar. En cerca de uno de cada cuatro hogares, se informó haber reducido el consumo de carnes rojas, pollo y pescado.

En la sección sobre apego a las medidas de mitigación aconsejadas para la prevención de Covid-19, los porcentajes de informantes en el hogar que manifestaron seguir siempre las recomendaciones fueron: 80% para el uso de cubrebocas, 66% para “no acudir a lugares concurridos” y 55% quedarse en casa. Las razones de la falta de apego a las recomendaciones fueron, para uso de cubrebocas, dificultad para respirar (39%); para “no acudir a lugares concurridos y para no quedarse en casa. por tener que acudir al trabajo (50 y 78%, respectivamente). En el ámbito nacional la asistencia a clases virtuales mediante plataformas como Zoom, Skype, Google Classroom

y Teams se reportó en 42.1% de los hogares con estudiantes en zonas rurales el medio más usado para tomar clases fueron los libros de texto (33.9%); mientras en zonas urbanas fueron las clases en línea (43.7%). Sólo en 10.4% de los hogares reportaron que algunos de sus integrantes asistían a clases presenciales.

A comparación de los efectos de la pandemia en la economía de los hogares en el 2020, en 2021 68.4% reportó haber aumentado sus gastos generales y 72% los gastos en alimentos.

En relación con los casos positivos a Covid-19 y la cascada de atención por este padecimiento, se encontró que el 15.1% de la población reportó haberse realizado una prueba Covid-19 y de éstos 57.9% lo hizo en el sector privado. El 4.7% reportó haber sido diagnosticado con Covid-19 por algún personal de salud, de enero 2021 a la fecha de la entrevista, con una positividad del 23%; de los cuales 96% buscó atención, 93.9% la recibió, 61.6% reportó haber tenido una secuela después de haber sido dado de alta o un mes posterior al inicio de la enfermedad y 34% seguía experimentando secuelas. El 68% recibió atención en servicios privados. Los casos positivos a Covid y que fueron atendidos indicaron que en 32.1% se atendió en un consultorio en domicilio particular de médicos privados, 18.7% en el IMSS, 10.2% en consultorio dentro de hospital privado, 9% en clínicas u hospitales de la SS, 6.7% atención privada en el domicilio del entrevistado, 2.9% atención privada en torre de consultorios, 2.7% en atención vía remota, 2.6% en el ISSSTE, 2.9% otros privados y 0.6% otros públicos.

En cuanto a el comportamiento de prevención de Covid-19 en los hogares se desea resaltar que en 22.8% reportaron que rara vez o nunca mantienen el confinamiento social. En los lugares de trabajo cerca de 79.7% comentó que se mantiene el distanciamiento físico. La proporción de adultos mayores que asisten a centros de trabajo fue de 29.3% en 2021 vs. 15.8% en 2020. Esto mismo se observa en personas con enfermedades crónicas 30.1% en 2021 y 14.4% del 2020.

En el ámbito nacional, 73.8% de la población mayor de 18 años había recibido al menos una dosis de vacuna anti-Covid-19; siendo la prevalencia de esquema completo de 48.2 por ciento. Más de 80% de la población mayor de 40 años reportaron haber recibido al menos una dosis. Las vacunas de Pfizer y Sinovac muestran una mayor proporción de segundas dosis aplicadas en todos los grupos de edad, seguido de AstraZeneca y Sputnik, todas con un patrón ascendente con la edad. El 41.9% de las personas que recibieron al menos una dosis no reportaron molestias. Un porcentaje importante de los grupos de edad que ya eran elegibles para ser vacunados no se vacunaron: 17.6% de 30 a 39 años, 18.2% de 40 a 49 años, 15% de 50 a 59 años y 8.5% de 60 y más. Las razones por las que no se vacunaron fueron por causas ajenas a su voluntad, como que no contaron con permiso por parte de sus jefes en el trabajo, se acabaron las vacunas/no alcanzó, la fila de espera era larga, no tuvo quien lo acompañara. Por otro lado, las proporciones de los participantes que consideran que las vacunas tienen efectos adversos para su salud fue de 12.4% para el grupo de 30 a 39 años, 18.7% en 40-49 años, 26.4% para 50 a 59 años y 30.4% para el grupo de 60 y más años.

Mediante la determinación de anticuerpos en muestras sanguíneas de participantes de la encuesta, se encontró que a comparación con el año 2020, en el 2021 la prevalencia de anticuerpos de SARS-CoV-2 contra la proteína N aumentó de 24.9 a 57.9% y contra la proteína S de 23.6% a 74.7 por ciento. Contra la proteína S, la seroprevalencia aumentó con la edad hasta el grupo de 50-59 años (91.1%), disminuyendo para el grupo de 60 años y más (78.0%).

Salud de la población de 0 a 9 años

En cuanto a los temas de salud de la población de 0 a 9 años, se encontraron los siguientes hallazgos relevantes. Respecto al Programa de Vacunación Universal, en los niños y niñas de 12 a 35 meses se encontraron esquemas de vacunación completos entre 56.7 y 86.6%, para las distintas vacunas. El 27.5% de los niños y niñas de un año de edad tuvieron esquema completo. La tercera parte de los niños de uno y de dos años de edad tuvieron esquema de cuatro vacunas. Sobre la atención prenatal de las madres de menores de dos años de edad, 86.3% indicaron que contaron con un control adecuado de mínimo cinco consultas y 98.8% tuvieron un parto atendido por personal del área médica.

Sobre la atención de la salud de menores de cinco años, 60.8% había sido llevado al menos a una consulta del niño(a) sano(a) en su vida y 28.1% contó con una evaluación de desarrollo infantil temprano (DIT). Mientras cerca de 92% de los niños que acudieron a consulta fueron pesados y medida su talla, sólo en 62.2% recibieron suplementos de hierro y 39.1% se les realizó una prueba para la detección de anemia. Sobre la educación de esta población, 53.3% de la población de 36 a 59 meses asiste a educación preescolar, la principal razón de la no asistencia a este nivel educativo fue que está muy pequeño(a) (64.4%). En la población de 24 a 59 meses de edad se estimó una prevalencia de DIT adecuado en 81.5%; además la calidad del contexto de los niños y niñas menores de cinco años, nos muestra que el porcentaje con participación en cuatro o más actividades de estimulación y aprendizaje es de 80.8%, 35% cuenta con al menos tres libros infantiles, 87.8% juegan con juguetes de manufactura o comprados en tiendas, 66.5% con objetos del hogar o fuera de él y 29.4% con juguetes caseros. Es de suma relevancia la cifra de 51.3% de las niñas y niños de este grupo de edad que son disciplinados con algún método violento físico o psicológico. La prevalencia de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en menores de cinco años fue de 6.5%; mientras que de infección respiratoria aguda fue de 32.1 por ciento.

Además, en población menor de 10 años se identificó que 3.4% sufrió alguna lesión provocada por un accidente en los últimos 12 meses, el tipo de accidente más frecuente fueron caídas (78.2%) siendo el hogar el lugar donde más se presentan los accidentes de este grupo de edad (72.2%). Finalmente, en población de 2 a 17 años se encontró una prevalencia de 13.1% de dificultades funcionales en al menos un ámbito.

Salud de la población adolescente de 10 a 19 años

Menos de 10% de los adolescentes fueron vacunados con al menos una dosis de los tres biológicos establecidos en su esquema de vacunación. Dentro de los factores de riesgo para la salud de esta población se encontró que la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado fue de 4.6%, 1.3% indicó consumo diario. El 4.4% fueron exfumadores y 91.1% nunca han fumado. El consumo actual de alcohol en este grupo de edad, definido como el consumo de al menos una copa de alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, fue de 21.1%, 8% reportó el consumo con frecuencia mensual y el consumo excesivo en los últimos 30 días se encontró en 5.5 por ciento.

Sobre la salud sexual de esta población se encontró que 86.4% reportó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivos, pero sólo 36.3% identifica que el condón masculino es útil para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual. El 19.5% de los adolescentes de 12 a 19 años han iniciado vida sexual. El 19.3% reporto no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, cifra similar se encontró para la última relación sexual. El 36% de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años, reportó haber estado alguna vez embarazada.

La población adolescente que reportó algún daño a la salud por accidentes en los 12 meses previos a la entrevista fue de 4.9%, el tipo de accidentes más frecuentes fueron caídas con 55.4 y 25.2% fue con accidentes viales, y los lugares donde se registraron los accidentes fueron la vía pública (50.3%), en su hogar (23.8%) y su trabajo (6.4%). El 2.5% reportó haber sufrido un ataque o violencia en los últimos 12 meses. Finalmente, 6.3% presentó pensamientos suicidas.

Salud del adulto de 20 años o más

La cobertura de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos de 20 a 59 años fue de 16.6% según la cartilla nacional de salud; mientras que de tétanos y difteria fue de 68.1 por ciento. En cuanto a otros factores de riesgo como la detección oportuna de padecimientos crónicos, se resalta que sólo 21.4% de las mujeres de 20 años o más se realizaron el Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo a la entrevista, y 15.6% se realizó una exploración clínica de senos. Los adultos de 20 años y más que acudieron a detección de diabetes e hipertensión fueron 9.6 y 7.5%, respectivamente. Todas estas proporciones son menores a las registradas en Ensanut 2012 y 2018. El consumo actual de tabaco fumado en la población adulta fue de 19.1%, el consumo diario se encontró en 8.6%, 17.4% son exfumadores y 63.5% nunca han fumado. En relación con el consumo de alcohol en esta población fue de 51.8%, 18.5% reportó una frecuencia de consumo semanal o mensual y el consumo excesivo con frecuencia mensual se encontró en 17.6 por ciento.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población adulta del país, 90.8% reportó haber iniciado vida sexual, 37.3% no utilizó algún método anticonceptivo en la última relación sexual. En salud materna, se encontró que 29.1% de las mujeres de 20 a 49 años señalaron haber estado alguna vez embarazadas, 98.8% recibió atención médica con el último hijo nacido vivo; siendo las principales medidas la detección de sífilis (66%) y VIH (79.5%) y la prescripción de ácido fólico (98.4%); el porcentaje de cesáreas fue de 48.2%, cifra superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la NOM-007. Al 68.6% de estas mujeres les proporcionaron algún método anticonceptivo.

El 4.4% de los adultos de 20 años o más presentaron daños a la salud por accidentes en el año previo a la entrevista, el grupo de edad más afectado fue el de 80 y más años, siendo 10.1 por ciento. El tipo de accidente más reportado fueron las caídas (53%) y accidentes viales (26.2%); y el lugar más reportado fue la vía pública en 48.5 por ciento. El 2.9% de la población adulta sufrió un evento violento o ataque en el año previo a la entrevista. Además, 16.1% presentó sintomatología depresiva moderada o severa. La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre adultos (>18 años) es de 7.7 por ciento. En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas

por diagnóstico médico previo se encontró de 16.8% para obesidad, 10.2% para diabetes (25.5% en adultos de 60 años y más), hipertensión con 15.7%, 14.9% para enfermedad renal, hipercolesterolemia en 32.8 por ciento.

Nutrición

Para los menores de 23 meses, en 95.6% se reportó que alguna vez fue amamantado y en 61.7% se reportó lactancia exclusiva en los primeros tres días de vida, en 47.5% de los menores de 6 a 23 meses se encuentra la lactancia materna continuada y en 68.8% se encontró diversidad alimentaria mínima.

En menores de cinco años se encontró una prevalencia de 12.6% para baja talla, 1.5% de emaciación, 3.7% de bajo peso y 7.8% presentaron sobrepeso u obesidad. Para la población escolar de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue de 37.4 por ciento. En la población de 1 a 4 años de edad se reportó un consumo habitual de bebidas endulzadas (87%) y botanas (53%), cifras muy cercanas o incluso mayores que algunos alimentos saludables como lácteos (65.4%) y frutas (53.9%). Para los escolares de 5 a 11 años, la proporción que consumió bebidas endulzadas fue de 92.9% y 50% botanas dulces y postres; mientras que 91.3% consumía agua de manera habitual.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años se encontró en 42.9%, lo cual resulta compatible con porcentaje de adolescentes que reportaron consumir bebidas endulzadas de manera habitual (91.7%), proporción que resulta mayor a la encontrada para agua (77.9%).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 20 o más fue de 72.4% (75% en mujeres y 69.6% en hombres) y la de hipertensión arterial (considerando el hallazgo en encuesta más el diagnóstico previo) fue de 26.4% para mujeres y 30.5% para hombres. En relación con el etiquetado de alimentos empaquetados se encontró que 89.4% de los adultos entrevistados han visto el nuevo sistema de advertencia, 44.2% de los entrevistados pudieron identificar el alimento menos saludable con este sistema; 60.5% indicó que este nuevo sistema de etiquetado de advertencia es de ayuda para los padres y madres de familia para elegir alimentos más saludables para sus hijos(as). En cuanto al consumo de grupo de alimentos de manera habitual se encontró que una importante proporción consume alimentos no recomendables como las bebidas endulzadas (69.3%). Finalmente, a partir de muestras de sangre venosa, la prevalencia de diabetes en adultos fue de 15.8%; siendo de 5.4% el hallazgo en la encuesta. De 32.1% de la población con colesterol alto, 18% no contaba con un diagnóstico y de 51.4% con triglicéridos altos, 35.9% desconocía esta condición.

Como se puede apreciar con los hallazgos resaltados, la Ensanut es un instrumento que permite contar con información de suma relevancia para la detección, monitoreo y atención de los principales problemas de salud de la población; así como de sus factores de riesgo.

Metodología

Antecedentes

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) Continua 2020-2024 forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), creado por la Secretaría de Salud en 1986 con la primera Encuesta Nacional de Salud. El SNES tiene como objetivo obtener información periódica y confiable del estado de salud y nutrición de la población en México, así como documentar el desempeño del Sistema Nacional de Salud. A más de 30 años de su creación, el SNES engloba más de 20 encuestas nacionales entre las que se encuentran: las encuestas nacionales de salud de 1986, 1994 y 2000, las encuestas nacionales de nutrición de 1988 y 1999; y las encuestas nacionales de salud y nutrición de 2006, 2012, 2016 y 2018-19.

La Ensanut Continua tiene como plan visitar anualmente durante el periodo 2020-2024 a todas las entidades federativas del país para lograr dos objetivos: obtener estimaciones regionales anuales y obtener estimaciones estatales al finalizar 2024. La Ensanut Continua representó un cambio en el diseño de las Ensanut: pasar de grandes encuestas con periodicidad sexenal a encuestas medianas con periodicidad anual. La decisión de transitar a la nueva Ensanut Continua tiene como ventaja, el generar anualmente promedios móviles de las estimaciones estatales y estimaciones regionales de los principales parámetros de salud. En consecuencia, la Ensanut Continua permitirá estimar las tendencias en el estado de salud y nutrición de la población, así como monitorear anualmente los resultados de los programas y políticas nacionales dirigidos a mejorar la provisión de servicios de salud, tanto preventivos como curativos.

En este año, 2021, debido a la contingencia sanitaria que se atraviesa a causa de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, la Ensanut 2021 sobre Covid-19, además de actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de las principales condiciones de salud y nutrición, mantiene un módulo específico sobre Covid-19 que estimará la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2, a través del análisis de una muestra de sangre capilar. Esta determinación permitirá estimar el porcentaje de la población con posible infección por SARS-CoV-2 y/o que ha sido vacunada contra Covid-19. Además, se estudiará la experiencia y los cambios debido a la epidemia sobre el comportamiento, seguridad alimentaria, alimentación, actividad física y atención a la salud de la población.

La información generada por esta encuesta permitirá identificar avances y retos, así como definir las prioridades de salud y nutrición para los próximos años. Asimismo, servirá como base para evaluar el impacto de la pandemia en el mediano y largo plazo sobre la salud de la población y la atención de los servicios de salud.

Para lograr su objetivo, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 obtuvo respuestas de 1 090 hogares en el estado de Guanajuato y 12 619 hogares a nivel nacional.

Objetivos

Los objetivos de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 son los siguientes:

Generales

- Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores selectos sobre condiciones de salud y nutrición de los habitantes de viviendas particulares de México.
- Estimar la seroprevalencia a SARS-CoV-2 en población con edad mayor a un año cumplido por haber estado en contacto con el virus o por la vacunación e identificar sus factores asociados.

Específicos

- Evaluar la cobertura sobre la aplicación de la vacuna contra SARS-CoV-2.
- Examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, en particular, examinar la cobertura, utilización y calidad percibida de los servicios de salud ante la emergencia del Covid-19.
- Determinar el estado de nutrición de la población, y cuantificar la magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición y de la obesidad.
- Cuantificar las prevalencias y distribución de enfermedades crónico-degenerativas en los adultos.
- Estudiar factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, incluyendo patrones dietéticos y otros relacionados con estilos de vida.
- Estudiar las prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria) en niños menos de 36 meses.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis definidas para la Ensanut 2021 sobre Covid-19 son las siguientes:

- Hogar: es el conjunto de personas relacionadas por algún parentesco o no, que habitualmente duermen en una vivienda bajo el mismo techo. Estas personas se benefician de un ingreso común aportado por uno o más de los miembros del hogar.
- Utilizadores de servicios de salud: son las personas del hogar que recibieron atención ambulatoria en los tres últimos meses a la fecha de la entrevista por necesidad de salud a cualquier síntoma

que generó malestar físico u emocional en el entrevistado, además de consultas programadas y servicios de medicina preventiva.

- Preescolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, con edades de 0 a 4 años.
- Escolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, de 5 a 9 años.
- Adolescentes: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 10 a 19 años.
- Adultos: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 20 años o mayores.

Diseño de la muestra

La Ensanut 2021 sobre Covid-19 tiene un diseño de muestra probabilístico, estratificado y por conglomerados que permite hacer inferencias estadísticas sobre la seroprevalencia de SARS-CoV-2 en las poblaciones de nueve regiones geográficas de México, las cuales fueron definidas mediante la unión de estados contiguos priorizando que las regiones tuvieran un tamaño de población similar. Estas regiones fueron Pacífico-Norte, Frontera, Pacífico-Centro, Centro-Norte, Centro, CDMX, Estado de México, Pacífico-Sur y Península (cuadro 1). Además, mediante una sobremuestra en el estado de Guanajuato, también es posible hacer inferencias útiles sobre el estado de Guanajuato.

Cuadro 1

Definición de regiones geográficas

Región	Estados	Porcentaje de población
Pacífico -Norte	Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa, Sonora	9%
Frontera	Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas	12%
Pacífico-Centro	Colima, Jalisco, Michoacán	11%
Centro-Norte	Aguascalientes, Durango, Guanajuato, Querétaro, San Luís Potosí, Zacatecas	13%
Centro	Hidalgo, Tlaxcala, Veracruz	10%
CDMX	Ciudad de México	8%
Estado de México	Estado de México	14%
Pacífico-Sur	Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla	13%
Península	Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán	10%

Para el estado de Guanajuato que pertenece a la región Centro-Norte, se asignó una sobremuestra para obtener al menos 1 000 entrevistas completas de hogar.

Marco de muestreo

El marco de muestreo de las unidades primarias de muestreo (UPM) es un listado de AGEB (áreas geoestadísticas básicas) construido a partir de las AGEB definidas por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Las AGEB rurales del Conteo de Población y Vivienda 2005 se utilizaron para formar conglomerados de las localidades rurales del Censo de Población y Vivienda de 2020; por otra parte, en las localidades urbanas se usaron las AGEB urbanas del Censo 2020 como conglomerados de manzanas urbanas.

Selección de unidades primarias de muestreo

Las unidades primarias de muestreo (UPM) se clasificaron en tres estratos a partir del tamaño de la localidad: rural, urbano y metropolitano (cuadro 2).

Cuadro 2

Estratificación de unidades primarias de muestreo (UPM)

Estratificación de UPM	Descripción
Metropolitano	Localidades con 100 000 habitantes o más
Urbano	Localidades con 2 500 a 99 999 habitantes
Rural	Localidades con menos de 2 500 habitantes

Las UPM se seleccionaron con probabilidad proporcional a su población y el número de UPM que se asignó a los estratos fue proporcional a su población.

Selección de unidades secundarias de muestreo

El esquema de selección dependió del tipo de estrato. En las UPM de los estratos urbano y metropolitano, se seleccionaron cinco manzanas con probabilidad proporcional a la población en la manzana; luego, en cada manzana seleccionada se realizó una selección de seis viviendas utilizando un muestreo sistemático con arranque aleatorio, el cual se realizó en campo por el equipo de cartografía (ajeno al equipo de entrevistadores).

En el caso de las UPM del estrato rural, se seleccionaron dos localidades con probabilidad proporcional a su tamaño (población total). Posteriormente, durante la visita del equipo de cartografía al campo, se construyeron seudomanzanas (conglomerados de aproximadamente 50 viviendas) dado que no existen mapas de manzanas disponibles para las localidades rurales. Una seudomanzana fue seleccionada dentro de cada localidad por medio de un muestreo aleatorio simple, y en ella se formaron conglomerados de aproximadamente 15 viviendas; finalmente fue seleccionado un conglomerado con muestreo aleatorio simple.

Selección de personas dentro de las viviendas

La selección de personas dentro de las viviendas constó de dos etapas. En la primera etapa los habitantes se estratificaron en seis grupos de edad y se aplicaron los procedimientos de muestreo descritos en el cuadro 3; adicionalmente, se seleccionó una submuestra de los utilizadores de servicios de salud que recibieron atención médica ambulatoria en los últimos tres meses.

Cuadro 3

Grupos de selección de individuos

Grupo de selección	Descripción	Fracción de muestreo
Preescolar	Niños de 0 a 4 años	Todos
Escolar	Niños de 5 a 9 años	Uno por hogar
Adolescentes	Adolescentes de 10 a 19 años	Uno por hogar
Adultos 20-34	Adulto de 20 a 34 años	Uno por hogar, en 80% de los hogares; excepto en CDMX donde se seleccionó uno por hogar
Adultos 35-49	Adulto de 35 a 49 años	Uno por hogar, en 80% de los hogares; excepto en CDMX donde se seleccionó uno por hogar
Adultos 50+	Adulto de 50 años y más	Uno por hogar, en 80% de los hogares; excepto en CDMX donde se seleccionó uno por hogar
Utilizador de servicios de salud	Personas que fueron atendidas por alguna necesidad de salud durante los últimos 3 meses.	En 50% de los hogares se seleccionó hasta dos utilizadores

Luego, en una segunda visita al hogar, los cuestionarios de nutrición se aplicaron con las siguientes fracciones de muestreo a las personas seleccionadas (adultos, adolescentes, preescolares, escolares): antropometría (88% en personas de 0 o más años), frecuencia de consumo de alimentos (88% en niños 1-4 años, 25% en niños 5 a 11, y 27% en el resto de las edades), obtención de muestras de sangre venosa (30% en adultos de 20 años y más), obtención de muestras de sangre capilar (67% en personas de 1+ años), etiquetado de alimentos empaquetados (88% de adultos de 20 años y más) y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (88% de los niños de 0 a <3 años).

Tamaño de muestra

Tomando en consideración que la Ensanut 2021 tiene dos objetivos: estimar la seroprevalencia de SARS-CoV-2 y acumular información para realizar estimaciones estatales al finalizar el año 2024. Debido a que la Ensanut 2021 contribuye a la muestra final de la Ensanut Continua, la cual colectará información de 2020 a 2024, para poder realizar inferencias estatales al finalizar el periodo de los cinco años; por ello, a cada estado se le asignó un tamaño de muestra de 300 o 330 hogares completos.

Lo anterior, con el objetivo de garantizar al menos 1 200 entrevistas de hogar completas en los años 2021 a 2024, periodo en el que se espera sea posible aplicar el conjunto completo de cuestionarios de la Ensanut Continua. Por otra parte, se asignó un tamaño de muestra de 1 000 entrevistas de hogar completas al estado de Guanajuato, la Ciudad de México y el Estado de México, para tener resultados comparables con el número de entrevistas de hogar completas obtenidas en la Ensanut 2020 sobre Covid-19: Ciudad de México (1 163), Estado de México (967) y Guanajuato (1 138).

El tamaño de muestra en mediciones de seropositividad se estimó mediante la fórmula siguiente.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{\delta^2} \, deff$$

Donde n = número de muestras sangre capilar, P = Seroprevalencia a estimar (23%); Z = 1.96 es el cuantil 97.5% de una distribución normal, δ es la semiamplitud (0.055) del intervalo de confianza y el efecto de diseño (deff) es 4.18; el cual se interpreta como el número de unidades colectadas por un procedimiento de muestreo específico que son equivalentes, para propósitos de estimación, con una unidad colectada mediante muestreo aleatorio simple. La prevalencia de 23% y el deff se estimaron de la Ensanut 2021. Entonces, con base en los parámetros descritos se obtiene un tamaño de muestra de 949 mediciones por región. Una vez determinados el número de hogares con entrevista completa (m) de hogar por estado y el número de muestras de sangre capilar (n), se asumió una tasa de respuesta (R) y se estimó el promedio de personas seleccionadas por hogar (K); entonces, se determinó una fracción de muestreo por región mediante la ecuación n = (entidades en la región)*m*K*R*f.

Cuadro 4

Tamaño de muestra por región de la Ensanut 2021

Región	Entidades	Hogares completos	Viviendas seleccionadas
Pacífico-Norte	Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa, Sonora	1 560	2 080
Frontera	Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas	1 200	1 600
Pacífico-Centro	Colima, Jalisco, Michoacán	930	1 240
Centro-Norte	Aguascalientes, Durango, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas	2 650	3 533
Centro	Hidalgo, Tlaxcala, Veracruz	930	1 240
CDMX	Ciudad de México	1 000	1 667
Estado de México	Estado de México	1 000	1 667
Pacífico-Sur	Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla	1 230	1 640
Península	Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán	1 560	2 080
Total		**12 060**	**16 747**

El cuadro 4 presenta el tamaño de muestra en hogares planeado para las regiones de la Ensanut 2021; se asume una tasa de respuesta de hogar de 75%, excepto para Ciudad de México (60%) y Estado de México (60%).

Alcance

El diseño de muestra de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 tiene diferencias con el diseño de otras encuestas realizadas por el INSP (Ensanut 2018-19, Ensanut 2012 y Ensanut 2006), pero las estimaciones obtenidas sobre regiones geográficas (localidades rurales, localidades urbanas, estados, municipios) son comparables porque el muestreo es probabilístico y las preguntas de las encuestas son comparables. Por otra parte, en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 están presentes las variables de la posestratificación sociodemográfica de hogares usada en las publicaciones de Ensanut desde 2006; entonces, será posible hacer comparaciones de parámetros condicionados por el posestrato socioeconómico usado en otras encuestas. Respecto a la incertidumbre de las estimaciones presentadas, todas las estimaciones son inciertas debido al error de muestreo, es decir, a la obtención de conclusiones a partir de un subconjunto de población (muestra). El error de muestreo de cualquier estimador puede ser cuantificado por un intervalo de confianza y en este informe no se incluyeron todos los intervalos de confianza dada la gran cantidad de estimaciones reportadas; sin embargo, éstos pueden ser calculados a partir de las bases de datos de la encuesta, las cuales se encuentran disponibles en el sitio https://ensanut.insp.mx/. Adicionalmente, es importante señalar que dada la cantidad de intervalos de confianza que se presentan, existe una posibilidad de que algunos de ellos sean equivocados en el sentido de no incluir el parámetro. También, se desea enfatizar que algunos intervalos de confianza pudieran no ser de utilidad práctica para los tomadores de decisiones, especialmente, si lo intervalos son muy amplios; lo que es más frecuente que suceda en parámetros estimados con pocas observaciones.

Logística de campo

Se conformaron 13 equipos de trabajo a nivel nacional para el componente de salud y 12 para el componente de nutrición. Dichos grupos de trabajo estaban conformados por entrevistadores y/o antropometristas, supervisores y operadores de vehículos. Cada uno fue capacitado y estandarizado, en la aplicación de cuestionarios y mediciones biológicas para garantizar la calidad de los datos recabados.

El operativo de campo tuvo tres fases: 1) trabajo de cartografía, realizada en el mes de julio, 2) aplicación de los cuestionarios del componente de salud durante agosto a octubre, y 3) aplicación de cuestionarios del componente de nutrición y obtención de mediciones de antropometría y muestras biológicas (peso, talla y muestras de sangre) de finales de agosto a mediados del mes de noviembre.

El grupo de cartógrafos recorrió las AGEB seleccionados para realizar mapas y listados de viviendas en las áreas seleccionadas (manzanas, localidades); además, mediante la operación de un programa de cómputo, los cartógrafos seleccionaron de los listados de viviendas a las viviendas que serían visitadas por los entrevistadores.

Posteriormente, en cada hogar se aplicó el procedimiento siguiente para el componente de salud:

1. Los entrevistadores se presentaron y brindaron información sobre la encuesta para solicitar el consentimiento informado de todos los participantes, o sus padres o tutores.
2. Se aplicó el cuestionario del hogar a un informante de 18 o más años. Con la información obtenida sobre los integrantes del hogar, se eligió de manera probabilística a las personas por grupo de edad para la aplicación de los cuestionarios individuales de salud y de utilizadores de servicios de salud. En el caso de los y las seleccionados(as) menores a 10 años, las preguntas fueron formuladas a sus padres o tutores. Para el resto de los grupos de edad, el cuestionario se aplicó directamente a la persona elegida.

Finalmente, en el componente de nutrición que se realizó en una visita posterior a los hogares seleccionados:

3. Se realizaron las mediciones antropométricas, de tensión arterial y obtención de las muestras de sangre capilar (casual).
4. En otra visita al hogar se recolectaron las muestras de sangre venosa (en ayuno) a los adultos seleccionados de la submuestra de hogares Ensanut 2021 sobre Covid-19.
5. Además, se aplicaron a los integrantes seleccionados los cuestionarios correspondientes a cada edad para frecuencia de consumo de alimentos, etiquetado de alimentos empaquetados y prácticas de lactancia materna y alimentación infantil.

La información fue recabada mediante dispositivos electrónicos móviles (tabletas) con sistema operativo Android, y se empleó un sistema de captura y validación desarrollado en el lenguaje CS-Pro 4.0. Adicionalmente, se utilizaron dos sistemas para la administración de la información recolectada: el sistema CSweb para transferir datos desde dispositivos Android a un servidor donde se integró la información y el sistema de reportes de la Dirección de Encuestas para realizar tabulados de avance en tiempo real.

1. Hogar

1.1 Características sociodemográficas de los integrantes

Todas las estimaciones de medias, totales y proporciones se realizaron por medio del paquete estadístico Stata 16.1, usando los comandos para encuestas complejas por medio del prefijo "svy". Se construyó un índice de bienestar a partir de las características de las viviendas, bienes y servicios disponibles. Se seleccionaron ocho variables que son: los materiales de construcción del piso, las paredes y el techo, el número de cuartos que se usan para dormir, la disposición de agua, la posesión de automóvil, el número de bienes domésticos (refrigerador, lavadora, microondas, estufa y boiler) y el número de aparatos eléctricos (tv, cable, radio, teléfono celular y computadora). El índice se construyó por medio del Análisis de Componentes Principales (ACP), dado que la mayoría de variables son categóricas, se utilizó una matriz de correlaciones policóricas. Se seleccionó como índice el primer componente que acumula 47.7% de la variabilidad total, con un valor propio (lambda) de 3.8.

Finalmente, se clasificó el índice en tres y cinco categorías ordinales de nivel de bienestar, utilizando como puntos de corte los terciles y quintiles respectivamente.

Población

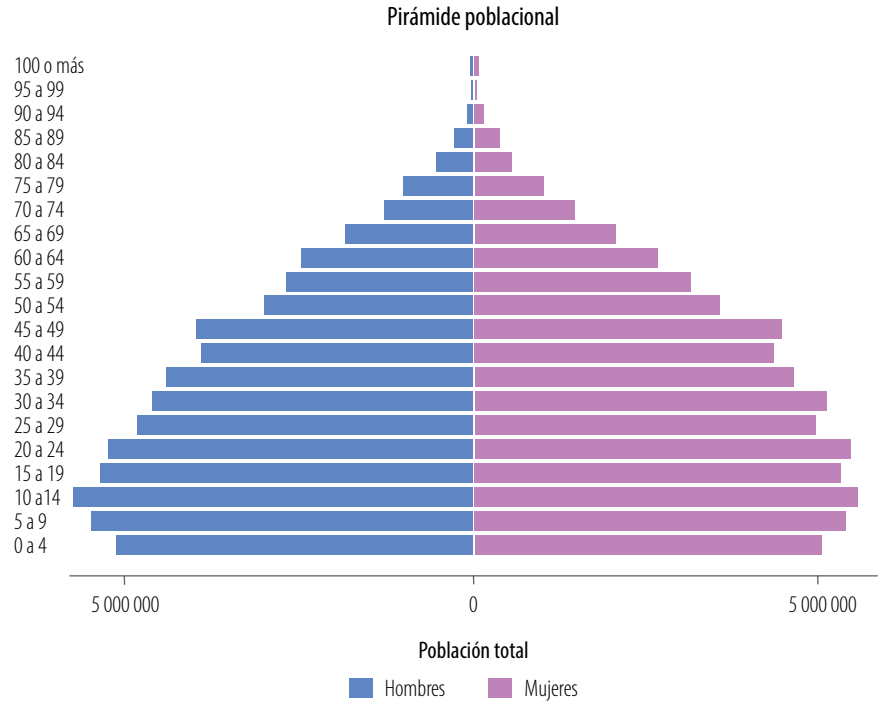
La importancia de obtener datos a nivel del hogar es debido a que los individuos que comparten la misma vivienda, ya sean familiares o no, conviven en un entorno parecido, con ingresos, comportamientos, acceso a servicios y riesgos similares, mismos que infieren en su estado de salud. De ahí que indagar acerca de las características de éste, proporciona un panorama de las condiciones de salud y nutrición de la población en general.

Durante el levantamiento del trabajo de campo de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, la información fue obtenida de 12 619 hogares distribuidos a lo largo de las 32 entidades del país, los cuales representan a 36 738 957 hogares. El promedio de individuos que habitan estos hogares fue

de 3.4, los cuales representan a 126 540 976 millones de mexicanos en hogares particulares sujetos a muestra, siendo 48.8% (IC95% 48.4,49.2) hombres y 51.2% (IC95% 50.8,51.6) mujeres (figura 1.1.1), datos similares a lo reportado en el Censo de Población y Vivienda 2020 (48.8% hombres y 51.2% mujeres),[1] con un índice de masculinidad de 0.95, mismo dato reportado en la Ensanut 2018-19.[2] En estos hogares se identificó que la jefatura del hogar corresponde en 31.3% (IC95% 30.0,32.5) a las mujeres, ligeramente mayor a lo reportado en Ensanut 2020 (30.7%)[3] y menor que en la Ensanut 2018-19 (33.01%).[2]

Figura 1.1.1

Pirámide poblacional ponderada (población por 100 000)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 1.1.1

Número de hogares por tipo de localidad

Tipo de localidad	Hogares		%
	n muestra	N Expandida	
Urbano	9 735	29 356 951	70.70
Rural	2 884	7 382 006	29.30
Total	**12 619**	**36 738 957**	**100.00**

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 1.1.2

Población por tercil socioeconómico

Tercil	%	IC95%
I	30.9	29.2,32.7
II	31.9	30.4,33.5
III	37.2	35.2,39.2

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el cuadro 1.1.1 se muestra la distribución de los hogares según la localidad, observándose un mayor número de hogares entrevistados en localidades urbanas (70.7%).

En cuanto al nivel socioeconómico, a continuación, se muestra la distribución poblacional en los tres niveles: alto, medio y bajo (cuadro 1.1.2).

Educación

En lo que respecta a la educación, se identificó que 96.1% (IC95% 95.4,96.7) de los niños de 6 a 14 años asistía a la escuela, mientras que entre los individuos de 15 a 24 años este porcentaje fue de 48.7% (IC95% 46.6,50.7), cifras muy similares a lo reportado en la Ensanut 2020 sobre Covid-19[3] y la Ensanut 2018-19[2] en el grupo de 6 a 14 años (96.5 y 96.9%, respectivamente), en tanto que en el de 15 a 24 años se observó una disminución de 2.6 puntos porcentuales (pp) con respecto a la Ensanut 2020[3] y un aumento de 1.8 pp en comparación con la Ensanut 2018-19[2] (51.3 y 46.9%, respectivamente). El promedio de años de escolaridad en los individuos de 15 años o más en el país fue de 11.7 años (IC95% 11.6,11.8), promedio prácticamente igual que lo reportado en la Ensanut 2020 (11.5)[3] y menor que en la Ensanut 2018-19 (12.2 años).[2] En cuanto al analfabetismo en población mayor de 15 años se observó que 2.9% (IC95% 2.6,3.2) de los individuos no saben leer ni escribir un recado, aproximadamente dos pp menor que en la Ensanut 2020 (4.7%)[3] y 3.6 pp debajo de lo reportado en la Ensanut 2018-19 (6.5%).[2] Por otro lado, 3.7% (IC95% 2.7,5.0) de la población de cinco años y más habla una lengua indígena, del cual 93% hablaba también español.

Vivienda

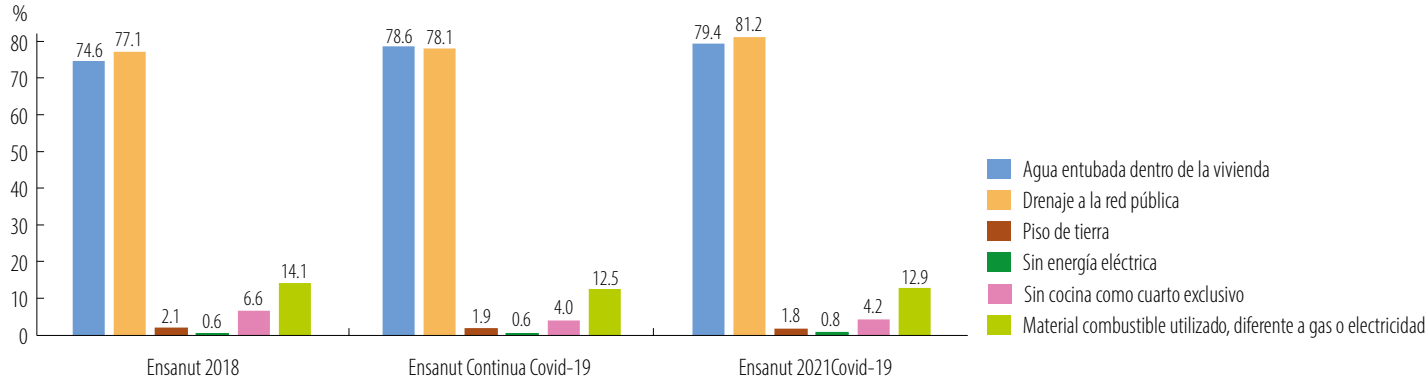
Observando la información sobre las condiciones de la vivienda, según los datos proporcionados por el informante del hogar, 1.8% (IC95% 1.5,2.3) de las viviendas tienen piso de tierra y 0.8% (IC95% 0.6,1.1) no tienen luz eléctrica, cifras casi idénticas a lo reportado en la Ensanut 2020,[3] donde se observó 1.9 y 0.6% respectivamente. Sobre un cuarto exclusivo para cocinar, 4.2% (IC95% 3.7,4.8) informó no tenerlo y 12.9% de los hogares reportaron que usan leña o carbón como combustible para cocinar, datos también muy parecidos a los de la Ensanut 2020,[3] 4.0 y 12.5% respectivamente.

Referente a la tenencia de la vivienda, 75.4%, refirió que algún integrante del hogar es propietario de la vivienda, de ellos, 5.7% (IC95% 4.9,6.6) la está pagando. El 14.2% (IC95% 13.1,15.3) informó que renta la vivienda donde vive con su familia y 9.6% (IC95% 8.9,10.4) se la han prestado. El 81.2% (IC95% 78.5,83.7) tiene una conexión de drenaje a la red pública, aunque se encontró que 1.2% (IC95% 0.8,1.9) aún no tiene ningún tipo de drenaje. El 79.4% (IC95% 77.7,81.1) cuenta con agua entubada dentro de la vivienda (figura 1.1.2).

En cuanto a la recolección de la basura, en 86.7% (IC95% 84.6,88.5) de las viviendas, hay un camión o carrito que la recoge; sin embargo, se encontró que en 7.6% (IC95% 6.2,9.2) queman la basura (figura 1.1.3).

Figura 1.1.2

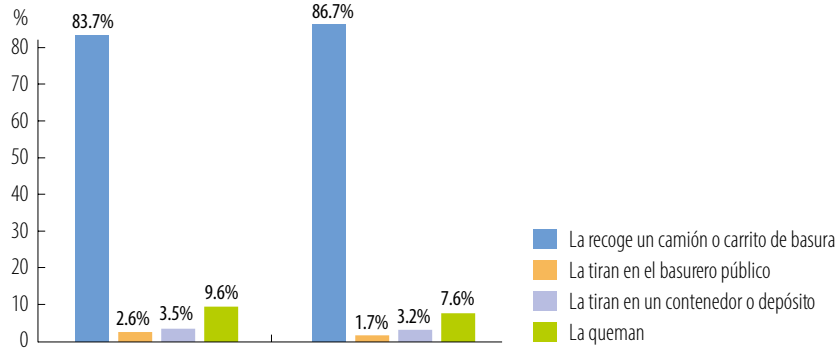
Distribución en porcentajes de las características de las viviendas



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 1.1.3

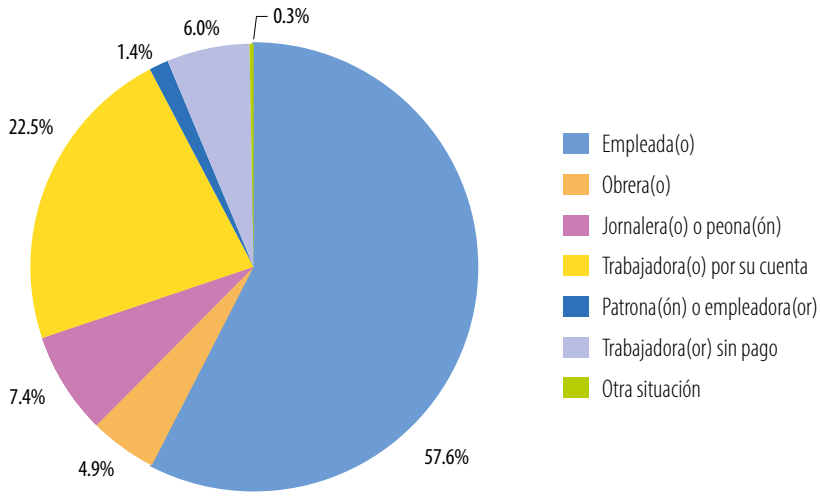
Distribución en porcentajes de la eliminación de la basura



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Ocupación laboral

En cuanto a la ocupación laboral de la semana previa a la entrevista, 50.1% (IC95% 49.3,50.8), la mitad de la población entrevistada, refirió haber trabajado al menos una hora. La principal ocupación fue ser empleado o empleada en 57.6% (IC95% 56.2,59.0), seguido de ser trabajador por su cuenta con un 22.5% (IC95% 21.5,23.5) (figura 1.1.4).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 1.1.4

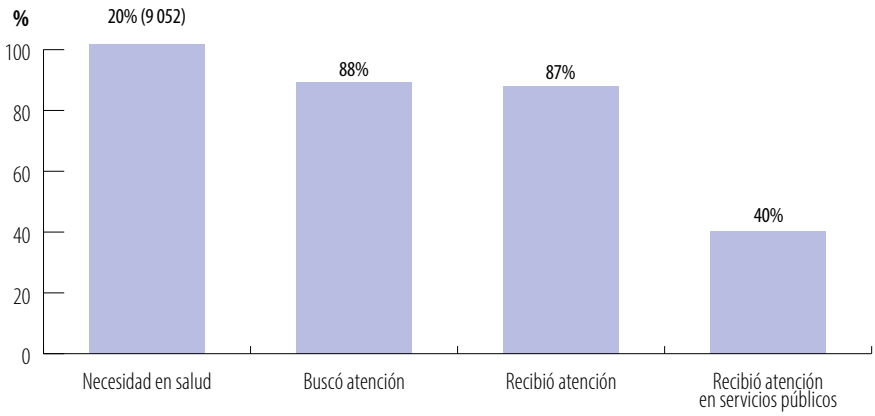
Ocupación laboral durante la semana previa a la entrevista

1.2 Necesidades de salud y cascada de atención

Cascada de atención

La cascada de atención permite saber qué proporción de la población que tuvo alguna necesidad de salud en los últimos tres meses buscó atención, qué proporción fue atendida y qué proporción se atendió en servicios públicos. La encuesta nos permite conocer motivos de no búsqueda de atención y razones por no haber sido atendido.

En la figura 1.2.1 se presenta la cascada de atención. De 43 724 individuos entrevistados, 20% reportó haber tenido una necesidad de salud, de éstos, 88% buscó atención, 87% fue atendido y sólo 40% se atendió en servicios públicos.



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

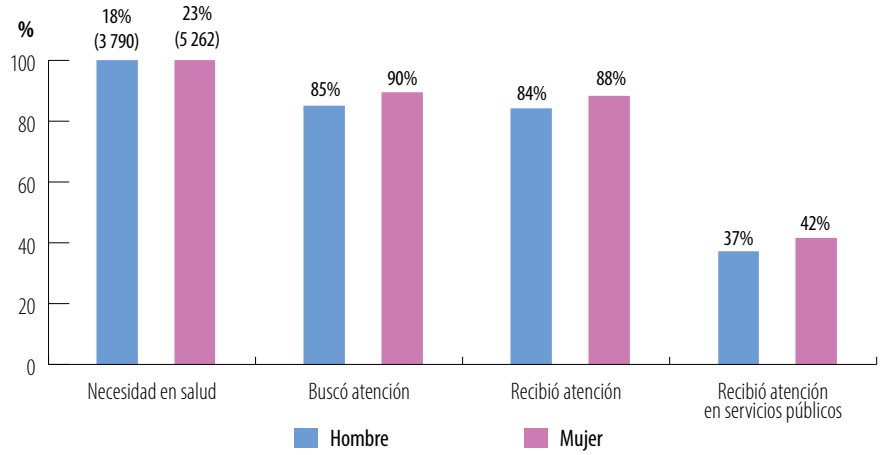
Figura 1.2.1

Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2021

La figura 1.2.2 muestra que un mayor porcentaje de mujeres reporta haber tenido una necesidad de salud (23%) comparado con hombres (18%), mayor proporción buscó y recibió atención y un mayor porcentaje se atendió en servicios públicos (42% en mujeres vs. 37% en hombres).

Figura 1.2.2

Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2021, por sexo

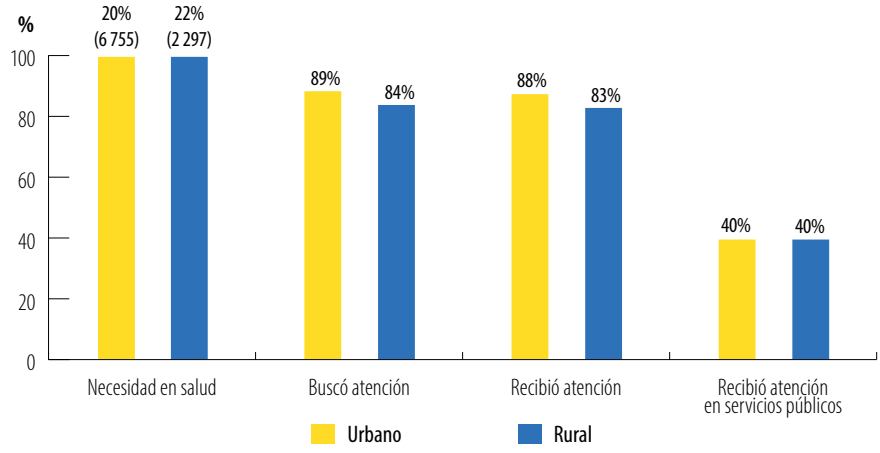


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por tipo de localidad, se ven pocas diferencias en la cascada de atención (figura 1.2.3). En áreas rurales, 22% de la población reportó haber tenido una necesidad de salud y 20% en áreas urbanas. Menor proporción buscó y recibió atención en áreas rurales.

Figura 1.2.3

Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2021, por tipo de localidad

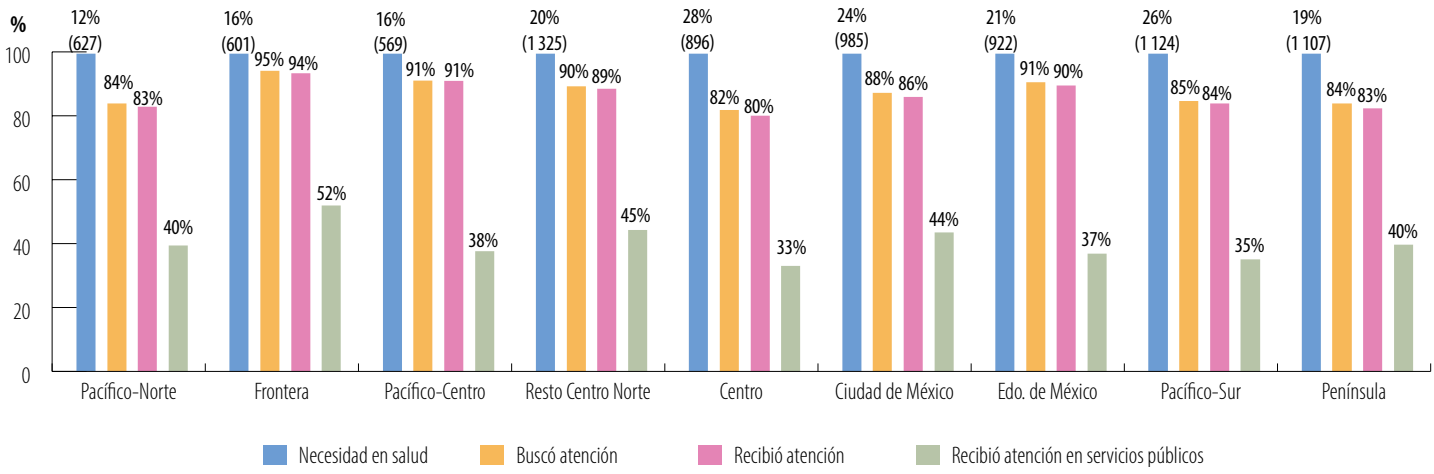


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 1.2.4 muestra la cascada de atención por región. Existe una importante heterogeneidad entre regiones: mientras que en Pacífico-Norte 12% reportaron haber tenido una necesidad de salud, el Centro tiene la proporción más alta (28%). Mayor proporción buscó y recibió atención en las regiones de Frontera y Pacífico-Centro y menor en Centro. Más bajos porcentajes de haberse atendido en servicios públicos se encuentran en las regiones Centro y Pacífico-Sur y las más altas en Frontera, Centro-Norte y Ciudad de México.

Figura 1.2.4

Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2021, por región



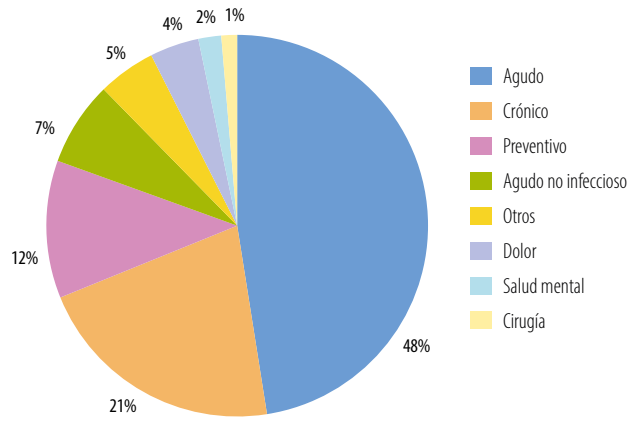
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 1.2.5 muestra la distribución de las necesidades de salud reportadas. El 48% corresponden a eventos agudos, 21% a enfermedades crónicas, 12% a servicios preventivos, 7% a enfermedades agudas no infecciosas, 4% dolor, 2% salud mental y 1% cirugías.

La distribución de necesidades de salud muestra algunas diferencias por sexo (figura 1.2.6). Las mujeres reportaron mayores eventos crónicos o preventivos que los hombres, pero éstos tuvieron más eventos agudos. Por tipo de localidad, hay un mayor porcentaje de eventos agudos y crónicos en áreas urbanas (figura 1.2.7).

Figura 1.2.5

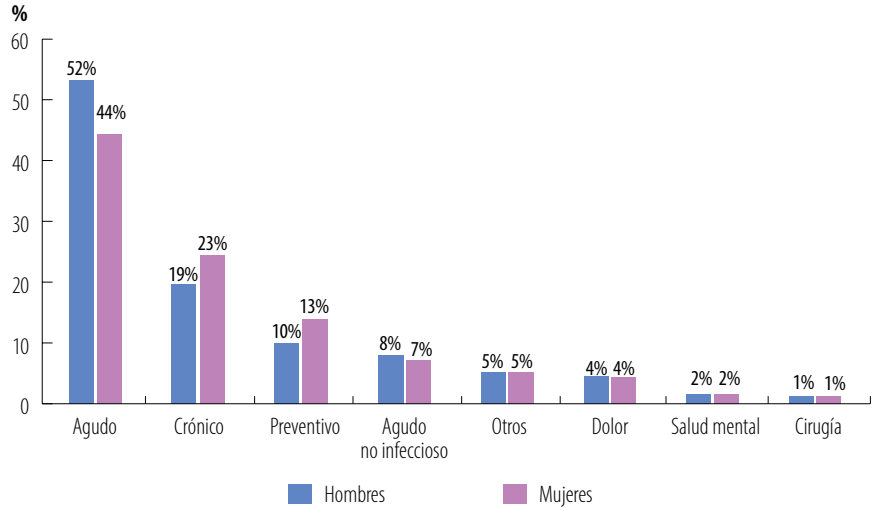
Distribución de las necesidades de salud reportadas a nivel nacional (n=9 052)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 1.2.6

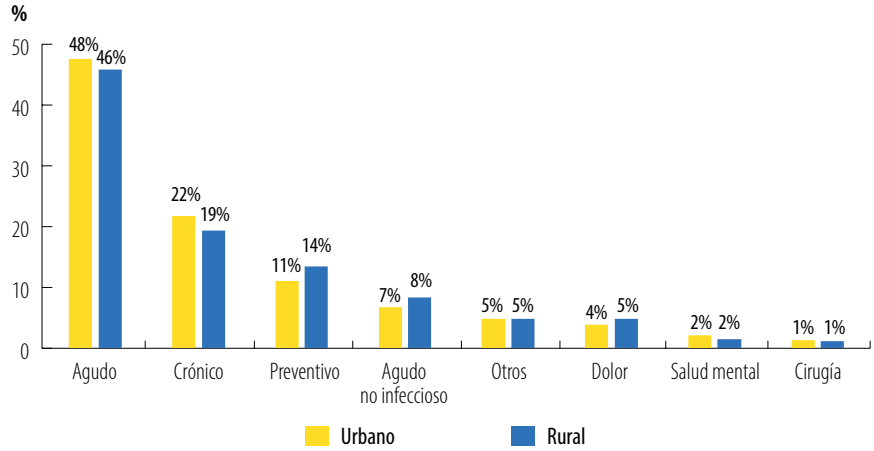
Distribución de las necesidades de salud reportadas por sexo



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 1.2.7

Distribución de las necesidades de salud reportadas por tipo localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 1.2.8 muestra el lugar dónde se atendió la población que reportó una necesidad de salud. El 25% se atendió en consultorios en domicilio particular de médico privado, 24% en el IMSS, 18% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 17% en clínicas u hospitales de la SS, 5% en consultorio dentro de un hospital privado, 4% en otros púbico, 2% en ISSSTE, 2% en área de urgencias/hospitalización en hospital privado, 1% en otros servicios públicos y el resto en otros privados.

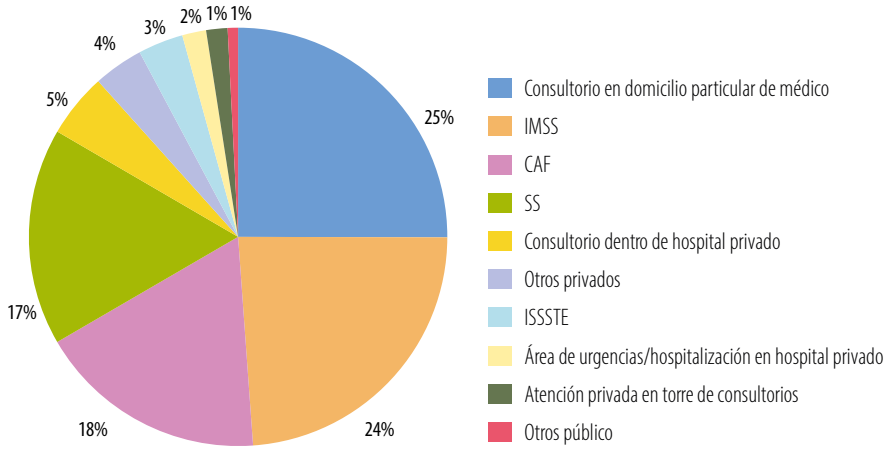


Figura 1.2.8
Lugar dónde se atendió por la necesidad de salud reportada (n=7 824)

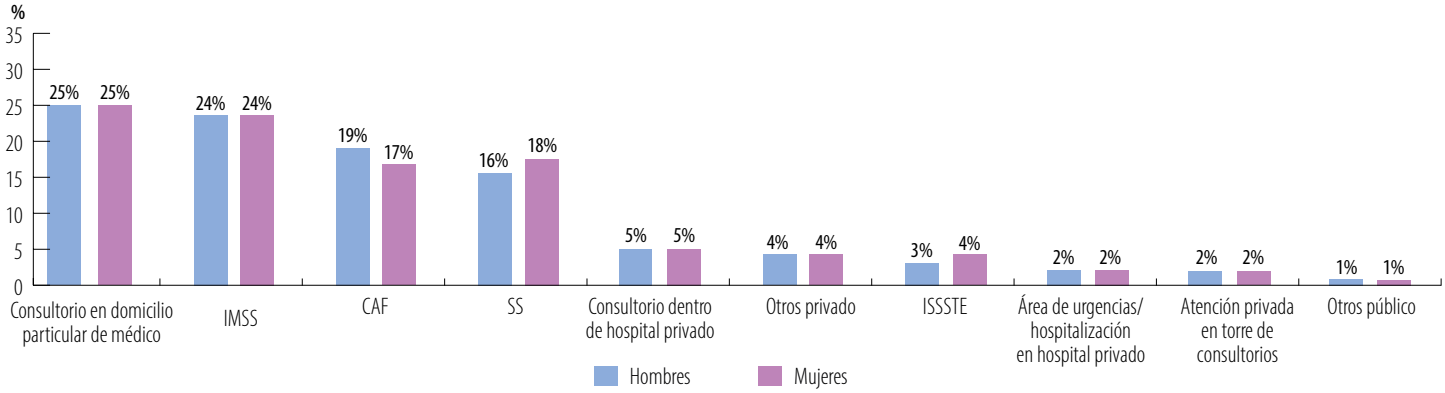
IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Nota: Otros privados incluyen organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en mi domicilio, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista)

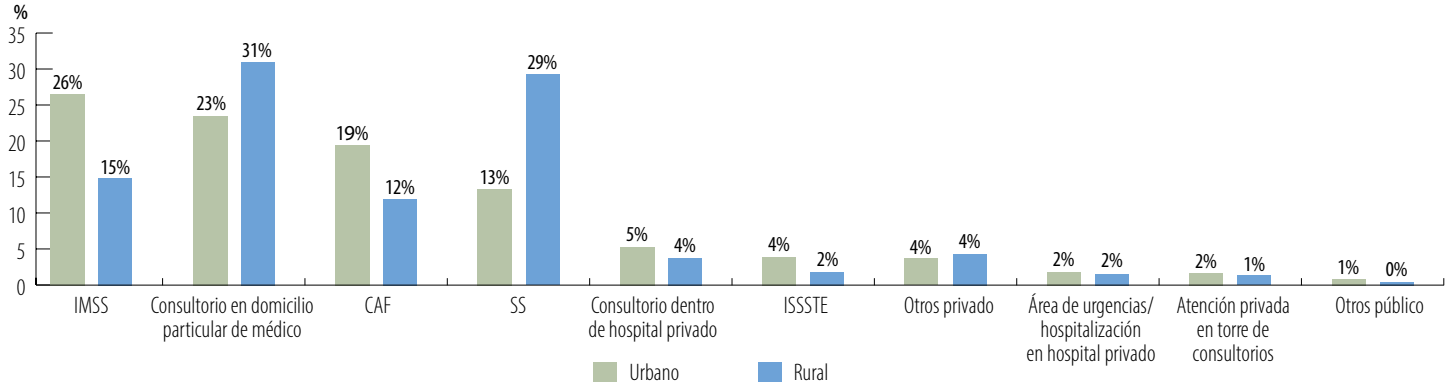
La distribución de lugar de atención es muy similar por sexo (figura 1.2.9). Por tipo de localidad, un porcentaje mayor se atendió en el IMSS, en el ISSSTE y en CAF en localidades urbanas comparado con localidades rurales. En contraste, en localidades rurales fue mayor el porcentaje que se atendió en consultorios en domicilio del médico privado y en unidades de SS.

De la población que no buscó atención por la necesidad de salud reportada destaca a nivel nacional que 63% reporta que consideró que “no era tan grave”, 13% que “es caro o no tenía dinero”, 7% por miedo a contraer Covid-19, 4% porque le programaron su cita, 3% “no tuvo tiempo” como los más importantes (cuadro 1.2.1). La distribución por sexo y localidad es muy similar.

Figura 1.2.9

Lugar dónde se atendió por la necesidad de salud reportada por sexo y localidad





IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 1.2.1

Motivos de no búsqueda de atención (n=1 096)

	Nacional	Urbano	Rural	Hombres	Mujeres
Decidió que no era necesario buscar atención porque no era tan grave.	63%	63%	64%	64%	62%
Es caro/no tenía dinero	13%	13%	14%	14%	12%
Miedo a contraer Covid-19	7%	8%	4%	6%	8%
Me programaron la cita	4%	4%	2%	4%	3%
No tuvo tiempo	3%	4%	1%	3%	3%
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	3%	2%	5%	3%	3%
No hay dónde atenderse	2%	3%	1%	2%	3%
Está muy lejos	2%	1%	4%	2%	1%
El tiempo de espera para pasar a consulta, por lo común, es muy largo	1%	0%	3%	0%	1%
Quien brinda la atención no me inspira confianza/no es amable	1%	1%	1%	1%	0.4%
Otro	1%	2%	1%	0.1%	3%

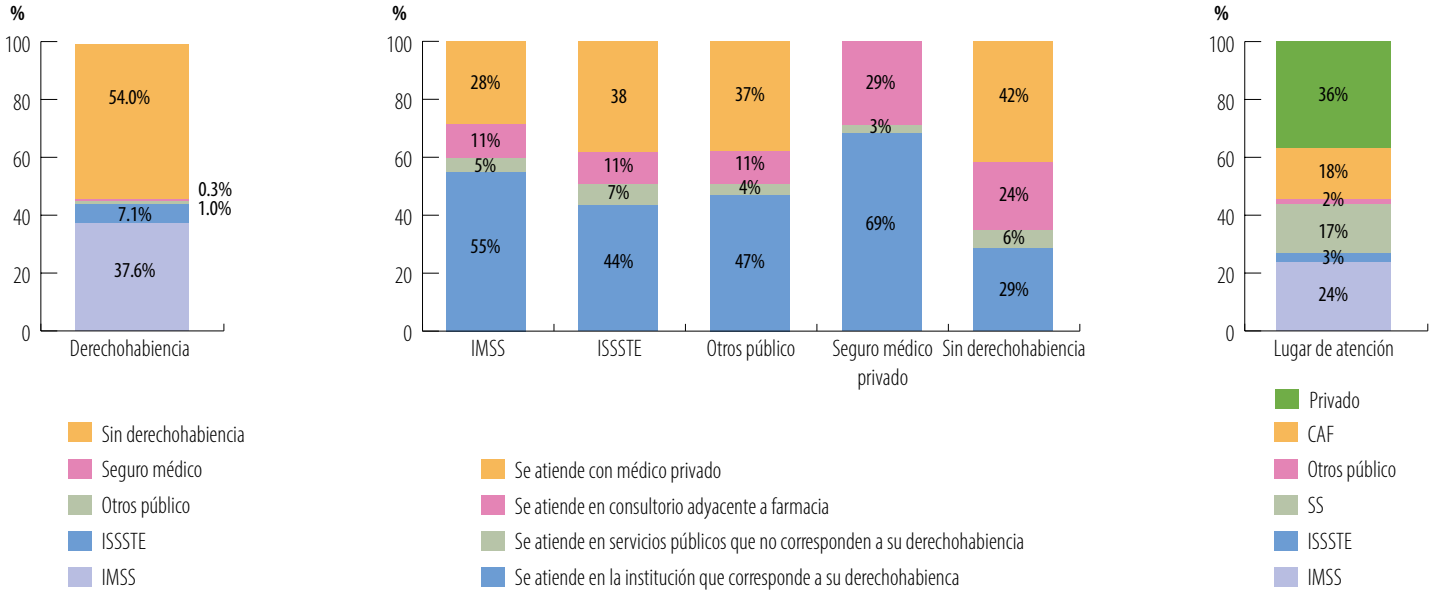
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 1.2.10 muestra la distribución de la derechohabiencia (primera columna), contrasta la derechohabiencia con el lugar donde fue atendido por la necesidad de salud reportada y muestra la distribución del lugar dónde se atendió (última columna). A nivel nacional, el 37.6% son derechohabientes del IMSS, 7.1% tiene ISSSTE, 54% no tienen seguridad social, 1% está afiliado a otros servicios públicos como Pemex o Sedena y 0.3% tienen seguro médico privado. Destaca que una proporción importante de la población derechohabiente se atendió en servicios privados. Para derechohabientes del IMSS, 39% fueron atendidos en servicios privados y 49% para derechohabientes del ISSSTE. En el caso de la población sin derechohabiencia que incluye aquellos que reportaron haber sido afiliados al Seguro Popular en 2018, que se atienden en unidades de la SS, 66% se atendió en servicios privados. En total, 54% de la población se atendió en el sector privado y 46% en el sector público.

La distribución de la derechohabiencia y la proporción que se atendió en servicios privados por la necesidad de salud reportada es similar entre hombres y mujeres. Por tipo de localidad, resalta que en localidades rurales, 74% no tienen seguridad social comparado con 48% en localidades urbanas (figura 1.2.11).

Figura 1.2.10

Derechohabiencia vs. lugar dónde se atendió a nivel nacional (n=7 815 individuos atendidos)

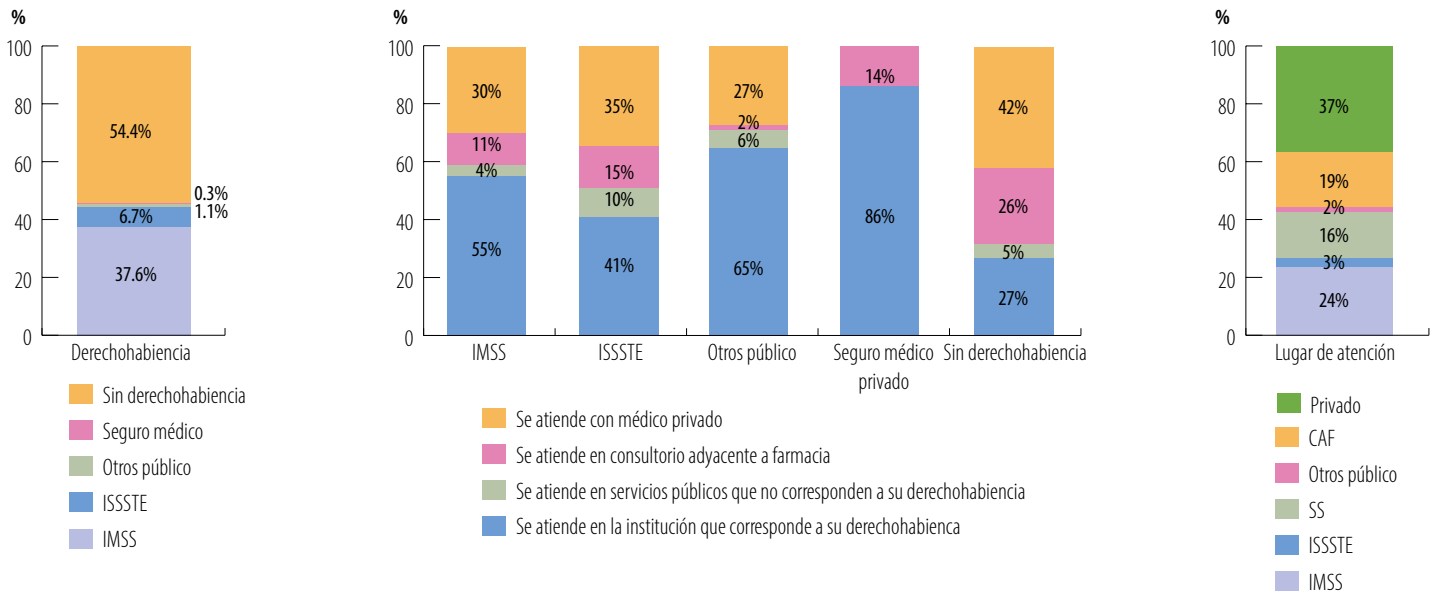


IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

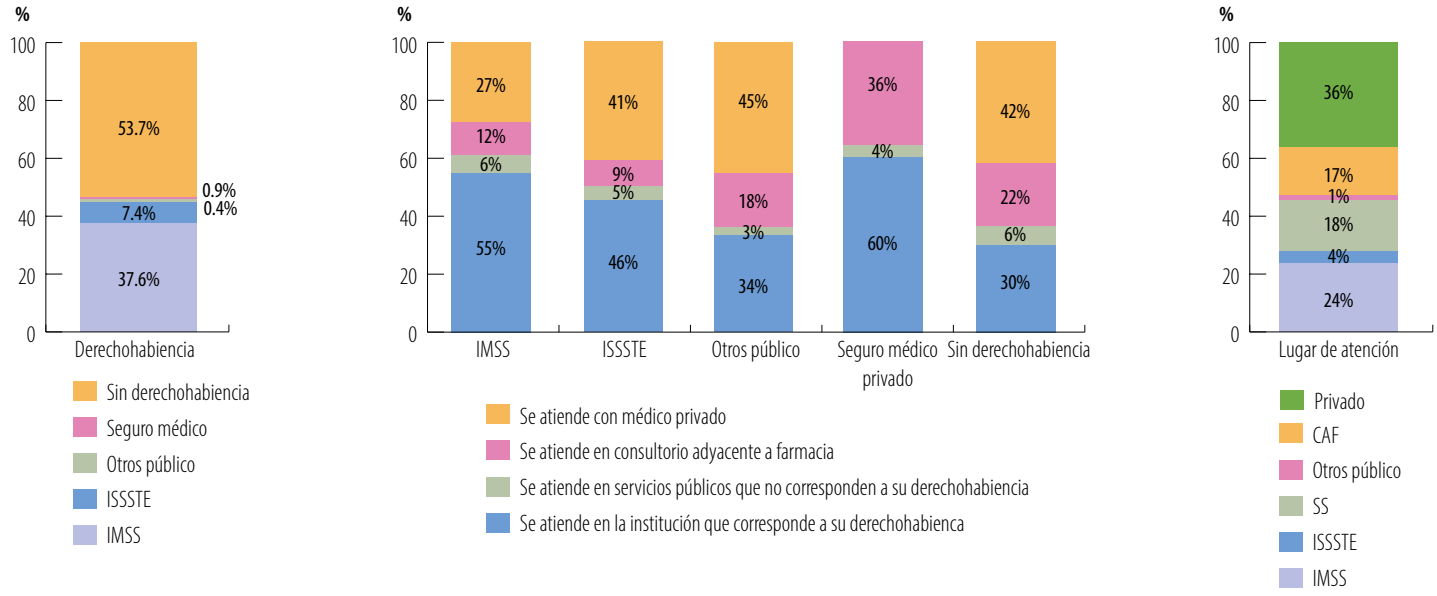
Figura 1.2.11

Derechohabiencia versus lugar dónde se atendió por sexo y localidad

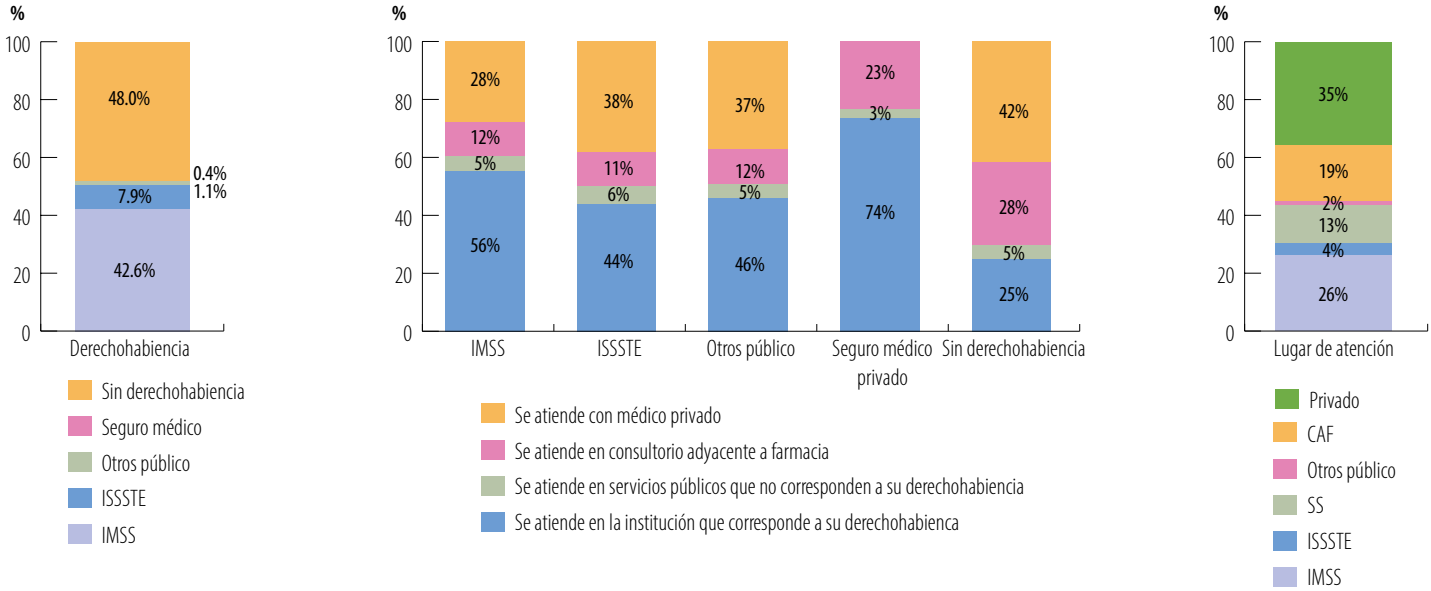
A) Hombres



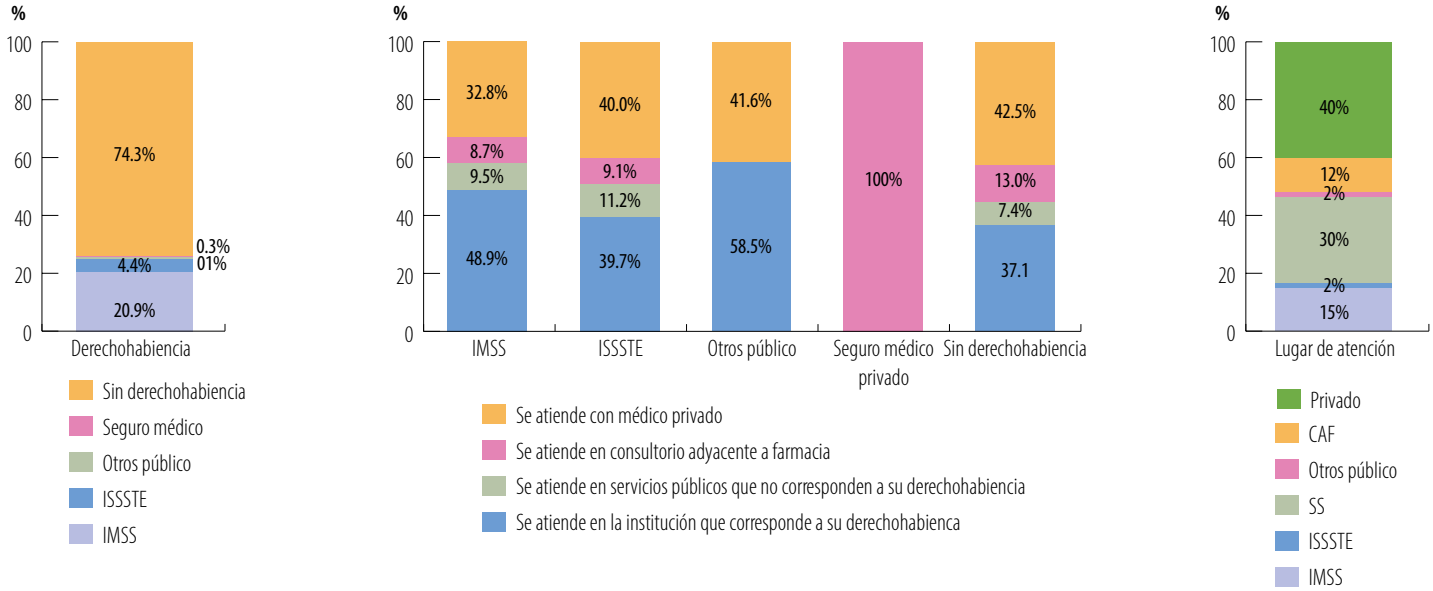
B) Mujeres



C) Urbano



D) Rural



IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

1.3 Apoyo de programas sociales de ayuda alimentaria

Los programas sociales de ayuda alimentaria contribuyen al derecho a la alimentación de la población en México y al bienestar de los hogares. Consisten en transferencias monetarias, como es el caso de la pensión para adultos mayores o el programa nacional de becas para el bienestar Benito Juárez; la distribución de alimentos, como las despensas, o desayunos escolares fríos; el subsidio a alimentos como la leche Liconsa; y la alimentación a través de comedores, como es el caso del Programa de alimentos escolares (modalidad desayunos calientes) o las Cocinas Populares.

El objetivo de esta sección de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 fue documentar la presencia de programas sociales de ayuda alimentaria en los hogares mexicanos en el ámbito nacional, a nivel urbano y rural y en las nueve regiones del país. Para tal fin, se recabo información mediante la aplicación de un instrumento diseñado especialmente para ello. En el hogar, se preguntó al informante seleccionado si algún miembro del hogar recibía algún apoyo de cualquier programa de ayuda alimentaria, fuera o no gubernamental. En caso de que la respuesta fuera afirmativa se solicitó información específica sobre los programas y beneficios que recibían.

Se obtuvo información de 12 619 hogares que representan a 36 738 957 hogares mexicanos. De estos, 39.5% informaron recibir al menos algún programa social de ayuda alimentaria. El 30.0% recibió un programa, 7.0% dos programas y 2.6% tres o más programas (datos no mostrados).

Al observar la información por tipo de localidad, se observa que en el medio rural 56.2% de los hogares son beneficiarios de algún programa en comparación de 35.3% en el medio urbano. Las regiones donde los programas sociales están presentes en más de 40.0% de los hogares son: Centro (45.2%), Centro-Norte (40.2%), Estado de México (42.5%), Península (46.4%), Ciudad de México (51.6%) y Pacífico-Sur (51.7%). En contraste, las regiones Pacífico-Centro, (26.3), Pacifico-Norte (27.0%) y Frontera (28.4%) tienen menos hogares beneficiados por algún programa (cuadro 1.3.1).

El prorama social que estuvo presente en un alto porcentaje de los hogares fue la Pensión para adultos mayores con un 62.2%, seguido del Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez (18.1%), el Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF (6.1%) y el Programa de Abasto Social de Leche Liconsa (5.2%) (cuadro 1.3.2).

Cuadro 1.3.1

Porcentaje de hogares que reciben programas sociales y de ayuda alimentaria en los hogares por tipo de localidad y región

	Presencia de programas	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Tipo de localidad					
Urbano	Sí	3 696	10 367.0	35.3	33.9,36.7
	No	6 039	18 990.0	64.7	63.2,66.0
	Total	**9 735**	**29 357.0**	**100.0**	
Rural	Sí	1 567	4 146.9	56.2	52.0,60.1
	No	1 317	3 235.1	43.8	39.8,47.9
	Total	**2 884**	**7 382.0**	**100.0**	
Región					
Pacífico-Norte	Sí	467	979.6	27.0	23.3,30.9
	No	1 122	2 648.1	73.0	69.0,76.6
	Total	**1 589**	**3 627.7**	**100.0**	
Frontera	Sí	290	1 412.6	28.4	24.4,32.6
	No	711	3 568.8	71.6	67.3,75.5
	Total	**1 001**	**4 981.4**	**100.0**	
Pacífico-Centro	Sí	334	1 052.5	26.3	21.8,31.1
	No	722	2 956.7	73.7	68.8,78.1
	Total	**1 056**	**4 009.3**	**100.0**	
Centro-Norte	Sí	1 184	1 826.7	40.2	37.6,42.8
	No	1 659	2 716.2	59.8	57.1,62.3
	Total	**2 843**	**4 542.9**	**100.0**	
Centro	Sí	461	1 693.0	45.2	40.3,50.2
	No	490	2 050.2	54.8	49.7,59.6
	Total	**951**	**3 743.2**	**100.0**	
CDMX	Sí	621	1 483.4	51.6	48.0,55.0
	No	532	1 392.6	48.4	44.9,51.9
	Total	**1 153**	**2 876.0**	**100.0**	
Estado de México	Sí	524	2 026.9	42.5	38.7,46.3
	No	675	2 739.8	57.5	53.6,61.2
	Total	**1 199**	**4 766.6**	**100.0**	
Pacífico-Sur	Sí	603	2 339.9	51.7	46.1,57.1
	No	633	2 186.3	48.3	42.8,53.8
	Total	**1 236**	**4 526.2**	**100.0**	
Península	Sí	779	1 699.4	46.4	42.8,49.8
	No	812	1 966.3	53.6	50.1,57.1
	Total	**1 591**	**3 665.7**	**100.0**	

N (miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 1.3.2

Presencia de los programas en los hogares

Programas	n	Expansión		
	muestra	N (miles)	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche Liconsa	12 618	36 733.8	5.2	4.6,5.8
Programa Pensión para adultos mayores	3 277	9 569.1	62.2	59.8,64.4
Programa Despensas de alimentos del DIF	12 619	36 739.0	3.9	3.2,4.6
Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF	5 990	16 547.0	6.1	5.1,7.2
Programa Alimentos Escolares (modalidad Calientes) del DIF	5 988	16 541.7	2.1	1.4,3.0
Programa Comedores Populares del DIF	12 619	36 739.0	0.3	0.2,0.4
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	12 619	36 739.0	0.4	0.3,0.5
Programa Alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	6 469	18 016.8	0.1	0.0,0.1
Programa Jóvenes construyendo el futuro	5 510	15 632.3	2.2	1.8,2.7
Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez	8 698	24 817.9	18.1	16.8,19.4
Programa Pensión para el bienestar de las personas con discapacidad	11 861	34 422.0	1.8	1.5,2.1
Programa para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras	3 107	8 518.9	0.3	0.1,0.8
Programa Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días	8 573	24 291.5	0.1	0.0,0.2
Programas emergentes debido a la pandemia por Covid-19	12 618	36 736.7	1.4	1.2,1.6
Recibió algún otro apoyo	12 618	36 737.3	4.3	3.8,4.8
Instituto de Salud para el Bienestar	12 616	36 728.1	1.5	1.1,1.9

N (miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al comparar la información por tipo de localidad, se observa que la presencia de estos programas es mayor en el medio rural en comparación con el medio urbano. En el caso de la Pensión para adultos mayores se observa una diferencia significativa de 73.1% en el medio rural en comparación con 59.3% en el urbano.

El Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez está presente en 31.9% de los hogares del medio rural, en comparación de 14.5% en el medio urbano; esta diferencia también se observa en el Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF (12.5 rural vs. 4.2% urbano). No se observó diferencia en la distribución del Programa de Abasto Social de Leche Liconsa entre el medio rural y urbano (5.8 vs. 5.1%, respectivamente) (cuadro 1.3.3).

Cuadro 1.3.3

Presencia de los programas en los hogares por tipo de localidad

Programa	n muestra	Rural			n muestra	Urbano		
		Expansión				Expansión		
		N(miles)	%	IC95%		N(miles)	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche Liconsa	2 884	7 382.0	5.8	4.2,7.8	9 734	29 351.8	5.1	4.5,5.6
Programa Pensión para adultos mayores	745	1 974.0	73.1	68.7,77	2 532	7 595.1	59.3	56.7,61.9
Programa Despensas de alimentos del DIF	2 884	7 382.0	8.1	5.5,11.7	9 735	29 357.0	2.9	2.4,3.3
Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF	1 544	3 862.9	12.5	9.6,16.1	4 446	12 684.0	4.2	3.3,5.1
Programa Alimentos Escolares (modalidad Calientes) del DIF	1 544	3 862.0	5.3	3.0,9.0	4 444	12 679.7	1.2	0.8,1.6
Programa Comedores Populares del DIF	2 884	7 382.0	0.6	0.3,0.9	9 735	29 357.0	0.3	0.1,0.4
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	2 884	7 382.0	0.2	0.0,0.5	9 735	29 357.0	0.5	0.3,0.6
Programa Alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	1 619	4 090.5	0.3	0.1,0.7	4 850	13 926.3	0.0	0.0,0.1
Programa Jóvenes construyendo el futuro	1 238	3 110.2	4.8	3.2,6.8	4 272	12 522.1	1.6	1.2,2.0
Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez	2 037	5 156.6	31.9	28.4,35.5	6 661	19 661.3	14.5	13.2,15.9
Programa Pensión para el bienestar de las personas con discapacidad	2 666	6 821.1	3.0	2.1,4.0	9 195	27 600.8	1.6	1.3,1.8
Programa Para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras	854	2 075.2	0.4	0.1,1.6	2 253	6 443.7	0.2	0.0,1
Programa Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días	2 009	5 047.3	0.4	0.1,0.8	6 564	19 244.2	0.0	0.0,0.1
Programas emergentes debido a la pandemia por Covid-19	2 884	7 382.0	1.0	0.6,1.6	9 734	29 354.7	1.5	1.2,1.8
Recibió algún otro apoyo	2 884	7 382.0	8.1	6.5,9.8	9 734	29 355.2	3.4	2.9,3.9
Instituto de Salud para el Bienestar	2 884	7 382.0	2.3	1.2,4.4	9 732	29 346.1	1.3	1.0,1.5

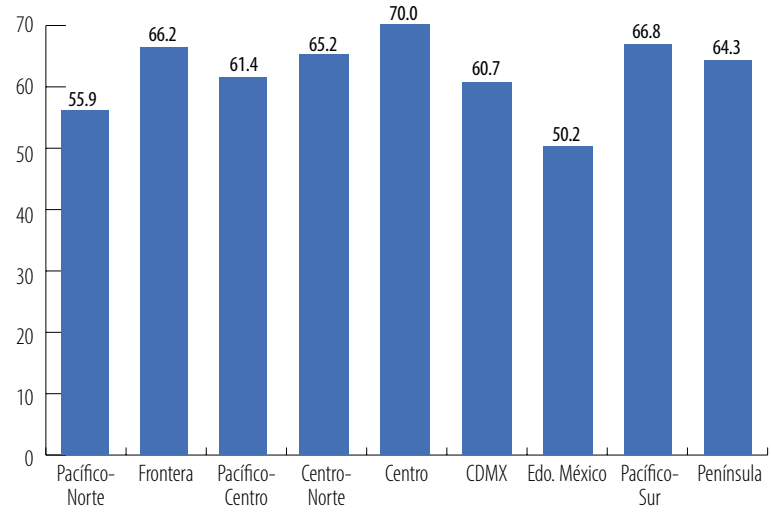
N (miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Respecto a la distribución de programas por región, se muestran los resultados de los programas Pensión para Adultos Mayores y el Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez dada su alta presencia en los hogares. En la figura 1.3.1 se observa la presencia del programa pensión para adultos mayores en aproximadamente 60% de los hogares de las regiones Frontera (66.2%), Pacifico-Centro

(61.4%), Centro-Norte (65.2%), CDMX (60.7%), Pacifico-Sur (66.8%) y Península (64.3%). Este porcentaje es mayor en la región Centro (70%) y menor en las regiones Pacifico-Norte (55.9%) y Estado de México (50.2%).

Figura 1.3.1

Distribución de hogares que reciben el programa Pensión para Adultos Mayores por región

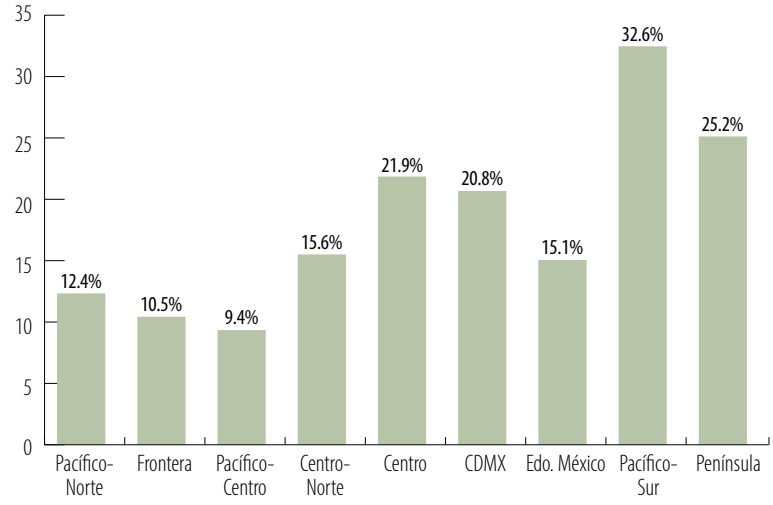


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez tiene una presencia mayor en las regiones Pacífico-Sur (32.6%) y Península (25.2%) en contraste con la región Pacifico-Norte (12.4), Frontera (10.5%) y Pacifico-Centro (9.4%) (figura 1.3.2).

Figura 1.3.2

Distribución de hogares que reciben el Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

1.4 Seguridad alimentaria en los hogares

La inseguridad alimentaria experimentada por los miembros del hogar se estimó a partir de los datos recolectados en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) armonizada para México.[4]

La ELCSA fue dirigida a la persona encargada de la compra, preparación o administración de los alimentos en el hogar y está constituida por 15 preguntas (P) con opciones de respuesta "sí" y "no", divididas en dos secciones: una primera con ocho preguntas (de P1 a P8) referidas a diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria, experimentadas por los hogares y los adultos de esos hogares; y una segunda sección (de P9 a P15) con preguntas referidas a condiciones que afectan a los menores de 18 años en el hogar. Cada pregunta indaga sobre experiencias diferentes que los miembros del hogar experimentaron en los tres meses previos a la fecha de la entrevista respecto a algunas dimensiones de la inseguridad alimentaria como calidad, cantidad y hambre, debido a la falta de dinero u otros recursos.[5]

La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías: seguridad alimentaria, inseguridad alimentaria leve, moderada y severa, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años,[6] de acuerdo con el cuadro A.

Cuadro A

Puntos de corte para la clasificación de la inseguridad alimentaria con y sin integrantes menores de 18 años

Tipo de hogar	Categorías			
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa
Hogares integrados sólo por personas adultas	0	1-3	4-6	7-8
Hogares integrados por personas adultas y personas menores de 18 años	0	1-5	6-10	11-15

La categoría de seguridad alimentaria indica que ninguno de los integrantes del hogar tuvo que sacrificar la calidad o cantidad de los alimentos que acostumbra consumir y tampoco omitió tiempos de comida o dejó de comer en todo un día. Los hogares clasificados en inseguridad alimentaria leve, experimentan primero preocupación por el acceso a los alimentos y, si la falta de acceso a los alimentos se prolonga, sacrifican la calidad de la dieta. Los hogares que se encuentran en insegu-

ridad alimentaria moderada, reportan restricciones en la cantidad de los alimentos consumidos mientras que los hogares en inseguridad alimentaria severa presentan situaciones donde alguno de los integrantes omite tiempos de comida o deja de comer en todo un día debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos. Este tipo de experiencias ocurren primero en adultos y finalmente en niños.[7]

Se recolectó información de 12 520 hogares que representan a 36 477 000 hogares del país. En el cuadro 1.4.1. destaca que, en el ámbito nacional, la prevalencia de inseguridad alimentaria, en cualquiera de sus categorías, fue de 60.8%: 34.9% en inseguridad leve, 15.8% en inseguridad moderada y 10.1% en inseguridad severa.

Cuadro 1.4.1

Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria a nivel nacional

Nivel de seguridad alimentaria	Expansión			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Seguridad alimentaria	4 712	14 301.8	39.2	37.8,40.6
Inseguridad Leve	4 498	12 733.4	34.9	33.6,36.1
Inseguridad Moderada	2 006	5 760.3	15.8	14.9,16.7
Inseguridad Severa	1 304	3 681.4	10.1	9.3,10.9
Total	**12 520**	**36 477.0**	**100.0**	**100.0,100.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Desglosando la información por tipo de localidad donde residen los hogares, se observó una mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria en localidades rurales (71%: 39.7% en inseguridad leve, 19.2% en moderada y 12.1% en severa) en contraste con los hogares metropolitanos (53.5%: 32.2% en inseguridad leve, 13.0% en moderada y 8.3% en severa) y urbanos (66.4%: 36.3% en inseguridad leve, 18.3% en moderada y 11.8% en severa) (cuadro 1.4.2).

El cuadro 1.4.3, describe la proporción de hogares en cada una de las categorías de seguridad e inseguridad alimentaria, de acuerdo con la región geográfica. Resalta que la mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria se ubica en las regiones Centro (72.4.8%) y Pacífico-Sur (70.5%) del país. De igual manera, la proporción más grande de hogares en las formas más graves de inseguridad alimentaria (moderada y severa) se encuentran en dichas regiones: 35.7% en la región Centro y 34.6% en la región Pacífico-Sur.

Cuadro 1.4.2

Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria de acuerdo con el tamaño de localidad de residencia

Tipo de localidad	Nivel de seguridad alimentaria	Expansión			
		n muestra	N (miles)	%	IC95%
Rural <2 500 habitantes)	Seguridad alimentaria	873	2 124.1	29.0	27.1,30.7
	Inseguridad Leve	1 148	2 912.8	39.7	36.7,42.7
	Inseguridad Moderada	509	1 409.5	19.2	16.9,21.6
	Inseguridad Severa	335	889.9	12.1	10.5,13.9
	Total	**2 865**	**7 336.3**	**100.0**	**100.0,100.0**
Urbano 2 500-99 999 habitantes	Seguridad alimentaria	1 338	3 601.3	33.7	31.6,35.8
	Inseguridad Leve	1 373	3 875.1	36.3	34.1,38.4
	Inseguridad Moderada	688	1 950.3	18.3	16.6,19.9
	Inseguridad Severa	443	1 258.5	11.8	10.1,13.6
	Total	**3 842**	**10 685.2**	**100.0**	**100.0,100.0**
Metropolitano >=100 000 habitantes	Seguridad alimentaria	2 501	8 576.4	46.5	44.1,48.8
	Inseguridad Leve	1 977	5 945.6	32.2	30.4,34.0
	Inseguridad Moderada	809	2 400.5	13.0	11.8,14.2
	Inseguridad Severa	526	1 533.0	8.3	7.3,9.4
	Total	**5 813**	**18 455.5**	**100.0**	**100.0,100.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 1.4.3

Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria de acuerdo con la región del país

Región	Nivel de seguridad alimentaria	Expansión			
		n muestra	N (miles)	%	IC95%
Pacífico-Norte	Seguridad alimentaria	669	1 634.1	45.5	41.8,49.1
	Inseguridad Leve	528	1 224.4	34.1	32.1,36.1
	Inseguridad Moderada	214	449.9	12.5	10.8,14.3
	Inseguridad Severa	164	283.8	7.9	6.1,10.0
	Total	**1 575**	**3 592.2**	**100.0**	**100.0,100.0**
Frontera	Seguridad alimentaria	503	2 633.0	53.0	47.3,58.5
	Inseguridad Leve	294	1 438.3	28.9	25.3,32.7
	Inseguridad Moderada	130	588.0	11.8	9.3,14.8
	Inseguridad Severa	72	310.8	6.3	4.9,7.9
	Total	**999**	**4 970.2**	**100.0**	**100.0,100.0**

Continúa/

/continuación

Pacífico-Centro	Seguridad alimentaria	443	1 765.4	44.2	40.6,47.8
	Inseguridad Leve	346	1 241.1	31.1	26.7,35.7
	Inseguridad Moderada	143	594.3	14.9	11.3,19.3
	Inseguridad Severa	119	389.7	9.8	7.2,13.0
	Total	**1 051**	**3 990.6**	**100.0**	**100.0,100.0**
Centro-Norte	Seguridad alimentaria	1 112	1 839.3	40.8	38.1,43.5
	Inseguridad Leve	1 055	1 685.7	37.4	35.2,39.6
	Inseguridad Moderada	418	616.2	13.7	12.2,15.2
	Inseguridad Severa	236	363.8	8.1	7.0,9.2
	Total	**2 821**	**4 504.9**	**100.0**	**100.0,100.0**
Centro	Seguridad alimentaria	244	1 025.4	27.6	22.5,33.2
	Inseguridad Leve	357	1 364.3	36.7	30.5,43.4
	Inseguridad Moderada	203	749.1	20.2	17.3,23.3
	Inseguridad Severa	141	575.4	15.5	11.2,20.8
	Total	**945**	**3 714.1**	**100.0**	**100.0,100.0**
CDMX	Seguridad alimentaria	460	1 212.4	42.7	38.4,47
	Inseguridad Leve	431	1 034.7	36.5	32.8,40.1
	Inseguridad Moderada	160	374.4	13.2	11.3,15.3
	Inseguridad Severa	87	215.9	7.6	5.8,9.8
	Total	**1 138**	**2 837.4**	**100.0**	**100.0,100.0**
Estado de México	Seguridad alimentaria	375	1 595.1	33.7	29.8,37.7
	Inseguridad Leve	478	1 850.4	39.1	35.6,42.6
	Inseguridad Moderada	212	829.1	17.5	15.4,19.8
	Inseguridad Severa	124	457.7	9.7	7.3,12.5
	Total	**1 189**	**4 732.3**	**100.0**	**100.0,100.0**
Pacífico-Sur	Seguridad alimentaria	367	1 328.5	29.5	26.2,32.8
	Inseguridad Leve	451	1 620.4	35.9	32.5,39.4
	Inseguridad Moderada	235	894.6	19.8	16.9,23.0
	Inseguridad Severa	177	666.8	14.8	12.7,17.0
	Total	**1 230**	**4 510.2**	**100.0**	**100.0,100.0**
Península	Seguridad alimentaria	539	1 268.7	35.0	32,38.1
	Inseguridad Leve	558	1 274.1	35.1	32.2,38.1
	Inseguridad Moderada	291	664.8	18.3	16.0,20.9
	Inseguridad Severa	184	417.5	11.5	9.9,13.2
	Total	**1 572**	**3 625.1**	**100.0**	**100.0,100.0**

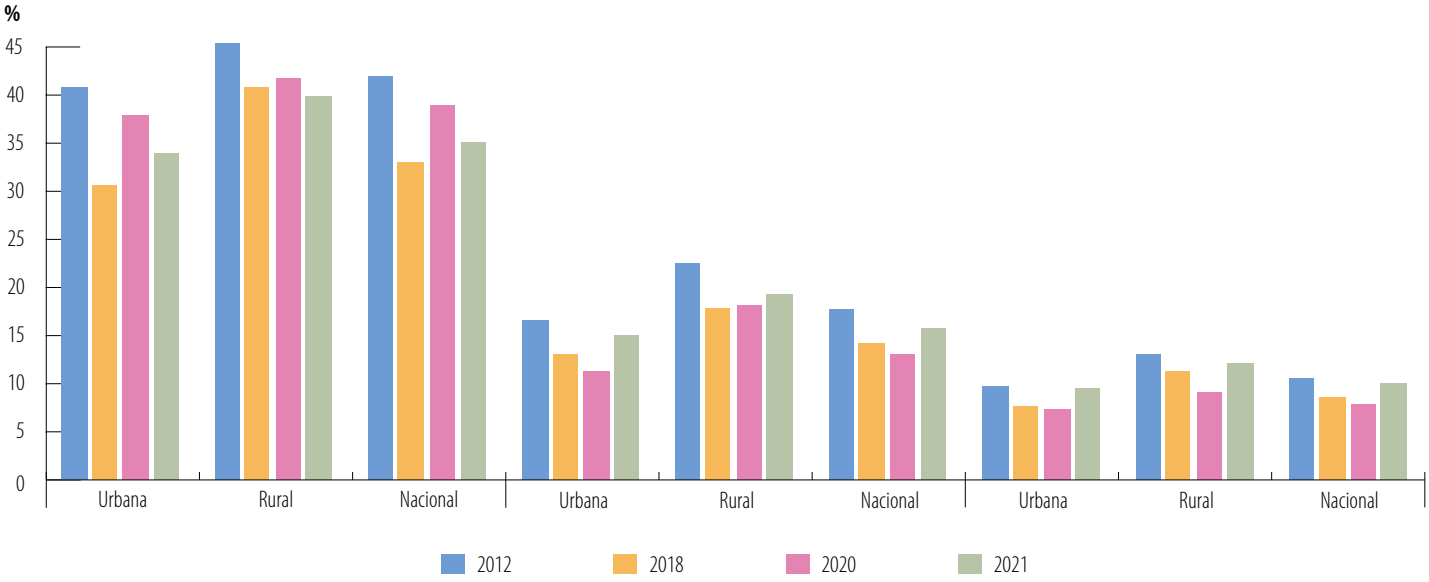
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Respecto a las prevalencias comparativas de las categorías de inseguridad alimentaria en los hogares, de acuerdo con el año de encuesta y tipo de localidad, se observa que a pesar del descenso que se logró en el periodo 2012-2018 en las categorías de inseguridad alimentaria moderada y severa, a nivel nacional hubo un aumento de 3.0 pp en la inseguridad alimentaria moderada y 2.3 pp en la inseguridad alimentaria severa, entre el año 2020 y 2021.

Tomando en cuenta el tipo de localidad, en el periodo 2020-2021 hubo un aumento de 3.6 pp en la proporción de hogares urbanos en inseguridad alimentaria moderada mientras que, en los hogares rurales, la proporción que se encuentra en inseguridad alimentaria severa aumentó 3.0 pp en el periodo de tiempo mencionado (figura 1.4.1).

Figura 1.4.1

Proporción de hogares en cada categoría de inseguridad alimentaria, por tipo de localidad y año de encuesta (periodo 2012-2021)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

1.5 Inseguridad del agua en los hogares

El derecho al agua es universal y, está intrínsicamente relacionado con otros derechos fundamentales como la alimentación y la salud, es decir, el derecho al agua afectará directamente la nutrición de los individuos, las enfermedades en una región, la economía de un país, entre otros.

Las definiciones más recientes de seguridad del agua, contemplan cuatro dimensiones: acceso, disponibilidad, uso y estabilidad. Acceso se refiere a la capacidad del individuo/hogar para obtener agua (ya sea desplazándose a la fuente del agua, puede pagar por el suministro de agua, etc.). La disponibilidad contempla si el agua está físicamente presente ("disponible"). La dimensión de uso considera y hace la distinción entre la aceptabilidad y la seguridad del agua a la que tienen acceso los individuos/hogares (algunos tipos de agua se usan únicamente para riego y no para consumo humano, por ejemplo). La dimensión de estabilidad o confiabilidad abarca la existencia sin interrupciones de las tres dimensiones anteriores al mismo tiempo, de manera continua.[8]

Entonces, la inseguridad del agua en los hogares se define como la incapacidad de acceder y beneficiarse de agua adecuada, confiable y segura para el bienestar y una vida saludable.[9]

La medición de la seguridad del agua se ha realizado a través de indicadores relacionados principalmente con la infraestructura y la disponibilidad. Dejando de lado la medición de otras dimensiones como el acceso, uso y confiabilidad, dimensiones de igual relevancia, principalmente, por su relación con otros aspectos del bienestar, como son la seguridad alimentaria.[10]

Para conseguir medir éstas, menos exploradas, dimensiones de la seguridad del agua, se desarrolló una escala sobre las experiencias de inseguridad del agua en los hogares (The Household Water Insecurity Experiences, HWISE). Esta escala es un instrumento validado en diversos países de medianos y bajos ingresos (incluidas algunas regiones de México), que indaga sobre el acceso y confiabilidad del agua al interior de los hogares.[11]

Esta escala se compone de doce preguntas sobre la ocurrencia de experiencias relacionadas con la inseguridad del agua en el hogar, durante las cuatro semanas previas a la fecha de entrevista. Estas experiencias van desde sentir preocupación por falta de agua, alterar las actividades diarias por dificultades o falta de acceso al agua, dormirse con sed o sentir vergüenza debido a la escasez de agua. Además, también se pregunta por la frecuencia en que cada una de estas experiencias ocurrieron, en el periodo de tiempo señalado.

En la Ensanut 2021 sobre Covid-19, estas preguntas se dirigieron a la jefatura de la familia o a cualquier persona mayor de edad elegida para responder las preguntas relacionadas con las condiciones del hogar. Las opciones de respuesta relacionadas con la frecuencia fueron: Nunca (0 veces), Raramente (1-2 veces), A veces (3-10 veces), Frecuentemente (11-20 veces), Siempre (más de 20 veces).

El puntaje asignado a cada opción de respuesta fue: Nunca=0, Raramente=1, A veces=2, Frecuentemente o siempre=3. El puntaje varía de 0 a 36. La puntuación más alta indica mayor inseguridad del agua. Si un participante respondió con "no sé" o "no aplica" en alguna de las preguntas, no se generó una puntuación para su hogar.

De acuerdo con estudios previos, los hogares con una puntuación de 12 o más se consideran en inseguridad de agua pues en este punto de corte reportaban una menor satisfacción con su situación hídrica, así como una mayor percepción de estrés e inseguridad alimentaria en comparación con los hogares clasificados en seguridad del agua.[12] Este es el punto de corte que se utilizó para estimar las proporciones de inseguridad del agua en hogares de México.

Se recolectó información de 12 463 hogares, los cuales representan a 36 256 693 hogares de México. El cuadro 1.5.1 muestra que 16.3% de los hogares entrevistados fueron clasificados con inseguridad del agua. Esta proporción equivale a poco más de 5 906 500 hogares de México que han experimentado más o con mayor frecuencia eventos relacionados con el acceso, disponibilidad, utilización, aceptabilidad y confiabilidad del agua.

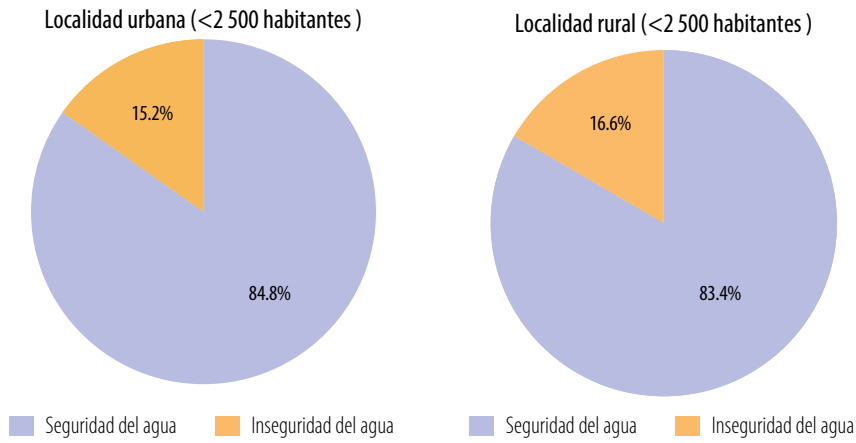
Cuadro 1.5.1

Proporción de hogares en México, de acuerdo con el nivel de inseguridad del agua

Clasificación	Expansión			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Seguridad del agua	10 426	30 350	83.7	81.8,85.3
Inseguridad del agua	2 037	5 906	16.3	14.6,18.1
Total	**12 463**	**36 257**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De acuerdo con el tipo de localidad donde se ubican los hogares en México, 15.2% de los hogares urbanos presentaron inseguridad del agua en comparación con 16.6% de hogares en localidades rurales (figura 1.5.1).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

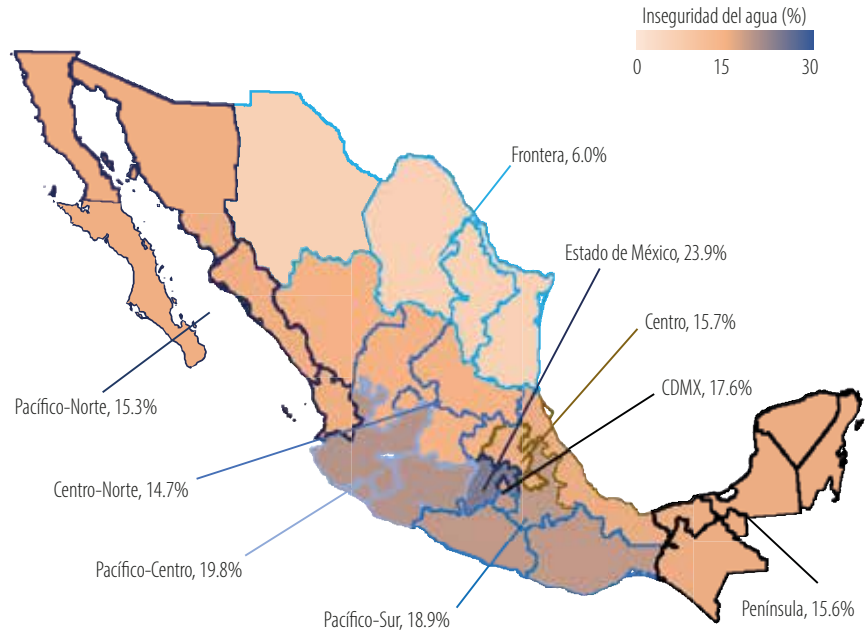
Figura 1.5.1

Proporción de hogares en México, de acuerdo con el nivel de inseguridad del agua según el tipo de localidad

Por otra parte, en la figura 1.5.2 se describen las prevalencias de inseguridad del agua a través de las nueve regiones en las que se dividió el país. Se observó que las regiones del país con mayor proporción de hogares en inseguridad hídrica fueron Estado de México (23.9%), seguida por Pacífico-Centro (19.8%) y Pacífico-Sur (18.9%).

Figura 1.5.2

Proporción de hogares en México, de acuerdo con el nivel de inseguridad del agua según la región

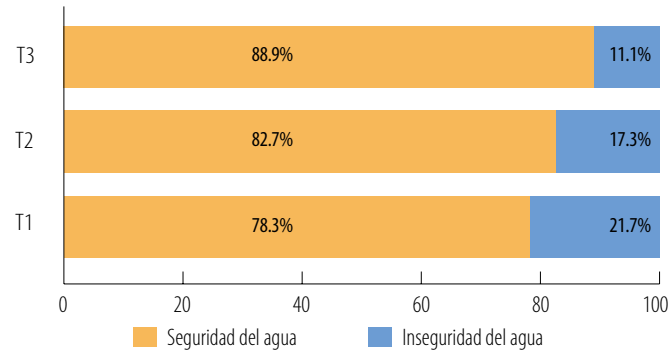


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al estratificar a los hogares de acuerdo con el nivel de condiciones de bienestar, se observa un gradiente en la prevalencia de inseguridad del agua, pues el tercil más alto de condiciones de bienestar presenta menor inseguridad del agua (11.1%), y 21.7% de los hogares ubicados en el tercil más bajo de bienestar se ubicaron con inseguridad del agua (figura 1.5.3).

Figura 1.5.3

Proporción de hogares con inseguridad del agua, según el tercil de las condiciones de bienestar



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Conclusiones hogar

En los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, en general, no se observaron cambios relevantes en la asistencia escolar en la población entre 6 a 14 años de edad y sí una disminución en el grupo de los de 15 a 24 años con respecto a Ensanut 2020 y un ligero aumento en comparación con Ensanut 2018-19. Así mismo, no se observaron cambios en el promedio de años de escolaridad en los mayores de 15 años de edad, sin embargo, sí se observa una disminución importante de analfabetismo en la población mayor de 15 años con respecto a los datos reportados tanto en Ensanut 2020 como en Ensanut 2018-19.

Continuamos con la presencia del virus SARS-CoV-2 y la vivienda sigue siendo el lugar donde la población vive la pandemia. Es importante trabajar en políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de las viviendas, el piso de tierra es un determinante social de las condiciones de salud de sus habitantes. Seguimos encontrando hogares que carecen del servicio recolector de basura, donde sus habitantes deciden quemar sus desechos, poniendo en riesgo su salud y el bienestar del medio ambiente.

Asimismo, encontramos que 20% de la población reportó haber tenido una necesidad de salud, de éstos, 88% buscó atención, 87% fue atendido y sólo 40% se atendió en servicios públicos. De las necesidades de salud, 48% corresponden a eventos agudos y 21% a enfermedades crónicas. Más de la mitad de la población se atendió en servicios privados, aún aquellos afiliados a alguna institución pública. Resalta el elevado porcentaje de la población rural sin seguridad social (74.3%) comparado con 48% en localidades urbanas.

El 40% de los hogares reciben el apoyo de algún programa social, destaca la presencia de éstos en los hogares de la región Pacifico-Sur y la CDMX, donde 5 de cada 10 hogares reciben algún tipo de apoyo. Los programas con mayor cobertura en los hogares son el programa de Pensiones para Adultos Mayores y el Programa Nacional de Becas Benito Juárez, ambos consisten en la transferencia monetaria no condicionadas.

Respecto a la inseguridad alimentaria, actualmente, a nivel nacional, poco más de una cuarta parte de los hogares mexicanos padece inseguridad alimentaria moderada y severa, afectando con mayor intensidad a la población que habita en localidades rurales. La inseguridad alimentaria moderada y severa están relacionadas a experiencias como la disminución en la cantidad de alimentos que habitualmente se consumen, omitir algún tiempo de comida o haber dejado de comer en todo un día, debido a la falta de ingresos o recursos para adquirir alimentos.[13] Estas experiencias afectan la calidad de la dieta, los hábitos de alimentación y tienen consecuencias graves a corto y largo plazo en el bienestar, estado de nutrición y salud de las personas.[14]

A pesar de la reducción significativa que hubo, en el periodo 2012-2018, en la inseguridad alimentaria de los hogares mexicanos, en el último año surgió un retroceso en este tema pues hubo un aumento de cuatro puntos porcentuales en la proporción de hogares que presentaron los grados más graves de inseguridad alimentaria. Como está sucediendo en diversos continentes, entre ellos Latinoamérica, la pandemia de Covid-19 está impactando de forma negativa la economía de los países y también su acceso a la alimentación, amenazando los medios de subsistencia de los grupos de población más vulnerables y que viven en contextos frágiles, como la población en pobreza y marginación de localidades urbanas y rurales.[13,15,16]

Ante un aumento en las cifras de inseguridad alimentaria, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, ha hecho un llamado para enfrentar esta crisis, dependiendo del contexto de cada país o región: 1) Integrar políticas de desarrollo y de construcción de la paz en zonas afectadas por conflictos; 2) aumentar la resiliencia climática en los sistemas alimentarios; 3) reforzar la resiliencia de los más vulnerables a la adversidad económica; 4) intervenir a lo largo de las cadenas de suministro de alimentos para reducir el costo de los alimentos nutritivos; 5) abordar la pobreza y las desigualdades estructurales, garantizando que las intervenciones sean favorables a los pobres; 6) promover el consumo de dietas saludables en la población.[14]

Por otro lado, la inseguridad hídrica tiene impactos perjudiciales en la salud mental, nutricional y física de las personas, así como en el bienestar económico y político de los países, sin embargo, el alcance de los daños no se ha documentado lo suficiente.[17] En México, de acuerdo con datos de Comisión Nacional del Agua (Conagua), en el año 2015, se reportó una cobertura nacional de agua potable de 94.4%, lo cual indica que sólo 5.6% de los hogares mexicanos no tienen servicio de agua potable a su interior.[18] En contraste, los datos obtenidos en la Ensanut 2021, mostraron que alrededor de 16.3% de los hogares entrevistados reportaron experiencias adversas relacionadas con la inseguridad del agua.

Dada la prevalencia y gravedad de los problemas del agua y sus interconexiones con la salud y la nutrición, la comunidad científica tiene un papel importante para documentar la magnitud de la inseguridad del agua de acuerdo con distintos factores sociodemográficos, con el fin de contribuir a mejorar la gobernanza y monitorear el progreso para cumplir con las metas del objetivo 6: "Agua limpia y saneamiento" de los Objetivos del Desarrollo Sostenible.[17]

Referencias hogar

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. México: INEGI; 2020 [citado feb 2, 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html.
2. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. México: INSP; 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf.
3. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales. México: INSP; 2021. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf.
4. Melgar H, Álvarez-Uribe MC, Amoroso L, Ballard T, Ortega J, Pérez-Escamilla R, Segall-Correa AM. Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA. Morelos: INSP; 2010.
5. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez M, Segall-Correa A. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. Memorias de la 1a Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. Perspect Nutr Humana. 2007;S:117-34.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) - Manual de uso y aplicación. Roma: FAO; 2012.
7. Melgar-Quiñonez H, Uribe M, Centeno ZF, Bermudez O, Fulladolsa PPD, Fulladolsa A, et al. Características psicométricas de la escala de seguridad alimentaria ELCSA aplicada en Colombia, Guatemala y México. 2010.
8. Varis O, Keskinen M, Kummu M. Four dimensions of water security with a case of the indirect role of water in global food security. Water Security. 2017;1:36-45. https://doi.org/10.1016/j.wasec.2017.06.002
9. Un Water. What is water insecurity? [Internet]. UN;2013 [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.unwater.org/app/uploads/2017/05/unwater_poster_Oct2013.pdf
10. Young SL. Viewpoint: The measurement of water access and use is key for more effective food and nutrition policy. 2021;104:102138. https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2021.102138
11. Young SL, Boateng GO, Jamaluddine Z, Miller JD, Frongillo EA, Neilands TB, et al. The household water inSecurity experiences (HWISE) scale: development and validation of a household water insecurity measure for low-income and middle-income countries. BMJ Global Health. 2019;4(5):e001750. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001750
12. Rosinger AY, Young SL. The toll of household water insecurity on health and human biology: Current understandings and future directions. Wiley Interdisciplinary Reviews: Water. 2020;7(6):e1468. https://doi.org/10.1002/wat2.1468
13. Melgar-Quiñonez H, Zubieta AC, Valdez E, Whitelaw B, Kaiser L. Validación de un instrumento para vigilar la inseguridad alimentaria en la Sierra de Manantlán, Jalisco. Salud Publica de Mex. 2005;47(6):413-22. https://doi.org/10.1590/S0036-36342005000600005
14. Food and Agriculte Organization, FIDA, Organización Panamericana de la Salud, World Food Program, Unicef. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados 2020. Santiago de Chile: FAO/FIDA/OPS/WFP/Unicef; 2020. https://doi.org/10.4060/cb2242es
15. Food and Agriculte Organization, International Fund for Agricultural Development, Unicef, World Food Programme, World Health Organization. The state of food security and nutrition in the world 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome: FAO; 2021. Available from: https://www.fao.org/3/cb4474en/cb4474en.pdf
16. Boero V, Cafiero C, Gheri F, Kepple AW, Moncayo R, Viviani S. Access to food in 2020 Results of twenty national surveys using the Food Insecurity Experience Scale (FIES). Rome:FAO;2020. https://doi.org/10.4060/cb5623en
17. Young SL, Frongillo EA, Jamaluddine Z, Melgar-Quiñonez H, Pérez-Escamilla R, Ringler C, Rosinger AY. Perspective: The importance of water security for ensuring food security, good nutrition, and well-being. Adv Nutr. 2021;12(4):1058-73. https://doi.org/10.1093/advances/NMAB003
18. Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales. Situación del subsector agua potable, drenaje y saneamiento [Internet]. México: Semarnat; 2015 [citado feb 10, 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/108998/DSAPAS_2015.pdf

2. Utilización de Servicios de Salud

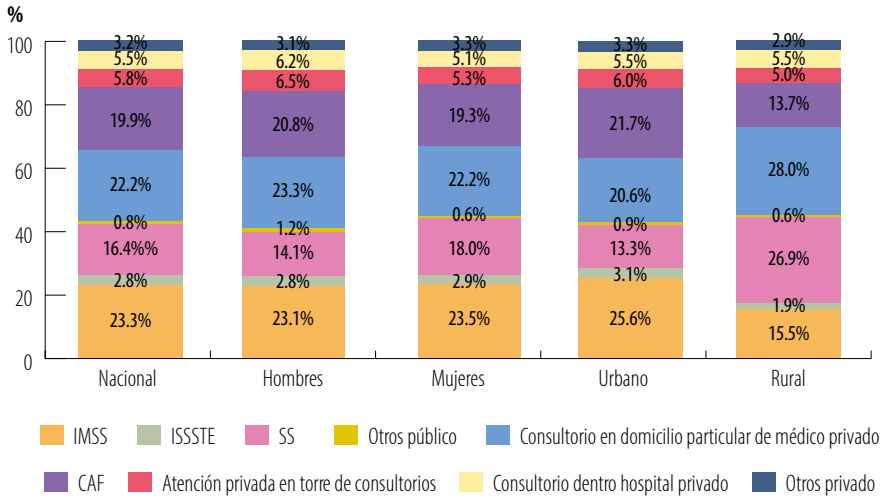
2.1. Utilización

Se entrevistó a una submuestra de 3 027 individuos que reportaron haber tenido una necesidad de salud y que fueron atendidos. Esta sección tiene como objetivo conocer el lugar donde fueron atendidos, los motivos para usar el lugar dónde se atendió y razones para no regresar; tiempos para llegar al lugar de atención, para ser atendido y duración de consulta; y, gastos asociados con la atención (transporte para llegar, consulta, medicamentos, y otros gastos).

La figura 2.1.1 muestra el lugar dónde se atendieron por la necesidad de salud reportada. A nivel nacional, 23.3% se atendió en el IMSS, 22.2% se atendió en consultorio en domicilio particular de médico privado, 16.4% en centro de salud u hospital de la SS, 19.9% en CAF, 5.5% en consultorio dentro de un hospital privado y 3.2% en otros privados. La distribución es similar por sexo y en áreas urbanas. En áreas rurales, el porcentaje que se atiende en IMSS y en CAF es más bajo (15.5 y 13.7%, respectivamente).

Por región (cuadro 2.1.1), destaca un mayor porcentaje que se atendió en el IMSS (43.2%) fue en la región Frontera, mayor uso de CAF en la región Centro (30%) y una mayor proporción que se atendió en consultorio de hospital privado en la Ciudad de México (11.2%).

El cuadro 2.1.2. muestra los motivos por los cuáles eligieron el lugar dónde se atendieron. Destaca a nivel nacional que 28.6% reporta que fue por tener afiliación, 24.7% porque está cerca, 9.1% por su bajo costo, 7.1% porque consideró que no tenía otra opción, 5.5% porque la unidad ofrece el servicio que necesita, 4.4% porque le gusta la atención, 4.2% porque lo atienden rápido, como los más importantes. Los patrones son similares por sexo y tipo de localidad, aunque destaca que en localidades rurales sólo 14.4% eligieron el lugar por afiliación, siendo cercanía la razón más importante.



IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 2.1.1

Institución de salud dónde se atendió por la necesidad de salud reportada a nivel nacional, sexo y localidad (n=2 967)

Cuadro 2.1.1

Institución de salud dónde se atendió por la necesidad de salud reportada por región

Región	n	IMSS	ISSSTE	SS	Otros público	CAF	Consultorio dentro hospital privado	Atención privada en torre de consultorios	Consultorio en domicilio particular de médico privado	Otros privado
Pacífico-Norte	194	27.7%	4.7%	12.7%	0.0%	25.2%	8.4%	2.9%	12.9%	5.5%
Frontera	195	43.2%	1.0%	7.0%	1.3%	23.1%	5.4%	4.5%	9.0%	5.6%
Pacífico-Centro	203	20.7%	5.5%	11.1%	1.3%	21.2%	2.6%	8.6%	27.5%	1.5%
Centro-Norte	794	24.4%	2.5%	19.4%	0.6%	16.1%	5.9%	2.5%	24.5%	4.1%
Centro	294	17.3%	1.0%	16.6%	0.0%	30.1%	3.9%	3.7%	24.3%	3.0%
CDMX	263	27.4%	3.5%	11.3%	0.4%	21.9%	11.2%	9.3%	12.5%	2.5%
Estado de México	280	16.6%	4.0%	17.5%	1.5%	21.0%	2.4%	7.4%	27.3%	2.3%
Pacífico-Sur	385	17.6%	3.5%	22.0%	0.7%	11.7%	7.2%	9.8%	25.1%	2.5%
Península	359	22.3%	1.1%	23.4%	0.9%	14.3%	5.6%	1.5%	28.3%	2.8%

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por región (cuadro 2.1.3), en las regiones de Frontera y Centro-Norte es mayor el porcentaje que eligió el lugar por su afiliación (19 y 15%, respectivamente). Cercanía fue más importante en Pacífico-Sur (19%) y Estado de México (13%). La elección por bajo costo fue mayor en las regiones Estado de México, Pacífico-Sur y Península (15 y 14%).

Cuadro 2.1.2

Motivos de elección del lugar dónde se atendió a nivel nacional, sexo y localidad

	Nacional	Hombres	Mujeres	Urbano	Rural
	n=2 911	n=1 092	n=1 817	n=2 150	n=759
Tiene afiliación	28.6%	28.0%	29.0%	32.7%	14.4%
Está cerca	24.7%	22.4%	26.4%	23.8%	27.9%
Es barato/no cuesta	9.1%	9.5%	8.8%	8.4%	11.5%
No tuve otra opción	7.1%	9.0%	5.7%	6.9%	7.8%
Esta unidad ofrece el servicio que necesitaba	5.5%	5.4%	5.6%	4.8%	7.8%
Le gusta cómo lo(a) atienden	4.4%	4.0%	4.7%	4.1%	5.4%
Le atienden rápido	4.2%	4.0%	4.3%	4.0%	4.7%
Otro (especifique)	3.9%	4.6%	3.4%	3.4%	5.6%
Me recomendaron este lugar/este prestador	2.9%	3.4%	2.5%	2.2%	5.3%
El horario de atención es amplio	2.8%	2.3%	3.2%	2.9%	2.7%
No es necesario agendar cita	2.4%	3.1%	2.0%	2.5%	2.3%
Conoce al prestador de servicios de salud	2.3%	1.8%	2.6%	2.3%	2.2%
Se tardan poco en dar cita	1.0%	1.3%	0.8%	1.0%	1.0%
Es fácil agendar una cita	0.9%	1.1%	0.7%	0.9%	1.0%
Ya tenía cita	0.4%	0.4%	0.4%	0.3%	0.7%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 2.1.3

Motivos de elección del lugar dónde se atendió por región

	Pacífico-Norte	Frontera	Pacífico-Centro	Centro-Norte	Centro	CDMX	Edo. de México	Pacífico-Sur	Península
	n=193	n=191	n=198	n=788	n=291	n=252	n=273	n=371	n=354
Tiene afiliación	6%	19%	9%	15%	9%	10%	13%	11%	7%
Está cerca	6%	11%	11%	12%	9%	8%	13%	19%	10%
Es barato/no cuesta	1%	7%	16%	13%	12%	7%	15%	14%	14%
El horario de atención es amplio	7%	1%	2%	17%	20%	5%	26%	12%	10%
No es necesario agendar cita	11%	7%	6%	19%	11%	7%	17%	7%	14%
Se tardan poco en dar cita	6%	11%	6%	32%	2%	7%	6%	26%	5%
Esta unidad ofrece el servicio que necesitaba	10%	5%	4%	16%	18%	7%	11%	15%	13%
Es fácil agendar una cita	4%	12%	0%	3%	27%	21%	18%	0%	14%
No tuve otra opción	6%	1%	6%	10%	25%	8%	14%	24%	6%
Le atienden rápido	3%	18%	4%	13%	10%	9%	18%	18%	8%
Le gusta cómo lo(a) atienden	2%	6%	13%	7%	22%	5%	22%	17%	6%
Ya tenía cita	0%	11%	19%	32%	34%	3%	0%	0%	1%
Conoce al prestador de servicios de salud	0%	19%	6%	12%	9%	3%	8%	33%	10%
Me recomendaron este lugar/este prestador	0%	7%	8%	12%	19%	4%	12%	21%	17%
Otro (especifique)	2%	4%	10%	15%	25%	5%	15%	11%	13%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 2.1.4 muestra que el traslado de casa a la unidad de salud a nivel nacional fue en promedio 34 minutos; el tiempo de espera en la unidad antes de ser atendido en consulta fue en promedio de 48.7 minutos y el tiempo de consulta fue de 29.6 minutos. Los tiempos son similares por sexo y tipo de localidad aunque en localidades rurales el tiempo de traslado es mayor.

Cuadro 2.1.4

Tiempo promedio de traslado a la unidad, tiempo de espera en minutos para ser atendido y tiempo de consulta a nivel nacional, localidad y sexo

	Nacional	Urbano	Rural	Hombres	Mujeres
Tiempo de traslado de su casa a la unidad de salud	34.0	31.4	41.3	35.0	33.4
n	2 918	2 156	761	1 101	1 816
Tiempo de espera en unidad antes de ser atendido en consulta	48.7	48.0	50.7	47.1	49.6
n	2 888	2 133	754	1 086	1 801
Tiempo de consulta	29.6	29.6	29.8	29.6	29.6
n	2 836	2 086	749	1 066	1 769

Nota: los tiempos fueron restringidos a menos de 500 minutos
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por región, el traslado a la unidad fue mayor en Estado de México (42.1 minutos) y Ciudad de México (38.7 minutos). Los tiempos de espera en la unidad fueron mayores en Estado de México (56.2 minutos) y Ciudad de México (52.9 minutos). Mayor tiempo de consulta fue reportado por habitantes de la Ciudad de México (35.6 minutos) y Pacífico-Norte (32.7 minutos) (cuadro 2.1.5).

Cuadro 2.1.5

Tiempo promedio de traslado a la unidad, tiempo de espera para ser atendido y tiempo de consulta por región

	Tiempo de traslado de su casa a la unidad de salud	n	Tiempo de espera en unidad antes de ser atendido en consulta	n	Tiempo de consulta	n
Pacífico-Norte	33.6	190	43.1	187	32.7	183
Frontera	27.1	193	43.2	189	24.3	186
Pacífico-Centro	36.7	200	49.6	198	29.9	192
Centro-Norte	30.9	788	46.0	778	29.3	763
Centro	31.9	286	48.6	286	28.9	289
CDMX	38.7	252	52.9	252	35.6	246
Estado de México	42.1	277	56.2	277	30.6	271
Pacífico-Sur	34.8	379	48.5	373	29.0	359
Península	34.6	353	51.2	348	27.7	347

Nota: los tiempos fueron restringidos a menos de 500 minutos
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 2.1.6 muestra los gastos asociados con la atención recibida para los individuos que reportaron tener gastos y proporción que gastó. A nivel nacional, la mediana de gasto en traslados fue de 80 pesos, en atención de 150 pesos, 450 pesos en medicamentos, 777 pesos en estudios y 600 pesos en otros gastos médicos. Destaca que en áreas rurales, los gastos son mayores.

Cuadro 2.1.6

Gastos asociados con la atención recibida (proporción que gastó y monto) a nivel nacional, localidad, sexo y región

	Traslado	Atención	Medicamentos	Estudios	Otros gastos médicos
Nacional n=2 062	69%	52%	70%	69%	12%
	$80	$150	$450	$777	$600
Urbano n=1 492	67%	52%	70%	66%	12%
	$70	$150	$400	$777	$680
Rural n=569	75%	53%	73%	79%	12%
	$100	$200	$500	$777	$600
Hombres n=773	70%	53%	72%	60%	13%
	$100	$150	$450	$777	$640
Mujeres n=1 288	68%	51%	70%	75%	12%
	$70	$150	$450	$700	$600
Pacífico-Norte n=194	69%	53%	66%	68%	10%
	$100	$200	$500	$874	$850
Frontera n=195	72%	44%	60%	62%	11%
	$80	$60	$315	$475	$300
Pacífico-Centro n=203	62%	54%	82%	77%	10%
	$100	$200	$400	$702	$700
Centro-Norte n=794	70%	51%	67%	59%	12%
	$100	$200	$400	$777	$750
Centro n=294	75%	59%	77%	78%	15%
	$60	$100	$400	$600	$1,000
CDMX n=263	68%	50%	66%	55%	13%
	$50	$150	$500	$777	$640
Estado de México n=280	65%	59%	73%	70%	13%
	$80	$100	$400	$777	$500
Pacífico-Sur n=385	69%	46%	72%	77%	15%
	$50	$200	$500	$700	$500
Península n=359	71%	53%	69%	73%	8%
	$100	$150	$500	$600	$725

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Como se muestra en el cuadro 2.1.7, a nivel nacional, 92.9% reporta que le dieron explicaciones sobre los medicamentos recetados y las entendieron todas. Los resultados con similares por tipo de localidad, sexo y región.

El cuadro 2.1.8 muestra que a 89% le prescribieron medicamentos y de éstos 88% consiguió todos y 73% los consiguieron en el mismo lugar dónde se atendieron. A 34% les solicitaron estudios, 76% se los realizaron todos y 56% se los realizaron en el mismo sitio.

Cuadro 2.1.7

Entendimiento sobre los medicamentos recetados a la población que fue atendida a nivel nacional, localidad, sexo y región

	Le dieron explicaciones y se entendieron todas	Le dieron explicaciones y entendió algunas	Le dio explicaciones y no las entendió	No le dieron explicaciones
Nacional n=2 667	92.9%	4.5%	0.6%	2.0%
Urbano n=1 983	93.3%	4.0%	0.5%	2.2%
Rural n=683	91.5%	6.4%	0.9%	1.2%
Hombres n=1 005	93.4%	4.0%	1.1%	1.5%
Mujeres n=1 661	92.5%	4.9%	0.3%	2.4%
Pacífico-Norte n=177	93%	5%	0%	3%
Frontera n=185	90%	5%	0%	5%
Pacífico-Centro n=190	90%	4%	3%	3%
Centro-Norte n=731	95%	3%	0%	2%
Centro n=258	92%	7%	0%	0%
CDMX n=225	95%	2%	1%	3%
Estado de México n=249	92%	6%	0%	2%
Pacífico-Sur n=312	95%	3%	1%	2%
Península n=340	96%	3%	0%	0%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 2.1.8

Proporción de la población atendida a la que le recetaron medicamentos, cuántos obtuvieron y en qué lugar

	Medicamentos	Estudios
Proporción con solicitud	89%	34%
Proporción que consiguió/realizó		
Todos	88%	76%
Algunos	8%	3%
Ninguno	3%	21%
Donde los consiguieron		
Mismo sitio	73%	56%
Otro sitio, misma institución	1%	7%
Farmacia/laboratorio particular	26%	29%
Laboratorio de otra institución	NA	8%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Sobre la percepción de calidad de la atención, a nivel nacional, en un rango de 0 a 10, 52% calificó con 10 las indicaciones recibidas, 21% con nueve, 19% con ocho y 9% con menos de ocho; con un promedio de calificación de nueve (ver cuadro 2.1.9). En localidades rurales, menor proporción calificó la atención con 10 (48%) y con nueve (19%).

Cuadro 2.1.9

Calificación por las indicaciones recibidas en la consulta a nivel nacional, localidad y sexo

	10	9	8	7 o menos
Nacional n=2 967	52%	21%	19%	9%
Urbano n=2 185	53%	21%	18%	9%
Rural n=766	48%	19%	22%	11%
Hombres n=1 111	51%	22%	19%	8%
Mujeres n=1 840	52%	20%	18%	10%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por región (cuadro 2.1.10), un mayor porcentaje calificó con 10 la atención recibida en Centro-Norte (58%), Centro (57%) y Estado de México (54%).

A nivel nacional, 52% calificó la atención recibida como excelente o muy buena, 38% buena y 10% la calificaron como regular o mala (figura 2.1.2). Los resultados son similares por sexo y tipo de localidad.

Cuadro 2.1.10

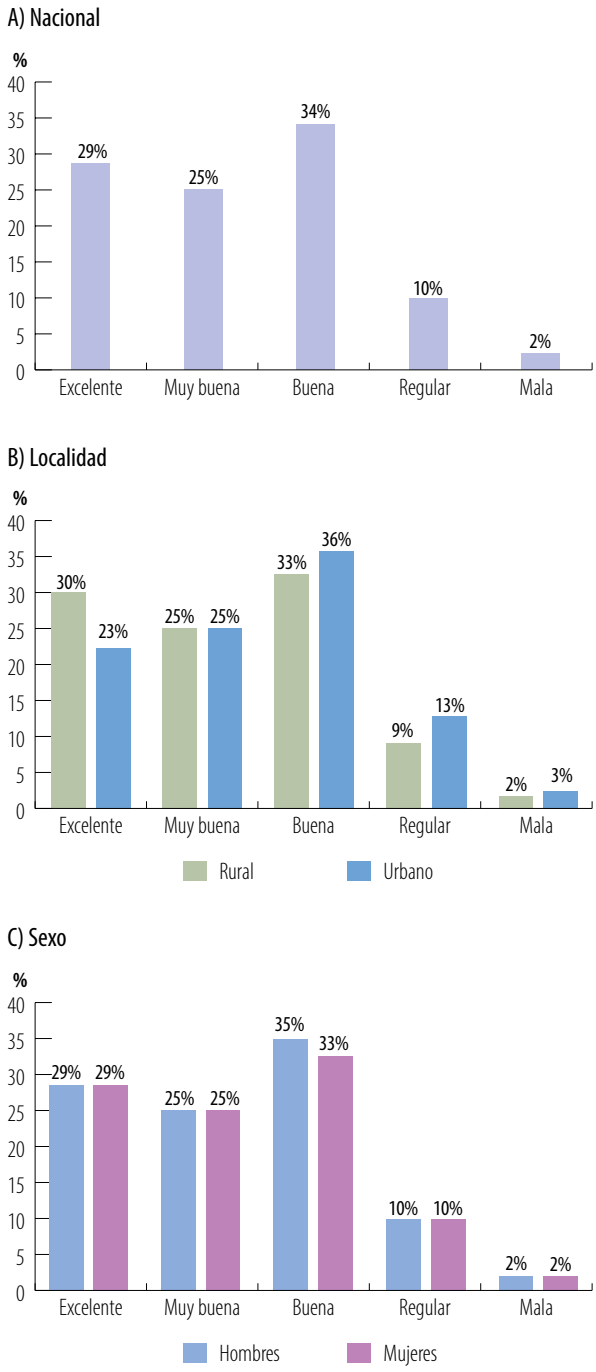
Calificación por las indicaciones recibidas en la consulta por región

	10	9	8	7 o menos
Pacífico-Norte n=194	43%	28%	21%	7%
Frontera n=194	52%	20%	17%	11%
Pacífico-Centro n=202	53%	17%	21%	9%
Guanajuato n=790	51%	22%	20%	7%
Resto Centro Norte n=513	58%	20%	13%	9%
Centro n=292	57%	19%	14%	9%
CDMX n=259	48%	21%	22%	10%
Estado de México n=279	54%	15%	21%	9%
Pacífico Sur n=383	43%	30%	18%	9%
Península n=359	43%	30%	18%	9%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 2.1.2

Calificación de la atención médica recibida (n=2 967)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por región, las mayores calificaciones de excelente aparecen en Ciudad de México (36%), Pacífico-Centro y Península con 31% por ciento (cuadro 2.1.11).

Cuadro 2.1.11

Calificación de la atención médica recibida por región

Región	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Pacífico-Norte n=194	26%	31%	34%	5%	4%
Frontera n=195	29%	29%	33%	7%	2%
Pacífico-Centro n=203	31%	26%	30%	11%	2%
Centro Norte n=794	29%	21%	37%	11%	2%
Centro n=294	29%	27%	31%	9%	2%
CDMX n=263	36%	29%	24%	9%	2%
Estado de México n=280	26%	24%	37%	9%	4%
Pacífico Sur n=385	25%	19%	43%	11%	3%
Península n=359	31%	27%	29%	12%	2%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Conclusiones utilización de servicios de salud

De 56% de los utilizadores de salud que se atendieron el sector privado, destaca que cerca de la mitad se atendió en consultorio en domicilio particular de médico privado y un tercio en CAF. Tener afiliación, cercanía con un servicio de salud y bajo costo explican las principales razones por escoger el lugar dónde se atendió la población por una necesidad de salud.

3. Covid-19

3.1 Cambios en actividad física

Se recabó información sobre la realización de alguna actividad física o deporte previo a la pandemia por Covid-19 de 37 114 individuos mayores de 10 años, los cuales representan a 106 938 118 personas a nivel nacional. Se indagó con el jefe del hogar la información de todos los integrantes mayores de 10 años o, cuando fue posible, a cada miembro del hogar mayor de 10 años. Se preguntó si realizaban alguna actividad física o deporte antes de iniciar la pandemia por Covid-19, a lo que únicamente 27.7% de la población respondió afirmativamente. El grupo de edad más activo fue el de los adolescentes de 15 a 19 años (34.8%), en particular los hombres (59.1%), seguido de los adolescentes de 10 a 14 años (33.4%) y adultos de 20 años y más (26.1%); en ambos grupos fueron los hombres los que reportaron ser más activos (56.3 y 55.1% respectivamente).

Con respecto al tipo de localidad, en las localidades urbanas, una mayor proporción de adultos de 20 años y más respondió afirmativamente a realizar actividad física o deporte antes de la pandemia por Covid-19 con respecto a los de las localidades rurales (87.1 vs. 12.8%), seguido de los adolescentes de 15 a 19 años (80.2 vs. 19.7%) y de los de 10 a 14 años (76.5 vs. 23.4%). Los adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de la región Pacífico-Sur fueron los que mayormente reportaron realizar actividad física (18 y 15.5%, respectivamente) previo a la pandemia por Covid-19, en los adultos mayores de 20 años fue en Estado de México (14.3%).

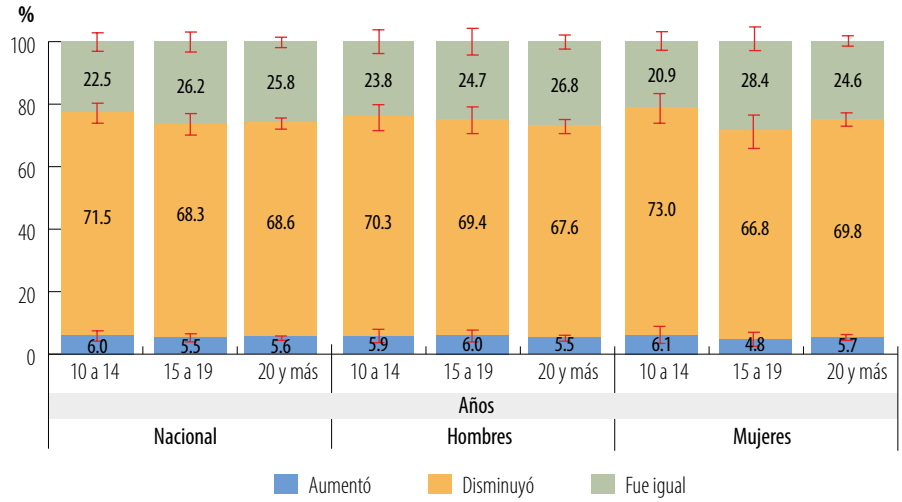
Con relación al índice de condición de bienestar, se observó que de manera generalizada la población que pertenecía al tercil más alto fueron quienes respondieron afirmativamente a realizar alguna actividad física antes de la pandemia por Covid-19 (adolescentes de 10 a 14 años 36.6%, adolescentes de 15 a 19 años 39.0% y adultos de 20 años y más 51.1%).

A las personas que respondieron afirmativamente a realizar alguna actividad física previo a la pandemia por Covid-19, se les preguntó si el tiempo dedicado a esa actividad física o deporte disminuyó, aumentó o se mantuvo igual en comparación con el tiempo dedicado previo a la pandemia, a lo cual 74.5% de los sujetos reportó cambios en su actividad física durante la pandemia. De los

cuales, 68.9% disminuyó su actividad física, el grupo de edad más afectado fue el de los adolescentes de 10 a 14 años (71.5%), seguido de los adultos mayores de 20 años (68.6%). Al analizar por sexo, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres en los tres grupos de edad (figura 3.1.1).

Figura 3.1.1

Cambio en la actividad física durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad, a nivel nacional y por sexo

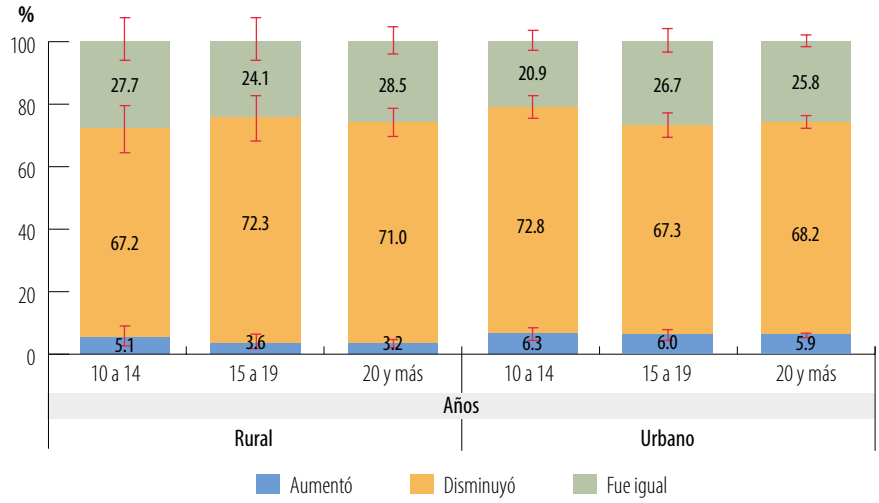


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La información que se muestra en la figura 3.1.2 destaca el cambio en la actividad física por tipo de localidad y grupos de edad. Se observa que fue en las localidades urbanas donde los adolescentes de 10 a 14 años tuvieron una mayor disminución en el tiempo dedicado a alguna actividad física o deporte durante la pandemia por Covid-19 (72.8%). Por el contrario, en los grupos de edad de adolescentes de 15 a 19 años (72.3%) y de los adultos de 20 años y más (71.0%) la mayor disminución se observó en las localidades rurales.

Figura 3.1.2

Cambio en la actividad física durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad y tipo de localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.1.1

Cambio en la actividad física durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad y región

Región		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Pacífico-Norte	Aumentó	5.9	2.1,15.0	6.8	3.3,13.33	5.9	3.9,8.9
	Disminuyó	70.1	60.1,78.4	59.0	47.6,69.6	65.1	58.4,71.1
	Fue igual	24.1	17.1,32.9	34.2	23.7,46.4	29.0	23.4,35.3
Frontera	Aumentó	8.1	4.1,15.3	1.9	0.4,7.7	4.8	3.1,7.3
	Disminuyó	68.9	58.2,77.9	71.3	58.5,81.5	69.4	60.9,76.7
	Fue igual	23.0	15.1,33.6	26.8	16.6,40.2	25.9	19.3,33.7
Pacífico-Centro	Aumentó	2.1	0.3,13.1	1.7	0.4,6.1	4.5	2.4,8.4
	Disminuyó	61.1	46.6,73.9	61.9	44.8,76.7	60.9	53.0,68.3
	Fue igual	36.8	25.5,49.8	36.4	22.0,53.8	34.6	27.6,42.4
Centro-Norte	Aumentó	4.4	2.6,7.5	4.2	2.4,7.4	5.0	3.7,6.8
	Disminuyó	71.7	66.2,76.6	67.9	61.1,73.9	67.4	63.8,70.9
	Fue igual	25.3	19.2,29.4	27.9	21.9,34.9	27.5	24.6,30.6
Centro	Aumentó	7.8	3.0,19.0	3.5	0.7,15.5	4.5	2.9,7.0
	Disminuyó	76.4	63.6,85.7	78.0	69.0,85.0	76.3	71.4,80.7
	Fue igual	15.8	8.1,28.4	18.5	12.7,26.2	19.1	15.2,23.9
CDMX	Aumentó	5.1	2.3,10.8	12.4	7.1,20.5	7.6	5.6,10.1
	Disminuyó	78.2	69.7,84.9	64.4	54.1,73.6	69.2	65.1,73.1
	Fue igual	16.7	11.1,24.3	23.2	15.8,32.7	23.2	19.7,27.0
Estado de México	Aumentó	3.5	1.5,7.9	8.3	4.7,14.4	6.9	5.1,9.2
	Disminuyó	80.9	71.8,87.6	72.0	62.1,80.2	70.4	66.0,74.4
	Fue igual	15.6	9.6,24.3	19.7	12.6,29.3	22.8	18.7,27.4
Pacífico-Sur	Aumentó	5.7	2.5,12.5	4.7	2.3,9.5	2.8	1.5,5.4
	Disminuyó	68.5	57.5,77.8	66.1	54.8,75.9	69.8	64.1,74.9
	Fue igual	25.8	18.4,34.8	29.2	20.0,40.4	27.4	22.8,32.4
Península	Aumentó	11.3	5.7,21.4	8.2	4.2,15.5	9.4	7.4,11.8
	Disminuyó	63.9	52.1,74.2	67.9	54.8,78.7	67.3	62.5,71.7
	Fue igual	24.8	16.0,36.2	23.9	15.9,34.2	23.4	19.2,28.2

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el cuadro 3.1.1 se muestra el cambio en la actividad física durante la pandemia por Covid-19, por región y grupo de edad. De forma general, se observa una disminución en la actividad física realizada en las nueve regiones y en todos los grupos de edad analizados. Cabe resaltar que también hubo quienes reportaron un aumento en su actividad física durante la pandemia por Covid-19, en la región de la CDMX los adolescentes de 15 a 19 años reportaron el mayor aumento (12.4%),

mientras que para los adolescentes de 10 a 14 años el mayor aumento en la actividad física fue en la región de la Península (11.3%) seguido de los adultos de 20 años y más (9.4%). Al analizar por el índice de condición de bienestar se observó la misma tendencia a la disminución de la actividad física durante la pandemia por Covid-19, en todos los grupos de edad y en los tres niveles del índice de condición de bienestar. Para los adolescentes de 10 a 14 años, el porcentaje de disminución de actividad física fue incrementando conforme el nivel de condición de bienestar era más alto (bajo: 70.2%; medio: 70.4% y alto: 73.6%) (cuadro 3.1.2.).

Cuadro 3.1.2

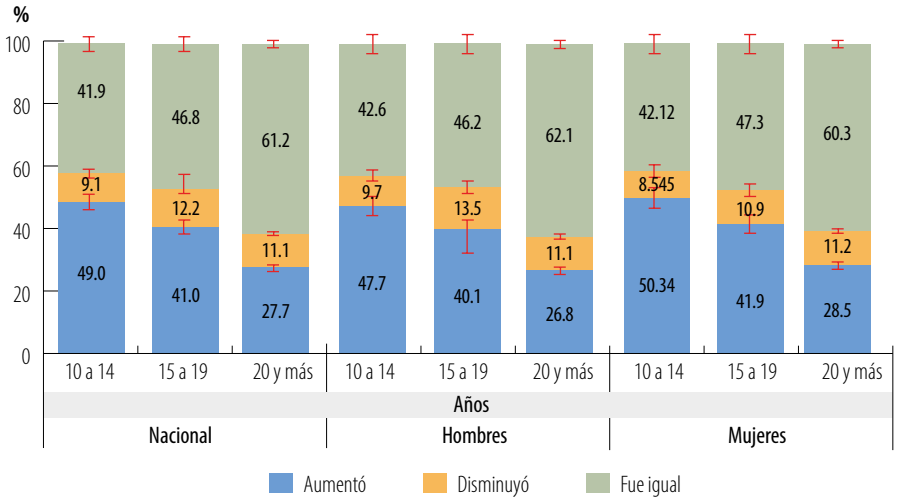
Cambio en la actividad física durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad e índice de condición de bienestar

Índice de condición de bienestar		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Bajo	Aumentó	5.5	3.3,9.1	3.8	2.0,7.2	3.1	2.2,4.5
	Disminuyó	70.2	64.3,75.5	72.2	64.4,78.9	72.8	69.2,76.2
	Fue igual	24.3	19.5,29.9	24.0	17.5,31.9	24.1	20.9,27.6
Medio	Aumentó	5.3	3.3,8.4	5.0	3.2,7.6	4.9	3.8,6.2
	Disminuyó	70.4	63.9,76.1	69.6	63.9,74.8	70.2	67.4,72.9
	Fue igual	24.3	19.1,30.4	25.4	20.5,31.0	24.9	22.6,27.4
Alto	Aumentó	7.1	4.6,10.8	7.1	4.9,10.2	6.9	5.9,8.0
	Disminuyó	73.6	68.4,78.2	64.5	58.1,70.4	66.1	63.4,68.8
	Fue igual	19.3	15.2,24.3	28.4	22.9,34.5	27.0	24.5,29.6

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De igual manera, se indagó con todos los integrantes del hogar de 10 años o más si el tiempo que se pasaba sentado o reclinado de forma habitual, durante el periodo de la pandemia por Covid-19 había aumentado, disminuido o permanecido igual, en comparación con el tiempo previo a la misma. Es así que 31.3% de la población de 10 años y más respondió que había aumentado el tiempo que pasaba sentado o reclinado. El grupo de edad con mayor afectación fue el de los adolescentes de 10 a 14 años, quienes reportaron un aumento de 49.0% de su tiempo sentados o reclinados. El grupo que presentó menos cambios fue el de adultos de 20 años y más (27.7%). Finalmente, no hubo diferencia entre hombres y mujeres (figura 3.1.3).

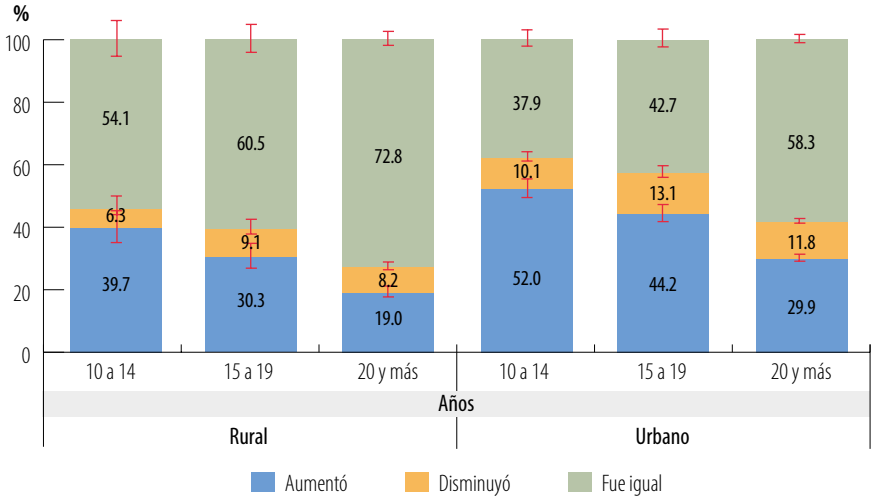
Al comparar por localidad se observa que en todos los grupos de edad en las localidades urbanas hubo un mayor aumento en el tiempo que pasaban sentados o reclinados con respecto a las localidades rurales. No obstante, la mayor afectación se observa en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años (52.0%) y la menor en el grupo de adultos de 20 y más (29.9%) (figura 3.1.4).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.1.3

Cambio en el tiempo que pasaba sentado o reclinado de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, nacional, por grupos de edad y sexo



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.1.4

Cambio en el tiempo que pasaba sentado o reclinado de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad y tipo de localidad

Al analizar por región del país, vemos datos muy similares en las nueve regiones, donde la mayor proporción de la población mantuvo o aumentó el tiempo que permaneció sentada o reclinada. La región Centro mostró el mayor aumento del tiempo que la población adolescente de 10 a 14 años permaneció sentada (62.6%), fue en la región del Estado de México donde los adolescentes de 15 a 19 años (51.6%) tuvieron un mayor aumento del tiempo sentados y para los adultos de 20 años y más las regiones Frontera y CDMX presentaron el mayor porcentaje (32.5%) (cuadro 3.1.3).

Cuadro 3.1.3

Cambio en el tiempo que pasaba sentado o reclinado de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por región y grupos de edad

Región		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Pacífico-Norte	Aumentó	48.3	43.,53.6	42.1	35.0,49.4	28.1	25.0,31.4
	Disminuyó	15.8	12.6,19.8	14.3	10.9,18.7	14.2	12.5,16.1
	Fue igual	35.8	30.6,41.4	43.6	36.8,50.7	57.7	54.9,60.5
Frontera	Aumentó	59.1	52.2,65.7	43.2	36.4,50.3	32.5	29.8,35.4
	Disminuyó	5.8	3.2,10.5	8.9	5.3,14.5	6.3	5.1,7.8
	Fue igual	35.1	29.2,41.5	47.9	41.7,54.2	61.2	58.2,64.1
Pacífico-Centro	Aumentó	38.1	30.1,46.7	38.4	28.6,49.3	28.1	24.8,31.6
	Disminuyó	12.6	7.2,21.2	18.0	11.8,26.4	13.2	11.0,15.9
	Fue igual	49.3	42.8,55.8	43.6	32.9,55.0	58.7	54.0,63.2
Centro-Norte	Aumentó	43.7	38.7,48.8	35.5	31.6,39.7	21.7	20.1,23.4
	Disminuyó	10.3	7.9,13.4	13.6	10.8,16.9	12.6	11.3,13.9
	Fue igual	46.0	41.3,50.8	50.9	47.1,54.7	65.8	63.6,67.9
Centro	Aumentó	62.6	49.3,74.3	46.5	36.7,56.5	30.6	26.7,34.7
	Disminuyó	3.7	2.1,6.4	10.4	5.5,18.7	7.3	6.2,8.5
	Fue igual	33.7	22.9,46.5	43.1	35.3,51.3	62.2	58.4,65.7
CDMX	Aumentó	60.1	52.2,67.4	43.9	36.4,51.7	32.5	29.2,36.0
	Disminuyó	8.1	5.0,12.7	17.5	12.5,24.0	14.2	12.3,16.4
	Fue igual	31.9	25.2,39.4	38.6	31.3,46.4	53.3	49.0,57.5
Estado de México	Aumentó	54.9	48.2,61.4	51.6	45.6,57.5	31.0	28.1,34.1
	Disminuyó	9.8	7.0,13.7	10.4	7.6,14.0	12.6	10.7,14.9
	Fue igual	35.3	29.1,42.0	38.0	32.2,44.2	56.4	52.2,60.4
Pacífico-Sur	Aumentó	42.0	35.1,49.2	34.7	29.1,40.8	22.9	20.1,25.9
	Disminuyó	10.7	6.4,17.4	14.7	10.0,20.9	12.5	10.5,14.9
	Fue igual	47.3	40.4,54.3	50.6	42.2,59.1	64.6	61.6,67.4
Península	Aumentó	39.4	34.7,44.4	34.2	28.8,40.1	22.8	20.2,25.8
	Disminuyó	5.2	3.1,8.5	4.8	2.9,8.0	7.8	6.5,9.4
	Fue igual	55.4	49.9,60.8	61.0	55.0,66.7	69.3	66.7,71.9

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al analizar por el índice de condiciones de bienestar, se observa que en todos los grupos de edad y en todos los terciles de condición de bienestar aumentó el tiempo sentado o reclinado durante la pandemia por Covid-19, y el porcentaje va en aumento conforme es más alto el índice de condición de bienestar (cuadro 3.1.4).

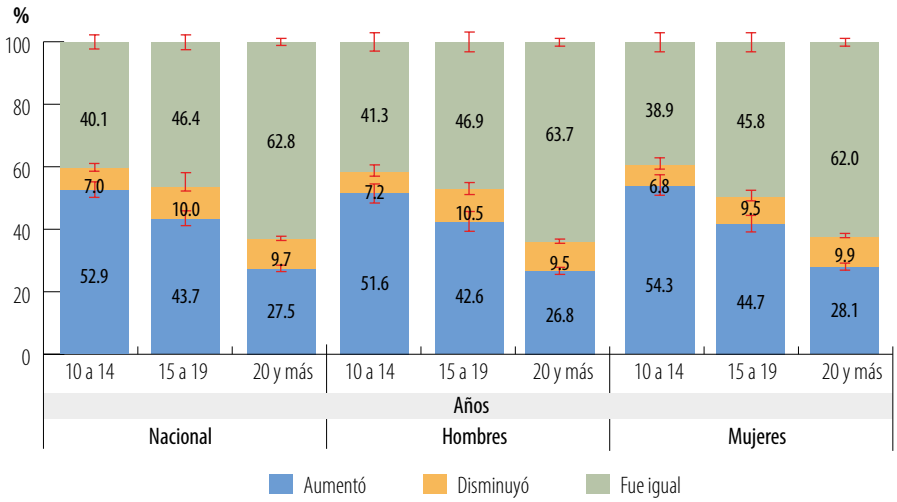
Cuadro 3.1.4

Cambio en el tiempo que pasaba sentado o reclinado de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por índice de condición de bienestar y grupos de edad

Índice de condición de bienestar		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Bajo	Aumentó	40.0	36.1,44.0	29.3	25.9,32.9	21.6	20.0,23.2
	Disminuyó	8.3	6.3,10.9	13.5	11.0,16.5	9.5	8.5,10.7
	Fue igual	51.7	47.6,55.8	57.2	53.0,61.2	68.9	67.2,70.6
Medio	Aumentó	51.8	47.4,56.1	44.0	39.9,48.1	27.6	25.9,29.3
	Disminuyó	9.6	7.4,12.5	11.9	9.5,14.8	11.4	10.4,12.6
	Fue igual	38.6	34.9,42.4	44.1	40.4,48.0	61.0	59.2,62.9
Alto	Aumentó	56.1	52.1,59.9	48.8	44.5,53.1	32.3	30.5,34.1
	Disminuyó	9.5	7.5,12.1	11.3	9.2,13.8	12.0	11.0,13.1
	Fue igual	34.4	31.0,38.0	39.9	36.1,43.9	55.7	53.8,57.6

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Además, se preguntó si el tiempo que pasaban frente a pantalla aumentó, disminuyó o fue igual durante la pandemia por Covid-19 en comparación con el tiempo que pasaban antes de iniciar la pandemia. El 31.8% de la población mayor de 10 años reportó un aumento en el tiempo que pasaba frente a pantalla. Los adolescentes de 10 a 14 años fueron los que reportaron el mayor aumento (52.9%) seguido de los adolescentes de 15 a 19 años (43.7%), en ambos casos fue mayor en las mujeres (54.3 vs. 51.6% y 44.7 vs. 42.6%, respectivamente). Los adultos no presentaron diferencia por sexo (figura 3.1.5).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

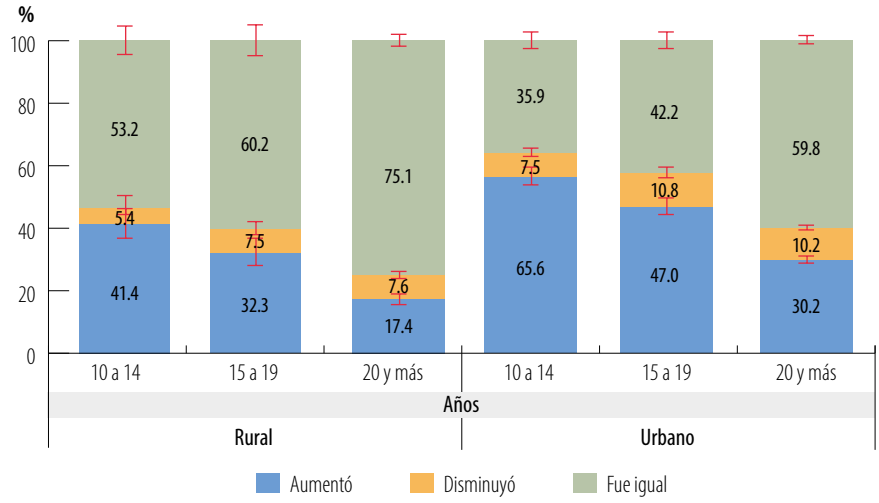
Figura 3.1.5

Cambio en el tiempo que pasaba frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, nacional, por grupos de edad y sexo

Al comparar por localidad, se observa que en todos los grupos de edad en las localidades urbanas hubo un mayor aumento en el tiempo que pasaban frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19 con respecto a las localidades rurales. No obstante, la mayor afectación se observa en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años (56.6%) y la menor en el grupo de adultos de 20 y más (30.0%) (figura 3.1.6).

Figura 3.1.6

Cambio en el tiempo que pasaba frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad y localidad de residencia



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al analizar por región del país, se observa que las nueve regiones presentan datos muy similares, donde la mayor proporción de la población mantuvo o aumentó el tiempo que permaneció frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19. La región Centro mostró el mayor aumento del tiempo que la población adolescente de 10 a 14 años permaneció frente a pantallas de forma habitual (66.3%), seguido de los adolescentes de 15 a 19 años (54.8%) y para los adultos de 20 años y más la región Frontera presentó el mayor porcentaje del aumento del tiempo frente a pantallas (33.5%) (cuadro 3.1.5).

Al analizar por el índice de condiciones de bienestar, se observa que de forma generalizada por grupo de edad y tercil de condición de bienestar aumentó el tiempo que pasaban frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19 en comparación con el tiempo previo a la misma, y se puede apreciar en todos los grupos de edad que el porcentaje va en aumento conforme es más alto el índice de condición de bienestar (cuadro 3.1.6).

Cuadro 3.1.5

Cambio en el tiempo que pasaba frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por grupos de edad y región

Región		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Pacífico-Norte	Aumentó	54.5	49.4,59.6	43.0	35.3,51.1	30.0	27.3,32.9
	Disminuyó	10.8	7.8,14.9	11.5	8.0,16.2	10.3	8.9,11.8
	Fue igual	34.7	29.6,40.1	45.5	38.0,53.2	59.7	57.0,62.4
Frontera	Aumentó	61.0	54.0,67.6	45.3	38.6,52.2	33.5	30.8,36.3
	Disminuyó	3.7	1.8,7.5	5.3	2.9,9.6	4.7	3.8,5.9
	Fue igual	35.3	29.0,42.3	49.4	42.2,56.5	61.8	58.9,64.7
Pacífico-Centro	Aumentó	43.2	34.9,51.9	39.1	29.2,50.0	27.7	24.8,30.9
	Disminuyó	12.0	7.2,19.4	16.7	10.9,24.6	11.5	9.3,14.2
	Fue igual	44.8	37.8,51.9	44.3	33.9,55.1	60.7	56.0,65.2
Centro-Norte	Aumentó	47.5	42.3,52.7	37.4	33.4,41.6	22.9	21.2,24.6
	Disminuyó	8.5	6.3,11.3	10.9	8.3,14.1	10.8	9.8,12.0
	Fue igual	44.0	39.2,49.0	51.7	47.7,55.6	66.3	64.3,68.3
Centro	Aumentó	66.3	54.5,76.4	54.8	44.8,64.5	28.7	24.1,33.8
	Disminuyó	3.5	1.9,6.6	7.9	4.7,13.0	7.9	6.6,9.4
	Fue igual	30.2	20.4,42.3	37.3	28.3,47.3	63.5	58.6,68.1
CDMX	Aumentó	61.1	53.9,68.0	49.0	41.9,56.2	32.6	29.2,36.3
	Disminuyó	5.0	3.0,8.3	12.0	7.8,18.1	12.6	10.8,14.7
	Fue igual	33.8	26.7,41.7	38.9	32.7,45.5	54.7	50.6,58.8
Estado de México	Aumentó	63.0	55.8,69.6	54.2	48.2,60.1	30.4	27.3,33.7
	Disminuyó	6.9	4.1,11.4	8.4	5.9,11.8	12.2	10.3,14.4
	Fue igual	30.1	23.9,37.2	37.4	31.7,43.5	57.4	53.4,61.3
Pacífico-Sur	Aumentó	46.0	37.8,54.5	39.2	33.3,45.4	22.3	19.7,25.1
	Disminuyó	8.1	4.0,15.7	14.0	9.3,20.4	10.9	8.8,13.4
	Fue igual	45.8	40.2,51.6	46.8	38.9,54.9	66.8	64.2,69.4
Península	Aumentó	38.9	34.4,43.7	33.6	27.9,39.7	19.7	17.0,22.7
	Disminuyó	3.3	1.9,5.9	4.5	2.4,8.6	6.8	5.4,8.5
	Fue igual	57.7	52.6,62.7	61.9	55.6,67.8	73.5	70.9,75.9

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.1.6

Cambio en el tiempo que pasaba frente a pantallas de forma habitual durante la pandemia por Covid-19, por índice de bienestar y grupos de edad

Índice de condición de bienestar		Adolescentes				Adultos	
		10 a 14 años		15 a 19 años		20 años y más	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Bajo	Aumentó	41.7	37.6,45.9	31.5	27.9,35.2	19.3	17.7,21.1
	Disminuyó	6.9	5.2,9.2	11.4	9.1,14.2	8.7	7.7,9.9
	Fue igual	51.4	47.5,55.3	57.1	52.9,61.3	72.0	70.1,73.7
Medio	Aumentó	58.1	53.8,62.3	47.3	43.3,51.4	27.0	25.4,28.7
	Disminuyó	6.3	4.5,8.8	9.8	7.7,12.5	10.1	9.2,11.2
	Fue igual	35.6	31.9,39.5	42.8	39.0,46.7	62.9	61.0,64.7
Alto	Aumentó	60.0	56.0,63.9	51.3	47.1,55.4	33.8	31.9,35.7
	Disminuyó	7.7	5.6,10.4	8.8	6.9,11.2	10.1	9.2,11.2
	Fue igual	32.3	28.8,36.1	39.9	35.9,44.1	56.1	54.1,58.1

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

3.2 Cambios en alimentación

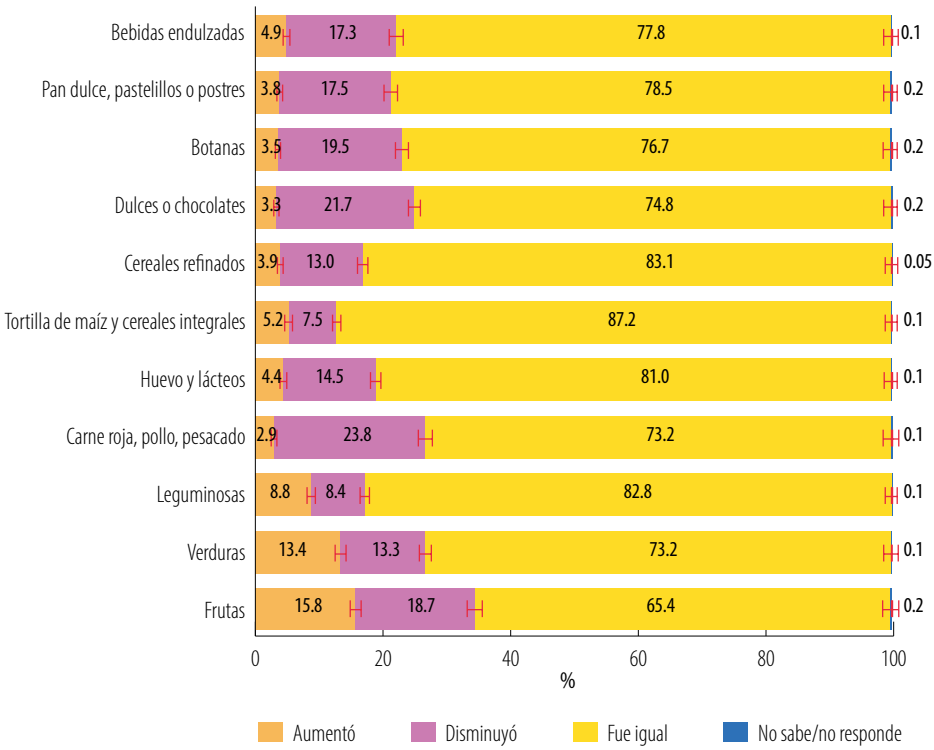
Se recabó información sobre cambios en la alimentación de 12 619 hogares, los cuales representan a 36 738 957 a nivel nacional. Se indagó al informante principal de cada hogar si el consumo de once grupos de alimentos en el hogar disminuyó, aumentó o se mantuvo igual en comparación con el que se tenía antes del confinamiento por la pandemia de Covid-19. Los grupos de alimentos de los que se recolectó esta información fueron 1) frutas, 2) verduras, 3) leguminosas, 4) carnes rojas, pollo y pescados, 5) huevo y lácteos, 6) cereales con fibra: tortilla de maíz, arroz, avena, pastas y pan integrales, 7) cereales refinados: tortilla de trigo, pan blanco, arroz, sopa de pasta, 8) caramelos o chocolates, 9) botanas, 10) pan dulce, pastelillos o postres y 11) bebidas endulzadas como refrescos, aguas de sabor con azúcar, jugos o néctares de frutas industrializados.

En más de 73.2% de los hogares no se reportaron cambios en el consumo de grupos de alimentos a comparación del que tenían previo a la pandemia. En aproximadamente uno de cada cuatro hogares, reportaron disminución en el consumo de carnes rojas, pollo y pescado; y en uno de cada cinco hogares indicaron disminuir el consumo de dulces y chocolates y botanas (figura 3.2.1). Es de resaltar que los hogares de localidades rurales reportaron mayor reducción en el consumo de frutas (22.9%) en comparación con lo reportado por hogares de localidades urbanas (17.7%) (figura 3.2.2).

En cuanto a los cambios en la alimentación por región geográfica se aprecian distribuciones similares. Sin embargo, las regiones Centro, Estado de México y Pacífico-Sur presentaron los mayores porcentajes de hogares con disminución en el consumo de frutas y carne roja, pollo y pescado (cerca de uno de cada cuatro hogares). En grupos de alimentos como dulces o chocolates, botanas, pan dulce, pastelillos o postres, las regiones Pacífico-Norte, Centro, CDMX y Estado de México, presentan las mayores proporciones de hogares con disminución en su consumo, cambio deseable para aumentar la calidad de la dieta (cuadro 3.2.1).

Figura 3.2.1

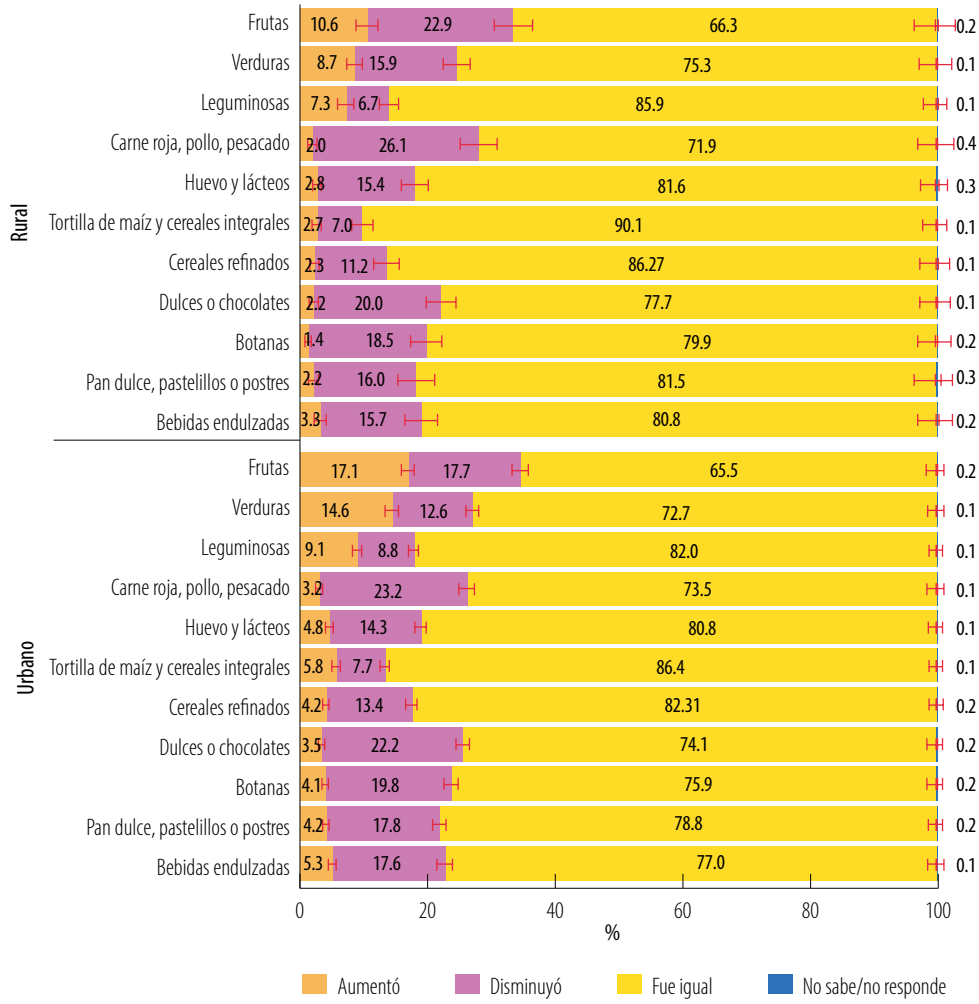
Cambio en alimentación en el hogar por la pandemia de Covid-19



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.2.2

Cambios en alimentación en el hogar por la pandemia de Covid-19 por tipo de localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Si se estratifican los cambios en alimentación por el índice de condición de bienestar al que corresponden los hogares de la muestra, se observa que aquellos situados en el tercil bajo presentan mayor proporción de disminución que los hogares del tercil alto en el consumo de frutas (27.3 vs. 10.9%), verduras (19 vs. 8%), carne roja pollo y pescado (29.5 vs. 16.7%); así como en huevo y lácteos (19.2 vs. 10.1%) (cuadro 3.2.2).

Cuadro 3.2.1

Cambios en alimentación en el hogar por la pandemia de Covid-19 por región

Región	Cambio	Frutas	Verduras	Legumi-nosas	Carne roja, pollo, pescado	Huevo y Lácteos	Tortilla de maíz y cereales integrales	Cereales refinados	Dulces o chocolates	Botanas	Pan dulce, pastelillos o postres	Bebidas endulzadas
		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Pacífico-Norte	Aumentó	14.6 (12.4,17.1)	12.6 (10.5,14.9)	10.8 (9.2,12.6)	3.0 (2.2,4.2)	6.9 (5.5,8.7)	9.4 (7.7,11.5)	6.3 (5.0,7.9)	5.9 (4.5,7.9)	8.1 (6.3,10.2)	7.7 (6.1,9.6)	9.7 (7.9,11.9)
	Disminuyó	13 (11.0,15.3)	10.9 (9.1,12.9)	9.1 (7.0,11.6)	20.2 (17.6,23.1)	14.7 (12.6,17.2)	11.7 (9.7,14.1)	15.7 (14.0,17.5)	28.6 (25.4,32.0)	25.2 (22.1,28.5)	23.2 (21.0,25.6)	14.9 (12.2,18.0)
	Fue igual	72.1 (69.1,74.9)	76.5 (74.1,78.8)	80.2 (77.6,82.5)	76.7(73.5,79.5)	78.2 (75.6,80.6)	78.7 (75.7,81.5)	78.1 (75.9,80.1)	65.5 (62.0,68.9)	66.6 (63.4,69.7)	69.1 (66.6,71.5)	75.3 (72.2,78.2)
Frontera	Aumentó	15.0 (12.6,17.7)	10.3 (8.5,12.5)	6.3 (5.0,8.1)	1.8 (1.1,2.8)	3.4 (2.3,5.0)	2.6 (1.7,4.0)	2.3 (1.5,3.6)	2.6 (1.4,4.7)	2.9 (1.7,4.8)	2.8 (1.8,4.3)	4.4 (3.2,6.1)
	Disminuyó	12.4 (9.4,16.2)	12.3 (9.5,15.8)	5.7 (4.1,7.8)	19.0 (15.5,23.1)	9.2 (7.1,11.9)	3.6 (2.3,5.5)	9.6 (7.7,11.8)	12.5 (10.2,15.2)	11.9 (9.6,14.7)	8.7 (7.0,10.9)	9.7 (7.6,12.2)
	Fue igual	72.3 (68.6,75.7)	77.1 (73.7,80.3)	88.0 (85.8,89.9)	79.1(75.2,82.5)	87.4 (84.1,90.1)	93.8 (91.1,95.7)	88.1 (85.5,90.3)	84.9 (81.1,88.1)	85.0 (81.5,87.9)	88.1 (85.8,90.1)	85.9 (83.4,88.2)
Pacífico-Centro	Aumentó	10.2 (7.3,14.1)	8.5 (6.3,11.2)	5.4 (3.8,7.7)	3.5 (2.0,6.1)	2.8 (1.7,4.4)	2.2 (1.0,4.7)	2.1 (1.1,4.2)	1.4 (0.8,2.5)	1.7 (1.0,3.0)	1.8 (1.1,3.1)	1.9 (1.1,3.3)
	Disminuyó	15 (11.8,18.9)	10.3 (8.2,12.9)	8.1 (5.8,11.4)	18.8 (16.0,22.1)	10.0 (8.2,12.1)	3.5 (2.5,5.1)	16.8 (14.1,19.9)	19.7 (17.4,22.3)	19.3 (16.5,22.4)	16.5 (14.2,19.2)	16.3 (12.9,20.4)
	Fue igual	74.6 (70.4,78.4)	81.2 (77.8,84.2)	86.3 (82.6,89.3)	77.7 (74.0,80.9)	87.3 (84.7,89.4)	94.3 (91.9,96.0)	80.9 (77.4,84.1)	78.8 (76.1,81.2)	79.0 (76.0,81.7)	81.7 (78.9,84.1)	81.8 (77.6,85.3)
Centro-Norte	Aumentó	14.2 (12.7,15.3)	10 (8.8,11.4)	6.2 (5.2,7.6)	1.5 (1.0,2.3)	3.3 (2.6,4.3)	3.4 (2.6,4.5)	2.1 (1.5,3.0)	1.7 (1.2,2.3)	2.2 (1.7,2.9)	2.6 (2.0,3.5)	3.2 (2.5,4.0)
	Disminuyó	16.4 (14.9,18.0)	11.9 (10.4,3.6)	4.6 (3.7,5.7)	22.1 (20.3,24.1)	9.8 (8.6,11.1)	6.6 (5.6,7.7)	8.7 (7.5,10.0)	18.3 (16.3,20.5)	15.3 (13.7,17.2)	13.6 (12.2,15.1)	14.4 (13.2,15.7)
	Fue igual	69.2 (67.4,71.0)	78.0 (76.3,9.7)	89.1 (87.4,90.7)	76.3 (74.3,78.2)	86.8 (85.1,88.3)	89.8 (88.4,91.1)	89.2 (87.5,90.7)	79.9 (77.7,81.9)	82.3 (80.3,84.0)	83.6 (82.1,85.1)	82.3 (80.8,83.8)
Centro	Aumentó	19.0 (15.9,22.7)	16.8 (13.0,1.5)	11.2 (8.2,15.3)	3.1 (1.7,5.5)	3.4 (1.7,6.5)	4.9 (3.1,7.8)	3.5 (2.3,5.2)	2.0 (1.2,3.4)	1.5 (0.8,2.9)	2.2 (1.1,4.1)	4.2 (2.7,6.6)
	Disminuyó	23.4 (18.3,29.5)	17.2 (13.5,1.7)	8.9 (6.7,11.8)	27.9 (23.1,33.3)	19.4 (16.7,22.4)	11.4 (8.7,14.9)	15.3 (12.5,18.6)	31.1 (27.2,35.2)	32.6 (27.4,38.2)	27.0 (21.4,33.4)	28.7 (23.2,34.9)
	Fue igual	57.6 (51.1,63.8)	65.9 (60.4,71.0)	79.9 (76.1,83.2)	68.7 (62.3,74.5)	76.8 (72.2,80.8)	83.7 (79.8,86.9)	81.3 (77.4,84.6)	66.9 (62.6,70.9)	65.9 (60.3,71.1)	70.9 (64.6,76.5)	66.9 (60.4,72.9)
CDMX	Aumentó	23.4 (21.0,26.0)	22.2 (19.3,5.4)	11.7 (9.6,14.3)	4.5 (3.1,6.4)	6.2 (4.9,7.8)	9.3 (7.2,12.0)	6.7 (5.0,8.9)	6.4 (5.0,8.2)	7.4 (5.9,9.3)	6.7 (5.2,8.7)	7.7 (5.5,10.6)
	Disminuyó	19.0 (16.2,22.2)	12.4 (10.4,4.8)	10.7 (8.5,13.2)	23.9 (20.9,27.2)	18.1 (15.8,20.6)	9.6(7.7,11.9)	11.6 (9.3,14.5)	26.7 (23.2,30.6)	21.1 (17.8,24.7)	18.8 (16.1,21.8)	19.4 (16.6,22.4)
	Fue igual	57.4 (53.9,60.9)	65.2 (61.4,8.9)	77.3 (74.0,80.3)	71.4 (67.4,75.1)	75.7 (72.8,78.4)	80.8 (77.1,84.0)	81.4 (77.9,84.5)	65.6 (61.5,69.5)	70.6 (66.7,74.2)	73.8 (70.4,77.0)	72.6 (68.6,76.3)
Estado de México	Aumentó	20.9 (18.3,23.7)	19.2 (16.6,2.1)	13.2 (11.3,15.4)	4.7 (3.1,7.2)	7.2 (5.0,10.1)	10.2 (7.7,13.4)	7.0 (5.4,9.2)	5.5 (4.2,7.2)	5.4 (4.0,7.2)	5.9 (4.5,7.8)	6.6 (4.7,9.2)
	Disminuyó	25.7 (22.9,28.8)	15.6 (13.2,8.3)	11.0 (9.0,13.3)	31.0 (27.7,34.4)	19.4 (16.9,22.3)	10.3 (8.4,12.6)	14.4 (11.9,17.2)	26.2 (23.0,29.5)	20.8 (17.7,24.4)	20.8 (17.5,24.6)	21.2 (17.9,25.0)
	Fue igual	53.3 49.9,56.6)	65.2 (61.7,8.6)	75.8 (72.4,78.9)	64.2 (60.6,67.7)	73.2 (69.7,76.5)	79.5 (75.3,83.2)	78.6 (74.9,81.9)	68.1 (64.5,71.4)	73.4 (69.9,76.7)	72.9 (68.8,76.5)	72.1 (67.8,76.1)
Pacífico-Sur	Aumentó	15.2 (12.4,18.5)	12.8 (9.8,16.5)	8.2 (6.8,9.9)	2.8 (2.0,3.9)	4.2 (3.0,5.7)	3.8 (2.8,5.3)	2.5 (1.7,3.7)	2.7 (1.8,4.0)	2.3 (1.6,3.2)	3.3 (2.4,4.5)	3.6 (2.5,5.0)
	Disminuyó	24.1 (19.6,9.42)	16.7 (13.2,20.9)	9.3 (7.0,12.2)	28.0 (24.6,31.8)	17.7 (14.4,21.5)	7.1 (5.1,9.8)	12.6 (9.9,16.0)	18.0 (15.4,20.8)	15.5 (13.3,18.1)	14.5 (11.7,17.9)	16.2 (13.4,19.5)
	Fue igual	60.7 (56.7,64.5)	70.5 (66.3,4.5)	82.5 (79.3,85.4)	69. 2(65.7,72.5)	78.0 (74.3,81.4)	89.0 (85.6,91.6)	84.8 (81.0,88.0)	79.3 (76.1,82.1)	82.1 (79.6,84.4)	82.2 (78.9,85.1)	80.3 (77.3,82.9)
Península	Aumentó	10.9 (9.2,12.8)	10.9 (9.3,12.7)	7.0 (5.6,8.7)	2.2 (1.3,3.6)	2.6 (1.8,3.7)	2.5(1.9,3.5)	3.4 (2.5,4.6)	2.2 (1.5,3.3)	1.9 (1.3,2.8)	2.3 (1.5,3.7)	3.6 (2.7,4.8)
	Disminuyó	18.8 (16.0,22.0)	11.5 (9.2,14.2)	9.8 (7.7,12.3)	22.1 (19.4,25.1)	14.1 (12.1,16.4)	5.5 (4.2,7.2)	13.3 (11.1,15.9)	19.6 (17.8,21.5)	18.2 (16.5,20.0)	18.0 (16.1,20.1)	17.3 (15.5,19.3)
	Fue igual	70.0 (66.3,73.5)	77.4 (74.1,80.5)	83.1 (80.6,85.4)	75.7 (72.7,78.5)	83.1 (80.6,85.4)	91.9 (89.9,93.5)	83.1 (80.2,85.7)	78.0 (76.3,79.7)	79.6 (77.7,81.4)	79.5 (77.0,81.8)	78.8 (76.2,81.1)

Cuadro 3.2.2

Cambios en alimentación en el hogar por la pandemia por Covid-19 por nivel de condición de bienestar

Grupo de alimentos		Tercil de condición de bienestar								
		Bajo			Medio			Alto		
		Aumentó	Disminuyó	Fue igual	Aumentó	Disminuyó	Fue igual	Aumentó	Disminuyó	Fue igual
Frutas	%	10.6	27.3	61.9	15.1	19.4	65.3	20.6	10.9	68.2
	IC95%	9.5,11.8	25.1,29.6	59.6,64.1	13.9,16.5	17.9,21.0	63.4,67.3	19.0,22.4	9.6,12.4	66.2,70.2
Verduras	%	9.6	19.0	71.3	13.8	13.9	72.2	16.2	8.0	75.7
	IC95%	8.6,10.8	17.3,20.8	69.4,73.2	12.5,15.2	12.6,15.4	70.1,74.2	14.7,17.8	6.9,9.3	73.9,77.4
Leguminosas	%	9.0	8.8	82.1	8.8	8.5	82.7	8.6	8.0	83.4
	IC95%	8.0,10.3	7.5,10.3	80.2,83.7	7.7,9.9	7.4,9.7	81.1,84.2	7.6,9.6	7.0,9.1	82.0,84.7
Carne roja, pollo,pescado	%	1.6	29.5	68.9	2.9	26.4	70.6	4.1	16.7	79.0
	IC95%	1.2,2.1	27.5,31.5	66.8,70.9	2.3,3.7	24.4,28.5	68.4,72.8	3.3,5.1	15.3,18.2	77.2,80.7
Huevo y Lácteos	%	2.6	19.2	78.2	4.8	15.2	79.8	5.6	10.1	84.3
	IC95%	2.0,3.2	17.5,21.0	76.4,79.9	4.1,5.6	13.7,16.7	78.0,81.5	4.6,6.7	9.0,11.3	82.7,85.8
Tortilla de maíz y cereales integrales	%	3.2	8.7	88.0	6.1	8.0	85.8	6.1	6.2	87.7
	IC95%	2.6,3.9	7.4,10.3	86.3,89.6	5.2,7.3	7.0,9.1	84.2,87.2	5.2,7.2	5.4,7.1	86.2,89.1
Cereales refinados	%	2.8	13.4	83.7	4.7	12.5	82.7	4.1	13.0	82.9
	IC95%	2.2,3.5	11.9,15.1	81.9,85.4	3.9,5.7	11.3,13.7	81.2,84.1	3.4,4.9	11.9,14.2	81.4,84.3
Dulces o chocolates	%	1.8	20.6	77.4	2.9	22.1	74.8	4.8	22.4	72.6
	IC95%	1.4,2.4	18.9,22.4	75.6,79.2	2.4,3.5	20.6,23.8	73.1,76.4	4.0,5.7	20.9,23.9	70.7,74.3
Botanas	%	1.3	19.1	79.4	3.1	19.7	76.9	5.7	19.7	74.4
	IC95%	1.0,1.8	17.3,21.1	77.4,81.2	2.6,3.8	18.0,21.4	75.1,78.6	4.9,6.7	18.2,21.3	72.5,76.1
Pan dulce, pastelillos o postres	%	2.1	17.9	79.9	3.5	18.5	77.8	5.4	16.3	78.1
	IC95%	1.6,2.8	15.8,20.1	77.7,81.9	2.9,4.3	16.9,20.1	76.0,79.5	4.7,6.3	14.7,18.0	76.2,79.8
Bebidas endulzadas	%	3.6	17.9	78.4	5.1	16.8	78.1	5.7	17.2	77.1
	IC95%	2.9,4.4	16.1,19.8	76.3,80.3	4.3,6.0	15.3,18.4	76.4,79.7	4.8,6.8	15.2,19.4	74.9,79.1

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En cuanto al número de días promedio de consumo de los grupos de alimentos en los hogares participantes, se aprecia que el grupo de tortilla de maíz muestra un mayor número de días de consumo a la semana (5.5 días); mientras que los dulces y botanas se consumen en promedio 1.4 días/semana. En los hogares de localidades rurales los días promedio de consumo de frutas, verduras, carne roja, pollo y pescado, huevo y lácteos fueron menor en comparación de los días promedio de consumo en localidades urbanas, en alrededor de un día/semana (cuadro 3.2.3). Finalmente, en aquellos hogares que reportaron disminución en el consumo de alimentos, es relevante notar que sólo el grupo de tortilla de maíz cumple la condición de consumo habitual (al menos tres días/semana).

Cuadro 3.2.3

Días promedio de consumo en el hogar de los grupos de alimentos por tipo de localidad y tipo de cambio en el consumo

Tipo de localidad	Nacional		Urbano		Rural	
Grupo de alimentos	**Media**	**IC95%**	**Media**	**IC95%**	**Media**	**IC95%**
Frutas	4.29	4.22,4.36	4.46	4.39,4.54	3.60	3.43,3.76
Verduras	4.35	4.29,4.42	4.55	4.48,4.62	3.58	3.44,3.73
Leguminosas	4.63	4.56,4.69	4.57	4.50,4.64	4.87	4.70,5.05
Carne roja, pollo, pescado	3.05	2.99,3.11	3.28	3.21,3.35	2.15	2.03,2.27
Huevo y lácteos	4.37	4.30,4.44	4.52	4.45,4.59	3.77	3.57,3.96
Tortilla de maíz y cereales integrales	5.55	5.49,5.61	5.56	5.50,5.62	5.50	5.34,5.66
Cereales refinados	3.59	3.53,3.64	3.66	3.60,3.72	3.30	3.18,3.42
Dulces o chocolates	1.48	1.43,1.52	1.55	1.50,1.60	1.21	1.10,1.31
Botanas	1.36	1.31,1.40	1.43	1.38,1.48	1.06	0.95,1.16
Pan dulce, pastelillos o postres	2.22	2.16,2.28	2.25	2.18,2.31	2.10	1.97,2.23
Bebidas endulzadas	2.88	2.82,2.95	2.95	2.87,3.02	2.64	2.48,2.80
Cambio en el consumo	**Aumentó**		**Disminuyó**		**Sin cambios**	
Frutas	5.57	5.46,5.67	2.48	2.40,2.56	4.50	4.42,4.58
Verduras	5.50	5.37,5.62	2.77	2.67,2.88	4.43	4.37,4.50
Leguminosas	5.34	5.20,5.48	2.91	2.77,3.06	4.73	4.66,4.80
Carne roja, pollo, pescado	4.80	4.54,5.06	2.06	1.20,2.13	3.30	3.24,3.37
Huevo y lácteos	5.93	5.77,6.10	2.43	2.31,2.55	4.64	4.57,4.71
Tortilla de maíz y cereales integrales	6.19	6.03,6.34	3.33	3.14,3.52	5.71	5.65,5.76
Cereales refinados	4.93	4.67,5.18	2.39	2.29,2.49	3.71	3.65,3.77
Dulces o chocolates	4.64	4.42,4.86	1.16	1.11,1.22	1.43	1.38,1.49
Botanas	4.30	4.08,4.52	1.10	1.03,1.16	1.29	1.24,1.34
Pan dulce, pastelillos o postres	4.73	4.51,4.94	1.45	1.38,1.51	2.27	2.20,2.34
Bebidas endulzadas	5.48	5.30,5.65	1.64	1.54,1.74	3.00	2.93,3.08

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

3.3 Medidas de mitigación ante el Covid-19

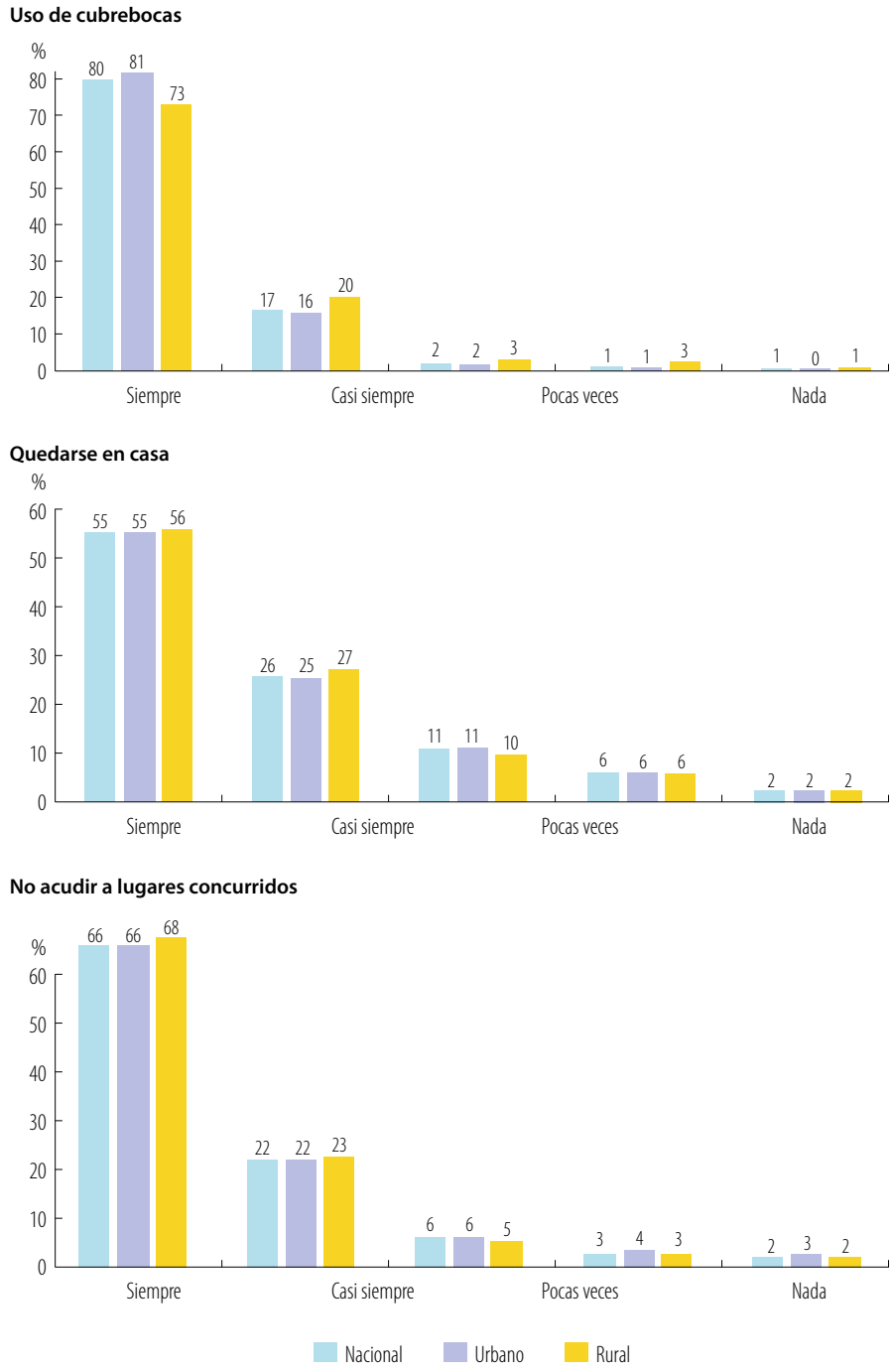
La figura 3.3.1 muestra el cumplimiento de medidas de mitigación, nacional y por tipo de localidad. Resalta para uso de cubrebocas (panel A) que 80% reporta haberlo usado siempre y 17% casi siempre a nivel nacional. En localidades rurales, el porcentaje que reporta haber usado cubrebocas siempre es menor (73%).

Para la medida de quedarse en casa (panel B), un poco más de la mitad la cumplieron siempre y un cuarto casi siempre. Los resultados por tipo de localidad son similares.

Para la medida de no acudir a lugares concurridos (panel C), 66% reporta haber cumplido siempre y 22% casi siempre a nivel nacional, con resultados muy similares por tipo de localidad.

Figura 3.3.1

Cumplimiento de medidas de mitigación del Covid-19 (n=12 619)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por región, aquellas con mayor cumplimiento en uso de cubrebocas (siempre) es CDMX (84%), Frontera, Pacífico-Centro y Centro (81.1%). Quedarse en casa siempre fue más alto en Pacífico-Centro (69%) y Pacífico-Norte (61%). Para lugares concurridos, las mayores proporciones fueron en Pacífico-Sur (76%) y Pacífico-Norte (75%) (cuadro 3.3.1).

Cuadro 3.3.1

Cumplimiento de medidas de mitigación del Covid-19 por región

A) Cubrebocas

Región	Nada	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
Pacífico-Norte	0%	1%	2%	17%	80%
Frontera	0%	1%	1%	17%	81%
Pacífico-Centro	1%	1%	2%	15%	81%
Resto Centro-Norte	1%	2%	3%	17%	78%
Centro	0%	1%	2%	16%	81%
CDMX	0%	1%	1%	14%	84%
Estado de México	0%	1%	2%	20%	77%
Pacífico-Sur	1%	1%	2%	17%	79%
Península	1%	3%	2%	16%	78%

B) Quedarse en casa

Región	Nada	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
Pacífico-Norte	2%	5%	6%	27%	61%
Frontera	2%	4%	13%	28%	54%
Pacífico-Centro	2%	5%	5%	19%	69%
Resto Centro-Norte	2%	7%	11%	26%	55%
Centro	3%	6%	15%	24%	51%
CDMX	4%	7%	9%	32%	49%
Estado de México	2%	7%	9%	30%	52%
Pacífico-Sur	4%	8%	11%	23%	54%
Península	1%	6%	18%	23%	52%

C) No acudir a lugares concurridos

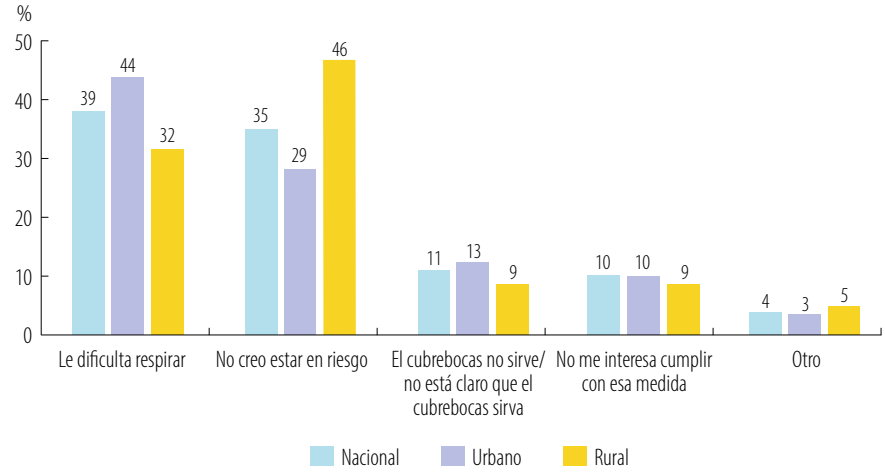
Región	Nada	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre
Pacífico-Norte	9%	4%	7%	23%	57%
Frontera	1%	4%	8%	23%	63%
Pacífico-Centro	2%	2%	3%	18%	76%
Resto Centro-Norte	1%	4%	7%	21%	66%
Centro	0%	3%	6%	22%	69%
CDMX	4%	4%	5%	27%	60%
Estado de México	3%	4%	6%	27%	60%
Pacífico-Sur	1%	2%	4%	18%	75%
Península	1%	4%	7%	22%	66%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.3.2 muestra que 39% no usó cubrebocas porque le cuesta trabajo respirar, 35% porque no se considera en riesgo, 11% no le interesa cumplir, 10% porque piensan que no sirve. Dificultad para respirar como razón para no cumplir fue mayor en localidades urbanas (44%) y no estar en riesgo fue más alto en localidades rurales (46%).

Figura 3.3.2

Razones para no usar cubrebocas nivel nacional y localidad (n=538)

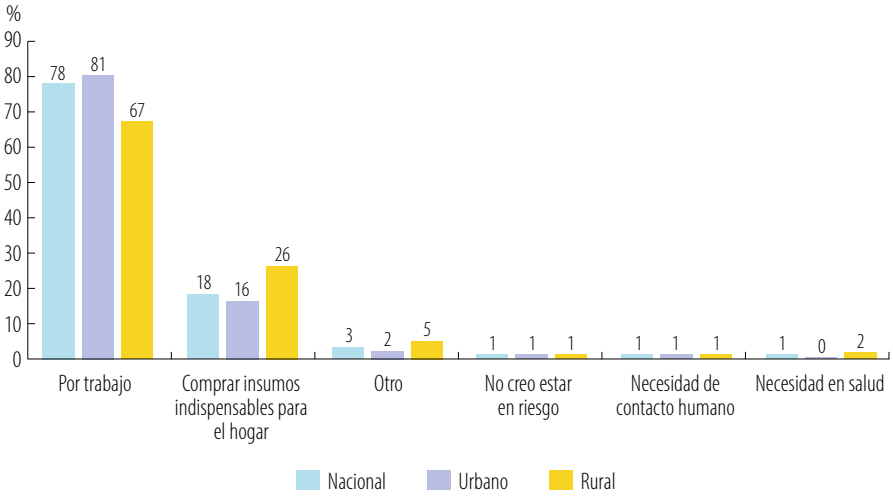


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.3.3 muestra que 78% no pudo quedarse en casa por trabajo, ligeramente mayor en localidades urbanas, 18% por tener que hacer compras (mayor en localidades rurales).

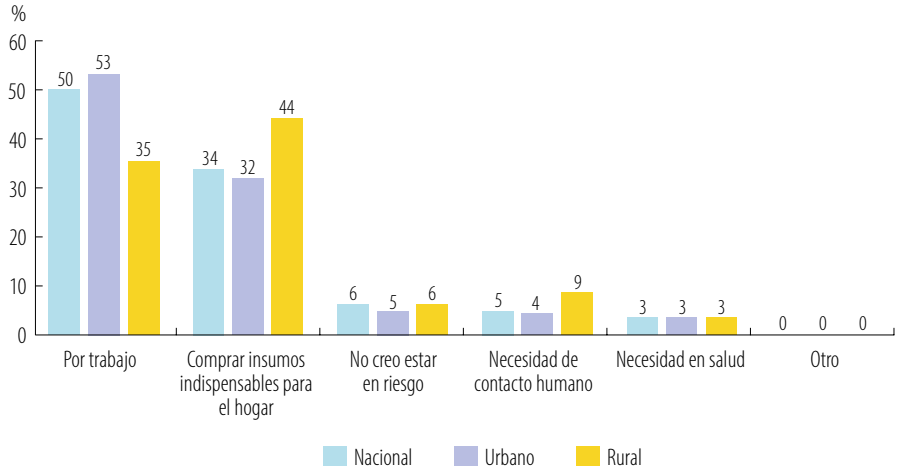
Figura 3.3.3

Razones para no quedarse en casa a nivel nacional y localidad (n=2 439)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.3.4 muestra que 50% no pudo evitar acudir a lugares concurridos por necesidad de comprar insumos, 34% por trabajo, 5% por necesidad de contacto humano y 6% por considerar no estar en riesgo. En localidades rurales, el porcentaje que reporta que fue por trabajo es menor (35%) y mayor para la necesidad de compras (44%).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.3.4

Razones para acudir a lugares concurridos a nivel nacional y localidad (n=119)

Por región (cuadro 3.3.2), no usar cubrebocas porque reporten que no sirve es mayor la región Pacífico-Centro (22%) y Pacífico-Sur (19%), por no estar en riesgo se reporta con mayor porcentaje en Península (45%) y porque no le interesa cumplir con esa medida en CDMX (19%).

Cuadro 3.3.2

Razones para no usar cubrebocas por región

Región	El cubrebocas no sirve/no está claro que el cubrebocas sirva	No creo estar en riesgo	No me interesa cumplir con esa medida	Le dificulta respirar	Otro
Pacífico-Norte	14%	38%	17%	29%	1%
Frontera	7%	38%	15%	37%	4%
Pacífico-Centro	22%	31%	13%	33%	2%
Centro-Norte	6%	34%	11%	42%	7%
Centro	2%	36%	1%	58%	3%
CDMX	10%	15%	19%	54%	3%
Estado de México	16%	38%	11%	30%	4%
Pacífico-Sur	19%	30%	6%	40%	6%
Península	6%	45%	6%	40%	3%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 3.3.3 muestra que no haberse podido quedar en casa por trabajo fue más reportado en Pacífico-Norte (89%), por la necesidad de comprar insumos en Centro-Norte (26%).

Cuadro 3.3.3

Razones para no quedarse en casa por región

Región	Por trabajo	Comprar insumos indispensables para el hogar	Necesidad en salud	No creo estar en riesgo	Necesidad de contacto humano	Otro
Pacífico-Norte	89%	6%	1%	3%	1%	1%
Frontera	74%	23%	0%	1%	0%	2%
Pacífico-Centro	80%	14%	0%	3%	2%	1%
Centro-Norte	69%	26%	1%	1%	2%	2%
Centro	75%	23%	1%	0%	0%	0%
CDMX	84%	13%	1%	0%	0%	1%
Estado de México	82%	16%	0%	1%	0%	1%
Pacífico-Sur	77%	18%	1%	1%	1%	2%
Península	83%	14%	0%	1%	0%	1%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 3.4.4 muestra que no poder cumplir con la medida de asistir a lugares concurridos por trabajo es mayor en Pacífico-Centro (66%), para comprar insumos en Centro-Norte (48%) y por alguna necesidad de salud en Pacífico-Norte (9%).

Cuadro 3.4.4

Razones para asistir a lugares concurridos por región

Región	Por trabajo	Comprar insumos indispensables para el hogar	Necesidad en salud	No creo estar en riesgo	Necesidad de contacto humano	Otro
Pacífico norte	57%	18%	9%	13%	2%	2%
Frontera	51%	42%	3%	1%	3%	0%
Pacífico centro	66%	15%	0%	3%	14%	2%
Centro Norte	32%	48%	3%	5%	11%	2%
Centro	38%	45%	3%	4%	7%	3%
CDMX	55%	32%	2%	3%	4%	4%
Estado de México	57%	29%	2%	11%	0%	1%
Pacífico sur	55%	31%	0%	4%	5%	5%
Península	46%	44%	0%	0%	6%	2%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

3.4 Acciones durante el confinamiento por Covid-19

El cierre de los planteles educativos ha sido una estrategia común que implementaron los Gobiernos como medida de control de la diseminación del SARS-CoV-2 durante la pandemia de Covid-19. Conforme el reporte de número de casos por esta enfermedad decreció se buscó la reapertura gradual de las escuelas a las clases presenciales, con ello uno de los grandes retos ha sido el cuidado y bienestar de todos los miembros de la comunidad educativa.

En nuestro país, el 13 de mayo de 2020, el Gobierno federal presentó el plan "La Nueva Normalidad para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas", este documento dicta que la apertura de escuelas tendría lugar cuando el semáforo regional de riesgo epidemiológico estuviera en verde, la estrategia de vacunación al personal docente se hubiera completado y conforme lo determinarán las autoridades educativas y sanitarias locales. Asimismo, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública establecieron en conjunto la Guía de Orientación para la reapertura de las escuelas ante el Covid-19, donde se anuncian las intervenciones para el regreso seguro a clases y promueve medidas educativas, de salud e higiene y de la dimensión emocional y social.[1]

La guía informa a los docentes y autoridades educativas sobre las acciones a tomar antes y durante el proceso de reapertura de las escuelas; también promueve que los escolares se muevan en espacios seguros. Sin embargo, aun con las medidas el regreso a la escuela podría despertar ansiedades y temor al contagio en algunos sectores de la población, orillándolos a decidir no enviar a sus hijas o hijos a la escuela. Actualmente, se advierte que los escolares asisten a clases en la modalidad exclusivamente virtual, presencial o mixta.[1]

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 mostró que el acceso a las clases en medios digitales durante cierre de escuelas fue inequitativo. Los datos nacionales mostraron que los cierres exacerban las desigualdades existentes, con un mayor impacto en los estudiantes más desfavorecidos porque los de familias de mayores ingresos tienen mejores oportunidades de aprendizaje a distancia.[2]

La Unesco ha reportado que quienes no pueden acceder al aprendizaje a distancia corren un mayor riesgo de no volver nunca al aula e incluso de verse obligados a contraer matrimonio o engrosar las filas del trabajo infantil, y otros autores señalan que el cierre de escuelas tiene importantes consecuencias negativas para el bienestar y la educación de los niños, se pueden ver afectadas las oportunidades de vida y la salud a largo plazo.[3,4]

Por todo lo anterior, resulta importante informar sobre algunas de las medidas de cuidado implementadas en las escuelas y familias.

Para el cálculo de los indicadores, se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Hogares con estudiantes en modalidad presencial	Porcentaje de hogares con estudiantes en modalidad presencial	Número de hogares en los que algún miembro tomó clases presenciales entre enero 2021 y la fecha de la entrevista	Total de hogares
Hogares con estudiantes en modalidad en línea (a distancia en medios virtuales)	Porcentaje de hogares con estudiantes en modalidad en línea	Número de hogares en los que algún miembro tomó clases en línea a través de medios virtuales entre enero 2021 y la fecha de la entrevista	Total de hogares
Hogares con estudiantes en modalidad TV o radio	Porcentaje de hogares con estudiantes en modalidad TV o radio	Número de hogares en los que algún miembro tomó clases en TV o radio entre enero 2021 y la fecha de la entrevista	Total de hogares
Hogares con estudiantes en modalidad materiales impresos	Porcentaje de hogares con estudiantes en modalidad materiales impresos	Número de hogares en los que algún miembro tomó clases con cuadernillos o materiales impresos entre enero 2021 y la fecha de la entrevista	Total de hogares

Cuadro 3.4.1

Número y porcentaje de hogares de acuerdo con el número de estudiantes reportados

Estudiantes	N(miles)	%
Ninguno	18 389	50.1
Uno	8 814	24.0
Dos	6 408	17.4
Tres o más	3 129	8.5
Total	**36 739**	**100.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Los hogares pudieron tener estudiantes en más de una modalidad.

Además, se calcularon prevalencias sobre las medidas implementadas en las escuelas de aquellos que asistieron en modalidad presencial. Así como las prevalencias de los productos de protección con que los hogares dotaron a sus estudiantes de modalidad presencial.

Los datos de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 indican que la mitad de los hogares no albergaba estudiantes, casi una cuarta parte señaló que al menos una persona del hogar estudiaba, en 17.4% de los hogares se reportaron dos estudiantes, y en 8.5% se reportaron tres o más estudiantes (cuadro 3.4.1).

La asistencia a clases en medios virtuales como Zoom, Skype, Google Classroom y Teams, entre otras, persiste como el más usado en los hogares del país (42.1%), aunque esta modalidad presenta diferencias significativas por tipo de localidad, mientras 43.7% de los hogares urbanos reportan la presencia de estudiantes en modalidad en línea, sólo 35.6% de los rurales lo hicieron.

El índice de bienestar no muestra diferencias relevantes en la asistencia en forma presencial a la escuela, la proporción de hogares con estudiantes que optan por esta modalidad fue similar en los tres niveles de bienestar, con porcentajes que van de 9.4 a 11.8 por ciento. En cambio, asistir a clases a través de medios virtuales presenta una relación inversa al nivel de ingreso (bajo 34.2%, medio 43.2% y alto 47.6%), evidenciando que los estudiantes que residen en hogares con mayor vulnerabilidad económica tienen menos acceso a la educación en esta modalidad. En el ámbito regional, es patente que las clases en línea muestran preponderancia con respecto al resto de las modalidades, sólo las regiones Pacífico-Sur (38.0%), Península (39.9%), Centro-Norte (38.2%) y Pacífico-Centro (37.3%) reportan porcentajes ligeramente por debajo del nacional.

La asistencia a clases presenciales es baja sólo 10.4% de los hogares con estudiantes en el país indicaron esta modalidad, la región Centro-Norte, Pacífico-Sur y Península ostentan los porcentajes más altos (19.4, 14.7 y 13.1%, respectivamente). Por otra parte, el apoyo de la televisión y de la radio como recurso educativo fue señalado únicamente por 5.8% de los hogares con estudiantes en el país, siendo la

región Estado de México la de mayor porcentaje (9.4%). El empleo de materiales impresos estuvo presente en 27.3% de los hogares del país, fueron más usados en las localidades rurales (33.9%) que en las urbanas (25.6%), mostrando un decremento en su uso conforme mejora el nivel de bienestar (cuadro 3.4.2).

Cuadro 3.4.2

Número y porcentaje de hogares con estudiantes por modalidad de estudio

	Presencial			En línea			TV-radio			Materiales impresos		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Total	3 823.8	10.4	9.5,11.4	15 461.3	42.1	40.8,43.4	2 128.7	5.8	5.3,6.4	10 021.2	27.3	26.,28.5
Tipo de localidad												
Urbano	2 701.5	9.2	8.2,10.3	12 830.1	43.7	42.2,45.2	1 669.1	5.7	5.1,6.4	7 515.3	25.6	24.4,26.9
Rural	1 122.4	15.2	12.8,17.9	2 631.1	35.6	32.7,38.7	459.6	6.2	5.4,7.1	2 505.9	33.9	31.1,36.9
Índice de bienestar												
Bajo	1 340.4	11.8	9.9,14.0	3 887.7	34.2	32.1,36.4	617.5	5.4	4.6,6.4	3 475.9	30.6	28.4,32.9
Medio	1 104.2	9.4	8.4,10.6	5 065.5	43.2	41.3,45.1	706.4	6.0	5.2,7.0	3 105.3	26.5	25.0,28.1
Alto	1 379.3	10.1	8.9,11.4	6 508.0	47.6	45.5,49.8	804.8	5.9	5.0 6.9	3 440.0	25.2	23.4,27.1
Región												
Pacífico-Norte	218.0	6.0	4.8,7.5	1 640.9	45.2	41.7,48.8	224.0	6.2	4.9,7.8	644.7	17.8	15.4,20.4
Frontera	602.8	12.1	9.9,14.7	2 175.4	43.7	39.2,48.2	133.9	2.7	1.6,4.4	1 342.8	27.0	23.5,30.7
Pacífico-Centro	412.1	10.3	6.8,15.2	1 496.1	37.3	32.3,42.6	279.7	7.0	5.1 9.5	1 108.9	27.7	23.2,32.6
Centro Norte	880.6	19.4	16.8,22.2	1 734.9	38.2	35.9,40.5	338.6	7.5	6.3 8.8	1 101.2	24.2	22.1,26.6
Centro	383.8	10.3	7.9,13.2	1 630.1	43.5	40.0,47.1	204.2	5.5	4.2 7.1	1 358.9	36.3	32.3,40.5
CDMX	58.5	2.0	1.3,3.3	1 347.7	46.9	43.4,50.4	225.2	7.8	6.0 10.2	663.3	23.1	19.7,26.8
Estado de México	122.4	2.6	1.7,3.8	2 254.2	47.3	44.3,50.3	446.0	9.4	7.5 11.7	1 205.9	25.3	22.3,28.5
Pacífico Sur	665.4	14.7	10.6,20.1	1 718.3	38.0	33.1,43.1	165.0	3.6	2.6 5.1	1 541.4	34.1	30.7,37.6
Península	480.3	13.1	10.3,16.5	1 463.7	39.9	37.0,43.0	112.2	3.1	2.3 4.1	1 054.2	28.8	25.9,31.8

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Durante la reapertura de las escuelas, las autoridades han promovido prácticas encaminadas a mitigar la transmisión de la enfermedad, al respecto 95.5% de los hogares con estudiantes en clases presenciales fueron informados por las autoridades escolares sobre las medidas de higiene y seguridad que se implementarían en los establecimientos educativos, esta medida fue mayormente referida en los hogares rurales (98.5%) que en los urbanos (94.3%).

La promoción de hogares que mencionó que las escuelas solicitan el uso de cubrebocas y de alcohol gel supera 90% (cuadro 3.4.3), lo cual es consistente con el porcentaje de hogares que señaló proporcionar cubrebocas a los estudiantes (92.3%), aunque una proporción menor los dota de alcohol gel (87.6%) (cuadro 3.4.4).

La careta destaca por su menor requerimiento por parte de las autoridades educativas y es también el recurso menos provisto en los hogares, ésta mostró diferencias significativas según tipo de localidad (59.3% urbano, 46.6% rural). Además, aproximadamente 87% de los hogares informó que en los planteles se establecieron rutinas para el lavado de manos y desinfección de áreas comunes.

La toma de la temperatura al ingreso de la escuela y la admisión de estudiantes con síntomas de gripe o resfriado fueron apuntados por 89.6% y 30.9% de los hogares, respectivamente; la distribución por tipo de localidad muestra que ambas medidas son significativamente menores en las localidades rurales (81.4 y 21.1%, respectivamente) que en la urbana (93.1 y 34.9%, respectivamente).

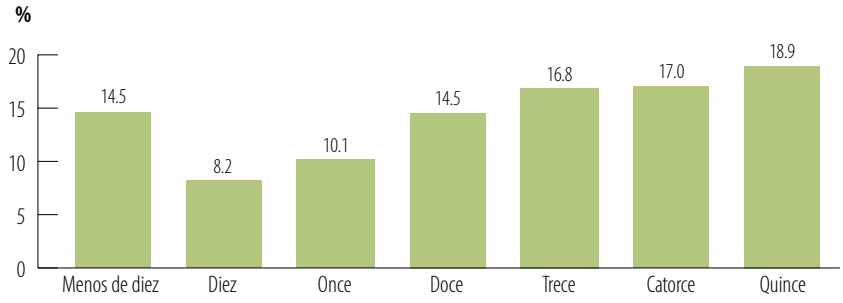
Cuadro 3.4.3

Medidas implementadas en clases presenciales reportadas por los hogares con estudiantes en modalidad presencial

Medidas	Urbano			Rural			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Informaron sobre el protocolo de seguridad									
Informaron sobre las medidas de higiene y seguridad que se implementarían en la escuela	2 548.2	94.3	92.2,95.9	1 105.3	98.5	96.2,99.4	3 653.5	95.5	94.0,96.7
Medidas de protección e higiene									
Proporcionan solución de alcohol gel para desinfectar las manos	2 495.7	92.4	89.7,94.4	1 047.8	93.4	89.9,95.7	3 543.5	92.7	90.6,94.3
Solicitaron el uso de cubrebocas	2 597.0	96.1	94.0,97.5	1 090.0	97.1	93.0,98.8	3 687.0	96.4	94.7,97.6
Solicitaron el uso de careta	1 603.1	59.3	54.2,64.3	523.1	46.6	40.3,53.1	2 126.2	55.6	51.5,59.7
Implementaron rutinas para el lavado de manos	2 342.0	86.7	84.0,89.0	970.2	86.4	81.6,90.2	3 312.2	86.6	84.3,88.6
Establecieron rutinas durante la jornada escolar para desinfectar las áreas comunes	2 385.7	88.3	85.8,90.5	957.4	85.3	81.7,88.3	3 343.1	87.4	85.4,89.2
Monitoreo de síntomas									
Toma de temperatura al ingresar a la escuela	2 513.9	93.1	90.8,94.8	913.5	81.4	76.3,85.6	3 427.4	89.6	87.5,91.4
Permiten ingreso a personas con síntomas de gripe o resfriado	943.7	34.9	30.2,39.9	237.2	21.1	16.8,26.2	1 180.9	30.9	27.2,34.8
Distanciamiento social									
Eliminaron saludos que impliquen contacto físico	2 540.6	94.0	92.0,95.6	1 008.9	89.9	85.4,93.1	3 549.5	92.8	91.0,94.3
Mantienen distancia entre los asientos de los niños	2 543.3	94.1	92.2,95.6	1 068.6	95.2	92.3,97.1	3 611.9	94.5	92.9,95.7
Colocaron señalamientos en la entrada de la escuela para indicar la sana distancia	2 439.2	90.3	87.9,92.3	891.5	79.4	72.4,85.0	3 330.7	87.1	84.4,89.4
Escalonaron la entrada o salida a la escuela	2 375.2	87.9	85.2,90.2	919.1	81.9	75.4,87.0	3 294.3	86.2	83.5,88.4
Tienen vías exclusivas para el acceso y salida de la escuela	2 260.8	83.7	80.6,86.3	776.6	69.2	64.3,73.6	3 037.4	79.4	76.8,81.8
Escalonaron el recreo en la escuela	1 972.0	73.0	69.3,76.4	706.6	63.0	58.7,67.0	2 678.5	70.0	67.1,72.9
Establecieron horarios para el uso del baño	1 628.4	60.3	55.6,64.7	646.2	57.6	49.2,65.6	2 274.6	59.5	55.4,63.4

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La Ensanut 2021 sobre Covid-19 exploró siete medidas que se relacionan con el distanciamiento social en la escuela, las más expresadas por los hogares fueron la eliminación de saludos que impliquen contacto físico (92.8%) y mantener distancia entre los asientos de los niños (94.5%), seguida de la colocación de señalamientos en la entrada para indicar la sana distancia (87.1%), escalonar la entrada o salida (86.2%), usar vías exclusivas de acceso y salida (79.4%), escalonar el recreo en la escuela (70.0%) y establecer horarios para el uso del baño (59.5%), aunque la implementación de todas ellas fue mayor en el ámbito urbano sólo se observan diferencias significativas en dos de ellas, colocar señalamientos para indicar la sana distancia (90.3% urbano, 79.4% rural) y disponer de vías exclusivas de acceso y salida de la escuela (83.7% urbano, 69.2% rural) (cuadro 3.4.3).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.4.1

Porcentaje de hogares por número de medidas implementadas en las escuelas de los estudiantes que asisten a clases en modalidad presencial

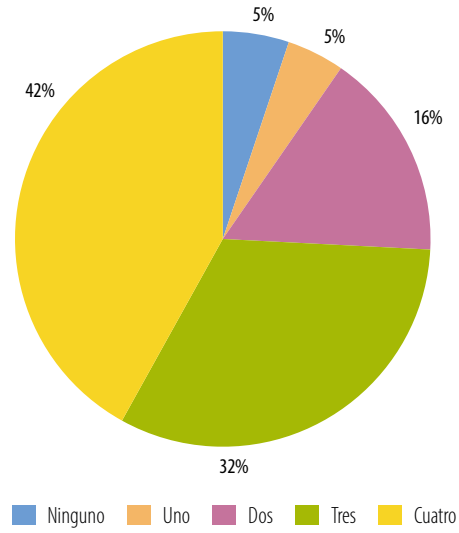
La protección de la comunidad escolar depende, en parte, del número de medidas adoptadas en las escuelas de los estudiantes que asisten de forma presencial, la figura 3.4.1 muestra que 14.5% de los hogares reportan que las escuelas de sus estudiantes implementaron menos de 10 acciones, mientras que 18.9% dan el seguimiento a las 15 recomendaciones investigadas en la Ensanut 2021 sobre Covid-19.

Es clave comprender que para que las escuelas sean un espacio seguro se requiere de un trabajo que va más allá del sector educativo, es primordial la participación de las familias, entre otros sectores. En este sentido, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 exploró en los hogares con estudiantes en modalidad presencial, la incorporación de cuatro medidas básicas: La dotación de alcohol-gel, cubrebocas, careta y jabón. Se encontró que sólo 5.2% de los hogares no realizaba recomendación alguna, 32.3% efectuó tres y 41.9% practicaba las cuatro medidas (figura 3.4.2).

El cumplimiento, por parte de los hogares, de las recomendaciones más promovidas muestra que el cubrebocas fue el suministro con que se equipó a los estudiantes con mayor frecuencia (92.3%), la distribución por tipo de localidad no muestra diferencias relevantes, sin embargo la proporción de hogares que lo brindaron a sus estudiantes fue mayor en el nivel medio de bienestar (96.6%) en comparación con el bajo y el alto, que presentan niveles similares (90.6%) y la región donde los hogares siguieron con menor frecuencia esta medida fue en CDMX (73.6%) (cuadro 3.4.4).

Figura 3.4.2

Número de productos de protección para estudiantes en modalidad presencial



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.4.4

Hogares con estudiantes en modalidad presencial que proporcionaron algún material de protección a los estudiantes

	Alcohol gel			Cubrebocas			Careta			Jabón		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Total	**3 349.5**	**87.6**	**85.2,89.6**	**3 530.7**	**92.3**	**90.2,94.1**	**1 811.5**	**47.4**	**43.3,51.5**	**2 802.6**	**73.3**	**70.1,76.2**
Tipo de localidad												
Urbano	2 424.6	89.7	86.9,92.0	2 512.1	93.0	90.6,94.8	1 447.0	53.6	48.8,58.3	2 062.1	76.3	72.4,79.8
Rural	924.9	82.4	77.9,86.2	1 018.6	90.8	85.4,94.3	364.6	32.5	26.6,39.0	740.6	66.0	60.9,70.7
Índice de bienestar												
Bajo	1 119.1	83.5	79.0,87.2	1 214.6	90.6	86.5,93.5	519.4	38.7	32.5,45.4	902.8	67.4	62.0,72.3
Medio	992.5	89.9	85.7,93.0	1 067.1	96.6	94.5,98.0	538.3	48.8	43.3,54.2	824.6	74.7	69.1,79.5
Alto	1 237.9	89.8	85.6,92.8	1 249.1	90.6	86.4,93.5	753.8	54.7	48.8,60.4	1 075.2	78.0	73.2,82.0
Región												
Pacífico-Norte	184.2	84.5	76.2,90.3	194.0	89.0	82.8,93.1	99.6	45.7	36.1,55.7	168.5	77.3	66.5,85.4
Frontera	542.1	89.9	82.6,94.4	577.8	95.8	88.1,98.6	238.9	39.6	30.4,49.7	455.3	75.5	66.0,83.1
Pacífico-Centro	391.0	94.9	83.6,98.5	393.8	95.6	89.2,98.3	324.8	78.8	66.2,87.6	334.9	81.3	71.1,88.4
Centro-Norte	788.9	89.6	86.5,92.0	830.8	94.3	92.0,96.0	377.8	42.9	38.3,47.7	701.9	79.7	75.7,83.2
Centro	344.5	89.8	81.9,94.4	358.3	93.3	84.7,97.3	192.6	50.2	37.2,63.1	287.8	75.0	62.6,84.3
CDMX	43.4	74.1	54.3,87.4	43.0	73.6	49.9,88.6	27.1	46.3	26.1,67.7	44.4	75.8	57.6,87.9
Estado de México	102.8	84.0	63.4,94.0	105.7	86.4	64.2,95.7	64.9	53.0	36.6,68.8	95.3	77.9	61.8,88.5
Pacífico-Sur	598.2	89.9	82.3,94.5	608.1	91.4	80.1,96.5	326.8	49.1	37.2,61.2	459.5	69.1	60.2,76.7
Península	354.4	73.8	66.8,79.7	419.3	87.3	82.3,91.1	158.9	33.1	22.5,45.8	255.1	53.1	44.0,62.0

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

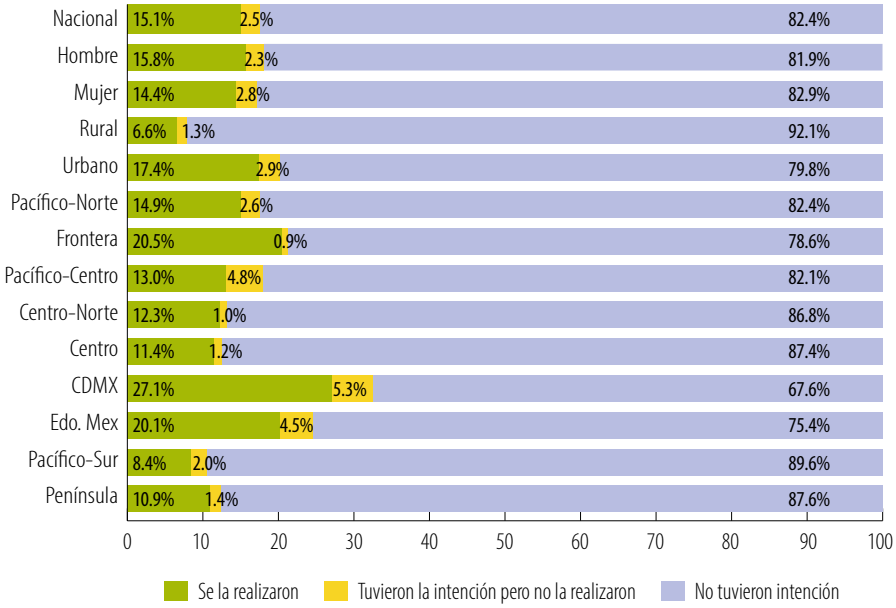
El alcohol o gel se ofreció a los estudiantes de 87.6% de los hogares, su suministro muestra diferencias significativas por tipo de localidad (89.7% urbana, 82.4% rural); aunque fue proporcionado con menor frecuencia a los estudiantes de hogares del nivel de bienestar más bajo (83.5%) sin que se observen diferencias significativas con el resto de los niveles; por región se encontró que en la Península la proporción de hogares que adoptaron esta medida (73.8%) fue significativamente más baja que la reportada en las regiones Pacífico-Centro, Pacifico-Sur, Centro y Centro-Norte.

El lavado de las manos es una de las maneras más fáciles, económicas y efectivas para combatir la propagación de los gérmenes y de lograr que los estudiantes y el personal escolar se mantengan en buen estado de salud, un elemento esencial para la práctica de esta medida es el jabón. La Ensanut 2021 sobre Covid-19 muestra que 73.3% de los hogares equiparon con jabón a los estudiantes que asistían a clases presenciales, la proporción de hogares de localidades urbanas que lo suministró (76.3%) fue significativamente mayor que en las rurales (66.0%). Igualmente, el porcentaje de hogares que siguieron esta práctica fue mayor en los hogares del nivel de bienestar alto y por el contrario fue menor en la región Península.

La careta destaca por su menor aceptación, sólo 47.4% de los hogares la proporcionaron a los estudiantes que asisten a clases presenciales, esta medida fue ejercida con mayor frecuencia por los hogares de las localidades urbanas y los clasificados en el nivel de bienestar más alto (cuadro 3.4.4).

3.5 Casos positivos a Covid-19, cascada de atención Covid-19

La figura 3.5.1 muestra a nivel nacional que 82.4% no tuvo la intención de hacerse una prueba para detectar Covid-19 de enero de 2021 a la fecha de la entrevista, 15.1% se realizaron la prueba, 2.5% tuvo intención pero no la realizaron. En localidades urbanas, 17.4% se realizó la prueba y 6.6% en localidades rurales. El porcentaje de la población que se realizó una prueba es mayor en CDMX (27.1%) y Estado de México (20.1%).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.5.1
Intención de hacerse la prueba de Covid-19 (n=43 678)

De los que tuvieron intención pero no se realizaron la prueba, 30.5% reporta que fue porque no se las quisieron hacer, 25.8% reportó que se habían acabado las fichas, 16.3% por miedo a contagiarse, 15.3% porque la fila era muy larga, 11.4% porque la prueba era muy cara/no tenían dinero para pagarla y 0.7% porque estaba cerrado (cuadro 3.5.1).

Cuadro 3.5.1

Motivos para no realizarse la prueba de Covid-19 en aquellos que tuvieron intención (n=51)

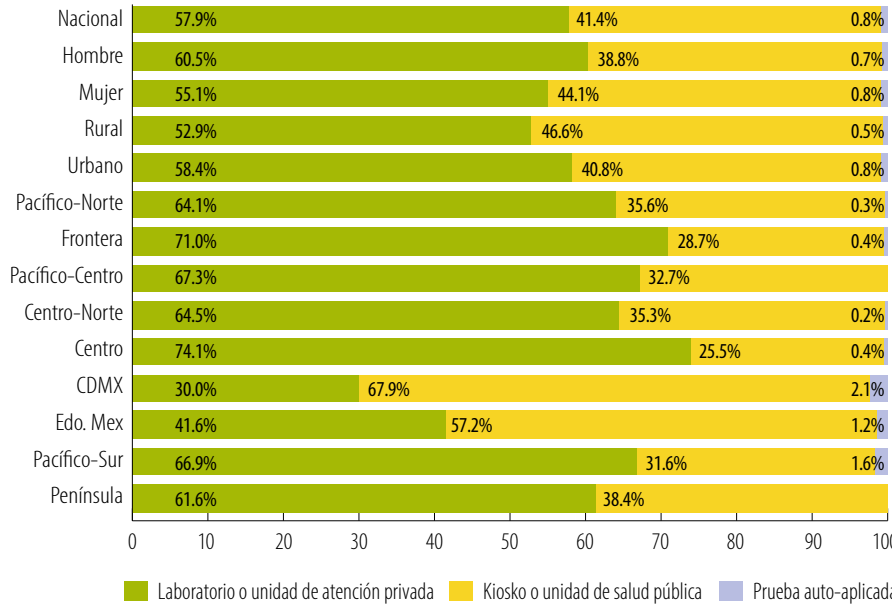
	%
No me(se) la quisieron hacer (no elegible)	30.5%
Se acabaron las fichas	25.8%
Me (le) dio miedo contagiarme(se)	16.3%
La fila era muy larga	15.3%
Era muy cara/no tenía dinero para pagar	11.4%
Cerraron	0.7%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De los que se hicieron la prueba a nivel nacional, 57.9% lo hicieron en un laboratorio o unidad de atención privada, 41.4% en quiosco o unidad de salud pública y 0.86% como prueba autoaplicada (figura 3.5.2). Un mayor porcentaje se hizo la prueba en sector privado en hombres, en localidades urbanas y en la región Centro. Destaca un elevado porcentaje de pruebas realizadas en sector público en CDMX.

Figura 3.5.2

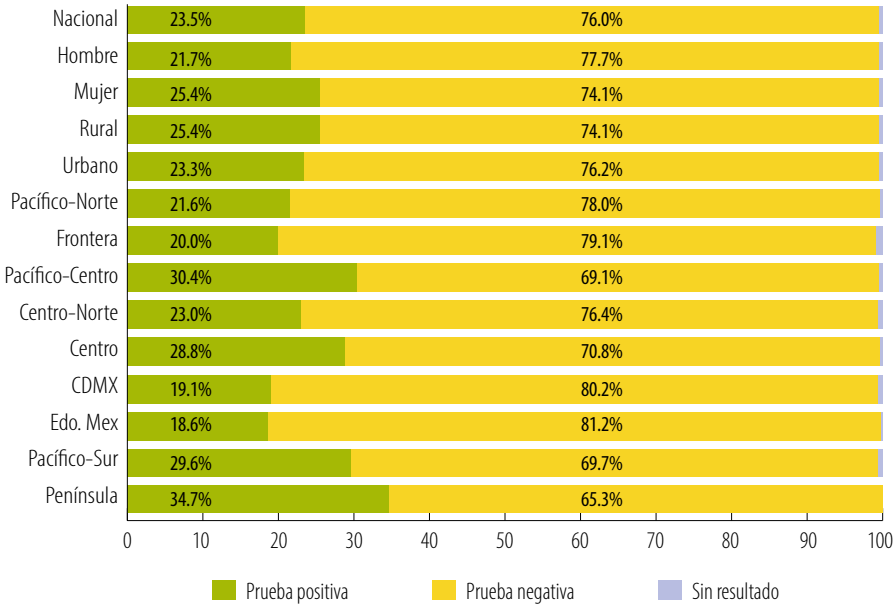
Lugar donde se hizo la prueba de Covid-19 (n=6 195)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

A nivel nacional, 76% tuvo un resultado negativo a la prueba Covid-19 (figura 3.5.3). El porcentaje de resultados negativos fue mayor en hombres, en CDMX y en Estado de México.

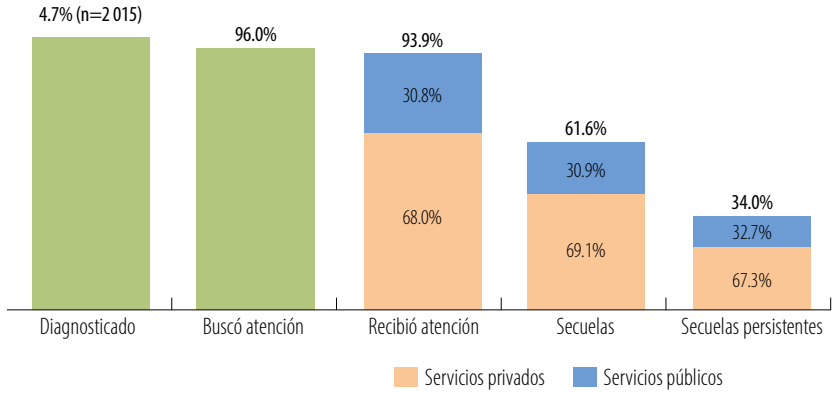
La figura 3.5.4 muestra la cascada de atención de Covid-19. El 4.7% reportó haber sido diagnosticado con Covid-19 de enero del 2021 a la fecha de la entrevista (de los cuales 23% eran positivos); de ellos 96% buscó atención, 93.9% recibió atención (30.8% en sector público y 68% en sector privado), 61.6% reportó haber tenido alguna secuela después de haber sido dado de alta o un mes posterior al inicio de la enfermedad y 34% reportó seguir experimentando secuelas.



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.5.3

Resultados de la prueba de Covid-19 (n=6 216)



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.5.4

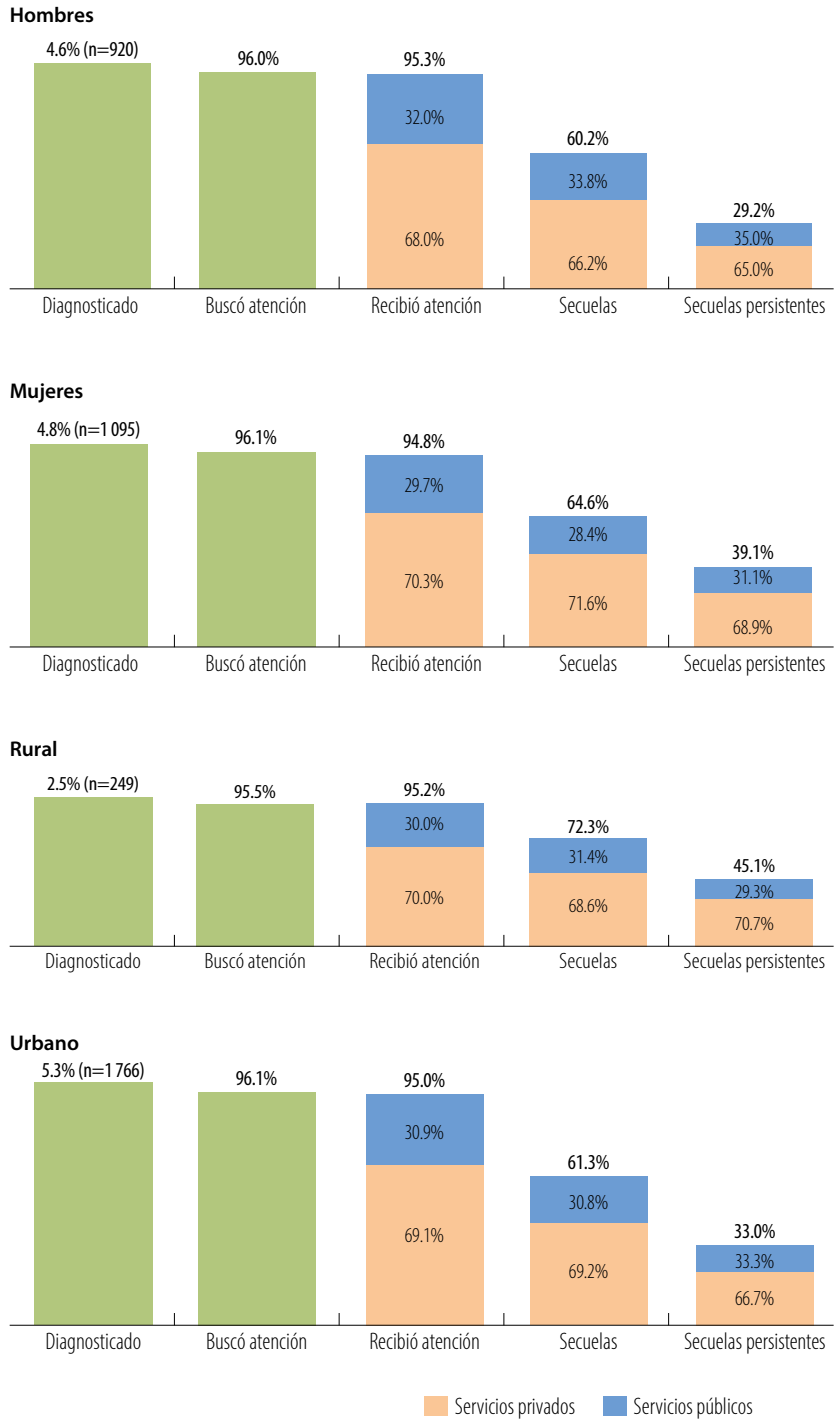
Cascada de atención Covid-19, nacional (n=2 015)

La cascada de atención es similar por sexo, excepto que un mayor porcentaje de mujeres reporta haber experimentado secuelas de corto y largo plazo (figura 3.5.5). Por tipo de localidad, el porcentaje que reporta haber sido diagnosticado por Covid-19 es mayor en localidades urbanas (5.3%) que en localidades rurales (2.5%) pero un mayor porcentaje reporta secuelas en localidades rurales.

La región con una mayor proporción que reporta haber sido diagnosticado con Covid-19 es CDMX (6.4%) y Península (5.5%). La mayor proporción que se atendió en servicios públicos fue en Pacífico-Centro (38%) y Centro-Norte (35%) (figura 3.5.6).

Figura 3.5.5

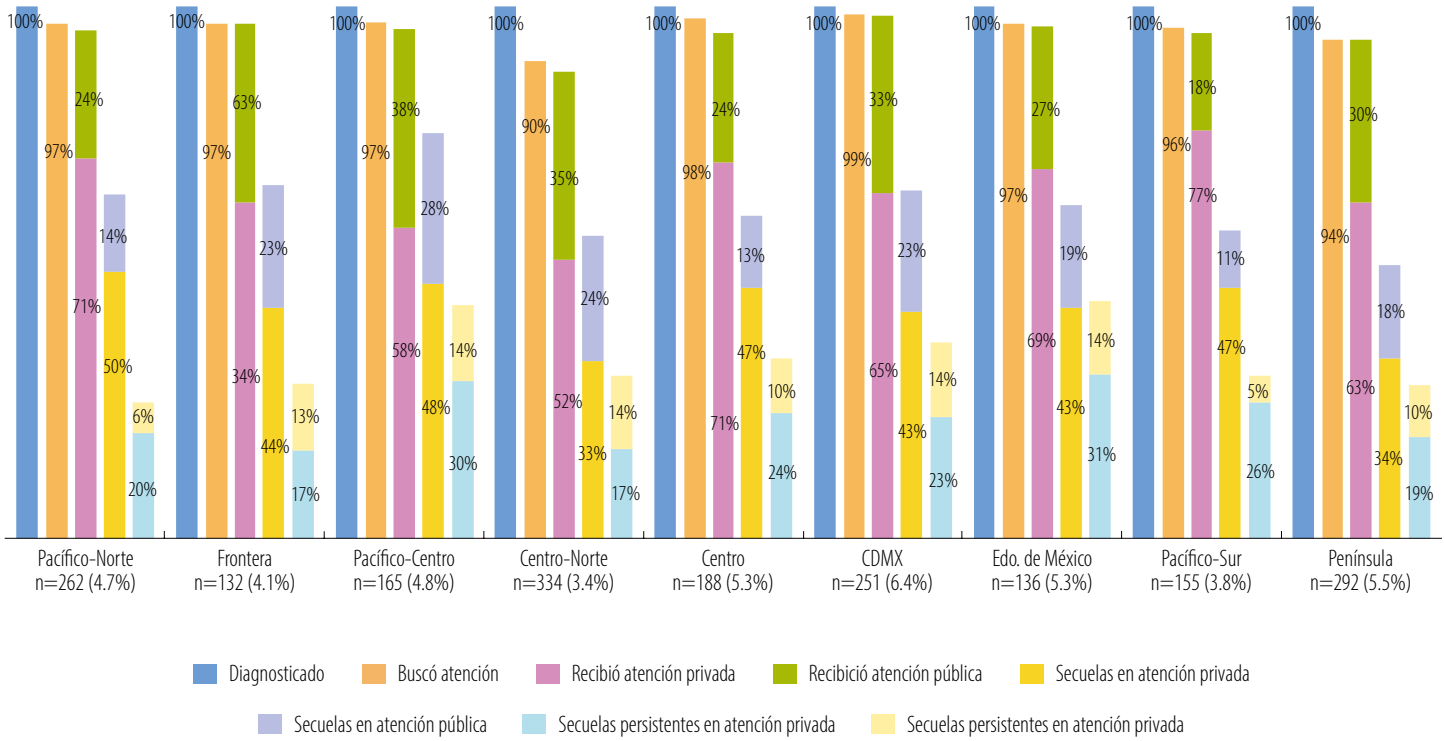
Cascada de atención Covid-19, por sexo y por tipo de localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.5.6

Cascada de atención Covid-19, por sexo y por tipo de localidad



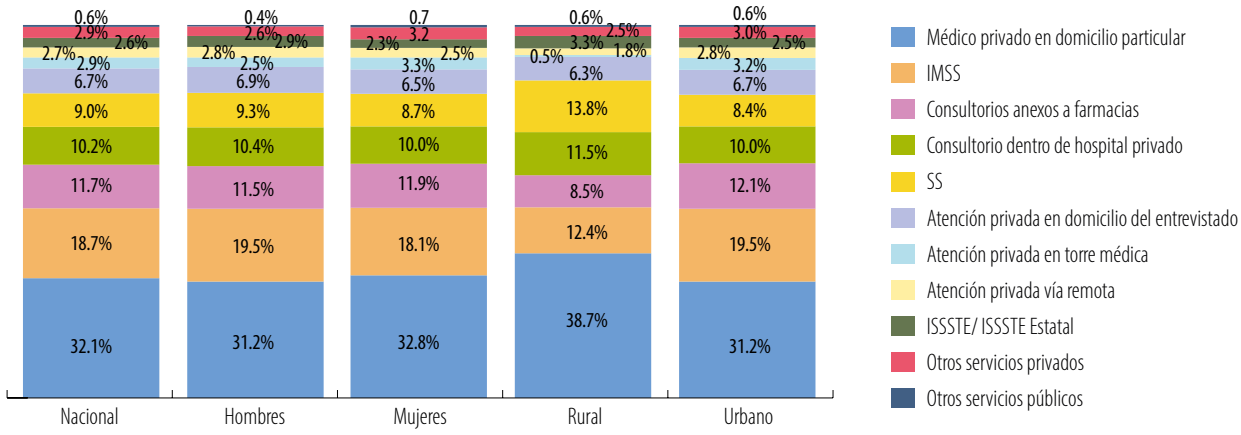
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.5.7 muestra a nivel nacional que de la población diagnosticada con Covid-19 que recibió atención, 32.1% se atendió en consultorio en domicilio particular de médicos privados, 18.7% en el IMSS, 11.7% en consultorios anexos a farmacias, 10.2% en consultorio dentro de hospital privado, 9% en clínicas u hospitales de la SS, 6.7% atención privada en el domicilio del entrevistado, 2.9% atención privada en torre de consultorios, 2.7% en atención vía remota, 2.6% en el ISSSTE, 2.9% otros privados y 0.6% otros públicos. La distribución del lugar de atención es similar por sexo y localidades urbanas. En localidades rurales, el porcentaje de atención den consultorio en domicilio del médico y en SS es mayor y menos en el IMSS.

La figura 3.5.8 contrasta la derechohabiencia con el lugar dónde se atendió la población que recibió atención por Covid-19. De los afiliados al IMSS, sólo 38% se atendieron en sus clínicas u hospitales que les corresponde, 7% se atendió en CAF, 51% en otros privados y 4% en sector público. De los afiliados al ISSSTE, 25% se atendieron dónde les correspondía, 57% en privados, 5% en CAF y 13% en otros públicos. De la población sin seguridad social, sólo 14% se atendió en clínicas y hospitales de la SS, 18% en CAF, 65% en otros privados y 3% en otros públicos. En su conjunto, 69.2% se atendió en servicios privados y 30.8% en el sector público.

Figura 3.5.7

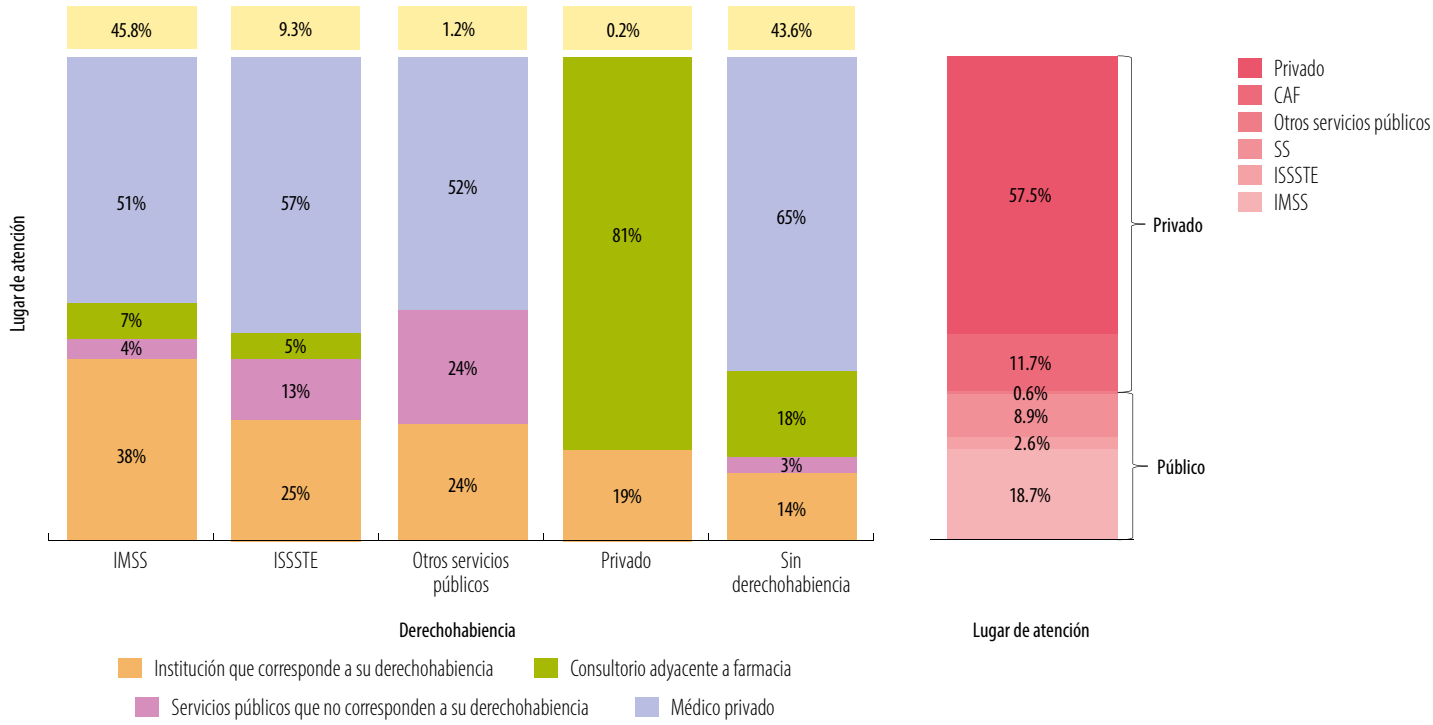
Lugar de atención en la población diagnosticada con Covid-19



IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.5.8

Derechohabiencia vs lugar dónde se atendió por diagnóstico de Covid-19, nacional (n=1 883)

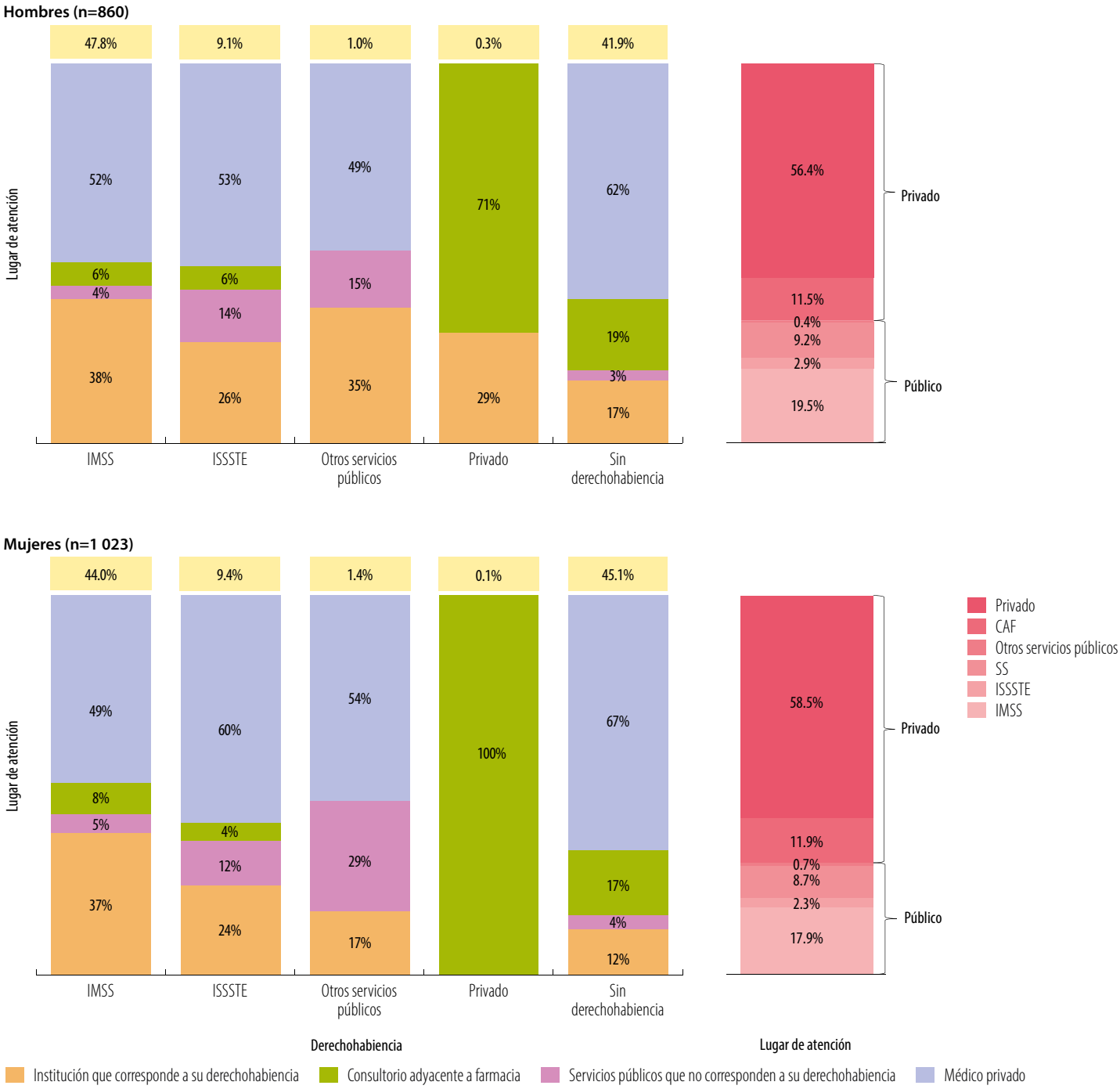


IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

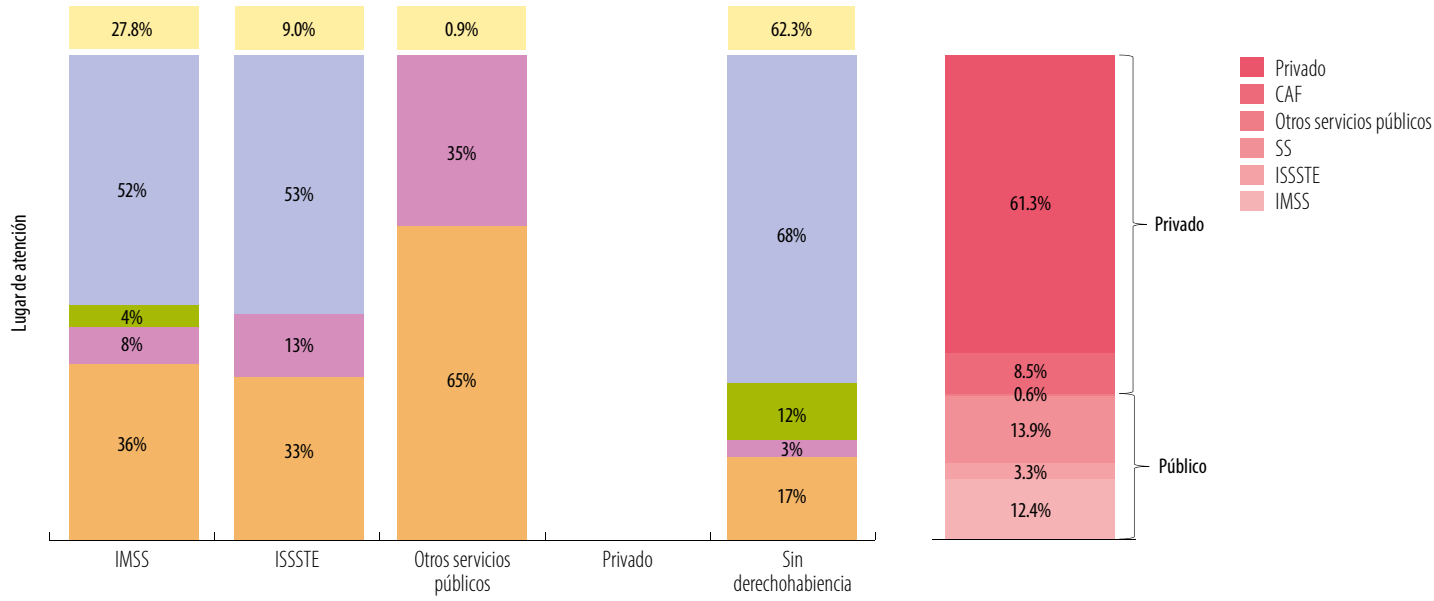
Los resultados son similares por sexo y tipo de localidad en la comparación de derechohabiencia y lugar dónde se atendió (figura 3.5.9).

Figura 3.5.9

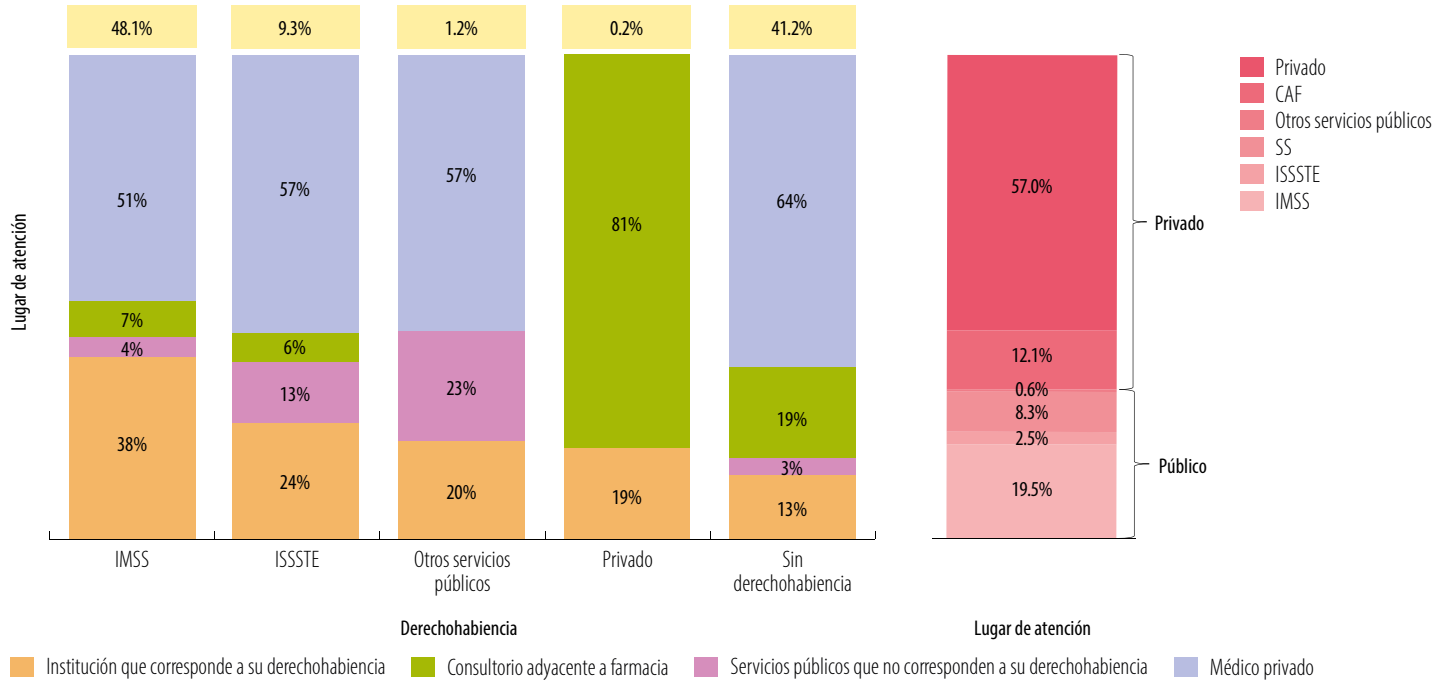
Derechohabiencia vs. lugar dónde se atendió por diagnóstico de Covid-19, por sexo y tipo de localidad



Rural (n=232)



Urbano (n=1 651)



IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS= Seguridad Social; CAF= consultorios adyacentes a farmacias
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El 76.1% de la población que fue diagnosticada con Covid-19 no buscó atención porque consideró que no era tan grave, 8% por considerarlo caro/no tener dinero, 6.9% porque no saber dónde acudir y 6.7% por miedo a contagiarse y 5.8% por miedo a no ser atendido (cuadro 3.5.2).

El cuadro 3.5.3 muestra que de los diagnosticados con Covid-19, 34.5% reportó no haber tenido secuelas al ser dado de alta o un mes después de enfermarse, 29.5% tuvo fatiga; 23.1%, dolores en músculos o articulaciones; 21.2%, tos; 20.8%, dolor de cabeza; 14.3%, pérdida o disminución del olfato; 14.1%, dificultad para respirar; 12.6%, fiebre; 12.4%, pérdida o disminución del gusto; 11.7%, dificultad para dormir; 11.4%, pérdida de peso; 11.3%, falta de aire; 10%, ansiedad; 8.7%, dolor en el pecho; entre los más importantes.

Cuadro 3.5.3

Secuelas en la población que tuvo diagnóstico de Covid-19 (n=2 015)

Secuelas	%
No tuve síntomas/secuelas	34.5%
Fatiga	29.5%
Dolores en músculos o articulaciones	23.1%
Tos	21.2%
Dolor de cabeza	20.8%
Pérdida o disminución del olfato	14.3%
Dificultad para respirar	14.1%
Fiebre	12.6%
Pérdida o disminución del gusto	12.4%
Dificultad para dormir	11.7%
Pérdida de peso	11.4%
Falta de aire	11.3%
Ansiedad	10.0%
Dolor en el pecho	8.7%
Falta de hambre	8.4%
Mareo	8.0%
Depresión	7.5%
Dolor de espalda	5.8%
Vómito o diarrea	5.3%
Dificultad para pensar o concentrarse	5.2%
Complicaciones en el riñón	2.2%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.5.2

Motivos para no buscar atención en la población diagnosticada con Covid-19 (n=81)

Motivo	%
Decidió que no era necesario buscar atención porque no era tan grave	76.1%
Es caro/No tenía dinero	8.0%
No sabía a dónde acudir	6.9%
Tenía miedo de acudir al hospital y contagiarse	6.7%
Tenía miedo de que no lo(a) pudieran recibir	5.8%
No tuvo tiempo	0.8%
El tiempo de espera para pasar a consulta, por lo común, es muy largo	0.7%
No tuvo quién lo(a) llevara o acompañara	0.6%
Los trámites son muy tardados	0.5%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De la población que tuvo secuelas posteriores a la enfermedad o que las sigue experimentando, a nivel nacional a 19.2% le ha impedido cuidarse por sí mismos y 36.2% reporta impedimento para salir de casa (cuadro 3.5.4). Los resultados son similares por sexo y localidad urbana. En localidades rurales, 41.4% experimentó secuelas que le impiden salir de casa.

Cuadro 3.5.4

Limitación funcional en la población con secuelas de Covid-19

	Nacional	Hombre	Mujer	Rural	Urbano
	n=701	n=273	n=428	n=103	n=598
Los síntomas/secuelas impiden cuidarse por sí mismo	19.2%	20.4%	18.4%	20.2%	19.0%
Los síntomas/secuelas impiden salir de casa	36.2%	37.2%	35.6%	41.4%	35.4%

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

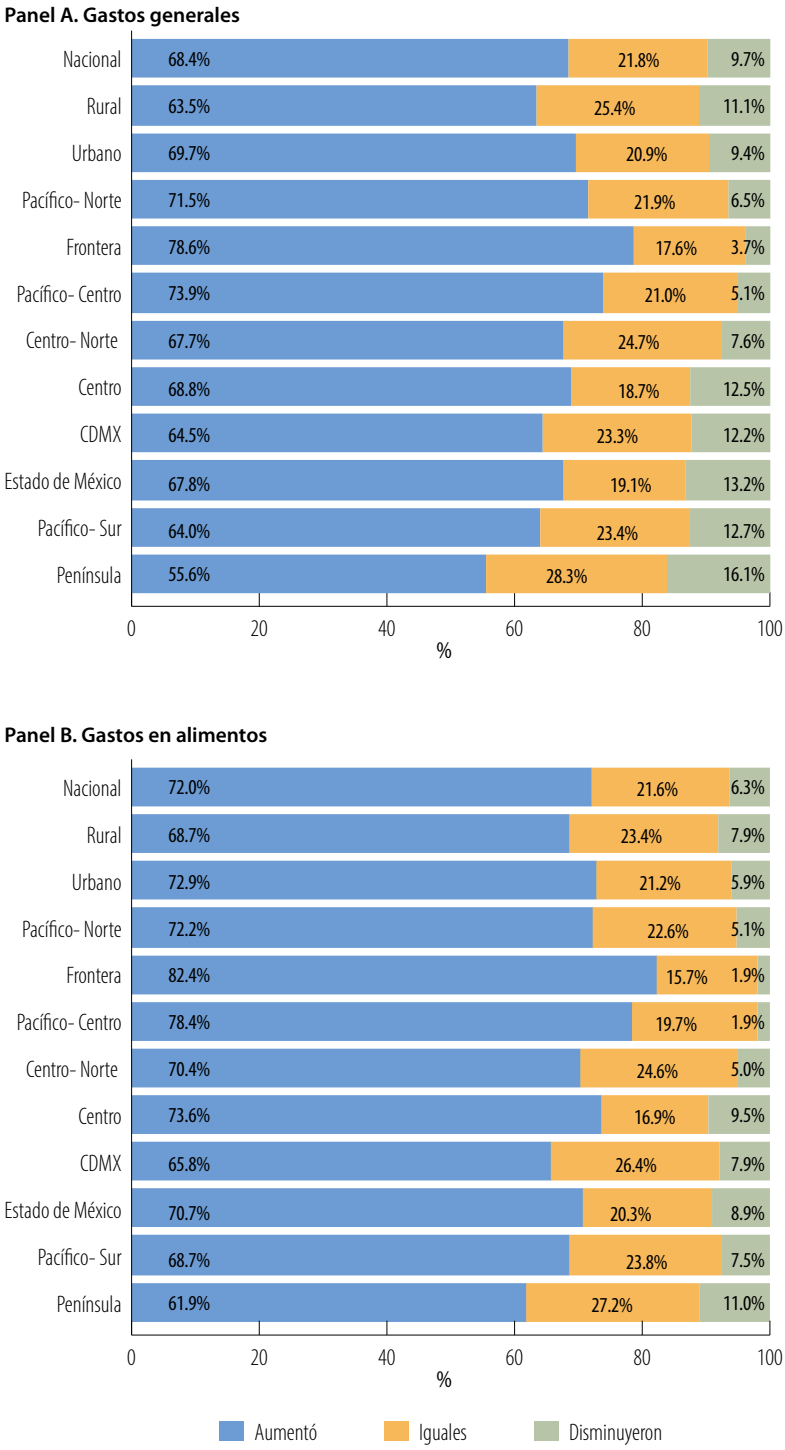
3.6 Situación económica ante el Covid-19

La figura 3.6.1 muestra que, comparando con el inicio de la pandemia en 2020, actualmente 68.4% de los hogares reportan haber aumentaron sus gastos generales, 21.8% considera que no hubo cambio y 9.7% que se redujeron. Para gastos en alimentos, 72% reporta que aumentaron, 21.6% que fueron iguales y 6.3 que hubo una reducción.

La figura 3.6.2 muestra que, a nivel nacional, 27.1% de los hogares reporta que al menos un miembro dejó de recibir ingresos, para 30.8% al menos a un miembro del hogar le redujeron el sueldo, para 24.8% al menos un miembro del hogar perdió su empleo. El impacto es mayor en localidades urbanas que en rurales, en CDMX y en el Estado de México.

Figura 3.6.1

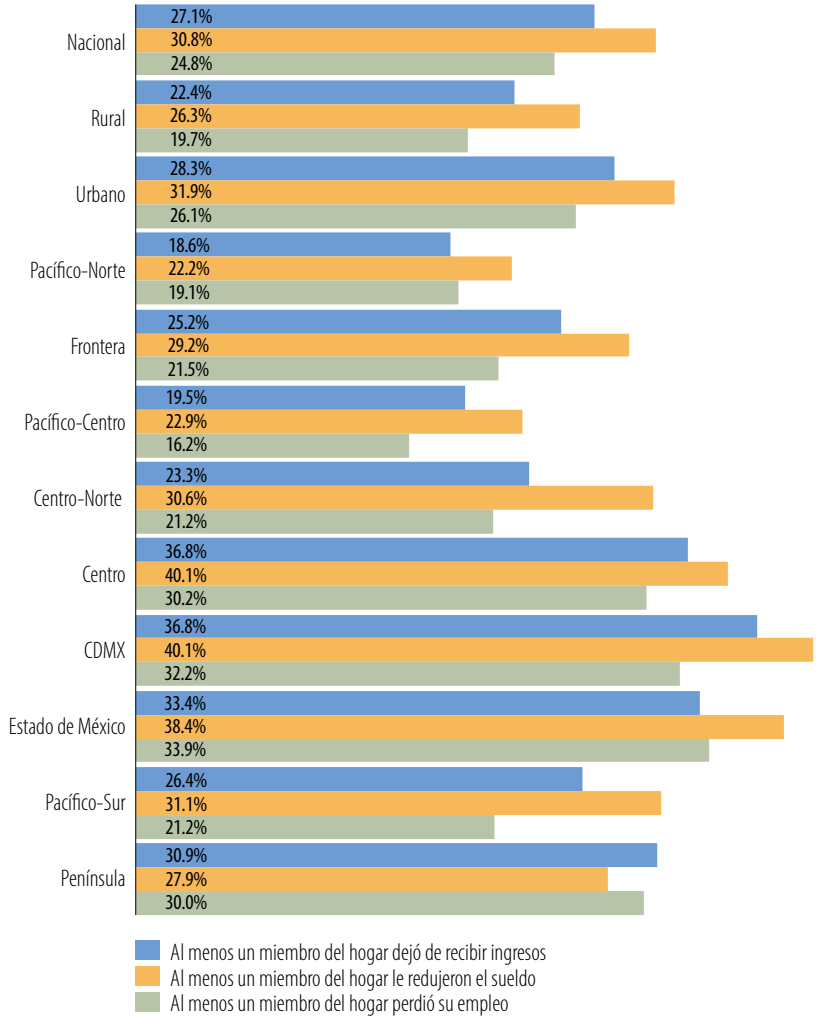
Cambios en gastos después de la pandemia



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.6.2

Cambios en el ingreso y empleo después de la pandemia



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

3.7 Comportamiento ante el Covid-19

En esta sección se analiza a partir de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, el comportamiento ante el Covid-19 en hogares de la república mexicana. La evaluación de esta sección se realizó por hogar, así que la información reportada corresponde al informante seleccionado y no se tiene información individual de cada uno de sus integrantes.

Comportamiento ante el Covid-19 en el Hogar

Las medidas de distanciamiento social están diseñadas para limitar el contacto cercano con personas con la que no se cohabita para disminuir las interacciones entre aquellos que pueden ser infecciosos, pero aún no identificados. Dado que la principal vía de transmisión del SARS-CoV-2 es por medio de gotas de persona a persona, las recomendaciones del distanciamiento físico y social continúan siendo estrategias esenciales para la mitigación de este virus.[5]

Comportamiento ante el Covid-19 en lugares de trabajo

En mayo de 2020 se publicó en Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas. En este documento se establecen las acciones del "Protocolo de Seguridad Sanitaria" que se deben implementar en los lugares de trabajo para prevención de contagios ante la Nueva Normalidad.[6] Para conocer el cumplimento de estos lineamientos en los lugares de trabajo, se preguntó al informante seleccionado del hogar, si acude a su lugar de trabajo. En caso de que la respuesta fuera afirmativa, se le solicitó información detallada sobre varias medidas de prevención del lugar donde labora.

Se obtuvo información de 12 619 hogares, lo que representa 36.7 millones de hogares de México.

Comportamiento con las medidas de prevención de contagio en hogares

En el cuadro 3.7.1 se presenta el comportamiento de los hogares con respecto al confinamiento social. A nivel nacional, 56.4% de los hogares reportó que con frecuencia han mantenido el confinamiento social efectivo. Por el contrario, 22.8% reportó que rara vez o nunca mantienen el confinamiento social. El 87.2% de los hogares reportó que nunca o rara vez hacen celebraciones o reuniones con personas con las que no se cohabita (cuadro 3.7.2). A nivel regional, los hogares que reportaron un menor cumplimiento con el confinamiento social son los del Pacífico-Norte, Pacífico-Centro y Centro-Norte. En tanto, la mayor proporción de hogares que en mayor frecuencia ha hecho confinamiento social son los estados del Centro y Pacífico-Sur. Este mismo patrón se replica para el tema de celebraciones a nivel regional.

Cuadro 3.7.1

Comportamiento de hogares en México ante la recomendación de confinamiento social, por región

			Confinamiento social					
			Frecuentemente		Ocasionalmente		Rara vez/nunca	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	12 619	36.74	56.4	55.2,57.6	20.9	19.9,21.8	22.8	21.9,23.7
Pacífico-Norte	1 589	3.63	49.1	46.0,52.3	18.1	15.2,21.3	32.8	30.6,35.1
Frontera	1 001	4.98	53.0	48.6,57.5	28.0	24.5,31.7	19.0	16.3,22.1
Pacífico-Centro	1 056	4.01	53.5	50.2,56.7	16.6	13.7,19.9	30.0	27.2,32.9
Centro-Norte	2 843	4.54	55.1	52.8,57.3	19.8	18.1,21.6	25.1	23.2,27.2
Centro	951	3.74	64.8	60.9,68.5	20.3	17.4,23.6	14.8	12.3,17.8
CDMX	1 153	2.88	58.8	54.9,62.7	19.0	16.4,22.0	22.1	19.2,25.4
Estado de México	1 199	4.77	56.5	53.2,59.9	20.6	18.1,23.3	22.9	20.1,25.9
Pacífico-Sur	1 236	4.53	61.6	58.5,64.7	20.6	18.5,22.7	17.8	15.4,20.5
Península	1 591	3.67	55.8	52.7,58.8	22.7	20.4,25.1	21.6	19.0,24.4

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.7.2

Comportamiento de hogares en México ante la recomendación de evitar reuniones o hacer celebraciones con personas que no se cohabite

			Reuniones/celebraciones					
			Frecuentemente		Ocasionalmente		Rara vez/nunca	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	12 619	36.74	6.7	6.1,7.2	6.2	5.6,6.7	87.2	86.4,87.9
Pacífico-Norte	1 589	3.63	10.3	8.7,12.1	9.5	7.9,11.5	80.2	77.5,82.7
Frontera	1 001	4.98	7.6	6.0,9.5	8.6	6.8,10.9	83.8	80.5,86.6
Pacífico-Centro	1 056	4.01	15.6	13.4,17.9	4.0	2.6,6.0	80.5	76.9,83.6
Centro-Norte	2 843	4.54	6.2	5.1,7.5	7.3	6.2,8.5	86.5	84.8,88.1
Centro	951	3.74	2.0	1.0,4.1	5.3	3.7,7.6	92.7	90.7,94.3
CDMX	1 153	2.88	5.1	3.6,7.2	5.2	3.9,6.9	89.6	87.0,91.8
Estado de México	1 199	4.77	6.1	4.5,8.2	5.2	4.0,6.7	88.7	86.4,90.7
Pacífico-Sur	1 236	4.53	3.4	2.4,4.8	5.1	4.0,6.5	91.5	89.7,93.1
Península	1 591	3.67	3.5	2.5,5.0	4.6	3.6,5.8	91.9	90.2,93.3

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 3.7.3 muestra el comportamiento de los hogares con respecto a las compras. A nivel nacional, en 84% de los hogares, con frecuencia sólo una persona sale a hacer las compras. Este comportamiento varía por región, siendo la región del Pacífico-Centro donde hay una mayor proporción de hogares donde se sigue esta recomendación, y Pacífico-Sur la más baja (90.4 vs. 78.2%).

Cuadro 3.7.3

Comportamiento de hogares en México sobre actividades de adquisición de insumos, por región

			Sólo una persona sale a hacer las compras					
			Frecuentemente		Ocasionalmente		Rara vez/nunca	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	12 619	36.74	84	83.2,84.8	10.7	10.0,11.4	5.3	4.8,5.8
Pacífico-Norte	1 589	3.63	85.4	83.3,87.3	9.2	7.5,11.2	5.4	4.1,7.0
Frontera	1 001	4.98	86.3	84.1,88.3	8.8	6.8,11.2	4.9	3.4,6.9
Pacífico-Centro	1 056	4.01	90.4	88.3,92.2	7.8	6.1,10.1	1.7	1.3,2.4
Centro-Norte	2 843	4.54	81.7	79.9,83.4	11.8	10.4,13.3	6.5	5.6,7.5
Centro	951	3.74	80.2	77.1,83.1	14.5	12.5,16.9	5.3	3.4,8.0
CDMX	1 153	2.88	84.3	81.9,86.5	9.3	7.7,11.1	6.4	4.7,8.7
Estado de México	1 199	4.77	84.3	81.4,86.8	10.9	8.8,13.4	4.8	3.7,6.3
Pacífico-Sur	1 236	4.53	78.2	75.0,81.1	14.9	12.5,17.7	6.9	5.6,8.5
Península	1 591	3.67	85.8	83.6,87.7	8.3	6.9,9.8	5.9	4.6,7.7

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México
IC95%= Intervalo de confianza al 95%

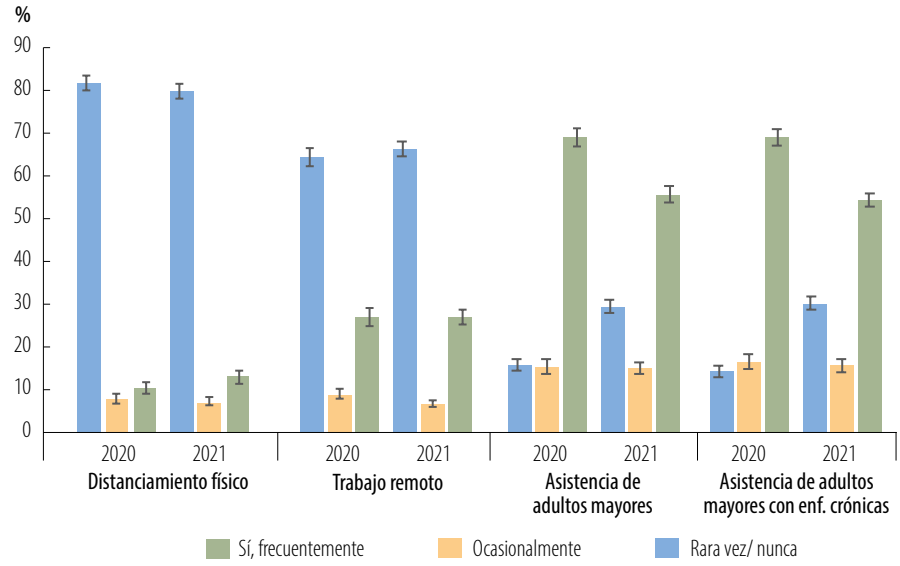
Comportamiento ante el Covid-19 en lugares de trabajo

Del total de hogares encuestados a nivel nacional, 39.5% de los informantes, que representa 14.5 millones de hogares, reportaron que actualmente acuden físicamente a su lugar de trabajo.

En la figura 3.7.1 se muestra el cumplimiento con las medidas de Sana Distancia ante la Nueva Normalidad en los lugares de trabajo según lo que informaron los hogares en donde sí están acudiendo su lugar de trabajo según la Ensanut 2020 y 2021. En el 2021, 79.7% (IC95% 77.9,81.5) informó que frecuentemente se mantenía el distanciamiento físico, similar a 81.6% (IC95% 79.9,83.2) reportado en el 2020. En lo que respecta al trabajo remoto, se observa que en 2021 esta medida continua con el mismo comportamiento del año previo. Los informantes que sí acuden a trabajar reportaron que en el 2021 66.3% (IC95% 64.5,68.0) de sus lugares de trabajo se está estimulando el trabajo remoto, similar a 64.2% (IC95% 62.0,66.3) del 2020.

Figura 3.7.1

Cumplimiento en centros de trabajo con las medidas de Sana Distancia del Protocolo de Seguridad Sanitaria ante la Nueva Normalidad, según hogares que reportaron acudir a trabajar



Fuente: Ensanut 2020 sobre Covid-19, Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Se observa un cambio significativo del 2021 respecto al 2020 en la asistencia de población considerada de alto riesgo a centros de trabajo. En 2020 se reportó que en 15.8% de los centros de trabajo frecuentemente acudían adultos mayores, comparado con 29.3% del 2021. Este incremento también se observa en la asistencia de personas con enfermedades crónicas, de 14.4% en 2020 pasó a 30.1% en 2021 (figura 3.7.1).

En lo que respecta a las medidas de higiene, limpieza y protección personal en los lugares de trabajo mostrado en el cuadro 3.7.4, se observa que a nivel nacional es frecuente el cumplimiento con estas medidas. Se reportó que, en 85.1% de los lugares de trabajo se disponen de gel antibacterial, y en 84.2 % de agua y jabón. Con relación al uso de cubrebocas, los informantes de los hogares reportaron que 84.8% de las personas en el trabajo lo usan de forma frecuente. Sin embargo, como se muestra en el cuadro, este comportamiento es heterogéneo a nivel regional. Según los informantes, los centros de trabajo de la Ciudad de México, los estados de la regiones Frontera y Centro-Norte son los que en mayor proporción disponen de gel, agua y jabón y usan cubrebocas. Por el contrario, se reportó una menor prevalencia de estas medidas de higiene y protección personal en los lugares de trabajo ubicados las regiones Península, Pacífico-Sur y Centro.

Cuadro 3.7.4

Cumplimiento en centros de trabajo, por región, con las medidas de higiene, limpieza y protección personal del Protocolo de Seguridad Sanitaria ante la Nueva Normalidad, según hogares que reportaron acudir a trabajar

			Disponen de gel antibacterial		Disponen de agua y jabón		Usan cubrebocas	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Nacional	5 021	14.53	85.1	83.4,86.6	84.2	82.6,85.7	84.8	83.2,86.3
Pacífico-Norte	722	1.55	88.2	84.1,91.4	87.1	83.3,90.2	87.9	83.6,91.3
Frontera	405	1.90	92.3	86.7,95.6	92.7	87.1,96.0	91.3	86.3,94.6
Pacífico-Centro	443	1.83	88.0	81.7,92.3	88.7	83.0,92.7	87.3	79.9,92.2
Centro-Norte	1 137	1.87	87.4	84.7,89.7	87.5	84.9,89.6	85.2	82.3,87.6
Centro	417	1.51	79.1	72.7,84.4	78.7	72.6,83.8	82.3	74.9,87.8
CDMX	487	1.23	90.2	87.5,92.3	86.0	82.7,88.8	89.5	85.2,92.6
Estado de México	457	1.81	85.9	81.8,89.2	80.4	75.0,84.8	84.8	80.6,88.3
Pacífico-Sur	437	1.70	72.1	64.7,78.5	73.7	67.0,79.5	74.4	68.9,79.3
Península	516	1.13	80.4	75.3,84.6	80.1	75.4,84.1	79.1	74.9,82.7

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

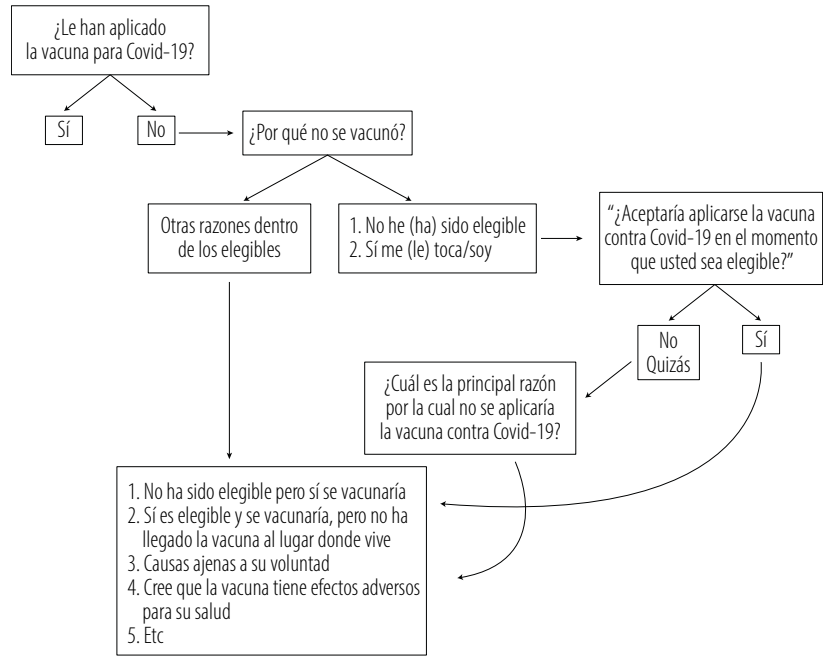
3.8 Vacunación Covid-19

Se analizaron un total de 43 724 sujetos de quienes reportó un informante del hogar. Se construyeron grupos de edad de 0-17 años, 18-29 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años y 60 y más de acuerdo con la estrategia nacional de vacunación.[7] Se estimaron porcentajes con intervalos de confianza al 95% de recibir al menos una dosis por grupo de edad y sexo a nivel nacional y por región. También se estimó la proporción de personas con esquemas completos e incompletos de vacunación por grupo de edad de acuerdo con el tipo de vacuna recibido. Se consideraron dos dosis como esquema completo para las vacunas Pfizer, Sputnik V, Sinovac, AstraZeneca, Moderna; y una dosis para Cansino y Johnson & Johnson.[8-13] Se categorizó con esquema incompleto a las personas (310 hombres y 273 mujeres) que reportaron una dosis pero desconocían el tipo de vacuna. Se excluyeron 20 hombres y 19 mujeres con edad faltante para los resultados desagregados por edad. Se estimó la prevalencia de eventos adversos reportado por el grupo de vacunados, excluyendo a 100 participantes que respondieron “no sabe/no recuerda”.

Las razones de no vacunación se construyeron como lo muestra la figura 3.8.1. En las personas que reportaron no haberse vacunado, se utilizó la pregunta "¿Por qué no se vacunó?". Posteriormente, a las personas que contestaron "No he (ha) sido elegible" o "Sí me (le) toca/soy (es) elegible pero no ha llegado la vacuna dónde vivimos", se les preguntó si "¿Aceptaría aplicarse la vacuna contra Covid-19 en el momento que usted sea elegible?" y a quienes contestaron "No", "Quizás" o "No responde", se les preguntó "¿Cuál es la principal razón por la cual no se aplicaría la vacuna contra Covid-19?". Así se construyeron las respuestas y las opciones de "No ha sido elegible pero sí se vacunaría" y "Sí es elegible y se vacunaría, pero no ha llegado la vacuna al lugar donde vive". Se consideraron como "causas ajenas a su voluntad" las razones de "La fila era/es muy larga", "Se acabaron las vacunas/no alcanzó", "Le quedaba/quedaría muy lejos", "Porque no lo dejaron/dejarían salir de su trabajo", y "Porque no tuvo/tiene quién lo acompañara". Se reportaron porcentajes de cada respuesta por grupo de edad. No se desagregan las razones para el grupo de 18 a 29 años porque la mayoría reportó no ser elegible.

Figura 3.8.1

Diagrama de flujo para la clasificación de razones para no vacunarse



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

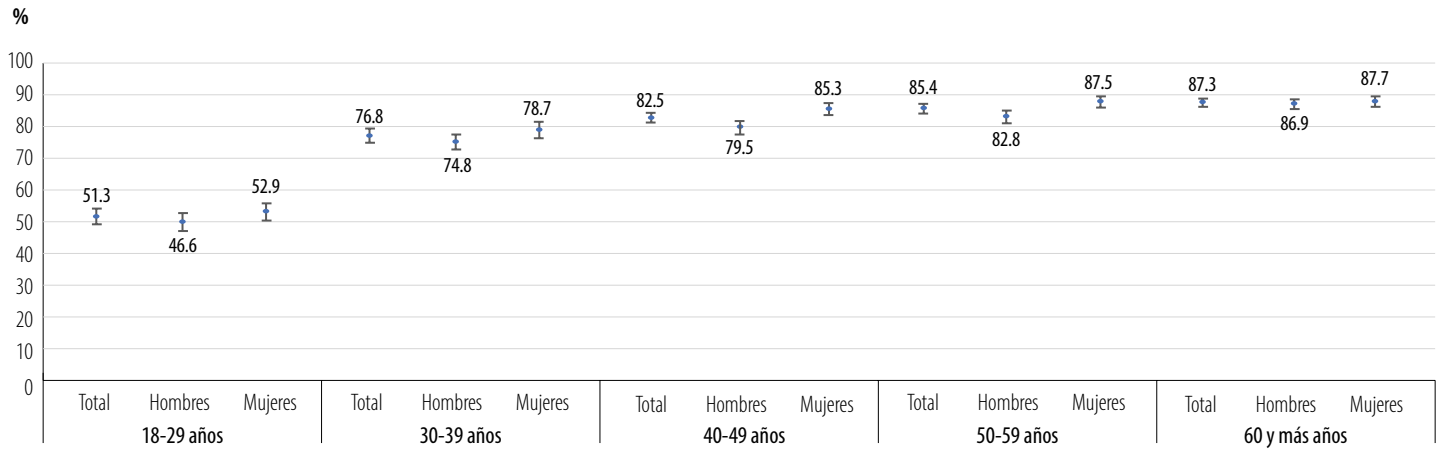
A nivel nacional, 73.8% (IC95% 72.4,75.1) de las personas mayores de 18 años ha recibido al menos una dosis de alguna vacuna contra Covid-19 durante el periodo 1 de agosto al 30 de octubre, lo que representa a 65.9 millones de habitantes. A nivel nacional, la prevalencia de esquema completo en mayores de 18 años fue de 48.2% (IC95% 46.6,49.8%) y de esquema incompleto, 25.6% (IC95% 24.4,26.8%). Dentro de los vacunados, 95.3% reportó vacunarse en su municipio de residencia, 4.0% en otro municipio u otro estado y 0.7% en el extranjero.

La proporción de vacunados con al menos una dosis aumenta con el grupo de edad sin grandes diferencias por sexo. El grupo de 18-29 años tuvo un porcentaje de 51.3% hasta 87.3% en el grupo de 60 años y más (figura 3.8.1). Por regiones, la región Frontera reportó mayor prevalencia de vacunación con al menos una dosis en la población mayor de 18 años con 86.3% y la región Pacífico-Centro reportó la menor (62.0%) (figura 3.8.2).

La prevalencia de esquemas completos tiene una tendencia ascendente con la edad, siendo el mayor en 60 y más (79.9%) y menor para el grupo de 18 a 29 años (24.3%). Para el esquema incompleto se observa un comportamiento inverso con la edad, la menor prevalencia la tiene el grupo de 60 y más (7.4%) y la mayor el grupo de 30-39 años (41.4%). El grupo de 0-17 presenta prevalencias casi nulas de ambos esquemas. No se observan diferencias por sexo (cuadro 3.8.1).

Figura 3.8.2

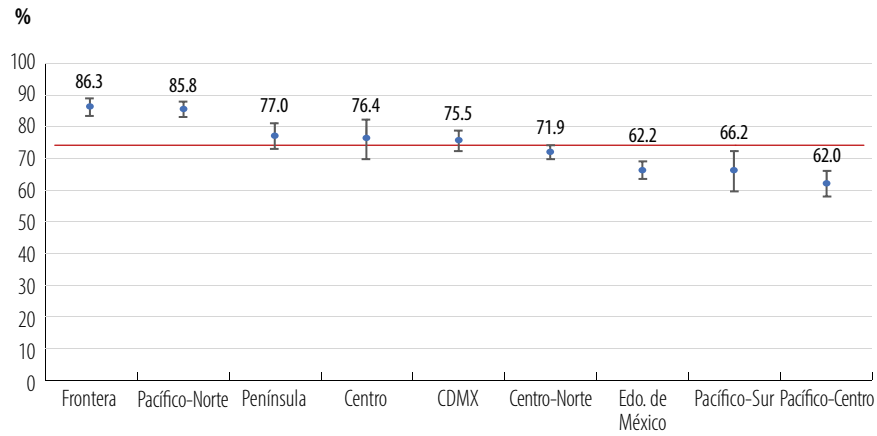
Porcentaje de personas mayores de 18 años en México que reportaron haber recibido al menos una dosis de cualquier vacuna contra Covid-19 por edad y sexo



Nota: Se muestran intervalos de confianza
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 3.8.3

Porcentaje de personas mayores de 18 años en México que reportaron haber recibido al menos una dosis de cualquier vacuna contra Covid-19 por región



Nota: Se muestran intervalos de confianza. La línea de referencia es la prevalencia nacional (73.8%)
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.8.1

Vacunación reportada por esquema completo/incompleto contra Covid-19 por grupo de edad y sexo

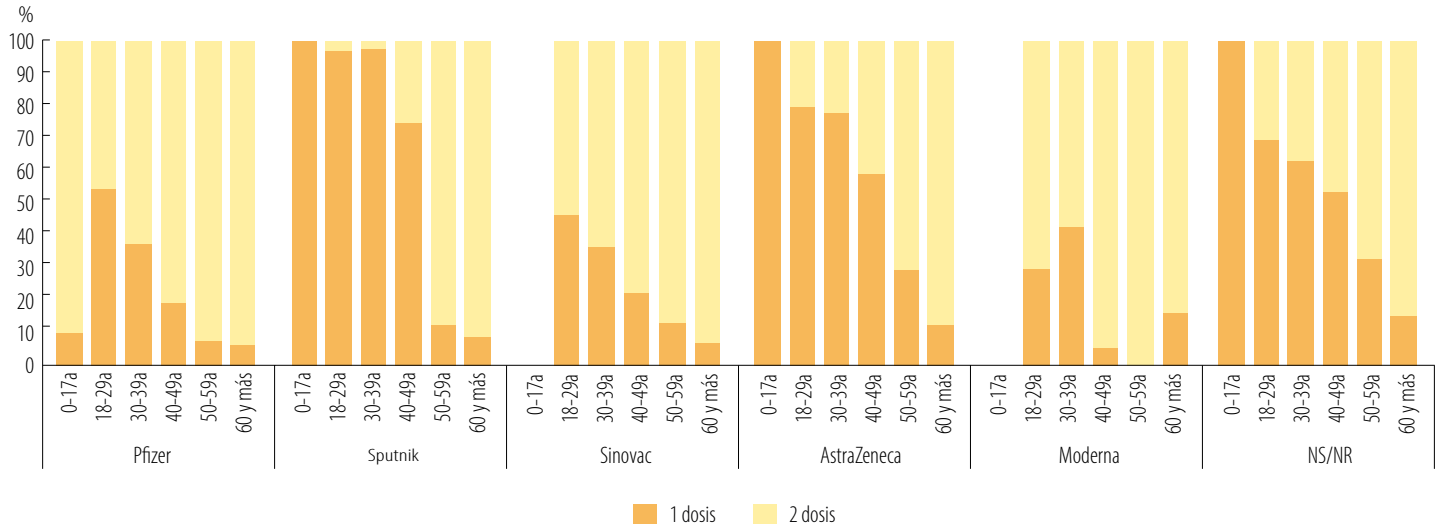
	Hombres				Mujeres				Todos	
Edad (años)	n muestra	N (millones)	Completo % (IC95%)	Incompleto* % (IC95%)	n muestra	N (millones)	Completo % (IC95%)	Incompleto* % (IC95%)	Completo % (IC95%)	Incompleto* % (IC95%)
0-17	6 329	19.6	0.1 (0.1,0.3)	0.1 (0.0,0.2)	6 352	19.2	0.2 (0.1,0.5)	0.1 (0.0,0.2)	0.2 (0.1,0.3)	0.1 (0.0,0.1)
18-29	3 890	12.4	23.6 (21.3,26.1)	26 (23.5,28.7)	4 268	12.6	24.9 (22.5,27.5)	28.0 (25.3,30.8)	24.3 (22.2,26.6)	27.0 (24.7,29.4)
30-39	2 790	9.1	33.6 (30.6,36.6)	41.2 (38.3,44.2)	3 208	9.7	37.1 (34.1,40.2)	41.6 (38.4,44.9)	35.4 (32.7,38.2)	41.4 (38.6,44.3)
40-49	2 637	7.9	47.4 (44.5,50.3)	32.1 (29.5,34.8)	3 110	8.8	52.4 (49.1,55.7)	32.9 (30.2,35.7)	50.0 (47.3,52.8)	32.5 (30.2,34.9)
50-59	2 220	5.7	70.3 (67.6,72.8)	12.6 (10.8,14.6)	2 684	6.7	74.3 (71.6,76.8)	13.3 (11.5,15.3)	72.4 (70.3,74.5)	12.9 (11.5,14.5)
60 y más	2 827	7.6	79.0 (76.9,80.9)	7.9 (6.7,9.2)	3 370	8.4	80.7 (78.6,82.6)	7.0 (5.9,8.2)	79.9 (78.1,81.6)	7.4 (6.5,8.5)

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= intervalo de confianza al 95%
*Se incluyen 50 hombres y 46 mujeres con una dosis de una vacuna que no reportaron el tipo de vacuna porque el informante no sabe/no recuerda, por lo que podrían ser esquemas completos de vacunas de una sola dosis
Se consideran dos dosis como esquema completo para las vacunas Pfizer, Sputnik V, Sinovac, AstraZeneca, Moderna; y una dosis para Cansino y J&J.
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.8.4 muestra el reporte de dosis de acuerdo con el tipo de vacuna aplicada y grupo de edad. Pfizer y Sinovac muestran una mayor proporción de segundas dosis aplicadas en todos los grupos de edad, seguido de AstraZeneca y Sputnik, todas con un patrón ascendente con la edad.

Figura 3.8.4

Porcentaje nacional de reporte de dosis aplicadas por tipo de vacuna y grupo de edad

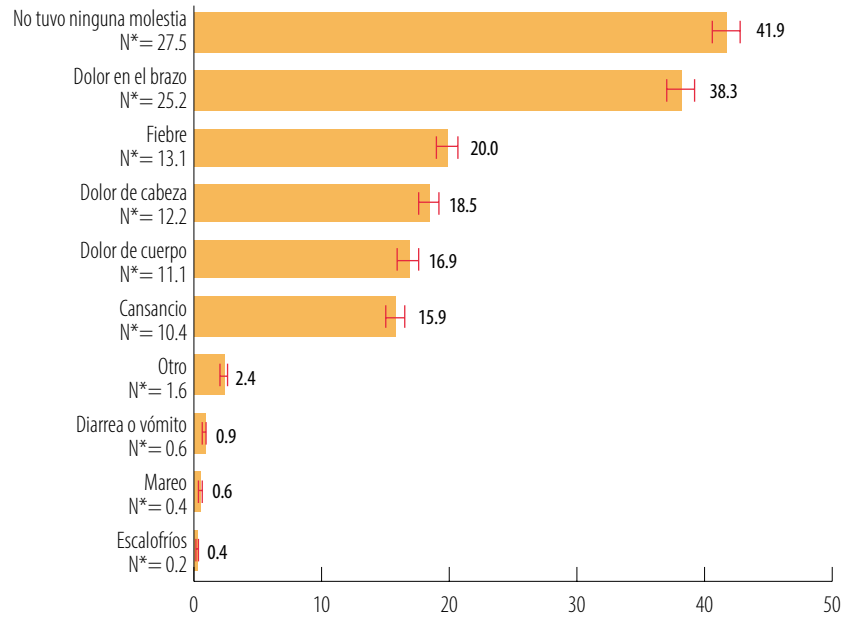


NS/NR: no sabe/no recuerda
Nota: Se incluyen sólo vacunas con esquema de dos dosis
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 3.8.5 muestra la frecuencia de eventos adversos reportados por personas que recibieron al menos una dosis de una vacuna contra Covid-19. El 41.9% no reportó ninguna molestia. La principal molestia fue dolor en el brazo (38.3%), seguido de fiebre (20.0%) y dolor de cabeza (18.5%).

Figura 3.8.5

Reporte de eventos adversos a la vacunación Covid-19



*N es el tamaño de muestra expandida en millones
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Dentro de las razones para no vacunarse, en menores de 18 años, 89.9% no era elegible pero sí se vacunaría y, en el grupo de 18 a 29 años, 77.3% reportó no ser elegible en el momento de la encuesta o que aún no había llegado la vacuna, pero sí se vacunaría. El cuadro 3.8.2 muestra las razones para los grupos de edad para personas mayores de 29 años. En el grupo de 30 a 39 años, 32.2% reportó que no era elegible al momento de la encuesta o que era elegible, pero no había llegado la vacuna a donde vive. Por otro lado, 17.6% por causas ajenas a su voluntad no se había vacunado (p. ej., no lo dejaron/dejarían salir de su trabajo, se acabaron las vacunas/no alcanzó, la fila es/era muy larga, no tuvo/tiene quién lo acompañara). En el grupo de 40 a 49 años, la razón principal para no vacunarse fue que cree que la vacuna tiene efectos adversos para su salud (18.7%), seguido por causas ajenas a su voluntad (18.2%), y por enfermedad o contraindicación médica (8.3%). En el grupo de 50 a 59 años, la principal razón para no vacunarse es porque cree que la vacuna tiene efectos adversos para su salud (26.4%), seguido de causas ajenas a su voluntad (15.0%), y 9.7% reportó que prefiere esperar y ver cómo avanza. En el grupo de 60 y más, la principal razón es que cree que la vacuna tiene efectos adversos para su salud (30.4%), seguido por enfermedad o contraindicación médica (10.7%) y 9% cree que la vacuna no sirve. Sin embargo, para los grupos de 50 a 59 años y 60 y más, la n muestral es menor a 900 ya que son los grupos con mayor porcentaje de vacunación reportada.

Cuadro 3.8.2

Razones por las que no se ha vacunado o no se vacunaría cuando sea elegible por grupo de edad

n muestra	1 431	1 020	733	818
N(millones)	4.4	2.9	1.8	2.0
	30-39a	40-49a	50-59a	60 y más
	%	%	%	%
No es elegible, pero se vacunaría	22.8	4.7	2.4	1.4
Causas ajenas a su voluntad*	17.6	18.2	15.0	8.5
Cree que la vacuna tiene efectos adversos para su salud	12.4	18.7	26.4	30.4
Es elegible y se vacunaría, pero no ha llegado la vacuna a donde vive	9.4	7.0	6.6	4.0
Prefiere esperar, ver cómo avanza esto	6.7	8.1	9.7	7.7
Cree que la vacuna no sirve	5.1	8.3	7.5	9.0
Covid no es un problema/no existe	2.1	3.2	3.5	3.8
No confía en el sistema, en el gobierno	2.7	5.0	3.8	4.5
Porque tiene una discapacidad	0.6	0.8	2.2	3.2
No sabe el familiar que reporta	0.8	1.1	0.5	1.7
Por miedo	2.3	1.3	3.5	3.2
No tuvo tiempo	1.6	1.0	0.6	0.6
Le faltó un documento	0.5	1.7	0.7	2.0
Por enfermedad o contraindicación médica	7.3	8.3	7.1	10.7
No se enteró/se le pasó la fecha	1.9	3.1	2.6	1.3
No se encontraba en su residencia/municipio	0.6	2.3	0.9	0.6
Falta de dinero	0.2	0.2	0.2	0.1
Ya tiene cita/fecha	0.3	0.0	0.0	0.0
Religión	0.1	0.5	0.3	0.3
Otras‡	5.1	6.5	6.4	7.2

*Causas ajenas a su voluntad incluye la fila son/eran muy largas, se acabaron las vacunas/no alcanzó, le quedaba/quedaría muy lejos, porque no lo dejaron salir de su trabajo, porque no tiene/tuvo quién le acompañara.
‡Otro incluye rechazo a vacunarse por otras causas (desidia, no quiere, no sabe, etc.). Los porcentajes pueden no sumar 100% por el redondeo a decimales
N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

3.9 Exposición a SARS-CoV-2 por determinación de anticuerpos en suero

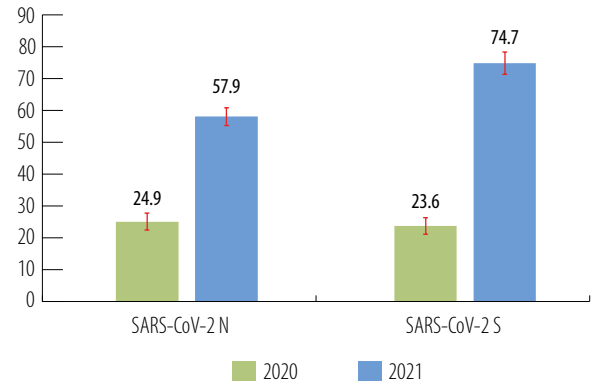
Se incluyeron un total 11 640 personas a quien se les tomó una muestra de sangre capilar en papel filtro para proteína S y N. Se excluyeron 348 individuos que no tenían muestra de sangre capilar en papel filtro para proteína S ni para proteína N. La muestra analítica final fue de 11 292 individuos que expanden a 126.3 millones de personas.

Se determinaron anticuerpos contra proteína S (RBD) de SARS-CoV-2 en papel filtro mediante ELISA y contra proteína N de SARS-CoV-2 mediante electroquimioluminiscencia. Para determinar el punto de corte en papel filtro para ambos ensayos, se determinó la concordancia de resultados en papel filtro con los resultados del método correspondiente previamente validado, obtenidos en submuestra de suero pareada (del mismo individuo) de 2 043 encuestados. En el caso del ELISA anti-S en papel filtro, el punto de corte fue de 0.6 o más densidades ópticas (DO) para determinar positividad. En el caso de anticuerpos anti-N en papel filtro, el punto de corte fue de 0.9 o más Unidades Relativas.

Como en el paso anterior se estableció el punto de corte del papel filtro para maximizar la concordancia con la muestra de suero, se realizó un ajuste de prevalencia del papel filtro al estándar de oro con una con sensibilidad de 90.5% y especificidad de 99.4% para proteína S y con sensibilidad de 92.0% y especificidad de 99.5% para proteína N mediante la fórmula de Rogan y Gladen.[14] Se calcularon intervalos de confianza mediante Bootstrap utilizando los intervalos de confianza observados y de ambas sensibilidades y especificidades. El antecedente de vacunación se reportó por un integrante del hogar y se consideró como vacunado a los individuos que reportaron al menos una dosis de cualquier vacuna contra Covid-19.

Figura 3.9.1

Prevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2-S y SARS-CoV-2-N estratificado por año de la Ensanut



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En comparación al año 2020, en el 2021 la prevalencia de anticuerpos de SARS-CoV-2 contra la proteína N aumentó de 24.9 a 57.9% y contra la proteína S de 23.6 a 74.7% (figura 3.9.1). El cuadro 3.9.1 muestra la prevalencia a anticuerpos SARS-CoV-2 contra la proteína N y S por diferentes características. La prevalencia

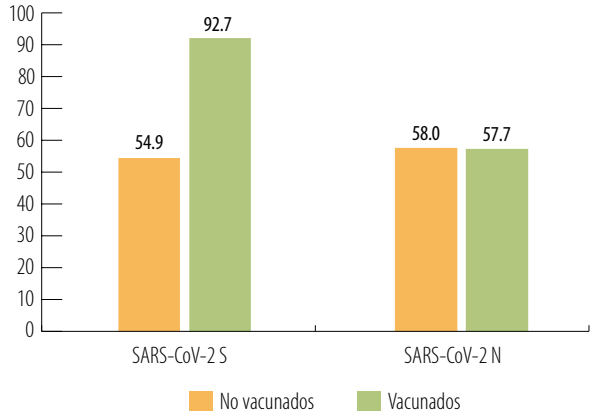
de anticuerpos SARS-CoV-2 contra la proteína N fue de 57.9% y contra la proteína S de 74.7 por ciento. El número de personas con anticuerpos contra la proteína N fue de 72.5 millones y contra la proteína S fue de 93.5 millones de individuos. Sin el ajuste por el desempeño de la prueba, la prevalencia de anticuerpos contra la proteína N fue de 53.5% y contra la proteína S fue de 67.8 por ciento.

La prevalencia de anticuerpos fue más elevada contra la proteína S que contra la proteína N. Contra la proteína S, la seroprevalencia aumentó con la edad hasta el grupo de 50-59 años (91.1%), disminuyendo para el grupo de 60 años y más (78.0%). Las mujeres, las personas que habitan en el área urbana y quienes pertenecen al nivel socioeconómico alto presentaron la mayor seroprevalencia contra la proteína S. Contra la proteína N, la seroprevalencia es relativamente constante por edad, sexo y tipo de localidad. Sin embargo, encontramos mayor seroprevalencia para el nivel socioeconómico bajo (60.4%) y medio (60.9%) en comparación con el nivel socioeconómico alto (52.9%).

La figura 3.9.2 muestra la prevalencia de anticuerpos contra la proteína S y proteína N por estatus de vacunación. La seroprevalencia contra la proteína S fue mayor en personas vacunadas (92.7%) que en personas no vacunadas (54.9%). Contra la proteína N, la seroprevalencia fue similar entre vacunados (57.7%) y no vacunados (58.0%). Para no vacunados, la seroprevalencia contra la proteína S y N son similares.

Figura 3.9.2.

Prevalencia de anticuerpos anti-SARS-CoV-S y anti-SARS-CoV-N estratificado por estatus de vacunación (vacunados con al menos una dosis).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.9.1

Prevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 N y SARS-CoV-2 S en la población general en México

	Participantes		Anti-SARS-CoV-2 N		Anti-SARS-CoV-2 S	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%
Total	**11 172**	**125.2**	**57.9**	**55.1,60.7**	**74.7**	**71.2,78.3**
Sexo						
Hombre	4 761	61.2	57.8	54.4,61.1	72.1	67.9,76.3
Mujer	6 411	64.1	57.9	54.8,61.1	77.3	73.3,81.3
Edad						
0-17	4 040	37.0	54.5	50.8,58.1	52.3	48.8,55.9
18-29	1 739	24.1	62.8	57.9,67.8	81.3	76.0,86.6
30-39	1 309	18.8	62.8	57.8,68.0	86.4	80.9,92.1
40-49	1 390	17.3	60.2	55.9,64.7	86.9	81.5,92.6
50-59	1 103	11.5	57.5	52.8,62.2	91.1	85.8,96.8
60 y más	1 591	16.5	50.4	46.1,54.9	78.0	72.1,83.5
Nivel socioeconómico						
Bajo	3 922	39.2	60.4	56.2, 64.7	71.9	67.2,76.4
Medio	3 918	41.9	60.9	57.0,64.7	74.4	70.3,78.8
Alto	3 332	44.2	52.9	49.2,56.6	77.6	73.1,82.1
Tipo de localidad						
Rural	2 699	26.9	58.4	52.9,63.9	69.5	64.0,74.7
Urbano	8 473	98.3	57.7	54.8,60.7	76.2	72.4,80.2
Región						
Pacífico-Norte	1 036	11.8	62.1	56.4,67.4	80.6	74.9,86.3
Frontera	852	16.3	51.1	43.4,59.0	78.3	71.4,85.2
Pacífico-Centro	903	13.6	61.9	55.9,67.8	67.3	60.3,74.8
Centro-Norte	2 137	16.1	50.9	46.3,55.8	71.9	67.1,76.8
Centro	878	12.3	58.4	49.2,67.2	75.1	69.3,80.8
CDMX	1 536	9.1	51.1	46.7,56.0	77.6	72.7,82.5
Edo. de México	1 634	16.9	54.3	49.8,59.0	68.0	62.8,72.9
Pacífico-Sur	1 213	16.1	61.2	54.2,67.7	76.1	70.1,82.2
Península	983	13.1	72.0	66.0,78.0	81.2	74.6,87.9

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 3.9.2.

Prevalencia a anticuerpos SARS-CoV-2 N y SARS-CoV-2 S en la población mayor de 18 años en México

	Participantes		Anti-SARS-CoV-2 N		Anti-SARS-CoV-2 S	
	n muestra	N (millones)	%	IC95%	%	IC95%
Total	**7 132**	**88.3**	**59.2**	**56.2,62.2**	**84.1**	**79.7,88.3**
Sexo						
Hombre	2 778	42.5	58.2	54.9,62.2	80.3	75.9,85.1
Mujer	4 354	45.7	60.1	56.8,63.5	87.7	83.5,92.2
Nivel socioeconómico						
Bajo	2 386	26.2	61.9	57.5,66.2	79.4	74.6,84.5
Medio	2 456	28.7	63.3	59.5,67.7	84.8	81.9,87.8
Alto	2 290	33.3	53.8	49.5,58.0	87.3	80.1,90.1
Tipo de localidad						
Rural	1 592	17.7	61.5	55.5,67.7	80.3	74.4,86.5
Urbano	5 540	70.5	58.7	55.6,62.0	85.1	81.0,89.6
Región						
Pacífico-Norte	647	8.5	63.6	57.4,69.9	90.7	84.8,96.4
Frontera	522	11.5	53.0	44.7,61.7	92.0	84.5,99.5
Pacífico-Centro	572	9.6	64.6	59.4,69.9	77.2	69.7,85.0
Centro-Norte	1 303	11.1	53.2	47.8,58.7	84.0	78.8,89.8
Centro	530	8.7	61.6	51.4,71.6	85.9	79.8,92.0
CDMX	1 152	7.1	50.4	45.7,55.3	83.3	78.4,89.4
Estado de México	1 068	12	55.8	50.8,61.0	76.0	70.6,81.3
Pacífico-Sur	721	10.9	62.4	55.6,68.8	82.8	76.3,89.8
Península	617	8.9	70.3	63.7,76.9	87.0	80.0,94.1

N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Conclusiones Covid-19

Menos de la tercera parte de la población de 10 años y más realizaban alguna actividad física o deporte antes de la pandemia por Covid-19, y lo que observamos es que en consecuencia del tiempo en pandemia disminuyeron el tiempo que le dedicaban a dicha actividad, aunado a esto, se observa un aumento en el tiempo sentado o reclinado y en el tiempo frente a pantalla durante la pandemia, siendo los adolescentes los más afectados en ambos casos. Estos cambios en los patrones

de actividad física y sedentarismo han sido atribuibles a las medidas de mitigación implementadas por la pandemia por Covid-19, el cierre de escuelas, distanciamiento social, disminución de la movilidad, el periodo de confinamiento, en conjunto han impactado. Los adolescentes no han tenido la clase de actividad física en la escuela, no han podido realizar juegos al aire libre y ni realizar los deportes que normalmente realizaban, aumentando en consecuencia el tiempo que pasan sentados. Caso similar en los adultos que, si bien eran pocos los que realizaban alguna actividad física previa a la pandemia esta se vio reducida.

En el mismo sentido, la sustitución de clases presenciales por clases virtuales influyó en el aumento en el tiempo frente a pantallas en los adolescentes y jóvenes, además de la posible sustitución de actividades lúdicas al aire libre por tiempo viendo televisión, jugando videojuegos, entre otras actividades. Debido a este panorama y a la incertidumbre que rodea a la pandemia por Covid-19 es importante generar estrategias para promover la actividad física tomando las debidas precauciones, como el uso de cubrebocas, mantenimiento de la sana distancia, por ejemplo. Por ello, es importante seguir ejercitándose desde casa o bien en espacios al aire libre, para evitar los riesgos a la salud que conlleva una vida sedentaria; utilizando los elementos que cada persona tenga a su disposición.

En cuanto a los hallazgos de los cambios de alimentación en el hogar, se resalta que en una mayor proporción los hogares mantuvieron su consumo de alimentos habitual en comparación con las modificaciones encontradas en el 2020 por el confinamiento. Sin embargo, será de relevancia identificar qué condiciones presentan los hogares que si reportaron disminución en el consumo de alimentos; así como revisar y atender el estado de salud y nutrición de sus integrantes

Referente a las medidas de mitigación ante el Covid-19, la medida de mitigación que más reportó la población cumplir siempre o casi siempre fue el cubrebocas, seguido de evitar acudir a lugares concurridos y por último quedarse en casa. La principal razón para no poder quedarse en casa es el trabajo.

La proporción de estudiantes que acuden de manera presencial a la escuela es aún baja, por ello, la educación a distancia a través de los medios virtuales prevalece. Sin embargo, esta situación favorece inequidades en el acceso a la educación, siendo los estudiantes de hogares que residen en localidades rurales y los de menor nivel de bienestar quienes presentan menor posibilidad de tomar clases a través de la modalidad en línea. Entre las medidas de sana distancia que se implementaron en las escuelas destaca la eliminación de saludos que impliquen contacto físico y mantener distancia entre los asientos de los estudiantes y colocar señalamientos en la entrada para indicar la sana distancia. Se requiere fortalecer el monitoreo de la temperatura y la no admisión de estudiantes con síntomas de gripe o resfriado y es necesario sensibilizar a los diferentes actores del contexto educativo sobre la necesidad de promover el establecimiento de más de una medida de protección contra el Covid-19.

En cuanto a los casos positivos a Covid-19, 15.1% de la población reportó haberse realizado una prueba Covid-19 y de éstos, 57.9% lo hizo en el sector privado. El 4.7% reportó haber sido diagnosticado con Covid-19 de enero del 2021 a la fecha de la entrevista, de los cuáles 96% buscó atención, 93.9% recibió atención, 61.6% reportó haber tenido alguna secuela después de haber sido dado de alta o un mes posterior al inicio de la enfermedad y 34% seguía experimentando secuelas. El 69% recibió atención en servicios privados.

En el segundo año de la pandemia, los hogares tuvieron mayores gastos generales y en compras de alimentos. Cerca de un tercio de los hogares reporta que al menos un miembro algún un impacto económico negativo.

Asimismo, se ha mantenido una alta prevalencia de las medidas de distanciamiento físico. Casi dos terceras partes de los hogares a nivel nacional reportan hacer confinamiento social efectivo (estando fines de semana en casa y evitando recibir visitas). Además, la recomendación de evitar hacer reuniones o celebraciones con personas que no se cohabita aún tiene un alto grado de cumplimiento, pues 87.2% reportó que nunca o rara vez han realizado estas actividades.

Otro aspecto interesante es el comportamiento de los hogares mexicanos ante las compras. Desde el inicio de la pandemia se ha aconsejado que sólo una persona del hogar visite las tiendas para realizar las compras[15] con el fin de evitar aglomeraciones en lugares físicos y con esto contagios. A nivel nacional, en 84% de los hogares frecuentemente sólo un miembro del hogar sale a las compras, con una variación a nivel regional de 78.2% en el Pacífico-Sur a 90.4% en el Pacífico-Centro.

Resalta que, en comparación con el año previo, la mayoría de los hogares coincide que los lugares de trabajo han cumplido con las estrategias de prevención de contagios para el retorno al trabajo del Protocolo de Seguridad Sanitaria. Sin embargo, en 2021 hay una mayor proporción de personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas que se han reincorporado a su lugar de trabajo comparado con 2020. Esta tendencia sin duda puede ser un reflejo de la priorización de la vacunación contra Covid-19 en estos grupos de la población.

La heterogeneidad de las medidas de higiene, limpieza y protección personal en los lugares de trabajo a nivel regional es algo que merece atención. Esto, tomando en cuenta que, ante la aparición de nuevas variantes, será importante que los centros de trabajo sigan garantizando medidas de prevención a sus trabajadores.

La Ensanut 2021 sobre Covid-19 proporciona una oportunidad clave para evaluar la cobertura de vacunación por autorreporte y las razones de no vacunación. Al momento de la encuesta sólo las personas con 18 años y más eran elegibles para ser vacunados en el territorio nacional, encontrando que 73.8% (IC95% 72.4,75.1%) había recibido al menos una dosis de alguna vacuna contra Covid-19. Esta proporción corresponde al periodo del 1 de agosto al 30 de octubre de 2021 y es congruente con el 68% reportado por la SS para el de 14 de septiembre de 2021 (mitad del periodo del levantamiento de la encuesta).[16] Se observó una mayor

cobertura de vacunación a mayor edad, lo cual es esperable considerando que la estrategia nacional de vacunación empezó con los grupos de 60 y más para ir disminuyendo década a década. Al momento de la encuesta los grupos de edad más jóvenes se encontraban en el proceso de vacunación e incluso, en algunos estados, el grupo de 18 a 29 años aun no era elegible. El avance diferencial por edad y tipo de vacuna dificulta el análisis de los esquemas completos de vacunación por tipo de vacuna, debido a que cada vacuna tiene diferentes intervalos para la aplicación de la segunda dosis y el tipo de vacuna aplicada está muy relacionado con el grupo de edad y región. Se observó heterogeneidad en el reporte de vacunación por región, aunque al menos una parte de estas diferencias podrían ser explicadas por diferencias en los periodos de levantamiento por región; por ejemplo, CDMX fue encuestada durante agosto, comparado con Península fue durante septiembre y octubre.

Aunque el avance en la vacunación para el momento de la encuesta es evidente, existían aun personas que no habían sido vacunadas. Entender las razones de no vacunación es fundamental para fortalecer la estrategia nacional. Las razones para no vacunarse son diferentes de acuerdo con el grupo de edad. Dentro del grupo menor a 30 años, la gran mayoría está dispuesto a vacunarse en cuanto sean elegibles o cuando la vacuna llegue a su municipio, sin embargo, en varias regiones este grupo aun no era elegible al momento de la encuesta. La razón principal para no vacunarse en los grupos, 40-49, 50-59 y 60 y más fue creer que la vacuna tiene efectos adversos para su salud (18.7, 26.4 y 30.4%, respectivamente). Para el grupo de 30 a 39 años, 40 a 49 años y 50 a 59 años, la segunda razón para no vacunarse es "causas ajenas a su voluntad" (p. ej., porque no lo dejaron/dejarían salir de su trabajo, se acabaron las vacunas/no alcanzó, la fila es/era muy larga, porque no tuvo/tiene quién lo acompañara). Esto significa que estas personas están dispuestas a vacunarse, pero existe barreras tanto logísticas como laborales que no les han permitido vacunarse. Esta información es de gran utilidad para la toma de decisiones.

La prevalencia nacional de anticuerpos contra la proteína N fue de 57.9% y contra la proteína S de 74.7 por ciento. La prevalencia de anticuerpos contra proteína S aumenta a 84.1% en los mayores de 18 años, quienes ya eran elegibles para vacunación al momento de la encuesta (agosto a octubre 2021). La prevalencia de anticuerpos contra la proteína S es mayor en la población vacunada con al menos una dosis que en la población no vacunada, pero no para la proteína N. Esto es esperado ya que todas las vacunas desarrollan anticuerpos contra la proteína S y sólo la vacuna de Sinovac podría generar anticuerpos anti-N. La seroprevalencia se determinó de manera cualitativa por lo que desconocemos los títulos de anticuerpos y no se determinaron anticuerpos neutralizantes por lo que la positividad no necesariamente significa inmunidad protectora.

Referencias Covid-19

1. Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud. Guía de orientación para la reapertura de las escuelas ante Covid-19. Versión 2.0 (Actualización 28 mayo 2021). Ciudad de México: SEP/SS;2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/06/Guia-orientacion-para-la-apertura.-28-mayo-2021-SALUD.pdf
2. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales. México:INSP;2021. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf
3. Unesco. Adverse consequences of school closures [Internet]. Unesco;2020 [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://en.unesco.org/covid19/educationresponse/consequences
4. Viner R, Russell S, Saulle R, Croker H, Stansfeld C, Packer J, et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. MedRxiv. 2021; 2021. https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526
5. World Health Organization. Advice for the public [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public.
6. Gobierno de México. Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno laboral. México: Gobierno de México; 2020. Disponible en: www.gob.mx/nuevanormalidad.
7. Secretaría de Salud. Vacuna Covid – Sitio Informativo [Internet]. México: SS; 2021 [cited 2022 Feb 2]. Disponible en: http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/
8. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna BNT162b2 Pfizer/Biontech contra el virus SARS-CoV-2. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2021/10/2021-10.18-GT_Pfizer.pdf
9. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna AZD1222 AstraZeneca contra el virus SARS-CoV-2. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_AstraZeneca_050321.pdf
10. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna GAM-COVID-VAC (SPUTNIK V), contra el virus SARS-CoV-2. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_SputnikV_050321.pdf
11. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna recombinante de vector de adenovirus tipo 5 contra el virus SARS-CoV-2 de CanSino Biologics. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_Cansino_16Mar2021.pdf
12. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna inactivada de células Vero, Sinovac, contra el virus SARS-CoV-2. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/03/GTApp_Sinovac_050321.pdf
13. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Guía técnica para la aplicación de la vacuna Spikevax de Moderna, Inc., contra el virus SARS-CoV-2. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2021/10/2021.10.15-GT_Moderna.pdf
14. Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of screening test. Am J Epidemiol. 1978;107(1):71-6. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112510
15. SALUD México. "Lo mejor es pedir a domicilio o que sólo una persona haga las compras. #PorAmorALaVida refuerza las #MedidasSanitarias: @SusanaDistancia #LávateLasManos #UsaCubrebocas correctamente. Y recuerda: el mejor regalo es cuidarnos. 2020. Disponible en: https://twitter.com/SSalud_mx/status/1340054235711336448?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1340054235711336448%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1_&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.marca.com%2Fclaro-mx%2Ftrending%2Fcoronavirus%2F2020%2F12%2F18%2F5fdcf32522
16. Secretaría de Salud. Covid-19 México. Comunicado Técnico diario 14 septiembre 2021. Ciudad de México: SS; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/668009/2021.09.14_17h00_ComunicadoTecnicoDiario_Covid19.pdf

4. Salud

Niños

4.1 Vacunación

El reconocimiento de la vacunación como la medida de salud pública que ha llevado a la erradicación de la viruela y a la eliminación del poliovirus silvestre en cinco de las seis regiones del mundo ha favorecido la ampliación de la estrategia hacia otros padecimientos logrando reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por más de una decena de agentes infecciosos, en diferentes grupos poblacionales, pero particularmente en la infancia.

La voluntad política, la suma de esfuerzos entre países, el desarrollo de estrategias solidarias ha facilitado la distribución equitativa y universal de las vacunas, resultando en incrementos por duplicado de las coberturas de vacunación infantil entre los años 1980 y 2019.[1]

Pese a los logros globales en el incremento de la tendencia de la cobertura, análisis detallados muestran que el mayor incremento se dio entre 1980 y el 2010, pero que en la última década (2010-2019) este crecimiento no sólo se desaceleró, sino que en al menos 94 de 204 países y territorios estudiados disminuyó.[1]

México no ha sido la excepción en esta tendencia, pese a los grandes esfuerzos por sumar al Programa de Vacunación Universal, con uno de los esquemas de vacunación más completo a nivel mundial, que incluye la prevención de al menos 13 enfermedades en los menores de 10 años de edad.[2]

El reto actual es mayor, especialmente si se consideran los efectos directos e indirectos de la pandemia Covid-19, principalmente por la interrupción de los servicios, el desabasto de insumos y biológicos necesarios para la operación del Programa de Vacunación, es la aparición de brotes, que en medio del contexto social empobrecido y de los sistemas de salud disminuidos, incrementan la magnitud del daño.[3,4]

Los objetivos planteados por la Agenda de Inmunizaciones 2030, van más allá del logro de coberturas de 90% por biológico; se desea reducir a la mitad los niños y niñas con dosis cero, es decir nunca antes vacunados, para esto se requiere el abasto suficiente y permanente de las ocho vacunas que actualmente forman parte del esquema de vacunación infantil; así como el fortalecimiento del sistema de información y monitoreo de las coberturas de vacunación con el fin de focalizar a las poblaciones vulnerables y priorizar en los sitios con mayor rezago para que todos los niños y niñas tengan acceso a la vacunación.

Las coberturas de vacunación de Ensanut 2021 sobre Covid-19 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa de Vacunación Universal de México, que establece para cada grupo de edad; los biológicos, el número e intervalo de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas para cada dosis,[5] factores que influyen en la respuesta inmune y por tanto en la eficacia de las vacunas.

Algunas excepciones en el cálculo de la cobertura de vacunación obedecieron a la inclusión más reciente del biológico en el esquema de vacunación (antineumocócica), al uso de diferentes esquemas para un mismo biológico (antirotavirus). Cabe destacar que tanto el instrumento de recolección de información (sección de vacunas) como el cálculo de las coberturas en Ensanut 2012 fue modificado para las versiones subsecuentes de Ensanut. En la versión de 2012 el cálculo de las coberturas no tuvo en cuenta los intervalos de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas, por lo que los cambios en la cobertura de 2021 respecto de 2012 deben ser interpretados con cautela.

Biológico: incluye las vacunas, contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y una humoral.

Esquema de Vacunación: Conjunto de biológicos y número de dosis recomendadas para cada grupo de población blanco.

Coberturas de vacunación en niños y niñas de 12 a 35 meses de edad:

Este indicador se obtuvo para cada biológico y esquema de vacunación, consiste en dividir el número de niños y niñas de 12 a 35 meses de edad que acreditaron mediante Cartilla Nacional de Salud (CNS), Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) o Documento Probatorio (DP) haber sido vacunados con un biológico o esquema de vacunación; entre el total de niños y niñas de 12 a 35 meses de edad que tenían información en CNS, CNV o DP.

El numerador son los niños y niñas que documentaron haber recibido los biológicos de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- *BCG*: Dosis única, la edad mínima permitida es desde el primer día de nacido; sin embargo, se consideró como válida si se aplicó en algún momento durante el primer año de vida.

- *Anti-hepatitis B (HB):* Tres dosis, aplicadas durante el primer año de vida, con intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre la primera y la segunda dosis; y de ocho semanas entre la segunda y la tercera dosis. Las edades mínimas permitidas de la primera, segunda y tercera dosis son recién nacido, a las cuatro y a las 24 semanas de vida, respectivamente.
- *Pentavalente (PV o Pva):* Cuatro dosis, de las cuales al menos tres dosis aplicadas durante el primer año de vida, siendo la edad mínima permitida de la primera y la cuarta dosis, a las seis semanas y a los 12 meses de vida, respectivamente. El intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre dosis para las tres primeras dosis, y de seis meses entre la tercera y la cuarta dosis.
- *Anti-neumocócica conjugada (PCV):* Al menos dos dosis (en el manual de vacunación se indican tres dosis) aplicadas durante el primer año de vida, la edad mínima permitida para la primera dosis es de seis semanas y con intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre la primera y la segunda dosis.
- *Anti-rotavirus (RV):* Dado el manejo de dos tipos de vacunas de RV (RV1, con esquema de dos dosis y RV5, con esquema de tres dosis) y las limitaciones para identificar de manera nominal el esquema seguido, se consideró esquema completo con RV sí recibieron dos dosis para los niños vacunados en los años 2020 o 2021 y si recibieron al menos dos dosis para los niños vacunados en 2019. La edad mínima permitida para la primera dosis es de seis semanas y con intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre la primera y la segunda dosis.
- *Triple viral (SRP):* Al menos una dosis entre los 12 y 23 meses de edad y con intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre la primera dosis y el refuerzo.
- *Esquema completo de vacunación:* Se consideró a quienes documentaron haber recibido durante el primer año de vida y de acuerdo con las condiciones anteriormente mencionadas para cada biológico, una dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva, dos dosis de PCV y dos dosis de RV. Entre los 12 y los 23 meses de edad una dosis de SRP.
- *Esquema de cuatro vacunas:* Se consideró a quienes documentaron haber recibido durante el primer año de vida y de acuerdo con las condiciones anteriormente mencionadas para cada biológico, una dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva y entre los 12 y 23 meses de edad, una dosis de SRP.

Cobertura de vacunación estimada con el Biológico "X":

$$\frac{\textit{Número de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad que recibieron el biologico X durante el primer año de vida acreditado mediante CNS o DP}}{\textit{Total de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad que acreditaron vacunación mediante CNS o DP}}$$

Prevalencia de vacunación según autorreporte en niños y niñas de 12 a 35 meses de edad:
Este indicador se obtuvo para cada biológico y esquema de vacunación; consiste en dividir el número de niños y niñas de 12 a 35 meses de edad que no acreditaron vacunación mediante CNS, CNV o DP, y la información se obtuvo mediante autorreporte de memoria; entre el total de niños y niñas de 12 a 35 meses de edad que no tenían información en CNS, CNV o DP.

El numerador son los niños y niñas que recibieron los siguientes biológicos según lo autorreportado por el cuidador o informante del hogar:

- *BCG*: dosis única.
- *HB*: Tres dosis.
- *PV o Pva*: Cuatro dosis.
- *PCV*: Dos dosis.
- *RV*: Dos dosis.
- *SRP*: Una dosis entre los 12 y 23 meses de edad.
- *Esquema completo de vacunación*: Se consideró a quienes refirieron haber recibido; una dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva, dos dosis de PCV y dos dosis de RV y una dosis de SRP.
- *Esquema de cuatro vacunas*: Se consideró a quienes refirieron haber recibido una dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva y una dosis de SRP.

Prevalencia de vacunación estimada según autorreporte con el Biológico "X":

$$\frac{\textit{Número de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad que recibieron el biologico "X" durante el primer año de vida según autorreporte}}{\textit{Total de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad en quienes autorreportaron la vacunación}}$$

Coberturas de vacunación en niños y niñas de 5 a 6 años de edad:
Este indicador se obtuvo para cada biológico; consiste en dividir el número de niños y niñas de 5 a 6 años de edad que acreditaron la vacunación mediante CNS, CNV o DP; entre el total de niños y niñas de 5 a 6 años de edad que tenían información en CNS, CNV o DP.

El numerador son los niños y niñas que documentaron haber recibido los siguientes biológicos:

- *Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos de células completas (DPT):* Una dosis aplicada entre los 4 y 6 años de edad.
- *SRP*: Dos dosis, la primera dosis aplicada desde la edad mínima permitida de 12 meses y la segunda con intervalo mínimo entre dosis de cuatro semanas y hasta los seis años de edad.

Se encuestó una muestra de 1 038 y 1 109 menores, que representan a 4 011 057 y 4 158 083, niños y niñas de 12 a 35 meses y de 5 a 6 años de edad, respectivamente. Al momento de la encuesta poco menos de la mitad (46.1%) de los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad contaron con algún tipo de documento con información para probar su estado de vacunación (CNS, CNV, DP); pese a que otro 42.2% refirió contar con el documento, pero no lo pudo mostrar al momento de la encuesta (cuadro 4.1.1). El no contar con CNS fue más frecuente entre los niños de mayor edad (2.9% en menores de un año vs. 8.4% en los niños de tres años de edad) (cuadro 4.1.1).

Cuadro 4.1.1

Porcentaje estimado de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niñas y niños de 0 a 4 años de edad

Edad	Mostró		Tiene, pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No especifica		Total	
	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)*	%	N(miles)	%	N(miles)	%
0	682.2	48.4	471.3	33.4	36.5	2.6	40.4	2.9	179.4	12.7	1 409.7	100.0
1	885.3	48.0	775.7	42.1	2.1	0.1	86.6	4.7	93.2	5.1	1 842.9	100.0
2	954.7	44.0	948.9	43.8	28.3	1.3	117.9	5.4	118.4	5.5	2 168.2	100.0
3	1 056.3	48.8	853.1	39.5	9.8	0.5	180.7	8.4	62.8	2.9	2 162.7	100.0
4	964.5	42.3	1 113.6	48.8	8.5	0.4	134.7	5.9	59.9	2.6	2 281.2	100.0
Total	**4 542.9**	**46.1**	**4 162.6**	**42.2**	**85.1**	**0.9**	**560.3**	**5.7**	**513.6**	**5.2**	**9 864.6**	**100.0**

CNS: Cartilla Nacional de Salud
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Coberturas de vacunación en los niños y las niñas de 12 a 35 meses de edad

- *Por biológico:*

Las coberturas estimadas de vacunación a nivel nacional por biológico estuvieron por debajo de la meta mundial de 90.0%, oscilaron entre 86.6 y 56.7%, siendo mayor para BCG y menor para HB. La región Centro alcanzó cobertura útil del 95.7% para la vacuna antineumococo; otras regiones como Frontera y CDMX alcanzaron coberturas superiores a 90% con BCG y RV; en tanto la región Pacifico-Sur tuvo la cobertura más baja con HB 39.9 por ciento. La CDMX y el Estado de México tuvieron mayor cobertura en los biológicos que se aplican al nacer (BCG 92.2 y HB 83.0%, respectivamente). La región Frontera tuvo mayor proporción de cobertura con PV y RV (90.0% y 93.0%). La región Pacífico-Centro tuvo menor cobertura

con BCG (76.6%), PCV (74.0%) y RV (59.2%). La región Península tuvo la menor cobertura de vacunación con PV 55.4 por ciento. Las regiones Pacífico-Norte y Centro-Norte tuvieron coberturas de vacunación por biológico cercanas al promedio nacional (cuadro 4.1.2).

Cuadro 4.1.2

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de uno y dos años de edad,* por región

Entidad federativa	BCG	Hepatitis B	Pentavalente	Neumocócica	Rotavirus	Triple viral	Esquemas al año cumplido		Esquemas hasta los dos años	
		(HB)	(PV)	(PCV)	(RV)	(SRP)	Completo‡	Cuatro vacunas§	Completo‡	Cuatro vacunas§
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Pacífico-Norte	86.7	61.0	68.5	80.9	81.2	78.9	35.4	44.9	43.4	49.3
Frontera	91.2	72.3	90.0	83.5	93.7	68.6	58.1	58.1	53.9	56.0
Pacífico-Centro	76.6	61.2	68.0	74.0	59.2	86.1	23.5	42.8	25.7	35.4
Centro-Norte	88.1	59.7	73.4	86.8	77.8	73.9	24.6	33.2	32.5	40.3
Centro	89.7	53.9	79.4	95.7	74.6	78.7	37.7	37.7	31.3	40.7
Ciudad de México	92.2	44.8	73.7	93.3	91.0	91.0	27.8	27.8	33.1	33.1
Estado de México	81.3	83.0	74.5	88.5	89.9	60.1	24.3	24.3	34.8	34.8
Pacífico-Sur	87.7	39.9	60.2	89.9	67.6	75.5	11.7	13.3	20.0	26.4
Península	84.6	43.3	55.4	80.0	68.6	61.9	6.5	7.2	19.8	21.4
Nacional	86.6	56.7	70.1	86.6	77.4	72.6	27.5	31.1	31.1	35.8

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México
*Incluye a quienes presentaron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o algún documento probatorio de la vacunación.
‡Incluye BCG (dosis única), Hepatitis B (tres dosis), Pentavalente (tres dosis), Anti-neumocócica (dos dosis), Anti-Rotavirus (dos dosis) y Triple viral-SRP (una dosis).
§Incluye BCG (dosis única), Hepatitis B (tres dosis), Pentavalente (tres dosis) y Triple viral-SRP (una dosis).
BCG: Vacuna Bacilo Calmette-Guérin; PV: Vacuna Pentavalente contra la Difteria, la Tos ferina, el Tétanos, la meningitis o neumonía por *haemophilus influenzae* tipo b y la Hepatitis B; SRP: Vacuna Triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis.

Por esquema de vacunación:

El 27.5% de los niños y niñas de un año de edad tuvieron esquema completo. La tercera parte de los niños de uno y de dos años de edad tuvieron esquema de cuatro vacunas (cuadro 4.1.2).

La cobertura de vacunación promedio nacional con esquemas completos en niños y niñas hasta los dos años de edad (comprende los de uno y dos años cumplidos) es de 31.1% y oscila entre 19.8% en la región de la Península y 53.9% en

la región Frontera. Las coberturas de vacunación de esquemas completos cercanas al promedio nacional se encuentran en las regiones de Centro-Norte, Centro, Ciudad de México y Estado de México (32.5, 31.3, 33.1 y 34.8%, respectivamente) (figura 4.1.1).

Las coberturas de vacunación de esquema completo por encima del promedio nacional están en las regiones de Frontera y Pacífico-Norte. Las coberturas de vacunación esquema completo por debajo del promedio nacional están en las regiones Península, Pacífico-Sur y Pacífico-Centro (19.8, 20 y 25.7%) (figura 4.1.1).

Figura 4.1.1

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación con esquema completo* en niños y niñas de uno y dos años de edad por región

*Incluye BCG (dosis única), Hepatitis B (tres dosis), Pentavalente (tres dosis en niños de un año de edad o cuatro dosis en niños de dos años de edad), neumocócica (dos dosis), Rotavirus (dos dosis) y Triple viral-SRP (una dosis).
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

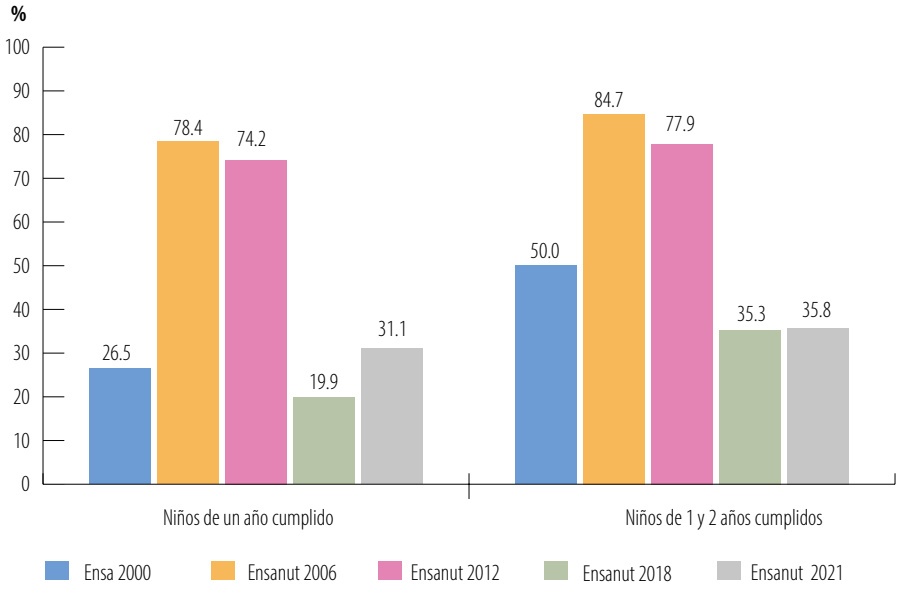
- *Comparación de las coberturas de vacunación del esquema de cuatro vacunas según versiones de Ensanut.*

Las coberturas de vacunación con el esquema de cuatro vacunas tanto en los niños de un año como en los niños hasta los dos años de edad alcanzaron el mayor nivel en el 2006 (78.4 y 84.7%, para uno y hasta los dos años de edad), y descienden rápidamente entre 2012 y 2018. Actualmente se mantienen en un tercio de la po-

blación con esquema de cuatro vacunas; no obstante, estas diferencias tan marcadas deben ser cuidadosamente interpretadas por cambios en los instrumentos y forma de análisis las dos últimas versiones de Ensanut (figura 4.1.2).

Figura 4.1.2

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación del esquema con cuatro vacunas* en niños de uno y dos años de edad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

- *Prevalencia estimada de vacunación según autorreporte:*

En los niños y niñas de un año de edad, la prevalencia estimada de vacunación por biológico según autorreporte varía entre 63.4% para pentavalente y 93.6% para SRP (cuadro 4.1.3).

En niños y niñas hasta los dos años de edad, la prevalencia estimada de vacunación por biológico según autorreporte difiere en más de 10 puntos porcentuales de las coberturas con SRP y antineumocócica documentadas mediante CNS, CNV o DP; en tanto con los demás biológicos (BCG, HB, PV o Pva y RV) la prevalencia de autorreporte es consistente con la cobertura documentada mediante CNS o CNV (cuadros 4.1.2 y 4.1.3).

Cuadro 4.1.3

Prevalencia estimada de vacunación según autorreporte de la madre o cuidador* en niños de uno y dos años de edad, por biológico y esquema de vacunación

Vacuna	Un año cumplido		Hasta dos años‡	
	N(miles)	%	N(miles)	%
BCG	877.0	91.6	2 028.7	93.4
Hepatitis B	609.2	63.6	1 388.5	64.0
Pentavalente	607.0	63.4	1 473.0	67.9
Neumocócica	682.9	71.3	1 634.7	75.3
Rotavirus	726.2	75.8	1 688.0	77.8
SRP	406.9	93.6	951.1	88.1
Esquema completo§	180.5	18.9	511.3	23.6
Esquema con cuatro vacunas#	213.2	22.3	569.2	26.2

*Incluye a quienes no mostraron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o Documento probatorio.
‡Incluye niños y niñas de 12 a 35 meses de edad.
§Incluye BCG (dosis única), Hepatitis B (3 dosis), Pentavalente (3 dosis), Anti-rotavirus (2 dosis) y Triple viral-SRP (1 dosis).
#Incluye BCG (dosis única), Hepatitis B (3 dosis), Pentavalente (3 dosis) y Triple viral-SRP (1 dosis).
BCG= vacuna bacilo Calmette-Guérin.
SRP= vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis.
N(miles)= Frecuencia expandida/1 000

Coberturas de vacunación en los niños y niñas de cinco y seis años de edad

Similar a lo encontrado en los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad, 45.9% de los padres o cuidadores de los niños y niñas de 5 a 6 años de edad pudieron documentar la vacunación mediante CNS, CNV o DP, seguido de 46% que pese a tener el documento no le fue posible mostrarlo al momento de la encuesta (cuadro 4.1.4).

Cuadro 4.1.4

Distribución de la población de 5 y 6 años de edad, según posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación*

Edad	Mostró		Tiene, pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No especifica		Total	
	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%
5	931.6	47.3	850.0	43.2	18.0	0.9	108.2	5.5	60.4	3.1	1 968.1	100.0
6	975.3	44.5	1 062.0	48.5	13.1	0.6	112.3	5.1	27.3	1.2	2 190.0	100.0
Total	**1 906.9**	**45.9**	**1 912.0**	**46.0**	**31.1**	**0.7**	**220.5**	**5.3**	**87.7**	**2.1**	**4 158.1**	**100.0**

*Algún documento probatorio de la vacunación
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

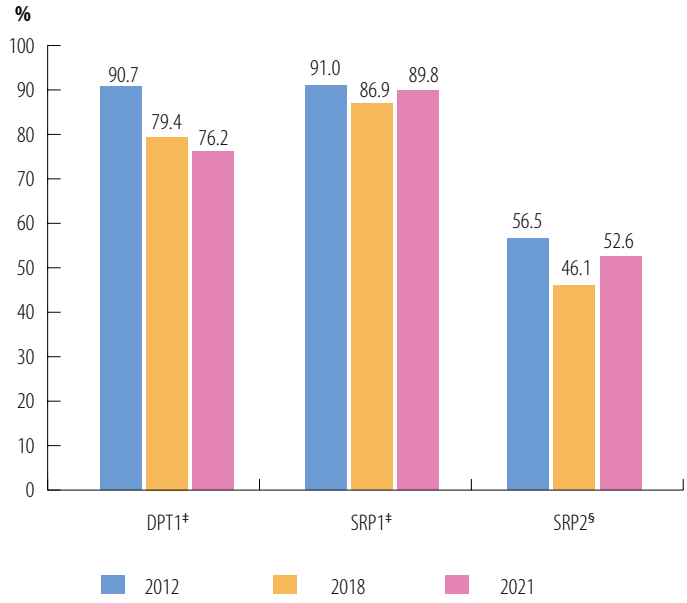
- *Por Biológico:*

En los niños y niñas de 5 a 6 años de edad las coberturas de vacunación con DPT y SRP primera y segunda dosis han disminuido, la reducción es mayor para la primera dosis de DPT (90.7% en el 2012 vs. 76.2% en el 2021). Se estima que la mitad de los niños acreditan refuerzo de SRP (figura 4.1.3).

Al comparar 2018 y 2021 hay variabilidad en las coberturas, pero no un comportamiento común para DPT y SRP.

Figura 4.1.3

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT y SRP en niños de 5 a 6 años y 11 meses de edad que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación*



*Incluye a quienes mostraron algún documento probatorio de la vacunación.
‡ Una dosis
§ Dos dosis
DPT: Vacuna Triple Bacteriana contra la difteria, la tos ferina y el tétanos
SRP: Vacuna Triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis
Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.2 Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención a niño sano y control de Desarrollo Infantil Temprano

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, la salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Adicionalmente es una condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.[6] Los primeros 1 000 días de vida, desde el embarazo hasta los dos años de edad, son un periodo crítico para lograr el óptimo desarrollo y mejorar las condiciones de salud a lo largo de la vida. Por lo anterior, es primordial promover la atención de las mujeres embarazadas y de las niñas(os) durante este periodo, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad de las niñas(os) menores de cinco años, así como mejorar la salud y nutrición materno-infantil.

La NOM-007 establece al menos cinco consultas prenatales y la suplementación con ácido fólico y micronutrientes desde los tres meses previos al embarazo y durante toda la gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda proporcionar hierro elemental y ácido fólico, para prevenir anemia, sepsis puerperal, parto prematuro y, en la persona recién nacida, bajo peso al nacer y defectos del tubo neural.[7] La evidencia más reciente sugiere, que si la suplementación con hierro y ácido fólico se otorga con otros micronutrientes múltiples, se pueden mejorar otros resultados de salud infantil, y reducir el riesgo de mortalidad neonatal.[8]

Se debe otorgar consejería sobre lactancia materna durante el embarazo, posparto y hasta 24 meses o más después del nacimiento, en al menos seis ocasiones de acuerdo con la OMS,[9] así como promover la ganancia adecuada de peso de la mujer durante el embarazo a través de una alimentación saludable y de la actividad física,[7] para evitar complicaciones en el parto y efectos negativos en la salud de la madre y la niña(o).[10]

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño[11] estipula las condiciones y periodicidad de la atención integrada a las niñas(os) menores de cinco años. En relación a la periodicidad la NOM establece que el neonato debe recibir dos consultas médicas en los primeros 28 días, la niña(o) menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses, mientras que las niñas(os) de uno a cuatro años deben recibir una consulta cada seis meses.[11] La atención para niñas(os) menores de cinco años considera la vigilancia de vacunación, atención del motivo de consulta, atención médica del niño sano (vigilancia de crecimiento y desarrollo en forma periódica) y vigilancia de la nutrición. Adicionalmente estipula que en las consultas de control de niño sano se debe incluir consejería sobre los siguientes temas: lactancia, la forma de acostar a la niña(o), nutrición, higiene oral, enfermedades en las niñas(os), prevención de accidentes, juego y actividad física, habilidades de la niña(o) de acuerdo con su edad, educación inicial, estimulación, lectura y depresión materna, entre otros. A la consulta del niño sano se debe in-

tegrar el diagnóstico de deficiencias de micronutrientes.[12] La OMS recomienda la suplementación de hierro y micronutrientes a partir de los seis meses de edad para prevenir, controlar y reducir la anemia y deficiencias de vitaminas y minerales.[7]

En relación a la medición del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), el lineamiento de operación 2020 del componente Desarrollo en la Infancia[13] estipula como objetivo general el promover el desarrollo integral de niñas(os) en las instituciones públicas, privadas y en la comunidad; además en uno de sus objetivos específicos se detalla la evaluación del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) mediante tamizaje para la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo y hacer referencia, así como tratamiento y rehabilitación de las niñas(os).

Para medir la atención a la salud materno-infantil se evalúo el inicio de la atención prenatal, el cumplimiento de por lo menos cinco consultas prenatales durante el embarazo y atención por personal del área médica durante el parto, la entrega de suplementos durante el embarazo o posparto, así como la consejería durante el embarazo. Además, se evalúo la asistencia a consultas del niño sano y atenciones prestadas durante la misma, entrega de suplementos, así como evaluación del desarrollo infantil temprano.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Control prenatal oportuno	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años con inicio de control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que iniciaron el control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años que tuvieron control prenatal
Control prenatal adecuado	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años con al menos cinco consultas prenatales y atención por personal del área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica)	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que tuvieron por lo menos cinco consultas prenatales y fueron atendidas por personal del área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica)	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años que recibieron atención prenatal independientemente del número de consultas prenatales y personal que otorgó las consultas
Atención del parto por personal del área médica	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años con atención del parto por personal de área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica)	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que recibieron atención por parte de personal del área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica) durante el parto	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años
Entrega de suplementos sólo con hierro durante el embarazo o posparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años que recibieron tabletas sólo con hierro durante el embarazo o posparto	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que reportaron recibir tabletas sólo con hierro por personal de salud durante el embarazo o posparto	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años
Entrega de suplementos con hierro y otros micronutrientes durante el embarazo o posparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años que recibieron tabletas de hierro y otras vitaminas/minerales durante el embarazo o posparto	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que reportaron recibir tabletas de hierro y otras vitaminas/minerales por personal de salud durante el embarazo o posparto	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años

Continúa/

/continuación

Entrega de suplementos con ácido fólico durante el embarazo o posparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas(os) menores de dos años que recibieron tabletas con ácido fólico durante el embarazo o posparto	Número de madres de niñas(os) menores de dos años que reportaron recibir tabletas con ácido fólico por personal de salud durante el embarazo o posparto	Número total de madres de niñas(os) menores de dos años
Asistencia a consulta del niño sano	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos una consulta de control de niño sano en su vida	Número de niñas(os) menores de cinco años con al menos una consulta de control del niño sano	Número total de niñas(os) menores de cinco años
Monitoreo de talla en niñas(os) menores de cinco años	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con monitoreo de talla	Número de niñas(os) con monitoreo de talla	Número de niñas(os) menores de cinco años
Monitoreo del peso en niñas(os) menores de cinco años	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con monitoreo de peso	Número de niñas(os) con monitoreo de peso	Número de niñas(os) menores de cinco años
Detección de anemia en niñas(os) 6 a 59 meses	Porcentaje de niñas(os) de 6 a 59 meses que tuvieron detección de anemia (prueba de hemoglobina en sangre)	Número de niñas(os) de 6 a 59 meses con detección de anemia (prueba de hemoglobina en sangre)	Número de niñas(os) de 6 a 59 meses
Entrega de suplementos con hierro y vitaminas a niñas(os) de 6 a 59 meses	Porcentaje de niñas(os) de 6 a 59 meses que recibieron tabletas o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número de niñas(os) de 6 a 59 meses que recibieron tabletas o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número total de niñas(os) de 6 a 59 meses
Evaluación de DIT en atención a la salud	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con al menos una evaluación de DIT, por ejemplo, la prueba EDI u otra prueba de evaluación de DIT	Número de niñas(os) menores de cinco años con al menos una evaluación de DIT	Número total de niñas(os) menores de cinco años
Resultado de la evaluación de DIT	Porcentaje de niñas(os) con al menos una evaluación de DIT y resultado conocido	Número de niñas(os) con al menos una evaluación de DIT y resultado conocido: Desarrollo adecuado (semáforo verde) Desarrollo no adecuado (semáforo amarillo) Problemas importantes de desarrollo (semáforo rojo)	Número total de niñas(os) menores de cinco años con resultado conocido

Para las estimaciones de control prenatal, consejería durante el embarazo y suplementación de madres se utilizó una muestra de 894 niñas(os) menores de dos años, mientras que, para detección de anemia y suplementación con hierro se consideraron 2 495 niñas(os) de 6 a 59 meses, que es el rango de edad recomendado. Para analizar los temas impartidos durante la consejería sobre lactancia materna se consideró la información de 1 995 mujeres con niñas(os) menores de cinco años que reportaron recibir este tipo de consejería. Además, para los indicadores de consulta del niño sano, monitoreo de talla y peso, así como evaluación del desarrollo infantil temprano se utilizó una muestra de 2 697 niñas(os) menores de cinco años.

Salud materna

El cuadro 4.2.1 presenta los indicadores de atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas(os) menores de dos años. El 63.5% de las madres de niñas(os) menores de dos años tuvieron un control prenatal oportuno, es decir iniciaron

control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación, mientras que 86.3% de estas mujeres reportaron un control prenatal adecuado considerando un mínimo de cinco consultas prenatales y atención por personal del área médica. Adicionalmente, 98.8% fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. Las madres de niñas(os) menores de dos años que viven en hogares con índice de bienestar bajo tienen menor prevalencia de control prenatal oportuno (51.1 vs. 76.1%) y atención del parto por personal de área médica (97.1 vs. 100.0%), que aquellas mujeres que viven en hogares con alto índice de bienestar. No se observan diferencias estadísticamente significativas por escolaridad materna o localidad de residencia para los indicadores de salud materna.

En la figura 4.2.1 presenta la consejería otorgada a las madres de niñas(os) menores de dos años ya sea en las consultas prenatales o durante la atención del parto. Las principales recomendaciones que recibieron estas mujeres fueron dar sólo leche materna a su bebé (90.6%), la toma de suplementos de hierro y ácido fólico (89.5%), uso de métodos de anticoncepción después del parto (89.2%), alimentación saludable en el embarazo y lactancia (88.7%) y le explicaron cómo darle de mamar a su bebé (83.3%). Mientras que las recomendaciones menos frecuentes fueron síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo (76.3%), no dar fórmula a su bebé (75.9%), hacer actividad física durante el embarazo (75.2%), y signos y síntomas de depresión o ansiedad posparto (64.2%).

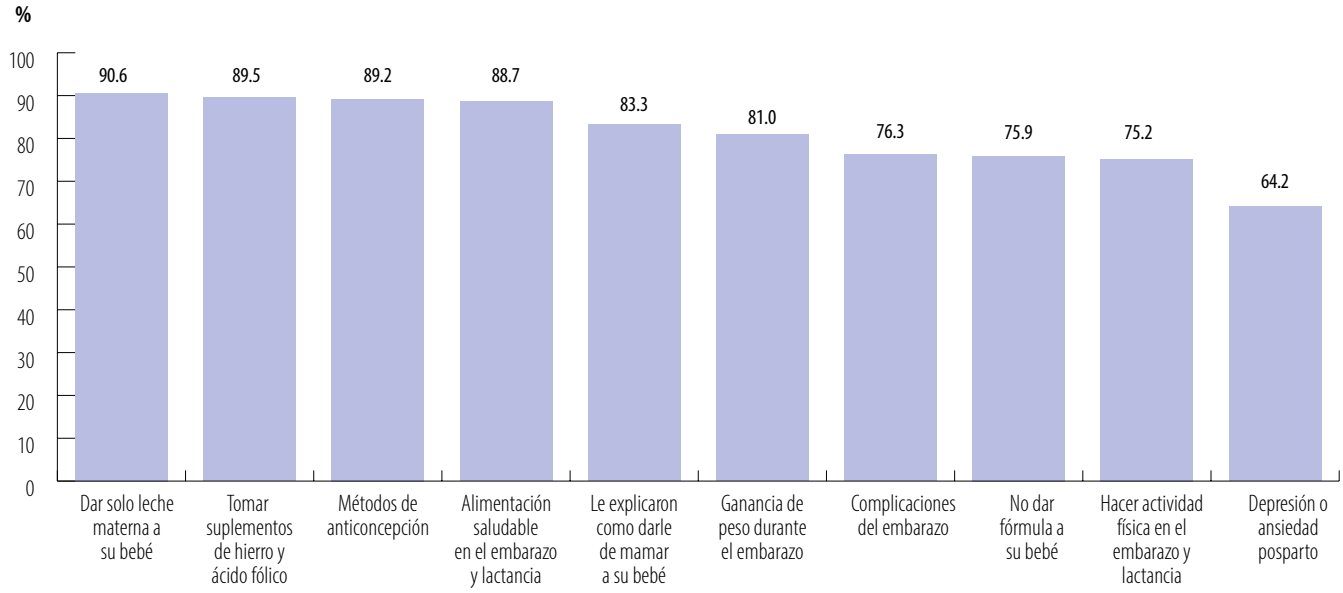
Cuadro 4.2.1
Atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas y niños menores de dos años

	Control prenatal oportuno			Control prenatal adecuado			Atención del parto por personal del área médica		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 100.7	63.5	59.5,67.4	2 873.8	86.3	83.4,88.7	3 291.8	98.8	97.4,99.5
Escolaridad materna									
Primaria o menos	300.7	54.0	44.6,63.1	467.5	82.8	74.7,88.8	548.3	97.1	92.4,99.0
Secundaria	775.3	59.8	53.7,65.7	1 101.3	84.6	79.5,88.6	1 291.8	99.2	97.7,99.8
Media superior	1 001.5	71.8	65.4,77.4	1 248.0	89.5	85.3,92.6	1 386.3	99.4	98.0,99.8
Localidad									
Rural	538.1	61.8	54.9,68.3	737.6	83.9	76.9,89.0	853.2	97.0	91.7,99.0
Urbano	1 562.6	64.2	59.2,68.8	2 136.2	87.2	84.0,89.7	2 438.7	99.5	98.4,99.8
Índice de bienestar									
Bajo	655.3	51.1	45.0,57.2	1 038.3	80.1	74.7,84.5	1 259.7	97.1	93.5,98.8
Medio	730.7	67.3	60.6,73.4	971.7	88.7	83.9,92.3	1 093.4	99.9	99.1,100.0
Alto	714.7	76.1	69.9,81.4	863.8	92.0	87.4,95.0	938.7	100.0	---

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.2.1

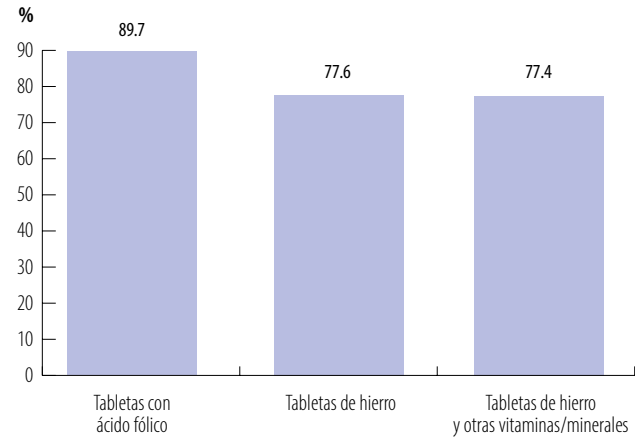
Consejería durante el embarazo o la atención del parto de mujeres con niñas y niños menores de dos años



El porcentaje de entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo o posparto se muestra en la figura 4.2.2. El 89.7% de las mujeres recibió tabletas con ácido fólico; 77.6%, tabletas sólo con hierro y 77.4%, tabletas con hierro y otras vitaminas/minerales.

Figura 4.2.2

Entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo y posparto por personal de salud



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Salud infantil

El cuadro 4.2.2 presenta la prevalencia de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos una consulta del niño sano. El 60.8% de las niñas(os) menores de cinco años han asistido por lo menos a una consulta del niño sano en su vida. El cuadro 4.2.3 presenta la prevalencia de por lo menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano en niñas(os) menores de cinco años y 28.1% de las niñas(os) cuentan con al menos una evaluación de DIT. Para aquellas niñas(os) con al menos una evaluación, y cuyas madres reportan conocer el resultado de la última evaluación, 97.7% de las niñas(os) recibió un resultado de desarrollo adecuado (semáforo verde), 1.3% recibió un resultado de desarrollo no adecuado (semáforo amarillo) y 1.0% recibió un resultado de problemas importantes del desarrollo (semáforo rojo). Las niñas(os) menores de cinco años y residentes de hogares con índice de bienestar bajo (21.5%) presentan una menor prevalencia de evaluación de DIT en comparación con las niñas(os) residentes de hogares con alto índice de bienestar (35.3%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, escolaridad materna o localidad de residencia para los indicadores de asistencia a consulta del niño sano, evaluación de DIT o resultado de la evaluación de DIT.

Cuadro 4.2.2

Prevalencia de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos una consulta del niño sano

	Por lo menos una consulta del niño sano		
	Expansión		
	N(miles)	%	IC95%
Nacional	6 209.7	60.8	58.2,63.4
Sexo			
Hombre	3 231.8	62.6	59.0,66.1
Mujer	2 977.8	58.9	55.4,62.4
Edad			
0-11 meses	969.8	67.8	61.8,73.2
12 a 59 meses	5 239.8	59.7	56.8,62.5
Escolaridad materna			
Primaria o menos	1 161.2	55.3	49.8,60.8
Secundaria	2 125.2	60.0	56.0,63.8
Media superior	2 839.7	65.0	60.4,69.3
Localidad			
Rural	1 636.6	62.4	57.2,67.3
Urbano	4 573.0	60.3	57.2,63.2
Índice de bienestar			
Bajo	2 306.8	60.7	56.8,64.3
Medio	1 882.8	58.4	54.2,62.6
Alto	2 020.0	63.4	57.9,68.5

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 4.2.3

Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niñas(os) menores de cinco años

	Semáforo											
	Evaluación de DIT			Verde			Amarillo			Rojo		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 874.7	28.1	25.6,30.8	1 926.8	97.7	95.6,98.8	25.6	1.3	0.5,3.3	20.3	1.0	0.4,2.4
Sexo												
Hombre	1 488.7	28.8	25.6,32.3	1 015.6	97.4	93.6,99.0	17.2	1.7	0.5,5.6	9.7	0.9	0.2,3.5
Mujer	1 386.0	27.4	24.1,31.0	911.3	98.0	95.2,99.1	8.4	0.9	0.2,3.4	10.5	1.1	0.4,3.4
Edad												
0-11 meses	338.9	23.7	19.1,28.9	(164.3)	100.0	---	---	---	---	---	---	---
12 a 59 meses	2 535.8	28.9	26.1,31.8	1 762.5	97.5	95.3,98.7	25.6	1.4	0.6,3.6	20.3	1.1	0.5,2.6
Escolaridad materna												
Primaria o menos	526.6	25.1	19.8,31.2	323.8	96.6	83.8,99.3	9.4	2.8	0.4,17.6	2.1	0.6	0.1,4.4
Secundaria	930.4	26.3	23.0,29.8	593.3	96.9	92.6,98.7	2.5	0.4	0.1,1.7	16.5	2.7	1.0,7.1
Media superior	1 355.0	31.0	26.6,35.8	963.9	98.4	95.9,99.4	13.6	1.4	0.5,4.0	1.7	0.2	0.0,1.2
Localidad												
Rural	614.4	23.4	18.9,28.6	415.2	99.0	96.6,99.7	1.1	0.3	0.0,1.9	3.1	0.7	0.2,3.3
Urbano	2 260.3	29.8	26.8,32.9	1 511.6	97.3	94.7,98.7	24.5	1.6	0.6,4.1	17.2	1.1	0.4,2.9
Índice de bienestar												
Bajo	816.5	21.5	18.2,25.1	483.0	98.0	93.0,99.4	6.2	1.3	0.2,6.4	3.7	0.8	0.1,5.2
Medio	931.4	28.9	25.4,32.8	646.8	97.1	91.3,99.1	10.9	1.6	0.3,8.6	8.6	1.3	0.3,5.2
Alto	1 126.8	35.3	30.1,40.9	797.0	98.0	95.2,99.2	8.5	1.0	0.3,3.6	8.0	1.0	0.3,3.4

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el cuadro 4.2.4 se muestra que la gran mayoría de las niñas(os) menores de cinco años que asistieron a consulta del niño sano fueron pesados (92.3%) y medidos (91.5%), mientras que entre niñas(os) menores de un año sólo 84.4% recibieron monitoreo de talla y 86.3% monitoreo de peso. De las niñas(os) de 6 a 59 meses, sólo a 39.1% se les realizó una prueba para detección de anemia, mientras que 62.2% recibieron tabletas o gotas de hierro con vitaminas, y este porcentaje es menor entre niñas(os) entre 0 y 11 meses (56.4%) (cuadro 4.2.4). La figura 4.2.3 presenta el porcentaje de madres con niñas(os) menores de cinco años que recibieron consejería en la consulta del niño sano sobre la lactancia materna (74.0%), la forma de acostar a la niña(o) (71.3%), nutrición (69.8%), higiene oral (64.5%), enfermedades en las niñas(os) (64.3%), juego y actividad física (64.2%), habilidades de la niña(o) de acuerdo con la edad (63.3%), estimulación (63.1%) y prevención de accidentes (60.7%). Adicionalmente los temas menos trabajados en la consejería de la consulta del niño

Cuadro 4.2.4

Porcentaje de monitoreo de talla, ganancia de peso, detección de anemia y entrega de suplementos a niñas(os) menores de cinco años

	Monitoreo de talla			Monitoreo del peso			Detección de anemia*			Entrega de suplementos con hierro*		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	9 344.2	91.5	89.9,92.8	9428.0	92.3	90.7,93.6	3 714.9	39.1	36.5,41.7	5 908.3	62.2	59.6,64.7
Sexo												
Hombre	4 757.7	92.2	90.2,93.8	4798.3	92.9	91.0,94.5	2 033.2	42.0	38.5,45.6	3 096.9	64.1	60.5,67.4
Mujer	4 586.5	90.8	88.5,92.6	4629.7	91.6	89.4,93.4	1681.7	36.0	32.7,39.5	2 811.4	60.3	56.8,63.6
Edad												
0-11 meses	1 210.1	84.4	79.3,88.5	1236.7	86.3	81.6,89.9	303.7	42.2	33.7,51.2	405.7	56.4	48.7,63.8
12 a 59 meses	8 134.1	92.6	91.1,93.9	8191.3	93.3	91.7,94.6	3 411.2	38.8	36.2,41.6	5 502.6	62.7	60.0,65.2
Escolaridad materna												
Primaria o menos	1 474.2	87.5	83.3,90.8	1 485.9	88.2	83.8,91.6	618.5	39.6	33.4,46.1	892.4	57.2	50.6,63.5
Secundaria	3 182.1	92.8	90.5,94.6	3 215.2	93.8	91.6,95.4	1 282.0	40.7	36.4,45.2	1 990.3	63.2	59.3,66.9
Media superior	4 687.9	91.9	89.5,93.8	4 726.9	92.7	90.2,94.5	1 814.4	37.9	34.1,41.8	3 025.5	63.2	59.4,66.8
Localidad												
Rural	2 415.1	92.0	89.1,94.2	2 434.7	92.8	90.0,94.8	923.7	37.9	33.2,42.9	1 485.1	60.9	56.1,65.6
Urbano	6 929.1	91.3	89.5,92.8	6 993.3	92.1	90.2,93.7	2 791.2	39.5	36.5,42.6	4 423.2	62.6	59.6,65.6
Índice de bienestar												
Bajo	3 454.9	90.8	88.4,92.8	3 465.8	91.1	88.7,93.1	1 221.2	34.8	31.1,38.7	2 082.3	59.3	55.4,63.1
Medio	2 965.2	92.0	89.5,94.0	3 000.8	93.1	90.7,94.9	1 178.3	39.4	35.4,43.6	1 824.7	61.1	56.6,65.4
Alto	2 924.1	91.7	88.2,94.2	2 961.4	92.9	88.9,95.5	1 315.3	43.8	38.7,48.9	2 001.3	66.6	61.4,71.4

*Estimaciones en niñas(os) de 6 a 59 meses de edad
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

sano fueron desnutrición, retraso del crecimiento y anemia (57.9%), sobrepeso o ganancia acelerada de peso (56.1%), asistencia a educación inicial (53.7%), lectura (53.3%) y depresión materna (50.1%).

Las mujeres con niñas(os) menores de cinco años que recibieron consejería sobre lactancia en la consulta del niño sano, en otra consulta, en un taller o plática comunitaria reportan que el personal de salud les habló del tema y les explicó como amamantar 3.8 veces en promedio desde que nació su bebé. En la figura 4.2.4 se presenta la información que el personal de salud les ha dado sobre lactancia materna y alimentación complementaria durante la consejería. El 93.1% de las mujeres refiere que le preguntaron si estaba amamantando y a 88.0% le explicaron cómo amamantar, a 85.6% le explicaron hasta qué edad amamantar al niño(a) además de dar otros alimentos y a 84.7% le explicaron por cuánto tiempo dar sólo pecho. Sólo a 70.7% le resolvieron una duda o problema de lactancia y a 62.4% le explicaron cómo dar suplementos de vitaminas y minerales a su niña(o).

Figura 4.2.3

Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niñas(os) menores de cinco años

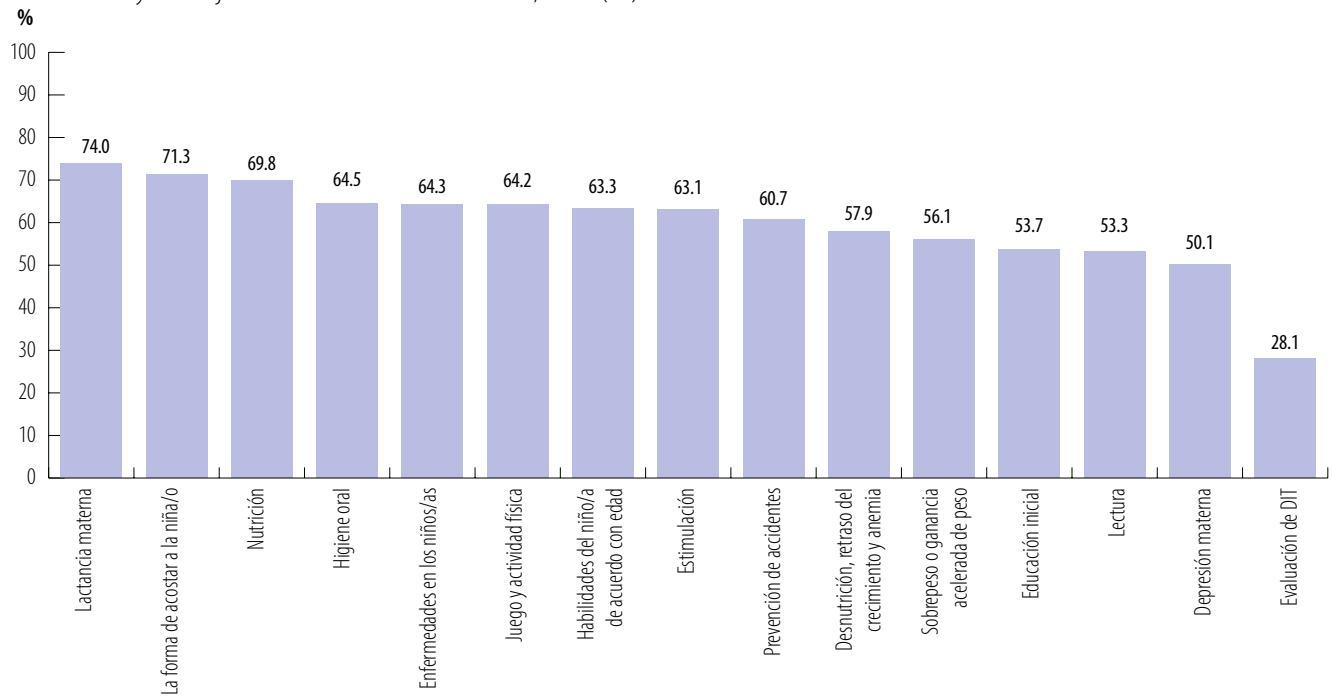
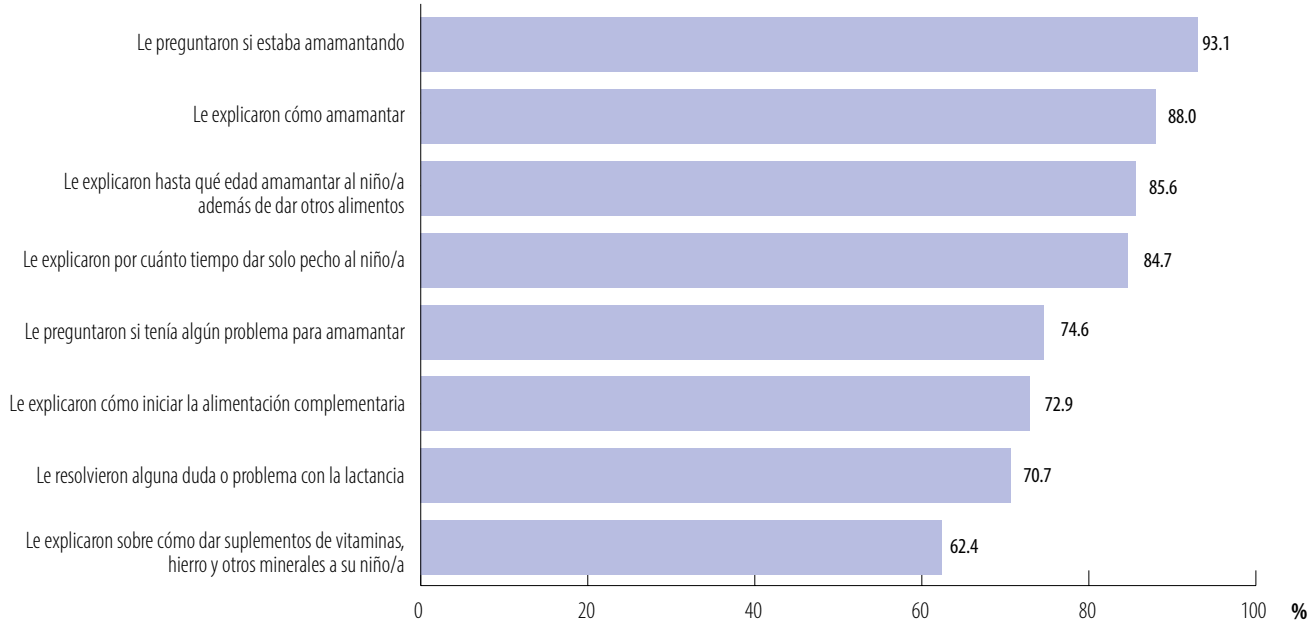


Figura 4.2.4

Información sobre lactancia materna y alimentación complementaria a mujeres con niñas(os) menores de cinco años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.3 Educación

La asistencia de niñas(os) a programas educativos durante la primera infancia puede mejorar la preparación para la escuela primaria. La principal característica de estos programas educativos para la infancia es la inclusión de componentes de aprendizaje organizados. En México, existen dos niveles educativos orientados a la primera infancia: la educación inicial, que atiende a niñas(os) de 43 o 45 días a 35 meses y la educación preescolar que atiende a niñas(os) de 36 a 59 meses.

Desde la reforma educativa de 2019, la educación inicial es obligatoria ya que es un derecho de la niñez y se establece que el Estado la impartirá y garantizará como parte de la educación básica. La educación inicial se imparte en tres modalidades: escolarizada, semiescolarizada y no escolarizada.[14] El propósito de la educación inicial es facilitar el desarrollo cognitivo, físico, afectivo y social de las niñas(os); adicionalmente, se brinda orientación a las madres y padres de familia o a los cuidadores como guía en la educación de las niñas(os).[15] El modelo que rige la educación inicial es el modelo de atención con enfoque integral para la educación inicial y cuenta con distintas modalidades de acuerdo con el contexto donde habitan las niñas(os); las principales modalidades son institucionales y comunitarias.[16]

En México, desde 2002, la educación preescolar es obligatoria y forma parte de la educación básica que atiende a niñas(os) de tres, cuatro y cinco años; principalmente se ofrece en las modalidades general (jardines de niños), indígena (currículum intercultural bilingüe) y comunitaria (localidades rurales con menos de 500 habitantes). A nivel nacional, el programa de estudios se basa en competencias que las niñas(os) deben desarrollar y se organiza en seis campos formativos: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, desarrollo físico y salud, desarrollo personal y social, así como expresión y apreciación artística.[17]

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Asistencia a programas de cuidado o educación inicial	Porcentaje de niñas(os) de 0 a 35 meses que asisten a programas de cuidado o educación para la primera infancia	Número de niñas(os) de 0 a 35 meses que asisten a programas de cuidado o educación para la primera infancia	Número total de niñas(os) de 0 a 35 meses
Asistencia a preescolar	Porcentaje de niñas(os) de 36 a 59 meses que asisten a preescolar	Número de niñas(os) de 36 a 59 meses que asisten a preescolar	Número total de niñas(os) de 36 a 59 meses

Adicionalmente, se presentan gráficas de barras que ilustran la prevalencia de las razones de no asistencia a programas de cuidado o educación para la primera infancia y preescolar. Para las estimaciones de asistencia a programas de cuidado o educación inicial se consideró una muestra de 1 471 niñas(os) de 0 a 35 meses, mientras que para las estimaciones de asistencia a preescolar se utilizó una muestra de 1 226 niñas(os) de 36 a 59 meses.

A nivel nacional, 6.2% de las niñas(os) de 0 a 35 meses asiste a algún programa de cuidado o educación inicial, aunque de acuerdo con el índice de bienestar, se aprecian diferencias significativas, mientras 11.6% de los(as) niñas(os) de nivel alto asiste a estos programas, sólo 4.0% de las niñas(os) de nivel bajo lo hacen. En cuanto a la asistencia a educación preescolar, el 53.3% de las niñas(os) de 36 a 59 meses lo hace (cuadro 4.3.1). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, escolaridad materna o localidad de residencia para ambos indicadores.

Cuadro 4.3.1

Asistencia de niñas(os) menores de cinco años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia

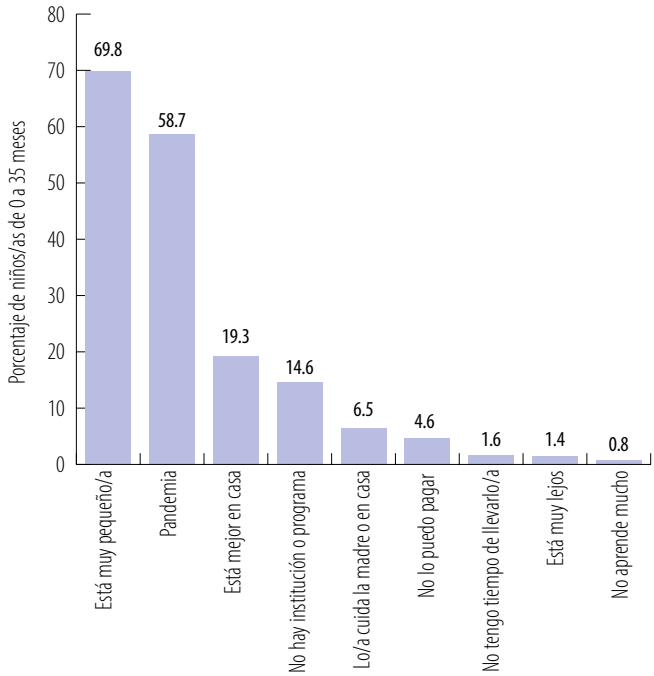
	Asistencia a programas de cuidado o educación inicial, niños(as) de 0 a 35 meses			Asistencia a preescolar, niños(as) de 36 a 59 meses		
	Expansión			Expansión		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Nacional	347.5	6.2	4.8,8.0	2 464.9	53.3	49.2,57.3
Sexo						
Hombre	190.7	6.7	4.7,9.4	1 226.3	52.9	47.5,58.2
Mujer	156.9	5.7	3.9,8.4	1 238.6	53.7	48.0,59.2
Escolaridad materna						
Primaria o menos	44.5	4.3	2.3,7.7	471.8	44.8	37.2,52.7
Secundaria	78.0	3.9	2.4,6.3	839.2	54.4	49.0,59.7
Media superior	218.1	8.9	6.2,12.6	1 092.9	56.8	50.4,63.0
Localidad						
Rural	99.2	7.0	5.0,9.8	649.6	53.6	45.2,61.8
Urbano	248.4	6.0	4.2,8.3	1 815.3	53.2	48.6,57.7
Índice de bienestar						
Bajo	83.9	4.0	2.6,5.9	841.3	49.7	43.0,56.5
Medio	60.9	3.5	2.3,5.4	825.1	55.4	49.4,61.2
Alto	202.7	11.6	7.8,17.0	7 98.6	55.2	47.7,62.5

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 4.3.1 presenta las principales razones por las que las niñas(os) de 0 a 35 meses no acuden a algún programa de cuidado o educación inicial. Las principales razones de no asistencia son: está muy pequeña(o) para asistir (69.8%), por la pandemia (58.7%) y está mejor en casa (19.3%). Las principales razones por las que las niñas(os) de 36 a 59 meses no asisten a preescolar se presentan en la figura 4.3.2, la cual muestra que las principales razones son: está muy pequeña(o) para asistir (64.4%), por la pandemia (60.3%) y pronto asistirá (13.3%).

Figura 4.3.1

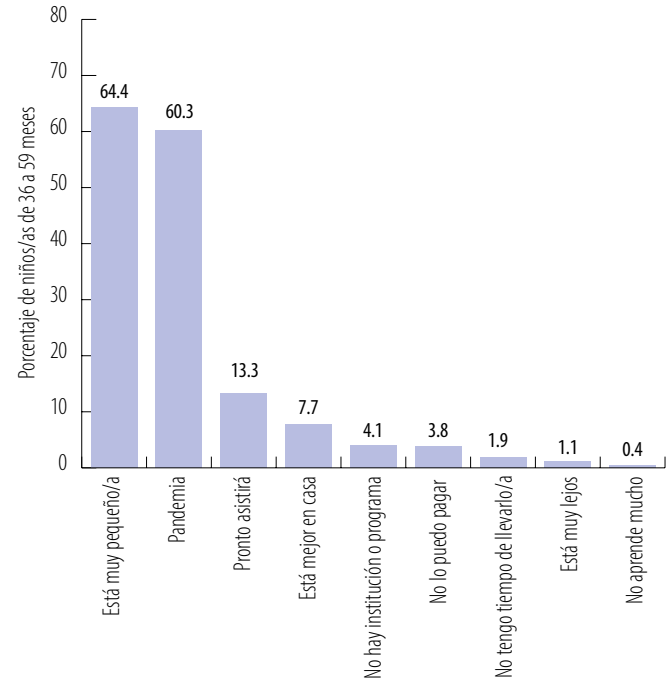
Razones por las que niñas(os) de 0 a 35 meses no asisten a servicios de cuidado/educación inicial



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.3.2.

Razones por las que niñas(os) de 36 a 59 meses no asisten a preescolar



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.4 Desarrollo infantil temprano

El Desarrollo Infantil Temprano es el proceso ordenado y predecible a lo largo del cual una niña(o) aprende a manejar niveles más complejos de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás. Los dominios vitales para el desarrollo general de las niñas(os) son el crecimiento físico, las habilidades de alfabetización y conocimientos numéricos, el desarrollo socioemocional y la disposición de aprender.[18] Dada la importancia del tema se incluyó en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), en específico el indicador 4.2.1, que estípula la medición del porcentaje de niñas(os) menores de cinco años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.[19]

Para la medición del indicador 4.2.1 de los ODS se usa el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI 2030). Para calcular el ECDI 2030, se utilizó un

módulo de 20 preguntas desarrollado y validado por Unicef, en donde madres o cuidadores principales informan sobre el comportamiento, habilidades y conocimientos de sus hijas(os). El ECDI 2030 mide el porcentaje de niñas(os) de 24 a 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.[20]

Para la estimación del indicador se dicotomizan las preguntas del ECDI 2030 de acuerdo con los comportamientos, habilidades y conocimientos esperados de las niñas(os). Después se suman las respuestas recodificadas de tal manera que el mínimo del ECDI 2030 es "0" y el máximo es "20". Posteriormente, se determina si el desarrollo es adecuado, comparando el puntaje obtenido con el punto de corte definido para la edad de la niña(o). El desarrollo es adecuado cuando el puntaje obtenido es igual o mayor al punto de corte correspondiente a la edad de la niña(o). Los puntos de corte se muestran a continuación:

- Niñas(os) de 24 a 29 meses el punto de corte es 7 de los 20 puntos posibles
- Niñas(os) de 30 a 35 meses el punto de corte es 9 de los 20 puntos posibles
- Niñas(os) de 36 a 41 meses el punto de corte es 11 de los 20 puntos posibles
- Niñas(os) de 42 a 47 meses el punto de corte es 13 de los 20 puntos posibles
- Niñas(os) de 48 a 59 meses el punto de corte es 15 de los 20 puntos posibles

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI 2030)	Porcentaje de niñas(os) de 24 a 59 meses con desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.	Número de niñas(os) de 24 a 59 meses con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial de acuerdo con los puntos de corte para la edad.	Número total de niñas(os) de 24 a 59 meses

Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña(o) tiene un Desarrollo Infantil Temprano adecuado en alguno de los tres dominios evaluados por separado, ya que el instrumento no fue diseñado para ser utilizado a nivel individual o con fines diagnósticos.[20] Para las estimaciones del porcentaje de niñas(os) con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial se contó con una muestra de 1 803 niñas(os) de 24 a 59 meses.

En el cuadro 4.4.1 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano de niñas(os) de 24 a 59 meses. A nivel nacional, 81.5% de las niñas(os) tiene un desarrollo adecuado; este porcentaje es significativamente mayor en mujeres (85.0%) comparado con hombres (78.1%). Asimismo, se observan diferencias entre regiones, las niñas(os) residentes de la región Pacífico-Norte presentan el mayor porcentaje de niñas(os) con desarrollo adecuado (87.1%), mientras que los residentes de la región Península el menor porcentaje (73.8%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por edad y asistencia a programas de educación inicial o preescolar, así como por escolaridad materna, localidad de residencia o índice de bienestar.

Cuadro 4.4.1

Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI 2030) en niñas(os) de 24 a 59 meses

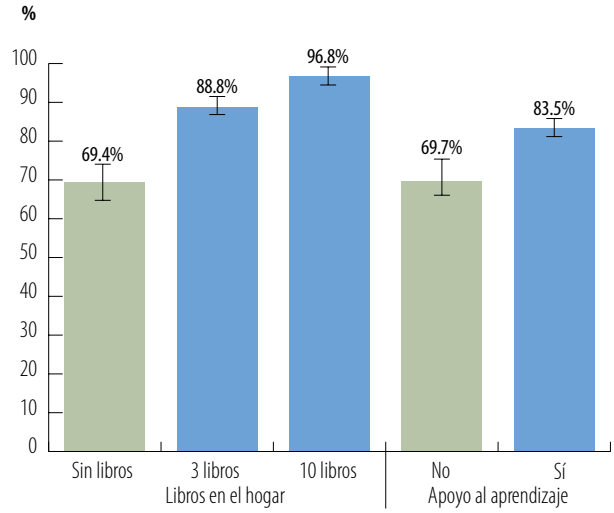
	Índice de Desarrollo Infantil Temprano		
	Expansión		
	N(miles)	%	IC95%
Nacional	5 610.7	81.5	79.1,83.7
Sexo			
Hombre	2 717.6	78.1	74.4,81.4
Mujer	2 893.1	85.0	81.6,87.8
Edad			
24-35 meses	1 840.7	81.6	77.6,85.0
36-47 meses	1 849.3	82.8	78.8,86.1
48-59 meses	1 920.7	80.3	75.3,84.5
Asistencia a educación temprana			
No asiste	3 343.8	79.7	76.5,82.6
Asiste	2 266.9	84.3	80.0,87.8
Escolaridad materna			
Primaria o menos	1 248.9	81.4	76.2,85.7
Secundaria	1 777.9	79.3	75.6,82.6
Media superior	2 481.1	83.4	79.1,86.9
Localidad			
Rural	1 376.7	78.9	74.6,82.7
Urbano	4 234.0	82.4	79.5,85.0
Región			
Pacífico-Norte	483.4	87.1	81.1,91.4
Frontera	677.3	76.5	67.3,83.7
Pacífico-Centro	718.0	86.1	77.1,92.0
Centro-Norte	777.1	83.7	79.2,87.4
Centro	521.9	79.8	67.1,88.5
CDMX	299.4	83.8	75.0,90.0
Estado de México	680.0	82.0	74.7,87.5
Pacífico-Sur	844.7	83.3	78.4,87.3
Península	608.7	73.8	67.6,79.2
Índice de bienestar			
Bajo	1 963.7	78.3	74.6,81.7
Medio	1 712.2	80.5	76.1,84.3
Alto	1 934.7	86.0	81.1,89.8

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 4.4.1 presenta el índice de desarrollo infantil temprano de acuerdo con algunas características de cuidado familiar. Se observa que un mayor porcentaje de niñas(os) que cuentan con libros infantiles tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, comparado con aquellas(os) que no tienen libros infantiles. De igual forma, se observa una mayor proporción de niñas(os) con desarrollo adecuado entre aquellos que cuentan con apoyo al aprendizaje, comparado con los que no lo tienen.

Figura 4.4.1

Índice de Desarrollo Infantil Temprano de acuerdo con algunas características de cuidado familiar



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.5 Calidad del contexto

Durante la primera infancia el cerebro se desarrolla rápidamente, por lo que la exposición a contextos e interacciones de calidad constituye uno de los principales determinantes del desarrollo de la niña(o).[21,22] Adicionalmente, las prácticas de crianza, que forman parte de la calidad del contexto, incluyen el manejo del comportamiento de las niñas(os) y el uso de distintos métodos de disciplina, como métodos no violentos y violentos. Los primeros incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas(os) y adultos, mientras que los métodos de disciplina violentos incluyen estrategias punitivas basadas en el castigo físico y la intimidación verbal.

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas(os) a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.[23-25] La meta 16.2 del Objetivo del Desarrollo Sostenible 16 establece como uno de sus indicadores de monitoreo a la proporción de niñas(os) entre 1 y 17 años que ha experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. Por otra parte, se ha comprobado que dejar a las niñas(os) solos o en presencia de otras niñas(os) pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.[26]

Algunos indicadores importantes de la calidad del contexto en el hogar son la presencia de libros infantiles en el hogar, la participación de los adultos en el hogar en actividades de estimulación y aprendizaje con la niña(o), así como el acceso a y el tipo de juguetes disponibles en el hogar. Además, en la Ensanut 2021 sobre Covid-19, a nivel nacional se midió la exposición a métodos violentos de disciplina para la población de 1 a 4 años y se utilizó el Módulo de Disciplina de las encuestas MICS de Unicef, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disciplina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. También se incluyeron en el cuestionario de niños de 0 a 9 años dos preguntas para identificar si las niñas(os) menores de cinco años fueron dejados solos en el hogar o al cuidado de otras niñas(os) menores de 10 años en la semana previa a la entrevista. Todas las preguntas se aplicaron a las madres de las niñas(os), o cuidadoras principales cuando la madre no formaba parte del hogar.

Para la construcción de los indicadores relacionados con estos aspectos se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Apoyo al aprendizaje*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades‡ o más	Número de niñas(os) menores de cinco años con los que algún adulto del hogar participó en cuatro actividades o más	Número de niñas(os) menores de cinco años
Número de actividades*	Promedio de actividades que realizaron las niñas(os) menores de cinco años con al menos un miembro adulto del hogar	Media de actividades que realizaron las niñas(os) menores de cinco años con al menos un miembro adulto del hogar	
Porcentaje de niñas(os) con tres libros*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos tres libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos tres libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años
Porcentaje de niños(as) con 10 libros*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años
Porcentaje de niños(as) sin libros*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años sin libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años sin libros infantiles en el hogar	Número de niñas(os) menores de cinco años
Disciplina no violenta*	Porcentaje de niñas(os) de 1 a 4 años que experimentaron solamente métodos no violentos de disciplina	Número de niñas(os) de 1 a 4 años que experimentaron solamente métodos no violentos de disciplina en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas(os) de 1 a 4 años

Continúa/

/continuación

Agresión psicológica*	Porcentaje de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron agresión psicológica	Número de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron agresión psicológica en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas(os) de 1 a 4 años
Cualquier castigo físico*	Porcentaje de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico	Número de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas(os) de 1 a 4 años
Castigo físico severo*	Porcentaje de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico severo	Número de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico severo en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas(os) de 1 a 4 años
Cualquier método de disciplina violenta*	Porcentaje de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron cualquier método de disciplina violenta	Número de niñas(os) de 1 a 4 años que sufrieron cualquier método de disciplina violenta en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas(os) de 1 a 4 años
Niñas(os) solos*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años que fueron dejados solas(os)	Número de niñas(os) menores de cinco años que fueron dejados solas(os) la semana anterior.	Número de niñas(os) menores de cinco años
Niñas(os) al cuidado de otro menor*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años dejados al cuidado de otra niña(o)	Número de niñas(os) menores de cinco años dejados al cuidado de otra niña(o) menor de 10 años la semana anterior.	Número de niñas(os) menores de cinco años
Cuidado inadecuado*	Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con cuidado inadecuado	Número de niñas(os) menores de cinco años que fueron dejados solas(os) y/o al cuidado de otra niña(o) menor de 10 años la semana anterior	Número de niñas(os) menores de cinco años

*Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, acrónimo en inglés)
‡Las actividades son: leyó libros o miró los dibujos de un libro con la niña(o); contó cuentos o historias; le cantó canciones o cantó canciones con la niña(o); llevó a la niña(o) a pasear fuera del hogar (más allá del jardín, patio o solar); jugó con la niña(o); jugó a nombrar objetos o colores; a contar objetos o a decir los números.

Adicionalmente, se presentan gráficas de barras sobre la participación de las madres y padres en actividades de estimulación y aprendizaje con la niña(o), el tipo de juguetes que usa la niña(o), promedio de tipos de juguetes con los que juegan las niñas(os) de acuerdo con el grupo de edad, la exposición a prácticas de crianza violenta, así como la exposición a métodos de disciplina de acuerdo con la edad. Para las estimaciones de exposición a métodos de disciplina se utilizó una muestra de 2 286 niñas(os) de 1 a 4 años, mientras que para las estimaciones del resto de indicadores se usó una muestra de 2 697 niñas(os) de 0 a 4 años.

El cuadro 4.5.1. presenta las actividades de estimulación y los materiales de aprendizaje disponibles, para niñas(os) menores de cinco años. El 80.8% de las niñas(os) menores de cinco años participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje. En promedio, algún adulto miembro del hogar realizó 6.6 actividades de estimulación con la niña(o) menor de cinco años. Se identificó diferencia de acuerdo con la región de residencia tanto en apoyo al aprendizaje (Frontera 93.8% vs. Pacífico-Sur 68.1%), como en el promedio de actividades de estimulación (Frontera 8.0 vs. Pacífico-Sur 5.2). La figura 4.5.1 presenta la participación de las madres y padres en actividades de estimulación y aprendizaje con la

Cuadro 4.5.1

Actividades de estimulación y materiales de aprendizaje en niñas(os) menores de cinco años

	Niñas(os) menores de cinco años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más			Promedio de actividades que realizaron los niños(as) menores de cinco años con al menos un miembro adulto del hogar		Niños(as) menores de cinco años con por lo menos tres libros infantiles en el hogar			Niños(as) menores de cinco años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar			Niños(as) menores de cinco años, sin libros infantiles en el hogar		
	Expansión			Expansión		Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	Media	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	8 254.5	80.8	78.8,82.7	6.6	6.37,6.77	3 576.7	35.0	32.6,37.6	941.7	9.2	7.8,10.9	3 864.0	37.8	35.1,40.6
Sexo														
Hombre	4 197.2	81.3	78.6,83.7	6.7	6.39,6.95	1 776.3	34.4	31.0,38.0	461.7	8.9	6.8,11.6	1 951.6	37.8	34.4,41.3
Mujer	4 057.4	80.3	77.3,83.0	6.5	6.21,6.73	1 800.4	35.6	32.0,39.4	479.9	9.5	7.5,12.0	1 912.3	37.9	34.1,41.7
Edad														
0-35 meses	4 239.0	75.9	73.1,78.5	6.1	5.84,6.34	1 345.4	24.1	21.0,27.5	337.9	6.0	4.3,8.4	2 981.6	53.4	49.7,57.0
36-47 meses	1 908.9	85.4	81.6,88.6	7.1	6.70,7.43	955.6	42.8	37.9,47.7	256.9	11.5	8.7,15.0	540.4	24.2	20.2,28.7
48-59 meses	2 106.6	88.1	84.9,90.6	7.2	6.80,7.63	1 275.7	53.3	48.5,58.1	346.8	14.5	11.0,19.0	342.0	14.3	11.4,17.8
Escolaridad materna														
Primaria o menos	1 433.4	68.3	62.4,73.7	5.7	5.22,6.14	528.0	25.2	20.6,30.4	139.5	6.6	4.1,10.6	906.3	43.2	37.4,49.2
Secundaria	2 855.5	80.6	77.5,83.3	6.3	6.01,6.55	944.1	26.6	23.5,30.1	134.1	3.8	2.6,5.5	1 520.7	42.9	39.0,46.9
Media superior	3 812.9	87.2	84.5,89.5	7.3	6.94,7.59	2 061.3	47.2	42.7,51.7	660.6	15.1	12.1,18.7	1 351.5	30.9	26.9,35.3
Localidad														
Rural	1 926.5	73.4	68.8,77.6	5.8	5.41,6.13	528.6	20.1	16.8,24.0	120.6	4.6	3.1,6.9	1 252.9	47.7	42.0,53.5
Urbano	6 328.0	83.4	81.2,85.4	6.8	6.61,7.08	3 048.1	40.2	37.1,43.3	821.1	10.8	9.0,13.0	2 611.1	34.4	31.4,37.5
Región														
Pacífico-Norte	771.3	85.5	80.7,89.3	7.0	6.50,7.47	242.3	26.9	21.8,32.6	29.6	3.3	1.7,6.3	378.1	41.9	34.7,49.6
Frontera	1 236.9	93.8	89.5,96.4	8.0	7.51,8.54	481.8	36.5	29.9,43.8	100.4	7.6	4.0,13.9	458.4	34.8	26.7,43.8
Pacífico-Centro	971.3	82.9	75.3,88.5	7.0	6.07,7.87	461.7	39.4	30.3,49.3	164.8	14.1	9.1,21.2	395.3	33.7	24.3,44.7
Centro-Norte	1 130.0	79.3	75.2,82.9	6.6	6.18,7.04	486.5	34.1	29.5,39.2	119.7	8.4	5.5,12.5	550.2	38.6	34.2,43.2
Centro	809.2	83.9	76.9,89.1	7.1	6.38,7.76	433.2	44.9	34.8,55.4	86.9	9.0	4.6,16.8	333.9	34.6	22.7,48.8
CDMX	407.1	83.4	76.0,88.9	6.9	6.26,7.49	311.3	63.8	53.1,73.3	100.7	20.6	15.0,27.7	100.5	20.6	13.3,30.6
Estado de México	1 106.7	85.3	79.6,89.6	6.6	6.10,7.18	554.4	42.7	35.4,50.4	233.2	18.0	12.8,24.7	405.4	31.2	24.8,38.5
Pacífico-Sur	982.0	68.1	60.7,74.6	5.2	4.69,5.70	421.5	29.2	23.6,35.5	67.1	4.6	2.8,7.7	616.5	42.7	36.7,49.0
Península	840.0	69.8	62.9,75.9	5.3	4.83,5.69	184.1	15.3	11.0,20.9	39.2	3.3	1.3,8.1	625.8	52.0	45.5,58.5
Índice de bienestar														
Bajo	2 667.8	70.1	66.2,73.8	5.4	5.16,5.72	691.1	18.2	15.5,21.2	113.0	3.0	2.0,4.5	1 956.4	51.4	47.1,55.7
Medio	2 713.0	84.2	81.3,86.7	6.7	6.43,6.96	1 179.3	36.6	32.9,40.4	241.9	7.5	5.5,10.3	1 060.4	32.9	29.4,36.6
Alto	2 873.7	90.1	87.1,92.5	7.8	7.37,8.22	1 706.3	53.5	48.6,58.4	586.7	18.4	14.7,22.7	847.2	26.6	22.4,31.2

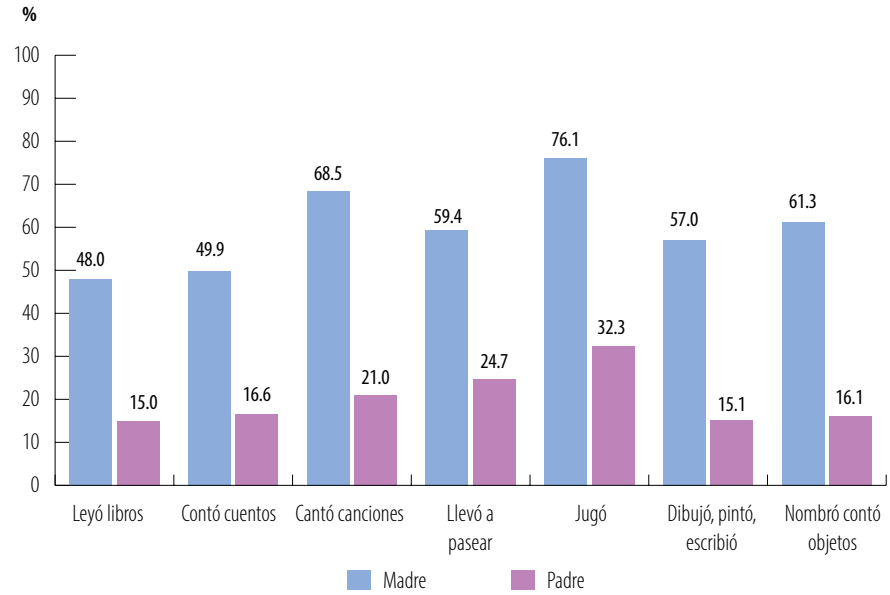
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

niña(o) en el hogar. Las madres participan con mayor frecuencia en todas las actividades de estimulación y apoyo al aprendizaje, principalmente jugando, cantando canciones y llevando de paseo a la niña(o).

Adicionalmente, 35.0% de las niñas(os) menores de cinco años cuentan con por lo menos tres libros infantiles en el hogar, mientras sólo 9.2% cuentan con 10 libros infantiles o más, y 37.8% de las niñas(os) menores de cinco años no cuentan con libros infantiles en el hogar. Estos porcentajes difieren a nivel regional. Por ejemplo, mientras 63.8 y 20.6% de las niñas(os) residentes de la CDMX cuentan con por lo menos 3 y 10 libros infantiles, respectivamente; sólo 15.3 y 3.3% de las niñas(os) residentes de la región de la Península cuentan con 3 y 10 libros infantiles. Asimismo, el porcentaje de niñas(os) sin libros infantiles en sus hogares es significativamente menor en la región CDMX (20.6%) comparado con el porcentaje observado en la región Península (52.0%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, escolaridad materna, localidad de residencia o índice de bienestar para ninguno de los indicadores (cuadro 4.5.1).

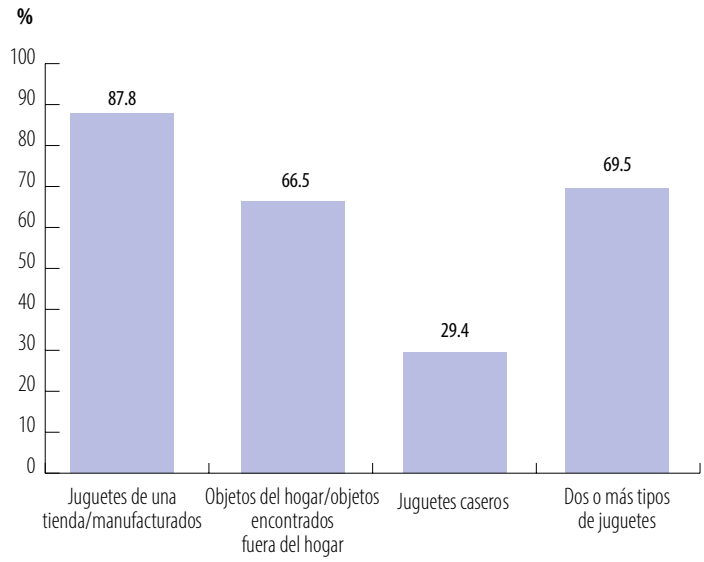
Figura 4.5.1

Porcentaje de niñas(os) menores de cinco años que participaron en actividades de estimulación y apoyo al aprendizaje en los últimos tres días



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

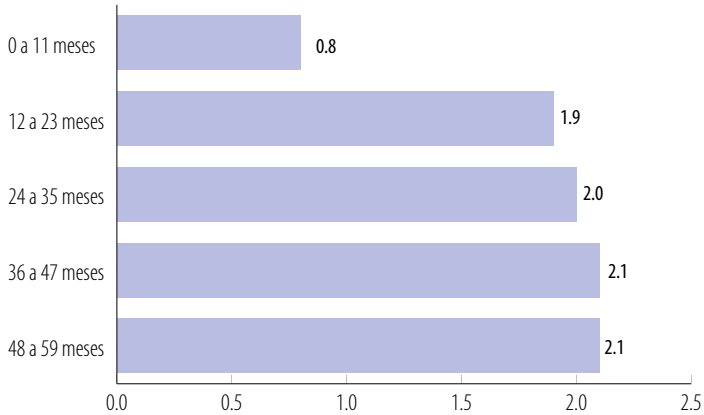
En la figura 4.5.2. se observa que 87.8% de las niñas(os) menores de cinco años juegan con juguetes manufacturados o comprados en tienda, 66.5% juega con objetos del hogar o encontrados fuera del hogar y 29.4% juegan con juguetes caseros. El 69.5% de las niñas(os) menores de cinco años juegan con dos o más tipos de juguetes. En la figura 4.5.3 se observa que las niñas(os) de 0 a 11 meses en promedio juegan con un sólo tipo de juguete mientras que en los demás grupos de edad juegan, en promedio, con dos tipos de juguetes.



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.5.2

Tipos de juguetes y acceso a por lo menos dos tipos de juguetes en niñas(os) menores de cinco años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.5.3.

Promedio de tipo de juguetes con los que juegan los niñas(os) menores de cinco años

Edad en meses	Juguetes de una tienda/ manufacturados			Objetos del hogar/objetos encontrados fuera del hogar			Juguetes caseros		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
0 a 11	767.6	4.9	3.4,6.9	224.9	8.6	7.3,10.0	145.9	3.3	2.4,4.6
12 a 23	1 709.7	18.0	14.8,21.7	1 407.0	19.1	17.1,21.2	541.3	20.7	18.3,23.3
24 a 35	2 081.1	19.9	16.5,23.9	1 744.2	23.2	21.1,25.5	598.8	25.7	23.0,28.5
36 a 47	2 151.6	27.9	24.1,32.1	1 651.7	24.0	22.1,26.0	839.3	24.3	22.0,26.8
48 a 59	2 259.0	29.3	25.4,33.5	1 760.9	25.2	23.0,27.5	880.4	25.9	23.3,28.7

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 4.5.2

Tipos de juguetes con los que juegan los niñas(os) de acuerdo con la edad al momento de la entrevista

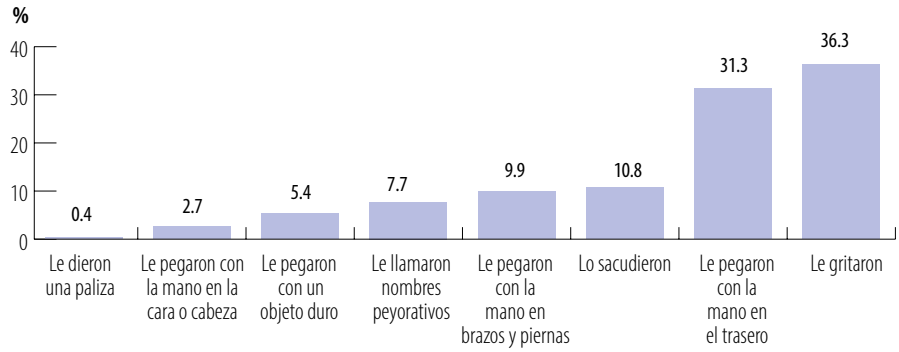
El cuadro 4.5.2 muestra los tipos de juguetes con los cuales juegan las niñas(os) en diferentes edades. Pocas niñas(os) de 0 a 11 meses tienen juguetes de cualquier tipo, con sólo 4.9% con juguetes manufacturados o comprados en una tienda, 8.6% con objetos de dentro o fuera del hogar y 3.3% con juguetes caseros. Entre las niñas(os) de 12 a 35 meses se reporta mayor uso de juguetes caseros, mientras que para las niñas(os) de 36 a 59 meses, el mayor porcentaje de uso corresponde a los juguetes manufacturados o comprados en tienda. El porcentaje de niñas(os) mayores de 11 meses que juegan con juguetes caseros oscila entre 20.7 y 25.9 por ciento.

El cuadro 4.5.3. presenta los métodos de disciplina utilizados en el último mes con niñas(os) de a 1 a 4 años. Se observa que 31.2% de las niñas(os) son expuestas exclusivamente a métodos de disciplina no violenta. En contraste, 38.3% de las niñas(os) sufre agresión psicológica dentro del hogar y 38.7% de las niñas(os) reciben algún castigo físico; además, 3.0% de las niñas(os) reciben castigo físico severo. De lo anterior, se tiene que 51.3% de las niñas(os) son disciplinados mediante algún método violento de disciplina (ya sea física o psicológica). El porcentaje de exposición a cualquier método de disciplina violenta es diferente de acuerdo con la región de residencia. Las niñas(os) residentes en la región Pacífico-Norte (65.1%) tienen el mayor porcentaje de exposición a métodos de disciplina violenta, mientras que las niñas(os) residentes en la región Frontera, el menor (41.9%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, escolaridad materna, localidad de residencia o índice de bienestar para ninguno de los indicadores.

La figura 4.5.4. presenta las prácticas de crianza violenta (psicológicas y castigo físico) a las que son expuestas las niñas(os) de 1 a 4 años. Las prácticas de crianza más comunes fueron gritarle a la niña(o) (36.3%) y pegarle con la mano en el trasero (31.3%). Adicionalmente, la figura 4.5.5 presenta las prevalencias de los diferentes métodos de disciplina de acuerdo con la edad de las niñas(os). Se observa que tanto el uso de agresión psicológica como el de castigo físico se incrementan con la edad.

Figura 4.5.4

Niñas(os) de 1 a 4 años expuestos a prácticas de crianza violentas



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 4.5.3

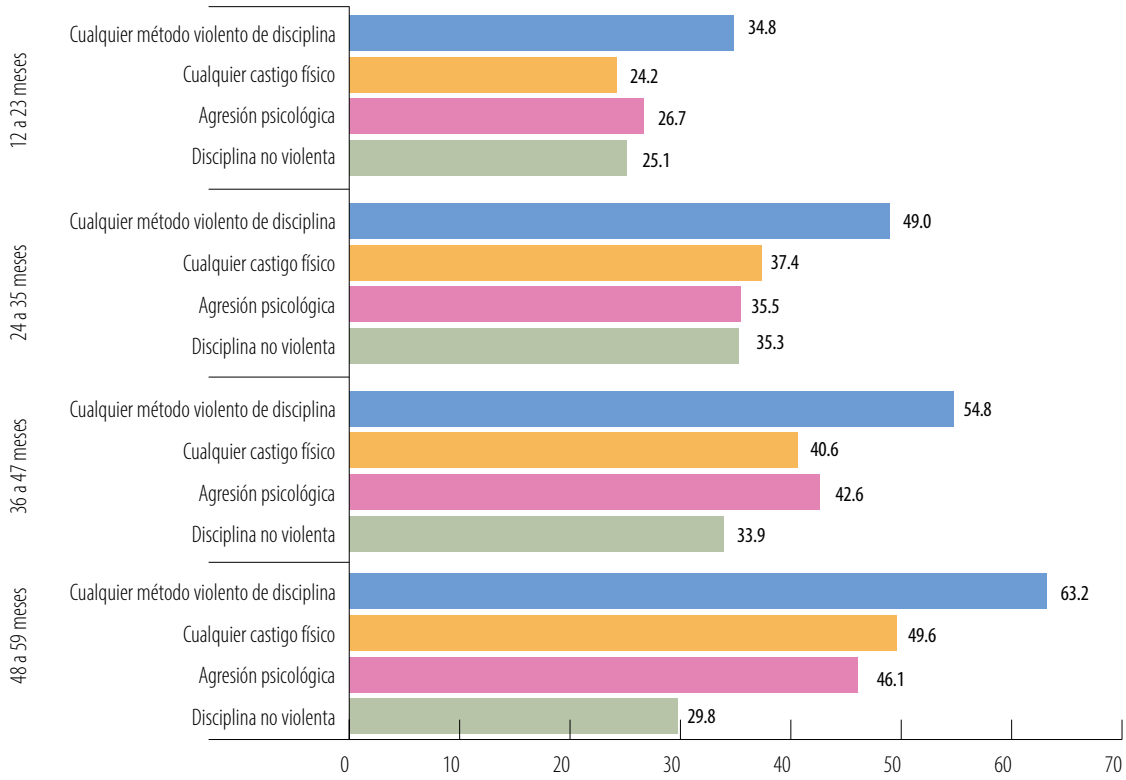
Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas(os) de 1 a 4 años en el último mes

	Disciplina no violenta			Agresión psicológica			Cualquier castigo físico			Castigo físico severo			Cualquier método violento de disciplina		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 742.8	31.2	28.7,33.9	3 361.0	38.3	35.5,41.1	3 396.9	38.7	35.9,41.6	263.3	3.0	2.3,4.0	4 501.3	51.3	48.4,54.1
Sexo															
Hombre	1 351.8	30.1	26.7,33.7	1 696.8	37.7	34.3,41.3	1 808.9	40.2	36.8,43.7	154.4	3.4	2.3,5.0	2 371.0	52.7	49.3,56.2
Mujer	1 391.0	32.5	28.6,36.5	1 664.2	38.8	34.7,43.1	1 588.0	37.1	33.0,41.3	109.0	2.5	1.7,3.8	2 130.3	49.7	45.5,53.9
Escolaridad materna															
Primaria o menos	540.5	29.9	25.2,35.2	558.8	30.9	25.7,36.8	588.6	32.6	27.2,38.5	48.1	2.7	1.4,5.1	808.7	44.8	38.9,50.8
Secundaria	953.0	32.0	28.1,36.1	1 156.8	38.8	34.9,42.9	11 02.0	37.0	32.9,41.2	107.1	3.6	2.5,5.2	1 472.9	49.4	44.9,53.9
Media superior	1 189.8	31.2	26.9,35.9	1 579.9	41.5	37.0,46.2	1 641.0	43.1	38.7,47.6	80.4	2.1	1.3,3.5	2 137.6	56.1	51.4,60.7
Localidad															
Rural	664.7	29.8	25.9,34.2	822.9	36.9	32.4,41.8	870.2	39.1	33.6,44.8	63.1	2.8	1.6,4.9	1 122.0	50.4	45.1,55.7
Urbano	2 078.1	31.7	28.6,35.0	2 538.1	38.7	35.3,42.2	2 526.7	38.5	35.3,41.9	200.3	3.1	2.2,4.2	3 379.3	51.6	48.2,54.9
Región															
Pacífico-Norte	138.9	17.8	13.2,23.6	405.6	52.0	45.9,58.1	404.2	51.8	44.9,58.8	26.6	3.4	1.8,6.4	507.9	65.1	58.8,71.0
Frontera	472.8	39.1	30.1,49.0	381.6	31.6	24.4,39.7	369.5	30.6	23.7,38.4	11.6	1.0	0.2,3.8	506.6	41.9	34.1,50.1
Pacífico-Centro	369.0	35.9	25.7,47.5	339.2	33.0	23.2,44.5	411.8	40.0	31.2,49.6	24.4	2.4	0.5,11.0	520.4	50.6	39.7,61.4
Centro-Norte	351.1	29.4	25.3,34.0	458.7	38.5	34.3,42.9	412.3	34.6	30.3,39.2	31.5	2.6	1.6,4.3	593.6	49.8	45.3,54.3
Centro	253.9	30.5	22.6,39.7	319.4	38.4	27.4,50.6	353.5	42.4	28.9,57.3	28.1	3.4	1.3,8.4	449.8	54.0	42.7,64.9
CDMX	146.3	34.6	25.9,44.6	166.9	39.5	30.7,49.0	143.1	33.9	24.1,45.2	12.8	3.0	1.2,7.5	221.2	52.4	42.6,61.9
Edo. de México	361.0	32.1	25.5,39.6	485.2	43.2	34.6,52.2	377.3	33.6	25.9,42.2	20.4	1.8	0.8,3.8	567.0	50.5	41.3,59.6
Pacífico-Sur	336.2	28.0	23.2,33.3	494.3	41.1	33.8,48.9	531.2	44.2	36.8,51.9	60.9	5.1	2.8,9.0	644.9	53.7	46.6,60.6
Península	313.6	31.6	24.7,39.4	309.9	31.2	25.2,37.9	394.0	39.7	33.1,46.6	47.1	4.7	2.7,8.2	489.9	49.3	42.5,56.2
Índice de bienestar															
Bajo	907.9	28.6	25.0,32.5	1 142.8	36.0	31.7,40.6	1 232.5	38.9	34.4,43.5	123.5	3.9	2.7,5.7	1 589.8	50.1	45.6,54.6
Medio	856.3	30.5	26.4,34.9	1 090.9	38.9	34.7,43.2	1 111.7	39.6	35.4,43.9	93.3	3.3	2.0,5.5	1 443.9	51.4	47.2,55.7
Alto	978.6	34.9	29.7,40.5	1 127.3	40.2	34.9,45.8	1 052.7	37.5	32.6,42.7	46.5	1.7	0.9,2.9	1 467.6	52.3	47.0,57.7

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.5.5

Métodos de disciplina infantil usados en niñas(os) de acuerdo con su edad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 4.5.4. presenta las actitudes de aceptación de los métodos de disciplina violenta por parte de sus madres o cuidadores principales. En el país, 8.9% de las madres aceptan que los métodos de disciplina violenta se utilicen en las niñas(os) de 1 a 4 años. Se observan notables diferencias regionales, que oscilan entre 13.9% en la región Pacífico-Sur y 4.5% en la región Frontera. No se tienen diferencias estadísticamente significativas por sexo de la hija(o), escolaridad materna, localidad de residencia o índice de bienestar para este indicador.

Cuadro 4.5.4

Actitudes de aceptación hacia los métodos de disciplina violenta usados en niñas(os) de 1 a 4 años

Actitudes hacia la disciplina violenta			
	Expansión		
	N(miles)	%	IC95%
Nacional	782.3	8.9	7.5,10.5
Sexo			
Hombre	404.2	9.0	7.2,11.1
Mujer	378.1	8.8	6.7,11.5
Escolaridad materna			
Primaria o menos	162.0	9.0	6.4,12.5
Secundaria	273.3	9.2	7.2,11.6
Media superior	343.8	9.0	6.6,12.2
Localidad			
Rural	229.5	10.3	8.1,13.0
Urbano	552.8	8.4	6.8,10.4
Región			
Pacífico-Norte	80.4	10.3	6.5,15.9
Frontera	54.9	4.5	2.3,8.8
Pacífico-Centro	57.8	5.6	3.4,9.3
Centro-Norte	125.2	10.5	7.8,14.1
Centro	84.3	10.1	4.2,22.3
CDMX	33.4	8.0	4.1,14.9
Estado de México	70.3	6.3	3.7,10.4
Pacífico-Sur	167.1	13.9	9.9,19.2
Península	109.0	11.0	8.0,14.9
Índice de bienestar			
Bajo	312.8	9.9	7.7,12.6
Medio	272.7	9.7	7.4,12.7
Alto	196.9	7.0	4.6,10.5

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 4.5.5

Distribución porcentual de cuidado inadecuado en niñas(os) menores de cinco años en la última semana

	Niñas(os) menores de cinco años que fueron dejados solos			Niños(as) menores de cinco años que fueron dejados al cuidado de otro menor			Niños(as) menores de cinco años con cuidado inadecuado		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	574.2	5.6	4.5,6.9	774.8	7.6	6.3,9.1	1 123.2	11.0	9.5,12.8
Sexo									
Hombre	291.8	5.7	4.1,7.8	348.6	6.8	5.1,8.9	524.0	10.2	8.1,12.7
Mujer	282.4	5.6	4.1,7.6	426.2	8.4	6.7,10.6	599.2	11.9	9.7,14.4
Edad									
0-11 meses	31.3	2.2	0.8,5.9	31.3	2.2	1.1,4.2	62.6	4.4	2.4,7.8
12-59 meses	542.9	6.2	4.9,7.7	743.5	8.5	7.0,10.2	1 060.6	12.1	10.3,14.1
Escolaridad materna									
Primaria o menos	86.9	4.1	2.7,6.4	167.0	8.0	5.7,11.0	213.3	10.2	7.6,13.5
Secundaria	189.2	5.3	3.9,7.3	277.9	7.8	6.1,10.0	416.0	11.7	9.6,14.3
Media superior	285.2	6.5	4.6,9.1	315.3	7.2	5.1,10.0	472.4	10.8	8.4,13.9
Localidad									
Rural	93.4	3.6	2.1,5.9	203.2	7.7	5.4,10.9	266.5	10.2	7.3,13.9
Urbano	480.8	6.3	5.0,8.0	571.5	7.5	6.0,9.4	856.7	11.3	9.5,13.3
Región									
Pacífico-Norte	34.4	3.8	2.6,5.5	72.8	8.1	5.5,11.7	86.8	9.6	6.9,13.2
Frontera	13.6	1.0	0.3,4.2	32.5	2.5	1.0,5.7	39.6	3.0	1.5,5.8
Pacífico-Centro	147.2	12.6	7.9,19.5	99.7	8.5	4.2,16.3	164.6	14.0	9.1,21.0
Centro-Norte	52.9	3.7	2.2,6.3	67.1	4.7	3.1,7.2	107.9	7.6	5.4,10.5
Centro	38.6	4.0	2.3,7.0	66.2	6.9	2.8,15.9	98.8	10.2	5.7,17.8
CDMX	68.9	14.1	9.0,21.5	64.9	13.3	7.8,21.7	109.0	22.3	14.7,32.5
Estado de México	77.1	5.9	2.7,12.6	149.1	11.5	7.8,16.5	198.0	15.3	10.1,22.3
Pacífico-Sur	109.8	7.6	4.7,12.1	132.9	9.2	5.4,15.2	214.5	14.9	9.8,21.9
Península	31.8	2.6	1.4,4.9	89.7	7.5	4.6,11.8	104.0	8.6	5.7,12.9
Índice de bienestar									
Bajo	211.3	5.6	4.0,7.6	282.7	7.4	5.5,9.9	426.2	11.2	8.8,14.2
Medio	170.1	5.3	3.7,7.5	289.7	9.0	6.6,12.2	393.3	12.2	9.4,15.7
Alto	192.9	6.0	3.8,9.6	202.4	6.3	4.3,9.3	303.8	9.5	6.9,13.0

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 4.5.5. presenta el porcentaje de niñas(os) menores de cinco años con cuidado inadecuado. A nivel nacional, el porcentaje de niñas(os) menores de cinco años que fueron dejados solos durante la última semana fue 5.6% y el porcentaje de niñas(os) que fueron dejados al cuidado de una niña(o) menor de 10 años en la última semana fue de 7.6 por ciento. De lo anterior se tiene que 11.0% de las niñas(os) recibieron cuidado inadecuado, porque los dejaron solos o al cuidado de otra niña(o) menor de 10 años, en la última semana. Todos los indicadores presentan diferencias significativas por región de residencia. En la CDMX, 22.3% de las niñas(os) tuvieron cuidado inadecuado comparado con 3.0% de las niñas(os) de la región de la Frontera. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, escolaridad materna, localidad de residencia o índice de bienestar para estos indicadores.

4.6 Enfermedades diarreicas

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU),[27] con el fin de disminuir la inequidad y la brecha entre los países de menores y mayores ingresos, definió los Objetivos del Desarrollo para el Milenio, los cuales apuntaban a reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años, hacia el 2015.[28]

En 2015 los Estados Miembros de la ONU adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) integrados para equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social, con metas hacia el año 2030. Bajo el supuesto de que los 17 objetivos planteados están interconectados para lograr las metas establecidas, el primer objetivo es reducir la pobreza, problema multidimensional que tiene un estrecho vínculo con la vulnerabilidad a los desastres. Las acciones emprendidas para lograr esta meta incluyen protección social, contar con empleos y medios de subsistencia, acceso a servicios básicos y reducción de riesgo de desastres y cambio climático.[27]

El tercer ODS se refiere a salud y bienestar, que incluye a las enfermedades infecciosas, la desigualdad social y la rápida urbanización. Si bien se han logrado avances en algunos países, los promedios nacionales de las prevalencias de las distintas enfermedades no reflejan las diferencias entre poblaciones al interior de un país, de manera que quedan rezagadas.[29] El objetivo seis, enfocado en agua limpia y saneamiento tiene como finalidad garantizar el acceso al agua y gestionarla de manera sostenible, adicionalmente que todos contemos con saneamiento.[30] Estos tres objetivos junto con los otros catorce son imprescindibles para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda[31] en niños menores de cinco años.

A nivel nacional, en el año 2019 las IRA y EDA representaron 19.2% de las principales causas de mortalidad sujetas a vigilancia epidemiológica en México en población menor de cinco años de edad, con tasas de mortalidad de 1.3 y 0.5 por cada 100 000 menores de cinco años, respectivamente.[32]

Debido a su magnitud, la atención a estas dos enfermedades representa una prioridad con el propósito de reducir la mortalidad infantil, lo cual es considerado en el *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de la Neumonía* (GAPP) de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), que tienen como objetivo la reducción de 75% en la incidencia por neumonía y la diarrea grave en niños menores de cinco años a partir de los reportes del año 2010, así como una mayor integración de las actividades de prevención y tratamiento de estas dos enfermedades.[33]

Las EDA representan la quinta causa de mortalidad sujeta a vigilancia epidemiológica en este grupo etario, asociada a la muerte de 525 000 niños menores de cinco años cada año.[34]

Se evaluaron los episodios de EDA que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas previas a la entrevista y la información respecto a estos, contenida en la sección Enfermedades diarreicas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la Ensanut 2021 sobre Covid-19. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta "¿Ha tenido diarrea [nombre] en las últimas dos semanas?", para la cual se consideraron las categorías "Sí" y "No". Se compararon los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 y se compararon con resultados previamente publicados de la Ensa 2000 y de las Ensanut 2006, 2012 y 2018. El nivel de urbanidad se definió con base en el número de habitantes de las localidades; se consideró localidad rural si la localidad tenía menos de 2 500 habitantes y urbana si tenía 2 500 o más. Se consideraron las siguientes regiones: Pacífico-Norte, Frontera, Pacífico-Centro, Norte, CDMX, Estado de México, Pacífico-Sur y Península. Se estimaron las prevalencias de EDA de acuerdo con los siguientes grupos de edad: menores de un año, un año, dos años, tres años, cuatro años y menores de cinco años. La información sobre la cantidad de alimentos proporcionados durante el episodio de EDA se recabó con la pregunta "6.5 Sin considerar la leche, ¿Ahora que [nombre] ha tenido (o tuvo) diarrea…", con las siguientes categorías de respuesta: 1) continuó dando la misma cantidad de alimentos?; 2) le dio más cantidad de alimentos; 3) le dio menos cantidad de alimentos; 4) suspendió todos los alimentos; 5) aun no le da otro tipo de alimentos; 8) no responde, y 9) no sabe. Se preguntó el tipo de líquido administrado durante el episodio de EDA con la siguiente pregunta: "¿Qué (otros) líquidos le ha dado (o dio) a [nombre] durante la diarrea?" Las opciones de respuesta fueron: 1) Vida Suero Oral; 2) Suero comercial; 3) Suero casero; 4) Agua sola; 5) Agua de sabor; 6) Agua de arroz; 7) Tés; 8) Atoles; 9) Pozol; 10 Leche; 11) Leche rebajada; 12) Caldos/sopas; 13) Refresco; 14) Café; 15) Desparasitante; 16) Otros; 17) Ninguno; 88) No

responde; 99) No sabe. Las categorías suero y suero casero fueron agrupadas en una categoría; las categorías agua sola y agua de sabor también se agruparon en una categoría. Asimismo, las categorías té y atole. Igual que las categorías leche y leche rebajada. Las opciones otros, agua de arroz, pozol, caldos/sopas, refresco y café, como la categoría "otros". Las categorías desparasitante, no sabe y no responde no fueron consideradas para el análisis.

Para este reporte se analizaron datos de 2 638 niñas y niños, que correspondieron a una población estimada de 9 841 056 niñas y niños (cuadro 4.6.1).

En la Ensanut 2021 sobre Covid-19 la prevalencia de EDA fue de 5.7% en las localidades urbanas y 6.8% en las rurales (figura 4.6.1).

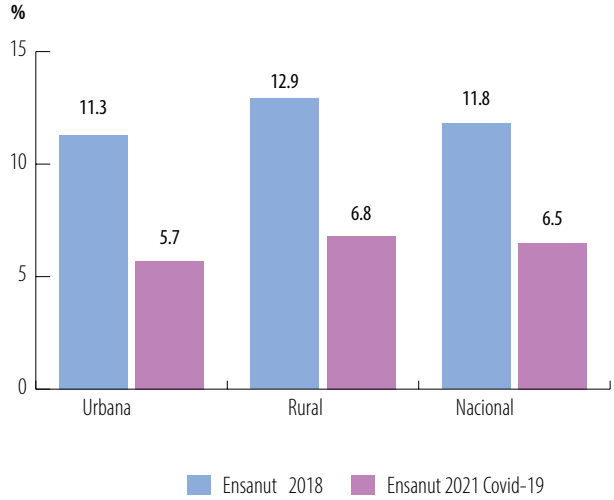
Según la región del país, las prevalencias estimadas de EDA oscilan entre 2.6 y 9.2%, la mayor fue en la CDMX y la región Centro-Norte, seguidas por la Pacífico-Sur (figura 4.6.2).

Cuadro 4.6.1

Tamaño muestral y población expandida para el análisis de enfermedad diarreica aguda

Edad	n muestral	N Expandida
0 años	405	1 409 686
1 año	472	1 841 424
2 años	564	2 164 424
3 años	609	2 165 909
4 años	588	2 259 613
Total	**2 638**	**9 841 056**

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México



Fuente: Cuestionario de niños de la Ensanut 2018 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.6.1

Prevalencia estimada de niñas y niños menores de cinco años de edad que presentó enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista según tipo de localidad

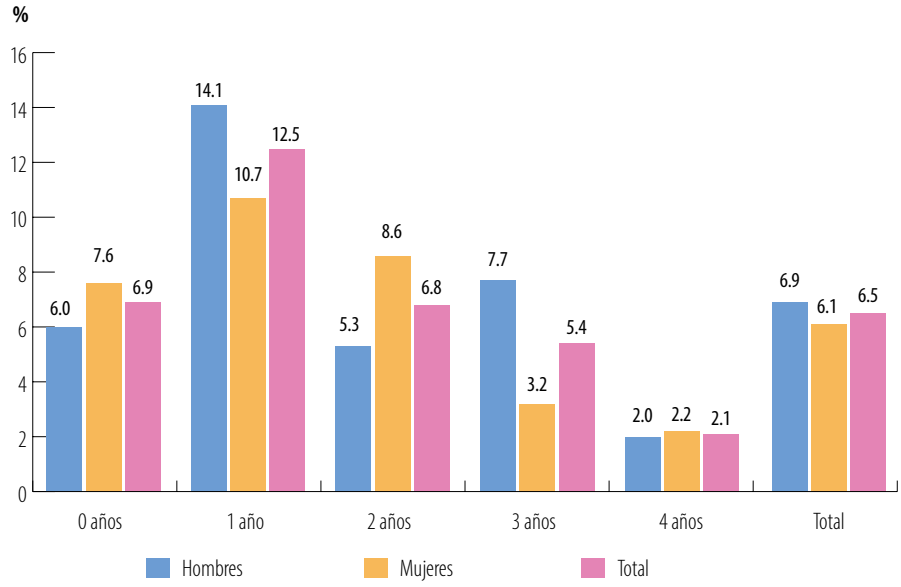
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.6.2

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según región

Figura 4.6.3

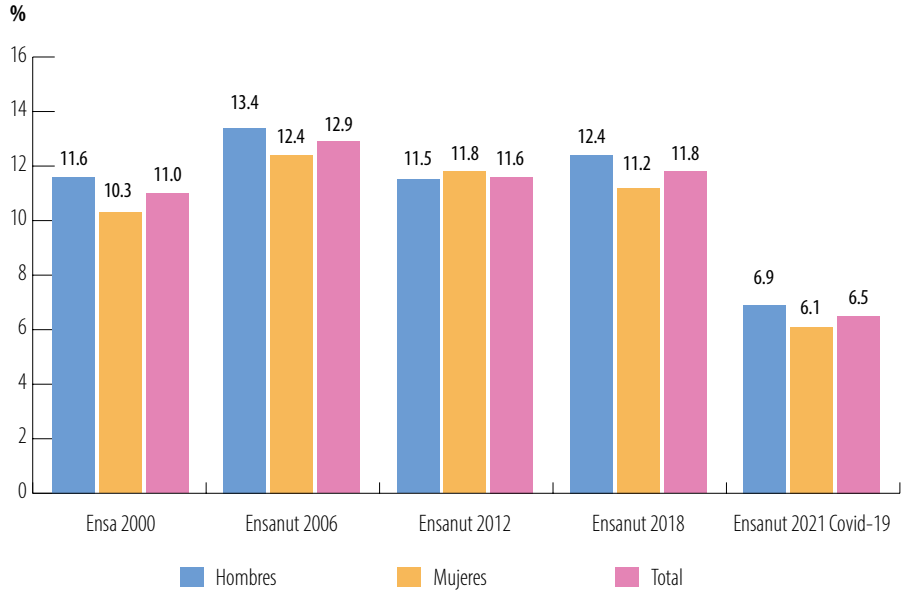
Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según edad y sexo



Fuente: Cuestionario de niños de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.6.4

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según edad y sexo



Fuente: Resultados nacionales de la Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018, y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, en concordancia con la literatura, la prevalencia estimada de EDA es más frecuente en los niños más pequeños, menores de tres años de edad principalmente en los niños de un año de edad (de 12 a 23 meses) (figura 4.6.3).

En comparación con los resultados de las encuestas nacionales de salud previas, la prevalencia estimada de EDA en menores de cinco años ha oscilado entre 6.5 y 12.9%, con el menor porcentaje en la Ensanut 2021 sobre Covid-19. En la Ensanut 2018 la prevalencia estimada de diarrea fue similar en niños (12.4%) y niñas (11.2%), igual que las estimaciones a partir de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 (6.9 y 6.1%, respectivamente) (figura 4.6.4).

En los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, se identificó que del total de niños menores de cinco años en quienes sus madres o tutores reportaron haber presentado EDA en las últimas dos semanas, a 61.4% le administraron otros líquidos, a 49.6% Vida Suero Oral y 29.6% ingirió agua sola o de fruta (cuadro 4.6.2).

Cuadro 4.6.2

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según tipo de líquidos administrados

Tipo de líquido*	Total			
	n+	Prevalencia estimada		
		N (miles)	%	IC95%
Vida Suero Oral	100	318.1	49.6	39.9,59.3
Suero comercial/ casero	36	134.2	20.9	15.1,28.3
Agua sola y de fruta	58	189.8	29.6	22.0,38.5
Té, atole	35	126.6	19.7	13.4,28.2
Leche	1	4.0	0.6	0.1,4.4
Otro	121	393.8	61.4	51.8,70.2

*Se admitió más de una opción de respuestan muestra
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el 2021, en comparación con los años previos, fue mayor la prevalencia estimada de niñas y niños menores de cinco años de edad a quienes sus madres o tutores proporcionaron Vida Suero Oral (46.9%) y otros líquidos (61.4%) durante el episodio de EDA y menor el agua sola o de fruta (29.6%) y leche (0.6%) (cuadro 4.6.3).

■ **Cuadro 4.6.3**

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según tipo de líquidos administrados*

Tipo de líquido*	Ensanut 2006		Ensanut 2012		Ensanut 2018		Ensanut 2021 sobre Covid-19	
	Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Vida Suero Oral	512.4	41.8	503.6	41.9	436.5	38.2	318.1	49.6
Suero comercial/ casero	182.3	14.9	178.2	14.8	244.5	21.4	134.2	20.9
Agua sola y de fruta	518.1	42.3	656.5	54.6	398.1	34.8	189.8	29.6
Té, atole	247.3	20.2	304.5	25.3	188.1	16.5	126.6	19.7
Leche	114.2	9.3	142.8	11.9	108.2	9.5	4.0	0.6
Otro	182.2	14.9	282.0	23.5	255.2	22.3	393.8	61.4

*Se admitió más de una opción de respuesta
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Resultados nacionales de la Ensanut 2006, 2012 y 2018, y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En cuanto a alimentación, de acuerdo con los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 fue más frecuente que las madres o cuidadores de los menores de cinco años que presentaron EDA les proporcionaran la misma cantidad de alimento (50.7%), seguido por una cantidad menor de alimento (29.9%). La frecuencia de estas prácticas fue diferente según el grupo etario (cuadro 4.6.4).

■ **Cuadro 4.6.4**

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según cantidad de alimentos administrados

Cantidad de alimentos	Total			
	n muestra	N (miles)	Prevalencia estimada	
			%	IC95%
La misma cantidad	100	324.7	50.7	42.0,59.4
Más cantidad	25	70.9	11.1	6.9,17.2
Menos cantidad	53	191.7	29.9	22.0,39.4
Suspendió todos los alimentos	5	15.7	2.4	0.9,6.3
Aún no le da otro tipo de alimentos	8	34.3	5.4	2.3,11.8

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%: Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La prevalencia estimada de la cantidad de alimentos administrados se ha modificado ligeramente del 2000 al 2021. En 2021 es ligeramente mayor la estimación puntual de la prevalencia de madres o cuidadoras que administran la misma cantidad de alimentos (50.7%) y es menor la de quienes administran menos cantidad (29.9%) (cuadro 4.6.5).

Cuadro 4.6.5

Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según la cantidad de alimentos administrados.

Cantidad de alimentos	Ensanut 2006		Ensanut 2012		Ensanut 2018		Ensanut 2021 sobre Covid-19	
	Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada	
	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%
La misma cantidad	514.4	42.0	572.8	47.7	556.6	48.8	324.7	50.7
Más cantidad	124.8	10.2	108.2	9.0	85.7	7.5	70.9	11.1
Menos cantidad	524.8	42.8	411.3	34.2	431.6	37.8	191.7	29.9
Suspendió todos los alimentos	28.4	2.3	58.1	4.8	28.0	2.5	15.7	2.4
Aún no le da otro tipo de alimentos	29.7	2.4	40.2	3.3	38.8	3.4	34.3	5.4

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Resultados nacionales de la Ensanut 2006, 2012 y 2018, y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.7 Infecciones respiratorias agudas

Se estimó la prevalencia de los episodios de IRA que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas previas a la entrevista, la cual se recabó en la sección Infecciones respiratorias agudas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la Ensanut 2021 sobre Covid-19. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta "¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos [nombre] en las últimas dos semanas?", para la cual se consideraron las categorías "Sí" y "No". Se compararon los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 con los resultados previamente publicados de las Ensanut 2012 y 2018. El nivel de urbanidad se definió con base en el número de habitantes de las localidades; se consideró localidad rural si la localidad tenía menos de 2 500 habitantes y urbana si tenía 2 500 o más. Se consideraron las siguientes regiones; Pacífico-Norte, Frontera, Pacífico-Centro, Centro Norte, Norte, CDMX, Estado de México, Pacífico-Sur y Península. Se estimaron las prevalencias de IRA de acuerdo con los siguientes grupos etarios: menores de un año, un año, dos años, tres años, cuatro años y menores de cinco años. La información sobre la identificación de signos de alarma de IRA se recabó con la pregunta "¿Qué molestias debe tener [nombre] cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis

■ **Cuadro 4.7.1**

Tamaño muestral y población expandida para el análisis de infección respiratoria aguda

Edad	n muestral	N Expandida
0 años	405	1 402 741
1 año	472	1 838 769
2 años	564	2 164 424
3 años	609	2 160 094
4 años	588	2 254 461
Total	**2 638**	**9 820 490**

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

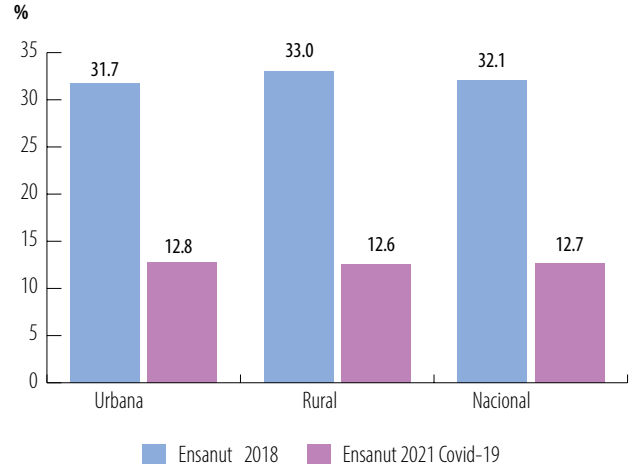
o dolor de oídos, para que usted lo(a) lleve inmediatamente al médico?", con las siguientes categorías de respuesta, con la posibilidad de que se seleccionaran hasta cinco opciones de repuesta: 1) respira rápido; 2) tiene dificultad para respirar; 3) no come, ni bebe; 4) se pone frío; 5) se ve más enfermo; 6) más de tres días con calentura; 7) le salga pus del oído, 8) le aparecieron puntos blancos en la garganta; 9) otras molestia; 10) no responde y 11) no sabe.

Para este reporte se analizaron datos de 2 638 niñas y niños, que correspondieron a una población estimada de 9 820 490 (cuadro 4.7.1).

En la Ensanut 2021 sobre Covid-19 la prevalencia estimada de IRA fue menor (12.7%) que en el 2018 (32.1%). Similar en localidades urbanas (12.8%) y rurales (12.6%) en 2018 y 2021 (figura 4.7.1).

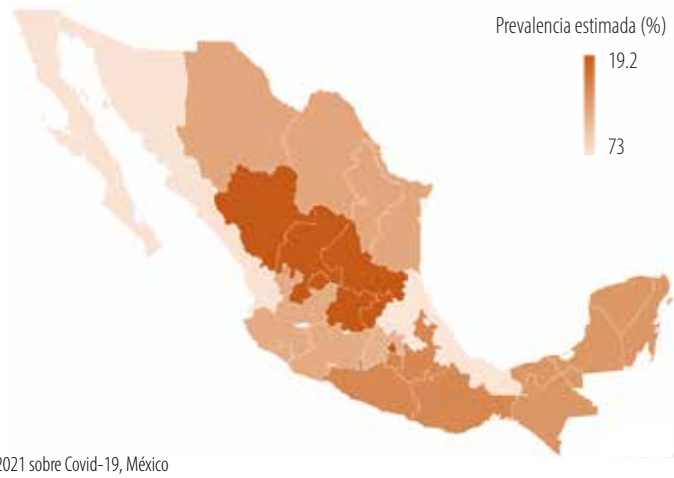
■ **Figura 4.7.1**

Prevalencia estimada de niñas y niños menores de cinco años de edad que presentó infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista según tipo de localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

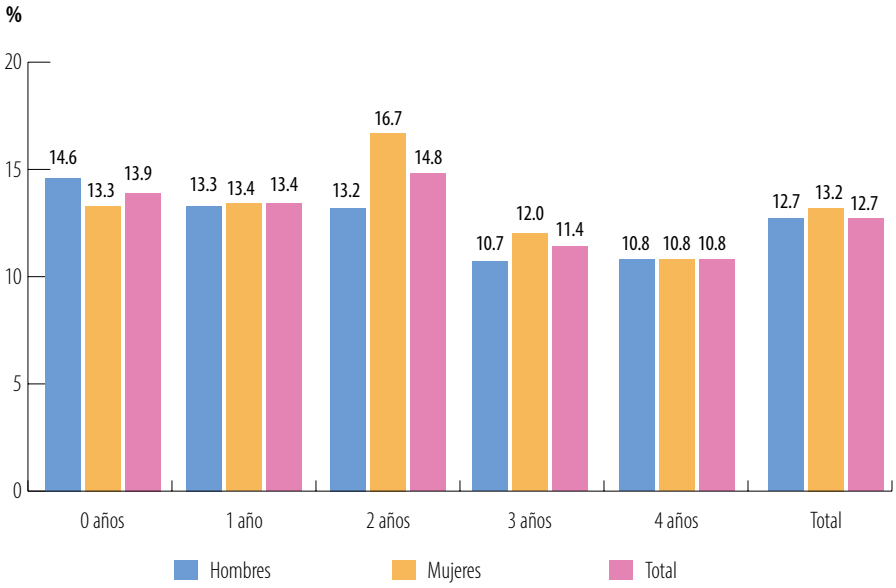
De acuerdo con la región del país, las prevalencias estimadas de IRA oscilan entre 7.3% y 19.2 por ciento. Las prevalencias fueron en la CDMX (19.2%), Centro-Norte (15.6%), Pacífico-Sur (15.2%), la Península (13.9%), Frontera (12.6%), Pacífico-Centro (12.2%), Estado de México (11.6%), Pacífico-Norte (7.4%) y Centro (7.3%) (figura 4.7.2).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.7.2.

Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según región



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.7.3

Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según edad y sexo

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, la prevalencia estimada de IRA es más frecuente en los niños de dos años y los menores de un año de edad, con diferencias por sexo (figura 4.7.3).

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19, los signos de alarma de IRA más identificados fueron dificultad para respirar (33.5%), respirar rápido (29.0%) y verse más enfermo (27.3%). La identificación de los signos de alarma difiere de acuerdo con la edad de la niña o del niño; por ejemplo, 75.3% de los tutores o cuidadores de niñas y niños menores de un año de edad identificaron respirar rápido como signo de alarma, mientras que este signo fue identificado por 28% de los tutores o cuidadores de las niñas y los niños de cuatro años de edad (cuadro 4.7.2).

Cuadro 4.7.2

Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según identificación de los signos de alarma* por parte de la madre o cuidador

Signos de alarma*	0 años				1 año				2 años				3 años				4 años				Total			
	n muestra	Prevalencia estimada			n muestra	Prevalencia estimada			n muestra	Prevalencia estimada			n muestra	Prevalencia estimada			n muestra	Prevalencia estimada			n muestra	Prevalencia estimada		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Respira rápido	303	1 060.8	75.3	69.0,80.6	134	591.4	32.1	26.8,38.0	173	664.2	30.7	26.1,35.7	170	617.4	28.5	24.5,32.9	167	631.5	28.0	23.4,33.0	746	2 853.4	29.0	26.6,31.5
Tiene dificultad para respirar	143	452.5	32.1	27.2,37.4	153	1 841.4	31.8	26.1,38.1	185	728.7	33.7	28.4,39.3	201	675.2	31.2	27.1,35.5	212	856.2	37.9	32.5,43.6	894	3 298.1	33.5	31.1,36.0
No come ni bebe	76	1 409.7	18.7	14.5,23.7	127	505.3	27.4	22.9,32.5	143	589.5	27.2	22.8,32.1	135	473.0	21.8	18.0,26.2	137	543.0	24.0	19.5,29.2	618	2 374.1	24.1	21.9,26.5
Se pone frío	41	130.7	9.3	6.7,12.8	45	180.7	9.8	6.6,14.4	62	244.7	11.3	8.1,15.6	70	240.7	11.1	8.4,14.6	75	256.9	11.4	8.2,15.6	293	1 053.7	10.7	9.2, 9.5
Se ve más enfermo	99	355.5	25.2	20.4,30.8	114	1 841.4	24.5	19.8,29.9	158	599.0	27.7	22.9,33.0	174	569.9	26.3	22.3,30.7	168	707.3	31.3	26.4,36.6	713	2 682.3	27.3	25.1, 29.5
Más de tres días con calentura	66	214.8	15.2	11.4,20.1	108	386.6	21.0	16.8,25.9	1 420	443.8	20.5	16.4,25.3	118	438.1	20.2	15.8,25.5	118	516.9	22.9	18.6,27.8	530	2 000.2	20.3	18.2,22.6
Le sale pus del oído	4	10.5	0.7	0.2,2.3	7	17.7	1.0	0.4,2.1	9	33.7	1.6	0.6,3.8	9	36.1	1.6	0.8,3.3	6	29.0	1.3	0.5,3.2	35	127.0	1.3	0.9,1.9
Le aparecen puntos blancos en la garganta	4	1 409.7	1.1	0.3,2.3	4	25.2	1.4	0.4,5.2	6	29.4	1.4	0.6,3.3	21	71.1	3.3	1.9,5.5	15	60.6	2.7	1.6,4.5	50	201.1	2.0	1.4,2.9
No responde	11	1 409.7	3.1	1.7,5.6	5	14.7	0.8	0.3,2.1	6	26.3	1.2	0.5,3.2	8	22.6	1.0	0.5,2.1	9	32.6	1.4	0.6,3.4	39	139.5	1.4	1.0,2.1
No sabe	30	1 409.7	7.5	5.3,10.7	16	60.6	3.3	1.9,5.7	12	41.7	1.9	1.0,3.6	18	35.4	3.0	1.9,4.9	14	52.9	2.3	1.4,4.0	90	326.9	3.3	2.6,4.2

*Se admitió más de una opción de respuesta
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el 2021, en comparación con los años 2012 y 2018, un mayor porcentaje de los tutores o cuidadores de niñas y niños menores de cinco años de edad identificaron el respirar rápido, la dificultad para respirar, no comer ni beber y ponerse frío como signos de alarma. Más de tres días con calentura fue el único signo de alarma que en el 2021 identificaron en menor porcentaje, en comparación con el 2012 y el 2018. Salir pus del oído y aparecer puntos blancos en la garganta son los signos de alarma que se han identificado en porcentajes similares en el 2012, el 2018 y el 2021 (cuadro 4.7.3).

Cuadro 4.7.3

Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años de edad según identificación de los signos de alarma* por parte de la madre o cuidador

Signos de alarma*	Ensanut 2012		Ensanut 2018		Ensanut 2021 sobre Covid-19	
	Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Respira rápido	389.6	7.9	789.3	25.4	2 853.4	29.0
Tiene dificultad para respirar	765.5	15.6	979.0	31.4	3 298.1	33.5
No come ni bebe	906.8	18.5	611.7	19.6	2 374.1	24.1
Se pone frío	85.8	1.8	144.4	4.6	1 053.7	10.7
Se ve más enfermo	1 275.1	26.0	767.3	24.6	2 682.3	27.3
Más de tres días con calentura	1 586.0	32.4	898.2	28.8	2 000.2	20.3
Le sale pus del oído	28.7	0.6	34.3	1.1	127.0	1.3
Le aparecen puntos blancos en la garganta	89.0	1.8	72.6	2.3	201.1	2.0
No especificado	52.8	1.1	75.4	2.4	139.5	1.4

*Se admitió más de una opción de respuesta
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19, Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.8 Accidentes

Desde hace aproximadamente 60 años los accidentes fueron reconocidos como un problema de salud pública en nuestro país, causando hasta hoy, un elevado número de fallecimientos y discapacidades.[35] Las estadísticas oficiales de mortalidad, señalan que alrededor de 32 356 personas fallecieron en el año 2020 a causa de un accidente, lo que significa 2.98% del total de defunciones a nivel nacional.[36]

La información generada por las encuestas nacionales de salud y nutrición ha sido un elemento fundamental para conocer la magnitud, tendencia y características de personas lesionadas en accidentes no fatales. Para la edición de 2018, se pudo constatar que casi 5.6 millones de personas tuvieron una lesión accidental no fatal,[37] y que alrededor de 22% reportaron una consecuencia permanente en su estado de salud. También ha sido posible identificar como principales tipos de accidentes: las caídas, los accidentes viales, las quemaduras, asfixias, envenenamientos e intoxicaciones, ahogamientos por sumersión y, otro tipo de accidentes[37] y que ocurren principalmente en el hogar y la vía pública.[37,38]

La metodología empleada para la estimación de estos indicadores, tiene como base las siguientes preguntas:

Autorreporte de accidentes:

El autorreporte de lesiones accidentales no fatales durante los 12 meses previos a la encuesta fue explorado en los cuestionarios dirigidos para población infantil, adolescente, y adulta. Esta información permite cuantificar la magnitud de los accidentes no fatales en México, los cuales son un importante problema de salud pública en México y el mundo.

Es así que se obtiene la Prevalencia de accidentes: porcentaje de la población, por grupo de edad y sexo, que reporta haber sufrido daños a su salud por algún accidente en el año previo a la encuesta.

Tipo de accidente (causa externa):

Sólo en quienes contestaron afirmativamente haber sufrido daños a la salud a causa de un accidente, se exploró más a detalle el tipo de accidente, que permite caracterizar las principales causas externas de las lesiones accidentales.

Se realizó la pregunta ¿Cómo fue que se accidentó?, misma que tuvo distintas opciones de respuesta, tomando como referencia las principales categorías del Capítulo 20 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10):[39]

- Choque entre vehículos de cuatro o más ruedas
- Choque en motocicleta
- Choque o atropellamiento como ciclista
- Atropellado como peatón
- Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha
- Caída a nivel de piso
- Golpe con objeto, equipo o maquinaria
- Caída de un nivel a otro: silla, escalera
- Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.)

- Exposición a corriente eléctrica, radiación
- Exposición al humo o fuego
- Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras)
- Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo
- Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas
- Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos
- Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna
- Otros accidentes que obstruyen la respiración (objeto extraño, alimento)
- Exposición accidental a otros factores
- No Sabe/no Responde

Con esta pregunta se estimó la Prevalencia de accidentes: porcentaje de la población que reporta haber sufrido daños a su salud por algún accidente en el año previo a la encuesta, por causa externa específica.

Ámbito de ocurrencia de los accidentes

Permite establecer el ámbito en donde el accidente ocurrió. Se exploró en los tres cuestionarios etarios: población infantil, población adolescente y población adulta.

¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente? Las opciones de respuesta disponibles son:

- Hogar
- Escuela
- Trabajo
- Vía pública
- Campo
- Antro, bar
- Centro recreativo o deportivo
- Establecimiento comercial
- Otro
- No sabe, no responde

Utilización de servicios de salud a causa de los accidentes:

Esta variable permite identificar la utilización de servicios de salud luego de un accidente, incluyendo servicios formales y no formales. Esta es información valiosa porque permite estimar la carga que los accidentes imponen en el sistema de salud, en términos de uso de servicios de salud y para la generación de evidencia para la planeación y organización de los servicios de salud.

Exposición al alcohol y otras drogas en personas que sufrieron accidentes

En los cuestionarios dirigidos a adolescentes (pregunta 7.8) y personas adultas (pregunta 11.8) se exploró la exposición al alcohol y otras drogas en quienes sufrieron un accidente durante el año previo a la encuesta. En el cuestionario para menores (pregunta 8.8), se exploró si la persona encargada del cuidado del menor estaba bajo los efectos del alcohol y otras drogas en el momento del accidente. Se ha documentado ampliamente cómo la exposición al alcohol y otras drogas incrementan el riesgo de sufrir distintas lesiones accidentales. Con ello es posible estimar la Prevalencia de uso de alcohol y otras drogas en lesionados por accidentes: porcentaje de personas que reportaron estar bajo los efectos del alcohol y otras drogas al sufrir un accidente en el año previo a la encuesta.

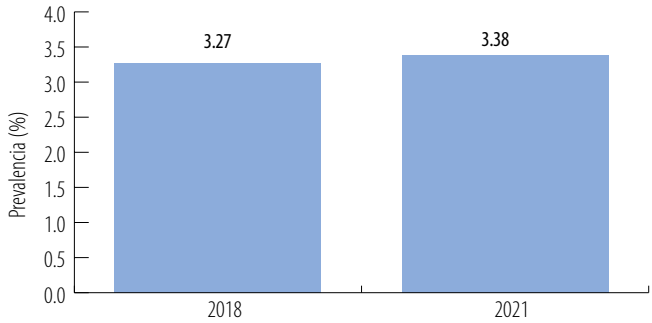
Consecuencias permanentes de los accidentes

Los accidentes son una causa frecuente de discapacidad. Conocer, desde la perspectiva de las personas lesionadas, si los accidentes han producido problemas permanentes en su estado de salud permite tener elementos para cuantificar la severidad y consecuencia de los accidentes.

Esto se exploró en las preguntas 7.9 del cuestionario dirigido a población adolescente, y 11.9 del cuestionario dirigido a población adulta. Con ellas, es posible estimar la Prevalencia de consecuencias permanentes en el estado de salud de personas que sufrieron un accidente: porcentaje de personas que refirieron sufrir algún tipo de problema de salud permanente como consecuencia de un accidente ocurrido durante el año previo a la encuesta.

Los accidentes son un importante problema de salud pública en población infantil. Un alto número de niñas y niños fallece todos los años por los daños a la salud que ocasionan;[40] otros más sufren lesiones severas y discapacidad y no mueren.[41,42] La información generada con la encuesta es clave para dar seguimiento a los compromisos adquiridos por México en lo referente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3.2, 3.6, 3.9 y 12.4.[43] La prevalencia se estimó a partir del reporte de la persona responsable del cuidado del (la) menor.

Un total de 714 510 niños y niñas sufrieron alguna lesión accidental durante el año previo a la encuesta, lo que representa 3.38% del total de la población infantil en el país (figura 4.8.1). Este porcentaje fue mayor en niños (4.30%) que en niñas (2.61%). El grupo de edad más afectado fue el de 5 a 9 años (cuadro 4.8.1). Se observa que la prevalencia es muy similar a la de 2018,[44] aunque el número de casos se incrementó en más de 30 000 para 2021.



Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.8.1

Prevalencia de accidentes en menores de 10 años

Cuadro 4.8.1

Prevalencia de accidentes en el último año en población infantil, por grupo de edad y sexo

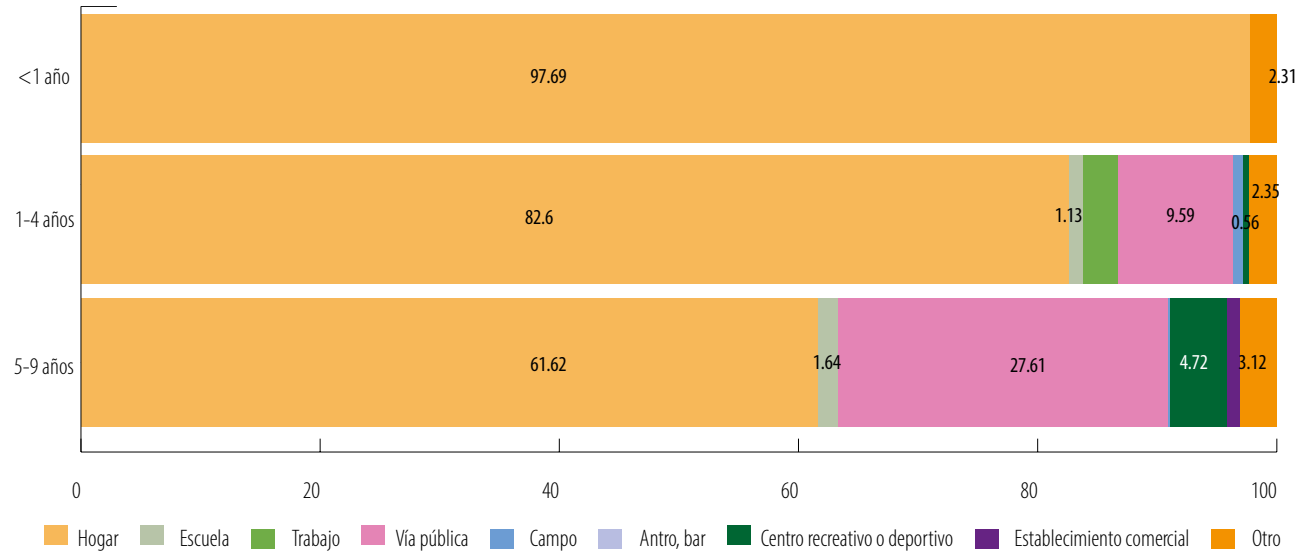
Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
< 1	17.3	2.60	0.80,8.18	18.4	2.39	0.79,7.05	35.7	2.49	1.12,5.45
1 a 4	181.9	4.05	2.89,5.64	115.5	2.70	1.66,4.34	297.4	3.39	2.59,4.43
5 a 9	242.5	4.37	3.13,6.08	138.9	2.57	1.72,3.83	381.4	3.49	2.70,4.50
Total	**441.7**	**4.30**	**3.16,5.38**	**272.8**	**2.61**	**1.88,3.62**	**714.5**	**3.38**	**2.76,4.13**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Entre los espacios más importantes en donde ocurrió la mayor parte de las lesiones accidentales se encuentran el hogar (72.17%), notándose un incremento de casi 19 puntos porcentuales con relación a 2018[44] para este espacio, seguido en importancia por la vía pública (18.72%). La escuela como espacio de ocurrencia de accidentes fue de sólo 1.34%, situación que podría ser debido a las medidas de contención de la pandemia de Covid-19, con reducción de la movilidad y de actividades en las escuelas. En la figura 4.8.2 se pueden observar las diferencias en la distribución por subgrupos de edad. Las caídas fueron la principal causa de lesiones accidentales en población infantil (78.24%); los golpes con objeto, equipo o maquinaria, así como los golpes, rasguños o mordidas por personas o animales, representan en conjunto, casi 13% y en una proporción aún más pequeña los accidentes viales. En la figura se puede apreciar la distribución del tipo de accidente por subgrupo de edad (figura 4.8.3).

Figura 4.8.2

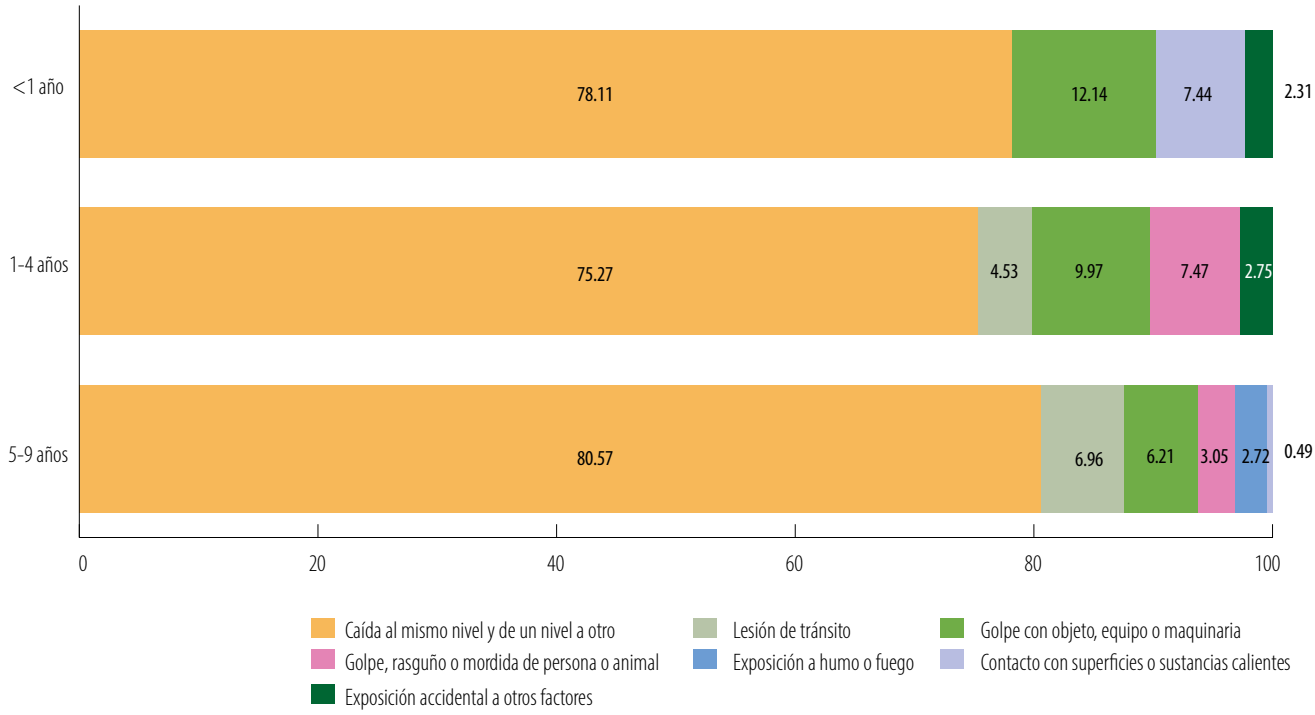
Lugar donde ocurrieron las lesiones accidentales en población de 0 a 9 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 4.8.3

Principales tipos de accidentes en población de 0 a 9 años



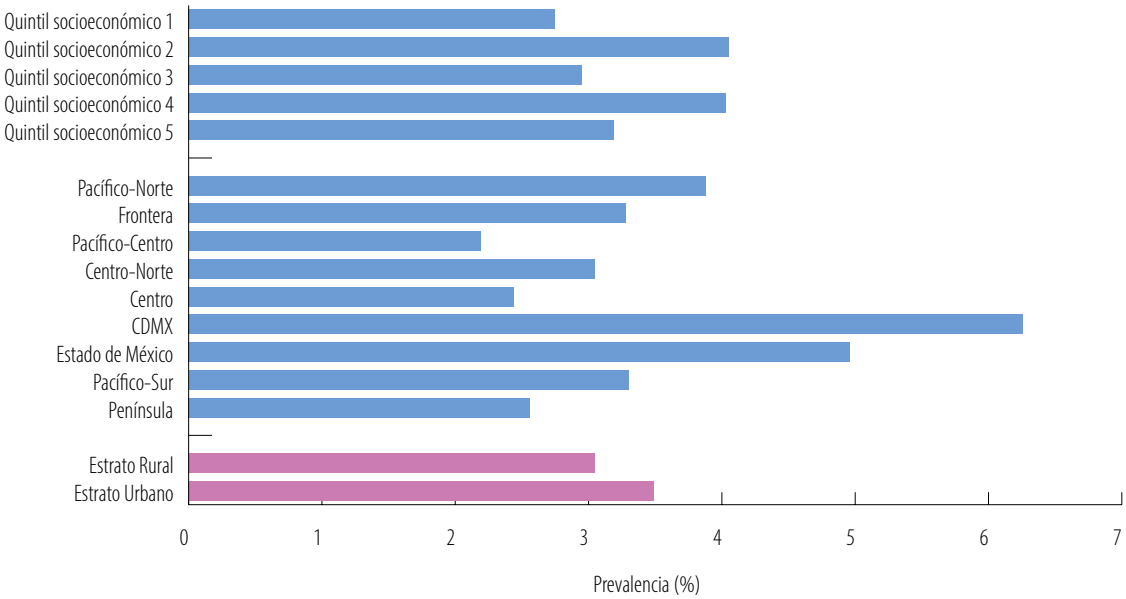
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Un porcentaje importante de la población infantil que sufrió una lesión accidental utilizó servicios de atención médica en instituciones salud, públicas y privadas (67.62%), esto significa aproximadamente 483 996 lesionados solicitando atención, en medio de un contexto de emergencia sanitaria. En este sentido, es fundamental promover las acciones de prevención que han mostrado ser efectivas.[45,46] Si bien, algunas acciones ya han sido impulsadas por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), es de gran importancia ampliar la cobertura a mas regiones del país y destinar recursos a la implementación de nuevas acciones.[47,48] Es importante mencionar, que se exploró para este grupo de edad, si al momento en que se accidentó el(la) menor, la persona encargada de su cuidado se encontraba bajo los efectos del alcohol y otras drogas. Del total de lesionados, en 0.1% (n=722) se reportó que la persona encargada de su cuidado se encontraba bajo los efectos del alcohol, no se reporta el uso de otra droga.

La figura 4.8.4 presenta la prevalencia de lesiones accidentales según el estrato de residencia (urbano/rural), por región del país y por índice de bienestar de los hogares (presentado en quintiles). Se observa que la prevalencia es mayor en zonas urbanas, en la región Ciudad de México y Estado de México y en los quintiles dos y cuatro del índice de bienestar.

Figura 4.8.4

Prevalencia de lesiones accidentales en población infantil según variables de interés



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

4.9 Funcionamiento y discapacidad

La agenda de los nuevos Objetivos del Desarrollo Sostenible incluye el tema de la discapacidad, que se menciona en 7 de las 169 metas planteadas. En esta sección se presentan los resultados de la estimación del número de niñas, niños y adolescentes, así como adultos que presentan cualquier tipo de discapacidad o dificultad de funcionamiento severo.

La definición de discapacidad ha cambiado con el tiempo. La definición médica de la discapacidad identifica a las personas de acuerdo con su diagnóstico y se enfoca en trastornos, enfermedades o condiciones (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.) entendidos como las causas de la discapacidad. El pensamiento sobre la discapacidad ha evolucionado hacia una definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. Es decir, en lugar de enfocarse en las causas se enfatizan los problemas que encuentran las personas en términos de su funcionamiento cotidiano; esta definición toma en cuenta la interacción entre la condición del individuo y el contexto.[49-51] Este nuevo paradigma biopsicosocial, en sintonía con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, enmarca el abordaje metodológico de la medición poblacional de la discapacidad, el cual se describe a continuación.

En la encuesta Ensanut 2021 sobre Covid-19 se utilizó el módulo de preguntas sobre funcionamiento desarrollado por Unicef y el Grupo Washington para la medición de la discapacidad en la niñez, la adolescencia,[52] así como el módulo para adultos[53] desarrollado por el Grupo Washington. Dichos módulos fueron diseñados para identificar a las niñas y niños, adolescentes y adultos con dificultades en el funcionamiento, los cuales, ante la ausencia de un entorno adaptado a sus necesidades, se encuentran en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Los módulos sobre funcionamiento se incluyeron en los cuestionarios de niños de 0 a 9 años, adolescentes y adultos. La batería de preguntas se aplicó a las madres de las niñas y niños de 2 a 9 años y directamente a las niñas y niños mayores de 10 años, así como adolescentes y adultos. Dependiendo del grupo de edad (2-4 años, 5-17 años o ≥ 18 años), el módulo incluye 16, 24 o 10 preguntas con respuestas categóricas que evalúan dificultades de funcionamiento en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad, así como emociones, entre otras.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial de discapacidad, los módulos se enfocan en la presencia y el grado de severidad de las dificultades en el funcionamiento. Los módulos fueron diseñados para capturar el continuo de habilidades en el funcionamiento a través de varias áreas. Para generar los indicadores que se presentan en esta sección, se combinaron respuestas de preguntas individuales para desarrollar estimaciones del número de niñas y niños, adolescentes y adultos

en riesgo de tener una participación muy limitada o restringida en la sociedad, de acuerdo con los ámbitos de interés. Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña o niño, adolescente o adulto tenga discapacidad ya que el instrumento no fue diseñado con la intención de ser utilizado como herramienta diagnóstica.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años*	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años con dificultades severas del funcionamiento	Número de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años que tiene dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito‡, §	Número total de niñas, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en niñas y niños de 2 a 4 años*	Porcentaje de niñas y niños entre 2 y 4 años con dificultades severas del funcionamiento	Número de niñas y niños entre 2 y 4 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito‡	Número total de niñas y niños entre 2 y 4 años
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años*	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años con dificultades severas del funcionamiento	Número de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito§	Número total de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en adultos*	Porcentaje de adultos con dificultades severas del funcionamiento	Número de adultos que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito#	Número total de adultos

*Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS, siglas en inglés) de Unicef
‡Los ámbitos considerados para los niños(as) de 2 a 4 años son: visión, audición, caminar, motor fino, comunicación, aprendizaje, jugar y control del comportamiento.
§Los ámbitos considerados para los niños(as) de 5 a 17 años son: visión, audición, caminar, autocuidado, comunicación, aprendizaje, recuerdo, concentración, aceptación del cambio, control del comportamiento, hacer amigos, ansiedad y depresión.
#Los ámbitos considerados para los adultos (18 años o mayores) son: visión, audición, caminar, cognición, autocuidado y comunicación.

Para las estimaciones de dificultades severas del funcionamiento en niñas y niños de 2 a 4 años consideramos 1 803 observaciones, mientras que para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años consideramos 6 244 observaciones. Por lo que en el rango de 2 a 17 años analizamos información de 8 047 niñas, niños y adolescentes. El cuadro 4.9.1 presenta la prevalencia de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. En este grupo etario 13.1% de las niñas, niños y adolescentes tiene dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. Mientras 4.4% de las niñas(os) de 2 a 4 años presenta dificultades de funcionamiento y 15.3% de las niñas(os) de 5 a 17 años presentan una dificultad funcional en al menos un ámbito. La prevalencia de las dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito es significativamente mayor en niñas que en niños en el grupo de edad de 5 a17 años (16.9 vs. 13.6%) así como en el grupo de 2 a17 años (14.5 vs. 11.8%). Adicionalmente, se identificaron

diferencias en las prevalencias por tipo de localidad. Las niñas(os) residentes de localidades urbanas tienen mayor prevalencia de dificultades del funcionamiento en comparación con las(os) residentes de localidades rurales en el grupo de 5 a 17 años (16.4 vs. 11.8%) y en el grupo de 2 a 17 años (14.0 vs. 10.5%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por índice de bienestar o región de residencia para ninguno de los indicadores.

Cuadro 4.9.1

Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un ámbito

	Niñas(os) de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niñas(os) de 5 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niñas(os) de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Nacional	302.2	4.4	3.3,5.8	4 371.4	15.3	14.1,16.5	4 673.6	13.1	12.2,14.2
Sexo									
Hombre	159.0	4.6	3.2,6.4	1 962.5	13.6	12.2,15.1	2 121.5	11.8	10.7,13.1
Mujer	143.2	4.2	2.7,6.5	2 409.0	16.9	15.2,18.9	2 552.1	14.5	13.0,16.1
Tipo de localidad									
Urbano	214.7	4.2	2.9,6.0	3 538.8	16.4	14.9,17.9	3 753.5	14.0	12.8,15.3
Rural	87.5	5.0	3.5,7.2	832.7	11.8	10.0,13.9	920.1	10.5	8.9,12.3
Índice de bienestar									
Bajo	111.5	4.4	3.0,6.6	1 523.7	15.1	13.2,17.1	1 635.2	13.0	11.4,14.7
Medio	72.7	3.4	2.1,5.4	1 462.1	15.3	13.7,17.1	1 534.8	13.2	11.8,14.6
Alto	117.9	5.2	3.0,8.9	1 385.6	15.4	13.0,18.1	1 503.6	13.3	11.4,15.6
Región									
Pacífico-Norte	27.3	4.9	2.4,9.7	413.6	16.0	12.1,21.0	440.9	14.1	11.0,17.9
Frontera	55.8	6.3	3.0,12.6	570.3	15.8	12.0,20.4	626.2	13.9	10.7,17.8
Pacífico-Centro	28.8	3.5	0.8,13.5	515.2	16.0	11.8,21.2	543.9	13.4	10.1,17.6
Centro-Norte	28.6	3.1	1.7,5.5	514.6	13.3	11.3,15.5	543.2	11.3	9.6,13.3
Centro	47.9	7.3	3.7,14.0	447.8	16.2	12.9,20.2	495.6	14.5	11.6,18.0
CDMX	18.7	5.2	1.8,14.4	270.7	17.6	13.7,22.2	289.4	15.3	11.9,19.3
Estado de México	30.2	3.6	1.6,8.3	558.4	14.7	11.6,18.4	588.6	12.7	10.0,16.0
Pacífico-Sur	26.0	2.6	1.1,6.0	673.7	16.7	13.2,20.9	699.7	13.8	11.0,17.4
Península	38.9	4.7	2.7,8.1	407.1	12.6	10.6,15.0	446.0	11.0	9.4,12.9

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Adolescentes

5.1 Vacunación

El rechazo a la vacunación es considerado una de las 10 amenazas más importantes para la salud mundial.[54] Las cifras de cobertura de vacunación en adolescentes son parcialmente conocidas, dada la carencia de información de este grupo de edad en los sistemas globales de monitoreo. A partir de datos publicados se sabe que las coberturas en adolescentes son muy bajas, del orden de 50% o menos,[55] posiblemente como consecuencia de la escasa aceptación de la vacunación y la ausencia o pobre incursión del tema en la agenda pública de los países.

La vacunación más allá de la primera infancia conlleva grandes retos, que incluyen la adquisición de los biológicos, la cadena de frio, los canales de distribución, las estrategias para captación de la población blanco, las estrategias de comunicación adaptadas, el sistema de información y monitoreo, entre otros muchos elementos.

Los programas de vacunación por lo regular amplían lo ya existente para la vacunación infantil y abren el espacio para vacunar a otros grupos; sin embargo, con el ánimo de tener éxito en el logro de las metas, se debe planear y materializar cada uno de los aspectos de la política de vacunación en adolescentes, tomando en cuenta sus características, necesidades, preferencias y conocimientos,[56] es necesario un acercamiento asertivo para conocer la realidad con la que vive el adolescente, sus creencias, temores y expectativas que finalmente serán la base para sus decisiones.

La adolescencia es una etapa que comprende entre los 10 y los 19 años, pero que, vista desde un enfoque holístico de curso de vida, es un tiempo en el que se pueden fortalecer los hábitos y crear ambientes que desencadenen cambios epigenéticos favorables. Por otro lado, es importante reconocer que en esta etapa el riesgo de las enfermedades infecciosas se amplifica por factores biológicos, conductuales y ambientales propios de la edad;[57] dado el razonamiento anterior la vacunación en adolescentes es además de necesaria prioritaria en términos de salud pública.

La OMS ha descrito un marco sobre los determinantes de la vacunación, desde el cual conviene revisar e identificar los puntos a reforzar. Este marco incluye la confianza, es decir, la credibilidad del personal de salud, de quien orienta la política de vacunación y la seguridad de las vacunas; la autoeficacia o capacidad para llevar a cabo una acción, implica reconocerse capaz de solicitar información, interactuar con personal administrativo y de salud, solicitar el servicio y acudir a ser vacunado; y la conveniencia que tiene que ver con la factibilidad para llevar a cabo la acción de vacunarse, aquí confluyen factores como el acceso, el costo, los horarios, la documentación exigida, entre otras barreras de carácter administrativo.[58]

México tiene grandes retos y muchas fortalezas para lograrlos, por lo pronto el monitoreo, contar con un esquema de vacunación definido para la población

adolescente y la gran experiencia en la vacunación infantil constituye un gran avance que permitirá escalar hacia el logro de mejores coberturas entre los adolescentes.

Las coberturas de vacunación de Ensanut 2021 sobre Covid-19 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa de Vacunación Universal de México, que establece para cada grupo de edad; los biológicos, el número de dosis, los intervalos de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas para cada dosis,[5] factores que influyen en la respuesta inmune y por tanto en la eficacia de las vacunas. Cabe destacar que tanto el instrumento de recolección de información (sección de vacunas) como el cálculo de las coberturas en Ensanut 2012 fue modificado para las versiones subsecuentes de Ensanut. En la versión de 2012 el cálculo de las coberturas no tuvo en cuenta los intervalos de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas, por lo que los cambios en la cobertura de 2012 respecto de 2018 y 2021 deben ser interpretados con cautela.

Las definiciones usadas en esta sección son:

Biológico: incluye las vacunas, contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y una humoral.

Esquema de vacunación: Conjunto de biológicos y número de dosis recomendadas para cada grupo de población blanco.

Coberturas de vacunación en adolescentes de 12 a 19 años de edad:

Este indicador se obtuvo para cada biológico y esquema de vacunación; consiste en dividir el número de adolescentes que acreditaron vacunación mediante CNS, CNV o DP; entre el total de adolescentes que tenían información en la CNS, CNV o DP.

El numerador son los y las adolescentes que documentaron haber recibido los siguientes biológicos:

- *HB:* Dos dosis, aplicadas con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis.
- *SR:* A) Una dosis de SR aplicada después de los 10 años de edad en quienes tienen antecedente de una dosis de SR o SRP en la infancia o B) Dos dosis de SR, con intervalo de cuatro semanas entre dosis aplicadas a partir de los 10 años de edad, en quienes no documentan o no tienen una dosis previa de SR o SRP en la infancia.
- *Toxoide Diftérico y tetánico (Td):* A) Una dosis de Td aplicada en el primer año de secundaria o a los 15 años de edad si no es escolarizado, en quienes acrediten antecedente de esquema completo de Td en la infancia o B) Tres dosis de Td, con intervalo ≥4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥12 meses entre segunda y tercera dosis, aplicadas durante el primer año de secundaria o a los 15 años de edad si no es escolarizado, en quienes el esquema de la infancia haya sido incompleto o no documentado.

- *Esquema con al menos una dosis de los biológicos:* Se consideró a quienes documentaron haber recibido al menos una dosis de HB, de SR y de Td.

$$\text{Cobertura de vacunación estimada con el Biológico "X"}: \frac{\textit{Número de adolescentes de 12 a 19 años de edad que recibieron el biologico "X" acreditando mediante CNS o DP}}{\textit{Total de adolescentes de 12 a 19 años de edad que acreditaron vacunación mediante CNA o DP}}$$

Se encuestaron 3 243 adolescentes que representan 17 574 561 individuos entre 12 y 19 años de edad, de los cuales 49.8% fueron mujeres.

El 65.4% de los adolescentes refirieron tener CNS o CNV, sin embargo, sólo 13.2% de estos la tenían disponible al momento de la encuesta y tenía registrada información relacionada con vacunación. Más de la tercera parte de los adolescentes no cuenta con CNS ni CNV o DP (cuadro 5.1.1).

Cuadro 5.1.1

Distribución de la población de 10 a 19 años, según posesión de algún tipo de cartilla de vacunación por edad

Edad	Mostró CNS o CNV o DP con información referente a vacunación		Tenía CNS, CNV o documento probatorio, pero no lo mostró		Mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación		No tenía CNS, ni CNV ni DP		Total	
	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)*	%	N(miles)	%
10	151.1	6.1	1 000.5	40.7	120.3	4.9	1 189.1	48.3	2 461.0	100.0
11	177.1	8.5	883.5	42.6	149.6	7.2	863.4	41.6	2 073.5	100.0
12	330.5	14.3	1 007.9	43.5	178.6	7.7	799.0	34.5	2 316.1	100.0
13	344.6	17.0	982.1	48.3	75.2	3.7	631.8	31.1	2 033.7	100.0
14	345.7	13.9	1 241.6	49.9	148.5	6.0	754.4	30.3	2 490.2	100.0
15	418.1	18.0	1 066.0	45.9	124.2	5.4	712.3	30.7	2 320.6	100.0
16	299.2	15.0	993.7	49.6	89.0	4.4	620.1	31.0	2 002.1	100.0
17	344.0	17.0	962.6	47.6	165.2	8.2	551.6	27.3	2 023.4	100.0
18	265.7	12.0	1 082.6	48.7	98.9	4.5	773.8	34.8	2 221.0	100.0
19	242.9	11.2	1 028.0	47.4	125.5	5.8	771.1	35.6	2 167.6	100.0
Total	**2 918.9**	**13.2**	**10 248.6**	**46.4**	**1 274.9**	**5.8**	**7 666.7**	**34.7**	**22 109.1**	**100.0**

CNS: Cartilla Nacional de Salud
CNV: Cartilla Nacional de Vacunación
DP: Documento Probatorio
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Menos de una décima parte de quienes acreditaron vacunación mediante CNS, CNV o DP fueron vacunados con al menos una dosis de los tres biológicos establecidos dentro del esquema de vacunación de los adolescentes (7.8%). Las coberturas por biológico fueron de 8.8, 13.2 y 32.1% para SR, HB y Td, respectivamente; cifras algunos puntos porcentuales más en los hombres respecto de las mujeres, especialmente con HB (11.1 vs. 16.1%). La cobertura con Td aumento con la edad, en tanto con HB y SR no hubo patrón por edad y predominó la variabilidad (cuadro 5.1.2).

Cuadro 5.1.2

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema de vacunación* en adolescentes,‡ según sexo y edad

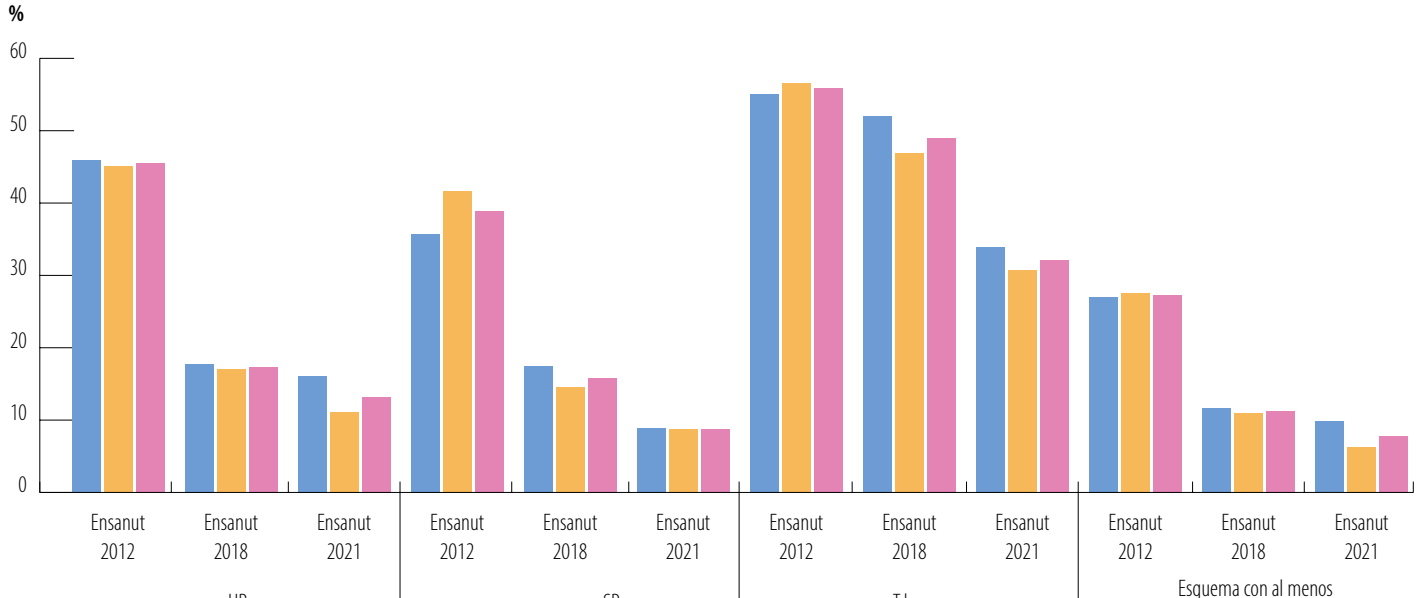
Vacuna	Hepatitis B		Td		SR		Esquema con al menos una dosis por biológico (HB, Td, SR)	
	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%	N(miles)	%
Sexo								
Hombres	178.5	16.1	374.9	33.9	98.2	8.9	108.0	9.8
Mujeres	164.1	11.1	456.2	30.7	129.4	8.7	94.0	6.3
Edad (años)								
12	95.8	29.0	71.1	21.5	59.3	17.9	26.3	7.9
13	43.4	12.6	33.3	9.7	12.8	3.7	3.9	1.1
14	54.6	15.8	76.3	22.1	29.6	8.6	18.0	5.2
15	38.6	9.2	143.7	34.4	44.6	10.7	25.0	6.0
16	25.8	8.6	110.8	37.0	9.5	3.2	14.4	4.8
17	32.4	9.4	162.5	47.2	27.2	7.9	49.6	14.4
18	43.1	16.2	127.2	47.9	13.9	5.2	35.1	13.2
19	8.8	3.6	106.2	43.7	30.7	12.6	29.8	12.3
Total	**342.6**	**13.2**	**831.1**	**32.1**	**227.7**	**8.8**	**202.1**	**7.8**

*Incluye a quienes presentaron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio
‡Incluye a quienes tenían entre 12 y 19 años de edad
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Las coberturas de vacunación de Ensanut 2021 comparadas con las ediciones previas disminuyeron para todos los biológicos; no obstante, es más evidente el cambio en Td, 49 vs. 32.1% en 2018 y 2021, respectivamente (figura 5.1.1).

Figura 5.1.1

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema completo* en adolescentes,‡ según sexo



	HB			SR			Td			Esquema con al menos una dosis por biológico		
	Ensanut 2012	Ensanut 2018	Ensanut 2021	Ensanut 2012	Ensanut 2018	Ensanut 2021	Ensanut 2012	Ensanut 2018	Ensanut 2021	Ensanut 2012	Ensanut 2018	Ensanut 2021
Hombres	45.9	17.7	16.1	35.7	17.5	8.9	55.1	52.0	33.9	27.0	11.7	9.8
Mujeres	45.1	17.0	11.1	41.7	14.6	8.7	56.6	46.9	30.7	27.6	11.0	6.3
Total	45.5	17.3	13.2	38.9	15.8	8.8	55.9	49.0	32.1	27.3	11.3	7.8

*Incluye a quienes presentaron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio.
‡Incluye a quienes tenían entre 12 y 19 años de edad
c Al menos una dosis de cada una de las siguientes vacunas: HB, Td y SR.
Fuente: Cuestionario de adolescentes, Ensanut 2012, Ensanut 2018 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.2 Consumo de tabaco

Los indicadores analizados para determinar el consumo de tabaco en adolescentes fueron los siguientes:

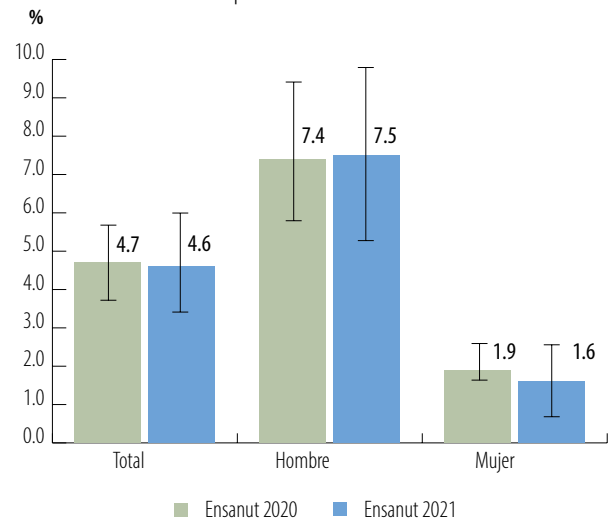
1. **Fumador actual.** Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un periodo de 30 días) fuma tabaco.
2. **Fumador diario.** Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.
3. **Fumador ocasional.** Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.

4. **Exfumador.** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma.
5. **Exfumador diario.** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.
6. **Exfumador ocasional.** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.
7. **Nunca ha fumado.** Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma.
8. **Consumo de nuevos productos de tabaco.** Prevalencia de consumo de cigarros electrónicos. Porcentaje de la población que actualmente usa cigarros electrónicos.

A nivel nacional, la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado entre la población adolescente fue de 4.6% (996 102), siendo mayor en hombres (7.5%) que en mujeres (1.6%). Las prevalencias de consumo de tabaco en adolescentes en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 no fueron diferentes a las observadas en la Ensanut 2020 sobre Covid-19[59] (figura 5.2.1).

Figura 5.2.1

Prevalencia de Fumador Actual en población de 10 a 19 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Entre la población adolescente que es fumadora actual, la prevalencia de consumo diario fue de 1.3% (2.3% en hombres, 0.2% en mujeres) y la de consumo ocasional fue de 3.3% (5.2% en hombres, 1.4% en mujeres). El 4.4% de las y los adolescentes fueron exfumadores (958 479), y 91.1% (19 905 071) nunca ha fumado (cuadro 5.2.1). Por último, la prevalencia de uso de cigarros electrónicos fue de 1.8% (392 591); 2.4% en los hombres adolescentes y 1.8% en las mujeres adolescentes.

Cuadro 5.2.1

Consumo de tabaco fumado. Población de 10 a 19 años

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Fumador actual	827.5	7.5	5.6,9.9	168.6	1.6	0.9,2.7	996.1	4.6	3.5,5.9
Fumador diario	257.8	2.3	1.3,4.1	19.1	0.2	0.1,0.5	277.0	1.3	0.7,2.2
Fumador ocasional	569.7	5.2	3.7,7.0	149.5	1.4	0.8,2.5	719.1	3.3	2.5,4.3
Exfumador	553.5	5.0	4.0,6.3	405.0	3.8	2.4,5.8	958.5	4.4	3.5,5.5
Exfumador diario	62.8	0.6	0.4,0.9	22.6	0.2	0.1,0.5	85.4	0.4	0.3,0.6
Exfumador ocasional	490.7	4.4	3.4,5.7	382.4	3.6	2.2,5.6	873.1	4.0	3.1,5.1
Nunca fumador	9 710.8	87.6	85.1,89.7	10 194.3	94.7	92.7,96.2	19 905.1	91.1	89.5,92.4
Cigarro electrónico	269.4	2.4	1.5,4.0	123.2	1.1	0.7,1.8	392.6	1.8	1.2,2.6

Fumador actual: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco. Actualmente se enmarca en un periodo de 30 días
Fumador diario: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario
Fumador ocasional: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente
Exfumador: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma tabaco
Exfumador diario: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco
Exfumador ocasional: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco
Nunca ha fumado: Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma tabaco
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.3 Consumo de alcohol

Los indicadores analizados para determinar el consumo de alcohol en adolescentes fueron los siguientes:

- **Consumo actual de alcohol.** Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica[a] en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual. Adicionalmente se desglosa el porcentaje por frecuencia de consumo actual de alcohol.
- **Frecuencia de consumo excesivo de alcohol.** Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y de cuatro o más copas por ocasión en el caso de las mujeres. Se estimó la frecuencia de consumo excesivo de alcohol de forma diaria, semanal, mensual y ocasional (de 1 a 11 veces al año).

a Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

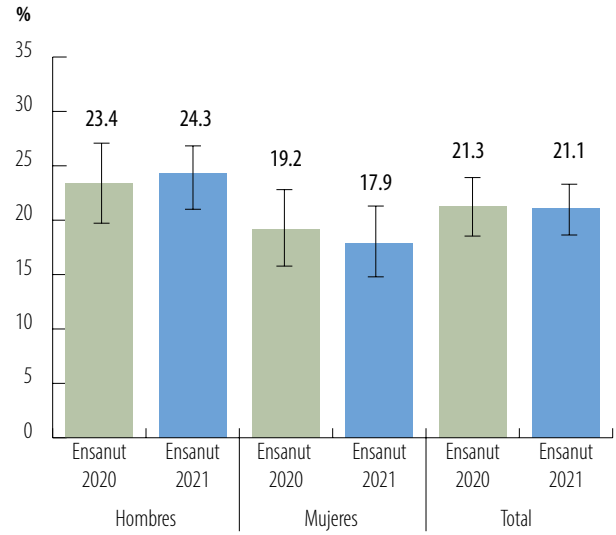
- **Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.** En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,[60] adicionalmente se estimó el porcentaje de adolescentes que reportaron consumir cinco o más copas en el caso de los hombres y de cuatro o más copas en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

Las estimaciones se realizaron con la muestra completa de participantes adolescentes (n=4 152).

La prevalencia de consumo actual de alcohol entre los adolescentes fue de 21.1%, representando 4 673 906 personas en este grupo de edad y siendo mayor en hombres (24.3%) que en mujeres (17.9%). La prevalencia de alcohol en adolescentes en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 no fue diferente a lo observado en la Ensanut 2020 sobre Covid-19 (figura 5.3.1).[59]

Figura 5.3.1

Prevalencia de consumo de alcohol. Población de 10 a 19 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El 8.0% de la población adolescente reportó consumir alcohol con frecuencia mensual, siendo mayor en hombres (9.0%) que en mujeres (7.0%). El 3.5% de las y los adolescentes reportaron un consumo excesivo de alcohol con frecuencia mensual, siendo mayor en hombres (4.3%) que en mujeres (2.7%). El 5.5% de la población entre 10 y 19 años reportó haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los 30 días previos a la encuesta (7.3% de los hombres, 3.6% de las mujeres) (cuadro 5.3.1).

Cuadro 5.3.1

Consumo actual de alcohol. Población de 10 a 19 años

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	2 726.1	24.3	21.8,27.1	1 947.8	17.9	15.5,20.5	4 673.9	21.1	19.4,23.0
Frecuencia de consumo actual de alcohol									
Diaria	10.1	0.1	0.0,0.3	1.1	0.0	0.0,0.1	11.2	0.1	0.0,0.1
Semanal	587.1	5.2	4.0,6.8	154.8	1.4	1.0,2.1	741.9	3.4	2.7,4.2
Mensual	1 012.8	9.0	7.3,11.2	760.0	7.0	5.2,9.3	1 772.8	8.0	6.7,9.6
Anual	1 116.1	10.0	8.4,11.8	1 031.9	9.5	7.9,11.3	2 148.0	9.7	8.6,11.0
Frecuencia de consumo excesivo de alcohol									
Diaria	11.4	0.1	0.0,0.4	0.0	0.0	‡	11.4	0.1	0.0,0.2
Semanal	452.8	4.0	2.9,5.5	130.6	1.2	0.7,2.1	583.4	2.6	2.0,3.5
Mensual	477.3	4.3	3.1,5.8	290.1	2.7	1.9,3.8	767.4	3.5	2.8,4.4
Ocasional	944.9	8.4	7.0,10.2	786.2	7.2	5.4,9.5	1 731.1	7.8	6.6,9.2
No en los últimos 12 meses	824.0	7.4	6.0,9.0	720.0	6.6	5.4,8.0	1 544.1	7.0	6.1,8.0
No responde	15.6	0.1	0.0,0.6	20.9	0.2	0.1,0.5	36.5	0.2	0.1,0.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	819.6	7.3	5.9,9.1	387.7	3.6	2.3,5.5	1 207.3	5.5	4.4,6.7

Prevalencia de consumo de alcohol: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual.
Consumidor diario: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria.
Consumidor semanal: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia semanal.
Consumidor mensual: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia mensual.
Consumidor anual: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia anual.
Consumo excesivo de alcohol: Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y de cuatro o más copas por ocasión en el caso de las mujeres. Se estimó la frecuencia de este patrón de consumo de forma diaria, semanal, mensual, ocasional (1-11 veces al año) y en los últimos 30 días.
*Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.
‡Sin intervalo de confianza al no haber reporte de consumo excesivo de alcohol diario en mujeres
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.4 Salud sexual y reproductiva

En el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[61] de la Agenda 2030 se contempla la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.[62]

Para el cálculo de los indicadores de salud sexual y reproductiva de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 se cuenta con una muestra de 3 251 adolescentes de 12 a 19 años y de adultos de 20 años y más de la sección 6.5. Los indicadores estimados son los siguientes:

- *Adolescentes con conocimiento de algún método anticonceptivo.* Permite observar en qué medida la población adolescente conoce algún método anticonceptivo, independientemente de si han iniciado vida sexual. Se identifica el conocimiento que los adolescentes tienen sobre los métodos para evitar infecciones de transmisión sexual y/o embarazo, así como la funcionalidad del condón masculino.
- *Adolescentes con conocimiento sobre la utilidad del condón masculino.*
- *Adolescentes con conocimiento del número de veces que se puede utilizar el condón masculino.*
- *Edad a la primera relación sexual.* Este indicador permite conocer la proporción y la edad de inicio de vida sexual en adolescentes de 12 a 19 años. Para su cálculo se consideran estimaciones a partir de los siete años.
- *Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.* Permite conocer los tipos de métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual.
- *Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.* Busca conocer los tipos de métodos anticonceptivos usados en la última relación sexual.
- *Embarazo adolescente*. El embarazo adolescente se ha convertido en un asunto de interés público, por el incremento que ha tenido en las últimas décadas y porque generalmente está asociado a las condiciones de vulnerabilidad social de las mujeres jóvenes, situación que las expone a una insuficiente educación sexual, potenciando los riesgos para las madres adolescentes, y para las niñas o niños por nacer, lo que en la mayoría de los casos "puede contribuir a la reproducción de círculos de pobreza, obstaculizando su movilidad social".[63] La puesta en marcha de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (Enapea)[62] ha mostrado que el embarazo en este grupo poblacional es un problema de causas multidimensionales, y que sus efectos tienen una repercusión negativa para el acceso a una vida digna, pleno desarrollo y exigir el respeto a los derechos humanos.
- *Adolescentes alguna vez embarazadas.* Prevalencia de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo o fue una pérdida.
- *Adolescentes embarazadas al momento de la entrevista*. Prevalencia de adolescentes embarazadas al momento de la entrevista, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo o fue una pérdida.
- *Actualmente embarazada*. Es la condición que identifica si la mujer está o no embarazada al momento de la entrevista.
- *Mujeres adultas alguna vez embarazadas.* Prevalencia de mujeres adultas de 20 a 49 años con inicio de vida sexual que alguna vez han estado embarazadas, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo o fue una perdida.

En relación con los indicadores de salud materna desde hace varias décadas el panorama internacional ha focalizado su atención en este tema, debido a que la

tendencia de la morbimortalidad en este grupo poblacional no ha descendido de la forma deseada. En 1999, con la Declaración Conjunta sobre la Reducción de la mortalidad materna efectuada por la OMS, FNUAP, Unicef y Banco Mundial, se acordaron una serie de medidas necesarias para mejorar la prestación de servicios calificados durante el embarazo y el parto, y el acceso a servicios especializados en caso de complicaciones.[64] En donde se puntualizó como condición para mejorar la salud materna y salvar la vida de las mujeres la atención por personal calificado durante el parto, con acceso a atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones.[65] Se consensó que el proveedor capacitado debería tener las destrezas necesarias, además de contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud.[66]

En el año 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio propusieron para al año 2015, reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna.[61,67] La justificación para plantear esta meta se basó en los elevados niveles de mortalidad materna registrados en el mundo en desarrollo, en el cual más de la mitad de las mujeres tenían sus partos sin asistencia de personal médico calificado.[68] Esta información documenta la gran desigualdad a nivel mundial en materia de acceso a la atención de la salud de buena calidad. Desafortunadamente, México junto con otros países, no cumplieron la reducción de esta meta,[69] por lo que en 2015 se planteó como uno de los ODS, la realización de acciones urgentes en salud materna para garantizar una atención de alta calidad para todas las mujeres.[70]

El embarazo, el parto y puerperio son eventos naturales, pero al mismo tiempo son procesos complejos que si se desvían de la normalidad pueden representar un riesgo para la salud y para la vida de la madre y de su hijo(a). Diversos estudios han demostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención costo-efectiva para promover la salud de la madre y del recién nacido. La efectividad de la atención prenatal varía según la edad gestacional en que se inicia, el número de visitas que se realizan durante el embarazo y la calidad de la atención prenatal. Las visitas prenatales favorecen a las mujeres para cursar embarazos y partos saludables y seguros y contribuyen a la sobrevivencia de los neonatos; además, permiten identificar casos de riesgo, hacer referencia oportuna a servicios de salud especializados y detectar patologías y en su caso dar tratamiento.

A continuación, se presentan los indicadores calculados sobre la salud materna:

- *Antecedentes reproductivos.* Se indaga sobre el resultado del embarazo, el cual puede terminar en nacido vivo, nacido muerto o aborto. En el caso de nacido vivo, se averigua sí éste continuaba vivo o había fallecido antes o después de cumplir un año. Para identificar esto, se consideran las siguientes definiciones:

Nacido vivo. Se refiere al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del vientre materno, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Nacido muerto. Es la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del vientre materno, cuando después de dicha separación no respira ni late el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Pérdida o aborto. Es la expulsión o extracción del vientre materno de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional, pero que sea absolutamente no viable.

- *Fecha de nacimiento del último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a).* Esta información permite conocer la situación de la fecundidad reciente referida a los últimos cinco años en el caso de las mujeres adultas y de la fecundidad de las adolescentes en toda su vida.
- *Atención prenatal.* Se refiere a la serie de visitas médicas programadas de la embarazada para vigilar la evolución del embarazo con el fin de tener una preparación adecuada para el parto, el puerperio y la atención del recién nacido. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.[6]

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida[6] las acciones y actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: a) Medición y registro de peso, talla y tensión arterial, así como interpretación y valoración; b) Valoración de riesgo obstétrico, del crecimiento uterino y del estado de salud del feto; c) Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho; d) Examen general de orina; e) Detección del VIH y sífilis de manera sistemática; f) Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; g) Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico; h) Ultrasonido; i) Orientación nutricional; j) Promoción de la lactancia materna exclusiva; k) Promoción y orientación sobre planificación familiar y l) Atención a la salud mental.

En relación con lo anterior, este reporte se centra en los resultados de tres acciones que son relevantes para la salud materno-infantil:

- *Prueba de detección de sífilis, del VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo.* Estos indicadores se calculan en mujeres que declaran haber tenido al menos un(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) cinco años antes de la encuesta. Las pruebas de

detección de sífilis y del VIH contribuyen a la prevención de la transmisión perinatal de sífilis y del VIH, respectivamente y deben realizarse a las embarazadas en consulta prenatal. El ácido fólico es una vitamina perteneciente al complejo B, también conocida como vitamina B9. Su consumo es vital durante el embarazo ya que protege al futuro bebé de presentar malformaciones, como ausencia de todo o parte del cerebro, espina bífida, hendiduras de labio y paladar, deficiencias en el tubo neural del feto, y disminuye la posibilidad de dar a luz un bebé prematuro y de bajo peso.

- *Atención del parto.* Para preservar y/o mejorar la salud materna, resulta de vital importancia la atención institucional y calificada del parto. De acuerdo con la normatividad, en la atención del parto deben aplicarse procedimientos para favorecer la seguridad emocional de la mujer y su bienestar durante el proceso en condiciones higiénicas. En especial, en mujeres primigestas, debe propiciarse la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre y cuando no existan contraindicaciones médicas u obstétricas. Estas medidas procuran una atención de calidad y respeto al derecho de las mujeres, partos espontáneos, así como la reducción de cesáreas innecesarias y disminución de la morbimortalidad y riesgo de complicaciones a largo plazo.
- *Resolución de parto.* Porcentaje de mujeres según vía de expulsión o extracción del bebé del vientre materno en el momento del parto, el cual puede ser vaginal o abdominal (cesárea). Durante las últimas décadas, la atención del parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente,[71] contribuyendo, por un lado, a la disminución de algunas causas de morbimortalidad materna y perinatal y, por el otro, al incremento en las tasas de cesáreas, las cuales a su vez ocasionan otros problemas de salud importantes.[65,72] La OMS recomienda una proporción máxima de 10 a 15% de cesáreas[72] y la Norma Oficial Mexicana 007 establece un máximo de 15% en hospitales de 2° nivel de atención y de 20% en los de 3° nivel.[6] La literatura científica internacional, en esta área, ha demostrado que cuando en lugar del parto vaginal se utiliza la cesárea sin diagnósticos clínicos prequirúrgicos correctos, los riesgos a la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres.[73]
- *Anticoncepción posparto.* Es una de las estrategias más efectivas para prevenir embarazos subsecuentes no planeados/no deseados, intervalos intergenésicos cortos[74] y riesgos de morbimortalidad materna, neonatal e infantil.[75] El acceso a la anticoncepción posparto se asocia con un conjunto de características tanto de las mujeres como de los servicios de salud. La evidencia ha mostrado que son pocas las mujeres que asisten a las consultas después del parto, por lo que el puerperio inmediato se convierte en una ventana de oportunidad para promocionar la anticoncepción, especialmente en mujeres que viven geográficamente alejadas de los servicios de salud o con carencias socioeconómicas, y sólo vuelven por motivo de otro embarazo y/o parto.[76] Este indicador se construye

a partir de las mujeres que declararon haber tenido al menos un(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) cinco años antes de la encuesta, antes del egreso hospitalario hasta después del primer mes de vida de la persona recién nacida.

Las(os) adolescentes son un grupo prioritario que requiere atención en salud y en su desarrollo integral,[77] por lo que es necesario reforzar y establecer acciones específicas que les permita desarrollar sus capacidades y máximo potencial.[78] Aun cuando en la adolescencia la mayoría de las personas tiene buena salud, la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones siguen siendo considerables en esta población; las enfermedades, lesiones, el consumo de alcohol y/o tabaco, la inactividad física, la exposición a la violencia, las relaciones sexuales sin protección, entre otras, pueden afectar la capacidad de crecimiento y desarrollo pleno y poner en peligro no sólo su salud actual, sino la de su vida adulta.[79] En este sentido, las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro, al tratarse de una etapa de transición caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida.

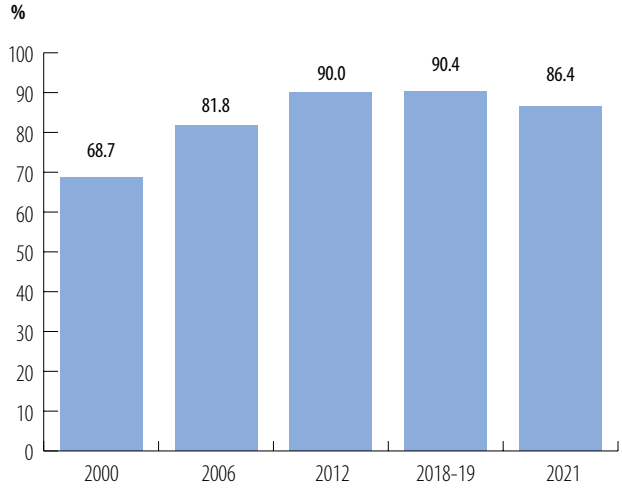
La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere de un enfoque positivo y respetuoso de las relaciones sexuales, y de que éstas sean experiencias placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.[80]

La salud reproductiva incluye la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos de manera responsable e informada en el momento que se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y acceso a servicios de salud apropiados que permitan embarazos, partos y pospartos sin riesgo, con una mayor posibilidad de tener hijos sanos.[80]

En la adolescencia, la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental debido a que las primeras experiencias sexuales de las personas ocurren en la mayoría de los casos sin información y orientación, teniendo como posible consecuencia embarazos no planeados/no deseados e infecciones de transmisión sexual.[81] En esta etapa, la población adolescente está expuesta a riesgos de salud particulares y necesidades de atención distintas a las de adultos. Dichas necesidades requieren ser atendidas con acciones de prevención en las que se consideren las diferencias por sexo, orientación sexual, condición social y económica, enfoque de género y perspectiva de derechos humanos.[61] Esto permitirá conocer y profundizar en la evolución y cambios de los comportamientos y prácticas sexuales de adolescentes para planear estrategias que conlleven a mejorar su salud. Cuando las(os) adolescentes llevan a cabo una transición saludable de esta etapa hacia la edad adulta, sus expectativas de futuro se amplían.[82]

Una de las metas específicas al 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[61] es garantizar la salud mediante el acceso universal a los servicios de salud

sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y su integración en estrategias y programas nacionales. Para poder alcanzar esta meta, el monitoreo regular de indicadores es un elemento necesario. Para dar seguimiento a la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes a nivel nacional, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 es una fuente que provee información actualizada sobre este tema. Entre los indicadores sobre métodos anticonceptivos se encontró que 86.4% de la población reportó haber escuchado hablar de algún método. Al comparar estos resultados con los de encuestas de salud anteriores, se observó un incremento en la proporción de estos adolescentes de 2000 a 2021 (figura 5.4.1); no obstante, la cifra se ha mantenido similar[b] en un periodo de alrededor de diez años (90.0% en 2012, 90.4% en 2018 y 86.4% en 2021). Los datos anteriores evidencian el estancamiento en información que esta población ha tenido sobre un tema relevante de la salud sexual y reproductiva. Además, cabe destacar que el hecho de haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo no necesariamente significa que las(os) adolescentes tengan el conocimiento adecuado sobre el uso correcto de los mismos. Por lo que es necesario ampliar y reforzar la información de manera completa, correcta y oportuna.



Fuente: Ensa 2006, Ensanut 2000, 2012, 2018-19, y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 5.4.1

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo para no embarazarse

En relación con el conocimiento de métodos anticonceptivos, y tomando en consideración que el condón masculino es el más utilizado por la población adolescente,[83] se indagó acerca del conocimiento básico que éstos tienen mediante la pregunta ¿cuántas veces se puede usar un mismo condón masculino? Obteniendo un 89.3% de adolescentes que respondió correctamente "una sola vez" (92.1%

[b] En el presente apartado se considera "similar" cuando los intervalos de confianza al 95% se traslapan.

hombres y 86.4% mujeres). Vale la pena mencionar que entre 2018-19 y 2021 este conocimiento tuvo un incremento significativo en el total de la población (85.4% y 89.3% respectivamente) (cuadro 5.4.1). Adicionalmente, se les formuló una pregunta sobre la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual: ¿para qué se utiliza el condón masculino? Únicamente 36.3% (35.2% hombres y 37.6% mujeres) respondió de manera correcta "para prevenir un embarazo y una infección de transmisión sexual". Este hallazgo contrasta con el de 2018-19, donde 45.2% del total de adolescentes respondió correctamente, evidenciando un retroceso en la proporción de adolescentes que saben de este tema. Los resultados de estas dos preguntas resaltan un conocimiento dispar del condón, en particular sobre su utilidad, por lo que es necesario reforzar y focalizar campañas de información en este aspecto.

Cuadro 5.4.1

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad con conocimientos correctos del uso del condón masculino por sexo

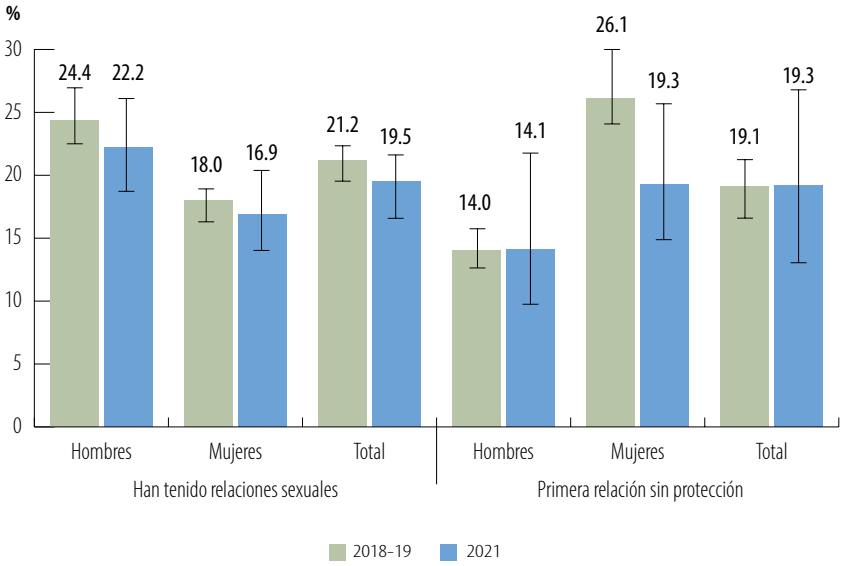
Ensanut 2021 sobre Covid-19	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Conocen el número de veces que se puede usar un condón masculino									
Sí	6 704.4	92.1	90.1,93.7	5 803.3	86.4	83.7,88.6	12 507.7	89.3	87.6,90.8
No	579.0	7.9	6.3,9.9	866.1	12.9	10.7,15.4	1 445.1	10.3	8.9,12.0
No responde	0.0	0.0		50.9	0.8	0.3,2.3	50.9	0.4	0.1,1.1
Total	**7 283.4**	**100.0**		**6 720.3**	**100.0**		**14 003.7**	**100.0**	
Conocen que el condón masculino se usa para prevenir embarazos e ITS									
Sí	2 560.4	35.2	31.6,38.8	2 528.2	37.6	33.7,41.7	5 088.6	36.3	33.6,39.2
No	4 602.0	63.2	59.5,66.7	3 957.8	58.9	54.9,62.7	8 559.8	61.1	58.3,63.9
No responde	121.0	1.7	1.0,2.7	234.3	3.5	2.6,4.7	355.3	2.5	2.0,3.3
Total	**7 283.4**			**6 720.3**			**14 003.7**		
Ensanut 2018-19									
Conocen el número de veces que se puede usar un condón masculino									
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Sí	6 927.7	86.9	85.7,88.0	6 414.7	83.8	82.5,85.1	13 342.4	85.4	84.5,86.2
No	17.0	0.2	0.1,0.4	9.5	0.1	0.1,0.3	26.6	0.2	0.1,0.3
No responde	1 029.0	12.9	11.8,14.1	1 228.2	16.0	14.8,17.4	2 257.2	14.4	13.6,15.4
Total	**7 973.7**	**100.0**		**7 652.4**	**100.0**		**15 626.1**	**100.0**	
Conocen que el condón masculino se usa para prevenir embarazos e ITS									
Sí	3 502.7	43.9	42.0,45.9	3 566.6	46.6	44.7,48.5	7 069.4	45.2	43.8,46.7
No	4 283.5	53.7	51.8,55.7	3 777.1	49.4	47.5,51.2	8 060.5	51.6	50.2,53.0
No responde	187.5	2.4	1.9,2.9	308.7	4.0	3.4,4.8	496.2	3.2	2.8,3.6
Total	**7 973.7**	**100.0**		**7 652.4**	**100.0**		**15 626.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El inicio sexual es un acontecimiento crucial en la vida de las personas debido a las implicaciones que tiene para su futuro y para su salud sexual y reproductiva, propiciando el posible desempeño de nuevos roles y responsabilidades que no corresponden a su edad. Al respecto en la Ensanut 2021 sobreCovid-19 se reportó que 19.5% de las(os) adolescentes de 12 a 19 años inició vida sexual[c] incluyendo aquellas(os) que no recordaron la edad, con diferencias marginalmente significativas entre sexos (22.2% hombres y 16.9% mujeres). Esta información es similar a la reportada en 2018-19, donde 21.2%, del total se iniciaron sexualmente (24.4% hombres y 18.0% mujeres) (figura 5.4.2).

Figura 5.4.2

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual y porcentaje de adolescentes que en la primera relación sexual no usaron método anticonceptivo



Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Para un inicio de vida sexual saludable, responsable y placentero, es fundamental el uso informado, adecuado y oportuno de métodos anticonceptivos. El método anticonceptivo apropiado para cada persona depende de su situación de salud general, la edad, la frecuencia de la actividad sexual, el número de parejas sexuales, el deseo de tener hijos en el futuro y los antecedentes familiares de determinadas enfermedades.[84] En particular, es necesario que la población adolescente

c En esta cifra no se consideraron las personas que declararon haberse iniciado sexualmente antes de los siete años de edad

tenga satisfecha sus necesidades de anticoncepción y erradicar las barreras para acceder a los servicios.[85] En la Ensanut 2021 sobre Covid-19 se indagó sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual. En relación con la primera, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 19.3% no utilizó métodos anticonceptivos, porcentaje sin diferencias estadísticamente significativas a lo reportado en 2018-19 (19.1%). De los que usaron algún método, 80.4% usó condón masculino (cuadro 5.4.2), cifra similar al porcentaje reportado en 2018-19 (79.2%). La información desagregada por sexo muestra que el uso del condón masculino fue el de mayor frecuencia, sin diferencias estadísticas (84.7% en hombres 74.7% en mujeres). No se observaron diferencias respecto a la información de 2018-19 (82.7% hombres y 69.2% mujeres).

En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, en la Ensanut 2021 sobre Covid-19, se encontró que 19.5% de las(os) adolescentes no utilizó ninguno, cifra similar a la de 2018-19 (21.1%). Por sexo, 12.6% de hombres y 28.6% de mujeres no utilizaron ningún anticonceptivo en 2021, cifras similares a las de 2018-19 (15.8% hombres y 28.5% mujeres). De los que reportaron utilizar un método anticonceptivo en la última relación sexual, 72.3% usó condón masculino, datos similares a los de 2018-19 (69.1%). Por sexo, la información obtenida en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 muestra que 82.2% de hombres y 59.2% de las mujeres reportaron haber usado condón, con diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Destaca que estos resultados son similares a los de Ensanut 2018-19 (79.2% hombres y 54.9% mujeres) (cuadro 5.4.2).

Respecto a la salud materna, los ODS[61] proponen avances sustanciales para 2030, en los que se incluye reducir la mortalidad materna a ≤70 por 100 000 nacidos vivos.[86] Para alcanzar este objetivo se requiere identificar las disparidades en los servicios de salud, particularmente en los grupos de población más desfavorecidos, como los adolescentes quienes tienen menos probabilidades que las mujeres adultas de recibir atención médica prenatal.[87] La literatura científica ha demostrado que la atención limitada durante el embarazo y la inmadurez física durante el parto representan una amenaza para la salud de la díada madre-recién nacido,[88] siendo las complicaciones, en estas dos etapas, la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 y 19 años de edad.[89] Es de vital importancia que las adolescentes y sus hijos reciban la atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio para garantizar una maternidad saludable.[90,91]

Cuadro 5.4.2

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual por tipo de método anticonceptivo usado en la primera y última relación sexual por sexo

Sexo	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	Total			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Total						
Condón	2 767.3	80.4	75.3,84.6	2 488.6	72.3	66.9,77.1
Hormonales*	273	7.9	5.7,11.0	359.7	10.4	7.1,15.0
Otro‡	42.3	2.9	1.2,6.8	137	4	2.7,5.9
Nada	285.5	19.3	13.5,26.7	670.6	19.5	15.1,24.7
No recuerda/no responde	21.3	0.6	0.2,1.5	13.4	0.4	0.1,1.3
Hombres						
Condón	1 660.3	84.7	76.7,90.3	1 611.1	82.2	74.1,88.1
Hormonales*	130.3	6.6	4.0,10.8	175.7	9	4.7,16.5
Otro‡	55	2.8	1.2,6.7	59.8	3.1	1.5,6.1
Nada	276.2	14.1	8.6,22.3	246.2	12.6	8.0,19.2
No recuerda/No responde	13.8	0.7	0.3,1.8	5.9	0.3	0.1,0.9
Mujeres						
Condón	1 107	74.7	66.7,81.3	877.5	59.2	50.4,67.5
Hormonales*	142.7	9.6	6.2,14.6	183.9	12.4	7.9,18.9
Otro‡	42.3	2.9	1.2,6.8	77.2	5.2	3.4,8.0
Nada	285.5	19.3	13.5,26.7	424.4	28.6	21.3,37.3
No recuerda/no responde	7.5	0.5	0.1,3.5	7.5	0.5	0.1,3.5

*Incluye Pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes
‡Para la primera relación sexual incluye condón femenino, DIU, óvulos, jaleas, espuma o diafragma, ritmo calendario, retiro y otro. Para la última relación sexual incluye OTB, vasectomía, condón femenino, DIU, óvulos, jaleas, espuma o diafragma, ritmo calendario, retiro y otro.
IC: Intervalo de confianza
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El embarazo en adolescentes es un problema de causas multidimensionales, con efectos que tienen repercusiones negativas para su salud y desarrollo para la vida. Para solventar este problema, en México se puso en marcha desde 2016 la Enapea[92] en la que se plantea una reducción importante de del embarazo en la adolescencia. En seguimiento a esta meta, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 muestra que 36.0% de las mujeres de 12 a 19 años que iniciaron vida sexual reportaron haber estado embarazadas alguna vez y 43.1% reportó haber estado embarazada al momento de la encuesta (cuadro 5.4.3).

Cuadro 5.4.3

Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual alguna vez embarazadas y embarazadas al momento de la encuesta

	N(miles)	%	IC95%
Alguna vez embarazada*			
Sí	534.2	36.0	28.1,44.9
No	948.1	64.0	55.1,71.9
No responde	0.0	0.0	
Total	**1 482.2**	**100.0**	
Embarazadas al momento de la encuesta‡			
Sí	230.4	43.1	29.6,57.8
No	299.7	56.1	41.6,69.7
No responde	4.0	0.7	0.1,5.2
Total	**534.2**	**100.0**	

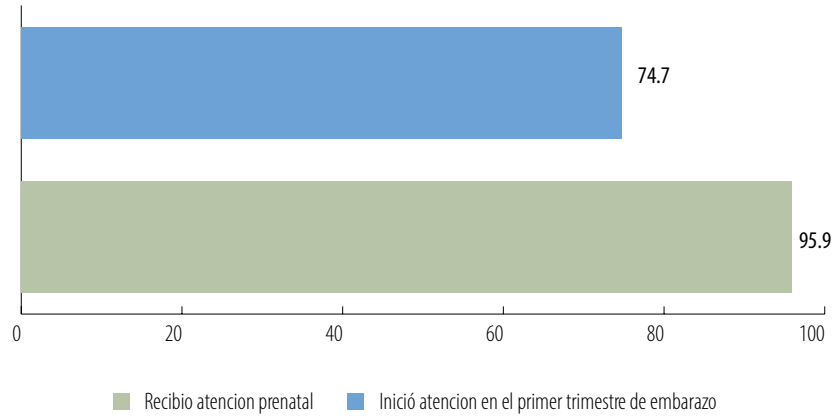
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
*Estimación obtenida con 292 observaciones de mujeres que declararon inicio de vida sexual
‡Estimación obtenida con 115 observaciones de mujeres con inicio de vida sexual que declararon haber estado alguna vez embarazadas
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

De las adolescentes que dijeron haber estado alguna vez embarazadas, 95.9% recibió atención prenatal durante el embarazo de su último hijo nacido vivo y de estas mujeres, 74.7% inició esta atención en el primer trimestre del embarazo (figura 5.4.3). Como parte de la atención prenatal básica y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 00[76] es primordial durante las consultas prenatales la realización de pruebas y acciones en beneficio de la salud de la madre y su hijo(a), entre las que destacan la prueba de detección de sífilis y del VIH, así como la prescripción de ácido fólico. Sobre esto, los resultados muestran que 2021 las mujeres de 12 a 19 años que recibieron atención prenatal de su último hijo nacido vivo a 66.8% se le hizo prueba de detección de sífilis, a 77.2% la del VIH y al 95.3% se le prescribió ácido fólico (cuadro 5.4.4). Llama la atención el contraste de estas cifras en las diferentes acciones que se le realizaron a las adolescentes embarazadas.

En relación con la resolución del parto del último hijo nacido vivo, 70.7% de las mujeres adolescentes tuvieron el parto vaginal y 29.3% por cesárea (figura 5.4.4). Estas cifras dan cuenta de la falta de cumplimiento en el porcentaje de nacimientos por cesáreas al ubicarse por encima del valor recomendado por la OMS (10 y 15% de cesáreas necesarias),[93] y por lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 007 (máximo de 15% en hospitales de 2º nivel de atención y de 20% en los del 3º nivel).[6]

Figura 5.4.3

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que recibió atención prenatal del último hijo nacido vivo y atención prenatal en el primer trimestre del embarazo



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 5.4.4

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con último hijo nacido vivo por prueba de detección de sífilis, del VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo

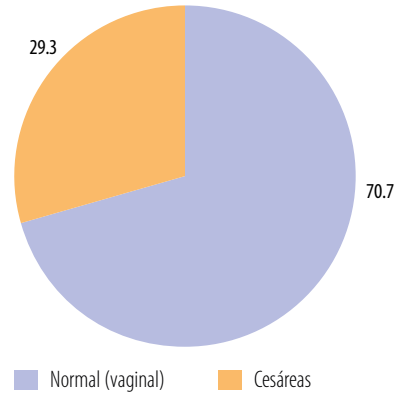
Acciones realizadas durante el embarazo	Detección de Sífilis (VDRL)			Detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)			Prescripción de ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	178.2	66.8	50.9,79.6	206.0	77.2	60.5,88.2	254.3	95.3	86.5,98.5
No	84.9	31.8	19.2,47.9	60.8	22.8	11.8,39.5	12.5	4.7	1.5,13.5
No responde	3.6	1.4	0.2,9.4	0			0		
Total	**266.8**	**100.0**		**266.8**	**100.0**		**266.8**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Nota: Estimación obtenida con 69 observaciones
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el posparto, el otorgamiento de anticoncepción es una de las estrategias más efectivas para prevenir embarazos subsecuentes no planeados/no deseados, intervalos intergenésicos cortos[75] y riesgos de morbimortalidad materna, neonatal e infantil,[73] además constituye una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. En relación con la anticoncepción en el posparto del último hijo nacido vivo, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 muestra que a 53.0% de las mujeres de 12 a 19 años se le proporcionó anticonceptivo en el posparto. Este resultado denota la necesidad de fortalecer las estrategias para dar cumplimiento y alcanzar las metas del Programa de Acción Especifico de Planificación Familiar, en el que se establece una cobertura de 70%[94] (cuadro 5.4.5).

Figura 5.4.4

Distribución porcentual de mujeres de 12 a 19 años de edad con último hijo nacido vivo, por tipo de parto



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 5.4.5.

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años por otorgamiento de método anticonceptivo posparto

Se le dio método anticonceptivo	N(miles)	%	IC95%
Sí	150.6	53.0	38.0,67.6
No	133.4	47.0	32.4,62.0
Total	**277.5**	**100.0**	

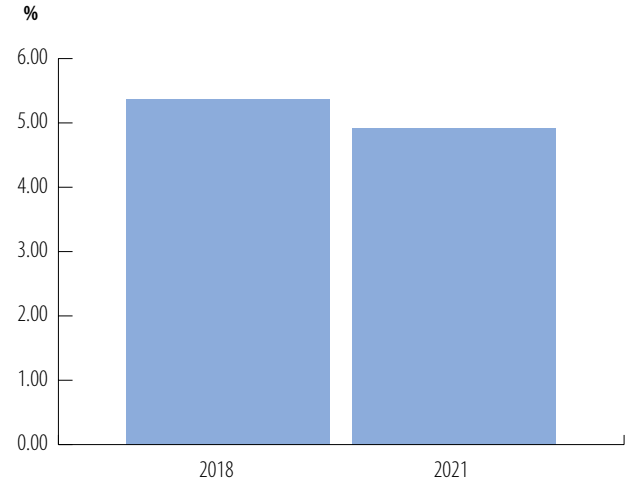
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Nota: Estimación obtenida con 76 observaciones
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.5 Accidentes en adolescentes

Los accidentes también afectan a las y los adolescentes de forma importante. La prevalencia en adolescentes se estimó a partir del autorreporte de lesiones accidentales en el año previo a la encuesta. Un total de 1 087 328 adolescentes sufrieron una lesión accidental durante el año previo. Esto representa 4.92% del total de adolescentes en México, cifra menor a la estimado en 2018 (5.4%)[44] (figura 5.5.1). Este porcentaje fue mayor en hombres (6.5%) que en mujeres (3.3%) (cuadro 5.5.1). A diferencia de lo observado en 2018, el subgrupo de edad más afectado fue el de 10 a 12 años. Del total de adolescentes que reportaron una lesión accidental, 10.0% (n=108 198) indicó tener consecuencias permanentes en su estado de salud. Este porcentaje es casi dos puntos porcentuales menor a lo estimado en 2018 (11.89%, n=145 268).[44]

Figura 5.5.1

Prevalencia de accidentes no fatales de la población de 10 a 19 años



Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 5.5.1

Prevalencia de accidentes en el último año en población de 10 a 19 años, por grupo de edad y sexo

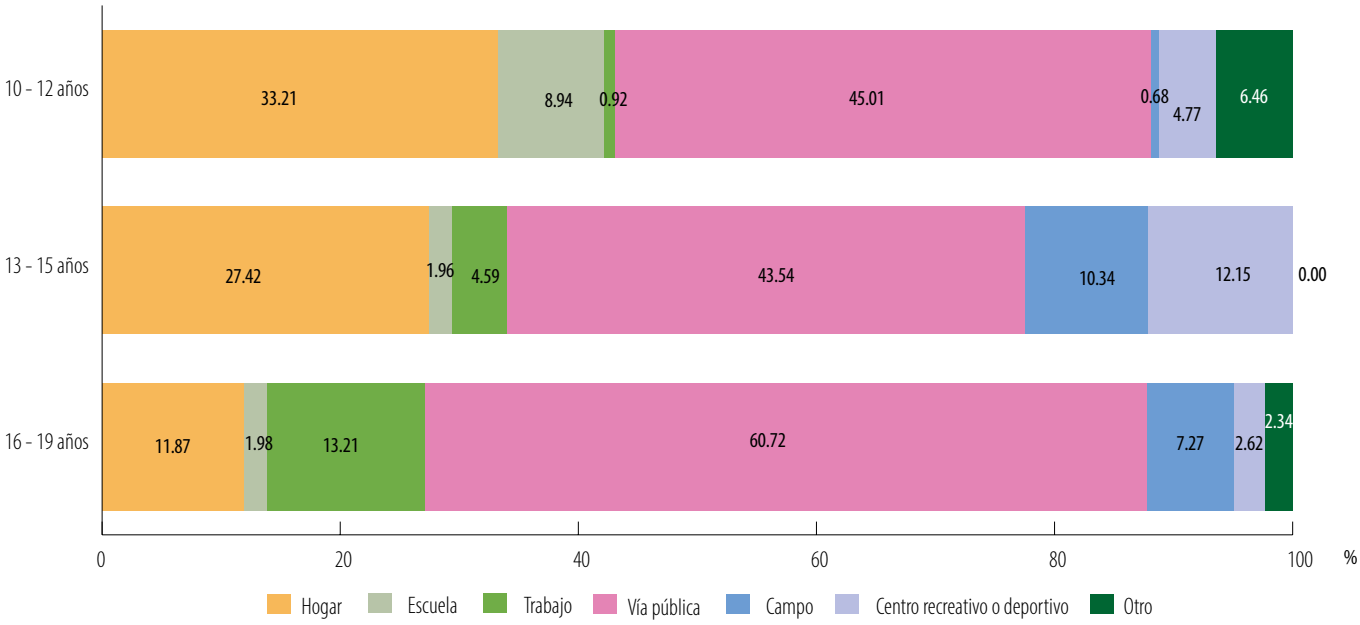
Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
10 a 12	259.9	7.62	5.15,11.14	130.6	3.79	2.43,5.88	390.4	5.70	4.23,7.64
13 a 15	178.3	5.16	3.45,7.66	125.3	3.70	2.21,6.12	303.7	4.44	3.18,6.16
16 a 19	285.7	6.59	4.64,9.29	107.5	2.64	1.63,4.25	393.2	4.67	3.49,6.24
Total	**723.9**	**6.46**	**5.16,8.08**	**363.4**	**3.33**	**2.51,4.41**	**1 087.3**	**4.92**	**4.07,5.94**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La mayor parte de las lesiones accidentales ocurrieron en la vía pública (50.31%) y el hogar (23.83%); una proporción más pequeña ocurre en lugar de trabajo (6.42%) y en centro recreativo o deportivo (6.06%), notándose en este sentido una diferencia con Ensanut 2018,[44] en la cual la ocurrencia en la escuela ocupaba el tercer lugar. También este porcentaje fue diferente entre los distintos subgrupos de edad, llamando la atención el grupo de 16 a 19 años, en el cual, el principal sitio de ocurrencia fue la vía pública, seguido por el trabajo y en tercer lugar el hogar (figura 5.5.2). Las caídas fueron la principal causa de lesiones accidentales en adolescentes con 55.42%, las lesiones de tránsito ocupan un segundo lugar con 25.17% y en conjunto los golpes con equipo o maquinaria y los golpes, rasguños o mordidas por persona o animal constituyen una proporción de 12.65 por ciento. En el grupo de 16 a 19 años de edad la proporción de caídas es menor, aunque sigue siendo la principal causa y se observa un incremento en la proporción de lesiones de tránsito (figura 5.5.3).

Figura 5.5.2

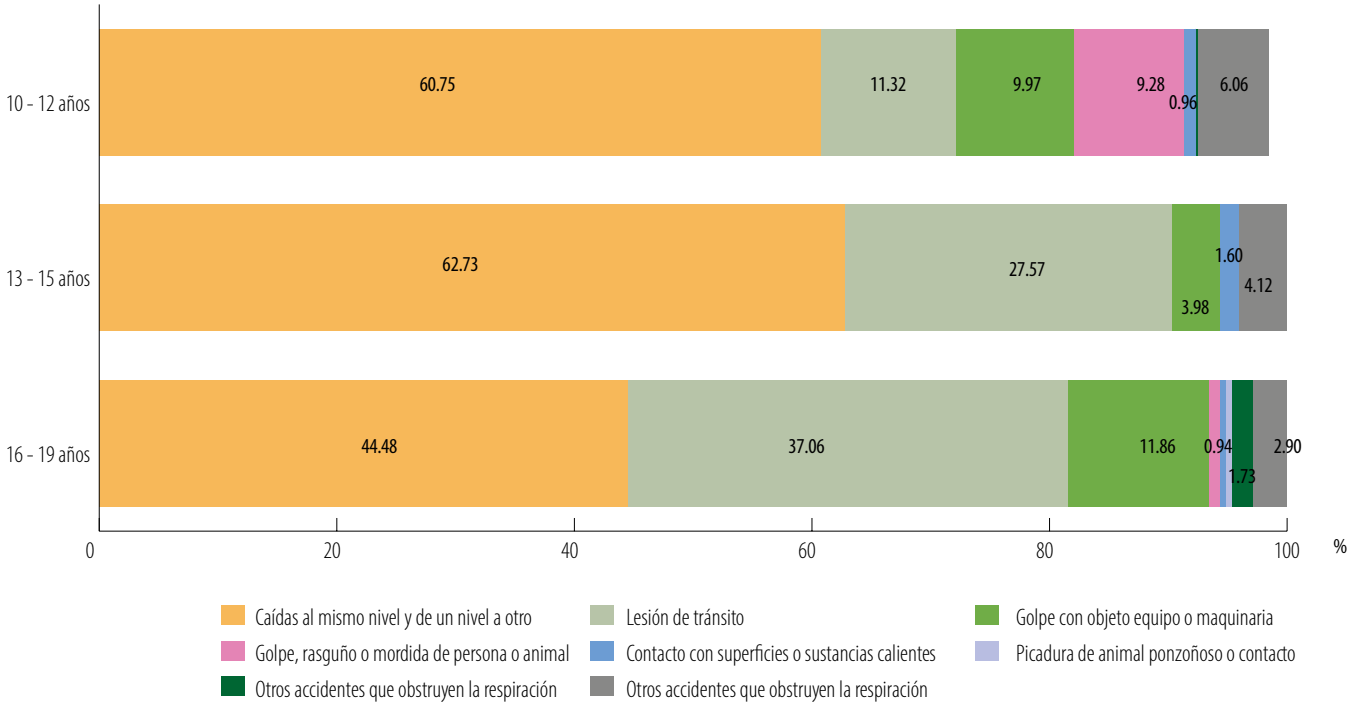
Lugar de ocurrencia de las lesiones accidentales en población de 10 a 19 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 5.5.3

Principales tipos de accidentes en población de 10 a 19 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

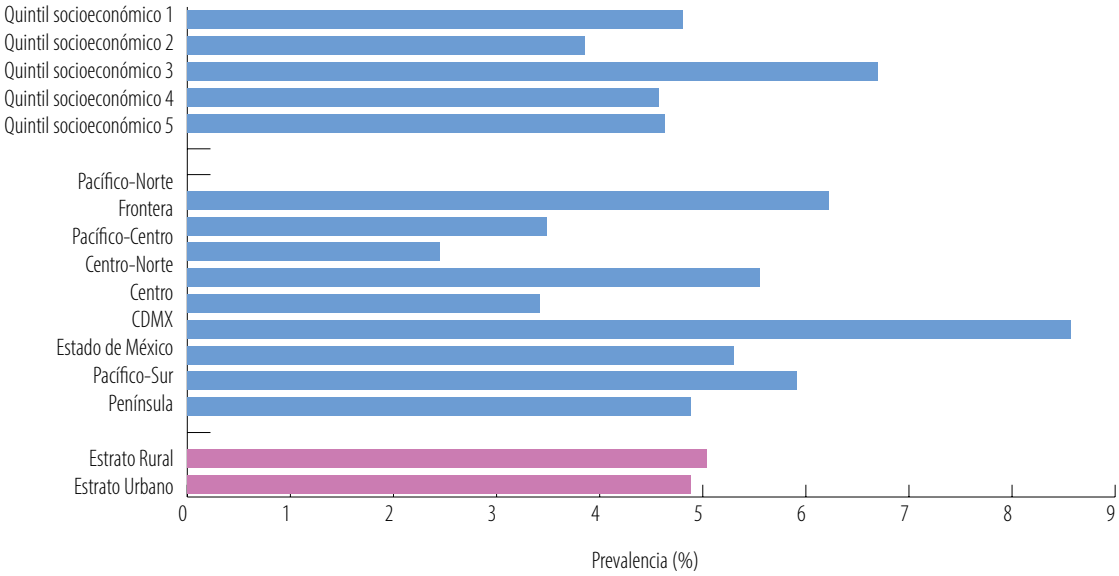
Un alto porcentaje de adolescentes que sufrió una lesión accidental solicitó atención médica (54.51%, equivalente a 589 527 adolescentes), 4.92% recibieron atención no formal (curandero, huesero, sobador) y 36.95% no recibieron algún tipo de atención. Las acciones de prevención en el tema de las lesiones son clave para evitar la aparición de secuelas incapacitantes, además, podría significar ahorros importantes en servicios de atención médica.

Se hace notar que, del total de adolescentes lesionados, 1.56% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento; 0.47% consumió alcohol y otras drogas. Esta información es fundamental, en primer lugar, por el consumo de bebidas alcohólicas y uso de drogas a edades tempranas y las repercusiones en la salud física y mental que podría tener en la edad adulta. Por otro lado, el consumo de alcohol podría contribuir a la severidad de las lesiones.

La figura 5.5.4 presenta la prevalencia de lesiones accidentales según el estrato de residencia (urbano/rural), por región del país y por índice de bienestar de los hogares (presentado en quintiles). Se observa que la prevalencia es similar tanto en zona urbana como en la rural, es más alta en las regiones Ciudad de México y Pacífico-Norte y en el quintil tres del índice de bienestar.

Figura 5.5.4

Prevalencia de lesiones accidentales en población adolescentes, según variables de interés



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.6 Ataque o violencia

En el tema de violencia se utilizó como base la batería de preguntas de Ensanut 2018-19, se agregó una pregunta adicional al inicio de la sección: En los últimos 12 meses, ¿Usted fue víctima de algún incidente en el que la/lo atacaran o violentaran físicamente? Posteriormente en la sección se explora si sufrieron algún daño a la salud debido a estos hechos violentos.

Los indicadores presentados en esta temática corresponden a:

- Prevalencia de violencia: porcentaje de la población por grupo de edad y sexo, que reporta haber sufrido algún evento violento en el año previo a la encuesta.
- Porcentaje del tipo de violencia desagregado por herida por arma de fuego, herida por arma punzocortante, empujón desde un lugar elevado, golpes, patadas o puñetazos, agresión sexual, agresión verbal y otro, calculado como el porcentaje del tipo de violencia reportado con respecto a la población que reporta haber sufrido daños a su salud por alguna experiencia violencia durante el año previo a la encuesta.

- Distribución porcentual del principal motivo de ataque o violencia, desagregada por robo o asalto, riña con desconocidos, riña con personas conocidas, violencia con el novio, pareja o esposo.
- Distribución porcentual por lugar de la agresión o violencia desagregado por hogar, lugar de trabajo, transporte público, vía pública, establecimiento comercial y otro.
- Prevalencia de ideación suicida alguna vez en la vida se estimó a partir de la pregunta "¿Alguna vez has pensado en suicidarte?".
- Prevalencia de intento de suicidio: se define como una: conducta autolesiva que se realiza con la finalidad de morir pero que no logra su propósito. Para la medición del intento de suicido, se utilizó la pregunta de encuestas Ensanut anteriores, "¿Alguna vez a propósito te has herido- cortado- intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?", la cual contempla tres posibles respuestas: 1) Sí, una vez, 2) Sí, dos o más veces y 3) Nunca. A partir de las opciones de respuesta 1 y 2, se estimó la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida.

Daños a la salud por un evento violento en los últimos 12 meses

El 2.5% de la población adolescente reportó haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses. De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 1.4% de las mujeres y 3.6% de los hombres experimentaron algún evento violento. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad más afectado es el de 16 a 19 años, notando que a medida que aumenta la edad, aumenta la proporción de adolescentes que experimentaron un evento violento (cuadro 5.6.1).

Cuadro 5.6.1

Distribución de adolescentes por reporte de ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad

Sexo	Sufrió ataque o violencia								
	Sí			No			No sabe/no responde		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Nacional	554.3	2.5	1.9,3.2	21 541.6	97.4	96.7,98.0	13.2	0.1	0.0,0.2
Mujeres									
10-12 años	28.6	0.9	0.3,2.7	3 292.5	99.1	97.3,99.7	0.0	0	
13-15 años	37.3	1.1	0.4,2.7	3 424.8	98.8	97.2,99.5	4.2	0.1	0.0,0.9
16-19 años	83	2.0	1.2,3.4	4 023.2	98.0	96.6,98.8	0.0	0	
Total	**148.9**	**1.4**	**0.9,2.1**	**10 740.4**	**98.6**	**97.9,99.1**	**4.2**	**0**	**0.0,0.3**
Hombres									
10-12 años	32.1	0.9	0.4,2.0	3 433.8	98.8	97.6,99.4	9.0	0.3	0.0,1.3
13-15 años	99.1	2.9	1.6,5.2	3 344.5	97.1	94.8,98.4	0.0	0.0	
16-19 años	274.2	6.4	4.3,9.3	4 022.9	93.6	90.7,95.7	0.0	0.0	
Total	**405.4**	**3.6**	**2.7,4.9**	**10 801.2**	**96.3**	**95.0,97.3**	**9**	**0.1**	**0.0,0.4**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 5.6.2

Población adolescente de 10 a 19 años que sufrió violencia* en el último año, por tipo de violencia, motivo principal, lugar de ocurrencia y sexo.

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tipo de violencia						
Agresiones con substancias‡	0	-	0.8	0.6,1.2	0.2	0.2,0.3
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento‡	0	-	0.8	0.6,1.2	0.2	0.2,0.3
Arma de fuego‡	6.1	2.9,12.4	0.8	0.6,1.2	4.7	2.4,9.1
Objetos cortante‡	7	2.0,21.2	6.2	1.1,28.0	6.8	2.4,17.3
Empujón desde lugar elevado‡	0.8	0.6,0.9	0.8	0.6,1.2	0.8	0.7,0.9
Golpes, patadas, puñetazos	55.2	43.7,66.3	51	33.7,68.1	54.1	44.0,63.9
Otras agresiones o maltrato‡	6.1	5.0,7.4	13.4	4.9,32.0	8.1	5.0,12.7
Envenenamiento‡	0		0.8	0.6,1.2	0.2	0.2,0.3
Agresiones verbales‡	22.2	13.1,34.9	10.3	4.9,20.3	19	11.7,29.3
Otro‡	11	5.4,20.9	25.9	11.3,48.9	15	8.4,25.4
Motivo principal						
Robo o asalto‡	25.1	17.1,35.2	18.1	6.3,41.7	23.2	15.7,32.8
Incidente de tránsito‡	2	0.3,13.4	1.8	0.2,12.8	2	0.4,9.0
Riña con conocidos	26.3	16.0,40.0	17	11.8,24.0	23.8	16.1,33.7
Riña con desconocidos	34.4	22.3,48.9	30.5	18.2,46.3	33.3	23.3,45.1
Secuestro‡	0		0.8	0.6,1.2	0.2	0.2,0.3
Violencia con familiares‡	5.1	4.2,6.2	17.9	6.5,40.7	8.5	4.6,15.3
Violencia con pareja‡	0		5.5	1.3,20.3	1.5	0.3,6.0
Otro‡	5	1.5,15.3	8.4	3.6,18.3	5.9	2.8,12.2
No responde‡	2.2	0.3,14.4	0		1.6	0.2,11.0
Lugar del ataque						
Hogar‡	9.5	4.3,19.7	32.8	16.3,54.9	15.8	9.2,25.7
Escuela‡	5.1	1.3,17.5	6.8	1.0,35.5	5.5	1.8,15.5
Trabajo‡	2.9	0.7,11.6	3.6	0.5,21.9	3.1	1.0,9.5
Transporte público‡	6.1	0.9,32.3	0		4.5	0.6,25.4
Vía pública	69.5	53.2,82.0	45	25.0,66.8	62.9	49.7,74.4
Campo‡	0.8	0.6,1.0	1.3	0.2,9.1	0.9	0.4,2.0
Antro, bar‡	2.1	0.5,8.1	0		1.6	0.4,6.0
Establecimiento comercial‡	1.6	0.2,10.4	0		1.1	0.2,7.8
Otro (especifique)‡	2.5	0.3,15.8	10.5	2.8,32.7	4.6	1.5,13.4
Sufrió daño a la salud						
Sí	21.9	10.6,39.8	19.8	8.1,40.9	21.3	12.1,34.8
No	78.1	60.2,89.4	80.2	59.1,91.9	78.7	65.2,87.9

*Estimaciones basadas en 95 casos muestrales que reportaron ataque o violencia en los últimos 12 meses
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
‡Cifras que se basan en menos de 20 casos muestrales

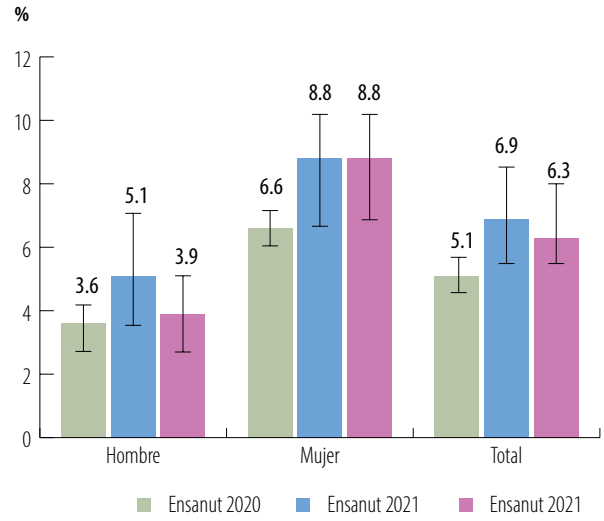
En relación con el tipo de violencia experimentada por la población adolescente, se encontró principalmente los golpes, patadas y puñetazos, con 54.1%, este comportamiento es similar en hombres y en mujeres (51 y 55.2%, respectivamente). En cuanto al motivo principal, las riñas con desconocidos se reportaron con mayor frecuencia (34.4% en hombres y 30.5% en mujeres). Así mismo, la vía pública fue el lugar donde con mayor frecuencia ocurrieron los hechos violentos (69.5% en hombres y 45% en mujeres). Además, 78.7% de los adolescentes reportó daños a la salud debido a los eventos violentos (cuadro 5.6.2).

Conductas suicidas en adolescentes alguna vez en la vida

Con relación a la ideación suicida en adolescentes, destaca que 6.3% de la población adolescente ha tenido algún pensamiento suicida a lo largo de su vida, cifra similar a lo reportado en las encuestas anteriores. No se encontraron incrementos significativos entre ambos sexos; sin embargo, destaca que las mujeres reportan mayor prevalencia de este tipo de pensamientos que los hombres (8.8 y 3.9%, respectivamente) (figura 5.6.1).

Figura 5.6.1

Prevalencia de pensamiento suicida alguna vez en la vida en población adolescente

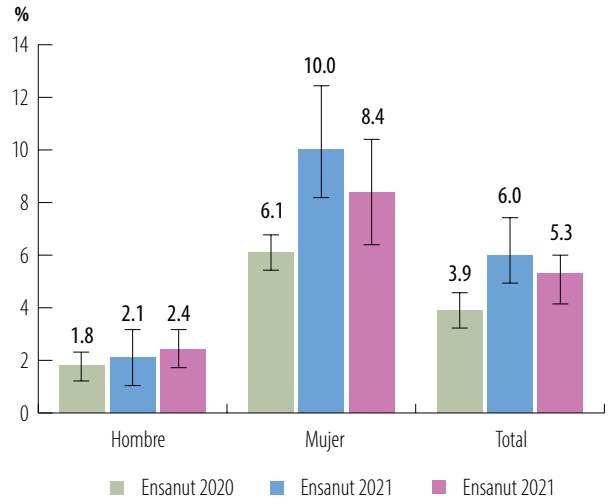


Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El 5.3% de la población adolescente reportó haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida, cifra significativamente superior a 3.9% reportada en Ensanut 2018-19. En el caso de las mujeres, esta clase de conductas se reporta en 8.4%, cifra estadísticamente superior a 6.1% reportado en Ensanut 2018-19 (figura 5.6.2).

Figura 5.6.2

Prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida en población adolescente



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al preguntar si el intento de suicidio fue en los últimos 12 meses, destaca que 42.5% de las mujeres y 24.0% de los hombres lo realizó en el último año (cuadro 5.6.3).

Cuadro 5.6.3

Población adolescente de 10 a 19 años que reporta intento de suicidio por grupos de edad, según si fue en el último año

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
El intento de suicidio fue en el último año						
Sí	24.0	13.4,39.1	42.5	33.2,52.4	38.3	30.6,46.8
No	76.0	60.9,86.6	57.1	47.3,66.5	61.4	53.0,69.2
No responde	0.0		0.3	0.1,1.8	0.3	0.0,1.4
Total	**100**		**100**		**100**	

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.7 Sintomatología depresiva

La Ensanut 2021 sobre Covid-19 a nivel nacional incluyó la medición de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 años y más. La depresión y la sintomatología depresiva, que incluye tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño, afecta negativamente las vidas de los adolescentes y adultos, de sus hijas(os) y de sus familias.

Para medir sintomatología depresiva entre los adolescentes y adultos se usó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), una versión abreviada de siete reactivos, a partir de la Escala CES-D,[95] que evalúa la frecuencia con la que los adolescentes y adultos han experimentado síntomas de depresión en la última semana. La CESD de 20, 19, 12 y 10 ítems se han validado para adolescentes en China, Estados Unidos, Canadá y Taiwán, encontrándose que es una herramienta adecuada para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes. En México no se cuenta con validación del punto de corte de la CESD de siete ítems específica para adolescentes, por lo que se usó de manera provisional el punto de corte de nueve puntos. La CESD-7 se validó en población mexicana adulta[96,97] y los puntos de corte para identificar la presencia de sintomatología depresiva moderada o severa son nueve puntos para adultos de 20 a 59 años y cinco puntos para adultos ≥ 60 años.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

INDICADOR	Definición	Numerador	Denominador
Sintomatología depresiva de adolescentes	Porcentaje de adolescentes con sintomatología depresiva	Número de adolescentes con indicación de depresión moderada o severa	Número total de adolescentes
Sintomatología depresiva de adultos	Porcentaje de adultos con sintomatología depresiva	Número de adultos con indicación de depresión moderada o severa	Número total de adultos

Para las estimaciones de los indicadores de sintomatología depresiva se consideraron a 4 152 adolescentes.

En el cuadro 5.7.1 se muestra el porcentaje de adolescentes de acuerdo con los síntomas depresivos en la última semana y la frecuencia con que se tuvieron. Destaca que el sentirse triste es uno de los problemas más recurrentes entre la población adolescente, 13.7% indicó sentirse triste un número considerable de veces, mientras que 71.6% manifestó que todo el tiempo o la mayoría del tiempo se sintieron tristes. La proporción de adolescentes que participó en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 y que presentaron un puntaje de nueve o más fue de 6.6 por ciento.

Cuadro 5.7.1

Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años

Durante la semana pasada…	Rara vez o nunca			Pocas veces			Un número considerable de veces			Todo el tiempo/la mayoría del tiempo		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N(miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza	17 772.5	80.4	78.7,82.0	3 095.2	14.0	12.5,15.7	757.5	3.4	2.8,4.2	483.8	2.2	1.7,2.8
Le costó trabajo concentrarse	14 891.3	67.4	65.3,69.3	5 293.1	23.9	22.2,25.8	1 173.1	5.3	4.5,6.3	751.6	3.4	2.7,4.3
Se sintió deprimido o deprimida	17 261.4	78.1	76.4,79.7	3 427.5	15.5	14.0,17.1	925.3	4.2	3.5,5.0	494.9	2.2	1.7,2.9
Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	15 571.7	70.4	68.6,72.2	4 536.7	20.5	18.9,22.2	1 163.6	5.3	4.5,6.2	837.1	3.8	3.1,4.6
No durmió bien	13 770.7	62.3	60.2,64.3	3 661.1	16.6	15.0,18.3	1 961.6	8.9	7.8,10.1	2 715.7	12.3	10.8,13.9
Se sintió triste	1 905.4	8.6	7.5,9.9	1 352.1	6.1	5.2,7.2	3 028.4	13.7	12.2,15.3	15 823.2	71.6	69.5,73.6
Disfrutó de la vida	16 096.7	72.8	70.8,74.8	4 394.1	19.9	18.2,21.7	1 161.1	5.3	4.5,6.2	457.2	2.1	1.6,2.7
Sintomatología depresiva ≥9	1 462.4	6.6	5.8,7.6									

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.8 Disciplina

En todas las culturas, las prácticas de crianza incluyen el manejo del comportamiento de las niñas(os) y el uso de distintos métodos de disciplina. Los métodos de disciplina no violentos incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas(os) y adultos. Los métodos de disciplina violentos incluyen el empleo de estrategias punitivas basados en el castigo físico y la intimidación verbal. La evidencia científica[23,25] ha señalado que la exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas(os), a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.

La meta 16.2 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 16, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niñas(os) entre 1 y 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. En la Ensanut 2021 sobre Covid-19, se midió la exposición a métodos violentos y no violentos de disciplina, para toda la población de 1 a 14 años. Se utilizó el Módulo de Disciplina de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de Unicef, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disci-

plina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. El módulo se aplicó a las madres de las niñas(os) menores de 10 años, y directamente a las niñas(os) y adolescentes de 10 a 14 años.

Para el cálculo de los indicadores de métodos de disciplina se cuenta con una muestra de 7 351 niñas(os) de 1 a 14 años. Para la construcción de los indicadores de disciplina no violenta y violenta se consideraron las siguientes definiciones:

Indicador	Cuestionario	Numerador	Denominador
Sólo disciplina no violenta	Niños de 0 a 9, y adolescentes	Población de 1 a 14 años que no experimentaron agresión psicológica ni castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas(os) de 1 a 14 años
Agresión psicológica	Niños de 0 a 9, y adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron agresión psicológica durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas(os) de 1 a 14 años
Castigo físico	Niños de 0 a 9, y adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas(os) de 1 a 14 años
Castigo físico severo	Niños de 0 a 9, y adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron castigo físico severo durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas(os) de 1 a 14 años
Disciplina violenta	Niños de 0 a 9, y adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas(os) de 1 a 14 años

En 2021 en México, 54.8% de las niñas y niños de 1 a 14 años fueron sometidos a al menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta. Los niños presentan una proporción ligeramente mayor que la de las niñas (56.3 y 53.2%, respectivamente). Además, por edad de niñas(os), se aprecia una menor proporción de niñas(os) de 1 a 4 años (51.3%) castigados con estos métodos, comparado con 56.1% de las niñas(os) de 5 a 14 años. Por tipo de localidad, se observa una mayor proporción de niñas(os) castigados con algún método violento en localidades urbanas (56.6%) comparado con las niñas(os) en localidades rurales (49.1%). Asimismo, se observan diferencias regionales, mientras que las regiones Frontera (48.7%), CDMX (48.9%) y Península (49.4%) registran los menores porcentajes, las regiones Pacífico-Centro (60.4%) y Pacífico-Norte (63.8%) son las que cuentan con los mayores porcentajes.

La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas. Mientras que 45.3% de las niñas(os) en el país fueron sometidos a agresión psicológica, 35.5% sufrieron alguna forma de castigo físico, de éstos 5.6% fueron castigados con las formas más severas de castigo físico (golpes en la cabeza, las orejas o la cara y golpes con fuerza y repetidamente). El castigo físico severo fue menos frecuente entre las niñas, las niñas(os) menores de cinco años, las localidades rurales, las niñas(os) residentes de hogares con alto índice de bienestar y en la región de

la CDMX. Finalmente, vale la pena destacar que la tercera parte de las niñas(os) (30.9%) fueron disciplinados únicamente con métodos no violentos (cuadro 5.8.1).

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 5.8.2 revela que 9.8% de las madres que respondieron el cuestionario de niños de 0 a 9 años cree que el castigo físico es necesario para educar a las niñas(os). Adicionalmente, el cuadro 5.8.3 muestra que 13.1% de los adolescentes encuestados piensan que el castigo físico es necesario para educarlos apropiadamente.

Cuadro 5.8.1

Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas, niños y adolescentes de 1 a 14 años

	Sólo disciplina no violenta			Agresión psicológica			Castigo físico						Cualquier método de disciplina violento		
							Cualquiera			Severo*					
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	9 623.7	30.9	29.2,32.7	14 079.7	45.3	43.5,47.1	11 025.4	35.5	33.7,37.3	1 742.7	5.6	4.9,6.4	17 026.3	54.8	52.9,56.6
Sexo															
Hombre	4 739.0	29.9	27.9,32.1	7 310.6	46.2	43.8,48.5	5 823.0	36.8	34.6,39.0	963.3	6.1	5.0,7.3	8 911.5	56.3	53.9,58.6
Mujer	4 884.7	32.0	29.5,34.6	6 769.1	44.4	41.9,46.9	5 202.5	34.1	31.8,36.5	779.4	5.1	4.2,6.2	8 114.8	53.2	50.6,55.7
Edad															
1 a 4 años	2 742.8	31.2	28.7,33.9	3 361.0	38.3	35.5,41.1	3 396.9	38.7	35.9,41.6	263.3	3.0	2.3,4.0	4 501.3	51.3	48.4,54.1
5 a 14 años	6 880.9	30.8	28.8,32.9	10 718.7	48.0	46.1,50.0	7 628.5	34.2	32.1,36.3	1 479.4	6.6	5.7,7.7	12 525.0	56.1	54.0,58.3
Tipo de localidad															
Urbano	7 119.5	30.5	28.4,32.7	11 031.1	47.3	45.2,49.4	8 445.7	36.2	34.1,38.4	1 376.7	5.9	5.1,6.9	13 212.0	56.6	54.4,58.8
Rural	2 504.2	32.2	29.4,35.2	3 048.6	39.2	36.0,42.5	2 579.7	33.2	30.0,36.6	366.0	4.7	3.5,6.3	3 814.3	49.1	45.5,52.7
Índice de bienestar															
Bajo	3 346.8	29.7	27.2,32.4	4 664.2	41.4	38.5,44.4	3 861.7	34.3	31.5,37.1	640.4	5.7	4.6,7.0	5 799.0	51.5	48.3,54.6
Medio	3 099.9	30.8	28.3,33.4	4 745.3	47.2	44.3,50.1	3 798.9	37.8	35.1,40.5	683.6	6.8	5.5,8.4	5 717.3	56.9	54.1,59.6
Alto	3 177.1	32.5	29.2,36.0	4 670.2	47.8	44.4,51.2	3 364.7	34.4	31.1,37.9	418.8	4.3	3.3,5.6	5 510.0	56.4	52.8,59.9
Región															
Pacífico-Norte	651.2	23.4	19.9,27.4	1 499.7	54.0	49.0,58.8	1 246.3	44.9	40.6,49.2	171.1	6.2	4.3,8.8	1 771.8	63.8	58.7,68.6
Frontera	1 461.0	36.2	30.3,42.6	1 637.9	40.6	35.0,46.5	1 231.1	30.5	25.3,36.3	159.9	4.0	2.4,6.6	1 965.8	48.7	42.8,54.7
Pacífico-Centro	1 068.0	30.1	22.9,38.4	1 727.7	48.6	42.1,55.2	1 454.5	41.0	33.6,48.8	231.9	6.5	4.0,10.5	2 144.1	60.4	53.0,67.3
Centro-Norte	1 249.3	30.2	27.3,33.1	1 953.0	47.1	44.1,50.2	1 407.9	34.0	31.2,36.9	196.2	4.7	3.6,6.1	2 318.0	56.0	52.9,59.0
Centro	1 000.4	32.5	27.2,38.4	1 321.1	43.0	36.8,49.4	992.2	32.3	25.7,39.6	152.3	5.0	3.3,7.4	1 662.5	54.1	47.1,60.9
CDMX	614.1	38.7	34.0,43.5	675.1	42.5	38.0,47.1	389.6	24.5	19.5,30.3	53.1	3.3	1.9,6.0	776.2	48.9	43.4,54.4
Estado de México	1 211.1	30.0	25.7,34.7	1 991.5	49.3	43.4,55.2	1 263.5	31.3	26.6,36.4	187.3	4.6	3.1,7.0	2 251.9	55.8	49.9,61.4
Pacífico-Sur	1 243.2	28.4	23.9,33.3	1 956.5	44.6	40.3,49.0	1 771.6	40.4	35.5,45.6	358.0	8.2	6.3,10.5	2 402.7	54.8	49.9,59.6
Península	1 125.6	32.1	28.4,36.1	1 317.1	37.6	33.3,42.1	1 268.7	36.2	31.7,41.0	233.1	6.6	4.4,9.9	1 733.4	49.4	45.0,53.9

*El castigo físico severo incluye: 1) Golpear en la cara, la cabeza o las orejas o 2) Dar una paliza, es decir, golpear una y otra vez tan fuerte como se pueda.
IC95%= Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 5.8.2

Porcentaje de informantes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña(o) apropiadamente

	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 930.5	9.8	8.7,11.0
Sexo			
Hombre	1 082.7	10.8	9.3,12.4
Mujer	847.8	8.8	7.4,10.4
Tipo de localidad			
Urbano	1 403.7	9.5	8.2,11.1
Rural	526.8	10.6	8.7,12.7
Índice de bienestar			
Bajo	728.7	10.2	8.5,12.3
Medio	729.3	11.4	9.2,13.9
Alto	472.5	7.7	6.0,9.8
Región			
Pacífico-Norte	212.6	12.0	8.9,15.9
Frontera	122.3	4.7	2.9,7.6
Pacífico-Centro	213.0	9.4	5.7,15.1
Centro-Norte	313.4	11.8	9.5,14.5
Centro	159.5	8.3	4.5,14.8
CDMX	70.1	7.1	4.1,11.9
Estado de México	256.0	10.1	7.5,13.6
Pacífico-Sur	325.1	11.9	8.8,15.9
Península	258.5	11.4	8.6,14.9

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.8.3

Porcentaje de adolescentes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña(o) apropiadamente

	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 493.4	13.1	11.5,15.0
Sexo			
Hombre	855.0	14.7	12.3,17.5
Mujer	638.4	11.5	9.3,14.0
Tipo de localidad			
Urbano	1 115.1	13.0	11.0,15.2
Rural	378.3	13.6	10.7,17.0
Índice de bienestar			
Bajo	632.6	15.3	12.4,18.8
Medio	469.2	12.9	10.4,15.9
Alto	391.6	10.9	8.2,14.2
Región			
Pacífico-Norte	167.1	16.6	10.8,24.8
Frontera	100.4	6.9	4.2,11.3
Pacífico-Centro	190.2	14.8	9.5,22.4
Centro-Norte	214.9	14.6	11.7,17.9
Centro	151.3	13.0	8.3,19.9
CDMX	70.4	11.8	7.2,18.8
Estado de México	165.0	10.9	6.7,17.3
Pacífico-Sur	193.1	11.6	8.1,16.5
Península	241.0	19.6	14.4,26.0

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

5.9 Enfermedades crónicas

La prevalencia de enfermedades crónicas en adolescentes ha sido escasamente estudiada. En esta Ensanut se incluyó un breve cuestionario para estimar la prevalencia de las enfermedades crónicas más comunes.

Se estimó la prevalencia por diagnóstico médico para cada enfermedad crónica y su intervalo de confianza, a través de la pregunta "Algún médico le ha dicho/le dijo que tiene...", con opciones de respuesta: diabetes, hipertensión, colesterol alto o triglicéridos altos.

El cuadro 5.9.1 muestra la prevalencia por sexo de diabetes, hipertensión, colesterol alto y triglicéridos altos para adolescentes de 10 a 19 años. La prevalencia de estas enfermedades crónicas es baja en este grupo de edad. La enfermedad crónica más prevalente fue triglicéridos altos (1.0%) y después colesterol alto (0.7%).

Cuadro 5.9.1

Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de enfermedades crónicas por sexo

	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Diabetes	44.3	0.4	0.2,0.8	76.1	0.7	0.3,1.5	109.8	0.5	0.3,1.0
Hipertensión	33.3	0.3	0.1,0.7	87.0	0.8	0.4,1.5	109.8	0.5	0.3,0.9
Colesterol alto	88.7	0.8	0.4,1.5	76.1	0.7	0.4,1.3	153.7	0.7	0.5,1.2
Triglicéridos altos	133.0	1.2	0.7,2.1	87.0	0.8	0.4,1.4	219.6	1.0	0.7,1.5

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Adultos

6.1 Vacunación

La vacunación como estrategia de prevención, representa una esperanza a nivel individual, de salud pública y socioeconómica; por lo que es necesario adoptar modelos que garanticen su presencia en cada individuo por el mayor tiempo posible, es el caso del enfoque de "Curso de vida",[98] dado que favorece el acceso, reduce las oportunidades perdidas, incrementa las posibilidades de cambio, de tal manera que la ampliación en la esperanza de vida, además sea vivida con calidad.

El Programa Vacunación Universal en aras de sacar el máximo provecho de la estrategia de vacunación, ha ido adoptando estos conceptos de curso de vida, dando posibilidad a que las personas adultas no vacunadas durante la infancia o la adolescencia, accedan al servicio de vacunación ya sea para iniciar esquemas o dar continuidad a los ya iniciados.[2]

Todavía falta mucho camino por recorrer en este tema tanto en el pensamiento del colectivo social, como en los agentes que forman parte del sistema de salud, por lo que barreras administrativas, de conocimiento, de creencias, de actitudes deben ser abordadas y resueltas para que la vacunación sea una actividad normalizada dentro de la población adulta y se brinde con calidad y respeto.[58]

La necesidad de vacunar a la población adulta se ha hecho cada vez más evidente a partir de los cambios sociales, ambientales, demográficos y epidemiológicos. La pandemia de Covid-19 aceleró este proceso, dado que la vacunación fue la única estrategia que logró frenar la mortalidad y recuperó la esperanza de regresar a la "nueva normalidad" en ésta que perfectamente es la tragedia social más grande del siglo XXI.

La pandemia de Covid-19 dejó claro que la participación activa y el liderazgo de otros sectores como legisladores, organizaciones de pacientes, sociedad civil, además de los prestadores de servicios de salud tanto pública como privada, posibilita las condiciones para hacerlo factible.

Es seguro que la experiencia, la voluntad política, sumado a los avances científicos en la producción de vacunas, la tecnología digital, la conectividad y la globalización facilitaran la actualización y renovación de los Programas nacionales de vacunación, y con esto mayor cobertura.

Las coberturas de vacunación de Ensanut 2021 sobre Covid-19 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del el Programa Vacunación Universal de México, que establece para cada grupo de edad; los biológicos, el número de dosis, los intervalos de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas para cada dosis,[5] factores que influyen en la respuesta inmune y por tanto en la eficacia de las vacunas.

Cabe destacar que tanto el instrumento de recolección de información (sección de vacunas) como el cálculo de las coberturas en Ensanut 2012 fue modificado para las versiones subsecuentes de Ensanut. En la versión de 2012 el cálculo de las coberturas no tuvo en cuenta los intervalos de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas, por lo que los cambios en la cobertura de 2012 respecto de 2018 y 2021 deben ser interpretados con cautela.

Biológico: incluye las vacunas, contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y una humoral.

Esquema de Vacunación: Conjunto de biológicos y número de dosis recomendadas para cada grupo de población blanco.

Coberturas de vacunación en adultos de 20 a 59 años de edad:

Este indicador se obtuvo para cada biológico y esquema de vacunación; consiste en dividir el número de adultos que acreditaron vacunación mediante CNS o DP; entre el total de adultos que tenían información en la CNS, CNV o DP.

El numerador son los adultos que documentaron haber recibido los siguientes biológicos:

- *Vacuna anti-sarampión y anti-rubéola (SR):* A. Una dosis de SR en quienes tienen antecedente de una dosis de SR o SRP en la infancia o en la adolescencia. o B. Dos dosis de SR, con intervalo de cuatro semanas entre dosis aplicadas, en quienes no documentan o no tienen una dosis previa de SR o SRP en la infancia o en la adolescencia.
- *Toxoide Diftérico y tetánico (Td):* A. Una dosis de Td en quienes acrediten antecedente de esquema completo de Td en la infancia o en la adolescencia. o B. Tres dosis de Td, con intervalo ≥4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥12 meses entre segunda y tercera dosis, en quienes el esquema de la infancia o de adolescencia haya sido incompleto o no documentado.
- *Esquema completo de vacunación:* Se consideró a quienes documentaron haber recibido las dosis de SR y de Td, de acuerdo con su antecedente de vacunación en la infancia y adolescencia como esta descrito en los puntos previos.

$$\text{Cobertura de vacunación estimada con el Biológico “X”:} \quad \frac{\textit{Número de adultos de 20 a 59 años de edad que recibieron el bológico “X” acreditado mediante CNS o DP}}{\textit{Total de adultos de 20 a 59 años de edad que acreditaron vacunación mediante CNA o DP.}}$$

Prevalencia de vacunación según autorreporte en adultos de 20 a 39 años de edad

Este indicador se obtuvo para SR; consiste en dividir el número de adultos de 20 a 39 años de edad que no acreditaron vacunación mediante CNS, CNV o DP; pero que autorreportan haber recibido SR al menos una dosis entre los 20 y los 39 años de edad; entre el total de adultos de 20 a 39 años de edad que no tenían información en CNS, CNV o DP.

Se entrevistaron 10 498 adultos, que representan a 68 812 441 de individuos entre 20 y 59 años de edad, 53.7% de los entrevistados refirieron tener CNS, sin embargo, 8.2% pudieron mostrarla y acreditar información sobre vacunación al momento de la encuesta. Tener algún documento probatorio de vacunación fue más frecuente en mujeres respecto de los hombres (11.0 vs. 5.1%). El 46.1% no tenía ningún documento probatorio de vacunación (cuadro 6.1.1).

Cuadro 6.1.1

Proporción estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según sexo, en adultos de 20 a 59 años de edad

Sexo	Mostró CNS o DP con información referente a vacunación		Tenía CNS, pero no la mostró		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía CNS		Sin especificar		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%			N (miles)	%
Hombre	1 659.7	5.1	13 224.8	40.7	839.5	2.6	16 753.6	51.5	55.7	0.2	32 533.3	100
Mujer	3 974.6	11.0	16 106.6	44.4	1 152.5	3.2	14 983.3	41.3	62.2	0.2	36 279.1	100
Total	**5 634.3**	**8.2**	**29 331.4**	**42.6**	**1 991.9**	**2.9**	**31 736.9**	**46.1**	**117.9**	**0.2**	**68 812.4**	**100**

CNS: Cartilla Nacional de Salud
CNV: Cartilla Nacional de Vacunación
DP: Documento Probatorio.
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Se estima cobertura con SR de 16.6% en adultos, sin diferencias entre hombres y mujeres (16.7 vs. 16.6%). Se estima que 68.1% de los adultos acreditaron vacunación con Td, mayor proporción en hombres respecto de mujeres (70.1 vs. 63.2%) (cuadro 6.1.2).

Cuadro 6.1.2

Prevalencia estimada de Cobertura de vacunación por biológico en población de 20 a 59 años de edad que mostró algún documento probatorio de vacunación*

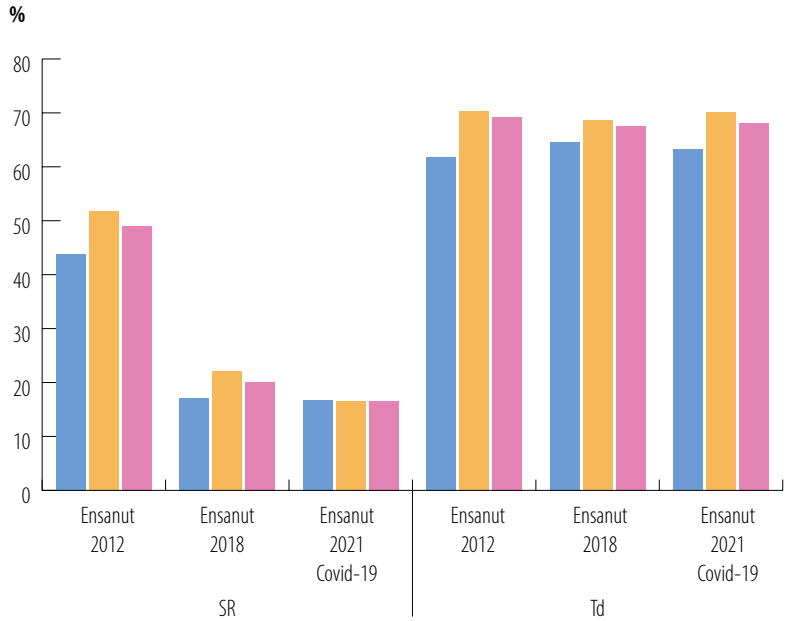
Sexo	SR		Td	
	N(miles)	%	N(miles)	%
Hombres	276.4	16.7	1 048.4	63.2
Mujeres	659.8	16.6	2 786.2	70.1
Total	**936.1**	**16.6**	**3 834.6**	**68.1**

*Incluye Cartilla Nacional de Salud, Documento Probatorio o Comprobante de vacunación
SR: Vacuna anti-sarampión y anti-rubéola
Td: Vacuna anti-difteria y anti-tétanos
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19

Se estima que la cobertura de vacunación con SR fue menor en 2021 respecto de 2018 (16.6 vs. 20.1%), particularmente con disminución en la cobertura estimada en las mujeres (16.6 vs. 22.1%). Las coberturas estimadas con Td se mantuvieron sin cambios entre 2018 y 2021 (figura 6.1.1).

Figura 6.1.1

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación por biológico en población de 20 a 59 años de edad que mostró algún documento probatorio de vacunación*



	SR 2012	SR 2018	SR 2021 Covid-19	Td 2012	Td 2018	Td 2021 Covid-19
Hombres	43.9	17.1	16.7	61.8	64.6	63.2
Mujeres	51.8	22.1	16.6	70.3	68.7	70.1
Total	49.0	20.1	16.6	69.3	67.5	68.1

*Incluye Cartilla Nacional de Salud, Documento Probatorio o Comprobante de vacunación.
SR: Vacuna anti-sarampión y anti-rubéola.
Td: Vacuna anti-difteria y anti-tétanos.
Fuente: Ensanut 2012, Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El promedio nacional de proporción de vacunación con SR mediante autorreporte es 33.3 por ciento. Las regiones Pacífico-Centro y Pacífico-Sur tuvieron la mayor y la menor proporción de vacunación con SR (figura 6.1.2).

La proporción de individuos entre 20 y 39 años de edad que autorreportaron haber sido vacunados al menos con una dosis de SR es menor que la cobertura estimada mediante CNS o DP (33.3 vs. 42.2%) (datos no mostrados en tablas).

Figura 6.1.2

Proporción de individuos de 20 a 39 años de edad que autorreportan haber recibido la vacuna contra sarampión y rubéola*

6.2 Programas preventivos

Las preguntas de esta sección son similares a las aplicadas en la sección de programas preventivos de la Ensanut 2012 y Ensanut 2018, por lo que son comparables con los resultados obtenidos en dichas encuestas.

Con la detección y el tratamiento oportunos de enfermedades crónicas, como la diabetes e hipertensión arterial, puede disminuir el desarrollo de padecimientos y de sus complicaciones. La Ensanut 2021 sobre Covid-19 permite el monitoreo de programas preventivos enfocados en estas acciones, con la información obtenida de los adultos seleccionados, quienes conforman una muestra representativa de los adultos de nuestro país. El cuadro 6.2.1 muestra la proporción de los adultos de 20 años y más, a quienes en el año previo a la aplicación de la encuesta, les realizaron pruebas de detección. Se presenta la prueba de Papanicolaou, exploración clínica de senos, detección de diabetes e hipertensión arterial, triglicéridos o colesterol alto y obesidad o sobrepeso. De las mujeres de 20 años o más, 21.4% se realizó una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo al levantamiento de la Ensanut 2021 sobre Covid-19; menor a la proporción obtenida en 2018 (28.9%) y la mitad a la alcanzada en el 2012 (44.3%) (figura 6.2.1). El grupo de 40 a 59 años reportó el mayor porcentaje (25.5%). Las cifras de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 mostraron que, en el caso de la exploración clínica de senos, 15.6%

de las mujeres de 20 años o más reportó haberse realizado dicha prueba. La mayor frecuencia se observó en el grupo de 40 a 49 años con 19-3 por ciento.

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes e hipertensión arterial en adultos de 20 años o más, puede observarse una menor proporción de su uso entre la población; de diabetes: 23.7% en 2012, 15.3% en 2018 y 9.6% en la 2021. Mientras que de hipertensión, fue de 28.4% en 2012, 17.9% en 2018, 12.9% en 2018 y 7.5% en 2021 (figura 6.2.1). También hubo una reducción en el uso de las pruebas para la medición de triglicéridos o colesterol alto, al pasar de 10% en 2018 a 7.0% en 2021, y de detección de sobrepeso y obesidad, de 8.4% en 2018 a 5.1% en 2021.

Cuadro 6.2.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo

Estudio	N(miles)	%	IC95%
Prueba de Papanicolaou			
Mujeres			
20-39	4 349.9	21.4	19.6,23.4
40-59	4 044.4	25.5	23.5,27.7
60 años y más	1 058	13.3	11.5,15.4
Total	**9 452.2**	**21.4**	**20.2,22.8**
Exploración clínica de senos			
Mujeres			
20-39	2 749.4	13.5	11.9,15.4
40-59	3 061.5	19.3	17.6,21.2
60 años y más	1 049.1	13.2	10.9,15.9
Total	**6 860**	**15.6**	**14.4,16.8**
Detección de diabetes mellitus			
Hombres			
20-39	1 269.4	6.9	5.6,8.4
40-59	1 368.4	11.2	9.4,13.4
60 años y más	782.2	12.6	10.3,15.3
Total	**3 420**	**9.3**	**8.3,10.4**
Mujeres			
20-39	1 573.1	7.9	6.8,9.3
40-59	1 731.4	12.8	11.2,14.5
60 años y más	598.8	10.5	8.5,12.8
Total	**3 903.2**	**10**	**9.1,10.9**
Total			
20-39	2 842.5	7.4	6.5,8.4
40-59	3 099.9	12.1	10.9,13.4
60 años y más	1 380.9	11.6	10.0,13.3
Total	**7 323.3**	**9.6**	**9.0,10.3**

Estudio	N(miles)	%	IC95%
Detección de hipertensión arterial			
Hombres			
20-39	1 098.5	6	4.7,7.7
40-59	933.1	8.1	6.4,10.2
60 años y más	458.2	8.7	6.7,11.1
Total	**2 489.7**	**7.1**	**6.2,8.2**
Mujeres			
20-39	1 233.4	6.4	5.2,7.8
40-59	1 246.9	10	8.5,11.8
60 años y más	331.2	7.6	5.8,9.8
Total	**2 811.4**	**7.8**	**6.9,8.8**
Total			
20-39	2 331.8	6.2	5.4,7.2
40-59	2 180	9.1	7.9,10.4
60 años y más	789.4	8.2	6.8,9.8
Total	**5 301.2**	**7.5**	**6.8,8.2**

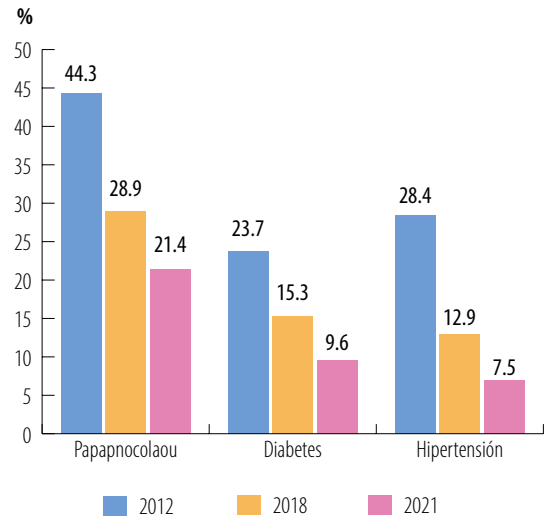
Estudio	N(miles)	%	IC95%
Detección de triglicéridos o colesterol alto			
Hombres			
20-39	993.2	5.8	4.5,7.4
40-59	745.2	6.9	5.3,9.0
60 años y más	588.5	9	6.8,11.8
Total	**2 327**	**6.7**	**5.7,7.9**
Mujeres			
20-39	1 066.2	5.9	4.9,7.1
40-59	1 120.3	9.6	8.1,11.3
60 años y más	377	6.6	5.2,8.5
Total	**2 563.6**	**7.2**	**6.5,8.1**
Total			
20-39	2 059.5	5.8	5.0,6.8
40-59	1 865.5	8.3	7.2,9.6
60 años y más	965.6	7.9	6.4,9.6
Total	**4 890.6**	**7**	**6.4,7.7**

Estudio	N(miles)	%	IC95%
Detección de obesidad o sobrepeso			
Hombres			
20-39	1 025.6	5.4	4.2,6.9
40-59	895.5	6.6	5.2,8.4
60 años y más	348.7	4.3	3.0,6.1
Total	**2 269.8**	**5.6**	**4.8,6.5**
Mujeres			
20-39	993.5	4.9	3.9,6.1
40-59	844	5.3	4.4,6.4
60 años y más	221.2	2.8	2.1,3.8
Total	**2 058.7**	**4.7**	**4.1,5.3**
Total			
20-39	2 019.1	5.1	4.3,6.1
40-59	1 739.4	5.9	5.1,6.9
60 años y más	569.9	3.6	2.8,4.6
Total	**4 328.5**	**5.1**	**4.6,5.6**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 6.2.1

Pruebas de detección oportuna de Papanicolaou, diabetes e hipertensión



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.3 Consumo de tabaco

Los indicadores analizados para determinar el consumo de tabaco en adultos fueron los siguientes:

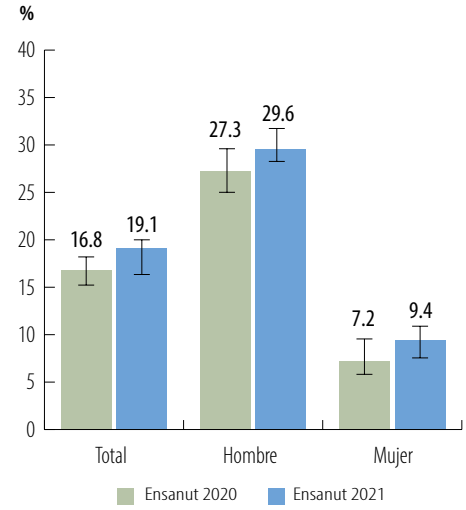
1. **Fumador actual.** Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un periodo de 30 días) fuma tabaco.
2. **Fumador diario.** Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.
3. **Fumador ocasional.** Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.
4. **Exfumador**. Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma.
5. **Exfumador diario.** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.
6. **Exfumador ocasional.** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.
7. **Nunca ha fumado.** Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma.
8. **Consumo de nuevos productos de tabaco.** Prevalencia de consumo de cigarros electrónicos. Porcentaje de la población que actualmente usa cigarros electrónicos.

A nivel nacional, la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado entre la población adulta fue de 19.1% (16 096 791); 29.6% en los hombres y 9.4% en las mujeres. Las prevalencias de consumo de tabaco en la población mayor de 20 años en la presente Ensanut fueron mayores a las observadas en la Ensanut 2020 sobre Covid-19 (figura 6.3.1).[59]

Entre la población que es fumadora actual, la prevalencia de consumo diario fue de 8.6% (13.2% en hombres, 4.4% en mujeres) y la de consumo ocasional fue de 10.5% (16.4% en hombres, 5.2% en mujeres). El 17.4% fue exfumador (14 659 139) y 63.5% (53 463 710) nunca ha fumado (cuadro 6.3.1). Por último, la prevalencia de uso de cigarros electrónicos a nivel nacional fue de 1.6% (2.5% en hombres y 0.7% en mujeres).

Figura 6.3.1

Prevalencia de Fumador Actual en población mayor de 20 años



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.3.1

Consumo de tabaco fumado. Población de 20 años y más

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Fumador actual	11 947.6	29.6	27.8,31.4	4 149.2	9.4	8.5,10.5	16 096.8	19.1	18.1,20.1
Fumador diario	5 334.2	13.2	11.9,14.6	1 874.1	4.4	3.6,5.1	7 208.3	8.6	7.8,9.3
Fumador ocasional	6 613.5	16.4	14.9,17.9	2 275.0	5.2	4.5,5.9	8 888.5	10.5	9.7,11.4
Exfumador	9 488.5	23.6	22.2,25.0	5 170.6	11.8	10.7,12.9	14 659.1	17.4	16.5,18.4
Exfumador diario	3 552.5	8.9	7.8,10.0	1 071.1	2.4	2.0,2.9	4 623.6	5.5	4.9,6.1
Exfumador ocasional	5 936.1	14.7	13.6,16.0	4 099.5	9.4	8.5,10.3	10 035.6	11.9	11.2,12.7
Nunca fumador	18 824.5	46.8	44.9,48.7	34 639.2	78.8	77.3,80.2	53 463.7	63.5	62.3,64.7
Cigarro electrónico	1 001.9	2.5	1.9,3.2	325.3	0.7	0.5,1.1	1 327.2	1.6	1.3,1.9

Fumador actual: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco. Actualmente se enmarca en un periodo de 30 días.
Fumador diario: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.
Fumador ocasional: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.
Exfumador: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma tabaco.
Exfumador diario: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.
Exfumador ocasional: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.
Nunca ha fumado: Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma tabaco.
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.4 Consumo de alcohol

Los indicadores analizados para determinar el consumo de alcohol en adultos fueron los siguientes:

- **Consumo actual de alcohol.** Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica[d] en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal o anual. Adicionalmente se desglosa el porcentaje por frecuencia de consumo actual de alcohol.
- **Frecuencia de consumo excesivo de alcohol.** Porcentaje de adultos que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y de cuatro o más copas por ocasión en el caso de las mujeres. Se estimó la frecuencia de consumo excesivo de alcohol de forma diaria, semanal, mensual y ocasional (de 1 a 11 veces al año).

d Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

Cuadro 6.4.1

Consumo actual de alcohol. Población de 20 años y más

	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	26 203.5	64.6	62.8,66.3	17 696.7	40.0	38.3,41.7	43 900.1	51.8	50.4,53.1
Frecuencia de consumo actual de alcohol									
Diaria	763.7	1.9	1.5,2.4	82.9	0.2	0.1,0.4	846.6	1.0	0.8,1.3
Semanal	9 000.0	22.2	20.6,23.8	2 491.3	5.6	4.8,6.6	11 491.3	13.5	12.7,14.5
Mensual	9 839.9	24.2	22.7,25.9	5 871.8	13.3	12.2,14.5	15 711.7	18.5	17.6,19.5
Anual	6 599.9	16.3	15.0,17.6	9 250.7	20.9	19.7,22.2	15 850.5	18.7	17.8,19.7
Frecuencia de consumo excesivo de alcohol									
Diaria	322.9	0.8	0.6,1.1	32.7	0.1	0.0,0.2	355.6	0.4	0.3,0.6
Semanal	5 931.3	14.6	13.3,16.0	1 177.8	2.7	2.2,3.2	7 109.2	8.4	7.7,9.1
Mensual	6 117.9	15.1	13.8,16.5	2 657.4	6.0	5.3,6.8	8 775.2	10.3	9.6,11.2
Ocasional	8 159.2	20.1	18.5,21.8	6 781.8	15.3	14.1,16.6	14 941.0	17.6	16.6,18.6
No en los últimos 12 meses	5 614.6	13.8	12.6,15.1	6 960.2	15.7	14.7,16.8	12 574.8	14.8	14.0,15.7
No responde	57.5	0.1	0.1,0.3	86.8	0.2	0.1,0.3	144.3	0.2	0.1,0.3
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	11 021.7	27.2	25.5,28.9	3 933.5	8.9	8.0,9.8	14 955.2	17.6	16.7,18.6

Prevalencia de consumo de alcohol: Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual.
Consumidor Diario: Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria.
Consumidor Mensual: Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia mensual.
Consumidor Anual: Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia anual.
Consumo Excesivo de Alcohol: Porcentaje de adultos que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y de cuatro o más copas por ocasión en el caso de las mujeres. Se estimó la frecuencia de este patrón de consumo de forma diaria, semanal, mensual, ocasional (1-11 veces al año) y en los últimos 30 días.
*Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.
IC95%= intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19

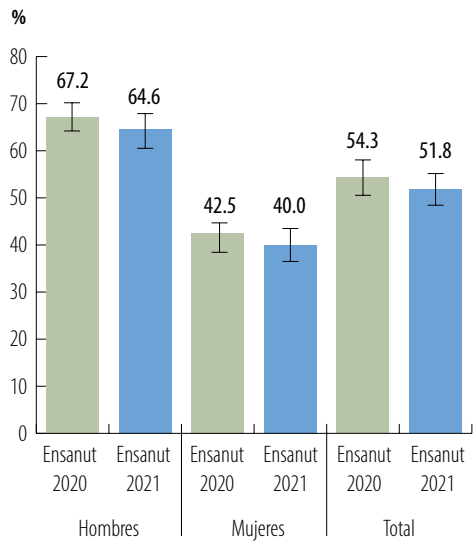
- **Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.** En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,[60] adicionalmente se estimó el porcentaje de adultos que reportaron consumir cinco o más copas en el caso de los hombres y de cuatro o más copas en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

Las estimaciones se realizaron con la muestra completa de participantes adultos (n=13 402).

La prevalencia de consumo actual de alcohol en adultos fue de 51.8%, representando 43 900 121 personas en este grupo de edad y siendo mayor en hombres (64.6%) que en mujeres (40.0%). Las prevalencias de consumo de alcohol en adultos en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 fueron menores a las observadas en la Ensanut 2020 sobre Covid-19 (figura 6.4.1).[59]

■ **Figura 6.4.1**

Prevalencia de consumo de alcohol. Población de 20 años y más



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El 18.5% de la población adulta reportó consumir alcohol con una frecuencia mensual, siendo mayor en hombres (24.2%) que en mujeres (13.3%). El 10.3% de las y los adultos reportaron un consumo excesivo de alcohol con frecuencia mensual, siendo mayor en hombres (15.1%), que en mujeres (6.0%). El 17.6% de la población con 20 o más años de edad reportó haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los 30 días previos a la encuesta (27.2% de los hombres, 8.9% de las mujeres) (cuadro 6.4.1).

6.5 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere de un enfoque positivo y respetuoso de las relaciones sexuales, y de que estas sean experiencias placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.[80]

La salud reproductiva involucra la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos de manera responsable e informada en el momento que se desee. Esta concepción supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados, que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las personas la máxima posibilidad de tener hijos sanos.[80] En este enfoque queda implícito el derecho de hombres y de mujeres a recibir información clara, completa y oportuna sobre salud reproductiva.[99,100]

Una de las metas específicas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030[61] es garantizar la salud mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y su integración en estrategias y programas nacionales. Para dar seguimiento a la situación de salud sexual y reproductiva de los adultos a nivel nacional, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 es una fuente que provee información actualizada sobre este tema. De acuerdo con los indicadores de salud sexual y reproductiva presentados en la sección 5.4, se obtuvieron los resultados de adultos.

Como parte de la salud sexual y reproductiva, el inicio de la actividad sexual es fundamental porque determina la exposición al riesgo de embarazos o infecciones de transmisión sexual cuando las personas tienen prácticas sexuales desprotegidas. Además, un comportamiento sexual de riesgo puede derivar en embarazos no planeados/no deseados, y éstos a su vez exponen a las personas a diversas situaciones de salud y de vulnerabilidad social, en particular a las mujeres. Los resultados muestran que, del total de adultos de 20 a 49 años de edad, 90.8% iniciaron vida

Cuadro 6.5.1

Distribución porcentual de adultos de 20 a 49 años de edad con inicio de vida sexual por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual

Sexo	Grupos de edad									Total		
	20-29			30-39			40-49					
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres												
Condón masculino	6 553.6	78.1	74.2,81.6	5 636.6	66.1	61.4,70.5	3 561.9	45.7	41.8,49.7	15 752.1	63.8	61.2,66.2
Hormonales*	295.7	3.5	2.2,5.6	167.0	2.0	1.2,3.3	136.9	1.8	0.9,3.6	599.6	2.4	1.8,3.3
Otro‡	136.1	1.6	0.8,3.3	252.4	3.0	1.4,6.1	97.2	1.2	0.6,2.4	485.8	2.0	1.2,3.1
Nada	1 704.9	20.3	16.9,24.2	2 604.4	30.5	26.5,35.0	3 884.7	49.8	46.0,53.7	8 193.9	33.2	30.8,35.6
Mujeres												
Condón masculino	5 102.1	61.3	57.6,64.9	5 198.0	52.7	49.3,56.1	2 663.5	32.7	29.5,36.2	12 963.6	49.3	47.1,51.5
Hormonales*	626.5	7.5	5.7,9.9	477.2	4.8	3.7,6.3	324.2	4.0	2.8,5.7	1 427.9	5.4	4.5,6.5
Otro‡	222.3	2.7	1.8,4.0	226.2	2.3	1.4,3.8	135.0	1.7	1.1,2.6	583.6	2.2	1.7,2.9
Nada	2 670.9	32.1	28.9,35.4	4 111.2	41.7	38.2,45.3	5 010.4	61.6	58.2,64.9	11 792.5	44.8	42.6,47.0

*Incluye pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes
‡Incluye Dispositivo intrauterino, condón femenino, óvulos, ritmo, retiro y otros
IC: Intervalo de confianza
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

sexual[e] (90.8% hombres y 90.7% mujeres), cifras similares[f] a las obtenidas en 2018-19 (91.4% total, 92.2% hombres y 90.7% mujeres).

Para un inicio de vida sexual saludable, es fundamental el uso de método anticonceptivos adecuados y oportunos, así como elegir el anticonceptivo apropiado a cada persona de acuerdo con su situación de salud general, edad, frecuencia de la actividad sexual, número de parejas sexuales, deseo de tener hijos en el futuro y antecedentes familiares de determinadas enfermedades.[84] En 2021, 33.2% de los hombres y 44.8% de las mujeres no utilizó ningun método anticonceptivo en la primera relación sexual, mostrando una disminución respecto a lo reportado en 2018-19 (41.3 y 54.4% de hombres y mujeres, respectivamente). Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de 40-49 años de edad reportó en mayor proporción no haber utilizado método anticonceptivo, respeto a los otros grupos de edad. De los que sí utilizaron anticonceptivo, el condón masculino fue el más mencionado (63.8% hombres y 49.3% mujeres), cifra mayor a la de 2018-19 (55.6 y 40.8%, respectivamente). Por grupos de edad en 2021, se observó un mayor uso del condón masculino, en hombres y en mujeres de los grupos más jóvenes (cuadro 6.5.1).

e En esta cifra no se consideraron las personas que declararon haberse iniciado sexualmente antes de los siete años de edad.
f En el presente apartado se considera "similar" cuando los intervalos de confianza al 95% se traslapan.

Cuadro 6.5.2

Distribución porcentual de adultos de 20 a 49 años de edad con inicio de vida sexual por tipo de método anticonceptivo utilizado en la última relación sexual

Sexo	Grupos de edad									Total		
	20-29			30-39			40-49					
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Hombres												
Condón masculino	5 783.6	68.9	64.9,72.7	4 316.6	50.6	46.2,55.1	2 935.7	37.7	33.6,41.9	13 035.9	52.8	50.2,55.3
Hormonales*	746.0	8.9	6.8,11.5	435.1	5.1	3.7,7.1	262.6	3.4	2.0,5.7	1 443.7	5.8	4.8,7.1
Dispositivo intrauterino	412.3	4.9	3.3,7.2	379.2	4.4	3.1,6.3	163.1	2.1	1.2,3.6	9 54.6	3.9	3.1,4.9
Oclusión tubaria bilateral/vasectomía	96.3	1.1	0.6,2.1	642.0	7.5	5.4,10.4	932.9	12.0	9.2,15.4	1 671.1	6.8	5.5,8.2
Otro‡	182.1	2.2	1.2,4.0	172.8	2.0	1.1,3.7	168.9	2.2	1.2,3.9	523.7	2.1	1.5,3.0
Nada	1 837.9	21.9	18.5,25.8	2 967.0	34.8	30.7,39.2	3 490.8	44.8	40.5,49.2	8 295.7	33.6	31.2,36.0
Mujeres												
Condón masculino	3 999.4	48.0	44.2,51.9	3 515.4	35.7	32.4,39.0	2 207.5	27.1	24.3,30.1	9 722.4	36.9	34.9,39.1
Hormonales*	1 259.7	15.1	12.6,18.1	981.7	10.0	7.9,12.4	306.1	3.8	2.6,5.4	2 547.6	9.7	8.5,11.0
Dispositivo intrauterino	748.0	9.0	7.2,11.1	661.9	6.7	5.2,8.6	282.7	3.5	2.6,4.7	1 692.6	6.4	5.6,7.4
Oclusión tubaria bilateral/vasectomía	425.2	5.1	3.7,7.0	1 404.3	14.2	12.3,16.5	1 743.8	21.4	18.9,24.2	3 573.3	13.6	12.3,14.9
Otro‡	168.0	2.0	1.4,2.9	219.4	2.2	1.2,4.1	147.1	1.8	1.2,2.7	534.4	2.0	1.5,2.7
Nada	2 469.0	29.7	26.3,33.2	3 670.5	37.2	34.1,40.5	3 690.1	45.4	42.4,48.4	9 829.6	37.3	35.4,39.3

*Incluye pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes
‡Incluye condón femenino, óvulos, ritmo, retiro y otros
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Sobre el uso de anticoncepción en la última relación sexual, 33.6% de los hombres y 37.3% de las mujeres no utilizaron ninguno, cifras similares a las de 2018-19 (34.9% hombres y 37.5% mujeres). De los que sí utilizaron algún método anticonceptivo en 2021, 52.8% de los hombres reportó condón masculino, 6.8% oclusión tubaria bilateral/vasectomía y 5.8% hormonales. Mientras que en mujeres, 36.9% condón masculino, 13.6% oclusión tubaria bilateral/vasectomía y 9.7% hormonales. Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de 20 a 29 años de edad utilizó en mayor proporción el condón masculino o los hormonales, mientras la oclusión tubaria bilateral/vasectomía fue más utilizada por los de 40-49 años (cuadro 6.5.2).

La infección por VIH constituye un reto en su prevención y control, y representa desafíos importantes por las repercusiones en salud y a nivel socioeconómico. Es necesario que desde los servicios de salud se dé un mayor énfasis a su prevención, ya

que se ha demostrado que las acciones enfocadas a la práctica de comportamientos más seguros han logrado disminuir la prevalencia de esta infección; además de ser costo-efectivas cuando se realizan como procedimiento de rutina.[101,102] Al respecto en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 se indagó sobre la realización de la prueba del VIH, de la que se obtuvo que 29% de adultos de 20 a 49 años de edad que iniciaron vida sexual se realizó esta prueba alguna vez en la vida. De estos, 91.6% conoce el resultado. Por sexo, 35% de las mujeres y 22% de los hombres señalaron haberse realizado la prueba, de éstos 90.6% y 93.3%, respectivamente conocieron el resultado (cuadro 6.5.3).

Cuadro 6.5.3

Porcentaje de adultos de 20 a 49 años de edad que han tenido relaciones sexuales y se han realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida y conocen el resultado

Se ha realizado la prueba de VIH	Prueba de VIH			Conoce el resultado de la prueba de VIH		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Total						
Sí	16 310.9	29.0	27.6,30.5	14 947.6	91.6	90.0,93.0
No	39 173.1	69.7	68.2,71.1	1 336.2	8.2	6.8,9.8
No responde	741.7	1.3	1.0,1.7	27	0.2	0.1,0.4
Total	**56 225.7**	**100.0**		**16 310.9**	**100.0**	
Hombres						
Sí	6 148.6	22.6	20.7,24.6	5 735.5	93.3	90.2,95.5
No	20 659.5	75.9	73.9,77.9	400.7	6.5	4.4,9.6
No responde	393.8	1.4	1.0,2.1	12.3	0.2	0.0,0.8
Total	**27 201.8**	**100**		**6 148.6**	**100.0**	
Mujeres						
Sí	10 162.3	35.0	33.1,36.9	9 212.1	90.6	88.8,92.2
No	18 513.6	63.8	61.9,65.7	935.5	9.2	7.6,11.1
No responde	347.9	1.2	0.9,1.6	14.6	0.1	0.0,0.5
Total	**29 023.9**	**100.0**		**10 162.3**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Respecto a la salud materna, los ODS[61] proponen avances sustanciales como objetivos críticos para 2030, en los que se incluye reducir la mortalidad materna a ≤70 por 100 000 nacidos vivos.[86] Para alcanzar este objetivo se requiere la identificación de las disparidades en los servicios de atención en salud, particularmente en los grupos de población más desfavorecidos. Para esto, es de vital importancia que todas las mujeres y sus hijos reciban la atención adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio que garantice una maternidad saludable.[90,91] Se ha evidenciado que en México, al igual que en otros países de ingresos medios y bajos, la accesibilidad y calidad de la atención materno-infantil es heterogénea, por lo que es necesario el monitoreo constante. La Ensanut 2021 sobre Covid-19 muestra que de las mujeres

■ **Cuadro 6.5.4**

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la encuesta, que recibieron atención prenatal oportuna por tamaño de localidad y región

Tamaño de localidad	N(miles)	%	IC95%
Total	**5 500.7**	**86.6**	**83.9,88.9**
Tipo de localidad			
Rural	1 318.5	81.9	75.3,87.0
Urbana	4 182.2	88.2	85.3,90.6
Región			
Pacifico-Norte	423.4	87.4	79.0,92.8
Frontera	787.6	96.1	92.7,98.0
Pacifico-Centro	639	85.8	72.6,93.2
Centro-Norte	739.8	87.3	81.9,91.3
Centro	573.6	88.6	79.8,93.8
CDMX	275	84.4	71.4,92.1
Estado de México	654.1	80.9	69.7,88.6
Pacífico-Sur	844.8	88.4	80.6,93.3
Península	563.6	78.4	69.5,85.3

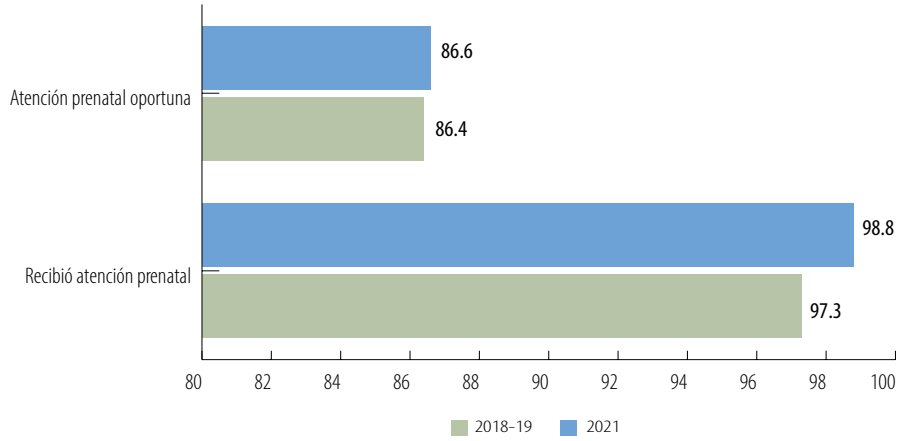
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

de 20 a 49 años de edad 29.1% señaló haber estado alguna vez embarazada, dato inferior al reportado en 2018-19 (36.9%).

En relación con la atención prenatal del último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la entrevista, 98.8% de las mujeres recibió atención médica, porcentaje similar al reportado en 2018-19 (97.3%). De estas mujeres 86.6% inició atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, proporción similar respecto al 2018-19 (86.4%) (figura 6.5.1). Por tamaño de localidad, 88.2% de las mujeres residentes en localidades urbanas y 88.9% de rurales recibieron atención prenatal oportuna. Por región de residencia, en Frontera se observó un porcentaje mayor (96.1%) mientras que en Península el menor (78.4%) (cuadro 6.5.4).

■ **Figura 6.5.1**

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad que recibió atención prenatal del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta y atención prenatal oportuna



Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Como parte de la atención prenatal básica y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007,[6] la realización de pruebas y acciones son primordiales durante las consultas prenatales de las mujeres, entre estas destacan la prueba de sífilis y del VIH, así como la prescripción de ácido fólico. Estas acciones son primordiales para dar seguimiento a la salud de las embarazadas y de sus hijas(os). Los resultados de 2021 muestran que, de las mujeres de 20 a 49 años de edad, a 66% se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 79.5% la prueba del VIH, y a 98.4% se le prescribió ácido fólico. La comparación de estos resultados con los de 2018-19 muestra una cobertura similar en las pruebas de detección de sífilis y del VIH (62.5 y 77.8%, respectivamente) y en la prescripción de ácido fólico (98.3%) (cuadro 6.5.5).

Cuadro 6.5.5

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la encuesta, por prueba de detección de sífilis, del VIH y prescripción de ácido fólico durante el embarazo

Acciones realizadas durante el embarazo	Prueba de detección de sífilis			Prueba de detección del VIH			Prescripción de ácido fólico		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Sí	4 272.1	66.0	61.7,70.1	5 147.2	79.5	74.7,83.6	6 369.0	98.4	97.2,99.1
No	1 872	28.9	25.5,32.6	1 248.9	19.3	15.9,23.3	102.8	1.6	0.9,2.8
No responde	327.8	5.1	3.4,7.4	75.8	1.2	0.4,3.5	0.0	0.0	---
Total	**6 471.9**	**100.0**		**6 471.9**	**100.0**		**6 471.9**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 00
IC95%= intervalo de confianza a 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En la atención del parto de las mujeres, del último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la encuesta, se obtuvo que 51.1% fueron vía vaginal y 48.2% cesáreas, cifras similares a las de 2018-19 (51.2 y 48.8%, respectivamente). La información sobre la resolución del parto en 2021, por grupos de edad muestra que las mujeres de 40-49 y 35-39 años tuvieron parto por cesárea en mayor proporción en comparación con las de 20-24 años de edad (61.5, 61.2 y 35.2%, respectivamente) (cuadro 6.5.6). Es importante destacar que el alto porcentaje de cesáreas rebasa el rango de 10 a 15% recomendado por la OMS,[72] y 15% en hospitales de 2° nivel de atención y 20% en los del 3° nivel establecidos en la Norma Oficial Mexicana 007.

La anticoncepción posparto es una de las estrategias más efectivas para prevenir embarazos subsecuentes no planeados/no deseados, intervalos intergenésicos cortos[74] y riesgos de morbimortalidad materna, neonatal e infantil,[75] además constituye una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar. El otorgamiento de anticoncepción en el posparto de las mujeres del último hijo nacido vivo fue de 68.6%, porcentaje mayor a 63.2% reportado en 2018-19. Por tamaño de localidad los datos muestran que 77.5% de las de las mujeres que habitan en localidades rurales y 65.6% en las urbanas recibió un método anticonceptivo en el posparto. Por región de residencia, en la Ciudad de México un porcentaje mayor de mujeres recibieron anticonceptivo en el posparto (80.9%), mientras que en la Pacífico-Norte y Frontera se obtuvo un porcentaje menor (56.5 y 56.9%, respectivamente). Estos hallazgos llaman la atención y pueden ser resultado de acciones por parte de los servicios de salud focalizadas, en mujeres que viven en lugares alejados y en regiones particulares. Para ahondar sobre esto son necesarios estudios adicionales con tamaños de muestra mayor (cuadro 6.5.7).

Cuadro 6.5.6

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la encuesta por tipo de parto y grupos de edad

Grupos de edad	Normal (vaginal)			Cesárea			NS/NR			Total	
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%
20-24	1 067.7	64.8	55.8,72.8	580.3	35.2	27.2,44.2	0	0		1 648.0	100.0
25-29	1 013.2	57.4	49.5,64.9	752.9	42.6	35.1,50.5	0	0		1 766.1	100.0
30-34	715.3	42.5	34.0,51.4	953.2	56.6	47.7,65.1	15.3	0.9	0.1,6.2	1 683.8	100.0
35-39	351.0	38.8	29.6,48.9	553.8	61.2	51.1,70.4	0	0		904.7	100.0
40-49	161.5	38.5	27.3,51.2	257.5	61.5	48.8,72.7	0	0		419.0	100.0
Total	**3 308.7**	**51.5**	**47.2,55.8**	**3 097.7**	**48.2**	**44.0,52.5**	**15.3**	**0.2**	**0.0,1.7**	**6 421.7**	**100.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC: Intervalo de confianza
NS/NR: no sabe/no respondió
IC95%= intervalo de confianza a 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.5.7

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años anteriores a la encuesta que recibió método anticonceptivo en el posparto, por tamaño de localidad y región de residencia

	N(miles)	%	IC95%
Nacional	4 485.0	68.6	64.3,72.7
Tipo de localidad			
Rural	1 281.4	77.5	71.5,82.6
Urbana	3 203.6	65.6	60.1,70.7
Región			
Pacifico-Norte	300.6	56.5	45.4,67.0
Frontera	465.8	56.9	41.6,70.9
Pacifico-Centro	583.8	75.9	57.9,87.9
Centro-Norte	653	76.1	70.4,81.1
Centro	494.7	74.1	59.4,84.8
CDMX	266	80.9	69.5,88.7
Estado de México	529.2	64.5	51.3,75.9
Pacífico-Sur	642.5	63.7	51.2,74.7
Península	549.6	75.0	68.0,80.8

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= intervalo de confianza a 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

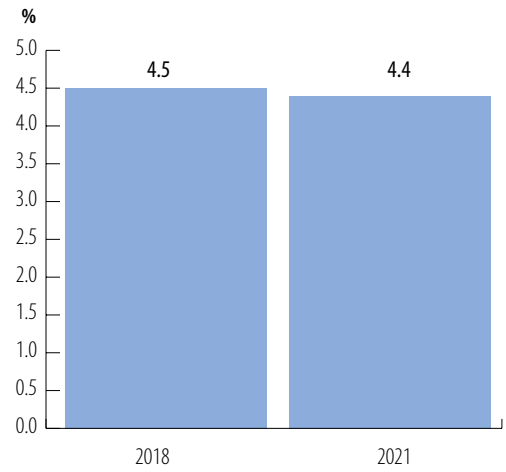
6.6 Accidentes

Los datos generados con esta encuesta nacional permiten documentar que 4.36% de las personas adultas en México reportó haber sufrido alguna lesión accidental en el año previo a la encuesta. Esto equivale a cerca de 3.7 millones de personas de 20 y más años. Estas cifras son altas, similares a las observadas en 2018 (4.50%, alrededor de 3.7 millones)[44] (figura 6.6.1). Al igual que en población infantil y adolescente, este porcentaje fue mayor en hombres (5.20%) que en mujeres (3.58%). El subgrupo de edad más afectado fue diferente en hombres (30-39 años de edad), que en mujeres (80 y más años) (cuadro 6.6.1). De las personas adultas que sufrieron una lesión accidental, 32.81% (n=1 201 588) reportó consecuencias permanentes en su estado de salud. Es importante destacar que este porcentaje fue mayor que el observado en 2018 (28.63%, n=1 053 229).[44]

Al igual que en los adolescentes, la mayor parte de las lesiones accidentales ocurre en la vía pública (48.54%), en el hogar (25.16%) y en una proporción importante en el trabajo (16.43%). Este porcentaje fue diferente entre los distintos subgrupos de edad, notándose que desde los 20 y hasta los 59 años, el trabajo es el principal lugar de ocurrencia (figura 6.6.2). Las caídas fueron la principal causa de lesiones accidentales en población adulta (53.04%), particularmente en personas a partir de 50 años (66.28%). Los accidentes de tránsito causaron el 26.22% de las lesiones en esta población y constituyeron la primera causa de lesiones accidentales en los grupos de 20 a 29 y de 30 a 39 años de edad (41.67 y 40.48%, respectivamente) (figura 6.6.3). Los golpes con equipo o maquinaria y los golpes, rasguños o mordidas por persona o animal constituyen una proporción de 14.44% y se ubican en el tercer lugar como causa de lesiones en personas de 20 y más años.

Figura 6.6.1

Prevalencia de accidentes no fatales de la población de 20 años o mas



Fuente: Ensanut 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.6.1

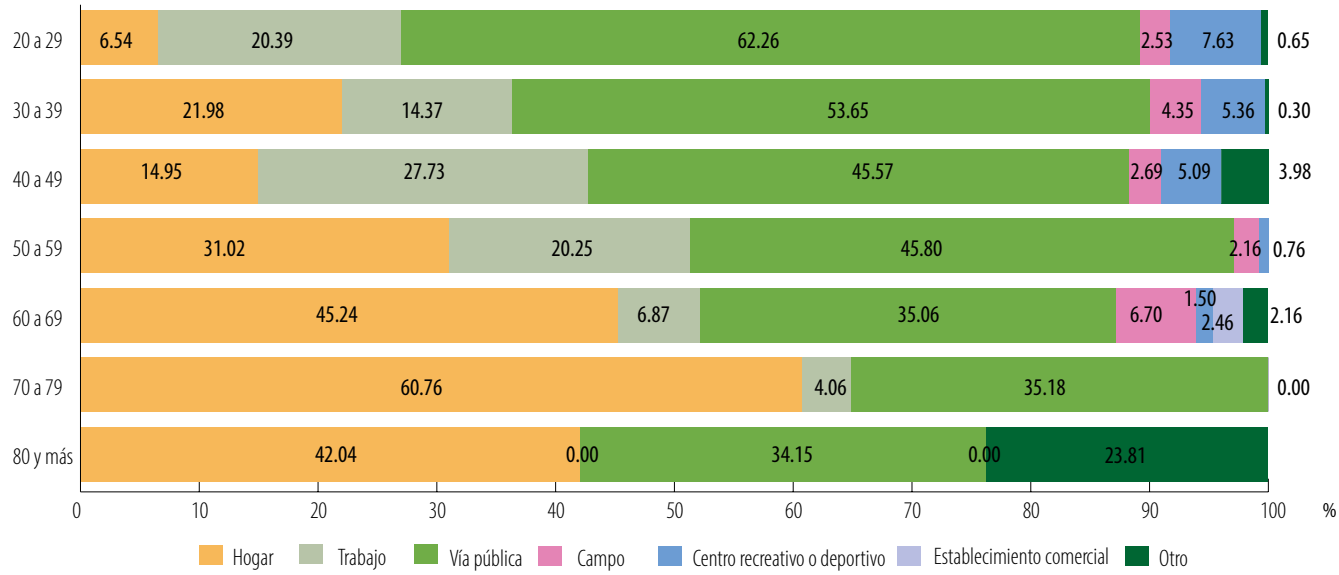
Prevalencia de accidentes en el último año en población de 20 años o más, por grupo de edad y sexo

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20 a 29	509.0	5.16	3.87,6.85	280.1	2.79	1.88,4.12	789.1	3.96	3.14,5.00
30 a 39	613.5	6.76	5.04,9.01	272.7	2.64	1.73,4.01	886.2	4.56	3.61,5.75
40 a 49	417.5	5.06	3.41,7.45	178.7	2.07	1.47,2.90	596.2	3.53	2.64,4.72
50 a 59	245.7	4.62	3.12,6.79	307.2	4.22	3.08,5.76	552.9	4.39	3.45,5.57
60 a 69	217.8	4.89	2.99,7.91	264.0	5.48	4.06,7.37	481.8	5.20	3.94,6.84
70 a 79	69.3	2.58	1.20,5.48	136.5	6.04	4.00,9.03	205.8	4.16	2.81,6.13
80 a más	39.3	4.23	1.52,11.21	143.1	16.31	8.88,28.03	182.4	10.10	6.04,16.41
Total	**2 112.1**	**5.20**	**4.40,6.14**	**1 582.3**	**3.58**	**3.10,4.12**	**3 694.4**	**4.36**	**3.91,4.85**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 6.6.2

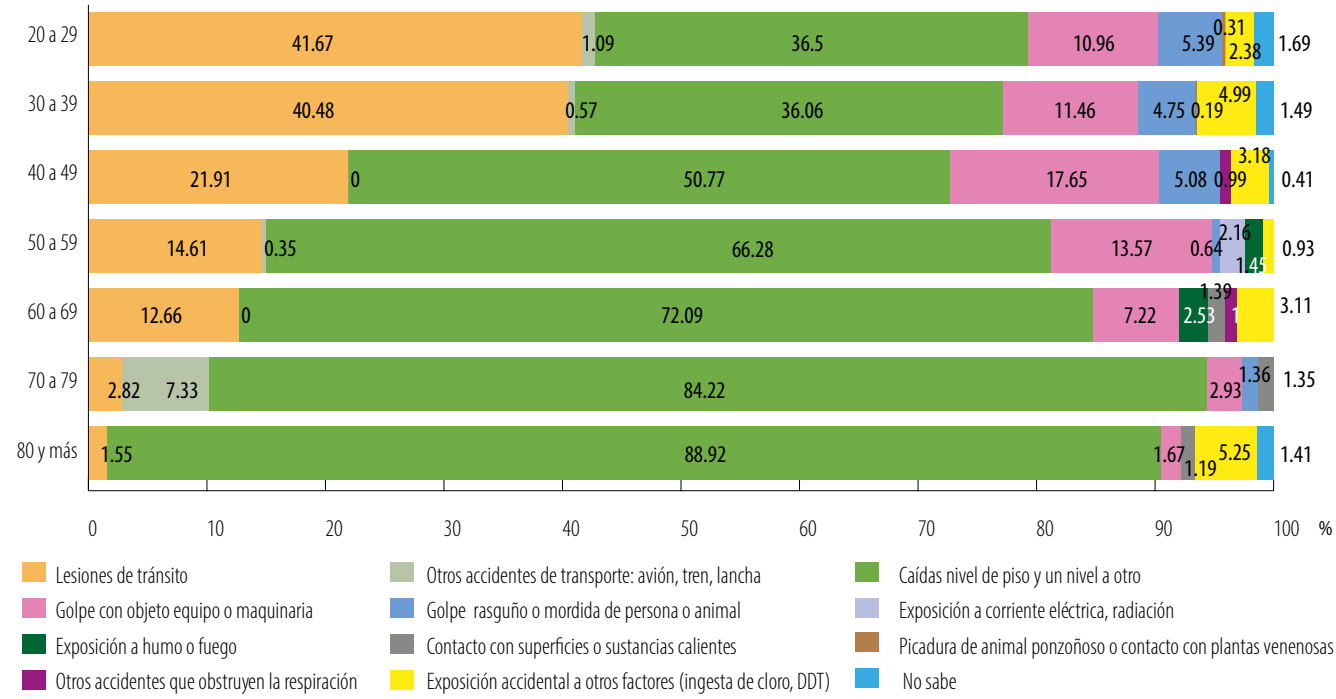
Lugar de ocurrencia de lesiones accidentales en población adulta



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 6.6.3

Principales tipos de accidentes en población adulta



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

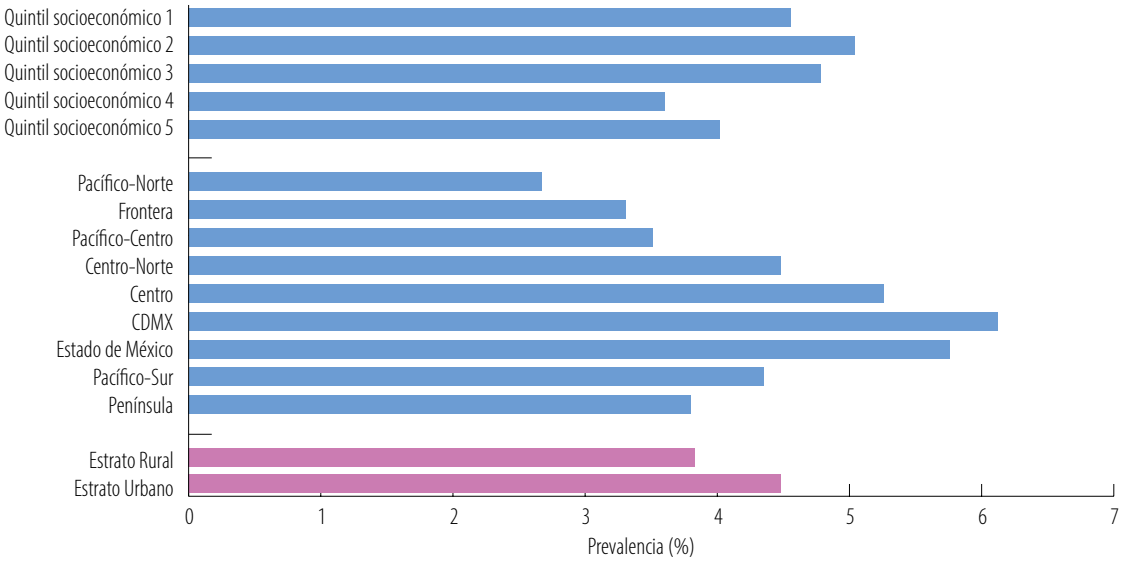
Como resultado de las lesiones, 72.91% de personas adultas que sufrieron una lesión accidental acudió a los servicios de salud para recibir atención médica, esto significa más de 2.6 millones de personas. Este elevado número de personas que solicitan atención genera un alto costo para el sistema de salud, que se suma a la alta demanda en servicios de salud por la situación sanitaria en el contexto de la pandemia de Covid-19.

Del total de personas adultas lesionadas, 3.30% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento y 0.09% alcohol y otras drogas, lo que significa que alrededor de 124 000 personas sufrieron una lesión accidental bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

En la figura 6.6.4 se presenta la prevalencia de lesiones accidentales en población adulta según el estrato de residencia (urbano/rural), por región del país y por índice de bienestar de los hogares (presentado en quintiles). Se observa que la prevalencia es similar tanto en zona urbana como en la rural, es más alta en las regiones CDMX y Estado de México y en los quintiles dos y tres del índice de bienestar.

Figura 6.6.4

Prevalencia de lesiones accidentales en población adulta, según variables de interés.



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.7 Ataque y violencia

Evento violento en los últimos 12 meses

El 2.9% de las personas de 20 años y más reportaron haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses previos a la encuesta. En hombres el reporte fue de 3.4%, mientras que en las mujeres 2.4% (cuadro 6.7.1).

Cuadro 6.7.1

Porcentaje de adultos que reportó algún ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad

Sexo	Grupos de edad								
	Sí			No			No sabe/no responde		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Nacional	2 445.7	2.9	2.5,3.3	82 290.3	97	96.6,97.4	85.9	0.1	0.0,0.2
Mujeres									
20-29 años	264.9	2.6	1.6,4.2	9 741.7	97.2	95.7,98.2	14.0	0.1	0.0,0.6
30-39 años	276.2	2.7	1.8,3.9	10 035.3	97.3	96.1,98.2	0.0	0.0	
40-49 años	257.1	3.0	2.1,4.2	8 430.4	97.0	95.7,97.9	4.2	0.0	0.0,0.3
50-59 años	172.7	2.4	1.4,3.9	7 127.1	97.6	96.1,98.6	0.0	0.0	
60 y mas	86.8	1.1	0.7,1.8	7 808.9	98.7	97.9,99.2	16.2	0.2	0.1,0.7
Total	**1 057.7**	**2.4**	**2.0,2.9**	**43 143.4**	**97.5**	**97.0,98.0**	**34.4**	**0.1**	**0.0,0.2**
Hombres									
20-29 años	462.9	4.7	3.6,6.2	9 287.4	95.3	93.8,96.4	0.0	0.0	
30-39 años	385.4	4.2	2.6,6.6	8 763.9	95.6	93.0,97.3	15.4	0.2	0.0,1.2
40-49 años	354	4.3	2.8,6.4	7 915	95.6	93.5,97.0	12	0.1	0.0,1.0
50-59 años	93.8	1.8	1.1,2.9	5 250.2	98.2	97.0,98.9	2.6	0	0.0,0.4
60 y mas	91.9	1.1	0.6,2.2	7 918.4	98.6	97.3,99.3	21.4	0.3	0.0,1.9
Total	**1 388**	**3.4**	**2.8,4.2**	**39 134.9**	**96.5**	**95.6,97.1**	**51.5**	**0.1**	**0.0,0.4**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En relación con el tipo de violencia experimentada por esta población, predominan los golpes, patadas y puñetazos (49.5% en hombres y 43.8% en mujeres), seguidos de agresiones verbales (13.6% en hombres y 24.2% en mujeres). El motivo principal más reportado fue el robo o asalto (48.2%), seguido de riñas (16%). Con relación al lugar de ocurrencia, en los hombres destaca la vía pública (59.4%), y el trabajo (15.2%), en las mujeres destaca la vía pública (49.9%) y el hogar (30.4%) (cuadro 6.7.2)

Cuadro 6.7.2

Población de 20 y más años que sufrió violencia en el último año por tipo de violencia, motivo y lugar de ocurrencia, según sexo

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Tipo de violencia									
Agresiones con substancia*	20.9	1.5	0.4,6.2	7.5	0.7	0.2,2.9	28.4	1.2	0.4,3.5
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento*	30.3	2.2	0.4,10.8	22.8	2.2	0.9,5.1	53.1	2.2	0.8,5.9
Herida por arma de fuego*	35.7	2.6	1.0,6.7	30.9	2.9	1.3,6.2	66.6	2.7	1.4,5.1
Herida por arma punzocortante	82.6	6	2.4,14.0	26.5	2.5	1.1,5.8	109.2	4.5	2.2,9.0
Empujón desde un lugar elevado*	32.3	2.3	0.8,6.3	37	3.5	1.7,7.1	69.3	2.8	1.5,5.1
Golpes, patadas, puñetazos	687.6	49.5	41.0,58.1	463.1	43.8	34.9,53.0	1 150.7	47	40.7,53.4
Agresión sexual*	27.5	2	0.6,6.6	20.9	2	0.7,5.7	48.4	2	0.9,4.5
Agresiones verbales	189.1	13.6	8.0,22.2	256.2	24.2	16.9,33.4	445.3	18.2	13.3,24.4
Otras	215.9	15.6	9.5,24.5	203.4	19.2	13.5,26.7	419.2	17.1	12.4,23.2
Motivo principal*									
Robo o asalto	722.7	52.3	42.0,62.5	451.2	42.7	32.6,53.6	1 173.8	48.2	41.0,55.4
Incidente de tránsito*	25.9	1.9	0.7,4.6	4.5	0.4	0.1,3.0	30.3	1.2	0.5,2.8
Riña con desconocidos	205.3	14.9	8.8,23.9	51.3	4.9	1.8,12.6	256.6	10.5	6.7,16.2
Riña con conocidos	221.3	16.0	10.9,23.0	167.8	15.9	9.8,24.8	389.1	16.0	11.9,21.1
Secuestro*	2.1	0.1	0.0,1.1	35.8	3.4	1.0,11.2	37.9	1.6	0.5,4.7
Detención*	22.3	1.6	0.5,4.7	0	0		22.3	0.9	0.3,2.7
Violencia con familiares	37.6	2.7	0.9,8.0	156.7	14.8	10.3,20.9	194.2	8.0	5.4,11.6
Violencia con novio/pareja/esposo	21	1.5	0.5,4.5	103.3	9.8	6.0,15.6	124.2	5.1	3.2,7.9
Otro	116.9	8.5	4.5,15.3	75.8	7.2	4.2,12.1	192.8	7.9	5.1,12.1
No responde*	5.9	0.4	0.1,3.1	6.5	0.6	0.1,4.3	12.4	0.5	0.1,2.1
Lugar de la agresión o violencia									
Hogar	89.5	6.4	3.2,12.4	321.7	30.4	22.9,39.1	411.1	16.8	12.4,22.3
Trabajo	210.4	15.2	9.7,22.9	90.8	8.6	4.3,16.4	301.3	12.3	8.4,17.6
Transporte público	148.6	10.7	5.8,18.8	94.6	8.9	5.1,15.2	243.3	9.9	6.3,15.3
Vía pública	824.1	59.4	50.8,67.4	527.7	49.9	40.5,59.3	1 351.8	55.3	48.5,61.9
Campo*	14.0	1.0	0.1,6.9	3.1	0.3	0.0,2.1	17.1	0.7	0.1,3.6
Centro recreativo o deportivo*	34.5	2.5	0.9,6.8	0.0	0.0		34.5	1.4	0.5,3.9
Antro, bar*	9.5	0.7	0.1,4.8	0.0	0.0		9.5	0.4	0.1,2.7
Establecimiento comercial*	17.7	1.3	0.3,5.1	1.3	0.1	0.0,0.9	19.0	0.8	0.2,2.9
Otro*	39.6	2.9	1.0,7.6	18.4	1.7	0.6,4.7	58.0	2.4	1.1,5.0
Total	**1 388**			**1 057.7**			**2 445.7**		

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
*Cifras que se basan en menos de 20 casos no ponderados
†Considera la primera opción de respuesta
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El 24.7% de los hombres y 38.2% de las mujeres reportaron daños a la salud por eventos violentos, destaca que 35.8% de los hombres y 52.7% de las mujeres no recibieron atención médica en ninguna institución de salud (cuadro 6.7.3).

Cuadro 6.7.3

Población de 20 y más años que sufrió violencia en el último año por daño a la salud e institución de atención, según sexo

	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sufrió daño a la salud por el ataque o violencia									
Sí	343.4	24.7	16.1,36.1	403.8	38.2	28.9,48.4	747.2	30.6	23.9,38.1
No	1 038.6	74.8	63.5,83.5	653.9	61.8	51.6,71.1	1 692.5	69.2	61.6,75.9
NS/NR	6	0.4	0.1,3.0	0	0		6	0.2	0.0,1.7
Institución de atención*									
Ninguna	123	35.8	22.8,51.3	212.9	52.7	35.9,68.9	336	45	33.0,57.5
Institución de Seguridad social‡	23.8	6.9	2.4,18.1	20.1	5	1.5,14.9	43.9	5.9	2.7,12.3
Secretaria de Salud‡	67	19.5	8.4,39.0	13.8	3.4	1.3,8.4	80.9	10.8	5.5,20.3
Privada‡	58.2	17	6.7,36.6	71.9	17.8	9.4,31.1	130.1	17.4	10.0,28.5
Otro lugar‡	68.6	20	6.6,47.0	82.6	20.5	11.6,33.6	151.2	20.2	11.3,33.5
No sabe/no recuerda‡	2.7	0.8	0.1,5.7	2.5	0.6	0.1,4.4	5.2	0.7	0.2,2.8
Total	**343.4**			**403.8**			**747.2**		

*Incluye 119 casos muestrales que respondieron haber tenido daños a la salud
‡Cifras que se basan en menos de 20 casos no ponderados
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.8 Sintomatología depresiva

Para las estimaciones de los indicadores de sintomatología depresiva se consideraron a 13 402 adultos.

En el cuadro 6.8.1 se muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en adultos. A nivel nacional 16.1% presentó sintomatología depresiva moderada o severa. Se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, el porcentaje de mujeres con sintomatología depresiva es aproximadamente el doble (21.0%) del porcentaje de hombres con esta condición (10.7%). En cambio, la prevalencia de sintomatología depresiva por tipo de localidad presenta porcentajes muy similares.

6.9 Funcionamiento

El cuadro 6.9.1 presenta el porcentaje de adultos(as) (≥18 años) con dificultades severas de funcionamiento en diversos ámbitos. La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre adultos es de 7.7 por ciento. La prevalencia de problemas de funcionamiento en adultos con relación a la vista es de 2.6% y con relación a la audición es de 1.1 por ciento. El 3.7% de los adultos tienen problemas para caminar, mientras que 1.9% de los adultos tiene dificultades de cognición, 0.6% de autocuidado y 0.4% de comunicación.

La prevalencia de dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito es mayor entre mujeres adultas (8.8%) en comparación con los hombres (6.5%). Hay una prevalencia más alta de mujeres con dificultades de funcionamiento en comparación con los hombres en el ámbito de la vista (3.2 vs. 2.0%), para caminar (4.5 vs. 3.0%), en la cognición (2.3 vs. 1.3%), con diferencias estadísticamente significativas en estos ámbitos. En los ámbitos de la audición, el autocuidado y la comunicación no hay diferencias significativas por sexo. Finalmente, para la estimación de dificultades severas del funcionamiento y discapacidad en adultos se consideraron 14 170 observaciones

En cuanto al índice de bienestar, hay una mayor prevalencia de dificultades de funcionamiento entre los adultos con un índice de bienestar bajo (10.9%) comparado con aquellos con un índice de bienestar alto (5.2%). Asimismo, estas diferencias se presentan en los ámbitos de la vista (4.2 vs. 1.2%), caminar (5.3 vs. 2.2%) y el autocuidado (1.0 vs. 0.3%). Adicionalmente, entre los adultos de la región Pacífico-Sur (12.1%) hay una prevalencia más alta de dificultades del funcionamiento en al menos un ámbito en comparación con los adultos de la región Pacífico-Norte (5.5%). En relación a los ámbitos específicos, las diferencias entre regiones se mantienen para dificultades en audición (Pacífico-Sur 2.3% vs. Frontera 0.4%), caminar (Pacífico-Sur 6.4% vs. Frontera 2.9%), cognición (Pacífico-Sur 3.1% vs. Península 1.2%) y autocuidado (Pacífico-Sur 1.4% vs. Pacífico-Centro 0.1%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por tipo de localidad para ninguno de los indicadores.

Cuadro 6.8.1

Prevalencia de sintomatología depresiva en adultos

2021 Sintomatología depresiva	N (miles)	%	IC95%
Nacional	13 671.0	16.1	15.3,17.0
Sexo			
Hombre	4 362.7	10.7	9.7,11.9
Mujer	9 308.3	21.0	19.8,22.3
Localidad			
Urbana	10 890.9	16.0	15.1,17.0
Rural	2 780.1	16.5	14.5,18.6

Sintomatología depresiva ≥9 para adultos de 20 a 59 años y ≥5 para adultos ≥60 años
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.9.1

Porcentajes de dificultades severas de funcionamiento para adultos

	Vista			Audición			Caminar			Cognición			Autocuidado			Comunicación			Dificultades de funcionamiento en al menos un dominio		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 320.6	2.6	2.3,3.0	998.1	1.1	0.9,1.4	3 337.8	3.7	3.4,4.2	1 656.0	1.9	1.6,2.2	565.7	0.6	0.5,0.8	371.3	0.4	0.3,0.6	6 862.3	7.7	7.1,8.4
Sexo																					
Hombre	858.8	2.0	1.6,2.5	532.8	1.2	0.9,1.8	1 273.1	3.0	2.5,3.6	573.9	1.3	1.0,1.9	211.4	0.5	0.3,0.8	186.8	0.4	0.2,0.9	2 780.1	6.5	5.7,7.4
Mujer	1 461.8	3.2	2.6,3.8	465.3	1.0	0.8,1.3	2 064.7	4.5	3.9,5.0	1 082.1	2.3	1.9,2.8	354.4	0.8	0.6,1.0	184.5	0.4	0.3,0.6	4 082.1	8.8	8.0,9.7
Tipo de localidad																					
Urbano	1 731.3	2.4	2.0,2.9	771.9	1.1	0.8,1.4	2 504.7	3.5	3.1,4.0	1 363.8	1.9	1.6,2.3	419.0	0.6	0.5,0.8	306.0	0.4	0.3,0.7	5 340.5	7.5	6.8,8.3
Rural	589.3	3.3	2.5,4.3	226.1	1.3	0.8,1.9	833.1	4.7	3.7,6.0	292.3	1.6	1.1,2.4	146.7	0.8	0.5,1.3	65.2	0.4	0.2,0.7	1 521.8	8.5	7.1,10.2
Índice de bienestar																					
Bajo	1 122.0	4.2	3.5,5.1	443.9	1.7	1.2,2.3	1 417.3	5.3	4.5,6.3	714.7	2.7	2.1,3.4	265.5	1.0	0.7,1.4	149.7	0.6	0.3,0.9	2 896.0	10.9	9.6,12.3
Medio	778.8	2.8	2.2,3.5	286.2	1.0	0.7,1.4	1 167.2	4.1	3.5,4.9	432.9	1.5	1.1,2.1	184.9	0.7	0.4,1.0	109.4	0.4	0.2,0.6	2 181.8	7.7	6.7,8.9
Alto	419.9	1.2	0.9,1.7	267.9	0.8	0.4,1.4	753.3	2.2	1.7,2.7	508.5	1.5	1.1,2.1	115.4	0.3	0.2,0.5	112.2	0.3	0.1,1.0	1 784.5	5.2	4.3,6.2
Región																					
Pacífico-Norte	138.1	1.6	1.0,2.5	52.0	0.6	0.3,1.2	262.5	3.1	2.4,4.1	151.4	1.8	1.1,2.9	38.3	0.5	0.2,0.9	17.3	0.2	0.1,0.6	469.6	5.5	4.4,6.9
Frontera	219.6	1.9	1.3,2.7	51.7	0.4	0.2,1.0	339.0	2.9	2.0,4.3	210.5	1.8	1.0,3.3	60.2	0.5	0.2,1.2	40.6	0.4	0.0,2.5	789.8	6.9	4.9,9.5
Pacífico-Centro	232.3	2.4	1.6,3.7	95.2	1.0	0.6,1.7	286.5	3.0	2.0,4.5	161.7	1.7	1.0,2.9	9.7	0.1	0.0,0.4	3.6	0.0	0.0,0.3	628.5	6.5	5.1,8.2
Centro-Norte	178.6	1.6	1.1,2.3	92.4	0.8	0.6,1.2	416.8	3.7	3.1,4.4	129.7	1.2	0.9,1.6	74.3	0.7	0.4,1.0	30.6	0.3	0.1,0.6	718.8	6.4	5.6,7.4
Centro	310.5	3.5	2.2,5.4	185.1	2.1	0.9,4.6	339.6	3.8	2.5,5.7	203.5	2.3	1.3,4.0	10.6	0.1	0.0,0.4	70.1	0.8	0.2,2.9	850.9	9.5	7.0,12.7
CDMX	186.1	2.5	1.6,4.0	86.3	1.2	0.6,2.2	306.6	4.2	3.2,5.5	153.9	2.1	1.4,3.2	78.6	1.1	0.6,1.8	49.2	0.7	0.3,1.4	556.9	7.6	6.0,9.5
Edo. de México	456.4	3.8	2.7,5.2	109.8	0.9	0.5,1.5	380.8	3.1	2.4,4.1	198.6	1.6	1.0,2.8	90.2	0.7	0.4,1.3	35.9	0.3	0.1,0.6	942.4	7.7	6.3,9.5
Pacífico-Sur	414.4	3.8	2.4,5.9	253.6	2.3	1.6,3.4	703.6	6.4	4.8,8.5	342.7	3.1	2.2,4.5	154.6	1.4	0.8,2.4	86.7	0.8	0.4,1.5	1 334.1	12.1	9.6,15.1
Península	184.6	2.1	1.5,2.9	71.9	0.8	0.5,1.4	302.3	3.4	2.5,4.6	104.1	1.2	0.7,2.0	49.2	0.6	0.3,1.1	37.2	0.4	0.2,1.0	571.4	6.5	4.9,8.4

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.10 Diagnóstico previo de enfermedades crónicas

Diagnóstico médico previo de obesidad

La prevalencia de diagnóstico previo, hecho en alguna ocasión por personal de salud, de obesidad en nuestro país, fue de 16.8%, mayor en las mujeres (18.7%), que en los hombres (14.6%). Mayor en la población de 40 a 59 años, en ambos sexos siendo para este grupo de edad en mujeres de 23.6% y en hombres de 16% (cuadro 6.10.1).

Cuadro 6.10.1

Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de obesidad

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC	N (miles)	%	IC	N (miles)	%	IC
20-39 años	2 989	15.8	13.7,18.1	3 171.8	15.6	13.8,17.6	6 160.8	15.7	14.3,17.1
40-59 años	2 166.1	16	13.6,18.6	3 761.3	23.6	21.6,25.8	5 927.4	20.1	18.4,22.0
60 años y más	772.1	9.6	7.5,12.2	1 355.3	17	14.8,19.5	2 127.4	13.3	11.7,15.0
Total	**5 927.2**	**14.6**	**13.3,16.0**	**8 288.4**	**18.7**	**17.6,20.0**	**14 215.6**	**16.8**	**15.9,17.7**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC= Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Diagnóstico médico previo de diabetes

La prevalencia total de diabetes se obtiene sumando la correspondiente a la de diagnóstico médico previo o diagnosticada, y la aún no diagnosticada, conocida anteriormente como la de hallazgo de la encuesta. En esta sección presentamos a la prevalencia por diagnóstico previo, hecho por personal de salud. En el país, esta prevalencia en el 2021 fue de 10.2%, mayor en las mujeres (11.3%) que en los hombres (9%). La población de 60 años y más de edad, presentó la mayor prevalencia en ambos sexos, en hombres fue de 22.9% y en mujeres de 28.1 por ciento. Lo que significa que uno de cada cuatro personas con 60 años o más de vida tienen diabetes diagnosticada., es decir, saben que la tienen (cuadro 6.10.2).

Al comparar las prevalencias obtenidas en las últimas encuestas: Ensanut 2012, Ensanut 2018 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, se observan ligeras diferencias, no significativas debido que los intervalos de confianza se traslapan, 9.2, 10.3 y 10.2%, respectivamente (figura 6.10.1).

Cuadro 6.10.2

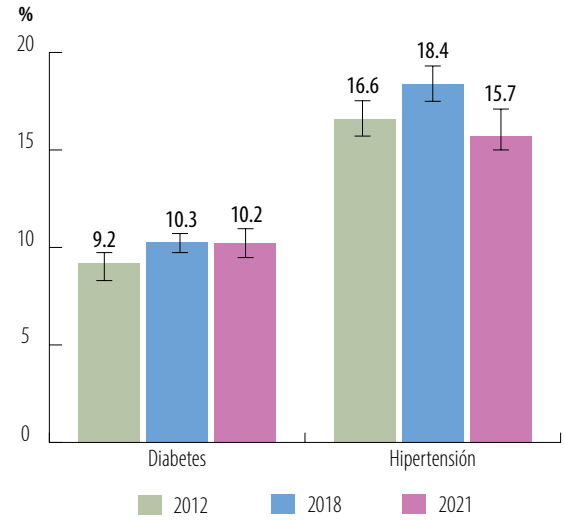
Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	412.7	2.2	1.3,3.6	399.3	2	1.5,2.6	812.1	2.1	1.5,2.9
40-59 años	1 406.4	10.4	8.7,12.3	2 368.3	14.9	13.1,16.8	3 774.6	12.8	11.6,14.1
60 años y más	1 845.7	22.9	19.9,26.2	2 237.9	28.1	25.1,31.3	4 083.5	25.5	23.2,27.9
Total	**3 664.8**	**9**	**8.1,10.1**	**5 005.4**	**11.3**	**10.4,12.3**	**8 670.2**	**10.2**	**9.5,11.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 6.10.1

Prevalencia de diabetes e hipertensión por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años y más.



Fuente: Ensanut 2012, 2018-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Diagnóstico médico previo de hipertensión

Al igual que en el caso de la diabetes, la prevalencia total de hipertensión se obtiene sumando la correspondiente a la de diagnóstico médico previo, o diagnosticada, y la aún no diagnosticada o por hallazgo de la encuesta. La prevalencia por diagnóstico médico previo de hipertensión, en nuestro país, en el 2021 fue de 15.7%, mayor en las mujeres 17.6%, que en los hombres 13.8 por ciento. El grupo de edad de 60 años y más, presentó las mayores prevalencias en ambos sexos 30.6%, 34.1% en hombres y 45.1% en mujeres. Uno de cada tres hombres y cerca de una de cada dos mujeres de 60 años y más de edad, saben que tienen hipertensión arterial (cuadro 6.10.3).

Diagnóstico médico previo de enfermedad renal

En este caso, a los adultos de 20 años y más, se les preguntó si habían recibido el diagnóstico previo por parte de personal de salud de: infección de vías urinarias en más de una ocasión, cálculos renales, insuficiencia renal o enfermedad renal crónica. En este caso, consideramos como enfermedad renal, el haber recibido al menos uno de los diagnósticos mencionados. La prevalencia de enfermedad renal en el país en 2021, fue de 14.9%, mayor en las mujeres 20.8% que en los hombres 8.5 por ciento. La prevalencia fue mayor en el grupo de edad de 40 a 59 años de edad en las mujeres 21.6%, y en el grupo de 60 años y más en los hombres, 10.2% (cuadro 6.10.4).

Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia

El 38.8% de la población adulta refirió que se realizó una prueba de determinación de colesterol y triglicéridos, 42.6% de las mujeres y 34.6% de los hombres. De esta población, 32.8% reportó haber tenido un resultado elevado. El reporte de un resultado de colesterol elevado fue mayor en la población de 40 a 59 años de edad (40.6%). Al estratificar por sexo, se observaron mayores porcentajes de población con colesterol alto en el grupo de 40 a 59 años en los hombres (40.6%) y en el de 60 años o más en las mujeres (43.4%) (cuadro 6.10.5).

Cuadro 6.10.3

Porcentaje de adultos con diagnóstico médico previo de hipertensión

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39	766.5	4	3.2,5.2	804.5	4	3.0,5.2	1 571.1	4	3.3,4.8
40-59	2 070.4	15.3	13.1,17.8	3 374.9	21.2	19.4,23.2	5 445.3	18.5	17.1,20.0
60 o más	2 751.2	34.1	31.0,37.5	3 590.6	45.1	41.9,48.4	6 341.8	39.6	37.3,41.9
Total	**5 588.1**	**13.8**	**12.6,15.1**	**7 770.1**	**17.6**	**16.4,18.8**	**13 358.2**	**15.7**	**14.9,16.6**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.10.4

Porcentaje de adultos con diagnóstico médico previo de enfermedad renal

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
20 a 39	18 961.3	7	5.5,8.9	20 360.9	20.9	19.1,22.9	39 322.2	14.2	13.0,15.5
40 a 59	13 572	9.7	8.2,11.5	15 918.2	21.6	19.8,23.5	29 490.2	16.1	14.8,17.5
60 y mas	8 058.9	10.2	8.5,12.2	7 957.6	18.7	16.3,21.5	16 016.6	14.4	12.9,16.2
Total	**40 592.2**	**8.5**	**7.5,9.7**	**44 236.8**	**20.8**	**19.5,22.1**	**84 829**	**14.9**	**14.1,15.7**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.10.5

Porcentaje de adultos que reportan medición de colesterol en la sangre, y tenían niveles altos

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	1 119.1	20.8	17.0,25.3	1 383.3	19.6	16.7,22.9	2 502.4	20.1	17.9,22.6
40-59 años	2 187.5	40.6	36.0,45.3	3 144.4	40.6	36.9,44.3	5 331.8	40.6	37.6,43.6
60 años y más	1 232.2	36.8	31.4,42.7	1 742	43.4	39.5,47.4	2 974.2	40.4	37.0,43.9
Total	**4 538.8**	**32.2**	**29.5,35.0**	**6 269.7**	**33.3**	**31.3,35.4**	**10 808.5**	**32.8**	**31.1,34.6**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.11 Antecedentes heredo-familiares

En esta sección, se presenta la información que se les preguntó a los adultos sobre si alguno de sus padres tiene o tuvo diabetes o hipertensión. El 31.1% contestaron que al menos uno de sus padres tiene o tuvo diabetes y 6.9% mencionó que ambos. Con respecto al antecedente de hipertensión en sus padres, 34.8% mencionó que al menos uno de sus padres la tiene o tuvo y 9.9% mencionó que ambos padres la tienen o tuvieron.

Cuadro 6.11.1

Porcentaje de adultos que reportan padres con diabetes o hipertensión

Grupos de edad	Con antecedente de padres con diabetes						Con antecedente de padres con hipertensión					
	Padre o madre			Ambos padres			Padre o madre			Ambos padres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres												
20 a 39	5 589.1	29.5	27.0,32.1	1 087.3	5.7	4.6,7.1	5 782.6	30.5	27.9,33.2	1 634.3	8.6	7.2,10.3
40 a 59	4 839.1	35.7	32.7,38.7	1 288.1	9.5	7.7,11.6	5 496	40.5	37.4,43.7	1 527.4	11.3	9.4,13.4
60 y mas	2 004.5	24.9	21.0,29.2	330.2	4.1	3.0,5.7	2 124.8	26.4	22.6,30.5	375.2	4.7	3.4,6.3
Total	**12 432.7**	**30.6**	**28.9,32.4**	**2 705.6**	**6.7**	**5.8,7.7**	**13 403.4**	**33**	**31.2,34.9**	**3 536.9**	**8.7**	**7.8,9.7**
Mujeres												
20 a 39	6 243.7	30.7	28.4,33.0	1 225.4	6	5.0,7.2	6 851	33.6	31.5,35.9	1 677	8.2	7.0,9.7
40 a 59	5 720.9	35.9	33.8,38.2	1 514.9	9.5	8.3,10.9	6 877.3	43.2	40.8,45.6	2 486.4	15.6	14.0,17.3
60 y mas	1 947.2	24.5	21.8,27.4	383	4.8	3.7,6.3	2 373.9	29.8	26.9,32.9	732.9	9.2	7.7,11.0
Total	**13 911.8**	**31.4**	**30.1,32.9**	**3 123.3**	**7.1**	**6.3,7.9**	**16 102.2**	**36.4**	**35.0,37.8**	**4 896.2**	**11.1**	**10.1,12.1**
Total												
20 a 39	11 832.8	30.1	28.3,31.9	2 312.8	5.9	5.1,6.8	12 633.6	32.1	30.5,33.8	3 311.3	8.4	7.4,9.6
40 a 59	10 560	35.8	34.1,37.5	2 802.9	9.5	8.4,10.7	12 373.4	42	40.1,43.9	4 013.8	13.6	12.3,15.0
60 y mas	3 951.8	24.7	22.1,27.4	713.2	4.5	3.6,5.4	4 498.6	28.1	25.8,30.5	1 108.1	6.9	5.9,8.1
Total	**26 344.5**	**31.1**	**30.0,32.2**	**5 828.9**	**6.9**	**6.3,7.5**	**29 505.6**	**34.8**	**33.6,35.9**	**8 433.1**	**9.9**	**9.2,10.7**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

6.12 Reconocimiento de la situación de socialización

Aislamiento social y soledad

Se ha sugerido que la mayoría de las personas en el mundo experimentarán soledad en algún momento de la vida. Incluso, algunos filósofos sostienen que la soledad es una experiencia humana universal.[103] Sin embargo, debido a su alta prevalencia y a los efectos que esta puede tener en el estado de salud, la soledad se ha convertido en el foco de una gran cantidad de investigaciones en los últimos años. El contacto social poco frecuente o aislamiento social (objetivo) y la soledad (el sentimiento subjetivo de estar aislado), son graves problemas de salud pública de nuestro tiempo, debido a que implican un mayor riesgo de problemas de salud física y mental, así como un incremento en la demanda de los servicios de salud.

El aislamiento social y la soledad afectan a una proporción significativa de los adultos mayores,[104] siendo algunos de los más afectados aquellos que viven solos. En México, de acuerdo con el comunicado de prensa Núm. 475/19 realizado por el INEGI, 11.4% (1.7 millones) de las personas de 60 años o más vivían solos,[105] situación que los coloca en una posición de mayor vulnerabilidad al aislamiento social y la soledad por la falta de una red de apoyo familiar. Con base en los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 (Ensanut 2020 sobre Covid-19) realizada en México de agosto a noviembre del 2020[106] se estimó que 12.3% de los adultos de 65 años y más estaban viviendo solos. Información proveniente de la misma encuesta a nivel nacional, mostró una elevada prevalencia de aislamiento social (sin contacto mediante tecnologías de la información y comunicación-TIC) (45.3%) y de soledad (casi 50%, categorías siempre y a veces) en los adultos de 65 años y más que reportaron vivir solos; cabe destacar que en dicha encuesta no se contó con información acerca del aislamiento social y soledad en los adultos mayores que reportaron vivir acompañados.

Se ha estimado que para 2050 alrededor de una quinta parte de la población general tendrá 65 años o más.[107] A la luz de las investigaciones realizadas, es necesario contar con herramientas que permitan evaluar el aislamiento social y la soledad para reducir en la medida de lo posible sus efectos deletéreos en la salud de los adultos mayores mexicanos que viven solos o acompañados. Los resultados que a continuación se presentan provienen de la medición transversal de la Ensanut 2021 sobre Covid-19 a nivel nacional e incluyeron a 2 019 adultos mayores de 65 años y más entrevistados en su hogar, de los cuales 533 reportaron vivir solos (aquellos que en la sección de integrantes del hogar indicaron sólo un integrante) y 1 486 estaban viviendo acompañados. Se exploraron preguntas relacionadas con la utilización de nuevas tecnologías, sobre socialización y acompañamiento, que permiten en su

conjunto tener un panorama sobre aspectos relacionados con el aislamiento social y la soledad en esta población.

Utilización de nuevas tecnologías

En relación con los resultados nacionales, al analizar el uso de celular, computadora e internet, se encontró que la prevalencia de adultos de 65 años y más que reportaron nunca usar dichas tecnologías fue de 45.9, 88.0 y 76.9% respectivamente (cuadros 6.12.1, 6.12.2 y 6.12.3). En aquellos adultos mayores que viven solos, se observó que 40.0% nunca usan teléfono celular, y entre aquellos que viven acompañados 47.0% reportó nunca usarlo (cuadro 6.12.1). Por otro lado, 89.7% de los entrevistados que viven solos indicó nunca usar computadora, mientras que 87.7% de los que viven acompañados reportaron nunca usarla (cuadro 6.12.2). En relación con el uso de internet, 79.0% de los adultos mayores que viven solos y 76.5% de los que viven acompañados reportaron nunca usarlo (cuadro 6.12.3).

Finalmente, en relación con el uso de redes sociales, se observó que un alto porcentaje de todos los adultos mayores no utiliza WhatsApp (78.9%), Facebook (88.5%), Chat (98.7%), Twitter (98.5%), YouTube (93.6%) u otra red (99.6%); dichas prevalencias fueron similares en aquellos adultos mayores viviendo solos o acompañados (cuadros del 6.12.4 al 6.12.9).

Cuadro 6.12.1
Uso de celular

	Adulto de 65 años y más											
	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Siempre	183	659.6	38.1	31.8,44.8	395	2 549.3	28.0	24.7,31.6	578	3 209.0	29.6	26.6,32.9
A veces	132	379.5	21.9	17.5,27.1	364	2 274.5	25.0	22.0,28.3	496	2 654.1	24.5	21.9,27.3
Nunca	218	693.8	40.0	32.3,48.3	727	4 274.3	47.0	43.8,50.2	945	4 968.1	45.9	42.9,48.8
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.2

Uso de computadora

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Siempre	15	64.3	3.7	2.1,6.4	50	418.2	4.6	3.2,6.6	65	482.5	4.5	3.2,6.1
A veces	27	114.6	6.6	3.8,11.1	67	699.5	7.7	5.4,10.8	94	814.1	7.5	5.5,10.1
Nunca	491	1 554.1	89.7	85.0,93.0	1 369	7 980.5	87.7	84.0,90.7	1 860	9 534.6	88.0	84.8,90.7
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.3

Uso de internet

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Siempre	53	217.2	12.5	9.1,17.0	160	1 115.8	12.3	10.0,15.0	213	1 333.0	12.3	10.2,14.8
A veces	39	147.3	8.5	5.4,13.2	139	1 020.8	11.2	8.9,14.0	178	1 168.2	10.8	8.8,13.1
Nunca	441	1 368.4	79.0	73.0,83.9	1 187	6 961.5	76.5	72.8,79.9	1 628	8 329.9	76.9	73.6,79.9
Total	**533**	**17 33.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.4

Uso de red social: WhatsApp

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N miles)	%	IC95%
No utilizada	433	1 366.2	78.8	73.6,83.3	1 216	7 182.4	78.9	75.5,82.0	1 649	8 548.7	78.9	75.9,81.7
Utilizada	100	366.7	21.2	16.7,26.4	270	1 915.7	21.1	18.0,24.5	370	2 282.5	21.1	18.3,24.1
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.5

Uso de red social: Facebook

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
No utilizada	475	1 504.0	86.8	82.8,90.0	1 338	8 080.8	88.8	86.6,90.7	1 813	9 584.8	88.5	86.4,90.3
Utilizada	58	228.9	13.2	10.0,17.2	148	1 017.4	11.2	9.3,13.4	206	1 246.3	11.5	9.7,13.6
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.6

Uso de red social: Chat

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
No utilizada	529	1 712.6	98.8	96.6,99.6	1 468	8 972.8	98.6	97.7,99.2	1 997	10 685.5	98.7	97.9,99.2
Utilizada	4	20.3	1.2	0.4,3.4	18	125.3	1.4	0.8,2.3	22	145.6	1.3	0.8,2.1
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.7

Uso de red social: Twitter

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
No utilizada	528	1 717.4	99.1	97.8,99.6	1 464	8 947.6	98.3	97.3,99.0	1 992	10 665.0	98.5	97.6,99.0
Utilizada	5	15.6	0.9	0.4,2.2	22	150.6	1.7	1.0,2.7	27	166.1	1.5	1.0,2.4
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.8

Uso de red social: YouTube

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
No utilizada	500	1 569.4	90.6	86.3,93.6	1 411	8 566.5	94.2	92.5,95.5	1 911	10 135.9	93.6	92.1,94.8
Utilizada	33	163.6	9.4	6.4,13.7	75	531.6	5.8	4.5,7.5	108	695.2	6.4	5.2,7.9
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.9

Uso de red social :Otra

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
No utilizada	532	1 731.6	99.9	99.4,100.0	1 480	9 061.1	99.6	99.0,99.8	2 012	10 792.7	99.6	99.2,99.9
Utilizada	1	1.4	0.1	0.0,0.6	6	37.1	0.4	0.2,1.0	7	38.4	0.4	0.1,0.8
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Socialización

Al explorar la interacción de los adultos mayores con sus familiares, mediante la pregunta: ¿A cuántos familiares ve (en persona o por videollamada) o tiene noticias de ellos (por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera) al menos una vez al mes?, 39.7% del total de las personas de 65 años y más que fueron entrevistadas respondieron que a ninguno, similar a lo observado para los adultos mayores que viven solos (39.1%) o acompañados (39.8%) (cuadro 6.12.10). Asimismo, 25.5% de todos los adultos mayores indicaron que con ningún familiar se sienten cómodos(as) como para hablar sobre sus asuntos personales, mientras que 31.3% indicó que con un familiar. Para aquellos que viven solos las prevalencias fueron de 27.4 y 35.1% respectivamente, mientras que para aquellos que viven acompañados fueron de 25.1 y 30.5% como lo refiere el cuadro 6.12.11. En relación a la pregunta sobre a cuántos de sus familiares siente el adulto mayor lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda, 22.3% del total de entrevistados respondió que a ninguno y 31.0% que a uno; asimismo, 23.7% de aquellos que viven solos reportaron que a ninguno y 34.1% que a uno, mientras que 22.0% de los adultos mayores que viven acompañados reportó que a ninguno y 30.4% que a uno (cuadro 6.12.12).

■ Cuadro 6.12.10

¿A cuántos familiares ve (en persona o por videollamada) o tiene noticias de ellos (por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera) al menos una vez al mes?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	207	677.8	39.1	33.6,44.9	631	3 621.5	39.8	36.3,43.4	838	4 299.3	39.7	36.6,42.8
1	86	249.7	14.4	11.3,18.1	265	1 583.4	17.4	14.7,20.5	351	1 833.2	16.9	14.6,19.5
2	80	241.1	13.9	10.7,17.9	188	1 223.9	13.5	11.5,15.7	268	1 465.0	13.5	11.7,15.5
3 ó 4	94	333.2	19.2	14.8,24.5	242	1 632.1	17.9	15.5,20.6	336	1 965.2	18.1	16.0,20.5
5 a 8	45	146.7	8.5	5.9,11.9	109	721.9	7.9	6.3,9.9	154	868.6	8.0	6.6,9.7
9 o más	21	84.5	4.9	2.8,8.3	51	315.3	3.5	2.5,4.9	72	399.8	3.7	2.7,5.0
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.11

¿Con cuántos familiares se siente cómodo(a) como para hablar sobre sus asuntos personales?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	137	474.3	27.4	21.8,33.8	396	2 282.8	25.1	22.2,28.2	533	2 757.1	25.5	22.9,28.2
1	188	609.0	35.1	30.5,40.0	458	2 777.1	30.5	27.5,33.7	646	3 386.1	31.3	28.6,34.0
2	95	262.3	15.1	12.0,18.9	299	1 898.1	20.9	18.0,24.0	394	2 160.4	19.9	17.4,22.7
3 ó 4	72	249.5	14.4	10.9,18.8	220	1 349.7	14.8	12.7,17.3	292	1 599.2	14.8	12.8,16.9
5 a 8	31	98.4	5.7	3.8,8.5	78	532.6	5.9	4.5,7.7	109	630.9	5.8	4.6,7.4
9 o más	10	39.5	2.3	1.2,4.3	35	257.9	2.8	2.0,4.0	45	297.4	2.7	2.0,3.7
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.12

¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	112	411.3	23.7	18.3,30.2	320	1 998.8	22.0	19.3,24.9	432	2 410.1	22.3	19.8,24.9
1	181	591.7	34.1	29.8,38.7	468	2 767.3	30.4	27.5,33.5	649	3 359.0	31.0	28.4,33.7
2	116	337.9	19.5	15.5,24.3	309	1 944.3	21.4	18.2,24.9	425	2 282.3	21.1	18.3,24.1
3 ó 4	87	265.0	15.3	11.9,19.4	255	1 542.8	17.0	14.8,19.4	342	1 807.8	16.7	14.8,18.7
5 a 8	31	98.4	5.7	3.7,8.6	93	589.9	6.5	5.1,8.3	124	688.2	6.4	5.1,7.9
9 o más	6	28.6	1.7	0.7,3.7	41	255.1	2.8	1.9,4.2	47	283.7	2.6	1.8,3.8
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Ahora bien, al explorar la interacción de los adultos mayores con amigos, mediante la pregunta: ¿A cuántos amigos ve (en persona o por videollamada) o tiene noticias de ellos (por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera) al menos una vez al mes?, se observó que 60.7% del total de entrevistados respondió que a ninguno, y 15.2% que a uno. En cuanto a los adultos mayores que viven solos, 62.5% reportó que a ninguno y 16.2% que a uno (cuadro 6.12.13), porcentajes que fueron similares para los que reportaron vivir acompañados (60.3 y 15.0%, respectivamente) (cuadro 6.12.13). Cuando se indagó con cuántos amigos se siente cómodo(a) como para hablar sobre sus asuntos personales, 57.0% del total de participantes respondió que con ninguno, mientras que 23.1% dijo que con uno; 56.5% de los adultos que viven solos mencionó que con ninguno y 23.7% con uno, similar a lo observado en aquellos que viven acompañados (57.2% respondió que con ninguno y 22.9% con uno) (cuadro 6.12.14). Finalmente, al preguntarle a los adultos mayores a cuántos de sus amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda, 54.1% de toda la muestra respondió que a ninguno, y 25.0% indicó que a uno; estos resultados fueron similares para aquellos que reportaron vivir solos (52.2% mencionó que a ninguno y 26.0% que a uno) o acompañados (54.4% indicó que a ninguno y 24.8% que a uno) (cuadro 6.12.15).

Cuadro 6.12.13

¿A cuántos amigos ve (en persona o por videollamada) o tiene noticias de ellos (por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera) al menos una vez al mes?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	337	1 083.2	62.5	57.6,67.2	979	5 487.2	60.3	56.7,63.8	1 316	6 570.5	60.7	57.4,63.8
1	89	280.7	16.2	12.7,20.5	196	1 362.1	15.0	11.8,18.8	285	1 642.8	15.2	12.4,18.4
2	45	148.4	8.6	5.9,12.4	116	800.7	8.8	6.9,11.1	161	949.2	8.8	7.1,10.7
3 ó 4	34	114.4	6.6	4.3,10.1	108	766.0	8.4	6.6,10.7	142	880.4	8.1	6.4,10.2
5 a 8	13	43.2	2.5	1.4,4.5	41	289.5	3.2	2.1,4.8	54	332.7	3.1	2.1,4.4
9 o más	15	62.9	3.6	2.0,6.5	46	392.7	4.3	3.2,5.9	61	455.6	4.2	3.2,5.5)
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.14

¿Con cuántos amigos se siente cómodo(a) como para hablar sobre sus asuntos personales?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	311	978.4	56.5	51.5,61.3	907	5 199.9	57.2	53.4,60.8	1 218	6 178.3	57.0	53.7,60.3
1	121	411.5	23.7	19.7,28.4	320	2 085.3	22.9	20.0,26.1	441	2 496.9	23.1	20.5,25.9
2	64	216.3	12.5	9.6,16.0	139	975.1	10.7	8.9,12.9	203	1 191.4	11.0	9.4,12.8
3 ó 4	22	69.8	4.0	2.5,6.5	85	585.4	6.4	4.8,8.5	107	655.2	6.0	4.7,7.8
5 a 8	8	24.0	1.4	0.6,3.0	17	89.6	1.0	0.5,1.8	25	113.5	1.0	0.6,1.7
9 o más	7	33.0	1.9	0.9,4.2	18	162.8	1.8	1.2,2.6	25	195.8	1.8	1.3,2.5)
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.15

¿A cuántos de sus amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguno	292	904.7	52.2	47.1,57.2	880	4 951.4	54.4	50.8,58.0	1 172	5 856.1	54.1	50.8,57.3
1	137	450.4	26.0	21.8,30.7	346	2 253.8	24.8	22.0,27.8	483	2 704.2	25.0	22.5,27.7
2	56	189.7	10.9	8.0,14.7	141	1 005.2	11.0	8.9,13.6	197	1 194.9	11.0	9.1,13.3
3 ó 4	33	143.4	8.3	5.8,11.7	84	630.3	6.9	5.4,8.9	117	773.7	7.1	5.8,8.8
5 a 8	10	29.0	1.7	0.8,3.3	19	116.9	1.3	0.7,2.3	29	145.9	1.3	0.8,2.2
9 o más	5	15.8	0.9	0.3,2.7	16	140.5	1.5	0.9,2.6	21	156.3	1.4	0.9,2.3)
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En cuanto a la frecuencia con la que los adultos mayores indicaron pasar tiempo con alguien que no vive con ellos, es decir, que fueron a visitar a alguien o los vinieron a visitar, o salieron juntos durante la semana previa a la entrevista, 57.6% dijo que ninguna vez, en tanto que 24.7% respondió que una vez; para aquellos que viven solos 54.9% dijo que ninguna vez y 24.9% mencionó que una vez, porcentajes similares a los observados en aquellos adultos mayores que viven acompañados (58.2% dijeron ninguna vez y 24.6% que una vez) (cuadro 6.12.16). Al explorar, por otro lado, la frecuencia con la que el adulto mayor habló con alguien (amigos, familiares u otras personas) por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera durante la semana previa a la entrevista (ya sea que lo hayan llamado o que el entrevistado los llamó), 54.8% de todos los entrevistados respondió que ninguna vez, comportamiento que fue similar en aquellos que viven solos (55.1% dijo que ninguna vez) o acompañados (54.8% dijo que ninguna vez) (cuadro 6.12.17). Finalmente, al explorar que tan a menudo los adultos mayores entrevistados asistieron a reuniones de clubes, reuniones religiosas o de otros grupos la semana pasada, 77.2% de todos los participantes respondió que ninguna vez, siendo estos resultados similares a los observados para aquellos que viven solos (78.9% dijo que ninguna vez), o acompañados (76.8% dijo que ninguna vez) (cuadro 6.12.18).

Cuadro 6.12.16

¿Cuántas veces durante la semana pasada pasó tiempo con alguien que no vive con usted, es decir, usted fue a visitar a alguien o lo vinieron a visitar a usted, o salieron juntos?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguna vez	283	951.0	54.9	49.7,59.9	891	5 291.0	58.2	55.1,61.1	1 174	6 242.0	57.6	54.9,60.3
1 vez	135	431.9	24.9	20.8,29.5	353	2 241.3	24.6	22.2,27.2	488	2 673.2	24.7	22.6,26.9
2 veces	67	214.7	12.4	9.5,16.0	148	1 001.0	11.0	9.1,13.2	215	1 215.7	11.2	9.6,13.1
3 veces	16	54.7	3.2	1.8,5.4	38	272.1	3.0	1.9,4.6	54	326.8	3.0	2.1,4.3
4 veces	12	25.9	1.5	0.7,3.0	16	87.5	1.0	0.5,1.8	28	113.5	1.0	0.6,1.7
5 veces	5	11.5	0.7	0.3,1.7	11	52.3	0.6	0.3,1.2	16	63.8	0.6	0.3,1.1
6 veces	1	8.5	0.5	0.1,3.4	5	30.3	0.3	0.1,1.0	6	38.8	0.4	0.1,0.9
7 veces o más	14	34.7	2.0	1.1,3.6	24	122.7	1.3	0.8,2.2	38	157.3	1.5	1.0,2.2
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.17

¿Cuántas veces habló con alguien amigos, familiares u otras personas) por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera durante la semana pasada (lo llamaron o usted los llamó)?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguna vez	310	954.2	55.1	50.2,59.9	903	4 985.3	54.8	51.2,58.3	1 213	5 939.6	54.8	51.7,58.0
1 vez	89	304.8	17.6	13.8,22.1	230	1 624.3	17.9	14.9,21.3	319	1 929.1	17.8	15.2,20.8
2 veces	48	139.0	8.0	5.7,11.2	138	961.8	10.6	8.7,12.8	186	1 100.8	10.2	8.5,12.1
3 veces	33	127.2	7.3	4.7,11.2	75	450.9	5.0	3.8,6.5	108	578.1	5.3	4.3,6.7
4 veces	11	40.6	2.3	1.0,5.3	40	283.2	3.1	2.1,4.6	51	323.8	3.0	2.1,4.3
5 veces	7	18.4	1.1	0.4,2.5	26	203.6	2.2	1.5,3.3	33	222.0	2.1	1.4,3.0
6 veces	7	19.9	1.1	0.5,2.6	17	190.4	2.1	1.2,3.8	24	210.3	1.9	1.1,3.3
7 veces o más	28	128.9	7.4	4.6,11.9	57	398.6	4.4	3.0,6.3	85	527.5	4.9	3.6,6.5
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.18

¿Qué tan a menudo asistió a reuniones de clubes, reuniones religiosas o de otros grupos la semana pasada?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Ninguna vez	410	1 366.9	78.9	74.5,82.6	1 152	6 990.9	76.8	73.4,80.0	1 562	8 357.7	77.2	74.1,80.0
1 vez	86	246.5	14.2	11.4,17.6	242	1 601.4	17.6	14.6,21.0	328	1 847.9	17.1	14.4,20.1
2 veces	20	54.2	3.1	1.8,5.3	56	270.2	3.0	2.0,4.3	76	324.3	3.0	2.2,4.1
3 veces	9	28.3	1.6	0.9,3.1	23	168.4	1.9	1.0,3.3	32	196.8	1.8	1.1,3.0
4 veces	2	7.3	0.4	0.1,2.3	6	16.0	0.2	0.1,0.4	8	23.3	0.2	0.1,0.5
5 veces	0	0.0	0.0	0.0,0.0	2	13.9	0.2	0.0,0.7	2	13.9	0.1	0.0,0.6
6 veces	2	13.9	0.8	0.2,3.3	2	26.2	0.3	0.1,1.6	4	40.0	0.4	0.1,1.3
7 veces o más	4	15.8	0.9	0.3,3.1	3	11.3	0.1	0.0,0.4	7	27.1	0.3	0.1,0.6
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Acompañamiento

En relación con la frecuencia con la que las personas de 65 años y más refieren que sienten que les falta compañía, 30.8% de todos los entrevistados dijo sentir dicha falta (7.8% frecuentemente y 23.0% algunas veces). En el caso de los que viven solos, 47.2% indicó sentir falta de compañía (29.4% algunas veces y 17.8% frecuentemente), y en el estrato de los que viven acompañados un 27.7% expresó este sentimiento de falta de compañía (21.8% algunas veces y 5.9% frecuentemente) (cuadro 6.12.19). En cuanto a la frecuencia con la que se sienten excluidos, 19.5% de todos los participantes respondió sentirse así (15.8% algunas veces y 3.7% frecuentemente). El 32.4% de los que viven solos indicó tener este mismo sentimiento (23.5% algunas veces y 8.9% frecuentemente), en tanto que en aquellos que viven acompañados, este porcentaje fue de 17.1% (14.4% se sienten excluidos algunas veces y 2.7% frecuentemente) (cuadro 6.12.20). Finalmente, 20.4% de todos los adultos mayores se siente aislado de los demás (15.4% algunas veces y 5.0% frecuentemente); 33.9% de los adultos mayores que viven solos indicó sentirse aislado de los demás (23.7% algunas veces y 10.2% frecuentemente), mientras que en el estrato de los que viven acompañados, este porcentaje fue de 17.9% (13.9% algunas veces y 4.0% frecuentemente) (cuadro 6.12.21).

Cuadro 6.12.19

¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Casi nunca (o nunca)	268	914.9	52.8	46.9,58.6	1 039	6 573.9	72.3	69.3,75.0	1 307	7 488.8	69.1	66.5,71.7
Algunas veces	183	509.3	29.4	24.7,34.5	353	1 986.3	21.8	19.3,24.6	536	2 495.5	23.0	20.8,25.4
Frecuentemente	82	308.8	17.8	13.6,23.0	94	538.0	5.9	4.6,7.5	176	846.8	7.8	6.5,9.4
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.20

¿Con qué frecuencia se siente excluido?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Casi nunca (o nunca)	337	1 171.9	67.6	62.4,72.4	1 190	7 543.3	82.9	80.3,85.2	1 527	8 715.1	80.5	78.1,82.6
Algunas veces	150	406.8	23.5	19.6,27.8	250	1 307.8	14.4	12.3,16.8	400	1 714.6	15.8	14.0,17.9
Frecuentemente	46	1 54.3	8.9	6.4,12.2	46	247.1	2.7	1.9,3.8	92	401.4	3.7	2.8,4.8
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 6.12.21

¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?

Adulto de 65 años y más

	Vive solo				Vive acompañado				Total			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Casi nunca (o nunca)	338	1 144.8	66.1	(60.1,71.5	1 191	7 473.2	82.1	79.7,84.3	1 529	8 618.0	79.6	77.3,81.7
Algunas veces	149	411.0	23.7	19.5,28.6	232	1 260.1	13.9	11.8,16.1	381	1 671.2	15.4	13.6,17.5
Frecuentemente	46	177.1	10.2	7.6,13.7	63	364.9	4.0	3.0,5.3	109	542.0	5.0	4.0,6.2
Total	**533**	**1 733.0**	**100.0**		**1 486**	**9 098.2**	**100.0**		**2 019**	**10 831.1**	**100.0**	

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Conclusiones de salud

Poco menos de 50% de los cuidadores pudieron acreditar la vacunación mediante la CNS/CNV/ DP, existe un porcentaje similar que pese a tener los documentos no los pudieron mostrar al momento de la encuesta. Se estima que en los niños de 12 a 35 meses de edad las coberturas de vacunación por biológico a nivel nacional están por debajo de la meta global de 90%; no obstante, algunas regiones cuentan con coberturas superiores a la meta particularmente con BCG, PCV y RV. La baja cobertura con HB es una razón importante de esquemas incompletos. Existe gran variabilidad en la cobertura de esquema completo y de cuatro vacunas por región. Las estimaciones de cobertura con esquema de cuatro vacunas en los niños de 12 a 35 meses de edad, entrevistados en 2018 y 2021 no evidencia descensos, al menos dentro de este primer análisis en el curso de la pandemia de Covid-19. El panorama de las coberturas de vacunación del último decenio sumado a los efectos colaterales de la pandemia de Covid-19 exige un monitoreo estrecho de las coberturas de vacunación, la revisión de estrategias para fortalecer la vacunación rutinaria, garantizar el acceso gratuito y permanente a los servicios de vacunación disminuyendo las oportunidades perdidas.

A nivel nacional, 63.5% de las madres de niñas(os) menores de dos años iniciaron control prenatal oportuno, a más tardar en la octava semana de gestación y 86.3% de estas reportaron un control prenatal adecuado, al menos cinco consultas prenatales; además 98.8% de ellas fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. Durante el embarazo y posparto, 90.6% de las mujeres recibieron consejería para dar sólo leche materna a su bebé, pero sólo 75.9% recibieron consejería respecto a no darle fórmula infantil, 89.7% recibieron suplementos con ácido fólico y 77.4% suplementos con hierro y otros micronutrientes. En relación con la salud infantil, 60.8% de las niñas(os) menores de cinco años han asistido a por lo menos una consulta del niño sano, cabe destacar que este indicador está por debajo de la periodicidad establecida en la NOM-031-SSA2-1999: dos consultas médicas para el neonato, seis consultas bimestrales para la niña(o) menor de un año y para las niñas(os) de uno a cuatro años una consulta cada seis meses. Cerca del 92.0% de las niñas(os) recibieron monitoreo de talla y peso; sin embargo, sólo alrededor de 85.0% de las niñas(os) menores de un año tuvieron este monitoreo. El 62.2% de las niñas(os) entre 6 y 59 meses recibieron suplementos con hierro por parte del personal de salud y a 39.1% se le realizó una prueba de detección de anemia. Durante la consulta del niño sano, sólo 74.0% de las mamás recibieron consejería sobre lactancia materna, mientras que 28.1% de las niñas(os) cuentan con al menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano. Algunos de los indicadores tienen prevalencias bajas y esto muestra que hay oportunidades para fortalecer la atención de la salud materno-infantil a nivel nacional. Debe reforzarse la atención de las madres así como de las niñas(os) durante la primera infancia, ya

que, durante 2020 y 2021, según lo reportado en los cubos dinámicos de la Secretaria de Salud, se redujo la cobertura de algunos servicios de salud y nutrición debido a la pandemia por Covid-19,[108] lo cual puede impactar negativamente en el estado de salud, nutrición y desarrollo de niñas y niños.

Por otro lado, a nivel nacional solamente 6.2% de las niñas(os) de 0 a 35 meses asiste a programas de cuidado o educación inicial, mientras que 53.3% de las niñas(os) de 36 a 59 meses asiste a preescolar. Lo anterior, a pesar de que tanto la educación inicial como el preescolar son obligatorias y parte importante de la educación básica.

El 81.5% de las niñas(os) de 24 a 59 meses se están desarrollando adecuadamente en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Lo anterior es relevante, ya que existe evidencia sobre el impacto positivo de acciones dirigidas a niñas(os) menores de cinco años, con beneficios en el desarrollo presente y futuro.

En relación con la calidad del contexto para las niñas(os) menores de cinco años, 80.8% de las niñas(os) participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje, además 35.0% contaba con por lo menos tres libros infantiles en el hogar; mientras que 69.5% de las niñas(os) menores de cinco años juegan con dos o más tipos de juguetes. Con respecto a los métodos de disciplina dentro del hogar, 38.3% de las niñas(os) sufre agresión psicológica y 38.7% algún castigo físico. De lo anterior, se observa que 51.3% de las niñas(os) está expuesto a cualquier método de disciplina violento. Finalmente, 11.0% de las niñas(os) recibieron cuidado inadecuado la semana previa a la entrevista.

La Ensanut 2021 sobre Covid-19 documenta que la prevalencia estimada de diarrea en las dos semanas previas a la entrevista en niños menores de cinco años fue de 6.5% a nivel nacional. Al comparar los resultados con las encuestas nacionales de salud previas, la prevalencia ha oscilado entre 6.5 y 12.9 por ciento. La prevalencia del 2021 muestra disminución del 49.6 por ciento. La prevalencia fue de 5.7% en localidades urbanas y 6.8% en rurales; mayor en la CDMX y la región Pacifico-Norte, ambas con 9.2%, y la Pacífico-Sur 7.2 por ciento. Las estimaciones fueron similares en niñas y niños; pero más frecuente en los menores de un año de edad. Al 49.6% de las niñas y niños le fue administrado VSO, lo que representa 11.4% puntos porcentuales más que la prevalencia estimada en el 2018; 29.6% ingirió agua sola o de fruta, cifra que se redujo 5.2 puntos porcentuales. Así mismo, se documentó un ligero aumento en la proporción de niñas y niños a quienes se les dio la misma cantidad de alimentos durante el episodio de diarrea.

En niñas y niños menores de cinco años de edad, la prevalencia estimada de IRA durante las dos semanas previas a la entrevista fue de 12.7%, menor que la estimada en el 2012 (32.1%) y 2018 (32.1%). El signo de alarma más identificado por los padres o cuidadores de niñas y niños menores de cinco años de edad fueron la dificultad para respirar (33.5%), respirar rápido (29.0%) y verse más enfermo (27.3%).

En cuanto al tema de accidentes en menores, los resultados reflejan un periodo de reducción de la movilidad y de actividades comerciales, escolares y recreativas, debido a la emergencia sanitaria por la Covid-19. El incremento de la proporción de accidentes que ocurren en el hogar podría ser explicado por estos cambios. La prevalencia de accidentes en los niños sigue siendo más alta que en las niñas. Como es sabido, los accidentes afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres, por esta razón es imprescindible conocer e identificar los cambios en la ocurrencia de los accidentes y sus factores de riesgo, que nos llevará a identificar las oportunidades, espacios y momentos adecuados para su prevención, así como la promoción de comportamientos seguros.

El 13.1% de las niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años en México tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, con mayores prevalencias en niñas y residentes de localidades urbanas.

Respecto al tema de vacunación en adolescentes, la tercera parte de la población no cuenta con ningún documento que sugiera tuvo contacto con los servicios de vacunación en algún momento durante esta etapa de la vida. Las coberturas de vacunación entre 2018 y 2021 disminuyeron para todos los biológicos. El programa de vacunación requiere mayores esfuerzos para captar y monitorear la población en edad adolescente como parte de la estrategia de vacunación en el enfoque de Curso de vida. El bajo porcentaje (13.2%) de adolescentes que pudieron acreditar la vacunación mediante CNS, CNV o algún documento probatorio limita la generalización e interpretación de los resultados.

La prevalencia de consumo actual de tabaco en adolescentes fue de 4.6% (7.5% en hombres y 1.6% en mujeres) y de 1.8% en población general en cuanto al consumo de cigarro electrónico. Al igual que en otras encuestas nacionales e internacionales,[109,110] estos resultados demuestran que el consumo de productos derivados del tabaco representa un problema de salud pública a nivel nacional. El consumo de tabaco en un grupo tan sensible como lo es la adolescencia debe ser tomado con seriedad ya que dicho consumo puede conllevar a serios problemas de salud, agregándose en la actual pandemia, el riesgo de complicaciones y muerte por Covid-19.[111] Es trascendental que a nivel nacional, los tomadores de decisión conozcan tanto la Ley General para el Control del Tabaco[112] así como otras convenciones internacionales,[113] las cuales buscan principalmente proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco en la población adolescente. Es fundamental que las y los adolescentes reciban información clave con relación al consumo de tabaco para que cuenten con las herramientas para solicitar ayuda y logren ser atendidos de forma integral desde múltiples ámbitos.[114]

Por otra parte, la prevalencia de consumo actual de alcohol en adolescentes fue de 21.1% (24.3% de los hombres, 17.9% de las mujeres). Los resultados no fueron diferentes a lo observado en la Ensanut 2020 sobre Covid-19.[59] El 3.5% de los adolescentes consumieron en exceso bebidas alcohólicas con frecuencia mensual

(4.3% de los hombres, 2.7% de las mujeres). La mayoría de los adolescentes en este grupo son menores de edad que deben ser protegidos conforme lo establece la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol y la Ley General de Salud en México.[115,116] Los hallazgos reiteran la necesidad de reforzar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones.[117]

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de la(os) adolescentes resalta la proporción de población que no conoce la utilidad del condón masculino como protector de embarazos e infecciones de transmisión sexual, a pesar de ser el método que más utilizan. También destaca la permanencia de un grupo de adolescentes que no utiliza anticoncepción en la primera y en la última relación sexual; en particular en las mujeres el uso es menor en la última relación sexual. Se requiere el fortalecimiento de estrategias de información y de educación sexual para lograr que esta situación mejore.

En cuanto a la atención prenatal oportuna del último hijo nacido vivo, continúa presente el reto de ampliar la cobertura en el primer trimestre del embarazo en las adolescentes. La prescripción de ácido fólico se hace con eficiencia, en cambio sobresale un rezago en la detección de sífilis, situación que arriesga la salud de las embarazadas y de sus hijas(os).

La práctica de realización de cesáreas es alta y rebasa los límites recomendados por la normatividad mexicana e internacional. Es necesario poner atención a este hecho ya que puede repercutir en la vida posterior del binomio madre-recién nacido.

Es necesario aumentar la cobertura de anticoncepción posparto para que las mujeres adolescentes estén protegidas en el puerperio, ya que al proporcionarles esta protección les permite planear embarazos subsecuentes y la posibilidad de otras oportunidades para su desarrollo.

El incremento de la frecuencia de accidentes en el grupo de edad de 10 a 12 años, desplazando a un segundo lugar al grupo de 16 a 19 años, es una diferencia importante con relación a la Ensanut 2018-19.44 Para el tipo de accidente, se observa incremento de 8.5 puntos porcentuales para las caídas, con una reducción de los accidentes viales de casi dos puntos porcentuales. La distribución por lugar de ocurrencia, también muestra diferencias con relación a la Ensanut 2018-19, como es el caso del incremento en la ocurrencia de accidentes en la vía pública en ocho puntos porcentuales y un incremento de cuatro puntos porcentuales en el hogar; además se observó una reducción de ocurrencia en la escuela en más de 12 puntos porcentuales. Si pensamos que, durante 2020, ante la emergencia sanitaria por Covid-19 hubo una reducción de actividades económicas no esenciales y un llamado a “quedarse en casa”, es comprensible la reducción de eventos en la escuela y un incremento en el hogar, sin embargo, para el caso de este grupo de edad llama la atención el incremento en la vía pública. Finalmente hay que reiterar que, en general, la prevalencia de accidentes es mayor en hombres y que es de vital

importancia seguir desarrollando esfuerzos para prevenir accidentes en grupos en los que se identifican los mayores riesgos.

La exposición a la disciplina violenta tiene serias consecuencias en el desarrollo psicológico y emocional a largo plazo.[1,2] A pesar de esto, se observa todavía, que más de la mitad de los hogares (54.8%) emplea algún método violento de disciplina. Aun cuando sólo una minoría de las madres (9.8%) considera que el castigo físico es necesario para educar adecuadamente.

Respecto a la prevalencia de enfermedades crómicas es muy baja en la población de 10 a 19 años. Sin embargo, esta prevalencia proviene de datos autorreportados, por lo que la prevalencia real podría estar subestimada.

En población adulta, muy pocos adultos pudieron acreditar la vacunación mediante algún tipo de documento probatorio. Las coberturas de vacunación estimadas fueron más altas para Td que para SR; sin embargo, siguen estando por debajo del 90% esperado. Hubo algunas variaciones en la cobertura estimada por sexo. La cobertura de vacunación estimada de SR disminuyó en 2021 respecto de 2018. Las coberturas de vacunación estimadas mediante CNS o CNV o DP dado el bajo porcentaje de población que pudo presentar los documentos al momento de la encuesta deben ser interpretadas con cautela y reconociendo las limitaciones para la extrapolación de los resultados. La vacunación con enfoque de curso de vida requiere ser fortalecida y con ello el sistema de información a nivel nominal para dar seguimiento a la vacunación desde el nacimiento hasta la vejez.

La prevalencia de consumo actual de tabaco en adultos fue de 19.1% (29.6% en hombres y 9.4% en mujeres). Al igual que en otras encuestas nacionales e internacionales,[109,110] estos resultados demuestran que el consumo de productos derivados del tabaco representa un problema de salud pública a nivel nacional. Al comparar los resultados de la presente Ensanut con la Ensanut 2020 sobre Covid-19, encontramos en ambos sexos, una tendencia al alta en los fumadores actuales al pasar de 16.8 a 19.1%; representando un aumento en valores absolutos de 2 000 000 de personas. El consumo de tabaco debe ser tomado con gran seriedad ya que dicho consumo puede conllevar a serios problemas de salud, agregándose en la actual pandemia, el riesgo de complicaciones y muerte por Covid-19.[111] Es trascendental que, a nivel nacional, los tomadores de decisión conozcan tanto la Ley General para el Control del Tabaco[112] así como otras convenciones internacionales,[113] las cuales buscan principalmente proteger la salud de la población los efectos nocivos del tabaco. Es fundamental que la información clave con relación al consumo de tabaco llegue a la población para que esta pueda solicitar ayuda y logre ser atendida de forma integral desde múltiples ámbitos.[114]

Por otra parte, la prevalencia de consumo actual de alcohol en adultos fue de 51.8% (64.6% de los hombres, 40.0% de las mujeres). Estas prevalencias fueron menores a las observadas en la Ensanut 2020 sobre Covid-19.[59] Sin embargo, es de llamar la atención que el 10.3% de los adultos reportaron un consumo excesivo

de alcohol con una frecuencia mensual (15.1% de los hombres y 6.0% de las mujeres). Asimismo, 17.6% reportó haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los últimos 30 días (27.2% de los hombres, 8.9% de las mujeres). Estos resultados reiteran la necesidad de reforzar el cumplimiento de la protección a la salud, como lo indica la Ley General de la Salud así como la Norma Oficial Mexicana en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones.[116,117] La recomendación de prevenir y reducir el consumo de alcohol es enfática ante el actual contexto por la pandemia por Covid-19. El consumo excesivo de alcohol puede alterar el sistema inmunológico y por tanto incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas.[119]

Los hallazgos más relevantes de salud sexual y reproductiva en adultos son el incremento en el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual respecto al 2018-19, situación que no se observa en la última relación sexual en donde no hubo cambios. Por tipo de anticonceptivo utilizado en la última relación sexual, destacan los métodos permanentes en las personas de mayor edad, mientras que el condón y los hormonales son más usados por los grupos de edad más jóvenes. Esta información sirve como base para diseñar acciones focalizadas en los distintos grupos poblacionales para concientizar a las personas sobre la importancia del uso de anticonceptivos. Se observa que la realización de la prueba del VIH es una práctica que sigue siendo poco usual en esta la población, aun cuando la evidencia muestra su importancia para la detección, asesoramiento y tratamiento oportuno. Es relevante fortalecer las acciones encaminadas a una mayor promoción e información. La prueba de sífilis se les realizó a más mujeres embarazadas, situación que no fue igual en la prueba del VIH, la cual ha permanecido con niveles similares. Es recomendable buscar estrategias para cubrir al total de mujeres embarazadas tal como se ha logrado en otras acciones de la consulta prenatal, como en la prescripción del ácido fólico. La práctica de realización de cesáreas continúa siendo alta y rebasa los límites recomendados. Esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones. Es necesario poner atención a este hecho ya que puede repercutir en la vida posterior del binomio madre-recién nacido. La anticoncepción posparto aún no logra alcanzar las metas establecidas. Se requiere seguir fortaleciendo los programas para aumentar la cobertura para que más mujeres puedan estar protegidas. Proporcionarles esta anticoncepción les permite planear embarazos subsecuentes y evitar intervalos intergenésicos cortos.

En cuanto accidentes, el grupo de edad en el que fueron más frecuentes los accidentes fue el de 80 y más años y de 60 a 69 años. Particularmente se observó un incremento muy importante en mujeres del grupo de 80 años y más. Al comparar con Ensanut 2018-19,44 se observa que en el grupo de 60 y más se presentó la mayor frecuencia de accidentes. Con relación al tipo de accidente, si bien se mantienen los mismos tipos principales, se nota un incremento en las caídas en un poco más de dos puntos porcentuales. La distribución de los accidentes por

lugar de ocurrencia muestra el mismo orden de frecuencia, aunque se hace evidente que hay un incremento de más de siete puntos porcentuales de la ocurrencia en la vía pública y una reducción de tres y dos puntos porcentuales para el trabajo y el hogar, respectivamente.10 Tomando en cuenta la situación de la emergencia sanitaria por la enfermedad Covid-19, la reducción de los eventos en el trabajo podría ser esperado por la suspensión de algunas actividades económicas consideradas no esenciales. Por otro lado, el incremento de la ocurrencia de eventos en la vía pública y la reducción de eventos en el hogar, son un hallazgo interesante, si se analiza que durante 2020 se puso en marcha la estrategia de "quedarse en casa". Finalmente, es importante hacer notar que, independientemente de las diferencias observadas y del incremento de la prevalencia de accidentes en el grupo de mujeres de 80 años y más, el grupo de hombres sigue presentando las prevalencias más altas en general y desde los 20 hasta los 59 años.

En cuanto al tema de ataque y violencia, debido al tamaño de muestra, no se permite presentar mayores desagregaciones. Sin embargo, se puede apreciar que los hombres están más expuestos a la violencia, sobre todo de tipo de robo y asalto, mientras que las mujeres reportaron más exposición a la violencia en el espacio privado, principalmente de tipo psicológico como los gritos, insultos o amenazas, seguido de agresiones físicas como empujones, jalones o golpes.

La sintomatología depresiva puede llevar a alteraciones en el funcionamiento y se ha asociado con una variedad de problemas de salud, incluidos problemas de salud mental.[118] Por lo anterior es de suma relevancia conocer las prevalencias poblacionales de sintomatología depresiva. La prevalencia de sintomatología depresiva se presentó en 16.1% de la población adulta y es más alta en las mujeres que en hombres

En los adultos (≥18 años), el porcentaje de dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito corresponde a 7.7%, esta prevalencia es mayor en mujeres, adultos con índice de bienestar bajo y residentes de la región Pacífico-Sur.

Los porcentajes de mujeres y de los adultos de 20 años y más que acudieron a realizarse alguna prueba de detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou), diabetes e hipertensión arterial en el año previo fueron: 21.4, 9.6 y 7.5%, respectivamente), disminuyeron aún más de lo que habían disminuido en 2018, en comparación con los resultados obtenidos con la Ensanut 2012 (44.3%, 23.7 y 28.4%, respectivamente).

En cuanto a las enfermedades crónicas en la población adulta, la prevalencia de diabetes y de hipertensión arterial, por diagnóstico médico previo en esta población (10.2 y 15.7%, respectivamente) no presentó cambios significativos a la observada en la Ensanut 2012 (9.2 y 16.6%, respectivamente). El 38.8% de la población adulta se les realizó alguna vez una prueba de determinación de colesterol, 32.8% de ellos tuvieron niveles altos.

El análisis de la situación de socialización de los adultos mayores de 65 años y más que participaron en la Ensanut 2021 sobre Covid-19, mostró bajas frecuencias de uso de TIC (celular, computadora, internet y redes sociales), las cuales fueron similares en aquellos adultos viviendo solos o acompañados. En cuanto a la interacción social de los adultos mayores, se observó que un alto porcentaje de ellos no se reunió ni habló con ningún familiar o amigo al menos una vez al mes, no se siente cómodo para hablar de sus asuntos personales con ningún familiar o amigo, y no siente a ningún familiar o amigo lo suficientemente cercano como para llamarlo cuando necesita ayuda. Con respecto a la frecuencia de su interacción social durante la semana pasada, se encontró que un alto porcentaje de los adultos mayores no pasó tiempo (visitó, lo visitaron o salieron juntos) con alguien que no vive con ellos. Asimismo, una alta proporción de ellos no habló con amigos, familiares u otras personas, ni asistió a reuniones de clubes, reuniones religiosas o de otros grupos. Todos estos resultados fueron similares tanto en los adultos mayores que viven solos como en los que viven acompañados, lo que sugiere que existe una falta de interacción social independientemente de si los adultos mayores forman parte de un núcleo familiar. Finalmente, el análisis de los indicadores de acompañamiento, mostró prevalencias significativas de sentimientos de falta de compañía, de exclusión, y de aislamiento en los adultos de 65 años y más, siendo estas prevalencias ligeramente mayores en aquellos que viven solos. Estos resultados sugieren que los adultos mayores que viven solos representan un grupo susceptible a los sentimientos de aislamiento social y soledad. En conclusión, la información aquí presentada resalta la necesidad de llevar a cabo intervenciones dirigidas a fomentar la interacción social de la población de adultos de 65 años o más, la cual está en alto riesgo de padecer los efectos del aislamiento social y la soledad, particularmente aquellos que viven solos.

Referencias de salud

1. GBD 2020 Release 1 Vaccine Coverage Collaborators. Measuring routine childhood vaccination coverage in 204 countries and territories, 1980-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020, Release 1. Lancet. 2021;398(10299):503-21. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00984-3
2. Secretaría de Salud. Programa de acción específico de vacunación universal 2020-2024. Ciudad de México: SS; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629237/PAE_Vacunaci_n_8_4_21.pdf
3. Chiappini E, Parigi S, Galli L, Licari A, Brambilla I, Angela Tosca M, et al. Impact that the COVID-19 pandemic on routine childhood vaccinations and challenges ahead: A narrative review. Acta Paediatr. 2021;110(9):2529-35. https://doi.org/10.1111/apa.15949
4. Chandir S, Siddiqi DA, Mehmood M, Setayesh H, Siddique M, Mirza A, et al. Impact of Covid-19 pandemic response on uptake of routine immunizations in Sindh, Pakistan: An analysis of provincial electronic immunization registry data. Vaccine. 2020;38(45):7146. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.019
5. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de Vacunación [Internet]. 2017. México: SS; 2017 [citado feb 11, 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017
6. Secretaría de Salud [Internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2016. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
7. World Health Organization. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2022 feb 4]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856
8. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004905.pub6
9. World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468
10. Walker R, Bennett C, Blumfield M, Gwini S, Ma J, Wang F, et al. Attenuating pregnancy Weight gain - what works and why: A systematic review and meta-analysis. Nutrients. 2018;10(7):944. https://doi.org/10.3390/nu10070944
11. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, editor. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 1999. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html
12. World Health Organization. Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. World Health Organization. Ginebra: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123
13. Centro nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamiento de Operación 2020 del Componente Desarrollo en la Infancia. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.pdf
14. Martínez-Vargas T. Educación inicial. Incorporación a la educación básica y obligatoria [Internet]. México: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria [citado feb 8]. Disponible en: https://ciep.mx/educacion-inicial-incorpacion-a-la-educacion-basica-y-obligatoria/
15. Secretaría de Educación Pública. Ley General de Eduación. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 2017. Disponible en: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley_general_educacion.pdf
16. Secretaría de Educación Pública. Aprendizaje clave para la educación integral. Educación inicial: Un buen comienzo. Ciudad de México: SEP; 2017. Disponible en: https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/inicial/1Educacion-Inicial_Digital.pdf
17. Secretaría de Educación Pública. Aprendizajes clave para la Educación Preescolar. Plan y programa de estudios, orientaciones didácticas y sugerencias de evaluación. Ciudad de México: SEP; 2017. Disponible en: https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/preescolar/1LpM-Preescolar-DIGITAL.pdf
18. National Research Council, Institute of Medicine. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academies Press; 2000. https://doi.org/10.17226/9824
19. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global Indicator Framework_A.RES.71.313 Annex.Spanish.pdf
20. Unicef. Early childhood development index 2030 [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/
21. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007;369(9555):60-70. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4

22. Belsky J, Bell B, Bradley RH, Stallard N, Stewart-Brown SL. Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. Eur J Public Health. 2007;17(5):508-13. https://doi.org/10.1093/europub/ckl261
23. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: A longitudinal study of two nationally representative age cohorts. J Agress Maltreat Trauma. 2009;18(5):459-83. https://doi.org/10.1080/10926770903035168
24. Erickson MF, Egeland B. A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. School Psychol Rev. 2019;16(2):156-68. https://doi.org/10.1080/02796015.1987.12085280
25. Schneider MW, Ross A, Graham JC, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? Child Abuse Negl. 2005;29(5):513-32. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.010
26. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. Future Child. 2000;10(1):23-52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10911687/
27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Apoyo del PNUD a la implementación del objetivo de desarrollo sostenible 1. Reducción de la pobreza. Nueva York: PNUD; 2016. Disponible en: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable Development/SDG_1_Spanish.pdf.
28. Flórez ID, Contreras JO, Sierra JM, Granados CM, Lozano JM, Lugo LH, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. Pediatria. 2015;48(2):29-46. https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.005
29. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible Objetivo 3: Salud y bienestar. [Internet]. Nueva York: PNUD; 2016 [citado feb 8, 2022]. Disponible en: https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals#salud-y-bienestar.
30. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Apoyo del PNUD a la implementación del objetivo de desarrollo sostenible 6. Agua limpia y saneamiento. Nueva York: PNUD; 2016. Available from: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable Development/SDG_6_Spanish.pdf.
31. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Preventips para las Infecciones Respiratorias Agudas [Internet]. México: CeNSIA; 2018 [citado feb 8, 2022]. Available from: https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras-130994?state=published
32. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad por Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica en México 2019. México: SS; 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/685143/ANUARIO_MORTALIDAD_2019_.pdf
33. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo plan contra la neumonía y la diarrea podría salvar las vidas de 2 millones de niños y niñas al año [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado feb 8, 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/12-04-2013-new-plan-to-address-pneumonia-and-diarrhoea-could-save-2-million-children-annually
34. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado feb 8, 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease
35. Pérez-Núñez R, Hidalgo-Solórzano E. Lesiones accidentales. En: Juan Rivera Dommarco, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez y Carlos Oropeza, eds. Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia. México:INS;2021
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2020. Aguascalientes: INEGI; 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020preliminar.pdf
37. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Mojarro FR, Vera-López JD, Híjar M. Accidentes no fatales en población mexicana, prevalencia y factores asociados. Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex. 2020;62(6):829-3. https://doi.org/10.21149/11563
38. Hidalgo-Solórzano E. Lesiones no intencionales en el hogar. In: Híjar M, editor. Los accidentes como problema de Salud Pública: Una mirada desde la Academia Nacional de Medicina. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014:107-32. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L9-Los-accidentes-como-problema-salud-publica.pdf
39. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a ed. Washington, DC; 1995.
40. Secretaría de Salud. Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México. Ciudad de México: SS; 2016. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211448/ModeloIntegral.pdf
41. Ávila-Burgos L, Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Híjar-Medina M, Aracena-Genao B, Hidalgo-Solórzano E, et al. Prevalencia de accidentes de tráfico no fatales en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Salud Publica Mex. 2008;50(supl 1):S38-47.
42. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Valdez-Santiago M del R, Híjar-Medina M. Análisis de las lesiones accidentales no fatales en población vulnerable, México 2018. Salud Publica Mex. 2019;61(6):907-16. https://doi.org/10.21149/10549

43. United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. UN; 2015. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf

44. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. México: INSP; 2020. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

45. Vecino-Ortiz AI, Jafri A, Hyder AA. Effective interventions for unintentional injuries: a systematic review and mortality impact assessment among the poorest billion. Lancet. 2018;6(5):e523-34. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30107-4

46. Mock CN, Smith KR, Kobusingye O, Nugent R, Abdalla S, Ahuja RB, et al. Injury prevention and environmental health: key messages from disease control priorities, third edition. Dis Control Priorities. 2017;1-23. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0522-6_ch1

47. Secretaría de Salud. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2016. Ciudad de México: SS; 2017.

48. Secretaría de Salud. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2017. Ciudad de México: SS; 2018.

49. Hosseinpoor AR, Williams JAS, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al. Socioeconomic inequality in disability among adults: A multicountry study using the world health survey. Am J Public Health. 2013;103(7):1278-86. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301115

50. World Health Organization, The World Bank. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

51. Oliver M. The social model of disability: thirty years on. Disability and Society. 2013;28(7):1024-6. https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773

52. Washington Group on Disability Statistics. WG/UNICEF Child Functioning Module (CFM) - The Washington Group on Disability Statistics [Internet]. London: Washington Group on Disability Statistics [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wgunicef-child-functioning-module-cfm/

53. Washington Group on Disability Statistics. WG Short Set on Functioning (WG-SS) - The Washington Group on Disability Statistics [Internet]. London: Washington Group on Disability Statistics; 2016 [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/

54. World Health Organitazon. Ten threats to global health in 2019 [Internet]. Geneva: WHO [cited 2022 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019

55. Walker TY, Elam-Evans LD, Yankey D, Markowitz LE, Williams CL, Fredua B, et al. National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13–17 Years — United States, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019;68(33):718-23. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6833a2

56. Azzari C, Diez-Domingo J, Eisenstein E, Faust SN, Konstantopoulos A, Marshall GS, et al. Experts' opinion for improving global adolescent vaccination rates: a call to action. Eur J Pediatr. 2020;179(4):547-53. https://doi.org/10.1007/s00431-019-03511-8

57. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9;jsessionid=B309C8C56E5EEFA24FA-2F606422AB847?sequence=1

58. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015;33(34):4161-4. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036

59. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales. México: INSP; 2021. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf

60. World Health Organization. The Global Health Observatory. Alcohol, heavy episodic drinking (population) past 30 days [Internet]. Geneva: WHO [cited 2022 Feb 15]. Available from: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459

61. Naciones Unidas México. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/

62. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. México: Gobierno de México; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454

63. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado feb 15, 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

64. Graham W, Bell J, Bullough C. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Studies in Health Services Organisation and Policy; 2001:97-130.

65. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se26.pdf

66. MacDonald M. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. New York: Family Care International; 2003.

67. Zúñiga E. México ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población; 2005.

68. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Salud materna y neonatal. Nueva York: Unicef; 2008. Disponible en: https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=116

69. Morales-Andrade E, Ayala-Hernádez MI, Morales-Valerdi HF, Astorga-Castañeda M, Castro-Herrera GA. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. Rev Espec Médico-Quirúrgicas. 2018;23(2):61-86. Disponible en: www.remq-issste.com

70. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Ginebra: WHO; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf

71. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 2007 Nov 17;335(7628):1025. https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55

72. World Health Organization. Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/WHO_FHE_MSM_94_11/en/

73. Unnithan M. What constitutes evidence in human rights-based approaches to health? learning from lived experiences of maternal and sexual reproductive health. Heal Hum Rights J. 2015;17(2):45-56. Available from: https://www.hhrjournal.org/2015/11/what-constitutes-evidence-in-human-rights-based-approaches-to-health-learning-from-lived-experiences-of-maternal-and-sexual-reproductive-health/

74. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(4):297-308. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.055

75. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(2):342-9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593

76. Thiel De Bocanegra H, Chang R, Howell M, Darney P. Interpregnancy intervals: impact of postpartum contraceptive effectiveness and coverage. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(4):311. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.020

77. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, Temmerman M. Twenty years after international conference on population and development: Where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? J Adolesc Heal. 2015;56(supl 1):S1–6. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015

78. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. Lancet. 2017;390(10104):1792-806. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30872-3

79. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto. Datos y cifras. [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

80. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y salud reproductiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado feb 16, 2022]. Disponible en: https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva

81. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado feb 16, 2022]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva

82. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Estado de la Población Mundial 2014: El poder de 1,800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. UNFPA; 2014. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014 Report Web Spanish.pdf

83. Hernández MF, de la Cruz-Muradás M, Sánchez M. Panorama de la salud sexual y reproductiva 2014. La situación demográfica de México 2015. México; 2016. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/400135/Hern_ndez_-_Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014.pdf

84. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en los EEUU. Recom e Inf del MMWR. 2016;65(RR-4):1-104.

85. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de prácticas seleccionadas en EE. UU. para el uso de anticonceptivos. 3era edición. Ginebra: OMS; 2017.

86. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the un Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462-74. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7

87. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado Mundial de la Infancia 2016. Nueva York: Unicef; 2016.

88. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014(supl 1);121:40-8. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630

89. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2020. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

90. Maclean GD. An historical overview of the first two decades of striving towards Safe Motherhood. Sex Reprod Healthc. 2010;1(1):7-14. https://doi.org/10.1016/J.SRHC.2009.10.002

91. Suárez-López L, Hubert C, de la Vara-Salazar E, Villalobos A, de Castro F, Hernández-Serrato MI, Ávila-Burgos L. Continuum of care for maternal, newborn and child health: Evidence from a national survey in Mexico. Sex Reprod Healthc. 2022;31:100690. https://doi.org/10.1016/J.SRHC.2021.100690

92. Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. [Internet]. México: Gobierno de México: 2014. Available from: https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454

93. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;326(8452):436-7. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3

94. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Planificación familiar y anticoncepción, 2013-2018. Distrito Federal: SS; 2013. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliaryAnticoncepcion.pdf

95. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. SAGE Journals. 2016;1(3):385-401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

96. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez L A, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). Salud Publica Mex. 2013;55(3):267-74. https://doi.org/10.21149/SPM.V55I3.7209

97. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Isaac Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validation of a cutoff point for the short version of the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies in older Mexican adults. Salud Publica Mex. 2014;56(3):279-85.

98. Tate J, Aguado T, Belie J De, Holt D, Karafillakis E, Larson HJ, et al. The life-course approach to vaccination: Harnessing the benefits of vaccination throughout life. Vaccine. 2019;37(44):6581-3. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.016

99. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1

100. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Salud Sexual y reproductiva 2020-2024. México: SS; 2021. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1iEfpOX-zJ4vyBuKmQQdC5Q_Ks4uxTtGo/view

101. Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V, Bilir SP, Neukermans CP, Rydzak CE, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2005;352(6):570-85. https://doi.og/10.1056/NEJMsa042657

102. Peltzer K, Nzewi E, Mohan K. Attitudes towards HIV-antibody testing and people with AIDS among university students in India, South Africa and United States. Indian J Med Sci. 2004;58(3). Available from: https://tspace.library.utoronto.ca/retrieve/4056/IndianJMedSci_2004_58_3_95_8279.pdf

103. Mansfield L, Victor C, Meads C, Daykin N, Tomlinson A, Lane J, et al. A Conceptual review of loneliness in adults: Qualitative evidence synthesis. Int J Environ Res Public Heal. 2021;18(21):11522. https://doi.org/10.3390/ijerph182111522

104. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants Approach for primary care. Can Fam Physician. 2020;66:176-82. Available from: https://www.cfp.ca/content/cfp/66/3/176.full.pdf

105. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad (1° de octubre) Datos nacionales. México: INEGI; 2019. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

106. Romero-Martínez M, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Salud Publica Mex. 2021;63(3):444-51. https://doi.org/10.21149/12580

107. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Public Health. 2019;4(3):e159-67. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30019-2

108. Bonvecchio A. Mala nutrición durante los primeros 1 000 días de vida ante la pandemia de Covid-19: recomendaciones dirigidas a tomadores de decisiones. En: Dommarco J, Barrientos-Gutiérrez T, Oropeza-Abundez C, editores. Síntesis sobre políticas de salud Propuestas basadas en evidencia. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021.

109. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México: INPRFM; 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view

110. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS; 2017. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/mexico/mex-report-2015-spanish.pdf?sfvrsn=cd3163fe_1

111. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with Covid-19 progression: A meta-analysis. Nicotine Tob Res. 2020;22(9):1653. https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa082

112. Diario Oficial de la Federación. Ley General para el Control del Tabaco. México: DOF; 2008. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_200521.pdf

113. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: http://www.who.int/fctc/text_download/es/

114. Comisión Nacional contra las Adicciones. Centro de Atención Ciudadana La Línea de la vida [Internet]. México: Conadic; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/centro-de-atencion-ciudadana-contra-las-adicciones-134381

115. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

116. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Ciudad de México: DOF; 1984. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

117. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: Conadic; 2009. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

118. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet. 2012;379(9820):1056-67. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4

119. Sarkar D, Jung MK, Wang HJ. Alcohol and the immune system. Alcohol Res. 2015;37(2):153.

5. Nutrición

Niños

7.1 Estado de nutrición de preescolares

Se obtuvo el peso y la longitud o talla en niñas, niños y adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200 kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La medición de la longitud para menores de dos años se realizó con un infantómetro, marca Seca, modelo 416, de fabricación alemana. Su longitud es de 100 centímetros y tiene una precisión milimétrica, lo que significa que la lectura de la longitud se realiza en centímetros y milímetros. La determinación de la talla se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de niñas, niños y adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales y, en el caso de los adolescentes, con técnicas de estandarización antropométrica realizada en adultos.[1,2] Debido a la pandemia por Covid-19 no se permitió el acceso a guarderías y escuelas primarias para llevar a cabo el proceso de estandarización antropométrica en preescolares y escolares, por lo que se enfatizó el procedimiento en sesiones teóricas y prácticas sobre la toma de medidas con un peso conocido; para el caso de las técnicas antropométricas para el grupo de adolescentes, se llevó a cabo el ejercicio de estandarización antropométrica propuesto por Habicht con la participación de adultos. Esto se realizó en pequeños grupos respetando las indicaciones de higiene y sana distancia dispuestos en el manual de riesgos para el personal de Ensanut.

Desnutrición

Los datos de peso y talla/longitud, de los menores de cinco años, se transformaron para obtener puntajes Z de peso y talla con relación a la edad y de peso con relación a la talla. Se calcularon los indicadores peso y talla para la edad y peso para la talla, determinando bajo peso, baja talla y emaciación, por debajo de -2 desviaciones estándar del promedio de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006.[3]

Sobrepeso y obesidad

En menores de cinco años, el indicador de sobrepeso más obesidad se consideró arriba de dos desviaciones estándar del promedio del puntaje z del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, del mismo patrón de referencia OMS 2006. Para los escolares, también se consideró el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de uno DE y con obesidad por arriba de dos DE utilizando el patrón de referencia de la OMS de 2007, antes mencionado.

Niñas y niños de 0 a 4 años

Se analizó la información de 1 765 niñas y niños menores de cinco años, que representan a 9 992 016 menores en México. Se obtuvieron las prevalencias de cuatro indicadores del estado de nutrición: bajo peso, baja talla y emaciación; así como el indicador de sobrepeso más obesidad. La figura 7.1.1 muestra el comparativo de la prevalencia nacional de estos indicadores, a lo largo de las diferentes Ensanut, hasta la presente. La baja talla se mantiene prevalente en 12.6% de las niñas y niños menores de cinco años, que representan a alrededor de 1 258 300 preescolares del país. La prevalencia de emaciación se encontró en 1.5% de los menores, y la de bajo peso en 3.7 por ciento. El indicador de exceso de peso, que suma las categorías de sobrepeso más obesidad se encontró prevalente en 7.8% de los preescolares, aproximadamente 777 800 niñas y niños menores de cinco años.

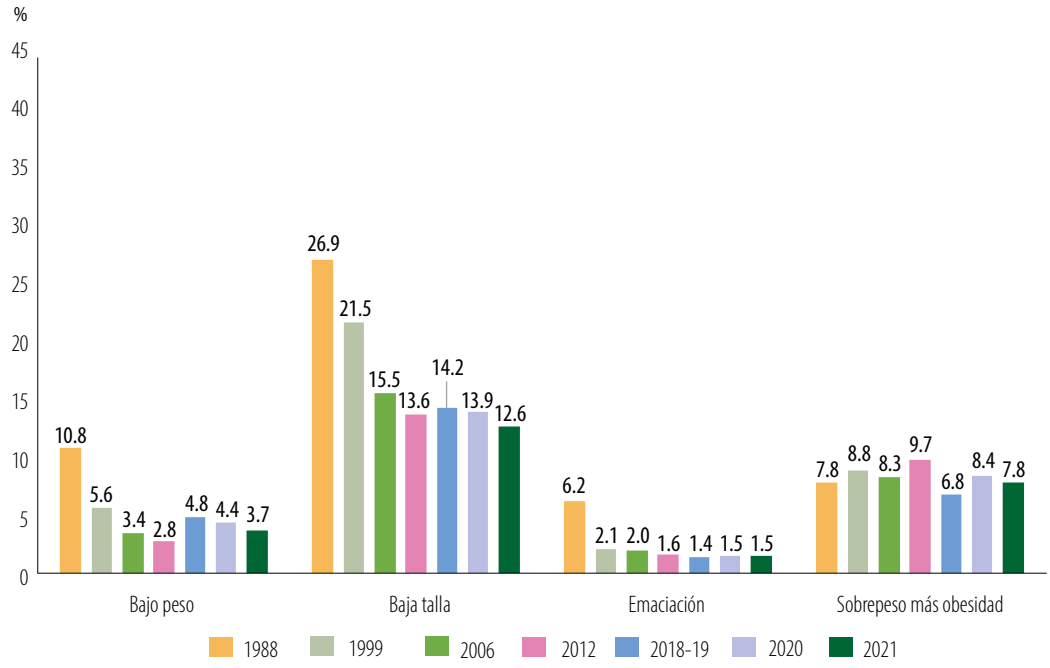
La prevalencia de estos indicadores de estado de nutrición, por región de residencia se muestran en el cuadro 7.1.1 en el que se observa que la prevalencia más alta de bajo peso se encontró en la región Península con 6%, seguida de Pacífico-Centro con 4.9% y siendo la prevalencia más baja la de la región Pacífico-Norte con 1.1

punto porcentual de niñas y niños con peso bajo para su edad. La prevalencia de baja talla se presenta en un 24.4% en la región Península, con 15.9% en la región Pacífico-Sur, y por la región Estado de México con 14.2%, mientras que la región Pacífico-Norte es la que presenta la prevalencia menor de baja talla de 3.5%, seguida por 5.9% de la región CDMX. Las niñas y niños menores de cinco años de la región Pacífico-Centro tienen una prevalencia de emaciación de 6.6%, seguida de la región Centro con 2.4%, la región Frontera es la única donde no se encontraron menores de cinco años con emaciación.

Respecto al sobrepeso más obesidad, la región Pacífico-Centro resultó tener la más alta prevalencia (10.7%), seguida por la región Pacífico-Sur con 9.1% de sobrepeso más obesidad en menores de cinco años, siendo la región Frontera aquella con la prevalencia más baja (3.3%).

Figura 7.1.1

Comparativo de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la ENN 1988 y 99, y Ensanut 2006, 2012, 2018-19, 2020 y 2021



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19,México

Cuadro 7.1.1

Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en población menor de cinco años, por región de residencia

	Ensanut 2021 sobre Covid-19									
	TOTAL		BAJO PESO		BAJA TALLA		EMACIACIÓN		SP + OB	
	N muestra	N(miles)	%	IC95%	%	IC95	%	IC95%	%	IC95%
REGIÓN										
Pacífico-Norte	201	893.7	1.1	0.3 tt3.9	3.5	2.0,6.0	0.4	0.1,2.5	8	4.8,13.0
Frontera	111	1 305.6	3.8	1.1,11.9	9.6	4.4,19.8	0	0.0,0.0	3.3	1.1,9.1
Pacífico-Centro	119	1 053.4	4.9	3.2,7.5	8.1	3.9,16.0	6.6	3.0,13.9	10.7	6.4,17.2
Centro-Norte	408	1 355.5	3.9	2.3,6.4	10.6	7.2,15.1	1.1	0.5,2.5	7.1	4.4,11.0
Centro	107	909.1	3.7	1.5,9.0	14.0	7.1,25.6	2.4	0.7,7.9	6.6	2.5,16.4
CDMX	127	479.9	1.3	0.3,5.3	5.9	2.9,11.6	1.3	0.3,5.1	9.0	4.9,15.9
Estado de México	203	1 304.8	2.8	1.3,6.0	14.2	9.7,20.3	0.5	0.1,3.4	8.3	5.0,13.4
Pacífico-Sur	237	1 461.8	3.6	1.8,7.1	15.9	9.9,24.6	1.3	0.8,2.2	9.1	5.7,14.4
Península	252	1 228.2	6	2.5,13.7	24.4	17.0,33.8	1.0	0.2,4.7	9.0	5.2,15.0
Total	**1 765**	**9 992.0**	**3.7**	**2.7,4.9**	**12.6**	**10.5,15.1**	**1.5**	**1.0,2.3**	**7.8**	**6.4,9.4**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 7.1.2 señala las prevalencias de los indicadores del estado de nutrición por grupos de edad. En el grupo de los 0 a los 23.9 meses de edad, el bajo peso se encontró en 4.6% de niñas y niños, mientras que en el grupo de los 24 a 59.9 meses, esta prevalencia fue de 3.3 por ciento. La baja talla, en las niñas y niños de 0 a 23.9 meses se encontró en 11.3% y aquellos de 24 a 59.9 meses fue de 13.1 por ciento. Respecto al indicador de emaciación, el grupo de edad de 0 a 23.9 meses tuvo una prevalencia de 1.7% y el grupo de 24 a 59.9 meses de 1.5 por ciento. El sobrepeso más obesidad, se halló en 6.5% de las niñas y niños de 0 a 23.9 meses, y en 8.3% de niñas y niños de 24 a 59.9 meses de edad.

Cuadro 7.1.2

Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en población menor de cinco años de edad, por grupo de edad en meses

Condición	Ensanut 2021 sobre Covid-19					
	Total		0 a 23.9 meses		24 a 59.9 meses	
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	%	IC95%
Bajo peso	1 765	9 992.0	4.6	2.7,7.7	3.3	2.1,5.0
Baja talla	1 765	9 992.0	11.3	8.4,15.1	13.1	10.7,16.1
Emaciación	1 765	9 992.0	1.7	0.6,4.9	1.5	0.9,2.5
SP+OB	1 765	9 992.0	6.5	4.3,9.8	8.3	6.7,10.4

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El análisis de la prevalencia de estado de nutrición por tipo de localidad de residencia se presenta en el cuadro 7.1.3. El bajo peso se encontró en mayor medida en las localidades rurales (5.4%) y en menor proporción en las localidades urbanas (3%). La baja talla también es más prevalente en las localidades rurales (18.8%) y menos en las urbanas. Esta tendencia se repite con la prevalencia de emaciación, sin embargo, en el sobrepeso más obesidad, la prevalencia es mayor en las localidades urbanas (8.6%).

Cuadro 7.1.3

Prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en población menor de cinco años de edad, por tipo de localidad

TIPO DE LOCALIDAD	Ensanut 2021 sobre Covid-19									
	TOTAL		BAJO PESO		BAJA TALLA		EMACIACIÓN		SP + OB	
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Rural	1 232	7 296.7	5.4	3.4,8.5	18.8	13.9,25.0	1.5	0.6,3.5	5.5	3.4,8.8
Urbana	533	2 695.3	3.0	2.0,4.5	10.3	8.2,12.8	1.6	1.0,2.5	8.6	7.0,10.6
Total	**1 765**	**9 992.0**	**3.7**	**2.7,4.9**	**12.6**	**10.5,15.1**	**1.5**	**1.0,2.3**	**7.8**	**6.4,9.4**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

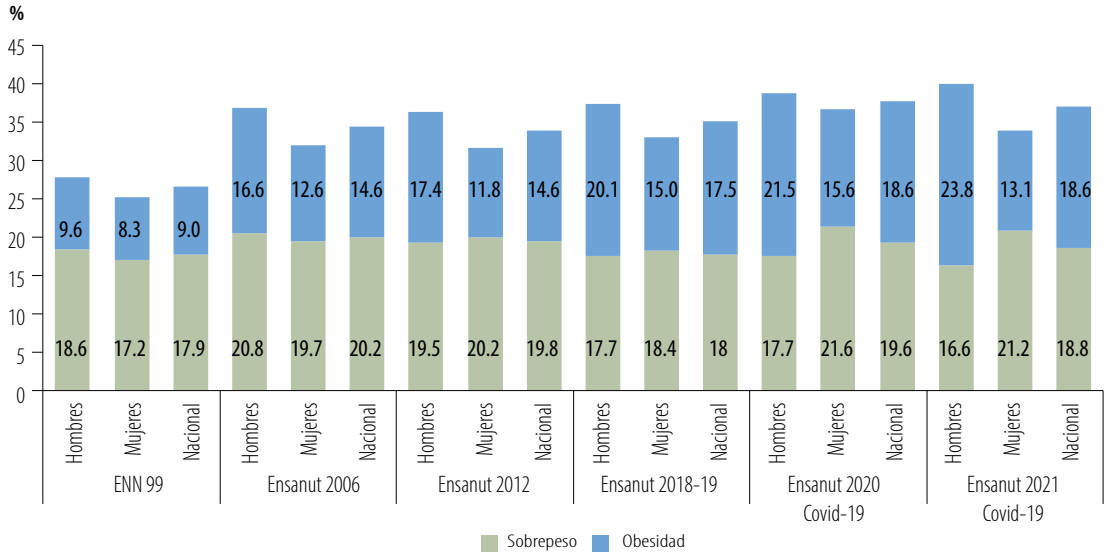
7.2 Estado de nutrición de escolares

Niñas y niños de 5 a 11 años

Se analizó la información de 2 569 niñas y niños de 5 a 11 años (representan alrededor de 15 672 300 escolares). La prevalencia nacional de sobrepeso fue de 18.8%, en hombres fue de 16.6% y en mujeres de 21.2 por ciento. La prevalencia de obesidad se encontró en 18.6% de los escolares, 23.8% en hombres y 13.1% en mujeres. Estas dos prevalencias, al comparar con Ensanut anteriores no hay una diferencia en la prevalencia de obesidad nacional, y una leve disminución en la de sobrepeso nacional. Sin embargo, según el sexo, especialmente en hombres en edad escolar se encontró un aumento en la prevalencia de obesidad (figura 7.2.1).

Figura 7.2.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de la ENN-1999 y Ensanut 2006, 2012, 2018-19, 2020 y 2021, por sexo



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Estratificando por región, la prevalencia de sobrepeso más alta se encontró en la región CDMX con 23% de los escolares (en mujeres con 28.9% y hombres 16.8%). La prevalencia de obesidad más alta (24.1%) se encontró en la región Pacífico-Centro (34.7% en hombres y 10.5% en mujeres) (cuadro 7.2.1).

Cuadro 7.2.1

Prevalencia sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años, por región de residencia

REGIÓN		Ensanut 2021 sobre Covid-19							
		TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
		n muestra	N (Miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Pacífico-Norte	Hombres	136	763.0	26.2	18.1,36.3	18.1	11.7,26.9	44.3	34.5,54.5
	Mujeres	154	691.1	16.9	10.5,26.1	17.4	10.3,27.8	34.3	26.1,43.6
	Total	**290**	**1 454.0**	**21.8**	**15.9,29.1**	**17.8**	**12.6,24.5**	**39.5**	**33.4,46.0**
Frontera	Hombres	110	1 013.7	18.1	12.2,26.0	24.4	16.4,34.7	42.5	30.9,55.0
	Mujeres	88	1 037.3	15.4	10.0,22.9	11.5	5.2,23.5	26.8	17.7,38.4
	Total	**198**	**2 050.9**	**16.7**	**12.5,22.1**	**17.9**	**11.9,25.9**	**34.6**	**25.7,44.6**
Pacífico-Centro	Hombres	100	971.6	15.3	8.6,25.7	34.7	24.5,46.6	50.0	36.6,63.4
	Mujeres	90	764.3	21.1	12.0,34.2	10.5	5.1,20.2	31.5	19.4,46.8
	Total	**190**	**1 735.8**	**17.8**	**11.8,25.9**	**24.1**	**17.2,32.6**	**41.9**	**31.4,53.1**
Centro-Norte	Hombres	275	985.7	13.6	9.2,19.5	23.0	17.2,30.0	36.6	29.8,43.9
	Mujeres	320	982.2	18.8	14.0,24.8	12.7	9.1,17.5	31.5	25.1,38.8
	Total	**595**	**1 967.8**	**16.2**	**12.9,20.1**	**17.9**	**14.3,22.1**	**34.0**	**29.1,39.4**
Centro	Hombres	91	717.7	16.2	7.7,30.9	20.8	13.0,31.6	37.0	22.7,54.1
	Mujeres	87	774.0	23.9	14.5,36.8	15.8	6.3,34.4	39.7	24.3,57.5
	Total	**178**	**1 491.7**	**20.2**	**12.7,30.6**	**18.2**	**11.7,27.2**	**38.4**	**27.3,50.9**
CDMX	Hombres	99	391.2	16.8	10.1,26.5	24.9	15.8,36.9	41.6	29.6,54.8
	Mujeres	110	413.9	28.9	18.8,41.7	10.6	5.9,18.2	39.5	28.8,51.2
	Total	**209**	**805.1**	**23.0**	**16.7,30.9**	**17.5**	**12.2,24.6**	**40.5**	**32.5,49.1**
Estado de México	Hombres	149	1 045.7	13.9	8.6,21.6	21.8	15.6,29.5	35.6	27.3,45.0
	Mujeres	142	968.8	24.1	17.3,32.3	13.1	8.0,20.5	37.1	28.9,46.1
	Total	**291**	**2 014.5**	**18.8**	**13.6,25.3**	**17.6**	**13.4,22.7**	**36.3**	**29.4,44.0**
Pacífico-Sur	Hombres	145	1 097.7	13.8	8.2,22.3	21.3	13.5,31.8	35.1	25.6,45.9
	Mujeres	149	1 062.8	25.3	18.0,34.3	13.4	8.9,19.8	38.7	31.4,46.6
	Total	**294**	**2 160.4**	**19.5**	**14.0,26.5**	**17.4**	**12.5,23.7**	**36.9**	**30.2,44.1**
Península	Hombres	181	1 138.3	18.2	12.7,25.4	24.2	17.5,32.3	42.3	32.6,52.7
	Mujeres	143	853.6	19.9	14.0,27.6	12.6	6.9,22.0	32.6	24.5,41.9
	Total	**324**	**1 991.9**	**18.9**	**14.9,23.8**	**19.2**	**14.6,24.8**	**38.2**	**32.1,44.6**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19

De acuerdo con la edad de las niñas o niños, la prevalencia de sobrepeso a los 9 y 10 años fueron las más altas (23.4 y 23.1%). Estratificando por sexo, los hombres de nuevo años también tuvieron la prevalencia más alta de sobrepeso (25.4%) pero en las mujeres fue a los 10 años (27.6%); la prevalencia más baja de sobrepeso fue a los 11 años de edad (14.4%). Respecto a la prevalencia de obesidad, la más alta se encontró en el grupo de edad de 10 años (25.9%), tanto en hombres (35.4%) como en mujeres (16.3%). La prevalencia de obesidad más baja observada fue en los escolares de años (8.1%), con 9.4% en hombres y 6.9% en mujeres (cuadro 7.2.2).

Cuadro 7.2.2

Prevalencia nacional del estado de nutrición en la población de 5 a 11 años, por edad y sexo

Ensanut 2021 sobre Covid-19

Edad	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
	N muestra	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Hombres								
5	187	1 024.2	10.4	5.6,18.6	9.4	5.6,15.5	19.9	13.3,28.6
6	188	1 044.3	15.9	10.4,23.7	20.5	14.7,27.9	36.4	28.6,45.1
7	200	1 245.8	20.2	13.1,29.9	16.1	11.1,22.8	36.3	27.7,46.0
8	180	1 037.7	17.4	11.4,25.7	31.5	23.1,41.3	48.9	40.0,57.9
9	198	1 164.4	25.4	17.8,34.9	23.0	16.5,31.1	48.4	39.6,57.4
10	169	1 270.8	18.7	12.3,27.5	35.4	25.9,46.3	54.1	43.2,64.7
11	164	1 337.1	8.3	5.4,12.7	28.1	19.0,39.3	36.4	26.7,47.3
Total	**1 286**	**8 124.4**	**16.6**	**14.3,19.3**	**23.8**	**20.9,26.9**	**40.4**	**36.6,44.3**
Mujeres								
5	178	1 094.1	21.6	13.9,31.9	6.9	3.4,13.5	28.4	19.9,38.9
6	206	1 125.9	14.7	9.9,21.2	11.2	6.6,18.5	25.9	19.3,34.0
7	175	882.1	17.9	12.3,25.4	15.8	9.1,25.9	33.7	25.1,43.4
8	195	1 065.0	21.2	14.1,30.6	10.9	6.6,17.4	32.1	23.8,41.7
9	220	1 164.6	21.4	15.4,28.9	14.9	9.6,22.2	36.2	28.5,44.7
10	162	1 253.0	27.6	19.2,38.0	16.3	10.4,24.5	43.9	33.2,55.1
11	147	963.1	22.8	16.0,31.4	15.9	10.2,23.9	38.7	29.4,48.8
Total	**1 283**	**7 547.9**	**21.2**	**18.5,24.1**	**13.1**	**10.6,16.0**	**34.3**	**30.7,38.0**
Total								
5	365	2 118.3	16.2	11.2,22.9	8.1	5.3,12.2	24.3	18.3,31.5
6	394	2 170.3	15.3	11.5,20.1	15.7	11.8,20.7	31.0	25.6,36.9
7	375	2 128.0	19.3	14.3,25.5	16.0	11.6,21.5	35.2	28.8,42.3
8	375	2 102.7	19.3	14.7,25.0	21.1	15.8,27.5	40.4	34.4,46.7
9	418	2 329.0	23.4	18.3,29.3	18.9	14.7,24.1	42.3	36.5,48.4
10	331	2 523.8	23.1	17.7,29.7	25.9	19.7,33.2	49.1	40.9,57.2
11	311	2 300.2	14.4	10.9,18.8	23.0	17.0,30.3	37.3	30.5,44.7
Total	**2 569**	**15 672.3**	**18.8**	**16.9,20.9**	**18.6**	**16.7,20.8**	**37.5**	**34.7,40.3**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 7.2.3

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años, por tipo de localidad

Ensanut 2021 sobre Covid-19

		TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
		n muestra	N(miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tipo de localidad									
Rural	Hombres	354	2 097.0	15.6	12.1,20.0	22.2	16.8,28.8	37.9	30.5,45.8
	Mujeres	377	1 906.6	14.0	10.3,18.9	6.8	4.5,10.1	20.8	16.2,26.4
	Total	**731**	**4 003.5**	**14.9**	**11.7,18.8**	**14.9**	**12.0,18.3**	**29.7**	**24.7,35.3**
Urbana	Hombres	932	6 027.4	17.0	14.1,20.3	24.3	21.0,27.9	41.3	36.9,45.8
	Mujeres	906	5 641.3	23.6	20.3,27.3	15.2	12.1,18.9	38.8	34.5,43.4
	Total	**1 838**	**11 668.7**	**20.2**	**17.9,22.7**	**19.9**	**17.5,22.5**	**40.1**	**36.9,43.4)**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

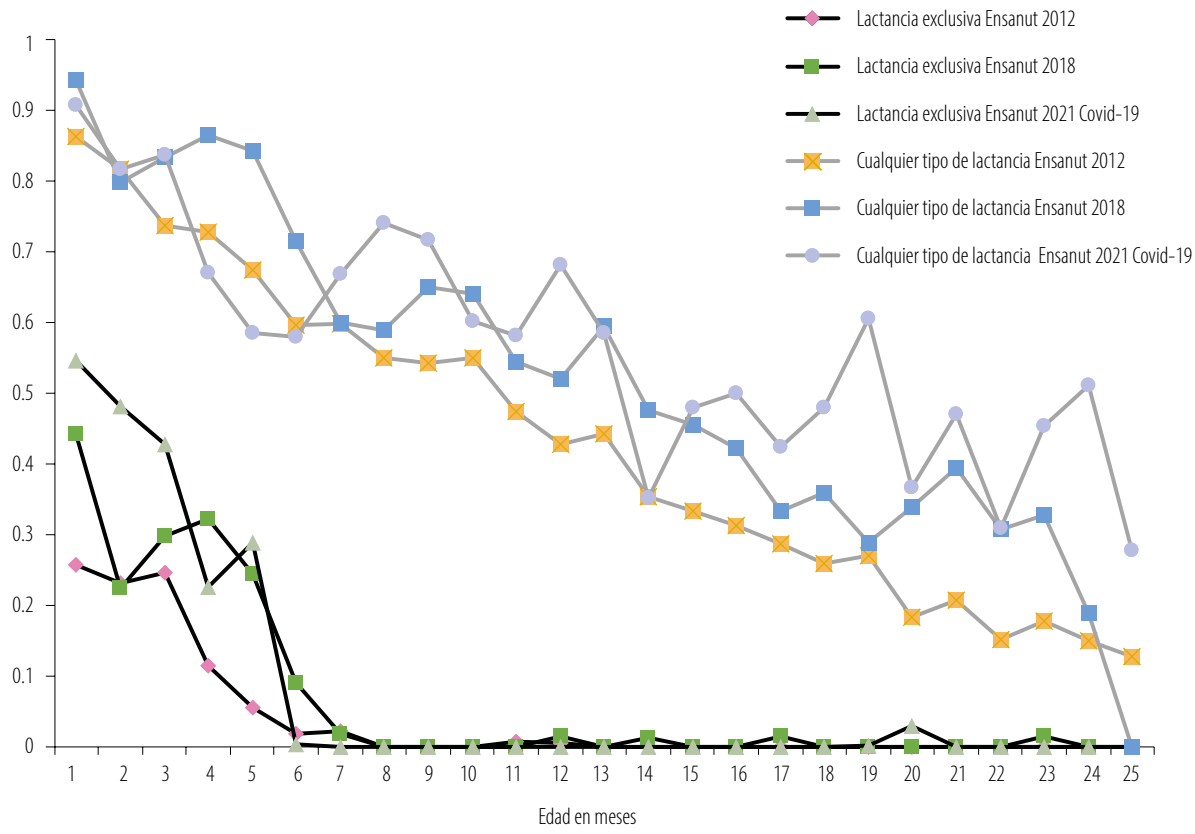
Al estratificar a las niñas y niños escolares de acuerdo con el tipo de localidad en la que viven, se encontró que la mayor prevalencia de sobrepeso se halla en las localidades urbanas (20.2%) y en este mismo tipo de localidad 23.6% de las mujeres tienen sobrepeso y 17% de hombres presentan la misma condición. La prevalencia de obesidad más elevada se encontró en las localidades urbanas, con 19.9%, donde en hombres fue de 24.3% y en mujeres de 15.2 por ciento. Las localidades rurales tuvieron en ambos indicadores las prevalencias más bajas: 14.9% de sobrepeso y de obesidad (cuadro 7.2.3).

7.3 Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil

Para contar con un mayor tamaño de muestra, la muestra fue conformada por hijos de mujeres de 12-59 años. La información de lactancia materna y de alimentación complementaria, se recolectó con el método del día anterior (statu quo) y bajo la recomendación de OMS-Unicef 2021.[4] Estos indicadores se refieren sólo al hecho de si consumió o no el alimento pero no a la cantidad consumida, por lo que no pueden usarse para el cálculo de adecuación de la ingesta. Se presentan indicadores que OMS-Unicef sugirió en 2008 y que en la reciente revisión del comité de expertos no sufrieron cambios en el año 2021 (cuadro 7.3.1). A continuación se presenta una breve descripción de los indicadores por grupo de edad en meses (todos son

Figura 7.3.1

Probabilidad de amamantar exclusivamente o cualquier tipo de lactancia. Comparativo de Ensanut 2021 Covid-19 . Nacional, México



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

expresados en porcentajes): 1) Alguna vez amamantados 0 a 23 meses; 2) Inicio temprano de la lactancia materna 0 a 23 meses, menores puestos al seno materno en la primera hora de vida; 3) Lactancia materna exclusiva 0 a 5 meses, menores alimentados sólo con leche materna y se permiten medicamentos, vitaminas, minerales o sales de rehidratación oral; 4) Uso de biberón (cualquier alimento) 0 a 23 meses, alimentación de semisólidos o cualquier líquido incluyendo leche materna con biberón; 5) Introducción de sólidos, semisólidos y suaves 6 a 8 meses, introducción oportuna de alimentos y continuar con lactancia materna; 6) Frecuencia mínima 6 a 23 meses, consumo mínimo de grupos de alimentos adecuados a la edad y práctica de lactancia.

Así mismo, se presentan resultados de nueve indicadores nuevos o con modificaciones relevantes por el mismo comité de expertos de la OMS-Unicef en el año 2021 (cuadro 7.3.2), porcentaje de menores con: 7) Lactancia materna exclusiva en los tres primeros días de vida 0 a 23 meses; que el menor no haya consumido leche materna; [a] 8) Lactancia materna continua 12 a 23 meses; 9) Lactancia materna mixta 0 a 5 meses; menores alimentados con leche materna y otras leches y/o fórmula; 10) Diversidad alimentaria mínima 6 a 23 meses que ahora incluye la leche materna como un grupo independiente; 11) Consumo de Carnes y/o huevo 6 a 23 meses; 12) Cero consumo de frutas o verduras 6 a 23 meses, quienes no consumieron frutas o verduras en ninguna forma; 13) Consumo de bebidas azucaradas 6 a 23 meses; ya sea bebidas naturales o artificiales como jugos o hechos en casa como tés endulzados; 14) Consumo de alimentos no saludables 6 a 23 meses, quienes consumieron frituras, galletas, dulces, pastelitos y/o sopas instantáneas.

La comparación entre encuestas y tipo de localidad se hizo por medio de la prueba de diferencia de proporciones para muestras independientes. En algunos indicadores no se presentan diferencias por tipo de localidad urbano/rural, debido al pequeño tamaño de muestra. Los estadísticos de prueba incluyen información del diseño de cada encuesta, ajustando los errores estándar y aplicando una corrección por continuidad.[5]

En los cuadros 7.3.1, 7.3.2 se observa que se obtuvo un tamaño de muestra total de n=617 menores de 24 meses. En todos los indicadores se realizó la comparación entre zona rural y urbana en cada encuesta (excepto lactancia materna exclusiva e introducción de alimentos sólidos, semi-sólidos y suaves debido al tamaño de muestra) y entre encuestas.

A pesar de que se aprecia un buen comienzo en la lactancia materna en la Ensanut 2021 sobre Covid-19 existe un deterioro conforme aumenta la edad de los menores (figura 7.3.1). El inicio temprano de la lactancia materna, tendió a disminuir comparado con Ensanut 2018-19 (cuadro 7.3.1) de manera significativa ($p<0.05$).

a OMS-Unicef recomienda medirlo en todos los menores de 24 meses los dos primeros días de nacidos. Sin embargo, para efectos de comparabilidad entre las diferentes Ensanut se continuó midiendo en los primeros tres días de nacidos.

Cuadro 7.3.1

Indicadores de alimentación infantil

Indicador	Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	Ensanut 2018-19				Ensanut 2021 sobre Covid-19			
				Expansión				Expansión		
			n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Alguna vez amamantados	0 a 23	Urbano	987	2 716.8	95.3	93.1,96.8	441	2 341.2	95.0	91.3,97.2
		Rural	600	1 019.5	96.3	93.8,97.9	176	873.9	96.0	89.4,98.5
		Nacional	1 587	3 736.4	95.6	93.9,96.8	617	3 215.0	95.3	92,3,97.1
Inicio temprano de la lactancia materna	0 a 23	Urbano	932	2 568.8	46.0	41.6,50.5	441	2 341.2	38.3	32.1,44.9
		Rural	574	978.9	52.1*c	45.8,58.4	176	873.9	42.2	32.7,52.4
		Nacional	1 506	3 547.7	47.7	44.1,51.4	617	3 215.0	39.4a	34.1,44.9
Lactancia materna exclusiva	0 a 5	Nacional	350	858.2	28.6	22.1,36.0	142	760.6	35.9	24.9,48.6
Uso de biberón (cualquier alimento)	0 a 23	Urbano	987	2 716.8	42.7	38.1,47.5	441	2 341.2	24.5b	19.8,29.9
		Rural	600	1 019.5	37.1*	31.9,42.7	176	873.9	23.2c	16.3,31.9
		Nacional	1 587	3 736.4	41.2	37.5,45.0	617	3 215.0	24.2a	20.2,28.6
Introducción de sólidos,semisólidos y suaves	6 a 8	Nacional	198	514.1	91.2	83.2,95.6	74	334	92.9	73.3,98.4
Frecuencia mínima	6 a 23	Urbano	767	2 097.4	55.8	50.8,60.7	335	1 748.4	52.2	45.5,58.8
		Rural	470	780.7	52.5	47,58	140	706.1	68.4,c	59.0,76.6
		Nacional	1 237	2 878.2	54.9	51.0,58.8	475	2 454.5	56.8	51.2,62.3

* Diferencia entre tipo de localidad Urbano/Rural para cada encuesta. Diferencia entre 2018 y 2021 a: Nacional b: Urbano c: Rural,considerando $p<0.05$.
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19,México

Se observa un gran incremento en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) de 28.6 a 35.9%; y disminuyó significativamente la alimentación con biberón. En contraposición con los indicadores de lactancia, los de alimentación complementaria suelen ser mejores en medio urbano, i.e.; los niños tienen dietas más variadas, más consumo de carnes y huevo pero por otro lado; se consumen alimentos de forma más frecuente en el medio rural, siendo significativa dicha diferencia ($p<0.05$).

En cuanto a los indicadores nuevos o con grandes cambios (cuadro 7.3.2), llama la atención el alto porcentaje de lactancia materna exclusiva en los tres primeros días de vida que refieren las mujeres entrevistadas. Por otro lado, una quinta parte de los menores de seis meses son alimentados de forma mixta. Cerca de 50% de los niños continúan siendo amamantados en su segundo año de vida y tiende a realizarse más en el medio rural. Uno de los indicadores importantes es la Frecuencia mínima de consumo de leche en menores de 24 meses no amamantados; para el cual se considera como lo mínimo óptimo dos tomas al día. A causa del

tamaño de muestra (n=22) no se presenta como indicador sin embargo, datos sin ajustar por diseño de encuesta presuntamente muestran que más allá del 60% de los menores no amamantados consumen al menos dos tomas de cualquier tipo de leche o fórmula al día (datos no presentados en cuadros).

Cuadro 7.3.2

Nuevos indicadores de alimentación infantil

Ensanut 2021 sobre Covid-19

Indicador	Grupo edad (meses)	Zona	Expansión			
			n muestra	N(miles)	%	IC95%
Lactancia materna exclusiva en los tres primeros días de vida	0 a 23	Urbano	441	2 341.2	61.2	55.0,67.2
		Rural	176	873.9	63.0	54.5,70.8
		Nacional	617	3 215.0	61.7	56.6,66.6
Lactancia materna mixta	0 a 5	Nacional	142	760.6	22.9	13.7,35.8
Lactancia materna continua	12 a 23	Urbano	243	1 329.0	45.7	37.9,53.6
		Rural	95	515.6	52.2	40.0,64.2
		Nacional	338	1 844.6	47.5	41.0,54.1
Diversidad alimentaria mínima*	6 a 23	Urbano	335	1 748.4	71.5	65.7,76.7
		Rural	140	706.1	62.0	51.8,71.0
		Nacional	475	2 454.5	68.7	63.7,73.4
Consumo de carnes y/o huevo	6 a 23	Urbano	335	1 748.4	76.8	71.7,81.3
		Rural	140	706.1	68.7	55.4,79.4
		Nacional	475	2 454.5	74.5	69.3,79.1
Cero consumo de frutas o verduras	6 a 23	Urbano	335	1 748.4	23.5	18.2,29.8
		Rural	140	706.1	28.1	19.3,39.0
		Nacional	475	2 454.5	24.8	20.1,30.2
Consumo de bebidas azu-caradas	6 a 23	Urbano	335	1 748.4	53.8	45.9,61.5
		Rural	140	706.1	56.4	45.7,66.6
		Nacional	475	2 454.5	54.6	48.2,60.8
Consumo de alimentos no saludables	6 a 23	Urbano	335	1 748.4	37.5	30.7,44.7
		Rural	140	706.1	38.5	26.2,52.4
		Nacional	475	2 454.5	37.7	31.7,44.2

*A diferencia de encuestas pasadas, este indicador incluye leche materna como un grupo independiente
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Los resultados para los indicadores de alimentación complementaria son muy alentadores. El porcentaje de menores con una alta diversidad alimentaria mínima (que ahora incluye la leche materna como un grupo independiente más), es más

elevado en localidades urbanas comparado con el nacional y lo mismo se observa para el porcentaje de menores que reportaron consumir algún tipo de carne y/o huevo el día previo a la entrevista. También se logra observar el bajo porcentaje de menores que no consumieron frutas o verduras el día previo a la entrevista. Por otro lado, el consumo de alimentos no saludables lo reporta más de una tercera parte de los menores entre 6 y 23 meses, sin diferencias entre localidad rural vs. urbana. Finalmente, vemos que más de la mitad de los menores entre 6 y 23 meses de edad consumieron bebidas azucaradas y tiende a ser mayor en localidades rurales.

7.4 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en preescolares

La información sobre dieta se obtuvo utilizando un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos de los siete días previos a la entrevista, incluyendo 144 alimentos y bebidas. Se preguntó por los días de consumo, veces al día de consumo, tamaño de porción consumida por vez y número de porciones consumidas por vez de los alimentos y bebidas, los cuales fueron seleccionados a partir de aquellos más consumidos por la población mexicana en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999.[6] Dicho cuestionario fue previamente validado para la estimación de ingesta de energía y nutrimentos en población mexicana.[7] Se analizó información dietética de población preescolar (1-4 años de edad), escolar (5-11 años), adolescente (12- 19 años), adulta (20-59 años) y adulta mayor (≥60 años).

Se clasificaron los alimentos y bebidas en 13 grupos, de acuerdo con sus características nutrimentales y su relevancia para desenlaces de salud:[8] frutas, verduras, leguminosas, agua sola, huevo, carnes no procesadas, lácteos, nueces y semillas, carnes procesadas, comida rápida y antojitos mexicanos fritos o con grasa, botanas, dulces y postres, cereales dulces y bebidas endulzadas (cuadro A). Se consideró que un grupo de alimentos fue consumido, si se reportó al menos 10 g de su consumo, tres o más días de la semana. En el caso de agua, frutas y verduras, se consideró como consumo si la cantidad fue de al menos 10 gramos los siete días de la semana. Fueron excluidos del análisis mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (13 adolescentes y 61 adultas). También se excluyeron a los participantes que tuvieron siete o más alimentos con valores extremos (>4 desviaciones estándar de la distribución de consumo para el grupo de edad), así como los participantes que no presentaran consumo de ningún grupo de alimentos; de tal manera que se excluyeron a tres preescolares, dos escolares, un adolescente y cinco adultos.

Cuadro A

Clasificación de alimentos y bebidas en grupos de alimentos de relevancia

Grupo de alimentos	Alimentos	
Grupos no recomendables para consumo cotidiano		
Frutas	Durazno/melocotón Fresa Guayaba Jícama Limón, por ejemplo, en ensaladas, caldos o carnes Mango Manzana o pera	Melón o sandía Naranja o mandarina Papaya Piña Plátano Toronja Uvas
Verduras	Aguacate Brócoli o coliflor Calabacita Cebolla, por ejemplo, en ensaladas, antojitos o comida rápida Chayote Chile poblano Chile seco promedio Col Ejotes Elote Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites)	Jitomate Lechuga Nopales Pepino Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli, coliflor, ejotes Verduras envasadas como chícharo, zanahoria, champiñones y ejotes Zanahoria
Leguminosas	Frijoles de la olla caseros Frijoles refritos caseros Frijoles envasados o de lata: de la olla Frijoles envasados o de lata: refritos	Lenteja, garbanzo, haba amarilla o alubia Haba, garbanzo o lenteja como botana
Agua	Agua sola	
Huevo	Huevo frito, estrellado o revuelto Huevo tibio o cocido	
Carnes no procesadas	Algún marisco (camarón, ostión, etc.) Atún y sardina (en tomate, agua o aceite) Carne de puerco Carne de res Carne de res seca (machaca)	Pescado fresco Pescado seco (charales, bacalao) Pollo (ala, patas) Pollo (higadito o molleja) Pollo (pierna, muslo, pechuga chica)
Lácteos	Leche sola Queso panela, fresco o cottage Quesos madurados (chihuahua, manchego, gouda, etc.) Yogurt de vaso bajo en grasa o light natural o con fruta	Yogurt de vaso entero con frutas Yogurt de vaso entero natural
Nueces y semillas	Nuez, almendra, avellana, cacahuates, semilla de calabaza(pepita) o de girasol, pistache, piñón, etc.	

Continúa/

/continuación.

Grupos no recomendables para consumo cotidiano		
Carnes procesadas	Longaniza o chorizo Salchicha de puerco, pavo o combinado, jamón de puerco o pavo o mortadela (incluyendo la cantidad promedio que forma parte de preparaciones como torta, sándwich y hot dog)	
Comida rápida y antojitos mexicanos	Antojitos con vegetales como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas (no tacos): fritos Antojitos con res, cerdo, pollo, vísceras, etc., como tacos, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, gorditas: fritos	Hamburguesa Hot dog Pizza Tamal (todo tipo)
Botanas, dulces y postres	Chocolate Postre lácteo o similar Dulce (caramelos, paletas) Dulces enchilados Frituras (todos tipos, incluyendo cacahuates japoneses) Frutas cristalizadas o secas Helado y paletas de leche Helado, nieves y paletas de agua	Frutas en almíbar Gelatina, flan Paletas y dulces de malvavisco Palomitas de maíz de microondas o del cine (todo tipo, excepto acarameladas) Pastel o pay
Cereales dulces	Barras de cereal Cereales de caja Donas y churros de panadería Galletas dulces (todo tipo)	Pan dulce (excepto donas y churros) Pastelillos y donas industrializadas
Bebidas endulzadas	Aguas de fruta natural con azúcar Atole de maíz con agua Bebidas o aguas de sabor industrializadas con azúcar Café con azúcar agregada, con o sin leche agregada (cualquier tipo de leche) Jugos naturales con azúcar Néctares de frutas o pulpa de frutas industrializados con azúcar Refresco normal Té con azúcar agregada	Bebida láctea con lactobacilos Atole de maíz con leche Leche con azúcar o chocolate agregados Leche preparada de sabor (chocolate u otro) Yogurt para beber entero con fruta Yogurt para beber entero natural

Para el análisis se consideraron los cuestionarios que presentaban información completa de alimentos y bebidas. Finalmente, se estimó el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos por grupo de edad con sus respectivos intervalos de confianza al 95 por ciento. El análisis estadístico consideró el diseño de la encuesta, con el módulo SVY del paquete estadístico Stata, versión 14.2.

Se analizó una muestra de 1 408 niños de 1 a 4 años que representan a 8 588 688 preescolares a nivel nacional. De los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano, el agua sola tuvo el mayor porcentaje de consumidores (86.8%), seguido del grupo de lácteos (65.4%) y frutas (53.9%). Cerca de la tercera parte de la población de preescolares consumió huevo y carnes no procesadas, mientras que

sólo 28% consumió verduras. Las leguminosas y las nueces y semillas presentaron el porcentaje de consumidores más bajo (15 y 1.3%, respectivamente).

En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables, las bebidas endulzadas fueron consumidas por cerca de 87% de los preescolares y 53% consumió botanas, dulces y postres. Por otra parte, alrededor de 40% consumió cereales dulces y poco más de 14% carnes procesadas. El menor porcentaje de consumidores se encontró en comida rápida y antojitos mexicanos fritos (4.9%) (cuadro 7.4.1).

Cuadro 7.4.1

Porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos de relevancia para la salud en población preescolar, a nivel nacional

Grupos de alimentos	Nacional			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	737	4 626.4	53.9	49.9,57.8
Verduras	379	2 400.3	28.0	24.8,31.3
Leguminosas	202	1 283.6	15.0	12.2,18.3
Agua	1 221	7 457.1	86.8	84.3,89
Huevo	514	3 268.4	38.1	34.3,42.0
Carnes no procesadas	482	3 068.2	35.7	32.4,39.2
Lácteos	902	5 616.1	65.4	61.8,68.8
Nueces y semillas	18	112.3	1.3	0.7,2.3
No recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	196	1 232.4	14.4	11.9,17.3
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	68	421.6	4.9	3.5,6.8
Botanas,dulces y postres	760	4 552.6	53.0	49.3,56.7
Cereales dulces	588	3 466	40.4	36.5,44.3
Bebidas endulzadas	1 221	7 457.1	86.8	84.3,89

n= 1 408 participantes entre 1 a 4 años que representan a 8 588 688 preescolares
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19,México

Los resultados del consumo de grupos de alimentos recomendables y no recomendables por tipo de localidad para los preescolares se presentan en el cuadro 7.4.2. A nivel general, se observó un mayor porcentaje de consumidores tanto de grupos de alimentos recomendables como no recomendables en localidades urbanas en comparación con las rurales, tal es el caso de los lácteos (54.5 vs. 69.2%), el huevo (28.3 vs. 41.5%) las carnes no procesadas (39.4 vs. 40.0%), las carnes procesadas (8.3 vs. 16.5%) y las comidas rápidas y antojitos mexicanos (1.6 vs. 6.1%). No obstante, las leguminosas se consumieron en mayor proporción en las localidades rurales en comparación con las urbanas (20.6 vs. 13.0%).

Cuadro 7.4.2

Porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos de relevancia para la salud en población preescolar, por tipo de localidad

	Rural				Urbano			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	201	1 157.6	52.2	43.8,60.5	536	3 468.8	54.5	49.9,59
Verduras	100	1 923.6	21.5	16.4,27.6	279	476.7	30.2	26.4,34.2
Leguminosas	77	457.8	20.6	13.7,29.8	125	825.8	13.0	10.3,16.3
Agua	351	1 976.6	89.1	83.6,92.9	870	5 480.5	86.0	83,88.6
Huevo	130	627.6	28.3	22.9,34.3	384	2 640.7	41.5	36.7,46.4
Carnes no procesadas	88	519.6	23.4	18.8,28.8	394	2 548.7	40.0	35.9,44.3
Lácteos	230	1 207.8	54.5	47.2,61.5	672	4 408.2	69.2	65.1,73
Nueces y semillas	5	27.4	1.2	0.4,3.6	13	85	1.3	0.7,2.6
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	41	184	8.3	5.4,12.6	155	1 048.4	16.5	13.3,20.2
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	12	34.7	1.6	0.8,3.2	56	386.9	6.1	4.3,8.6
Botanas,dulces y postres	205	1 120.4	50.5	44.1,56.9	555	3 432.2	53.9	49.4,58.3
Cereales dulces	153	856.8	38.6	30.8,47.1	435	2 609.2	41.0	36.6,45.4
Bebidas endulzadas	351	1 976.6	89.1	83.6,92.9	870	5 480.5	86.0	83,88.6

Tipo de localidad: Rural: n=396,N expandida=2 218 429; Urbana: n=1 012, N expandida=6 370 260 018
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

7.5 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en escolares

Siguiendo la metodología descrita en la sección 7.4, se analizó una muestra de 747 niños de 5 a 11 años que representan a 15 334 140 niños en edad escolar a nivel nacional. De los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano, el del agua sola tuvo el mayor porcentaje de consumidores (91.3%), seguido por el de lácteos (59.1%) y el de frutas (45.0%). Únicamente 2 de cada 10 niños escolares consumen verduras y leguminosas.

Por otro lado, en cuanto a grupos de alimentos no recomendables, 92.9% consumieron bebidas endulzadas. Además, se observó que más de 50% de los escolares consumieron botanas, dulces y postres y cereales dulces.

En general, el grupo de nueces y semillas y el de carnes procesadas fueron los grupos que tuvieron menor porcentaje de consumidores (2.5 y 16.3%, respectivamente) (cuadro 7.5.1).

Cuadro 7.5.1

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población escolar, a nivel nacional

	Nacional			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	338	6 896.4	45.0	39.6,50.5
Verduras	205	3 708.2	24.2	19.9,29.0
Leguminosas	160	3 685.5	24.0	19.7,29.0
Agua	675	13 995.8	91.3	88.3,93.5
Huevo	268	6 082.7	39.7	34.7,44.9
Carnes no procesadas	304	6 342.2	41.4	36.8,46.0
Lácteos	442	9 058.8	59.1	54.0,63.9
Nueces y semillas	14	377.1	2.5	1.3,4.7
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	115	2 499.1	16.3	13.0,20.3
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	105	2 088.3	13.6	10.1,18.1
Botanas,dulces y postres	392	7 897.8	51.5	46.7,56.3
Cereales dulces	399	8 177.3	53.3	47.8,58.8
Bebidas endulzadas	691	14 249.5	92.9	89.8,95.2

n= 747 participantes entre 5 y 11 años que representan a 15 334 140 escolares
N(miles)= Frecuencia/1 000
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el cuadro 7.5.2, se presentan los resultados para el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para hombres y mujeres en edad escolar. Las mujeres escolares tuvieron un mayor consumo de frutas, agua y carnes no procesadas, mientras que los hombres escolares tuvieron mayor consumo de verduras, leguminosas, huevo y lácteos. Por otro lado, los hombres escolares tienden hacia un mayor porcentaje de consumidores en todos los grupos de alimentos no recomendables.

Los resultados para el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables por tipo de localidad para niños en edad escolar (cuadro 7.5.3) muestran que, de manera general, el tipo de localidad urbano tiene un mayor porcentaje de consumidores de grupos de alimentos tanto recomendables como no recomendables, a excepción del grupo de leguminosas y bebidas endulzadas cuyo porcentaje de consumidores es mayor en localidades rurales (35.4 vs. 20.3% y 95.5 vs. 92.1%, respectivamente).

Cuadro 7.5.2

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población escolar, por sexo

Grupos de alimentos	Hombres				Mujeres			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	168	3 298.6	42.5	35.5,49.8	170	3 597.7	47.6	40.5,54.7
Verduras	106	2 018.2	26.0	19.6,33.6	99	1 690.0	22.3	17.0,28.8
Leguminosas	95	2 082.1	26.8	20.8,33.8	65	1 603.4	21.2	15.3,28.7
Agua	345	6 983.0	89.9	85.1,93.3	330	7 012.9	92.7	89.4,95.0
Huevo	139	3 256.8	41.9	34.9,49.3	129	2 825.8	37.4	30.5,44.7
Carnes no procesadas	153	3 075.8	39.6	33.2,46.4	151	3 266.4	43.2	35.9,50.8
Lácteos	223	4 626.6	59.6	53.3,65.5	219	4 432.1	58.6	50.6,66.1
Nueces y semillas	6	189.7	2.4	0.8,6.9	8	187.4	2.5	1.1,5.5
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	70	1 376.3	17.7	12.7,24.2	45	1 122.8	14.8	10.8,20.1
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	58	1 267.4	16.3	10.6,24.2	47	820.9	10.9	7.8,14.9
Botanas, dulces y postres	205	4 067.8	52.4	45.8,58.9	187	3 830.0	50.6	43.7,57.5
Cereales dulces	222	4 594.3	59.1	51.5,66.3	177	3 583.0	47.4	39.7,55.1
Bebidas endulzadas	358	7 444.3	95.8	92.1,97.8	333	6 805.2	90.0	84.5,93.6

Hombres: n=381 N expandida=7 769 304; Mujeres: n=366,N expandida=7 564 836,N(miles) = Frecuencia/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 7.5.3

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población escolar, por tipo de localidad

Grupos de alimentos	Rural				Urbano			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	105	1 522.2	40.0	30.9,49.8	233	5 374.2	46.6	40.1,53.3
Verduras	62	822.9	21.6	15.4,29.4	143	2 885.2	25.0	19.9,31.0
Leguminosas	62	1 348.7	35.4	25.8,46.4	98	2 336.8	20.3	15.7,25.8
Agua	197	3 249.1	85.4	77.2,91.0	478	10 746.7	93.2	90.0,95.5
Huevo	70	1 291.1	33.9	27.0,41.6	198	4 791.6	41.6	35.4,48.0
Carnes no procesadas	77	1 141.3	30.0	23.8,37.0	227	5 200.9	45.1	39.5,50.8
Lácteos	127	1 978.6	52.0	40.3,63.4	315	7 080.2	61.4	55.9,66.7
Nueces y semillas	2	57.3	1.5	0.3,7.5	12	319.8	2.8	1.4,5.6
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	27	448.9	11.8	7.0,19.3	88	2 050.2	17.8	13.7,22.7
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	28	430.4	11.3	6.5,19.0	77	1 657.9	14.4	10.2,20.0
Botanas, dulces y postres	116	1 654.6	43.5	35.4,52.0	276	6 243.2	54.2	48.4,59.8
Cereales dulces	112	1 723.0	45.3	34.5,56.5	287	6 454.4	56.0	49.6,62.2
Bebidas endulzadas	214	3 635.8	95.5	91.8,97.6	477	10 613.7	92.1	88.0,94.9

Tipo de localidad Rural: n=228,N expandida=3 806 143; Urbana: n=519,N expandida=11 527 997,N(miles)=Frecuencia/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Adolescentes

8.1 Estado de nutrición de adolescentes

Se obtuvo el peso y la talla (estatura) en adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200 kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La determinación de la talla (estatura) se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales.[1] Para el caso de la toma de mediciones en adolescentes si se llevó a cabo el ejercicio de estandarización antropométrica propuesto por Habicht.[2] Esto se realizó en pequeños grupos respetando las indicaciones de higiene y sana distancia dispuestos en el manual de riesgos para el personal de Ensanut.

Sobrepeso y Obesidad

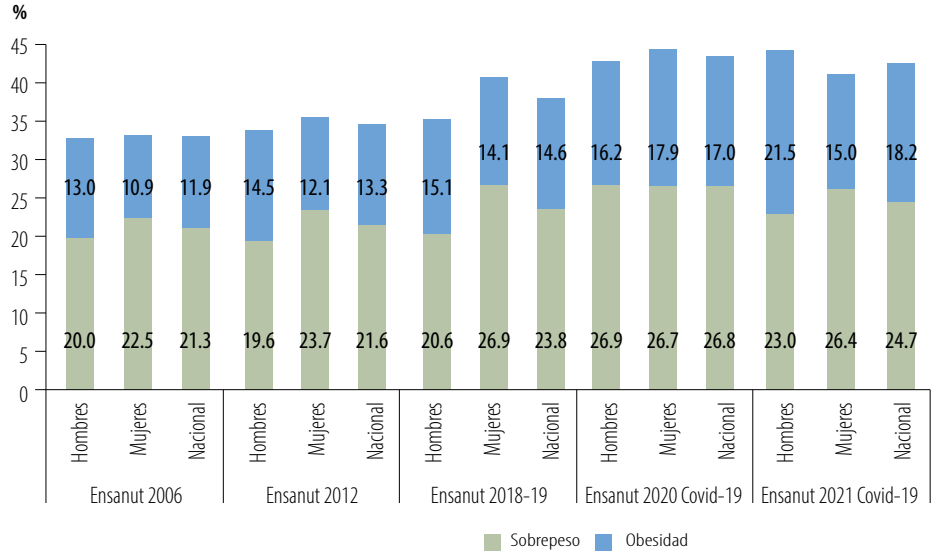
En la población de estudio de 12 a 19 años de edad se estimó el puntaje *z* del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de uno DE y con obesidad por arriba de dos DE utilizando el patrón de referencia de la OMS, 2007.[9]

Mujeres y hombres de 12 a 19 años

Se analizó la información de 2 230 adolescentes, que representan alrededor de 17 107 800 mujeres y hombres de 12 a 19 años. La prevalencia de sobrepeso en ambos sexos fue de 24.7%, y por sexo, se encontró que 26.4% de las adolescentes mujeres tienen sobrepeso, así como 23% de los adolescentes hombres. La prevalencia de obesidad en ambos sexos fue de 18.2%, donde 15% de las adolescentes mujeres tienen obesidad y 21.5% de hombres adolescentes presentan esta condición. Al realizar una comparación entre las prevalencias de sobrepeso y obesidad a lo largo de las encuestas anteriores, se observa una tendencia al alza en la categoría de obesidad principalmente en hombres adolescentes (figura 8.1.1).

Figura 8.1.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población adolescente de 12 a 19 años en la Ensanut 2006, 2012, 2018-19, 2020 y 2021, por sexo



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al analizar las prevalencias de sobrepeso por región de residencia de las y los adolescentes, se encontró que la región del Pacífico-Centro es la que presenta la prevalencia más elevada (29.5%). La región con la prevalencia de sobrepeso más baja fue Península (18.7%). Respecto a la prevalencia de obesidad por región en adolescentes, la región con más alta prevalencia de obesidad fue la Pacífico-Norte (32%), en esta misma región los hombres adolescentes presentaron la más elevada prevalencia de obesidad (43.5%). Sin embargo, en la región CDMX, las mujeres tenían mayor prevalencia de obesidad (24.5%). La prevalencia más baja de obesidad en el total de las y los adolescentes, fue en la región Pacífico-Centro (12.7%). Aunque, en la región Centro, con 12.1% de hombres adolescentes y, en la región Península con 11.6% de mujeres; fueron las más bajas prevalencias de obesidad, estratificando por sexo (cuadro 8.1.1).

Cuadro 8.1.1

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años, por región de residencia

Ensanut 2021 sobre Covid-19

Región		TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
		n muestra	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Pacífico-Norte	Hombres	133	807.3	17.7	11.2,26.9	43.5	32.0,55.8	61.3	47.8,73.2
	Mujeres	127	748.9	23.0	16.7,30.8	19.5	12.2,29.6	42.4	32.1,53.5
	Total	**260**	**1 556.2**	**20.2**	**15.4,26.2**	**32.0**	**24.7,40.2**	**52.2**	**43.4,60.9**
Frontera	Hombres	91	1 162.3	21.8	12.7,34.9	19.3	11.8,29.8	41.1	29.2,54.0
	Mujeres	70	914.3	27.0	18.1,38.3	17.7	8.7,32.4	44.7	30.4,59.8
	Total	**161**	**2 076.7**	**24.1**	**16.5,33.8**	**18.6**	**12.0,27.5**	**42.6**	**33.5,52.4**
Pacífico-Centro	Hombres	79	848.5	27.5	11.7,52.1	12.6	6.3,23.6	40.1	23.1,59.9
	Mujeres	94	1 046.7	31.1	18.6,47.1	12.8	5.5,27.0	43.9	31.0,57.6
	Total	**173**	**1 895.2**	**29.5**	**17.2,45.6**	**12.7**	**7.3,21.4**	**42.2**	**29.2,56.4**
Centro-Norte	Hombres	241	1 223.9	28.1	20.3,37.4	24.4	18.0,32.0	52.4	44.6,60.2
	Mujeres	255	1 202.6	26.0	19.6,33.7	14.7	9.4,22.3	40.7	33.2,48.7
	Total	**496**	**2 426.4**	**27.1**	**22.2,32.6**	**19.6**	**15.3,24.7**	**46.6**	**41.2,52.2**
Centro	Hombres	81	920.3	22.4	15.5,31.1	12.1	6.3,21.9	34.5	23.8,47.0
	Mujeres	78	843.4	25.1	12.0,45.1	14.5	6.8,28.4	39.6	23.2,58.7
	Total	**159**	**1 763.7**	**23.7**	**16.4,32.9**	**13.2**	**6.9,23.8**	**36.9**	**25.8,49.6**
CDMX	Hombres	100	518.6	19.5	12.5,29.2	24.4	16.0,35.6	44.0	35.0,53.3
	Mujeres	100	504.7	28.6	20.2,38.9	24.5	15.9,35.8	53.1	42.4,63.6
	Total	**200**	**1 023.3**	**24.0**	**18.5,30.5**	**24.5**	**18.1,32.2**	**48.5**	**41.5,55.5**
Estado de México	Hombres	144	1 158.8	22.7	15.7,31.6	19.5	13.4,27.4	42.2	33.9,50.9
	Mujeres	139	1 187.3	29.0	21.1,38.5	13.3	8.5,20.0	42.3	33.9,51.1
	Total	**283**	**2 346.1**	**25.9**	**20.8,31.7**	**16.3**	**12.6,20.9**	**42.2**	**37.3,47.2**
Pacífico-Sur	Hombres	117	1 066.6	25.0	18.0,33.5	20.0	13.1,29.4	45.0	35.1,55.3
	Mujeres	130	1 213.8	27.6	18.7,38.7	13.4	8.5,20.4	41.0	31.3,51.4
	Total	**247**	**2 280.4**	**26.4**	**20.0,33.9**	**16.5**	**11.1,23.9**	**42.9**	**34.7,51.4**
Península	Hombres	106	752.4	17.5	11.6,25.6	21.1	11.6,35.4	38.6	27.4,51.2
	Mujeres	145	987.5	19.5	14.4,25.9	11.6	7.0,18.8	31.2	22.8,40.9
	Total	**251**	**1 739.8**	**18.7**	**15.1,22.9**	**15.7**	**10.4,23.2**	**34.4**	**26.8,42.9**

N(miles)=Frecuencia/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 8.1.2

Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años, por edad y sexo

Ensanut 2021 sobre Covid-19

Edad	TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Hombres								
12	151	1 034.2	25.2	16.2,37.0	20.8	14.4,29.1	46.0	35.1,57.3
13	148	1 014.4	31.7	21.9,43.3	20.0	12.9,29.6	51.6	40.5,62.5
14	154	1 243.3	23.6	16.1,33.2	22.2	15.1,31.5	45.9	36.4,55.7
15	140	1 057.4	16.7	10.4,25.7	21.6	13.4,32.9	38.3	28.3,49.3
16	123	974.7	19.6	11.2,31.8	26.1	17.3,37.4	45.7	34.1,57.7
17	116	926.7	18.2	11.6,27.2	18.7	11.2,29.7	36.9	26.9,48.1
18	130	1 125.0	23.0	14.7,34.0	25.9	17.2,37.2	48.9	37.8,60.1
19	130	1 083.0	25.1	16.1,37.1	16.2	10.0,25.0	41.3	30.5,53.0
Total	**1 092**	**8 458.6**	**23.0**	**19.6,26.7**	**21.5**	**18.6,24.6**	**44.4**	**40.5,48.5**
Mujeres								
12	155	1 078.0	32.7	24.0,42.8	15.5	9.9,23.3	48.2	39.1,57.4
13	139	1 045.6	29.5	21.0,39.7	15.8	9.5,25.1	45.3	34.9,56.1
14	152	1 245.0	28.0	20.2,37.5	17.8	11.9,25.9	45.9	35.5,56.6
15	146	1 124.7	24.6	17.2,33.7	17.6	11.5,26.0	42.2	33.0,52.0
16	121	871.0	25.8	15.6,39.6	13.8	7.9,23.1	39.6	28.2,52.3
17	145	1 144.0	26.1	17.6,36.9	11.7	7.0,18.9	37.8	28.4,48.3
18	145	1 164.2	22.6	16.0,30.9	12.8	8.2,19.4	35.4	26.9,44.9
19	135	976.6	21.7	14.1,31.8	14.7	8.4,24.6	36.4	26.3,48.0
Total	**1 138**	**8 649.2**	**26.4**	**23.0,30.2**	**15.0**	**12.5,18.0**	**41.4**	**37.5,45.5**
Total								
12	306	2 112.3	29.0	22.8,36.2	18.1	13.7,23.4	47.1	40.0,54.3
13	287	2 060.0	30.5	23.7,38.3	17.9	12.8,24.3	48.4	40.4,56.5
14	306	2 488.3	25.8	20.2,32.4	20.0	14.7,26.6	45.9	38.4,53.6
15	306	2 488.3	25.8	20.2,32.4	20.0	14.7,26.6	45.9	38.4,53.6
16	244	1 845.7	22.5	15.7,31.2	20.3	14.6,27.6	42.8	34.9,51.2
17	261	2 070.7	22.6	16.6,30.0	14.8	10.2,21.0	37.4	30.1,45.3
18	275	2 289.1	22.8	17.5,29.0	19.3	13.9,26.1	42.0	35.2,49.2
19	265	2 059.6	23.5	17.2,31.3	15.5	10.9,21.5	39.0	31.4,47.2
Total	**2 230**	**1 7 107.8**	**24.7**	**22.1,27.5**	**18.2**	**16.1,20.5**	**42.9**	**39.9,46.0**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Al estratificar por edad a las y los adolescentes, las prevalencias de sobrepeso que se observaron más elevadas fueron en adolescentes de 12 y 13 años (29 y 30.5%, respectivamente). La más alta en hombres fue de 31.7% entre los de 13 años, mientras que la más alta en mujeres adolescentes (32.7%) fue en aquellas con 12 años. La prevalencia más baja de sobrepeso se encontró en las y los adolescentes con 16, 17 y 18 años (22.5, 22.6 y 22.8%). En hombres la más baja fue en aquellos con 15 años (16.7%) y en mujeres, las adolescentes de 19 años (21.7%). La prevalencia de obesidad más baja se ubicó en las y los adolescentes de 17 años (14.8%), mientras que la prevalencia de obesidad más elevada en adolescentes fue en aquellos con 14, 15 y 16 años de edad (20, 20 y 20.3%). (cuadro 8.1.2).

Al analizar los indicadores de sobrepeso y obesidad de acuerdo con el tipo de localidad en la que viven las y los adolescentes se encontró que, las localidades rurales tienen una prevalencia de sobrepeso de 24%, mientras que las localidades urbanas, tienen una prevalencia de sobrepeso en adolescentes de 24.9 por ciento. Los hombres de localidades urbanas tienen una prevalencia de sobrepeso de 22.6% (menor que en localidades rurales, 24.3%), sin embargo, las mujeres de localidades urbanas tienen mayor prevalencia de sobrepeso, comparadas con aquellas de localidades rurales (27.2 vs. 23.8%). Sobre la prevalencia de obesidad, también en las localidades urbanas tienen la prevalencia más alta en el total de adolescentes (19.3%), en hombres (23.1%) y en mujeres (15.6%) en comparación con las localidades rurales (cuadro 8.1.3).

Cuadro 8.1.3

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años, por tipo de localidad

Ensanut 2021 sobre Covid-19

TIPO DE LOCALIDAD		TOTAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SP + OB	
		n muestra	N(miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Rural	Hombres	291	1 976.9	24.3	18.5,31.2	16.1	11.2,22.5	40.3	33.6,47.5
	Mujeres	310	2 072.1	23.8	17.1,32.0	13.1	9.6,17.6	36.9	29.5,45.0
	Total	**601**	**4 049.0**	**24.0**	**19.7,28.9**	**14.6**	**11.5,18.3**	**38.6**	**33.4,44.1**
Urbana	Hombres	801	6 481.8	22.6	18.6,27.0	23.1	19.8,26.8	45.7	41.0,50.5
	Mujeres	828	6 577.1	27.2	23.4,31.5	15.6	12.5,19.3	42.9	38.4,47.5
	Total	**1 629**	**13 058.9**	**24.9**	**21.9,28.2**	**19.3**	**16.8,22.2**	**44.3**	**40.7,47.9**

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

8.2 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en adolescentes

Siguiendo la metodología descrita en la sección 7.4, se analizó una muestra de 641 adolescentes de 12 a 19 años que representan a 17 487 443 personas de ese rango de edad a nivel nacional. Los grupos de alimentos recomendables con mayor porcentaje de consumidores fueron agua (77.9%), carnes no procesadas (53.2%) y lácteos con 46.6 por ciento. Sólo uno de cada tres consume frutas y huevo y tan sólo uno de cada cuatro adolescentes consume verduras y leguminosas. Por el contrario, poco más de 9 de cada 10 adolescentes consumen bebidas endulzadas, porcentaje que es mayor al encontrado para agua sola. Las botanas dulces y postres, cereales dulces y comida rápida tienen porcentajes similares de consumidores que los lácteos; situación que no es deseable ni compatible con un estado de salud adecuado (cuadro 8.2.1). De manera general, se aprecian porcentajes de consumidores ligeramente mayores para los alimentos no recomendables que para los recomendables o de mayor calidad nutricional. Es de resaltar el bajo porcentaje de consumidores de nueces y semillas.

Cuadro 8.2.1

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adolescente

Grupos de alimentos	Nacional			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	230	5 377.0	30.7	25.9,36.0
Verduras	202	4 671.6	26.7	22.7,31.1
Leguminosas	132	4 050.5	23.2	18.5,28.6
Agua	512	13 618.3	77.9	72.4,82.5
Huevo	194	5 216.1	29.8	25.6,34.4
Carnes no procesadas	330	9 306.9	53.2	47.9,58.4
Lácteos	290	8 145.5	46.6	41.5,51.8
Nueces y semillas	14	302.6	1.7	0.8,3.8
No recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	133	3 427.4	19.6	15.8,24.1
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	206	6 070.5	34.7	30.0,39.7
Botanas, dulces y postres	279	7 079.1	40.5	35.1,46.1
Cereales dulces	272	7 428.6	42.5	37.3,47.8
Bebidas endulzadas	593	16 037.6	91.7	87.8,94.4

n= 641 participantes entre 12 a 19 años que representan a 17 487 443 adolescentes.
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 8.2.2

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adolescente, por sexo

Grupos de alimentos	Hombres				Mujeres			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	98	2 494.5	28.5	22.8,34.8	132	2 882.4	33.1	25.7,41.3
Verduras	96	2 383.0	27.2	21.3,34.0	106	2 288.6	26.2	20.1,33.5
Leguminosas	69	1 971.5	22.5	16.6,29.7	63	2 079.0	23.8	17.0,32.3
Agua	248	7 109.2	81.1	74.0,86.6	264	6 509.2	74.6	65.9,81.8
Huevo	97	2 672.8	30.5	24.0,37.9	97	2 543.3	29.2	23.0,36.2
Carnes no procesadas	164	4 935.6	56.3	48.7,63.6	166	4 371.3	50.1	41.9,58.3
Lácteos	143	4 025.6	45.9	38.3,53.7	147	4 119.9	47.2	40.1,54.5
Nueces y semillas	6	94.9	1.1	0.4,2.8	8	207.7	2.4	0.8,6.7
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	68	1 858.9	21.2	15.8,27.8	65	1 568.5	18.0	12.9,24.6
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	97	2 803.7	32.0	25.2,39.6	109	3 266.8	37.5	29.8,45.9
Botanas, dulces y postres	119	3 202.8	36.5	29.0,44.8	160	3 876.2	44.4	37.0,52.2
Cereales dulces	132	3 722.9	42.5	35.1,50.2	140	3 705.7	42.5	34.4,51.0
Bebidas endulzadas	279	8 048.4	91.8	86.2,95.2	314	7 989.2	91.6	85.5,95.3

Hombres: n=304 N expandida=8 766 408; Mujeres: n=337,N expandida=8 721 035
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En el cuadro 8.2.2 se muestran los porcentajes de consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables por sexo, sin que se encuentren diferencias entre hombres y mujeres.

En el cuadro 8.2.3 es posible apreciar que la proporción de la población adolescente residente de localidades urbanas es mayor que los residentes de localidades rurales para verduras (30.5 vs 14.1%), huevo (33.2 vs. 18.4%), comida rápida y antojitos mexicanos fritos (39.2 vs. 19.8%) y, botanas dulces y postres (45.0 vs. 25.4%).

Cuadro 8.2.3

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adolescente, por tipo de localidad

Grupos de alimentos	Rural				Urbano			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	68	1 384.8	34.5	23.6,47.3	162	3 992.2	29.6	24.4,35.4
Verduras	45	567.8	14.1	9.1,21.3	157	4 103.8	30.5	25.6,35.7
Leguminosas	45	1 177.4	29.3	20.7,39.8	87	2 873.1	21.3	16.0,27.8
Agua	132	2 947.0	73.4	58.2,84.5	380	10 671.3	79.2	73.5,84.0
Huevo	41	737.6	18.4	11.5,28.0	153	4 478.5	33.2	28.2,38.7
Carnes no procesadas	79	1 946.7	48.5	36.7,60.4	251	7 360.2	54.6	48.7,60.4
Lácteos	70	1 554.1	38.7	29.8,48.4	220	6 591.4	48.9	42.8,55.1
Nueces y semillas	6	62.7	1.6	0.6,4.2	8	239.8	1.8	0.7,4.6
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	27	604.2	15.0	8.6,25.1	106	2 823.2	21	16.5,26.2
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	41	794.1	19.8	12.8,29.3	165	5 276.4	39.2	33.5,45.2
Botanas, dulces y postres	63	1 021.5	25.4	18.4,34.1	216	6 057.6	45.0	38.3,51.9
Cereales dulces	62	1 383.7	34.5	26.1,43.9	210	6 044.9	44.9	38.7,51.2
Bebidas endulzadas	153	3 626.3	90.3	79.7,95.7	440	12 411.3	92.1	87.7,95.1

Tipo de localidad Rural: n=168, N expandida=4 015 550; Urbana: n=473, N expandida=13 471 893
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Adultos

9.1 Sobrepeso y obesidad en adultos

La prevalencia de sobrepeso obesidad ha incrementado a nivel mundial en las últimas tres décadas, afectando a dos de cada tres adultos.[10] En el año 2015 10.8% de todas las muertes en el mundo se atribuyeron a exceso de peso y en el año 2016 esta cifra incrementó a 12.3 por ciento.[11]

En México, se ha documentado que en las últimas dos décadas, algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad[12,13] contribuyen a un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población.[14] Debido a esto, actualmente la obesidad es considerada uno de los principales problemas de salud pública en el país.[15]

Para evaluar el estado nutricio en adultos de 20 o más años de edad, se calculó el índice de masa corporal (IMC) y se clasificó de acuerdo con los criterios de la OMS: normal (de 18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (de 25.0 a 29.9 kg/m^2) y obesidad (≥30.0 kg/m^2).[16] En el análisis estadístico sólo se incluyeron los valores de IMC entre 10 y 58 kg/m^2 y valores de talla ≥1.30 m. Las mujeres embarazadas fueron excluidas del análisis. Para las tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad, se usaron los datos de la Ensanut 2012 y Ensanut 2021.

Para evaluar el estado nutricio de los adultos de 20 o más años de edad, se utilizó la información de antropometría de 9 287 participantes. De esta muestra se eliminaron del análisis 78 mujeres embarazadas, nueve casos con talla <130 cm y 11 casos con IMC >59 kg/m^2. La muestra analizada al final fue de 8 937 registros que representan a 81 938 831 adultos de 20 o más años de edad.

En el cuadro 9.1.1 se muestra que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC ≥25 kg/m^2) fue de 75.0% en mujeres, y 69.6% en hombres. Al comparar sólo la prevalencia de obesidad, ésta fue 22.6% más alta en mujeres (41.1%) que en hombres (31.8%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue 10.3% mayor en hombres (37.8%) que en mujeres (33.9%).

En la figura 9.1.1 se muestra un comparativo de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el periodo 2012 a 2021. La prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad (IMC ≥25 kg/m^2) en este periodo aumentó 0.2% en los hombres, y 2.7% en las mujeres. Al comparar sólo obesidad, se observa que en los hombres hubo un incremento de 18.6% entre el año 2012 (26.8%) y 2021 (31.8%); mientras que en las mujeres el incremento fue de 9.6% en el periodo 2012 (37.5%) a 2020 (41.1%).

Cuadro 9.1.1

Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en hombres y mujeres adultos, categorizando por grupos de edad

Hombres

Edad en años	Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	n muestra	N (miles)	Expansión		n muestra	N (miles)	Expansión		n muestra	N (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	294	3 851.8	40.6	36.2,45.1	241	3 023.9	31.8	27.4,36.6	206	2 453.1	25.8	22.0,30.1
30 a 39	150	2 055.4	23.3	19.0,28.2	263	3 234.4	36.6	32.1,41.4	244	3 498.4	39.6	34.3,45.1
40 a 49	127	1 873.8	23	18.7,27.9	255	3 285.3	40.4	35.5,45.5	227	2 892.1	35.5	30.7,40.6
50 a 59	117	1 062.3	22.9	18.2,28.4	227	1 822.4	39.3	33.7,45.1	212	1 716.8	37.0	31.8,42.5
60 a 69	114	1 160.7	26.8	21.9,32.4	222	1 938.1	44.7	39.3,50.3	125	1 229.3	28.4	23.1,34.3
70 a 79	87	1 012.3	37.4	29.3,46.2	118	1 127.4	41.6	32.9,50.9	58	525.8	19.4	14.0,26.3
80 o más	44	389.1	48.2	34.1,62.5	33	300.3	37.2	24.3,52.1	9	90.1	11.1	4.5,24.9
Total	**933**	**11 405.3**	**29.3**	**27.4,31.3**	**1 359**	**14 731.8**	**37.8**	**35.6,40.1**	**1 081**	**12 405.6**	**31.8**	**29.7,34.1**

Continúa/

/continuación.

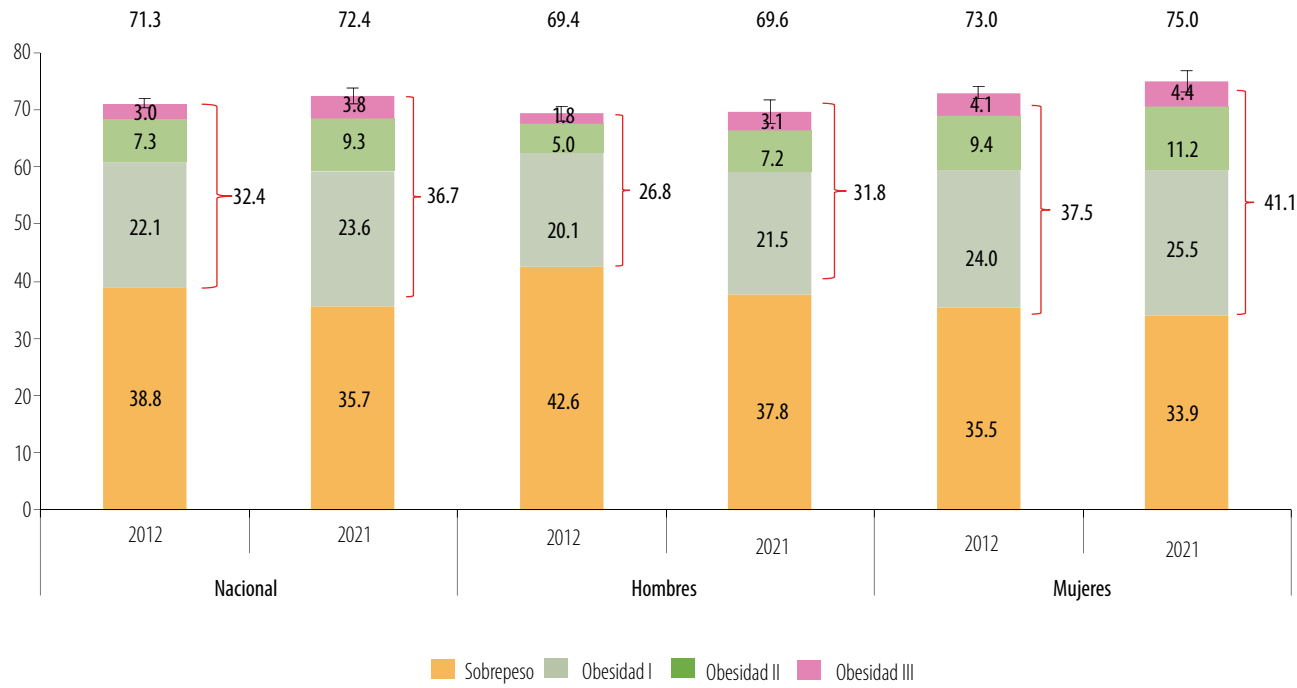
Mujeres

Edad en años	Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	n muestra	N (miles)	Expansión		n muestra	N (miles)	Expansión		n muestra	N (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%			%	IC95%
20 a 29	363	3 726.9	38.4	34.0,43.0	323	2 852.7	29.4	25.4,33.7	287	2 595.2	26.7	23.1,30.7
30 a 39	240	2 531.9	25	21.3,29.2	381	3 264.0	32.3	28.5,36.3	493	4 218.5	41.7	37.7,45.8
40 a 49	151	1 110.7	12.8	10.3,15.7	442	3 237.0	37.2	33.6,40.9	661	4 321.7	49.6	45.9,53.4
50 a 59	139	972.4	13.8	10.9,17.4	307	2 495.0	35.5	31.0,40.2	504	3 523.5	50.1	44.9,55.3
60 a 69	101	791.0	17.4	13.1,22.6	256	1 617.5	35.5	30.5,40.8	342	2 015.6	44.2	38.4,50.2
70 a 79	64	467.5	21.8	15.7,29.6	141	775.5	36.2	28.6,44.6	140	860.3	40.2	33.8,46.9
80 o más	44	269.6	37.4	24.0,53.1	41	308.8	42.8	26.7,60.7	26	130.5	18.1	10.3,29.8
Total	**1 102**	**9 870.0**	**23**	**21.2,24.8**	**1 891**	**14 550.5**	**33.9**	**32.1,35.7**	**2 453**	**17 665.3**	**41.1**	**39.1,43.1**

N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 9.1.1

Comparación de las categorías de IMC* en hombres y mujeres con 20 años o más de edad Ensanut 2012 y 2021

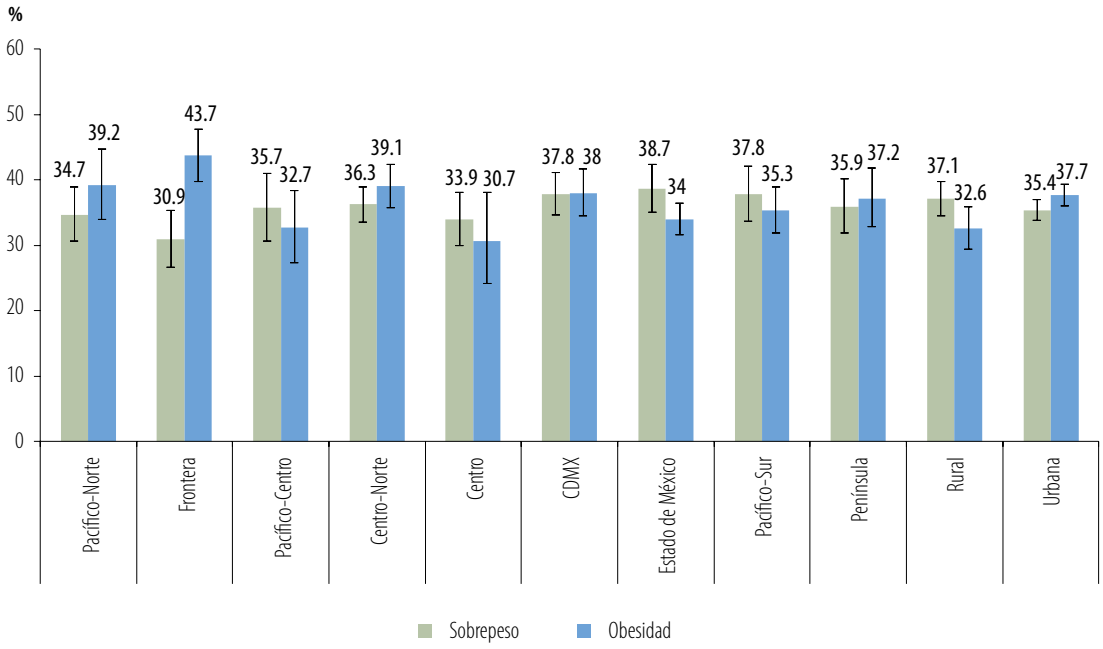


*Clasificación del índice de masa corporal: normal (de 18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (de 25.0 a 29.9 kg/m^2), obesidad grado I (de 30.0 a 34.9 kg/m^2), obesidad grado II o severa (de 35.0 a 39.9 kg/m^2) y obesidad grado III o mórbida (≥ 40.0 kg/m^2).
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En la figura 9.1.2 se muestran las prevalencias de sobrepeso y obesidad por región y tipo de localidad. Se observa que la mayor prevalencia de sobrepeso se encontró en las regiones Estado de México (38.7%), CDMX (37.8%) y Pacífico-Sur (37.8%); mientras que la mayor prevalencia de obesidad se observó en Frontera (43.7%) y Pacífico-Norte (39.2%). En la comparación entre localidades, la prevalencia de obesidad fue mayor en localidad urbana (37.7%) que en la localidad rural (32.6%).

Figura 9.1.2

Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en adultos con 20 años o más de edad, categorizando por región del país y tipo de localidad



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En la figura 9.1.3 se muestran la tendencia del sobrepeso y obesidad en mujeres durante el periodo 1988 a 2021 en México. En este periodo, la prevalencia aumentó de 34.5% en el año 1988, a 71.8% en el año 2021. En cuanto al sobrepeso, el crecimiento fue notable de 1988 (25.0%) a 1999 (36.0%), desde entonces se ha mantenido sin cambios hasta 2019 (35.2%). La prevalencia de obesidad aumentó de manera significativa ($p>0.05$) entre el año 1988 (9.5%) y el año 1999 (26.0%).

Figura 9.1.3

Comparación de las prevalencias de sobrepeso y obesidad* en mujeres de 20 a 49 años de edad, participantes en la ENN 88, ENN 99, Ensanut 2006, 2012, 2020 y 2021

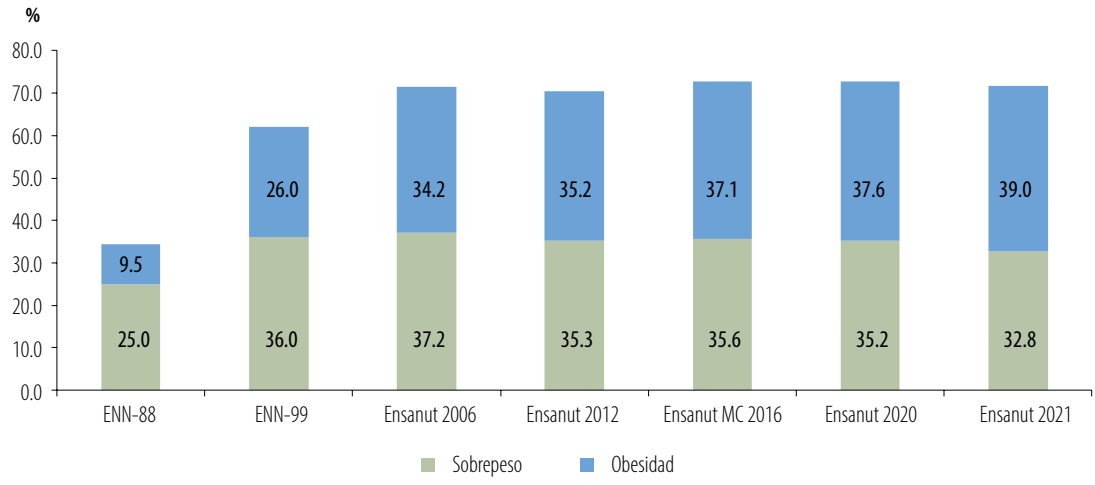
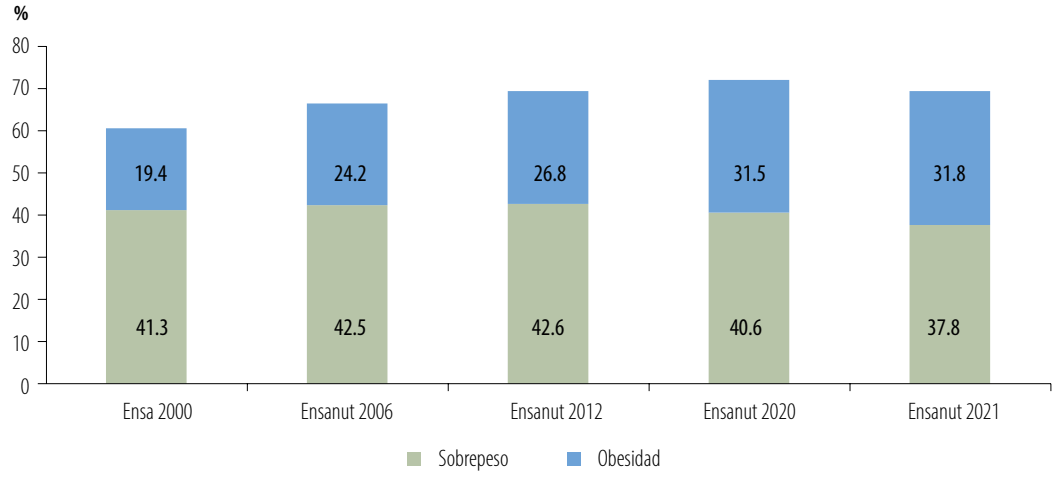


Figura 9.1.4

Comparación de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en hombres de 20 años o más, participantes en la Ensa 2000, Ensanut 2006, Ensanut 2012, Ensanut 2020 y Ensanut 2021



Fuente: ENN-88, ENN-99, Ensanut 2006, Ensanut 2012, Ensanut 2020 sobre Covid-19 y Ensanut 2021 sobre Covid-19.
Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m^2 y obesidad ≥30 kg/m^2.

9.2 Tensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica producida por factores genéticos, una mayor edad, la ingesta excesiva de sodio, fumar, inactividad física y enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemias y la diabetes.[17,18]

Una elevación de dos mmHg en la tensión arterial sistólica (TAS) se asocia con un aumento de 7% con el riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica y 10% en el riesgo de mortalidad por accidente cerebrovascular, por lo que la HTA es considerada como un importante factor de riesgo de infarto al miocardio, ictus isquémico y hemorrágico, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte prematura.[19]

La HTA causa anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo y contribuye a 12.8% de la mortalidad por todas las causas.[20] En las pasadas dos décadas, la HTA se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México, y en los pasados seis años la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9 por ciento.[21] Esto ubicó a la HTA, en el año 2015, como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles.[22,23]

A pesar de la alta prevalencia de HTA a nivel global, un alto porcentaje de la población desconoce que tiene hipertensión y su control es deficiente.

La medición de la tensión arterial (TA) se realizó utilizando el esfigmomanómetro digital Omron HEM907 XL, siguiendo el protocolo recomendado por la American Heart Association.[24]

Para el análisis de la información se consideraron como datos válidos los valores de tensión arterial sistólica (TAS) ≥80 mmHg y de tensión arterial diastólica (TAD) ≥50 mmHg. Se clasificó como normotensos a los adultos con TAS <140 mmHg y TAD <90 mmHg; y como hipertensos a quienes reportaron haber recibido previamente el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), o presentaban TAS ≥140 mmHg o TAD ≥90 mmHg.

Del total de participantes (n=8 937), 990 adultos no tenían información de diagnóstico previo. Se eliminaron 60 casos sin información de TA y 24 casos por tener valores biológicamente implausibles (<50 mmHg de TAD).

Se analizaron los datos de tensión arterial de 7 863 adultos con 20 o más años de edad, que representaron a 69 542 876 adultos mexicanos.

En el cuadro 9.2.1 se muestra la prevalencia de hipertensión arterial por sexo, grupos de edad y tipo de diagnóstico. Se observa que la prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo durante la encuesta fue de 8.3% (IC95% 7.3, 9.4) en mujeres y 14.7% (IC95% 12.8, 16.7) en hombres. La prevalencia de hipertensión arterial (diagnóstico médico previo + hallazgo durante la encuesta) en la población total fue de 28.2% (IC95% 26.7, 29.7).

Cuadro 9.2.1

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos con 20 o más años, categorizando por sexo, grupos de edad y tipo de diagnóstico

Mujeres

Edad en años	Hallazgo en la encuesta				Diagnóstico médico previo			
	Expansión				Expansión			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
20 a 29	22	259.1	3.1	1.8,5.1	19	179.7	2.1	1.2,3.7
30 a 39	41	355.9	4.1	2.6,6.4	61	496.6	5.7	3.9,8.0
40 a 49	104	705.4	8.9	7.0,11.3	188	1 292.9	16.3	13.7,19.3
50 a 59	103	745.7	11.6	8.7,15.2	253	1 932.1	30	26.1,34.3
60 a 69	93	638.9	15.1	11.7,19.3	303	1 772.0	41.9	36.8,47.2
70 a 79	53	391.4	19.6	13.5,27.4	174	1 037.4	51.8	42.2,61.3
80 o más	17	73.0	14.5	8.0,24.9	42	209.8	41.7	29.0,55.7
Total	**433**	**3 169.5**	**8.3**	**7.3,9.4**	**1 040**	**6 920.5**	**18.1**	**16.7,19.5**

Hombres

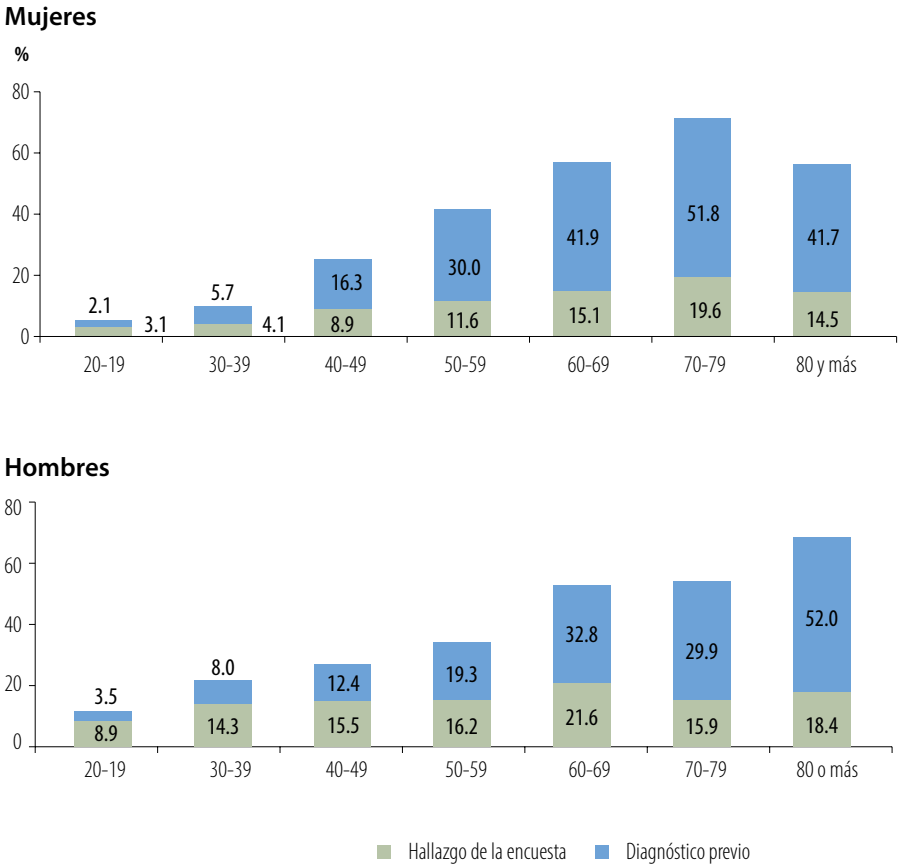
Edad en años	Hallazgo en la encuesta				Diagnóstico médico previo			
	Expansión				Expansión			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
20 a 29	53	632.3	8.9	6.3,12.5	20	249.1	3.5	2.1,5.9
30 a 39	78	958.9	14.3	10.1,19.9	40	535.9	8	5.4,11.7
40 a 49	70	1 011.0	15.5	11.8,20.1	65	808.9	12.4	9.0,16.7
50 a 59	72	633.8	16.2	11.9,21.7	97	756.1	19.3	15.0,24.6
60 a 69	90	822.0	21.6	16.6,27.5	123	1 249.6	32.8	27.0,39.2
70 a 79	48	394.6	15.9	9.8,24.7	98	992.4	39.9	31.7,48.7
80 o más	18	120.6	18.4	10.6,29.9	31	341.5	52	37.0,66.6
Total	**429**	**4 573.2**	**14.7**	**12.8,16.7**	**474**	**4 933.6**	**15.8**	**14.2,17.6**

Hallazgo en la encuesta: son los adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión
Diagnóstico médico previo: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la encuesta
N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021, México

En la figura 9.2.1 se muestra la prevalencia de hipertensión arterial categorizando por sexo y grupos de edad. Ahí se observa que la prevalencia de hipertensión arterial es más alta en hombres que en mujeres; y que incrementa en ambos sexos entre el grupo de edad de 20 a 29 y 70 a 79 años.

■ **Figura 9.2.1**

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos con 20 o más años, categorizando por tipo de diagnóstico, * sexo y grupo de edad

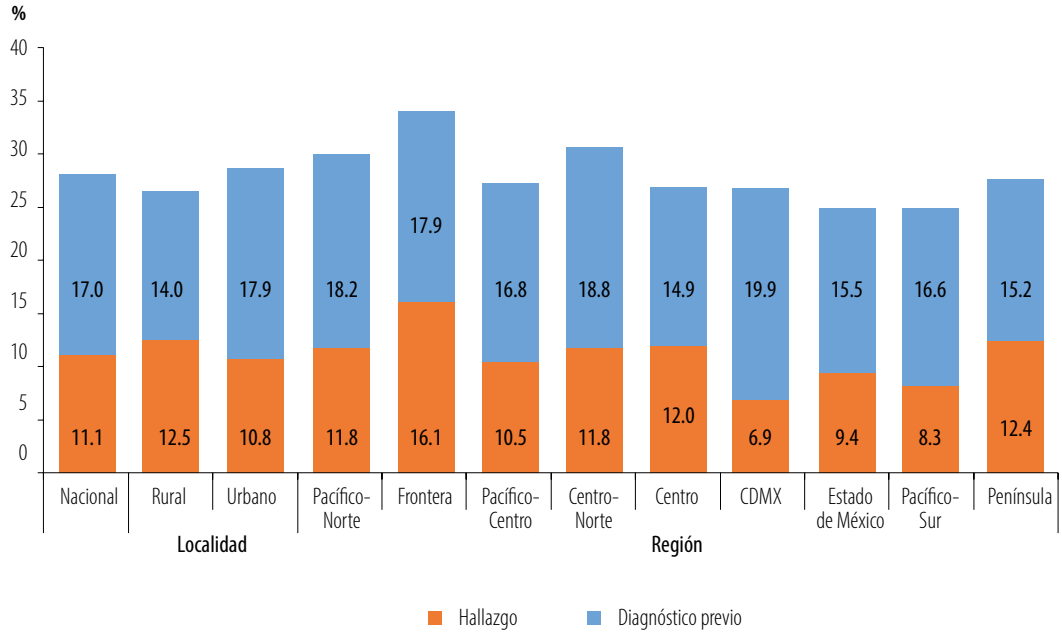


*Hallazgo en la encuesta: son los adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión. Diagnóstico médico previo: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la encuesta
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

La figura 9.2.2 muestra la prevalencia de hipertensión arterial a nivel nacional, por tipo de localidad y por región. En ella se observa que en adultos mexicanos con 20 o más años de edad, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 28.7% en la localidad urbana y de 26.5% en la localidad rural. Al categorizar por región, la mayor prevalencia de hipertensión arterial se encontró en el Pacífico-Norte (30.0%) y Frontera (34.0%), mientras que la prevalencia más baja se observó en el Pacífico-Sur (24.9%) y Estado de México (24.9%).

Figura 9.2.2

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos con 20 o más años,categorizando tipo de diagnóstico,* localidad y región



* Hallazgo en la encuesta: son los adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión. Diagnóstico médico previo: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la encuesta.
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

9.3 Etiquetado de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas

El sistema de etiquetado frontal de advertencia en alimentos empacados y bebidas embotelladas es una estrategia de salud pública que permite que la mayor parte de la población pueda realizar elecciones más saludables a partir de identificar la calidad nutrimental de un producto (figura A). Los productos industrializados con contenidos excesivos en energía, nutrientes críticos (azúcares libres, grasas saturadas, grasas trans y sodio) y que contengan otros aditivos como edulcorantes o cafeína deben utilizar este etiquetado.

A diferencia de otros países que cuentan con un sistema de etiquetado frontal de advertencia, México incorporó un sistema frontal de sellos numéricos que están presentes en productos con empaques pequeños (≤40 cm^2) y estos expresan la cantidad

de excesos. El principio de su interpretación es igual que los sellos de advertencia, en el que, una mayor cantidad de sellos reportada en la etiqueta representa un mayor contenido de nutrientes críticos y, por ende, son productos menos saludables.

Descripción del cuestionario

El cuestionario de etiquetado está compuesto por 33 preguntas. La primera está relacionada con el conocimiento que tiene la población sobre la cantidad de calorías que debe consumir una persona al día. Posteriormente, se realizan preguntas relacionadas con el etiquetado frontal de advertencia y su uso para identificar la calidad nutrimental de un producto, el tipo de etiquetas que utilizan al momento de la compra (figura B) y su opinión sobre esta medida de salud pública.

Para la aplicación de este cuestionario, fue necesario mostrar a las personas entrevistadas algunas figuras a manera de ejemplos. En ocasiones, se requirió mostrar la misma imagen para distintas preguntas, como la figura A.

■ **Figura A**

Etiquetado frontal de advertencia utilizado en México

■ **Figura B**

Tipos de etiquetas que pueden estar presentes en los alimentos empacados y bebidas embotelladas

1.	2.	3.	4.	5. Lista de ingredientes
	"Reducido en sodio" **"Bajo en grasas"** **"Alto en fibra"** **"Sin azúcar"** **"Adicionado con vitaminas y minerales"**		**"Avalado por la Asociación médica de cardiólogos"** **"Avalado por los nutriólogos por la salud"** **"Avalado por ..."**	

A las y los entrevistados se les mostró una serie de productos que incluyen el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos (figura C) y se les solicitó que determinarán la calidad del producto de acuerdo con la información del empaque.

Figura C

Imágenes de empaques con el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos

Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México
Ilustración: Emili Sue Andrade T.

Por último, para conocer con qué información de la etiqueta, las y los entrevistados, asocian el consumo de un producto con daños a la salud, utilizando la figura D se les preguntó si un refresco de cola tiene exceso de calorías, nutrientes críticos o contiene aditivos dañinos para la salud.

Figura D

Sistema de etiquetado frontal de advertencia de un refresco de cola

Se entrevistó a 8 811 personas de 20 años y más, al aplicar los factores de expansión, representaron a un total de 84 829 009 adultos a nivel nacional, de los cuales, 53.2% fueron mujeres. En esta ocasión, se encontró que 6.5% de las y los entrevistados no saben leer.

En el cuadro 9.3.1 se presenta la proporción de la población que conoce la cantidad de calorías que debe consumir en promedio una persona sana al día, considerando alguien de la misma edad y sexo que la o el entrevistado. Los resultados muestran que, a nivel nacional, 69.9% (IC95% 68.2, 71.7) de la población no sabe o no responde cuántas calorías debe consumir una persona con características similares a las suyas, considerando la edad y sexo. El porcentaje de personas que no sabe o no responde, fue mayor en localidades rurales (83.7%; IC95% 80, 86.8) comparado con la respuesta en localidades urbanas (66.5%; IC95% 64.5, 68.4).

Cuadro 9.3.1

Proporción de personas que conocen la cantidad de calorías que deben consumir en promedio al día, a nivel nacional y por localidad

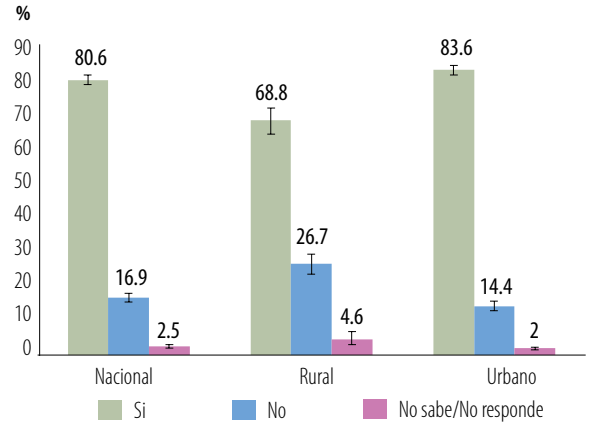
	Cantidad de calorías	n muestra	N Expandida	%	IC95%
Total	Menos de 500 calorías	1 043	9 690 290	11.4	10.4,12.5
	De 500 a 1 000 calorías	336	3 192 351	3.8	3.2,4.5
	De 1 001 a 1 500 calorías	416	4 360 789	5.1	4.5,5.9
	De 1 501 a 2 000 calorías	447	5 317 026	6.3	5.4,7.2
	De 2 001 a 3 000 calorías	229	2 582 060	3.0	2.5,3.6
	De 3 001 a 4 000 calorías	15	141 965	0.2	0.1,0.3
	Más de 4 000 calorías	20	220 827	0.3	0.1,0.5
	No sabe / No responde	6 305	59 323 702	69.9	68.2,71.7
Rural (<2 500 Hab)	Menos de 500 calorías	196	1 471 282	8.6	7.0,10.6
	De 500 a 1 000 calorías	44	240 549	1.4	1.0,2.1
	De 1 001 a 1 500 calorías	25	211 696	1.2	0.7,2.1
	De 1 501 a 2 000 calorías	56	574 896	3.4	1.8,6.3
	De 2 001 a 3 000 calorías	25	267 596	1.6	0.8,2.9
	De 3 001 a 4 000 calorías	1	12 261	0.1	0.0,0.5
	Más de 4 000 calorías	0	0	0.0	0
	No sabe / No responde	1 721	14 232 387	83.7	80.0,86.8
Urbano (>2 500 Hab)	Menos de 500 calorías	847	8 219 009	12.1	11.0,13.4
	De 500 a 1 000 calorías	292	2 951 802	4.4	3.6,5.2
	De 1 001 a 1 500 calorías	391	4 149 093	6.1	5.3,7.0
	De 1 501 a 2 000 calorías	391	4 742 129	7.0	6.1,8.0
	De 2 001 a 3 000 calorías	204	2 314 463	3.4	2.8,4.1
	De 3 001 a 4 000 calorías	14	129 704	0.2	0.1,0.4
	Más de 4 000 calorías	20	220 827	0.3	0.2,0.6
	No sabe / No responde	4 584	45 091 314	66.5	64.5,68.4

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

A nivel nacional, 80.6% (IC95% 79.1, 82.0) de las y los entrevistados reportaron saber que los alimentos empacados y bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutrimental (figura 9.3.1) y 89.4% (IC95%, 88.4, 90.4) ha visto el sistema de etiquetado de advertencia; el porcentaje de personas que reportó haberlo visto fue menor en localidades rurales (82.6%; IC95% 80.0, 85.0) en comparación con localidades urbanas (91.1%; IC95% 90, 92.1) (figura 9.3.2). El lugar en el que principalmente han visto los sellos de advertencia es en el empaque de alimentos y bebidas (98.2%; IC95% 97.8, 98.6) (figura 9.3.3).

Figura 9.3.1

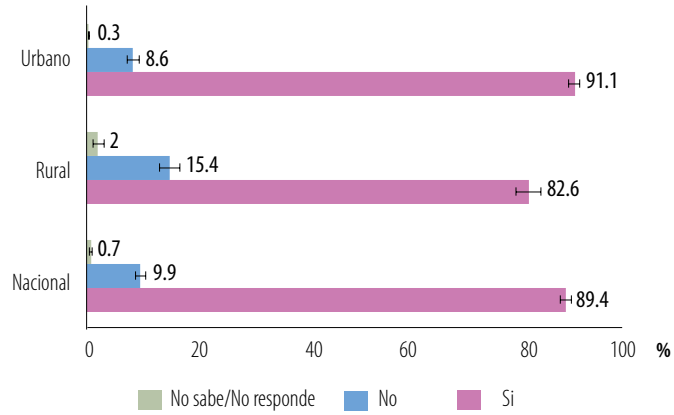
Porcentaje de la población que sabe que los alimentos empacados y las bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutrimental



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 9.3.2

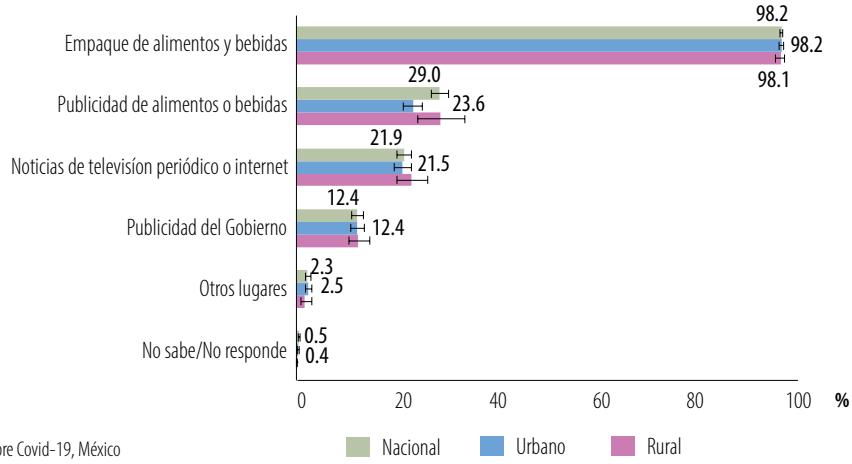
Porcentaje de la población que ha visto el sistema de etiquetado de advertencia



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 9.3.3

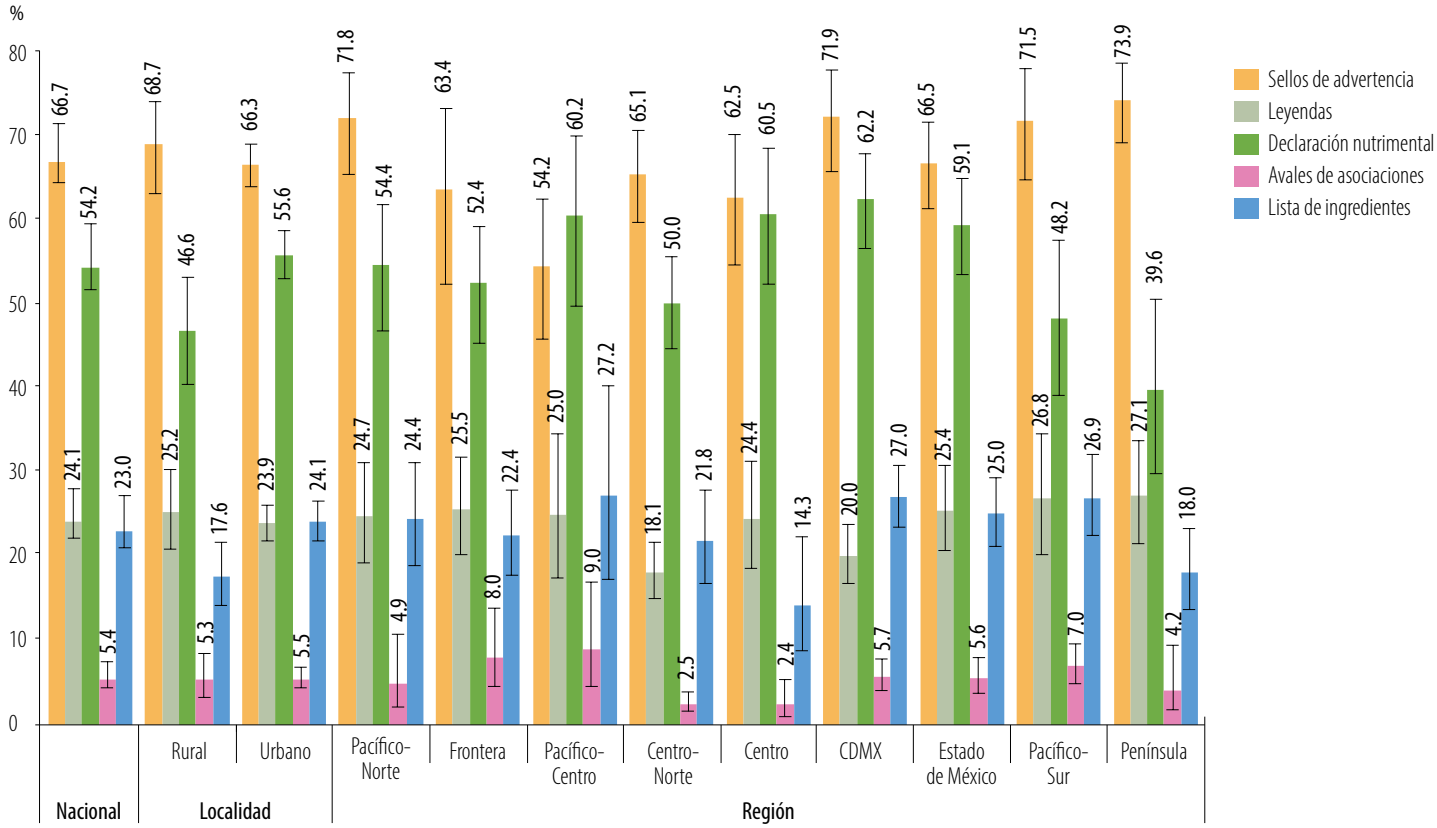
Lugar en el que la población ha visto el sistema de etiquetado de advertencia



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 9.3.4

Tipo de etiqueta que lee la población al momento de comprar alimentos empacados y bebidas embotelladas



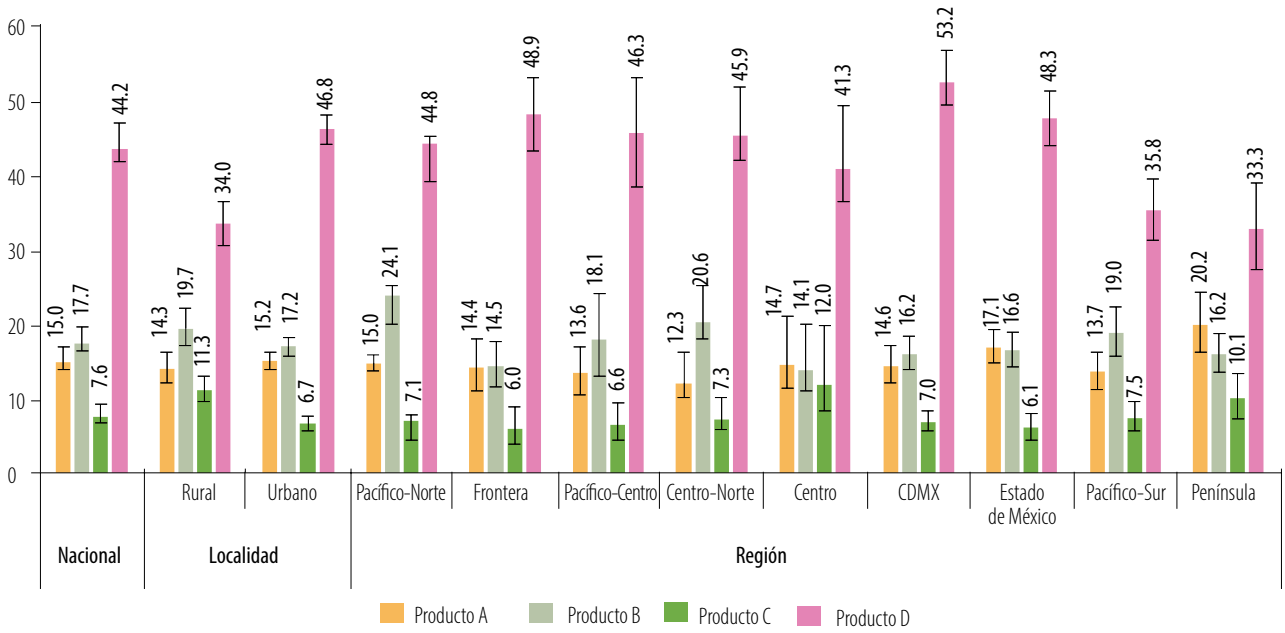
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

En promedio, a nivel nacional, el porcentaje de personas que reportaron leer la información nutrimental de los alimentos empacados y bebidas embotelladas fue de 43.5% (IC95% 41.7, 45.4); esta cifra no es comparable con encuestas previas por diferencias en el diseño del cuestionario. De los tipos de etiquetas que la población lee al comprar productos industrializados, el sistema de etiquetado frontal de advertencia fue el más leído (66.7%; IC95% 64.3, 69.0). Su uso varía entre las regiones del país; siendo la Península en la que se utiliza en mayor proporción y en el Pacífico-Centro donde su uso es menor (figura 9.3.4).

Los resultados de la evaluación de la calidad del producto, usando el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos muestran que, 44.2% (IC95% 42.5, 45.9) de la población a nivel nacional identificó correctamente el producto menos saludable con esta información (figura 9.3.5). La identificación del producto D como menos saludable fue mayor en localidades urbanas (46.8%; IC95% 44.8, 48.7) en comparación con las rurales (34.0%; IC95% 31.0, 37.0). En la CDMX, comparado con otras regiones del país, fue mayor la proporción de personas que identificaron el producto D como menos saludable (53.2%; IC95% 49.3, 57.0).

Figura 9.3.5

Porcentaje de la población que identifica correctamente a los productos menos saludables en empaques que muestran sellos de advertencia numéricos



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Considerando la información que tiene el sistema de etiquetado frontal de advertencia, en promedio, a nivel nacional 82.3% (IC95% 81.2, 83.4) de la población identificó que un refresco de cola contiene exceso de azúcares, 22.4% (IC95% 21.1, 23.8) señalaron que el producto contiene cafeína y 21.6% (IC95% 20.3, 22.9) indicó que tiene exceso de calorías (cuadro 9.3.2).

Cuadro 9.3.2

Porcentaje de la población que identificó en la etiqueta de un refresco de cola el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de aditivos asociados con daños a la salud a nivel nacional, rural y urbano

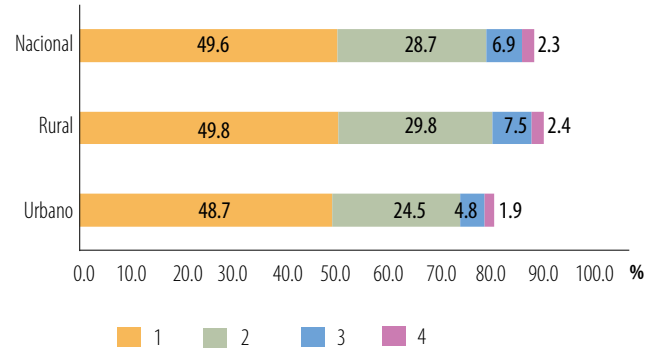
Característica	Nivel	n muestra	N Expandida	%	IC95%
No	Nacional	232	2 637 461	3.1	2.6,3.7
	Rural	72	756 384	4.4	3.0,6.6
	Urbano	160	1 881 077	2.8	2.3,3.4
Sí, tiene exceso de calorías	Nacional	1 853	772 340	21.6	20.3,22.9
	Rural	344	2 886 758	17.0	14.34,19.97
	Urbano	1 509	15 406 834	22.7	21.3,24.2
Sí, tiene exceso de azúcares	Nacional	7 159	69 798 857	82.3	81.2,83.4
	Rural	330	12 415 188	73.0	69.8,76.0
	Urbano	528	57 383 669	84.6	83.5,85.7
Sí, tiene exceso de grasas saturadas y/o trans	Nacional	76	723 736	0.9	0.6,1.2
	Rural	12	149 625	0.9	0.3,2.2
	Urbano	64	574 111	0.8	0.6,1.2
Sí, tiene exceso de sodio	Nacional	244	2 302 192	2.7	2.2,3.3
	Rural	32	332 716	2.0	1.2,3.2
	Urbano	212	1 969 477	2.9	2.4,3.5
Sí, contiene cafeína	Nacional	1 976	18 997 054	22.4	21.1,23.8
	Rural	432	3 784 622	22.3	19.3,25.5
	Urbano	1 544	15 212 432	22.4	21.0,24.0
Sí, contiene edulcorantes	Nacional	996	10 024 937	11.8	10.8,12.9
	Rural	154	1 413 696	8.3	6.3,10.9
	Urbano	842	8 611 240	12.7	11.6,13.9
No sabe / no responde	Nacional	858	7 145 262	8.4	7.6,9.3
	Rural	330	2 490 379	14.6	12.4,17.3
	Urbano	528	4 654 883	6.9	6.0,7.8

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Asimismo, utilizando el ejemplo del refresco de cola, a nivel nacional 87.5% refirieron que al menos un elemento o nutriente del producto puede provocar daños a la salud. De acuerdo con la información del sistema de etiquetado frontal de advertencia y/o leyendas precautorias de la imagen mostrada, 49.6% indicaron un elemento o nutriente, 28.7% dos y 6.9% tres (figura 9.3.6). En cuanto al consumo de este producto, 79.2% (IC95% 77.8, 80.5) respondieron que no le darían este producto a una niña o niño; las justificaciones más frecuentes se encuentran en la figura 9.3.7, destacan el exceso de azúcares (66.0%; IC95% 64.2, 67.7), el contenido de cafeína (14%; IC95% 12.9, 15.1) así como el contenido de calorías (13.8%; IC95% 12.6, 15.0).

Figura 9.3.6

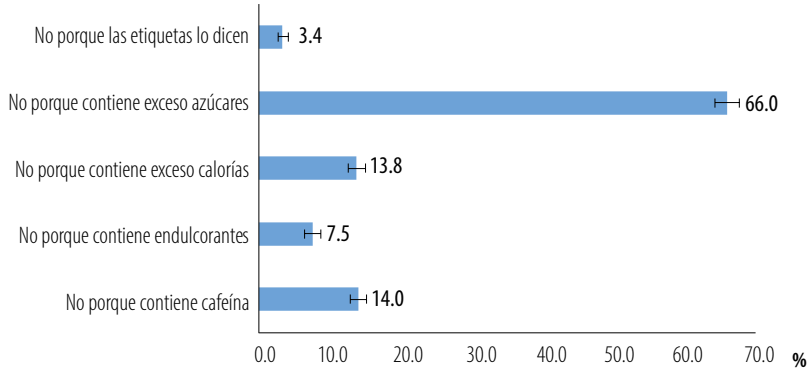
Porcentaje de la población a nivel nacional, rural y urbano que identificó correctamente en la etiqueta de un refresco de cola al menos un elemento de exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de cafeína o edulcorantes



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

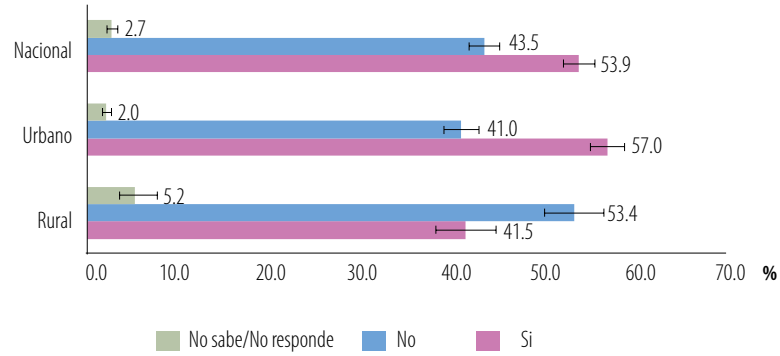
Figura 9.3.7

Razones por las que la población no le daría a una niña o un niño un refresco de cola



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México
Nota: dado que las y los entrevistados podían seleccionar más de una respuesta, la suma de los porcentajes mostrados supera el 100%

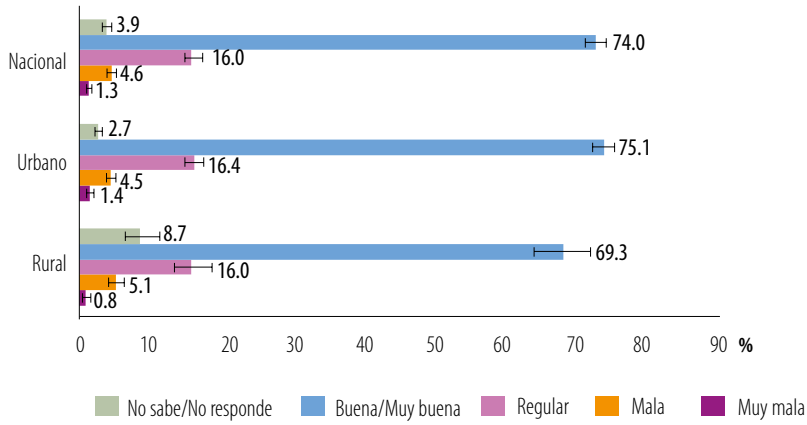
Por otro lado, se investigó sobre el conocimiento que la población tiene de la medida que el Gobierno estableció para los alimentos empacados y bebidas embotelladas industrializadas que contengan cantidad excesiva de calorías, azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans, así como otros aditivos, específicamente edulcorantes o cafeína. Entre la población, a nivel nacional 53.9% (IC95% 52.2, 55.6) mencionaron haber escuchado anteriormente sobre esta medida (figura 9.3.8); esta proporción fue menor en localidades rurales (41.5%; IC95% 38.2, 44.8). Respecto a la percepción que la población tiene sobre la medida del sistema de etiquetado frontal de advertencia, a nivel nacional fue considerada como *Buena/Muy buena* (74.0%; IC95% 72.4, 75.4) para conocer el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de aditivos asociados con daños a la salud de los alimentos empacados y bebidas embotelladas (figura 9.3.9).



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Figura 9.3.8

Porcentaje de la población a nivel nacional, rural y urbano que ha escuchado sobre el sistema de etiquetado frontal de advertencia como medida implementada por el Gobierno



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

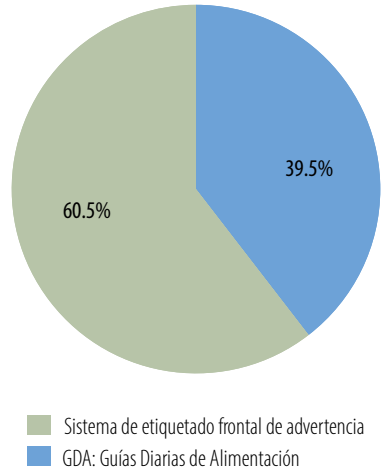
Figura 9.3.9

Evaluación de la población a nivel nacional, rural y urbano sobre la medida del sistema de etiquetado frontal de advertencia en alimentos empacados y bebidas embotelladas

Sobre el tipo de etiquetado que ayudaría a los padres y madres de familia a elegir un alimento empacado y/o bebida embotellada más saludable para sus hijas e hijos, 60.5% (IC95% 58.9, 62.0) respondió que el sistema de etiquetado frontal de advertencia era la mejor opción (figura 9.3.10).

Figura 9.3.10

Porcentaje de la población que opinó sobre el sistema de etiquetado que le ayudaría a los padres y/o madres de familia a elegir alimentos empacados y/o bebidas embotelladas más saludables para sus hijos



Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

9.4 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en adultos

Siguiendo la metodología descrita en la sección 7.4, se realizó un análisis con información de 2 531 participantes mayores de 20 años que representan a 82 408 620 adultos a nivel nacional. A continuación, se presentan los porcentajes de consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para su consumo cotidiano.

En el cuadro 9.4.1 se puede observar que, entre los grupos de alimentos recomendables, el agua fue consumida por 9 de cada 10 y las carnes no procesadas por 6 de cada 10 adultos, mientras que alrededor de 40% consumieron frutas o verduras. Los consumos de huevo, leguminosas y lácteos se observaron en alrededor

del 35, 27 y 25% de los adultos, respectivamente. Por otro lado, entre los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, los más consumidos fueron las bebidas endulzadas (69.3%), seguidas de los cereales dulces (41.3%) y las botanas dulces y postres (26.6%).

Cuadro 9.4.1

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adulta

	Nacional			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	1 048	82 408.6	40.3	37.3,43.4
Verduras	1 147	37 553.2	45.6	42.8,48.3
Leguminosas	637	22 060	26.8	24.1,29.6
Agua	2 266	74 354	90.2	88.5,91.7
Huevo	781	28 763.9	34.9	32.2,37.7
Carnes no procesadas	1 518	50 839.7	61.7	58.8,64.5
Lácteos	647	20 778.9	25.2	22.8,27.8
Nueces y semillas	139	4 774.4	5.8	4.2,7.9
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	359	13 026.6	15.8	13.8,18
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	396	15 096.6	18.3	16.3,20.5
Botanas, dulces y postres	653	21 911	26.6	24.1,29.3
Cereales dulces	962	34 062.6	41.3	38.4,44.4
Bebidas endulzadas	1 747	57 084.3	69.3	66.6,71.8

n= 2 531 participantes mayores de 20 años que representan a 82 408 620 adultos
N (miles)= Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%

En el cuadro 9.4.2 se encuentra los consumos de grupos de alimentos por sexo, en el cual se puede observar que, en general no hay diferencias significativas salvo por el consumo de leguminosas, de los grupos recomendables, en el cual se observa que la proporción de hombres (31.5%) que las consumen es mayor en comparación con las mujeres (22.3%). Lo mismo sucede con los cereales dulces, de los grupos no recomendables, donde los hombres presentan un porcentaje de consumidores de cerca de nueve pp mayor que las mujeres (45.9 vs. 37%). Por otro lado, las bebidas endulzadas fueron consumidas por una mayor proporción de mujeres (91.6%) en comparación con los hombres (75.5%), con una diferencia de casi 16 pp.

Cuadro 9.4.2

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adulta, por sexo

Grupos de alimentos	Hombres				Mujeres			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	381	15 016.1	37.3	33.7,41.1	667	18 213	43.2	38.9,47.6
Verduras	446	17 680.9	43.9	39.5,48.5	701	19 872	47.1	43.4,50.9
Leguminosas	307	12 666.1	31.5	27.5,35.8	330	9 393.8	22.3	19.1,25.9
Agua	891	35 993.7	89.4	86.7,91.7	1 375	38 360	91.0	88.7,92.8
Huevo	346	14 799.7	36.8	32.8,41	435	13 964	33.1	29.5,36.9
Carnes no procesadas	671	26 334.9	65.4	61.5,69.2	847	24 505	58.1	54.1,62.1
Lácteos	257	9 807.3	24.4	20.9,28.2	390	10 972	26.0	22.8,29.5
Semillas	64	2 683.8	6.7	4.5,9.8	75	2 090.7	5.0	3.5,7.0
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	196	7 439.7	18.5	15.5,21.9	163	5 586.9	13.3	10.9,16.1
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	191	8 545.6	21.2	17.9,25	205	6 551	15.5	13.1,18.4
Botanas,dulces y postres	297	11 889.3	29.5	25.8,33.6	356	10 022	23.8	20.6,27.2
Cereales dulces	444	18 465.3	45.9	41.5,50.4	518	15 597	37.0	33.3,40.9
Bebidas endulzadas	766	30 386	75.5	71.5,79.2	314	7 989.2	91.6	85.5,95.3

Hombres: n=1 013 N expandida=40 243 478; Mujeres: n=1 518, N expandida=42 165 142
N(miles) = Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Por tipo de localidad (cuadro 9.4.3) se encontró que los grupos de las verduras (48.1 vs. 35%), huevo (37.1 vs. 25.8%) y las carnes no procesadas (65 vs. 47.9%) fueron consumidos por una mayor proporción de adultos en las localidades urbanas en comparación con las localidades rurales. Por otro lado, el grupo de las leguminosas se consumió en un mayor porcentaje en localidades rurales (39 vs. 23.8%).

Entre los grupos no recomendables para consumo cotidiano, se observó que en las localidades urbanas hubo un mayor número de consumidores de carnes procesadas (17.7 vs. 7.9%), botanas, dulces y postres (28.4 vs. 19%) y cereales dulces (43.1 vs. 34.2%), en comparación con las localidades rurales. En cuanto a bebidas endulzadas, y comida rápida y antojitos mexicanos, no hubo diferencia entre el porcentaje de consumidores por tipo de localidad.

Cuadro 9.4.3

Porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en población adulta, por tipo de localidad

Grupos de alimentos	Rural				Urbano			
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	%	IC95%
Recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	240	5 560	34.8	28.9,71.2	808	27 669.4	41.6	38.3,45.1
Verduras	234	5 584.5	35.0	28.9,41.6	913	31 968.6	48.1	45.1,51.1
Leguminosas	213	6 229.5	39.0	32.4,46.1	424	15 830.5	23.8	20.9,27.0
Agua	558	14 889.4	93.3	89.9,95.6	1 708	59 464.5	89.5	87.4,91.3
Huevo	135	4 120.1	25.8	19.8,32.8	646	24 643.8	37.1	34.1,40.2
Carnes no procesadas	287	7 642	47.9	40.9,55.0	1 231	43 197.7	65.0	61.9,68.0
Lácteos	129	3 306	20.7	15.9,26.6	518	17 472.8	26.3	23.6,29.1
Semillas	14	352.4	2.2	0.9,5.0	125	4 422	6.7	4.8,9.2
No recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	46	1 260.4	7.9	4.8,12.6	313	11 766.2	17.7	15.4,20.3
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	82	2 150.2	13.5	10.3,17.4	314	12 946.4	19.5	17.2,22.0
Botanas,dulces y postres	112	3 030.8	19.0	14.4,24.6	541	18 880.2	28.4	25.6,31.4
Cereales dulces	209	5 459.2	34.2	29.7,39.0	753	28 603.4	43.1	39.6,46.6
Bebidas endulzadas	419	10 904.1	68.3	62.1,7.4	1 328	46 180.2	69.5	66.5,72.3

Tipo de localidad Rural: n= 606, N expandida= 15 964 863; Urbana: n=1 925, N expandida=66 443 756 N(miles)=Frecuencia expandida/1 000
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

9.5 Enfermedades crónicas por indicadores bioquímicos en suero

La medición de indicadores bioquímicos en suero se realizó en una submuestra de n= 4 949 adultos) de los cuales se obtuvieron 2 380 indicadores bioquímicos; enseguida, se eliminaron 103 muestras que fueron tomadas con menos de ocho horas de ayuno. Finalmente, se excluyeron 243 muestras sin cuestionario individual de adulto, y se analizaron 2 034 muestras que expanden a 84.6 millones de individuos. Los participantes se clasificaron con diabetes diagnosticada (diagnóstico médico previo) si respondieron "sí" a la pregunta "¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alto en la sangre?". Los participantes sin diabetes diagnosticada, pero con glucosa sérica en ayuno >125 mg/dl, o hemoglobina glucosilada (HbA1c) ≥6.5% al momento de la encuesta fueron clasificados como personas con diabetes

no diagnosticada. La prevalencia de diabetes total corresponde a la suma de la prevalencia de diabetes diagnosticada y no diagnosticada. Se estima la proporción de personas que desconocen su condición como la prevalencia no diagnosticada entre la prevalencia total.

Los puntos de corte utilizados para identificar niveles anormales del perfil de lípidos, conocidas como dislipidemias fueron los siguientes: colesterol total (≥200 mg/dl), triglicéridos (≥150 mg/dl), colesterol HDL (<40 mg/dl), colesterol no HDL (≥160 mg/dl) y colesterol LDL (≥130 mg/dl), de acuerdo con las guías internacionales[25] y los valores de corte utilizados anteriormente en México.[26] También se identificaron los participantes con diagnóstico previo de colesterol alto y triglicéridos alto usando la pregunta "¿Algún médico le ha dicho que tiene colesterol/triglicéridos alto en la sangre?". Los participantes sin diagnóstico previo de colesterol alto o triglicéridos altos, pero que presentaron niveles anormales al momento de la encuesta fueron clasificados como personas con enfermedad no diagnosticada. La prevalencia total de hipercolesterolemia/hipertrigliceridemia se definió como la suma de la prevalencia diagnosticada y no diagnosticada de cada una de estas anormalidades. Se estima la proporción de personas que desconocen su condición como la prevalencia no diagnosticada entre la prevalencia total.

Diabetes

El cuadro 9.5.1 muestra la prevalencia de diabetes diagnosticada, no diagnosticada y total. La prevalencia de diabetes diagnosticada fue de 10.4%, no diagnosticada fue de 5.4% y total fue de 15.8 por ciento. Así, 36% de los adultos con diabetes desconocen su condición. La proporción de población que desconoce su condición de diabetes (diabetes no diagnosticada entre diabetes total) es mayor en menores de 40 años (61%) que en adultos mayores (18%). La prevalencia de diabetes total aumenta con la edad de 5.7% en menores de 40 años, a 19.9% en adultos de 40 a 59 años y 31.2% en adultos con 60 y más.

Dislipidemias

La prevalencia de dislipidemias en México de acuerdo con biomarcadores por sexo y edad se presentan en el cuadro 9.5.2. La prevalencia de adultos con colesterol alto fue de 24.7%, de triglicéridos altos fue de 47.2%, de colesterol HDL bajo fue de 30.8%, de colesterol no HDL alto fue de 20.7% y de colesterol LDL alto fue de 20.2 por ciento. Los hombres presentaron mayor prevalencia de colesterol HDL bajo (37.8%) que las mujeres (24.6%). La prevalencia de dislipidemias aumenta normalmente con la edad.

Cuadro 9.5.1

Prevalencia de diabetes con diagnóstico previo,no diagnosticada y total por sexo y edad

		Diabetes diagnosticada			Diabetes no diagnosticada			Diabetes total		
	N Total (millones)	N (millones)	%	IC95%	N (millones)	%	IC95%	N (millones)	%	IC95%
Total	**84.6**	**8.8**	**10.4**	**8.7,12.3**	**4.6**	**5.4**	**4.3,6.7**	**13.4**	**15.8**	**13.7,18.2**
Hombre	39.8	3.7	9.2	7.0,12.0	1.8	4.6	3.1,6.7	5.5	13.8	11.0,17.1
Mujer	44.9	5.1	11.4	9.4,13.9	2.7	6.1	4.5,8.2	7.9	17.5	14.9,20.6
Grupos de edad (años)										
20-39	38.4	0.8	2.1	1.1,4.3	1.3	3.5	2.2,5.6	2.2	5.7	3.7,8.7
40-59	29.0	3.6	12.3	9.7,15.6	2.2	7.6	5.5,10.3	5.8	19.9	16.4,24.0
60 y más	17.3	4.4	25.4	19.7,32.1	1.0	5.8	3.3,10.0	5.4	31.2	25.0,38.2

Diabetes no diagnosticada estimada con base a una submuestra de suero, si el individuo no tiene diagnóstico médico previo y presenta valores de glucosa en ayuno>125 mg/dl, o HbA1c≥6.5%
N(millones)=Frecuencia expandida/1 000 000
N Total (millones)= Muestra total de individuos que dieron muestra de sangre en millones
IC95%= intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Cuadro 9.5.2

Prevalencia de dislipidemias por sexo y edad en México

	Colesterol alto ≥200 mg/dl		Triglicéridos altos ≥150 mg/dl		Colesterol HDL bajo <40 mg/dl		Colesterol no HDL alto		Colesterol LDL alto ≥130 mg/dl	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	**24.7**	**22.1,27.6**	**47.2**	**44.1,50.4**	**30.8**	**27.9,33.8**	**20.7**	**18.2,23.3**	**20.2**	**17.8,22.9**
Hombre	25.1	20.9,29.7	49.2	44.1,54.3	37.8	33.0,42.8	22.1	18.2,26.5	20.8	17.0,25.1
Mujer	24.4	21.2,27.9	45.5	41.4,49.5	24.6	21.4,28.2	19.4	16.6,22.6	19.7	16.5,23.3
Grupos de edad (años)										
20-39	16.4	13.0,20.5	38.8	33.7,44.2	29.7	25.2,34.7	13.2	10.1,17.0	14.7	11.4,18.8
40-59	32.2	27.9,36.8	55.7	50.6,60.8	30.7	26.3,35.6	27.2	23.2,31.6	24.6	20.5,29.2
60 y más	30.7	25.0,37.0	51.7	45.3,58.1	33.3	27.3,39.9	26.4	21.0,32.5	25.0	20.1,30.8

IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19,México

El cuadro 9.5.3 muestra la prevalencia de colesterol alto por diagnóstico, no diagnóstico y total. La prevalencia de colesterol alto diagnosticada fue de 14.2%, no diagnosticada de 18.0% y total fue de 32.1 por ciento. Así, 56% de los adultos con colesterol alto desconocen su condición. La proporción de población que desconoce su condición fue elevada en todos los rangos de edad: en menores de 40 años fue de 66%, en adultos de 40 a 59 fue de 50% y en adultos de 60 y más fue de 56 por ciento.

Cuadro 9.5.3

Prevalencia de colesterol alto por diagnóstico, no diagnóstico y total en México

	Diagnóstico previo		No diagnóstico		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	**14.2**	**12.0,16.6**	**18.0**	**15.6,20.6**	**32.1**	**29.0,35.4**
Hombre	12.0	9.0,15.7	18.5	15.0,22.7	30.5	25.6,35.9
Mujer	16.1	13.5,19.0	17.5	14.6,20.9	33.6	30.1,37.3
Grupos de edad (años)						
20-39	7.3	5.0,10.4	14.0	10.9,17.7	21.2	17.2,25.9
40-59	21.0	17.2,25.4	20.8	17.0,25.3	41.8	37.2,46.6
60 y más	18.0	14.1,22.8	22.0	16.9,28.2	40.0	34.1,46.3

Colesterol alto no diagnosticado estimada con base a una submuestra de suero, si el individuo no tiene diagnóstico médico previo y presenta valores de colesterol≥200 mg/dl
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

El cuadro 9.5.4 muestra la prevalencia de triglicéridos altos por diagnóstico, no diagnóstico y total. La prevalencia de triglicéridos altos diagnosticada fue de 15.5%, no diagnosticada de 35.9% y total fue de 51.4 por ciento. Así, 70% de los adultos con triglicéridos altos desconocen su condición. La proporción de población que desconoce su condición fue elevada en todos los rangos de edad: en menores de 40 años fue 78%, en adultos de 40 a 59 fue de 64% y en adultos de 60 y más fue de 67 por ciento.

Cuadro 9.5.4

Prevalencia de triglicéridos altos por diagnóstico previo, no diagnóstico y total

	Diagnóstico previo		No diagnóstico		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	**15.5**	**13.3,18.1**	**35.9**	**33.0,39.0**	**51.4**	**48.3,54.6**
Hombre	14.1	10.7,18.4	38.6	33.8,43.7	52.8	47.3,58.2
Mujer	16.8	14.1,19.8	33.5	29.9,37.3	50.3	46.3,54.2
Grupos de edad (años)						
20-39	9.2	6.5,12.8	31.8	27.2,36.8	40.9	35.7,46.4
40-59	22.0	18.0,26.6	39.6	34.8,44.5	61.5	56.7,66.2
60 y más	18.8	15.1,23.3	39.0	32.7,45.6	57.8	51.4,64.0

Triglicéridos altos no diagnosticado estimado con base a una submuestra de suero, si el individuo no tiene diagnóstico médico previo y presenta valores de triglicéridos≥150 mg/dl
IC95%= Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2021 sobre Covid-19, México

Conclusiones de nutrición

Los indicadores de desnutrición en niñas y niños menores de cinco años se mantienen en una tendencia a la baja, respecto a encuestas anteriores, visto desde una perspectiva general. La talla baja es más prevalente en niños menores de cinco años que en las niñas, el bajo peso está más presente en aquellos con edades entre 0 y 23.9 meses, en la región Pacífico-Centro se encontró una prevalencia de 6.6% de niñas y niños con emaciación y en las localidades urbanas el sobrepeso más obesidad en este grupo de edad continúa más elevado que en las localidades rurales. Este panorama heterogéneo revela una posible desarticulación de los esfuerzos por prevenir o disminuir la mala nutrición en México. Hace falta una nueva revisión a donde deba focalizarse la estrategia.

La misma situación ocurre en los escolares con respecto al sobrepeso y la obesidad. La prevalencia nacional se mantiene en 18.8 y 18.6%, que comparando con la Ensanut 2020 sobre Covid-19 (19.6% sobrepeso, 18.6% obesidad), únicamente el sobrepeso disminuyó en casi un punto porcentual, sin embargo, en las mujeres escolares hubo un aumento drástico en el sobrepeso (18.4% Ensanut 2020 sobre Covid-19 y 21.6% en esta versión). De acuerdo con la edad, las proporciones en sobrepeso y obesidad ahora se distribuyeron distinto, en la Ensanut 2020 sobre Covid-19 la mayor prevalencia de obesidad se encontró en los escolares de nueve años, y para esta entrega de Ensanut 2021 sobre Covid-19, fue en los de 10 años. Puede que aquellos niños al pasar de los 9 a los 10 años hayan conservado el exceso de peso. El sobrepeso y la obesidad en los escolares y los adolescentes sigue siendo un problema de salud importante que hace urgente su atención, principalmente por los daños a la salud que acarrea el exceso de peso. En este análisis se pudo observar un aumento en las prevalencias de obesidad en ambos grupos de edad y en hombres principalmente, diferencias por tipo de localidad, y diferencias entre regiones. Estas prevalencias en aumento son derivadas, seguramente, del tiempo frente a pantalla, el sedentarismo, la inseguridad alimentaria y otros determinantes ocasionados por la pandemia de Covid-19. Continúa la evidencia de las diferencias de acuerdo con el sexo en todos los grupos de edad, reafirmando la necesidad de continuar con el enfoque de género para atender las necesidades específicas de la promoción de un estado de nutrición adecuado.

Respecto a lactancia materna y prácticas de alimentación infantil, a pesar de que en esta edición de las Ensanut se obtuvo un menor tamaño de muestra con intervalos muy amplios y con muy pocas diferencias estadísticas significativas entre estratos, los resultados nos pueden dirigir hacia una tendencia para la toma de decisiones. La lactancia materna exclusiva (LME) incrementó casi ocho pp en México entre 2018 y 2021, en medio de una pandemia que podría haber desalentado a las mujeres para amamantar. Sin embargo, se debe investigar la influencia que pudieron tener sobre los resultados aquí presentados; los mensajes relacionados con la protección que

ofrecía la lactancia no sólo a Covid-19 sino a otras infecciones en diversos medios e instituciones tanto nacionales[27-33] como internacionales[34-36] y se documentó en estudios científicos serios.[37,38] Otros indicadores de lactancia muestran que el inicio de la lactancia se presenta en un importante porcentaje de la muestra estudiada, sin embargo, se han documentado los diversos determinantes que interfieren en su continuidad y hasta en su exclusividad.[39-41] Los nuevos indicadores son orientados principalmente a conocer la alimentación de los menores a favor de su estado de nutrición como es el consumo de carnes y huevo por su aporte proteínico, de vitaminas y minerales que promueven un adecuado crecimiento. Por otro lado, los indicadores también dan pauta sobre prácticas de alimentación relacionadas al desarrollo del sobrepeso u obesidad como es el consumo de frituras, golosinas, galletas, pan de dulce, pastelitos, sopas instantáneas, bebidas azucaradas tanto caseras como industrializadas. Estos hallazgos son un insumo que oriente tanto la práctica privada como las decisiones en la nutrición pública.

A nivel nacional, y por localidades rurales y urbanas, los preescolares consumen tres días o más a la semana alimentos no recomendables para el consumo cotidiano como bebidas endulzadas, botanas, dulces y postres y cereales dulces, cuyo porcentaje supera el consumo de alimentos saludables, ricos en micronutrientes y fibra como las frutas, verduras, leguminosas y nueces y semillas. Está ampliamente documentado que el alto consumo de bebidas azucaradas y productos ultraprocesados desde la infancia, se asocia con un mayor posibilidad de presentar obesidad y sus comorbilidades en etapas posteriores de la vida,[42,43] por lo cual, es fundamental fortalecer las políticas actuales de combate al sobrepeso y obesidad mediante estrategias integrales que promuevan el consumo de dietas saludables y sostenibles desde la edad preescolar y desincentiven el consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas endulzadas en la población en general.

Existe un bajo consumo de frutas, verduras y leguminosas en la población escolar (<40%), las cuales son fuente de fibra dietética y nutrimentos antioxidantes.[44] Se ha observado una tendencia hacia un mayor consumo de grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano en los hombres escolares que habitan en localidades urbanas. No obstante, 96% de los escolares en el tipo de localidad rural consumen bebidas endulzadas al menos tres días a la semana. La ingesta de azúcares añadidos, en especial en forma de bebidas endulzadas, puede desplazar las calorías de alimentos nutritivos llevando a los niños a mayor riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles y aumenta la caries dental, por lo que la OMS recomienda desde hace años una ingesta reducida de los mismos en todos los grupos de edad.[45]

Desde el año 2018, se aprecia que la población adolescente mexicana está manteniendo un patrón de consumo alto en bebidas endulzadas y alimentos con elevado contenido de harinas refinadas, azúcar o sodio. El consumo de este tipo de alimentos está relacionado con mayor riesgo de desarrollo de sobrepeso y obe-

sidad, hipertensión, diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles;[46] las cuales además se estarán presentando en etapas más tempranas de su vida adulta, reduciendo con ello su calidad y esperanza de vida.[47]

En cuanto a población adulta, a nivel nacional 69.7% de los adultos tenían sobrepeso (37.8%) u obesidad (31.8%). Se observó que las prevalencias de obesidad fueron más altas en el grupo de edad entre 30 y 69 años.

En la comparación por sexo, durante el año 2021 las mujeres tuvieron una prevalencia de obesidad 29.2% más alta que los hombres, pero la prevalencia de sobrepeso fue 11.5% más alta en hombres que en mujeres. Los hallazgos encontrados en esta encuesta confirman la necesidad de actuar de forma inmediata con estrategias de salud pública que contribuyan a disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos con 20 años o más.

Respecto a la prevalencia de hipertensión, casi un tercio de los adultos mexicanos tiene hipertensión arterial, y de ellos, casi 40% desconoce que tiene esta enfermedad. La edad contribuye a incrementar la tensión arterial, y en los grupos con más años la prevalencia de hipertensión fue más elevada. Esta información puede contribuir al conocimiento de los tomadores de decisiones en políticas de salud para que evalúen la pertinencia de los actuales programas de detección oportuna de hipertensión arterial.

Sobre el etiquetado de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas, la aprobación de la Reforma a la Ley General de Salud en materia de etiquetado,[48] en la que se señalan los cambios al etiquetado frontal en alimentos y bebidas y la Modificación a la NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria,[49] es una estrategia en salud pública que permite que la mayor parte de la población pueda tomar decisiones más saludables de manera rápida y sencilla a partir de la identificación de la calidad nutrimental de un producto.

A partir de octubre de 2020, es obligatorio que los alimentos y bebidas industrializados con contenidos excesivos en energía, nutrientes críticos y que contengan otros aditivos como edulcorantes y/o cafeína coloquen este etiquetado en la cara frontal del producto. Los resultados muestran, que, a pesar de no haber realizado una campaña sobre el uso del etiquetado frontal de advertencia hasta el momento, la población ha comenzado a familiarizarse con la información que viene en la etiqueta y logra identificar el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de cafeína y/o edulcorantes en un producto. Además de identificar productos poco saludables, basándose en la cantidad de sellos o el valor numérico que presenta el producto.

A pesar de que el etiquetado de advertencia ha demostrado que es comprensible, existen brechas que se ven reflejadas en el uso y conocimiento entre las localidades y regiones del país, que podrían estar limitando su potencial. Una de las estrategias para promover una mayor utilización y comprensión del sistema de etiquetado frontal de alimentos es la implementación de una campaña de comunicación en

salud enfocada en dichos rubros. Sin duda, este tipo de políticas públicas son un acierto que pueden contribuir a mejorar la salud de la población.

Por otro lado, uno de cada dos adultos en México no consume frutas y verduras diariamente, el consumo de agua es ligeramente mayor en comparación con el encontrado en la Ensanut 2018-19, sin embargo, no alcanza a ser de 100 por ciento. Por otro lado, el consumo de bebidas endulzadas sigue siendo alto sin observarse diferencias entre las localidades rurales y urbanas, pero sí por sexo, ya que el consumo de estas bebidas es mayor entre las mujeres, a diferencia de los hombres.

El consumo de bebidas endulzadas, además de estar asociado con el desarrollo de exceso de peso y este a su vez con el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, se ha observado que, en mujeres, el consumo de bebidas azucaradas se asocia con el desarrollo de diabetes mellitus,[50] por lo tanto, es un factor para considerar ya que la prevalencia de diabetes en México rebasa 15% en adultos mayores de 20 años.[51]

Respecto a las enfermedades crónicas, en México en 2021 15.8% de los adultos tenía diabetes mellitus tipo II, similar a prevalencia en 2020 (15.6%). Se observó un aumento de la proporción de personas que desconoce su condición, de 30% en 2020 a 36% en 2021. El diagnóstico oportuno es clave para reducir retrasos en el inicio de tratamiento y por consecuencia reducción de complicaciones. Las dislipidemias más comunes en la población adulta fueron triglicéridos altos (47.2%), colesterol HDL bajo (30.8%) y colesterol alto (24.7%). En comparación con el año 2020, las prevalencias de dislipidemias se mantuvieron relativamente constantes. Llama la atención el porcentaje de personas que desconocen su diagnóstico de colesterol (56%) y triglicéridos (70%), siendo elevado en todos los rangos de edad. Estos resultados son importantes para evaluar intervenciones en materia de prevención y control de enfermedades metabólicas y enfatiza la necesidad de detectar oportunamente la diabetes y dislipidemias.

Referencias Nutrición

1. Lochman TJ, Roache AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Medicine & Science in Sports & Exercise [Internet]. 24(8);1992:952 [citado feb 15, 2022]. Available from: https://journals.lww.com/acsm-msse/Citation/1992/08000/Anthropometric_Standardization_Reference_Manual.20.aspx
2. Habicht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 75(5);1974.
3. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for- height and body mass index-forage: methods and development. Geneva: WHO; 2006. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/924154693X
4. World Health Organization, United Nations Chlidren's Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. WHO/Unicef; 2021 [cited 2022 feb 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389
5. Fleiss LJ, Levin B, Cho Paik M. Statistical Methods for Rates and Proportions. Third Edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2003.
6. Barquera S, Rivera JA, Safdie M, Flores M, Campos-Nonato I, Campirano F. Energy and nutrient intake in preschool and school age mexican children: National Nutrition Survey 1999. Salud Publica Mex. 2003;45. Available from: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4666/5138
7. Denova-Gutiérrez E, Ramírez-Silva I, Rodríguez-Ramírez S, Jiménez-Aguilar A, Shamah-Levy T, Rivera-Dommarco JA. Validity of a food frequency questionnaire to assess food intake in Mexican adolescent and adult population. Salud Publica Mex. 2016;58(6):617-28. https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.7862
8. Gaona-Pineda EB, Martínez-Tapia B, Arango-Angarita A, Valenzuela-Bravo D, Gómez-Acosta LM, Shamah-Levy T, Rodríguez-Ramírez S. Consumo de grupos de alimentos y factores sociodemográficos en población mexicana. Salud Publica Mex. 2018;60:272-82. https://doi.org/10.21149/8803
9. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007;85(9):660-7. https://doi.org/10.2471/blt.07.043497
10. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. Lancet. 2016;387(10026):1377-96. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X
11. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. N Engl J Med. 2017;377(1):13-27. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362
12. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud Publica Mex. 2018;60:224-32. https://doi.org/10.21149/8566
13. Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity-Induced Hypertension. Circulation Research. 2015;116(6):991-1006. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697
14. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017;390(10100):1260-344. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X
15. Barquera S, Campos I, Rivera JA. Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, push backs and future challenges. Obes Rev. 2013;14(supl 2):69-78. https://doi.org/10.1111/obr.12096
16. World Health Organization. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee [Internet]. Geneva:WHO;1995 [cited 2022 feb 13]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003
17. World Health Organization. A global brief on hypertension : silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2022 feb 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013
18. Stamler J. Blood pressure and high blood pressure. Aspects of risk. Hypertension. 1991;18(suppl 3):95-107. https://doi.org/10.1161/01.hyp.18.3_suppl.i95
19. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. London:NICE;2011.
20. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2224-60. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8

21. Institute for Health Metrics and Evaluation. Mexico [Internet]. Whashington:IHME;2019 [cited 2022 feb 15]. Available from: https://www.healthdata.org/mexico
22. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1659-724. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8
23. Chen M-M, Zhang X, Liu Y-M, Chen Z, Li H, Lei F, et al. Heavy disease burden of high systolic blood pressure during 1990-2019: Highlighting regional, sex, and age specific strategies in blood pressure control. Front Cardiovasc Med. 2021;8:754778. https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.754778
24. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Hypertension. 2005;45(1):142-61. https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000150859.47929.8e
25. Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285(19):2486-97. https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2486
26. Aguilar-Salinas CA, Gómez-Pérez FJ, Rull J, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Publica Mex. 2010;52(suppl 1):S44-53. https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000700008
27. Diario Oficial de la Federación. Programa sectorial derivado del plan nacional de desarrollo 2019-2021 [Internet]. México:DOF;2020 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020
28. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS promotor de la lactancia materna [Internet]. México: IMSS;2021 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/imss/articulos/imss-promotor-de-la-lactancia-materna?idiom=es
29. World Health Organization. Lactancia materna y sus beneficios. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
30. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Actividades laborales no pueden impedir la lactancia materna [Internet]. México:SNDIF;2021 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/difnacional/articulos/actividades-laborales-no-pueden-impedir-la-lactancia-materna?idiom=es
31. Periódico Oficial del Estado de Puebla. Ley para la protección, apoyo y promoción de la lactancia materna para el Estado de Puebla. México: Periódico Oficial del Estado de Puebla; 2021.
32. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Pronunciamiento de la Comisión para la Primera Infancia del SIPINNA sobre la Promoción y Protección de la Lactancia Materna [Internet]. México:SIPINNA;2021 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/sipinna/articulos/pronunciamiento-de-la-comision-para-la-primera-infancia-del-sipinna-sobre-la-promocion-y-proteccion-de-la-lactancia-materna?idiom=es
33. Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia ENAPI [Internet]. México:SIPINNA;2021 [citado feb 13 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/sipinna/documentos/estrategia-nacional-de-atencion-a-la-primera-infancia-enapi
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Campaña de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2021 [Internet]. OPS/OMS;2021 [citado feb 15, 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/campanas/campana-semana-mundial-lactancia-materna-2021
35. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Semana Mundial de Lactancia Materna [Internet]. OPS/OMS;2021 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/semana-mundial-lactancia-materna
36. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna segura durante la pandemia de Covid-19 [Internet]. Unicef;2020 [citado feb 13, 2022]. Available from: https://www.unicef.org/es/coronavirus/lactancia-materna-segura-durante-la-pandemia-covid19
37. Mitoulas LR, Schärer-Hernández NG, Liabat S. Breastfeeding, human milk and Covid-19—What does the evidence say? Front Pediatr. 2020;8:789. https://doi.org/10.3389/fped.2020.613339
38. McGuire MK, Seppo A, Goga A, Buonsenso D, Collado MC, Donovan SM, et al. Best practices for human milk collection for Covid-19 research. Breastfeeding Medicine. 2021;16(1):29-38. https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0296.
39. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Quezada-Sánchez AD, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Dommarco J. Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex. 2020;62(6):704-13. https://doi.org/10.21149/11567
40. Unar-Munguía M, Lozada-Tequeanes AL, González-Castell D, Cervantes-Armenta MA, Bonvecchio A. Breastfeeding practices in Mexico: Results from the National Demographic Dynamic Survey 2006–2018. Matern Child Nutr. 2021;17(2):e13119. https://doi.org/10.1111/mcn.13119

41. Ramírez Silva I, Unar Munguía M, Lozada AL, Gonzalez Castelll D, Rivera M, Bonvecchio A. El costo de no amamantar en México: un llamado para la acción. En: Juan Rivera Dommarco, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez y Carlos Oropeza, eds. Síntesis sobre políticas de salud. Propuestas basadas en evidencia. México:INS;2021:164-70.
42. Cantoral A, Téllez-Rojo MM, Ettinger AS, Hu H, Hernández-Ávila M, Peterson K. Early introduction and cumulative consumption of sugar-sweetened beverages during the pre-school period and risk of obesity at 8–14 years of age. Pediatr Obes. 2016;11(1):68-74. https://doi.org/10.1111/ijpo.12023
43. Chen X, Zhang Z, Yang H, Qiu P, Wang H, Wang F, et al. Consumption of ultra-processed foods and health outcomes: A systematic review of epidemiological studies. Nut J. 2020;19(1):1-10. https://doi.org/10.1186/s12937-020-00604-1.
44. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Internet]. México:DOF;2013 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
45. Organización Mundial de la Salud. Directriz: ingesta de azúcares para adultos y niños: resumen [Internet]. OMS;2015 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/154587
46. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Internet]. OMS; 2018 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
47. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019;393(10184):1958-72. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8
48. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de sobrepeso, obesidad y etiquetado de alimentos y bebidas alcohólicas [Internet]. México:DOF;2019 [citado feb 13, 2022]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5578283&fecha=08/11/2019
49. Secretaría de Economía. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2012 [Internet]. México: DOF; 2020
50. Papier K, D'este C, Bain C, Banwell C, Seubsman S, Sleigh A, Jordan S. Consumption of sugar-sweetened beverages and type 2 diabetes incidence in Thai adults: results from an 8-year prospective study. Nutr Diabetes 2017;7:6:e283. https://doi.org/10.1038/nutd.2017.27
51. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, López-Olmedo N, de la Cruz-Góngora V, et al. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en Mexico: Resultados de la Ensanut 2016. Salud Publica Mex. 2020;62(1):50-9. https://doi.org/10.21149/10752

ENCUESTA NACIONAL
DE SALUD Y NUTRICION 2021
SOBRE COVID-19

RESULTADOS NACIONALES

Se elaboró en mayo de 2022.
La edición estuvo a cargo de la
Subdireccion de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.