

ENSANUT

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19

RESULTADOS NACIONALES



Instituto Nacional
de Salud Pública



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19
Resultados nacionales

ENSANUT

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19

RESULTADOS NACIONALES



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales.

Primera edición, 2020

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

ISBN 978-607-511-205-3

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez. **Edición:** Francisco Reveles (coordinador).

Producción: (coordinador) Juan Pablo Luna Ramírez.

Citación sugerida: Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2020.

Coordinadores

Teresa Shamah Levy, Lucía Cuevas Nasu, Martín Romero Martínez, Elsa Berenice Gaona Pineda, Luz María Gómez Acosta, Laura Rosario Mendoza Alvarado, Ignacio Méndez Gómez Humarán, Juan Rivera Dommarco

Autores por tema

Metodología

Martín Romero Martínez, Teresa Shamah Levy, Lucía Cuevas Nasu, Elsa Berenice Gaona Pineda, Luz María Gómez Acosta, Ignacio Méndez Gómez Humarán, Laura R Mendoza Alvarado, Juan Rivera Dommarco

Salud

Características generales de los hogares

Norma Isela Vizuet Vega, Verónica Mundo Rosas, Ignacio Méndez Gómez Humarán

Condiciones de salud

Hortensia Reyes Morales, María Isidra Hernández Serrato, Juan Pablo Gutiérrez Reyes

Gasto en el hogar

Sergio Antonio Bautista Arredondo, Arantxa Colchero Aragonés, José Luis Figueroa Oropeza, Alejandra Rodríguez Atristain

Protección en salud y condición de aseguramiento

Hortensia Reyes Morales, María Isidra Hernández Serrato, Juan Pablo Gutiérrez Reyes

Utilización de servicios de salud

Hortensia Reyes Morales, María Isidra Hernández Serrato, Juan Pablo Gutiérrez Reyes

Introducción por grupo poblacional

Alicia Muñoz Espinosa

Programas preventivos, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia

Rosalba Rojas Martínez, Laura Rosario Mendoza Alvarado, Israel Laguna Alejalde

Vacunación, enfermedades respiratorias y enfermedad diarreica

Lourdes García García, Elizabeth Ferreira Guerrero, Guadalupe Delgado Sánchez, Leticia Ferreyra Reyes, Pablo Cruz Hervert, Norma Mongua Rodríguez, Maribel Martínez Hernández, José Luis Díaz Ortega

Accidentes

Elisa Hidalgo Solórzano, Ricardo Pérez Núñez

Violencia

Rosario Valdez Santiago, Elisa Hidalgo Solórzano

Tabaco y alcohol

Luz Myriam Reynales Shigematsu, Luis Zavala Arciniega, Ruth Argelia Vázquez Salas, Javier Villanueva Valle, David Barrera Núñez

Salud reproductiva

Aremis Villalobos, Leticia Suárez López, Elvia de la Vara Salazar, María Isidra Hernández Serrato, Celia Hubert, Israel Laguna Alejalde

Conductas alimentarias en adolescentes

Aremis Villalobos Hernández, Claudia Unikel, María Isidra Hernández Serrato

Funcionalidad y Sintomatología depresiva

Elga Filipa Amorin Claro de Castro, María Rosalba Rojas Martínez, Ruth Argelia Vázquez Salas, Aremis Litaí Villalobos Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Eduardo César Lazcano Ponce

Nutrición

Programas de ayuda alimentaria

Carmen Morales Ruan, Rebeca Uribe Carvajal, Araceli Salazar Coronel

Seguridad alimentaria

Verónica Mundo Rosas, Norma Isela Vizuet Vega, Jesús Martínez Domínguez

Estado de nutrición en niños y adolescentes

Lucía Cuevas Nasu, Marco Antonio Ávila Arcos, Teresa Shamah Levy, Raquel García Feregrino, Alicia Muñoz Espinosa

Estado de nutrición y tensión arterial en adultos

Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Juan Espinosa, Diana Padilla Flores, Simón Barquera

Actividad física en niños, adolescentes y adultos

Catalina Medina García, Alejandra Jáuregui, Cesar Hernández, Simón Barquera

Etiquetado de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas

Lizbeth Tolentino Mayo, Alejandra Jáuregui, Víctor Ríos, Simón Barquera

Anemia

Fabiola Mejía Rodríguez, Vanessa De la Cruz Góngora, Verónica Mundo Rosas, Teresa Shamah Levy, Armando García Guerra, Eric Rolando Mauricio López, Norma Isela Vizuet Vega

Niveles de plomo en sangre

Martha María Téllez Rojo, Luis F. Bautista Arredondo, Belem Trejo Valdivia, Alejandra Cantoral, Martín Romero Martínez, Luz María Gómez Acosta, Lucía Cuevas Nasu, Teresa Shamah Levy, Marcela Tamayo y Ortiz

Prácticas de alimentación infantil

Luz Dinatorah González Castell, Amado David Quezada Sánchez

Desarrollo infantil temprano

Elga Filipa Amorin Claro de Castro, María Rosalba Rojas Martínez, Ruth Argelia Vázquez Salas, Aremis Litaí Villalobos Hernández, José Carlos Sánchez Ferrer, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Eduardo César Lazcano Ponce

Consumo de alimentos recomendables y no recomendables

Elsa Berenice Gaona Pineda, Brenda Martínez Tapia, Danae Gabriela Valenzuela Bravo, María Concepción Medina Zacarías, Andrea Arango Angarita, Edith Yunessi Kim Herrera, Andrys Eunice Valdez Sánchez, Sonia Rodríguez Ramírez

Supervisión y apoyo en capacitación

María de Luz Álvarez Verde, María de Lourdes Arroyo Carrillo, Miguel Ángel Austria Carlos, Norma Cambrón Morales, Merle Díaz Garrido, Miguel Ángel Gaytán Colín, Santos Diego de Jesús Hernández Barrera, Nohemí Hernández Carapia, Verónica Alejandra Jasso Gil, María del Socorro Jaimes Terán, Laura Cinthya Labastida Bahena, Melchisedec Maldonado López, Wendy Berenice Maya Aguilar, Hilario Alejandro Oviedo Jurado, María Pérez Gallardo, María Cristina Rocha Domínguez, Ma. Teresa Ruiz Ortega, Rosalba Torres Espinosa, María de los Angeles Torres Valencia, Minerva Xala Cárdenas

Apoyo en procesamiento y análisis

Marco Antonio Ávila Arcos, Eric Rolando Mauricio López, Jesús Martínez Domínguez, David Efraín García López, Sergio Antonio Ávila Castañeda, Alicia Muñoz Espinosa, Corin Hernández Palafox

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

INEGI

Director General de Estadísticas Sociodemográficas

Edgar Vielma Orozco

Director General Adjunto de Encuestas Sociodemográficas

Octavio Heredia Hernández

Diseño conceptual

Norma Luz Navarro Sandoval, Arcelia Breceda Solís, Ma. Esther Arzola González, Claudia Celina Espitia Moreno, Ricardo Alejandro Plascencia Salceda, María Concepción García Coba, Olga Rodríguez Hernández, Elia Patricia López Gómez, Lizeth Karina Castillo Padilla, Óscar Rivera Martínez, Martha Elena Torres Juárez, Julio César Zavala García, David Mejía Correa, Ingrid Molina Peña Aarón Guzmán Rosas, Raquel Jiménez Romo

Diseño de la muestra

Jaime Mojica Cuevas, Noriki Armando Ibarra Medina, Gabriel Romero López, María Verónica Martínez Santacruz, Jesús Héctor Ruiz Gallegos, Eugenio Mendoza Medina, Jesús Suárez Hernández

Operativo de campo

Andy Steve Pineda Villegas, Luis Felipe San José Zeledón, Guillermo García Terrones, Vianey Salazar Gutiérrez, Martín Gasca González, Joel Martínez Arriaga

Sistemas informáticos

Sergio Edgardo Urzúa Orozco, Alejandro Jiménez García, Erika Chávez López, Claudio Fernando Álvarez Rodríguez, Elizabeth Aguilar Rangel, Rodolfo Triana Carreto, Oswaldo Caldera Villanueva, Herón Gregorio Esquivel Alemán, Víctor Francisco Vázquez Guzmán, María de Jesús García González, Rubén Castañeda Flores, José Asunción Ortiz Martínez, Luis Martínez Uribe, Marco Aurelio Alonso Ruiz Esparza, Ricardo Raúl Reyes Ortiz, Omar Rodríguez Pedroza, Luis Efrén Pérez Aldana.

Procesamiento

Juan Eduardo Rioja Romo, Mario Aurelio Becerril González, Pedro Cornejo Hernández, Ernesto Espinoza Anselmo, Juana Virginia Beltrán Dueñas, Claudia Moreno Ruiz, Edna Marina Vallejo Alcántara, Miguel Antonio Araujo González, Tania Jazeth Martínez Zavala, Blanca Rico López, Viridiana Elizabeth Reyes Pedroza, Ángel Mauricio López Diego, Ma. Isabel López Oliva, Rosa María Montoya Guillén, Martín Antonio Oliva, Blanca Esthela Torres Ramírez, Alejandra Torres Zacarías, Frida Giovanna Rioja Romo, Juan Amílcar Gutiérrez Sifuentes, Juan Pablo Martínez Alcaraz, Miguel Ángel Dueñas Rojas, Eric Alejandro Trinidad Sustaita, Rubí Esmeralda Rodríguez Solano, Luis Gerardo de la Cruz Robledo.

Administración

Claudia Suárez Romero, Denisse Cristina Quiroz Michelle, José Alejandro Sandoval Serrano

Contenido

Mensaje del Secretario de Salud	11
Mensaje del Presidente del INEGI	13
Presentación	15
Metodología general	17
Salud	23
• Metodología	25
• Hogar	49
• Utilización de servicios de salud	56
• Niños	69
• Adolescentes	100
• Adultos	126
Nutrición	159
• Metodología	161
• Hogar	177
• Niños	184
• Adolescentes	226
• Adultos	241



Mensaje del Secretario de Salud

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) es una herramienta que ofrece un panorama sobre las condiciones de salud y nutrición de una muestra representativa de la población de nuestro país. La Ensanut permite evaluar el desempeño del Sistema Nacional de Salud, así como también aportar una evaluación de las acciones de políticas públicas diseñadas para mejorar la salud y nutrición de la población. La Encuesta Nacional de Salud (Ensa) –creada a la par que el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) en 1986– la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) y la Ensanut forman parte del SNES, y es gracias a estas encuestas que se puede conocer la información del perfil epidemiológico del país.

Durante los últimos 30 años, la información que se recaba de la Ensanut ha permitido que se conozca la magnitud y distribución del estado de salud y nutrición de la población, así como los factores determinantes de dichas condiciones. También, se han identificado cambios en el estado de mala nutrición, tanto desnutrición y deficiencias específicas, como sobrepeso y obesidad, además de que con la Ensanut se ha informado sobre el aumento en la prevalencia de diversas enfermedades crónicas que contribuyen de forma importante a la mortalidad general en el país, como la diabetes mellitus, la hipertensión y las dislipidemias. Asimismo, la Ensanut ha documentado la cobertura y utilización de los servicios de salud, tanto preventivos como curativos, y las acciones para la promoción de la salud.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19) se realizó como un esfuerzo colaborativo entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), con el apoyo financiero de la Secretaría de Salud (SS) y varias entidades federativas.

La Ensanut 2018-19 ofrece información que constituye un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de los mexicanos, y por primera vez en esta edición de la Ensanut, se contó con información a escala nacional sobre el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), la prevalencia por contaminación de plomo y la infección por hepatitis C.

Entre los hallazgos más significativos, se encontró que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se duplicó desde el último dato reportado en 2012 (14.4 a 28.8%). Además, a pesar de la implementación de programas y acciones dirigidas a reducir la prevalencia de baja talla en este periodo, no se observó una reducción en las cifras de este indicador de desnutrición crónica (13.6% en 2012 vs. 14.2% en 2018-19).

Además, con la Ensanut 2018-19 se comprobó que el sobrepeso y la obesidad siguen siendo un problema altamente prevalente en la población mexicana en todos los grupos de edad, todas las regiones del país y en áreas urbanas y rurales. En México uno de cada tres niños en edad escolar,

alrededor de 35% de los adolescentes y más de tres cuartas partes de los adultos presentan estas condiciones.

Por otra parte, en la Ensanut 2018-19 se documenta la cobertura, la utilización y el gasto en salud. Al respecto, el porcentaje de utilización de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en los 15 días previos a la encuesta fue de 6.4%, valor inferior al reportado en la Ensanut 2012, que fue de 7.7%. La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 25.6% de las causas. Cabe señalar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 16.4% de las causas de consulta.

Al analizar la utilización de servicios de salud por parte de la población afiliada a las instituciones de seguridad pública, incluyendo lo que en su momento fue denominado Seguro Popular, se encontró que una proporción importante recurrió a servicios ambulatorios del sector privado, a pesar del derecho a utilizar servicios públicos. Los porcentajes de personas con derecho a servicios públicos que utilizaron servicios privados fueron 34.9% de los afiliados al IMSS, 36.8% del ISSSTE, 33% de otros servicios públicos como Pemex, Sedena y Semar y 42.7% de los afiliados al Seguro Popular. Estas cifras nos alertan sobre las deficiencias en el acceso y posiblemente en la calidad de los servicios públicos de salud hacia el final de la Administración Federal anterior, que llevaron a un alto porcentaje de personas con derecho a la prestación de servicios públicos a preferir la utilización de servicios privados, a pesar de tener que cubrir su costo.

El panorama de la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud fue considerado en el diseño del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi), cuyo propósito es garantizar el derecho universal de los mexicanos a los servicios de salud.

La Ensanut es un instrumento mediante el cual, el INSP aporta evidencia de utilidad para el diseño de políticas de salud y bienestar, y evalúa el desempeño del Sistema Nacional de Salud y de otras políticas dirigidas al logro de la equidad social y el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

A partir del 2020, la nueva Ensanut Continua se realizará anualmente, esto garantizará que el país cuente con información oportuna que sirva de guía para la planeación de las políticas y programas de salud.

Cordialmente,

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
SECRETARIO DE SALUD

Mensaje del Presidente del INEGI

El acceso a la salud y el bienestar son derechos humanos y la base de las sociedades prósperas. Por ello, las autoridades deben procurar las medidas encaminadas a mejorar el acceso de las personas a la salud, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas y todos. En 1948, en La Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se enunció que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”, por lo que se ha instado a los países a reconocer la importancia de realizar investigación para mejorar la salud, la equidad sanitaria y a fortalecer los sistemas nacionales de investigación científica.

Con esto en mente, indagar en las condiciones de salud de la población, identificar necesidades y problemas, buscar soluciones, proponer programas de prevención o atención que coadyuven a mejorar la salud de los grupos más vulnerables, es un compromiso de todos: organismos internacionales, países, sociedad e individuos. Por dicha razón, todos los países del mundo cuentan con estadísticas sobre salud y nutrición desde hace ya varias décadas.

En México, desde hace más de 30 años se han llevado a cabo diversas encuestas nacionales en la materia y, de manera reciente, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2006, 2012, 2016 y 2018-19. La Ensanut 2018-19 es un ejercicio estadístico complejo; la información que recolecta es trascendental para el gobierno, sociedad civil y la población en general. Su objetivo es actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución, tendencias y determinantes de las condiciones de salud y nutrición. Además, examina la respuesta social organizada a los problemas de salud y nutrición de la población, incluyendo la cobertura y calidad percibida de los servicios de salud.

Un motivo de satisfacción personal es que, por primera vez, esta Ensanut fue levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); se conjuntaron los lineamientos conceptuales y metodológicos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con la experiencia del INEGI en el diseño estadístico y las operaciones de campo. De esta manera, la información de este relevante programa estadístico se integra al Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), además de pertenecer ya al Sistema Nacional de Encuestas en Salud (SNES).

Destaco la gran colaboración interinstitucional entre el INEGI y el INSP en cada una de las fases de la Ensanut 2018-19, pues resalta el trabajo arduo y complejo que implicó su levantamiento, desde un número importante de cuestionarios (18), la cantidad de informantes directos en el hogar, la toma de medidas corporales como el peso, la estatura y circunferencia de cintura, la presión arterial en adultos, hasta la toma de muestras biológicas y su traslado. Para el éxito

de una encuesta tan especializada, fue crucial contar con personal especializado en campo y un cuidadoso seguimiento de cada una de las fases, hasta la presentación de resultados.

La Ensanut 2018-19 es una encuesta muy amplia, que comprende múltiples y variados temas, enriquece de manera importante la estadística de salud del país, aporta conocimiento sobre la situación del estado de salud y nutrición de la población en México. Es un proyecto que se ha convertido en referente básico para la vigilancia y evaluación del desempeño del sistema de salud y de políticas sociales.

Además, contar con esta información estadística cobra aún mayor relevancia en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 Salud y Bienestar, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades.

Es por ello que el INEGI se congratula de continuar apoyando en la explotación y difusión de información estadística de la Ensanut, luego de la primera presentación de resultados básicos en diciembre de 2019, y continuar con la generación de estadística fundamental que contribuya al diseño de política pública orientada a procurar el fomento, evaluación y seguimiento de la salud de las personas de todas las edades de nuestro país.

Julio Antonio Santaella Castell
PRESIDENTE DEL INEGI

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) se ha convertido en una de las herramientas epidemiológicas más importantes del Estado mexicano para conocer el panorama actual de la salud y la nutrición de la población, con el propósito de utilizarla como insumo para el diseño y la orientación de las políticas y programas de salud que se contemplan en la agenda política de cada administración.

Desde hace más de tres décadas, la Secretaría de Salud (SS) inició un esfuerzo sistemático por generar información confiable y actualizada, que permitiera conocer cada seis años, al final de las administraciones federales, las condiciones de salud de la población y sus tendencias, así como la utilización y percepción sobre los servicios de salud. La primera Encuesta Nacional de Salud (Ensa), con representatividad nacional, tuvo el objetivo de describir las características de salud de los mexicanos, los determinantes sociales de la salud y el desempeño del sistema de salud. La Ensa se aplicó por primera ocasión en el año 1986 y posteriormente se repitió en 1994 y en el año 2000. Adicionalmente, en los años 1988 y 1999 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN), con el propósito de conocer la magnitud y distribución de la mala nutrición de la población, sus determinantes, las políticas y programas para enfrentarla.

Con estos antecedentes, en el año 2006 se consolida el componente de salud y nutrición en una sola encuesta, dando origen a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), la cual tiene una representatividad nacional, urbano y rural además de estatal. Esta encuesta se repitió en el 2012, con los datos correspondientes a este año.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) ha tomado el liderazgo de este importante proyecto desde 1999 con la creación del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), sistema que aporta la perspectiva académica y científica a la encuesta, con el desarrollo de abordajes metodológicos e instrumentos adecuados para el diseño conceptual, el procesamiento y divulgación de los resultados de la Ensanut.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 (Ensanut 2018-19) es el levantamiento más reciente del eje del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, sus resultados permiten contar con información actualizada y detallada sobre el estado de salud y nutrición de la población, de sus determinantes y del desempeño de la prestación de servicios de salud, a partir de una muestra representativa la población en México. Los resultados se presentan para el ámbito nacional, zonas urbanas y rurales, cuatro regiones del país y por estratos socioeconómicos.

Un aspecto muy importante a resaltar en esta edición de la Ensanut es la colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). El INSP fue el responsable las bases conceptuales y metodológicas, junto con el diseño e

impartición de la capacitación; mientras que el INEGI llevó a cabo el diseño muestral, edición de instrumentos de captación, elaboración del sistema de captura y procesamiento, la organización logística de la capacitación y el operativo en campo para recolección de la información, cerrando con la integración de las bases de datos; la obtención de indicadores específicos se realiza en conjunto con el INSP.

Este documento proporciona la situación particular de la salud y nutrición a nivel nacional, por grupos de edad de la población y localidades urbanas y rurales, y en caso de que la información haya sido recabada en el año 2012, se compara su tendencia.

Los resultados que se presentan en este informe, identificarán la situación y las prioridades de salud y nutrición en el país, lo que apoyará en la planeación de políticas y programas.

Dr. Juan Ángel Rivera Dommarco
DIRECTOR GENERAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Metodología general

Antecedentes

Hace más de 30 años, la Secretaría de Salud (SS) creó el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), donde se han llevado a cabo más de 20 encuestas nacionales, algunas de ellas son: la Encuesta Nacional de Salud de los años 1986, 1994 y 2000; la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 y 1999 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 y 2012.

El objetivo principal del SNES ha sido obtener información periódica y confiable acerca de las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana y sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud. Las encuestas del SNES permiten estudiar el perfil epidemiológico de salud y nutrición en México; además de convertirse en un instrumento de planeación basado en evidencia mediante el seguimiento de indicadores de salud y nutrición y de la respuesta social frente a problemas en estas áreas.

Durante los años 1999 y 2000, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), responsable del SNES, conjuntó diferentes encuestas temáticas en dos grandes encuestas nacionales: la de Nutrición de 1999 y la de Salud de 2000. En el año 2005 estas dos grandes encuestas se agrupan y se genera la primera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut 2006). Derivado de la realización de la Ensanut 2006, se identificaron los desafíos del país para alcanzar el acceso efectivo a la cobertura universal de salud en el país; adicionalmente, se identificaron los problemas no resueltos en cuanto a la percepción de los usuarios, la efectividad de los servicios de salud y la protección financiera en salud.

La Ensanut 2012 puso en manifiesto los problemas más importantes relacionados con la nutrición, entre los que se encuentran las bajas prevalencias de lactancia exclusiva, la desnutrición crónica en menores de cinco años, la anemia, el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana, así como el elevado porcentaje de hogares mexicanos que se percibían con inseguridad alimentaria.

Tradicionalmente, las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición se realizan al cierre de una administración federal para contar con información que permita realizar elementos diagnósticos al nuevo gobierno. Contar con esta información da la oportunidad para monitorear los efectos potenciales de las acciones tomadas, así, para el año 2016 se identificó la necesidad de una encuesta intermedia (llamada de Medio Camino) que permitiera contar con una medición oportuna para reforzar o ajustar acciones a la mitad de la gestión presidencial. La Ensanut de Medio Camino 2016 (Ensanut MC 2016), tuvo como objetivo principal actualizar el panorama epidemiológico de las condiciones de salud y nutrición, con énfasis en los programas prioritarios de prevención en salud. De manera particular,

Ensanut MC 2016 cuantificó los cambios en salud asociados a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, en los ámbitos nacional, regional y para localidades urbanas y rurales.

La información de la Ensanut MC 2016 confirmó que el sobrepeso, la obesidad y la prevalencia de ambas categorías (SP+O), son el problema nutricional más frecuente en la población escolar, adolescente y adulta del país y que, durante las últimas tres décadas, los efectos adversos en la salud provocados por el exceso de peso, se han ido acumulando de manera alarmante. Con la Ensanut MC 2016, se estableció la necesidad de desarrollar acciones inmediatas para detener el aumento del sobrepeso y obesidad en la población; primordialmente haciendo un llamado a la prevención, la Ensanut MC 2016 exhorta a la realización de acciones integrales y coordinadas entre el gobierno, organizaciones comunitarias, escuelas, familias, profesionales de la salud y la industria.

Debido a lo anterior, el objetivo general de la Ensanut 2018-19 es actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes; además, la Ensanut 2018-19 examinará la respuesta social organizada a los problemas de salud y nutrición de la población, incluyendo la cobertura y calidad percibida de los servicios de salud. La Ensanut 2018-19 proporcionará información para el ámbito nacional, por entidad federativa, para zonas urbanas y rurales y por estratos socioeconómicos. De igual forma, la Ensanut 2018-19 permitirá generar evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas, y realizar comparaciones entre las poblaciones definidas por el tipo de protección en salud sobre el uso de servicios de salud.

Esta edición de la Ensanut fue realizada por el INSP en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Este último llevó a cabo el diseño muestral, edición de instrumentos, capacitación, operativo en campo para recolección de la información e integración de las bases de datos; así como la obtención de indicadores específicos. El INSP tuvo a su cargo el contenido conceptual de la Ensanut 2018-19.

Objetivos

Objetivos generales

1. Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores relevantes sobre condiciones de salud y nutrición y sus determinantes sociales. Los resultados de la Ensanut 2018-19 serán útiles en los ámbitos: nacional, regional, localidades urbanas y rurales.
2. Estudiar la cobertura, focalización, calidad percibida y satisfacción de los usuarios con los programas y servicios de salud y nutrición.

Objetivos específicos

1. Cuantificar la frecuencia y tendencia de las condiciones de salud y nutrición. Las condiciones de salud y nutrición más relevantes que se consideran son: deficiencias nutricionales, sobrepeso y obesidad, enfermedades agudas y crónicas, lesiones y discapacidades.
2. Cuantificar la frecuencia y tendencia de los determinantes sociales y factores de riesgo de la salud y nutrición.
3. Estudiar las prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria) en menores de tres años.
4. Estimar las prevalencias de anemia y de deficiencias de los micronutrientes considerados como relevantes para la salud pública de México.

5. Estimar las prevalencias de sobrepeso y obesidad.
6. Estimar la prevalencia de enfermedades agudas y crónico-degenerativas.
7. Contribuir con información útil para describir la percepción de la población sobre la cobertura, calidad, accesibilidad y utilización de programas prioritarios de salud y nutrición.
8. Estudiar factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, incluyendo patrones dietéticos, de actividad física y otros relacionados con estilos de vida.
9. Estudiar la magnitud y características de los gastos personales y familiares relacionados con la atención de la salud.
10. 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.
11. Generar evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas.
12. Informar sobre el desempeño del Sistema de Salud.
13. Identificar los retos futuros para el Sistema de Salud.

Grupos de interés

- Población de 0 a 4 años (preescolares)
- Población de 5 a 9 años (escolares)
- Población de 10 a 19 años
- Población de 20 años o más
- Utilizadores de servicios de salud ambulatorios en los últimos 15 días: personas del hogar que buscaron o recibieron atención ambulatoria dentro de las dos semanas anteriores a la fecha de la entrevista por enfermedad, lesión, accidente, rehabilitación, servicio dental, control de diabetes o control de hipertensión arterial.

Diseño muestral

La Ensanut 2018-19 es una encuesta probabilística nacional, urbano y rural.

Distribución de las viviendas por entidad

Se estimó un tamaño de muestra de 1 580 viviendas en cada entidad. Se visitaron 50 654 viviendas a nivel nacional. El tamaño de muestra elegido permitirá estimar por estado a prevalencias de 10%, con intervalos de confianza de 95%, con las siguientes semiamplitudes: de 3% en adultos, 4% en adolescentes, 5% en escolares y 5% en preescolares.

Marco de muestreo

Las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) se seleccionaron de la Muestra Maestra de Viviendas 2012 (MMV 2012) del INEGI, la cual fue seleccionada a partir de la información cartográfica y sociodemográfica del Censo de Población y Vivienda 2010. La MMV 2012 es la base para seleccionar las muestras de las encuestas en viviendas que realiza el INEGI. Las UPM de la MMV 2012 y de la Ensanut 2018-19 están clasificadas por dos criterios de estratificación: 1) tamaño de la localidad y 2) condiciones sociodemográficas de las viviendas. Existen cuatro

estratos sociodemográficos que se construyeron al resumir 34 indicadores que describen las características físicas y el equipamiento de las viviendas, así como, características sociodemográficas de los habitantes de las viviendas. Por otra parte, los estratos del tamaño de la localidad son tres: rural (localidades con menos de 2 500 habitantes), urbano alto (ciudades con 100 mil o más habitantes) y complemento urbano (localidades con un número de habitantes entre 2 500 y menos de 100 mil habitantes).

Unidades de análisis

Las unidades de análisis definidas para la encuesta 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, beneficiándose de un ingreso común aportado por uno o más de los miembros del hogar.
- Población de 0 a 4 años (preescolares)
- Población de 5 a 9 años (escolares)
- Población de 10 a 19 años (adolescentes)
- Población de 20 y más años (adultos)
- Utilizadores

Esquema de selección de viviendas

Una vez construidas las UPM y los estratos, las UPM de la Ensanut 2018-19 se seleccionaron en dos etapas: primero, el INEGI seleccionó una muestra maestra de UPM con probabilidad proporcional a su número de viviendas en el año 2012, luego, para la Ensanut 2018-19, se seleccionó una submuestra de UPM con igual probabilidad dentro de cada estrato. Finalmente, en cada UPM se seleccionaron viviendas con igual probabilidad; en promedio, se seleccionaron cinco viviendas en cada UPM del estrato urbano alto y 20 viviendas en las UPM de los estratos rural y complemento urbano.

Esquema de selección de individuos

Siempre que fue posible, se seleccionó de cada vivienda, con igual probabilidad, a un adulto, un adolescente, un escolar y un preescolar. También, siempre que fue posible, en 40% de las viviendas se seleccionó hasta dos utilizadores de los servicios médicos durante los últimos 15 días, y en 60% restante de las viviendas se seleccionó hasta un utilizador.

Alcances de la Ensanut

La Ensanut 2018-19 es una encuesta que fue diseñada para estimar parámetros que describen las condiciones de salud y nutrición, sus determinantes y acceso a servicios. En consecuencia, todas las estimaciones presentadas tienen un error de muestreo debido a que se obtienen a partir de una muestra y no de la población. El error de muestreo puede ser cuantificado por un intervalo de confianza que puede ser construido para cualquier estimador. En este reporte no se incluyeron intervalos de confianza para todas las estimaciones con el ánimo de facilitar la lectura de los resultados, sin embargo, éstos pueden ser calculados a partir de las bases de datos de la encuesta.

Adicionalmente, es importante señalar que dada la cantidad de intervalos de confianza que se generan, existe una probabilidad positiva de que algunos de ellos sean equivocados en el sentido de no incluir al parámetro. Por ejemplo, si se calcula un intervalo con confianza de 95% para cada estado, es de esperarse que en $(32 \cdot 0.05 = 1.6)$ el promedio de intervalos equivocados sea 1.6. En consecuencia, no se espera que la encuesta reproduzca con exactitud el tamaño poblacional para cualquier grupo de edad, en particular para grupos de edad donde el tamaño de muestra puede ser insuficiente.

Para mayor información sobre el diseño muestral de la encuesta se recomienda consultar el documento detallado al respecto.¹

Logística de campo

Dada la diversidad y especialización temática de la Ensanut 2018-19, las etapas de capacitación y aplicación de entrevistas en la encuesta son muy complejas, entonces, se decidió conformar grupos de entrevistadores especializados en temas específicos para tener una capacitación más cuidadosa y, en consecuencia, mejorar la calidad en el levantamiento. De esta forma, el operativo de campo tuvo tres fases: a) actualización de los listados de viviendas, b) aplicación de los cuestionarios de hogar e individuales de salud, y c) aplicación de cuestionarios de nutrición y obtención de mediciones y muestras físicas.

La información recolectada fue recabada mediante dispositivos electrónicos móviles, y se empleó el sistema IKTAN. La estrategia operativa fue la siguiente: en cada entidad se formaron dos grupos de trabajo, uno denominado Equipo de salud y, el otro, Equipo de especialistas. El Equipo de salud visitó primero la vivienda y recabó información de sus residentes, mediante los cuestionarios siguientes: del Hogar, Programas de ayuda alimentaria, Seguridad alimentaria, Salud de adultos (20 años o más), Salud de adolescentes (10 a 19 años), Salud Preescolares (0 a 4 años) y Escolares (5 a 9 años), Etiquetado frontal de alimentos, Actividad física en niños (10 a 14 años), Actividad física en adolescentes y adultos (15 a 69 años) y Utilizadores de servicios de salud.

El Equipo de especialistas, que se conformó por dos personas con perfil de nutriólogo y dos personas con perfil de profesional de la salud o enfermería, visitó los hogares entrevistados por el Equipo de salud y se encargó de realizar las siguientes mediciones: Antropometría y tensión arterial, Muestras sanguíneas, Estudio de niveles de plomo en niños, Lactancia materna y prácticas de alimentación complementaria para madres con hijos de 0 a 36 meses, Frecuencia de consumo de alimentos de población de 1 a 4 años, de población de 5 a 11 años, y para población de 12 años o más, así como Desarrollo Infantil Temprano para población de 0 a 4 años de edad.

El periodo de levantamiento de información en campo del Equipo de salud fue del 30 de julio de 2018 al 28 de junio de 2019, y del Equipo de especialistas fue del 30 de julio de 2018 al 15 de febrero de 2019.²

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Diseño muestral. México: INEGI, 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_muestral.pdf y https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/metodologia/ensanut_2018_diseno_muestral.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Informe operativo y de procesamiento de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. México: INEGI, 2018. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_informe_operativo.pdf



SALUD

A continuación se describe brevemente la estimación de indicadores de salud que no son obtenidos de manera directa, ya que requieren mayor procesamiento, así como conceptos relevantes.

Gasto en hogar

El gasto de los hogares es un elemento esencial para medir el nivel de vida y bienestar de las familias a través del tiempo. En países de Latinoamérica, incluyendo México, se han utilizado con mayor frecuencia las encuestas de ingreso para medir indicadores de bienestar de hogares.¹ Sin embargo, actualmente es cada vez más usual encontrar encuestas de gasto para medir distintas dimensiones de bienestar como el nivel de pobreza o desigualdad, ya que en contextos en donde el empleo es mayoritariamente informal y los mercados laborales son menos eficientes, usar el gasto resulta más adecuado como indicador.^{2,3} Una razón de esto es que en países industrializados el empleo informal y el autoempleo es generalmente poco frecuente, lo que hace que el ingreso de los hogares sea menos fluctuante, y por ende, más fácil de medir correctamente. En cambio, en países menos industrializados, el gasto brinda información más acertada del nivel de vida y el bienestar de los hogares ya que refleja el presupuesto con el que cuentan las familias independientemente de sus fuentes de ingresos.

Gasto en alimentos

El presupuesto destinado a adquirir alimentos indica la capacidad de los hogares para cubrir los requerimientos nutricionales

y alimenticios de sus miembros, por tanto, resulta un indicador ideal de bienestar y nivel socioeconómico. La proporción del gasto total destinada a alimentos puede ayudar a identificar hogares que se encuentren en situación de inseguridad alimentaria o en riesgo de caer en esta situación. Sobre todo, en hogares que no producen alimentos, o los producen, pero su producción es insuficiente para asegurar un consumo óptimo que cubra las necesidades nutrimentales de sus miembros. Por otro lado, la inseguridad alimentaria es un factor de riesgo para agudizar o caer en situación de pobreza, dado los efectos nocivos de la malnutrición en la formación de capital humano, incluyendo la productividad y la salud de los miembros del hogar.

En la Ensanut 2018-19 el gasto total en alimentos por hogar para distintos niveles de ingreso permite estimar la variación del gasto entre hogares con diferentes características, de tal modo que se pueden analizar patrones de desigualdad relativa de gasto entre hogares. Además, los datos de la encuesta permiten analizar la proporción del gasto en diferentes categorías de alimentos sobre el total del gasto en este rubro. Este análisis es útil para comparar patrones de gasto para diferentes tipos de alimentos. Por ejemplo, se puede comparar el gasto en alimentos altos en grasas y azúcares contra el gasto en frutas o verduras.

A partir de la pregunta 7.1 del cuestionario de Hogar se estimó el gasto promedio total en alimentos, sumando todos los gastos y multiplicándolo por 4.33. A partir del gasto total en alimentos dividido entre el número de integrantes en el hogar (pregunta 3.1), se estimó el gasto per cápita en alimentos. Para cada alimento incluido en la pregunta se calculó la proporción del gasto para frutas, verduras, cereales (que incluye las opciones

3, 4 y 5), alimentos de origen animal (opciones 7 a 9), alimentos procesados (opción 11), grasas y azúcares (opciones 6, 10 y 13) dividiendo el monto de cada uno entre el gasto total en alimentos.

Gasto en salud

De igual manera, el presupuesto disponible de los hogares para salud indica su capacidad para satisfacer sus necesidades en un aspecto clave del bienestar. Así, el gasto en salud del hogar ha sido ampliamente usado para medir el nivel de vida de las familias.⁴ Otro aspecto importante de analizar, es que el gasto en salud de los hogares se relaciona con medir el gasto privado o de bolsillo, ya que éste indica dificultades de acceso a servicios, falta de capacidad para continuar o buscar tratamiento, así como la vulnerabilidad de los hogares para experimentar eventos catastróficos en salud que afecte su nivel de vida o definitivamente los empuje a la pobreza.^{5,6} En países en donde los sistemas de salud son frágiles o donde el acceso a la salud pública no está plenamente garantizado, estudiar gasto privado o de bolsillo es clave para entender el riesgo de los hogares para caer en pobreza y enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) por ejemplo, estima que hogares en los que 50% o más del gasto no alimentario total es destinado a salud experimentan una mayor probabilidad de caer en situación de pobreza.⁷

Al igual que en el caso del gasto en alimentos, es posible estimar gasto para diferentes niveles de nivel socioeconómico con la finalidad de analizar patrones de desigualdad entre los hogares de la muestra que forman parte de la Ensanut 2018-19.

A partir de la pregunta 7.2 del cuestionario de Hogar, se estimó el gasto en salud mensual sumando los montos de las opciones 1 a 9 y dividiéndolo por 3. A partir de la pregunta 7.5 se obtuvo el gasto en hospitalización dividiéndolo por 12 para sacar la proporción mensual. Con la suma de estos dos gastos se estimó el gasto total en salud, el cual también fue calculado per cápita según el número de integrantes del hogar de la pregunta 3.1. Se estimaron las siguientes proporciones de gasto en salud:

- Proporción del gasto en atención médica respecto al gasto total en salud, considerando la suma de los montos de las opciones 1, 2 y 4 de la pregunta 7.2 (dividido entre 3) más el gasto en hospitalización. Esta cantidad se divide entre el gasto total en salud.

- Proporción del gasto en medicamentos respecto al gasto total en salud, obtenido a partir de la división entre 3 del monto de la opción 5, para sacar el monto mensual.
- Proporción del gasto en pruebas de laboratorio respecto al gasto total en salud. Este se obtiene dividiendo por 3 el monto de la opción 7 de la pregunta 7.2 y sumándolo al gasto en hospitalización. Finalmente, esta cifra se divide por el gasto tal en salud.
- Proporción del gasto en hospitalización, el cual se obtuvo a partir de la pregunta 7.5 dividido entre 12.

Además, todas estas proporciones de gastos en salud se estimaron per cápita dividiéndolos por el número de integrantes en el hogar.

Condiciones de salud

En el cuestionario de Hogar, se exploraron las condiciones de salud de todos sus integrantes. Las condiciones de salud de una población son el reflejo del desarrollo de un país, ya que la situación del contexto en términos del ambiente social, económico y cultural de las personas a lo largo de su vida afecta su salud y calidad de vida. El concepto de condición de salud incluye no sólo el nivel de bienestar en la dimensión biológica, sino también la psicológica y la capacidad para interactuar con el entorno social tanto en su microambiente familiar como en el de la comunidad a la que pertenecen (dimensión social).⁸

Lo anterior evidencia la relevancia de los determinantes sociales de la salud a los que cada persona y grupo poblacional están expuestos como elementos fundamentales que afectan la condición de salud, por ello, grupos poblacionales distintos son específicos en los riesgos para la salud y a la vulnerabilidad para sufrir alteraciones. Por ende, para la obtención de la información respecto a la salud, la autopercepción del estado de salud es un indicador valioso que incorpora todas las dimensiones que, aunque de manera subjetiva, permiten acercarse a la condición real de salud.⁹

La ocurrencia de alguna condición de salud se indagó para cada integrante del hogar preguntando si tuvo o ha tenido algún problema de salud en el último mes y en caso positivo, en las últimas dos semanas.

Utilización de los servicios de salud

La generación de información estadística sobre la utilización de los servicios en materia de salud es de gran importancia para el país, tanto para la medición de los avances de los planes y programas de este tipo como para la evaluación de las políticas públicas relacionadas con la atención de la salud de la población. En ese sentido, medir el uso de los servicios de salud es de relevancia para el seguimiento de las políticas públicas de este sector, pues permite identificar la decisión de las personas acerca de la institución a la cual acuden preferentemente ante alguna enfermedad. Esta selección no siempre corresponde con la institución a la cual están adscritas, debido a que la determinan factores como la calidad, la distancia, el tiempo de espera del servicio, entre otros.¹⁰

Uno de los indicadores en esta materia es el porcentaje de la población que utilizó los servicios de salud ambulatorios en las últimas dos semanas.

- *Utilizador de servicios de salud* se considera a las personas que solicitaron atención por algún profesional de salud o centro sanitario debido a un problema de salud, enfermedad, control de la misma, lesión o accidente y que recibió la atención por parte del sector público o privado.
- *Atención ambulatoria*: Se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna.
- *Causas de consulta*: Identificar los motivos de consulta constituye un elemento primordial para el sector salud, ya que, de esta manera, se mide y se valora indirectamente el estado de salud de la población y esta información se utiliza para optimizar la planificación de prestación de los servicios, en función de los principales problemas que afectan a las poblaciones.¹¹
- *Principal causa de consulta ambulatoria*: Esta se definió a partir del listado de 45 enfermedades o problemas de salud del cuestionario, los cuales fueron clasificados en 10 grupos de enfermedades:
 1. Enfermedades y síntomas respiratorios agudos. Incluye infecciones respiratorias, neumonía o bronconeumonía, tos, catarro, dolor de garganta o infección de oído.
 2. Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad. Incluye enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión arterial, embolia o derrame cerebral u obesidad.
 3. Enfermedades y síntomas gastrointestinales. Incluye diarrea, gastritis o úlcera gástrica, colitis o parasitosis intestinal.
 4. Enfermedades urológicas. Incluye enfermedades renales o infecciones de vías urinarias.
 5. Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos. Incluye enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema) o asma.
 6. Síntomas neurológicos y psiquiátricos. Incluye alcoholismo, tabaquismo, padecimientos generados por consumo de drogas, pérdida de la memoria, estrés, depresión.
 7. Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos. Incluye fiebre reumática, artritis, problemas de la piel.
 8. Enfermedades infecciosas. Incluye tuberculosis, conjuntivitis, hepatitis, enfermedad exantemática (varicela, rubeola, escarlatina), infección de transmisión sexual, VIH/SIDA, paludismo o dengue.
 9. Lesiones físicas por accidente o agresión. Incluye lesión física por accidente o lesión física por agresión.
 10. Alergia, intoxicación por veneno de alacrán, serpientes o araña.
 11. Embarazo
 12. Cáncer o tumor
 13. Otros padecimientos. Incluye enfermedad bucodental, dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación, fiebre sin otra manifestación, susto, empacho, mal de ojo o aire.
- *Afiliación a servicios médicos*. Se refiere al derecho adquirido para disponer de servicios de salud, al estar afiliado a un sistema o programa de salud o institución de seguridad social.
- *Institución que proporcionó la atención*. Es el espacio físico donde se realiza la consulta médica, puede ser de tipo público o privado.
- *Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa ambulatoria*. Las preferencias en el uso de servicios de salud son un indicador indirecto del acceso efectivo que un sistema de salud ofrece a la población bajo su responsabilidad. Bajo el supuesto que un esquema de aseguramiento al que se está afiliado

garantiza la atención para dar respuesta a una necesidad de salud, se espera que las personas demanden los servicios en las instituciones que corresponden a su afiliación. La utilización de servicios otorgados por proveedores distintos puede indicar que el esquema de aseguramiento no cubre las expectativas de atención, ya sea en términos de calidad, de oportunidad o de continuidad de la atención. Asimismo, puede reflejar preferencias por servicios con mayor accesibilidad o disponibilidad. La percepción de un servicio en términos de buena calidad de la atención o mayor efectividad puede llevar a que se prefiera solicitar la atención en otros servicios públicos o privados, que muchas veces implican un costo económico para el usuario, mediante pago de bolsillo.¹²

Para la concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa ambulatoria, se construyen dos variables, que corresponden a dos preguntas. La primera mide la derechohabiencia (considerando sólo la primera opción reportada) y, la segunda, la institución que otorgó la atención curativa ambulatoria.

Con la información de las dos preguntas se realizó una combinación de ambas y se generó la variable concordancia, con tres categorías:

1. Misma institución. Identifica la población que recibió atención ambulatoria en la misma institución a la que está afiliada.
2. Otra institución. Se refiere a la población que no recibió atención ambulatoria en la institución de afiliación, y recibió la consulta médica en otra institución pública.
3. Privado. Considera la población que no recibió atención ambulatoria en la institución de afiliación, y recibió la consulta médica en el sector privado.

Además, se estimaron los siguientes indicadores:

- *Surtimiento de recetas*. Los medicamentos constituyen un recurso estratégico para mejorar la salud de la población y un componente clave para el buen funcionamiento de los sistemas de salud. Se requiere de la construcción de tres variables:

Usuarios de receta. Identificar el porcentaje de usuarios de servicios de salud que recibieron receta de medicamentos en la consulta. Se definió cuando se reportó que le recetaron uno o más medicamentos en la consulta.

Surtimiento de recetas. En este indicador se busca identificar el porcentaje de los usuarios que consiguieron o no alguno o todos los medicamentos recetados en la atención ambulatoria recibida. La información se obtiene a través de dos preguntas que hacen referencia a si consiguió los medicamentos y el lugar donde los consiguió.

Institución que proporciona la atención. Es el espacio físico donde se realiza la consulta médica, puede ser de tipo público o privado, institucional.

- *Utilización de servicios hospitalarios*. La exploración de los servicios hospitalarios se realizó por integrante del hogar, preguntando si durante el año anterior a la entrevista “estuvo hospitalizado o internado”. Se indagó sobre el motivo de la última hospitalización, así como sobre diferentes aspectos relacionados con la atención.¹³

Una hospitalización es el servicio destinado al internamiento de personas, previa autorización del médico tratante, para establecer un diagnóstico, recibir tratamiento y dar seguimiento a su padecimiento. Se considera que la persona estuvo hospitalizada si pasó al menos una noche en un hospital, clínica o establecimiento de salud.

- *Concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporciona la atención hospitalaria durante los últimos 12 meses*. Esta variable se construyó de la misma manera previamente descrita.

Vacunación

La vacunación es, después de la potabilización del agua, la estrategia más rentable para combatir enfermedades infecciosas, a nivel mundial. La vacunación tiene impactos directos sobre la salud,

bienestar, educación, y otros resultados poblacionales importantes. Las enfermedades prevenibles por vacunación ocasionan 17% de las muertes en menores de cinco años de edad a nivel global (1 504 000 de 8 795 000).¹⁴ La cobertura adecuada de vacunación contribuye a disminuir las inequidades sociales ya que reduce la mortalidad y morbilidad debidas a enfermedades infecciosas que tienden a afectar en mayor proporción a los niños, en especial a los niños de las familias más pobres.¹⁵

Una vacuna es una preparación biológica que tiene el fin de generar inmunidad contra una o varias enfermedades, e impacta en la prevención, control, eliminación e incluso en algunas enfermedades en su erradicación.¹⁶

Los indicadores de los resultados globales y nacionales del Programa de Vacunación Universal (PVU), señalan que se debe alcanzar y mantener la cobertura de vacunación en 95% para cada biológico y 90% del esquema completo en niños de un año de edad.¹⁷

La disminución de las coberturas de vacunación por debajo del umbral de 95% constituye una amenaza sobre los logros alcanzados hasta ahora en términos de eliminación de enfermedades como el sarampión.¹⁸

Se obtuvo el indicador de esquema completo de vacunación, el cual permite conocer la distribución de la población vacunada de acuerdo con la edad y según el esquema de vacunación normado en México. La información se describe a nivel nacional, por regiones del país, sexo, edad, y tipo de localidad urbana/rural.

También se estimó la proporción de vacunación por biológico/vacuna para la edad. Este indicador permite conocer la distribución de la población vacunada para cada biológico o vacuna en particular de acuerdo con las dosis establecidas para cada vacuna y de acuerdo con la edad, según el esquema de vacunación normado en México.

Vacunación se refiere “a la aplicación de un producto inmunizante a un organismo con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada...”¹⁴

Adicionalmente se consideraron variables como: sexo, edad, entidad federativa, tipo de localidad y región del país. Se realizaron análisis estratificados de acuerdo con los siguientes grupos poblacionales: Niños de 0 a 9 años, Adolescentes de 10 a 19 años de edad, Adultos de 20 a 59 años de edad y Adultos mayores de 60 y más años de edad.

Enfermedad diarreica e infecciones respiratorias

Enfermedad diarreica

A nivel global las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible consideran reducir la mortalidad infantil.¹⁹ En México el Programa Nacional de Salud de la Infancia y Adolescencia tiene como objetivo disminuir la morbi-mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad. Sus acciones incluyen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad diarreica y de las infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años.²⁰

Se considera diarrea aguda al incremento en el número de las evacuaciones de heces, tres o más veces al día (o frecuencia mayor a lo habitual según cada persona) estas son sueltas o líquidas, pueden presentarse con o sin moco o sangre. La diarrea es una enfermedad caracterizada por la evacuación frecuente de deposiciones anormalmente blandas o líquidas que contienen más agua de lo normal, lo cual implica pérdida de sales (electrolitos), importantes para mantener el estado de hidratación del individuo.²¹ La diarrea es generalmente el síntoma de infecciones gastrointestinales, mismas que se transmiten por consumo de agua o alimentos contaminados, inadecuada higiene y deficiencias en el saneamiento básico. Adicionalmente a estos factores, la malnutrición sitúa a los niños que la padecen en una situación de vulnerabilidad. Las enfermedades diarreicas son la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años. Generalmente la enfermedad se autolimita y no es necesario administrar medicamentos, sin embargo, si no se da la atención oportuna pueden ocurrir complicaciones, la más importante es la deshidratación en niños, mal manejados puede incluso causar la muerte.

Para tratar las diarreas, lo más importante es prevenir y tratar la deshidratación mediante la rehidratación oral, de preferencia con el **Vida Suero Oral (VSO)**, o suero casero, estrategias probadas a nivel global, o con abundantes líquidos, de ser necesario el tratamiento puede ser farmacológico. Asimismo, es fundamental tener una alimentación habitual completa, equilibrada, suficiente, variada y adecuada para la edad, incluyendo la leche al seno materno (exclusiva para los niños de seis o menos meses de edad). Otra medida es la

vacunación oportuna contra rotavirus. Adicionalmente es fundamental la atención médica oportuna. “La atención eficaz y oportuna de la enfermedad diarreica comprende tres acciones principales: la administración de líquidos en forma de té, agua de frutas, cocimientos de cereal y VSO, así como mantener la alimentación habitual. Ambas acciones evitan por un lado la deshidratación y por el otro la desnutrición...”²²

Los indicadores estimados son:

1. *Porcentaje de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista.*
2. *Distribución de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, según tipo de líquidos administrados durante la diarrea.*

Para la pregunta sobre administración de líquidos se registraron una o más opciones de respuesta. Para el análisis se agruparon las opciones de respuesta de la siguiente manera:

- Vida Suero Oral (opción 1)
 - Suero comercial/casero (opciones 2 y/o 3)
 - Agua sola y de fruta (opciones 4 y/o 5)
 - Té, atole (opciones 7 y/u 8)
 - Leche (opciones 10 y/u 11)
 - Otro (opciones 6, 9, 12, 13, 14 y/o 15)
 - Ninguno (opción 16)
 - No especificado (opción 99)
3. *Distribución de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, según cantidad de alimentos administrados.*

Infecciones respiratorias agudas (0 a 4 años)

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son un grupo de enfermedades que se transmiten por contacto directo y si no se atienden de manera adecuada, se complican con neumonía y pueden causar la muerte. Las manifestaciones clínicas son variadas e inespecíficas de acuerdo con el órgano afectado, por lo tanto la etiología no se conoce de forma inmediata. Generalmente se autolimitan y requieren sólo de tratamiento sintomático y medidas higiénico-dietéticas.²³ En México un niño sufre de 2 a 4 episodios de IRAs al año.

Existen estrategias para prevenir las IRAs en la población infantil, la más exitosa es la vacunación, sin embargo, otras están dirigidas a evitar los factores de riesgo como el lavado frecuente de manos, la higiene respiratoria, evitar el contacto con personas enfermas, el hacinamiento y la exposición al humo de tabaco o a la contaminación del aire, por uso de combustibles sólidos.²⁴

Los programas de prevención del sector salud se dirigen principalmente a la capacitación de los cuidadores de los menores de cinco años sobre medidas generales que se conocen como el “ABC del manejo en el hogar”, como es mantener la alimentación habitual o lactancia al pecho materno, aumentar el consumo de alimentos con vitamina A y C; y aumentar el consumo de bebidas, excepto las bebidas carbonatadas, lo que ayuda al manejo de secreciones, identificar oportunamente los signos de alarma (dificultad respiratoria, secreción de oído, fiebre o dificultad para la alimentación) para consultar oportunamente a un médico y evitar complicaciones.²⁵

Los indicadores estimados son:

1. *Porcentaje de población menor de cinco años que presentó infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista.*
2. *Distribución de la población menor de cinco años, según presencia de IRA en las dos semanas previas a la entrevista, por edad y sexo.*
3. *Porcentaje de la población menor de cinco años que presentó enfermedad respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista, según identificación de los signos de alarma por parte del responsable del menor.* Este indicador busca conocer la prevalencia de IRA en niños con menos de cinco años de edad en las dos semanas previas a la aplicación del cuestionario e identificación de signos de alarma de IRA por parte del responsable del menor. Para el manejo de la IRAs, uno de los planes generales de tratamiento se basa en la capacitación de la madre o tutor del niño principalmente dirigida hacia “la identificación de los signos de alarma (respiración rápida, tiraje, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o avance de la enfermedad), a fin de que la madre acuda urgentemente a la unidad de salud más cercana; además, hacia los cuidados generales que deben brindarse al niño en el hogar”.²⁵

Los resultados se presentan estratificados por sexo, año de vida cumplido, tipo de localidad y región. Cuando fue posible se comparó con los resultados de ediciones previas de la Ensanut.

Accidentes

En el artículo 162, la Ley General de Salud define un accidente como “el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles”.²⁶ Tomando como referencia el concepto de salud acuñado por la OMS,²⁷ los daños a la salud pueden ser biológicos, psicológicos o sociales.

Daños biológicos, las lesiones de causa externa son la manifestación biológica de los daños que causan los accidentes. Éstas pueden ser definidas como “cualquier daño o impedimento corporal específico e identificable, resultado de una exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química o de la ausencia de elementos esenciales como el calor y el oxígeno”.²⁸ Las lesiones de causa externa pueden clasificarse en intencionales o no intencionales. En las primeras, hay una acción humana realizada de forma premeditada y destinada a causar un daño, ya sea autoinfligido (suicidio o intento de suicidio) o provocados a otras personas (agresión o violencia). En las lesiones no intencionales, no hay un deseo, implícito o explícito, de causar un daño por lo que, por definición, todos los tipos de accidentes causan lesiones no intencionales.

Las lesiones accidentales o no intencionales pueden ser clasificadas de distintas formas. La más importante de ellas es la propuesta por la OMS. Tal como lo señala el artículo 21 de la Constitución de la OMS, la Asamblea de la Salud (órgano superior compuesto por los Estados Miembros de la OMS,²⁷ entre los que México es un Estado contratante) tiene la autoridad para establecer sistemas de nomenclaturas respecto a enfermedades, causas de muerte y prácticas de salud pública. De ahí que la OMS cuenta con una familia de clasificaciones, ratificadas por la Asamblea de la Salud, entre la que se encuentra la Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, cuya versión más actual es la 10 (o CIE-10).²⁹

A partir de esta clasificación, se emplea rutinariamente en el país la Lista Mexicana para la selección de las principales

causas.³⁰ Sin embargo, el agrupamiento de esta Lista no permite visualizar causas importantes de accidentes que tienden a pasar desapercibidas en la administración pública en salud.³¹ Por ello, en el cuadro A se presenta una categorización más adecuada de las principales causas de accidentes, de acuerdo con el capítulo 20 de la CIE-10.

Un aspecto clave para la prevención de accidentes es saber dónde ocurren estos eventos. El cuarto dígito de la CIE-10 recaba y clasifica el ámbito de ocurrencia de la siguiente forma:

0. Vivienda
1. Institución residencial
2. Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
3. Áreas de deporte y atletismo
4. Calles y carreteras
5. Comercio y área de servicios
6. Área industrial y de la construcción
7. Granja
8. Otro lugar especificado; y
9. Lugar no especificado

Una excepción son los accidentes de transporte, que pueden ser terrestres, acuáticos o aéreos. En ellos el cuarto dígito hace referencia al tipo de evento; por ejemplo, del V01 al V89, si es de tránsito o no de tránsito. Por definición, los accidentes de tránsito son aquéllos que ocurren en la vía pública. La OMS define la vía pública como la distancia entre las líneas de propiedad –u otros límites semejantes– en el terreno, que por derecho o costumbre cualquier persona puede acceder para diversos fines y que tradicionalmente es utilizada para mover personas o bienes de un lugar a otro. Las calles, caminos, carreteras, avenidas o autopistas son la parte de la vía pública destinada, desarrollada y utilizada en forma habitual para el tránsito de vehículos. La vía pública incluye además de las vialidades, las banquetas o espacios designados para deambular.^{29,32}

En el capítulo 19, la CIE-10 clasifica, por región anatómica, la naturaleza de la lesión de la siguiente forma:

- Traumatismo superficial
- Herida
- Fractura
- Luxaciones, esguinces y torceduras
- Traumatismo de los nervios y de la médula espinal

- Traumatismo de los vasos sanguíneos
- Traumatismo de tendón, fascia y músculo
- Traumatismo por aplastamiento
- Amputación traumática
- Traumatismos de órganos internos
- Quemaduras de primer, segundo y tercer grado
- Envenenamientos e intoxicaciones
- Otros traumatismos y los no especificados

Daños psicológicos. Un accidente también puede tener daños psicológicos. En general, los accidentes son experiencias que dejan huella en las personas, muchas veces irreparables. De ahí que algunos esfuerzos gubernamentales han tratado de dar un “rostro” a las estadísticas,³³ lo que pone énfasis en que detrás de cada estadística de siniestralidad “hay una historia de vida” de la que podemos aprender.³⁴

Algunos estudios han documentado cómo, luego de un accidente, la vida de las personas cambia.³⁵ Los daños psicológicos,

en su expresión más severa se manifiestan en el ampliamente documentado síndrome de estrés postraumático. Este síndrome se caracteriza por pensamientos y recuerdos intrusivos, evitación e hiperactividad después de la exposición a una situación que pone en peligro la vida o un evento grave de la vida.³⁶ En el tema de los accidentes de tránsito se han documentado altas prevalencias, incluso tres a seis meses posteriores al evento. La mayor parte de ellos continuará experimentando problemas un año después, lo que resalta la necesidad de intervenciones psicológicas-psiquiátricas oportunas.³⁷ Daños psicológicos menos severos pueden ocasionar estrés y temores extremos o paralizantes que impiden que las personas lesionadas realicen actividades de su vida cotidiana que antes del evento hacían con normalidad.³⁵

Daños sociales. Los accidentes son una importante causa de discapacidad. Un accidente fue la causa subyacente de 12.3% de los 10 millones de personas que vivían con discapacidad

■ Cuadro A

Clasificación de las lesiones accidentales de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Causa externa	Código CIE-10
Transporte	V01-V99X
<i>Terrestre</i>	V01-V89
<i>Acuático</i>	V90-V94
<i>Aéreo y espacial</i>	V95-V97
Caídas	W00-W19
Exposición a fuerzas mecánicas	W20-W64
<i>Inanimadas</i>	W20-W49
<i>Animadas</i>	W50-W64
Asfixias	W65- W84
<i>Ahogamiento y sumersión o inmersión en líquido</i>	W65-W74
<i>Otras obstrucciones de la respiración</i>	W75-W84
Exposición a corriente eléctrica, radiación y temperatura y presión del aire ambientales externos	W85-W99
Quemaduras	
<i>Exposición al fuego humo y llamas</i>	X00-X09
<i>Contacto con calor y sustancias calientes</i>	X10-X19
Envenenamientos e intoxicaciones	
<i>Contacto traumático con animales o plantas venenosas</i>	X20-X29
<i>Envenenamiento por, y exposición a sustancias nocivas</i>	X40-X49
Otros accidentes	
<i>Exposición a fuerzas de la naturaleza</i>	X30-X39
<i>Exceso de esfuerzo viajes y privación</i>	X50-X57
<i>Exposición accidental a otros factores y a los no especificados</i>	X58-X59
<i>Complicaciones de la atención médica y quirúrgica</i>	Y40-Y84
<i>Secuelas de accidentes</i>	Y85, Y86, Y88

en México en 2012.³⁸ La discapacidad, a su vez, está asociada a una mayor incidencia y severidad de los accidentes.^{39,40}

De las 6.9 millones de personas que sufrieron una lesión accidental no fatal, 18.9% (1.3 millones de personas) reportó consecuencias permanentes en su estado de salud. Esto genera altos costos para el sistema de salud y para los hogares.

Tan sólo en el tema de los accidentes de tránsito se ha documentado que un importante número de hogares incurre en gastos catastróficos para atender sus lesiones luego de un accidente.⁴¹ Las personas lesionadas, o sus familiares, pueden perder su empleo, reducir sus ingresos temporal o permanentemente, endeudarse, perder su patrimonio, afectar incluso la calidad de su alimentación, llegando incluso a la dependencia económica.³⁵ El costo económico que producen los accidentes de tránsito en México se ha estimado que equivale entre 1.8 y 3.5% del PIB.⁴² Específicamente el costo económico en México de la discapacidad resultante de accidentes de tránsito se ha estimado en 13 639 millones de pesos.⁴³

Pero los accidentes afectan los hogares, núcleo básico de la sociedad, de otras formas. La dinámica familiar puede cambiar luego de un accidente; se produce tensión, hay cambio de roles al interior del hogar lo que eventualmente puede traducirse en rompimiento de núcleos familiares previamente establecidos. El abandono escolar, la pérdida de un familiar, la orfandad, la tristeza, la pérdida del sentido de la vida, y la incertidumbre financiera (por pérdida de un proveedor del hogar, por ejemplo) son dimensiones difícilmente cuantificables en términos económicos.³⁵ Finalmente existen otros problemas sociales resultantes de los accidentes, de los que poco se conoce en el país, como el estigma y el rechazo social causados, por ejemplo, por cicatrices de quemaduras no intencionales que producen desfiguramiento.⁴⁴

Análisis de los accidentes. En el análisis de los accidentes, existen cuatro elementos clave: el huésped (la persona), el agente (lo que causa la lesión, esto es, la transferencia de energía), el vector (lo que facilita la transferencia de energía), y el ambiente (donde todo esto ocurre).⁴⁵ William Haddon incluyó un componente temporal a este modelo analítico que permite identificar los factores del huésped, el vector y el ambiente (tanto físico como socioeconómico) que están asociados a la ocurrencia de

un accidente (fase preevento), a la severidad de las lesiones y otros daños a la salud resultantes (fase del evento), o bien, que se asocian a la supervivencia y los resultados finales de las lesiones y otros daños a la salud (fase posevento).⁴⁶

A partir de este modelo analítico se ha podido documentar el efecto que factores como el género, la edad, la condición socioeconómica, entre otros muchos, tienen sobre los accidentes. El género es un factor clave del huésped que está asociado a la ocurrencia y severidad de los accidentes. Es bien sabido que los accidentes afectan de forma diferenciada a hombres y mujeres, lo que se observa desde la etapa infantil.³⁹ Los niños tienden a tener lesiones accidentales más frecuentemente y éstas suelen ser más severas que en las niñas. Algunas teorías al respecto hablan de que los niños tienden a adoptar conductas más riesgosas, que tienen niveles de actividad mayores o que se comportan más impulsivamente que las niñas. Otras teorías señalan que los niños son socializados de forma diferente que las niñas que tienden a ser más restringidas en su inquietud por explorar el mundo, por alejarse más de la protección de los adultos y por jugar solas.⁴⁷

La edad también juega un rol importante en las tres fases del evento.⁴⁸ Durante la infancia, por ejemplo, se carece de conocimientos, habilidades y niveles de concentración necesarios para manejar un ambiente inseguro. Sin embargo, las y los niños viven en un mundo construido por y para personas adultas; se desarrollan, por tanto, en un entorno sobre el que tienen poco poder o control y en el que su seguridad depende en gran medida de quienes están a su cargo.^{47,49}

La edad también influye sobre el tipo específico de lesión que se presenta. Por ejemplo, durante la infancia, las quemaduras accidentales en menores de un año se producen principalmente en las palmas de la mano dado que comienzan a desarrollar su movilidad y tienden a querer tocar todo a su alcance. En general, el tipo más frecuente de quemaduras en menores de seis años son las escaldaduras o quemaduras por líquidos, que ocurren cuando jalen algún contenedor con líquido caliente (olla, taza de café, etc.) afectando su cara, extremidades superiores o tronco. La población de 6 a 8 años a menudo siente curiosidad por el fuego lo que la lleva a experimentar con cerrillos, encendedores o con fuegos artificiales; las y los adolescentes también resultan heridos por este tipo de fuego.⁵⁰

Las personas adultas mayores están en mayor riesgo de sufrir quemaduras accidentales y ser sujetas de consecuencias devastadoras comparadas con otros grupos etarios.⁵¹ Biológicamente, las personas adultas mayores al igual que la población infantil, tienen la piel delgada, lo que las pone en mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de quemaduras. Entre los factores de riesgo documentados en este grupo de edad se incluyen el deterioro físico, cognitivo y sensorial, la disminución de las funciones motoras y reflejos, inadecuada percepción de los riesgos, alta incidencia de condiciones y enfermedades crónicas (incluyendo problemas neurológicos y psiquiátricos), los efectos de los medicamentos que utilizan para dichas condiciones,⁵² así como el abandono y la negligencia que sufren algunos de ellos.⁵⁰

La vulnerabilidad de la población frente a los accidentes no es homogénea. Los factores socioeconómicos también afectan el riesgo de sufrir lesiones accidentales sustancialmente. Por ejemplo, los hogares de escasos recursos pueden tener un menor acceso a un adecuado cuidado y supervisión de las niñas y niños que en el mejor de los casos tienden a ser cuidados por sus hermanos/as mayores. Más aún, la población infantil y la adulta mayor que vive en situación de pobreza, está comúnmente expuesta a ambientes inseguros: banquetas inseguras, falta de espacios e instalaciones seguras para el esparcimiento, entre otros. Al interior de su hogar frecuentemente cuentan con estufas tradicionales (de leña), ventanas sin protección, suelo sin piso firme, escaleras sin pasa manos, etc. La marginalidad en la que viven incrementa los tiempos de traslado para recibir atención médica. Equipos de seguridad como alarmas contra incendio, tampoco suelen ser muy accesibles en países de ingresos bajos y medianos, y particularmente en hogares de escasos recursos. Finalmente, quienes viven con algún tipo de discapacidad, la población desplazada por algún tipo de conflicto social, la migrante o la que vive en situación de calle, tiene mayor incidencia de accidentes.^{48,49}

El género, la edad y la condición social y económica son tan sólo algunos ejemplos de riesgos documentados por investigaciones realizadas en distintos contextos. Sin embargo, hay otros factores que han sido reportados en la literatura especializada, asociados a un mayor riesgo (factores de riesgo) o a un menor riesgo (factores protectores) de sufrir accidentes o sus consecuencias.

Indicadores de accidentes reportados

- El autorreporte de lesiones accidentales no fatales durante los 12 meses previos a la encuesta fue explorado en los tres cuestionarios de salud de la Ensanut 2018-19, dirigidos para población infantil, adolescente, y adulta. Esta información permite cuantificar la magnitud de los accidentes no fatales en México y sus consecuencias en salud en los últimos 12 meses, así como la proporción que representan del total de personas que viven en México. Los accidentes son un importante problema de salud pública en México y el mundo.
- Quienes responden afirmativamente haber sufrido algún accidente, se identifica el *Tipo de accidente (causa externa)*.
- Otro indicador de relevancia es el *Uso de sistemas de retención* sólo en las personas que sufrieron un choque entre vehículos de cuatro o más ruedas, se exploró si al momento de sufrir el accidente llevaban puesto el cinturón o iban en un sistema de retención infantil (esto último sólo en población infantil). El indicador se reporta para población de 10 y más años y para población menor de 10 años.
- *Uso de casco*. Sólo en las personas que sufrieron un choque e iban en motocicleta o en bicicleta, se exploró si al momento de sufrir el accidente llevaban puesto el casco. Este indicador se reporta de manera estratificada para motociclistas, ciclistas por grupo de edad y sexo.
- *Ámbito de ocurrencia de los accidentes*. Permite establecer el ámbito en donde el accidente ocurrió.
- Utilización de servicios de salud a causa de los accidentes.
- *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 en adolescentes y personas adultas.
- La *Prevalencia de consecuencias permanentes en el estado de salud de personas que sufrieron un accidente* indica el 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.

Métodos de disciplina

En todas las culturas, las prácticas de crianza incluyen el manejo del comportamiento de los niños/as 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 otros niños/as y adultos. Los métodos de disciplina violentos, incluyen el empleo de estrategias punitivas basadas en el castigo físico y la intimidación verbal. La evidencia científica ha señalado que la exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de los niños/as, 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.⁵³⁻⁵⁵

La meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 16), establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niños/as 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 2018-19 se midió la exposición a métodos violentos de disciplina, para la población de 0 a 14 años. Para los niños/as menores de un año se utilizaron unas preguntas que identifican la exposición a violencia o negligencia en el contexto de las relaciones y cuidado temprano a los bebés. Como métodos de disciplina no violenta se consideran abrazar o consolar, hablar con él/ella suavemente, distraer llamando su atención para otra cosa y verificar si necesita algo como comer; mientras que los métodos de disciplina violenta se integran por agresión psicológica (ignorar, hablar severamente y gritar) y castigo físico (sacudir y pegar). El módulo se aplicó a las madres de los niños/as de 0 a 11 meses.

Para los niños/as de 1 a 14 años, se utilizó la sección de Disciplina de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, acrónimo en inglés) de UNICEF, la 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. Este se aplicó a las madres de los niños/as de 1 a 10 años, y directamente a los niños/as y adolescentes de 10 a 14 años. Se consideran como métodos de disciplina no violenta quitar permisos, explicar porque estuvo mal su comportamiento y darle otra cosa que hacer; mientras que los métodos de disciplina violenta se conforman por agresión psicológica (gritar

y llamar tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida) y cualquier forma de castigo físico (zarandear, dar nalgadas, pegar con algún objeto duro, pegar con la mano en cara, cabeza o en las orejas, pegar con la mano en brazos, piernas o manos y dar una paliza).

Funcionamiento y discapacidad

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

La definición de discapacidad ha cambiado con el tiempo. La definición médica, que identifica a las personas de acuerdo con su diagnóstico y se enfoca en trastornos o enfermedades (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.), ha evolucionado a la definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. Este nuevo paradigma biopsicosocial, en sintonía con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, enmarca el abordaje metodológico de medición poblacional de la discapacidad, el cual se describe a continuación.

En la Ensanut 2018-19 se utilizó el módulo de preguntas sobre funcionamiento desarrollado por UNICEF y el Grupo Washington para la medición de la discapacidad en la niñez y adultos.^a Esas preguntas están diseñadas para identificar a los niños y niñas, así como 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. El módulo sobre funcionamiento se incluyó en los cuestionarios de niños de 0 a 9 años y de adultos. La batería de preguntas se aplicó a las madres de los niños y niñas de 2 a 9 años y directamente a los adultos.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial de discapacidad, el módulo se enfoca en la presencia de dificultades en el funcionamiento. El módulo está diseñado para capturar el continuo

^a Este módulo fue finalizado en marzo del 2016 y se encuentra disponible para ser utilizado en cualquier iniciativa de recolección de información que tenga como objetivo producir estadísticas armonizadas de discapacidad.

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 niños y niñas o 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 el niño y niña o adulto tenga discapacidad ya que el instrumento no fue diseñado con la intención de ser utilizado como herramienta diagnóstica.^b

Dependiendo del grupo de edad 2-4 años,^c 5-9 años^d o ≥ 10 años,^e el módulo incluye 16, 24 o 10 preguntas con respuestas categóricas que evalúan dificultades de funcionamiento; se consideran que presentan dificultad en el funcionamiento a aquellas personas con al menos una alteración en los dominios evaluados.

Consumo de alcohol y tabaco para adolescentes y adultos

La prevención y control del consumo de tabaco y alcohol son elementos fundamentales en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en México. En la actualidad, el consumo de tabaco y alcohol constituye los principales factores de riesgo prevenible en la población mundial; disminuir el consumo de manera sustancial ayudará al cumplimiento de las metas establecidas en la agenda 2030 de las Naciones Unidas.⁵⁶ Cada año, el consumo de tabaco causa a nivel global ocho millones de muertes⁵⁷ y tres más por el consumo de alcohol,⁵⁸ en suma cerca de 15% del total de defunciones se atribuyen a estos dos factores de riesgo prevenibles.

De manera importante en México, el consumo de alcohol causa discapacidad y muerte entre los grupos poblacionales más jóvenes, siendo las lesiones y los accidentes de tránsito, las principales causas de mortalidad en esta población. Adicionalmente,

el consumo nocivo de alcohol se relaciona con enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis); así como con enfermedades mentales y comportamentales con un impacto social relevante.⁵⁹

A pesar de más de una década de la entrada en vigor del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y de los logros alcanzados en México, son muchas las estrategias de prevención y control que están pendientes por implementar, reforzar y dar sustento a través del tiempo.⁶⁰ Es por esto, que la Ensanut en su edición de 2018-19, permitirá continuar con el monitoreo y la vigilancia del comportamiento de estas epidemias entre los grupos más vulnerables, coadyuvando en la toma de decisiones basadas en evidencia científica para la acertada implementación de políticas públicas en México.

El monitoreo de la prevalencia de consumo entre hombres, mujeres y grupos de edad permite visualizar el primer panorama de estas epidemias, identificando a los grupos poblacionales más vulnerables (adolescentes, mujeres, poblaciones de menor nivel educativo y de menos ingresos), conocer la edad de inicio de experimentación, el patrón de consumo (diario, ocasional) y la intensidad (número de cigarros consumidos por día, número de copas consumidas por ocasión) permite conocer la exposición y su efecto causal en la salud de la población.

De igual manera, conocer el grado de adicción a las sustancias (nicotina y alcohol) permite visualizar el abordaje terapéutico individual y la oferta de servicios de cesación que el sistema de salud mexicano requiere para la prevención y control de estas epidemias. En esta edición de 2018-19, se incorporaron nuevas preguntas orientadas al uso de productos de tabaco con cápsulas de sabor y muy particularmente al conocimiento y experimentación de los nuevos productos de tabaco como son el cigarro electrónico (E Cig) o productos vaporizables y los productos calentados (IQOS).

Además de las consecuencias en salud, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol son causa de pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. Es por esta razón que la Ensanut 2018-19 permite conocer el comportamiento de estas epidemias por zonas geográficas (regiones), en el nivel subnacional (estatal) y por zonas de interés particular considerando los estratos: urbano y rural.

^b Para más información sobre el módulo de discapacidad, y sobre el trabajo en general del Grupo de Washington sobre la medición de la discapacidad, consultar la página <http://www.washingtongroup-disability.com/>

^c Se evaluaron los siguientes dominios: vista, audición, caminar, motor fino, comunicación, aprendizaje, jugar y control del comportamiento.

^d Se evaluaron los siguientes dominios: vista, audición, caminar, autocuidado, comunicación, aprendizaje, recuerdo, concentración, aceptación al cambio, control del comportamiento, hacer amigos, ansiedad y depresión.

^e Se evaluaron los siguientes dominios: vista, audición, caminar, cognición, autocuidado y comunicación.

México tiene una oportunidad única para que de manera decidida implemente integral y sinérgicamente todas las estrategias de salud pública de control de la oferta y demanda de estos productos.^{61,62} La prohibición de la venta a menores de edad, la prohibición total de la publicidad y el incremento sustancial de los precios de estos productos a través de los impuestos, son las medidas más rentables para evitar el inicio entre los jóvenes y reducir el consumo entre los adultos.^{61,62}

Indicadores de consumo de tabaco

- La prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) de tabaco.
- Cambios en el estatus de fumador en la población de estudio.
- Intensidad de consumo entre los fumadores diarios.
- Promedio de inicio del patrón de consumo diario que es un indicador de la intensidad de la epidemia entre la población.
- Prevalencia actual de consumo de tabaco con cápsulas de sabores. En esta edición de Ensanut 2018-19 se incorporaron nuevas preguntas relacionadas con la experimentación y el uso de productos de tabaco con cápsulas de sabor con el objetivo de monitorear el consumo de nuevos productos de tabaco con innovaciones de mercado como son las cápsulas de sabores múltiples que recientemente ingresan en los mercados de los países de bajos y medianos ingresos, incluido México, para captar particularmente el mercado de adolescentes.⁶³
- Prevalencia de consumo de los cigarros electrónicos y el patrón de consumo (diario y ocasional) y la experimentación. En México está prohibida su venta, distribución y mercadeo de este producto, sin embargo, la prevalencia de consumo se ha incrementado exponencialmente entre los adolescentes.⁶⁴ Este grupo de preguntas se encuentran validadas a nivel global y en México en encuestas nacionales realizadas previamente como la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, GATS México 2009⁶⁵ y 2015⁶⁶ y en la más reciente Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17.⁶⁷

Los indicadores de prevalencia, patrones e intensidad de consumo, edad de inicio de consumo diario, experimentación y

uso de tabaco con cápsulas de sabor y de nuevos productos de tabaco (E Cig) se estimaron por grupo de edad: adolescentes y adultos, por sexo: hombres y mujeres, por tipo de localidad geográfica: urbana y rural.

Indicadores de consumo de alcohol

Adolescentes

- Las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol entre los adolescentes están orientadas a caracterizar la experimentación, el consumo, pero de manera importante la frecuencia y la intensidad de consumo.
- Prevalencia actual (últimos 30 días); así como la frecuencia de consumo de alcohol diario, semanal, mensual y ocasional.
- Patrón de consumo para identificar el consumo excesivo de alcohol conocido como “Binge Drinking” que particularmente afecta a la población de adolescentes mexicanos.

Adultos

- Las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol entre los adultos están orientadas a caracterizar el consumo actual, el patrón de consumo en términos de la frecuencia e intensidad de consumo, la duración del patrón de consumo y el consumo excesivo de alcohol diferenciado entre hombres y mujeres.
- Prevalencia de consumo en los últimos 30 días.
- Patrón de consumo actual y pasado del entrevistado en términos del consumo diario, semanal, mensual u ocasional.
- Tiempo promedio de duración de este patrón de consumo.
- Entre los adultos también es de importancia en salud pública monitorear el patrón de consumo de alcohol en el último mes particularmente el consumo excesivo de alcohol conocido como “Binge Drinking”.

Las preguntas de esta temática se encuentran validadas en México en encuestas nacionales realizadas previamente como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17.⁶⁸ Los indicadores de prevalencia, patrones e intensidad de consumo de bebidas alcohólicas se estimaron por grupo de edad: adolescentes y adultos, por sexo: hombres y mujeres, por tipo de localidad geográfica: urbana y rural.

Salud sexual y reproductiva

En el cumplimiento de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS)¹⁹ contenidos en la Agenda 2030 se contempla la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.⁶⁹

Los indicadores estimados en la Ensanut 2018-19 fueron:

- *Adolescentes con conocimiento de algún método anticonceptivo.* Permite observar en qué medida la población adolescente conoce algún método anticonceptivo, independientemente del inicio de la vida sexual, se identifica el conocimiento que tienen los adolescentes sobre la existencia de métodos para evitar infecciones de transmisión sexual y/o embarazo, así como su funcionalidad de algunos de ellos.
- *Adolescentes con conocimiento del condón masculino.*
- *Adolescentes con conocimiento del número de veces en 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 y adulta de 20 a 49 años. En este indicador se consideran válidas estimaciones de inicio de vida sexual >6 años.
- *Condición y tipo de protección en la primera y última relación sexual.*
- *Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.*
- *Uso de anticonceptivos en la última relación sexual.* Busca conocer sobre el (los) método(s) anticonceptivo(s) usado(s) en la última relación sexual. Para población adulta, además, se consideran los métodos definitivos de Operación femenina OTB o ligadura de trompas y Operación masculina o vasectomía
- *Infecciones de transmisión sexual.* Proporción de la población adolescente o adulta que ha recibido consulta médica para atenderse alguna infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses.^{70,71}
- *Prueba de detección del VIH.* Porcentaje de la población adolescente o adulta a la que le han realizado la prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y si conocen el resultado de la misma.
- *Consumo de ácido fólico en mujeres.* Prevalencia de consumo de ácido fólico en mujeres, en los últimos 12 meses. El ácido fólico es una vitamina perteneciente al complejo B, también conocida como vitamina B9. Aunque todos lo necesitamos, su consumo es especialmente importante en las mujeres en edad fértil y en las mujeres embarazadas, ya que protege al futuro bebé de presentar malformaciones, como ausencia de todo o parte del cerebro, espina bífida, hendidura del labio y el paladar; también disminuye las posibilidades de dar a luz un bebé prematuro y de bajo peso. Además, es útil en el tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia, reduce las probabilidades de padecer cáncer de colon, cáncer de cuello uterino y, en algunos casos, cáncer de seno.
- *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 del círculo de la pobreza, obstaculizando su movilidad social”.⁷²

La puesta en marcha de la *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA)*⁷³ ha mostrado que el embarazo en adolescentes es un problema de causas multidimensionales, y que sus efectos tienen una repercusión negativa para su acceso a una vida digna, su pleno desarrollo y el goce de sus 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.
- *Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA).* Es el indicador que permite calcular el número de nacimientos por cada mil

mujeres de 12 a 19 años de edad. La Tasa es la frecuencia relativa con que un evento se presenta (nacimientos) dentro de una población determinada en un periodo de tiempo. Generalmente en un año. Se expresa por 1 000. La TFA representa el número de nacimientos por cada mil mujeres de 12 a 19 años de edad. Es importante considerar la definición de nacimiento, la cual se refiere a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales. En este caso, para el cálculo de la TFA, en el numerador se consideran los hijos nacidos vivos, y en el denominador se consideran a las mujeres de 12 a 19 años de edad con al menos un embarazo.

- *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 pérdida.
- *Mujeres adultas embarazadas al momento de la encuesta.* Prevalencia de mujeres embarazadas (de 20 a 49 años con inicio de vida sexual) al momento de la entrevista, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo o fue una pérdida.
- *Tasas Específicas de Fecundidad (TEF) en mujeres adultas.* Este indicador permite calcular el número de nacimientos por cada mil mujeres de 20 a 49 años de edad. La Tasa es la frecuencia relativa con que un evento se presenta (nacimientos) dentro de una población determinada en un periodo de tiempo. Generalmente en un año. Se expresa por 1 000. Las TEF representan el número de nacimientos por cada mil mujeres de 20 a 49 años de edad. Nacimiento se refiere a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos como defunciones fetales. En este caso, para el cálculo de las TEF, en el numerador se consideran los hijos nacidos vivos, y en el denominador se consideran a las mujeres de 20 a 49 años de edad con al menos un embarazo.
- *Salud materna de la adolescente y adulta.* En las últimas décadas, el panorama internacional ha focalizado su atención en la salud materna, debido a que la tendencia a lo largo del tiempo de la morbi-mortalidad en este grupo no ha descendido de la forma deseada. Desde 1999, con la

Declaración Conjunta sobre Reducción de la mortalidad materna, efectuada por la OMS, FNUAP, UNICEF y Banco Mundial, se proponía una serie de medidas necesarias, entre las cuales se mencionaba la prestación de servicios calificados durante el embarazo y el parto, y acceso a servicios especializados en caso de complicaciones.⁷⁴ Se precisaba que se podrían salvar muchas vidas, si durante el parto, las mujeres estuvieran atendidas por personal competente y tuvieran acceso a una atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones.⁷⁵ 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.⁷⁶

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.^{19,77} La justificación para plantear estas metas se basa en información que demuestra que en la mayoría de los países, más de medio millón de mujeres mueren anualmente debido a complicaciones del embarazo y alumbramiento, y 99% de los casos de mortalidad materna y de los recién nacidos ocurre en el mundo en desarrollo, en el cual más de la mitad de las mujeres aún dan a luz sin asistencia de personal sanitario capacitado.⁷⁸ 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 en la reducción de esa meta,⁷⁹ por lo que en 2015 se planteó como uno de los objetivos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible la realización de acciones urgentes en salud materna para garantizar una atención de alta calidad para todas las mujeres.⁸⁰

Tomando en cuenta que en México la normatividad que regula la atención al embarazo, parto y puerperio es la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido de observancia obligatoria para todo el personal de salud, tanto del sector público como privado a nivel nacional, a continuación se presentan los indicadores obtenidos en esta materia:

- *Antecedentes reproductivos.* Para analizar los patrones reproductivos de las mujeres, primero, es necesario conocer el

resultado de cada embarazo: mortinatos, abortos y nacidos vivos. Se indagaba el número de los nacidos vivos que no habían fallecido de los que fallecieron antes de cumplir un año de edad, nacidos muertos, abortos. En la Ensanut 2012, se separaron los. Para identificar esto, se consideran las siguientes definiciones:

Pérdida o aborto. Es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g 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.

Nacido muerto. Es la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Nacido vivo. Se refiere al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardíaca, 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.

- *Fecha de nacimiento del último/a hijo/a nacido/a vivo/a.* Esta información permite conocer la situación de la fecundidad reciente. Fecha de nacimiento del último hijo nacido vivo de mujeres.

Atención prenatal. Se refiere a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con el personal de salud para vigilar la evolución del embarazo, y con el fin de obtener la preparación adecuada para el parto, el puerperio y del recién nacido. Esta acción incluye información y detección de los síntomas de urgencia obstétrica, así como el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además, de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir

atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.⁸¹ El embarazo, el parto y puerperio son eventos de por sí normales, sin embargo, al mismo tiempo, son procesos complejos que, si se desvían de la normalidad, representan un riesgo para la salud y la vida de la madre y de su hijo. Diversos estudios han demostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones y como una intervención eficaz 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 realicen durante el embarazo y la calidad de atención prenatal.⁸² Se argumenta que las visitas prenatales favorecen a las mujeres para tener embarazos y partos seguros; asegura la mayor sobrevivencia de los neonatos; identifica los casos de riesgos; permite hacer la referencia a los servicios de salud especializados, y la detección y tratamiento con oportunidad de patologías.⁸³ De ahí la importancia de analizar la evolución de la cobertura de atención prenatal, el tipo de personal que atiende en esta etapa y las acciones que se realizan durante las mismas.

- *Atención prenatal frecuente* (mujeres que recibieron atención prenatal frecuente, durante su último embarazo). De acuerdo con la normatividad mexicana (NOM007), se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras ocho semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo, de acuerdo con el siguiente calendario: 1ª consulta: entre las 6 y 8 semanas; 2ª consulta: entre 10 y 13.6 semanas; 3ª consulta: entre 16 y 18 semanas; 4ª consulta: 22 semanas; 5ª consulta: 28 semanas; 6ª consulta: 32 semanas; 7ª consulta: 36 semanas; y 8ª consulta: entre 38-41 semanas.⁸³ La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos.
- *Atención prenatal oportuna* (mujeres que recibieron la primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo-primeras ocho semanas). La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido señala que la primera revisión prenatal se deberá efectuar en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación.⁸⁴

- *Personal que brindó la atención prenatal.* El personal de salud que brinda la atención prenatal tiene un papel importante para la preservación de la salud de las mujeres embarazadas. La labor que efectúa este personal en la consulta prenatal contribuye a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y, por lo tanto, pueden establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.⁸¹
- *Acciones en la consulta prenatal.* De acuerdo con la medicina basada en evidencia, la OMS ha efectuado una promoción de acciones que han demostrado ser útiles para la buena práctica obstétrica; una de ellas, es la evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal y la reevaluación de los mismos en cada encuentro.⁸⁵

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido señala que algunas de las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: a) Medición y registro de peso y talla, y tensión arterial, así como interpretación y valoración; b) Valoración de riesgo obstétrico, del crecimiento uterino y 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.

- *Lugar de atención del embarazo.*
- *Prueba de detección de sífilis, de VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo.* De todas las acciones que deben de realizarse a las embarazadas durante las consultas prenatales, nos enfocamos en tres acciones que son relevantes para la salud materno-infantil: sífilis, VIH y deficiencias en el tubo neural del feto; impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos es de suma relevancia, así como promover la prescripción de ácido fólico para la prevención de defectos al nacimiento. Este indicador se obtuvo para mujeres que declararon haber tenido al menos un/a hijo/a nacido/a vivo/a, que no había fallecido al momento de la encuesta.

Atención del parto. Para preservar y/o mejorar la salud materna, resulta de vital importancia la atención del parto. De acuerdo con la normatividad, en la atención médica del parto se deben aplicar procedimientos para favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, en condiciones higiénicas y con personal capacitado, con el fin de facilitar este proceso. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

- *Personal que atendió el último parto de la mujer.*
- *Tipo de parto.* Porcentaje de tipo de parto, según vía de expulsión o extracción del bebé del cuerpo de la madre 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,⁸⁶ contribuyendo, por un lado, a la disminución de algunas causas de morbilidad y mortalidad 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.^{87,88} La Organización Mundial de la Salud recomienda una proporción de cesáreas necesarias de entre 10 y 15%,⁸⁹ 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. La literatura científica internacional, en esta área, ha demostrado que cuando en lugar del parto vaginal se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres.^{88,90}
- *Lugar de atención del parto.*
- *Anticoncepción posparto.* Este indicador se construyó a partir de las mujeres que declararon haber tenido al menos un/a hijo/a nacido/a vivo/a que no había fallecido al momento de la encuesta. Esta pregunta se empezó a aplicar de manera similar, a partir de la Ensanut 2012.
- *Tipo de método anticonceptivo posparto proporcionado.* Este indicador se construyó en mujeres que declararon haber

tenido al menos un/a hijo/a nacido/a vivo/a que no había fallecido al momento de la encuesta.

Violencia

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.⁹¹

Existen muchas definiciones de violencia, sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública nos apegamos a la propuesta por la OMS, la cual la define como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.⁹¹ Esta definición resalta el hecho de que existe una intencionalidad en la comisión del acto mismo, esta es una característica que la diferencia de las lesiones no-intencionales independientemente de las consecuencias que se producen. Además, se resalta el uso del “poder”, lo cual posibilita la inclusión de acciones y omisiones incluidas las amenazas y la intimidación, visibilizando así aquellos actos menos evidentes.

La OMS cuenta con una familia de clasificaciones, ratificadas por la Asamblea de la Salud, entre la que se encuentra la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, cuya versión más actual es la 10 (CIE-10).²⁹

A continuación, se describe la clasificación propuesta en el capítulo XX, denominado *Causas externas de morbilidad y mortalidad* (cuadro B).

Para el planteamiento de estrategias de prevención de la violencia, es de vital importancia saber y reconocer los espacios en los que ocurren. En este sentido, el cuarto dígito de la CIE-X recaba y clasifica el ámbito de ocurrencia de las lesiones

intencionales previamente descritas, excepto para los códigos Y06.- y Y07.-, como a continuación se describe:

0. Vivienda
1. Institución residencial
2. Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
3. Áreas de deporte y atletismo
4. Calles y carreteras
5. Comercio y área de servicios
6. Área industrial y de la construcción
7. Granja
8. Otro lugar especificado; y
9. Lugar no especificado

En la sección VII Ataque y violencia (cuestionario de salud del adolescente de 10 a 19 años) y la sección XII Ataque y violencia (cuestionario de salud del adulto de 20 años o más), se pregunta acerca de diferentes tipos de violencia y sus consecuencias de las que pudo ser objeto la persona entrevistada. Las respuestas obtenidas pueden ir desde un robo o asalto hasta agresiones sexuales.

A continuación, se describe cómo se estimaron los indicadores de esta temática; además, se resalta que las preguntas incluidas en esta sección corresponden a aquellas aplicadas a la Ensanut 2012, excepto aquellas donde se especifique el cambio o su reciente incorporación:

- *Prevalencia de violencia*: porcentaje de la población, por grupo de edad (adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 años y más) y sexo, que reporta haber sufrido daños a su salud por algún evento violento en el año previo a la encuesta.
- *Prevalencia de tipo violencia*: porcentaje de la población que reporta haber sufrido daños a su salud por alguna experiencia de violencia en el año previo a la encuesta, por grupo de edad, sexo y causa externa específica.
- *Prevalencia de agresiones con sustancias*: porcentaje de la población adolescente (10 a 19 años) que reportó experimentar una agresión con sustancia, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de sofocación, estrangulamiento, ahogamiento*: porcentaje de la población adolescente que reportó ex-

■ Cuadro B

Clasificación de las lesiones intencionales de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Causa externa	Código CIE-10
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	X60-X84
Envenenamiento autoinfligido intencionalmente	X60-X69
Lesión autoinfligida intencionalmente (ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, ahogamiento, sumersión, disparo de armas de fuego, material explosivo, humo, fuego, llamas, vapor de agua, vapores y objetos calientes, objetos cortantes, objetos romos, saltar desde un lugar elevado, arrojarse frente a objetos en movimiento, colisión con vehículo de motor, otros medios y los no especificados)	X70-X84
Agresiones	X85-Y09
Agresión (con drogas, medicamentos, sustancias biológicas, sustancia corrosiva, plaguicidas, gases y vapores, otros productos químicos y sustancias nocivas especificadas y las no especificadas, ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, ahogamiento, sumersión, disparo de armas de fuego, material explosivo, humo, fuego, llamas, vapor de agua, vapores y objetos calientes, objeto cortante, objeto romo, empujón desde un lugar elevado, empujar o colocar a la víctima delante de objetos en movimiento, colisión con vehículo de motor, con fuerza corporal, sexual con fuerza corporal)	X85-Y05
Negligencia y abandono	Y06
Otros síndromes de maltrato	Y07
Agresión por otros medios especificados	Y08
Agresión por medios no especificados	Y09

perimentar un ataque con sofocación, estrangulamiento o ahogamiento, por grupo de edad, sexo.

- *Prevalencia de ataque con arma de fuego*: porcentaje de la población adolescente que reportó experimentar un ataque con arma de fuego, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de ataque con objetos cortantes*: porcentaje de la población adolescente que reportó experimentar un ataque con objetos cortantes, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de ataque de empujón desde lugar elevado*: porcentaje de la población adolescente que reportó experimentar un ataque con empujón desde lugar elevado, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de golpes, patadas, puñetazos*: porcentaje de la población adolescente que reportó experimentar un ataque con golpes, patadas, puñetazos, por grupo de edad, sexo.

En el caso de la población adulta de 20 años o más, se exploraron los distintos tipos antes descritos, y además se agregó:

- *Prevalencia de ataque o violencia por envenenamiento y obstrucción de las vías respiratorias por sustancias y objetos calientes*: porcentaje de la población adulta que reportó experimentar un ataque de este tipo por grupo de edad y sexo.
- *Prevalencia de violencia a través de agresiones verbales*: porcentaje de la población adulta que reportó experimentar un ataque verbal, por grupo de edad, sexo.

Motivo del ataque o violencia

- *Prevalencia de robo*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún robo, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de incidente de tránsito*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún incidente de tránsito, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de incidente de riña extraescolar*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar alguna riña escolar, por grupo de edad, sexo.

- *Prevalencia de incidente de secuestro*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún secuestro, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de incidente de detección*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún incidente de detección, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de incidente de violencia con familiares*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún incidente de violencia con familiares, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de incidente de secuestro*: porcentaje de la población adolescente (10-19 años) que reportó experimentar algún incidente de acoso o riña escolar, por grupo de edad, sexo.

En el caso de la población adulta se exploraron todos los incidentes anteriores, pero además se agregó:

- *Prevalencia de incidente de violencia por novio/a /pareja/esposo*: porcentaje de la población adulta, por grupo de edad, sexo.
- *Prevalencia de intento de homicidio*: porcentaje de la población adulta que reportó experimentar algún intento de homicidio, por grupo de edad, sexo.
- *Utilización de servicios de salud a causa de algún ataque o violencia*
- *Lugar de ocurrencia*
- *Prevalencia de uso de alcohol y otras drogas en lesionados por algún tipo de violencia*: porcentaje de personas que reportaron estar bajo los efectos del alcohol y otras drogas al sufrir un incidente de violencia en el año previo a la encuesta.
- *Exposición al alcohol y drogas en personas que ejercen un ataque o violencia*. Esto sólo se exploró en los cuestionarios dirigidos a adolescentes. Se indagó la exposición al alcohol y otras drogas en quienes atacaron al informante durante el año previo a la encuesta. Además, se exploró el tipo de relación con quien ejerció algún tipo de violencia en contra de la persona adolescente. Esta pregunta permitió estimar el porcentaje de personas adolescentes que identificaron que su atacante estaba bajo los efectos del alcohol y otras drogas.
- *Exposición al abuso sexual en adolescentes*. Porcentaje de personas adolescentes que experimentaron abuso sexual en la infancia (antes de los 12 años y después de los 12 años). Utilización de algún servicio de salud formal y no formal

como consecuencia de haber experimentado abuso sexual en la infancia en México, lo que permite caracterizar este uso por grupo de edad y sexo. Denunciaron el abuso sexual, así como las instancias de procuración de justicia en donde lo hicieron o no; además, se indaga los motivos por los cuales la denuncia no fue realizada.

- *Violencia autoinfligida*. El comportamiento suicida abarca desde la ideación, planeación hasta el intento consumado. Porcentaje de personas adolescentes y adultas que presentan ideación suicida en México, por grupo de edad, sexo.

Sintomatología depresiva

La Ensanut 2018-19 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 hijos/as y de sus familias. Entendemos la tristeza como una expresión emocional de dolor, infelicidad, pérdida, desesperanza o impotencia.⁹² Mientras que la ansiedad es la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.⁹³ Adicionalmente, los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir y que se pueden presentar tanto en las etapas de inicio, de mantenimiento, como durante el ciclo sueño-vigilia.⁹⁴ En cambio, la fatiga es la experiencia subjetiva del ser humano de cansancio físico y mental, pereza y agotamiento.⁹⁵

Para medir sintomatología depresiva entre los adolescentes y adultos se usó la Escala CESD-7, una versión abreviada de siete reactivos, a partir de la Escala CES-D,⁹⁶ que evalúa la frecuencia con la que los adolescentes y adultos han experimentado síntomas de depresión en la última semana. Esta escala se validó en población mexicana⁹⁷ con un punto de corte de 9 para sintomatología que indica depresión moderada o severa.

Conductas alimentarias

Los trastornos alimentarios pueden dividirse en tres tipos de patologías: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) y

el trastorno por atracón. Originalmente se pensaba que estos síndromes afectaban de manera exclusiva a mujeres caucásicas, pero en las últimas décadas, se han desarrollado estudios que indican la presencia de estas afecciones en poblaciones no caucásicas, con diferentes culturas y niveles socioeconómicos y en ambos sexos. Aunque, ciertamente, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón representan un extremo del espectro, las conductas alimentarias de riesgo deben de recibir una mayor importancia a la que se les da en la actualidad y convertirse en señales de alerta sobre el riesgo de que el sujeto llegue a desarrollar el trastorno.⁹⁸

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre mujeres y hombres jóvenes. Si bien los trastornos definidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés),⁹⁹ anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y trastorno por atracón, tienen prevalencias de apenas 0.5 a 3%, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes. Las conductas alimentarias de riesgo incluyen todas las manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) –como son conductas restrictivas, purgativas y atracones¹⁰⁰– pero con menor intensidad y frecuencia.¹⁰¹

Desde la Ensanut 2006,¹⁰² se ha aplicado una batería de 10 preguntas para evaluar conductas alimentarias de riesgo, considerando una conducta de riesgo siendo >10 puntos. La información para la medición de conductas alimentarias de riesgo se captó utilizando un cuestionario breve propuesto por Unikel y cols. apegado a los criterios establecidos en el DSM-IV.

Programas preventivos (población de 20 años o más)

Acudir a la realización de pruebas de detección aumenta las probabilidades de detección temprana de problemas de salud, lo que permite la adecuada atención con menos complicaciones, mayor tasa de supervivencia; además de mejor calidad de vida para los pacientes y un menor costo para los servicios de salud.

Esta sección del cuestionario de adultos busca determinar la proporción de la población que acude a cada uno de los servicios de detección oportuna de algún padecimiento, por sexo y edad.

Diabetes mellitus

Desde hace poco más de 20 años las enfermedades crónicas no transmisibles, pasaron a ocupar los primeros lugares como causas de muerte general: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (1er, 2do y 3er lugar respectivamente),¹⁰¹ debido al aumento de la esperanza de vida de los mexicanos, de 50.7 años en 1950 a 74 años en el 2000, el cambio en el estilo de vida, tanto en alimentación como en actividad física, al establecimiento de programas para la prevención y control de las enfermedades infecciosas. La mayoría de estas enfermedades resultan de la interacción de factores genéticos y ambientales. La predisposición para padecerlas se hace evidente cuando el individuo se expone a un estilo de vida propicio, aumento en el consumo de calorías, azúcares simples y grasas y reducción en la actividad física.¹⁰²

En menos de medio siglo, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en México. El 14.4% de los adultos mayores de 20 años tienen la enfermedad, siendo el porcentaje mayor de 30% después de los 50 años.¹⁰³ A partir del año 2000, es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres.¹⁰⁴ Además, es motivo más frecuente de incapacidad prematura, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismos. Es una de las cinco enfermedades con mayor impacto económico al sistema de salud.

La diabetes es el resultado de un proceso iniciado varias décadas antes.¹⁰⁵ La mayoría de los casos tienen otros miembros de su familia afectados. Un alto porcentaje tiene en los primeros años de la vida adulta de concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico. Años más tarde, puede aparecer la hipertensión arterial. Con el paso del tiempo, la concentración de glucosa en sangre aumenta: inicialmente después de los alimentos y años más tarde aún en el ayuno. A la combinación de tres o más de estas anomalías, se le conoce como “el síndrome metabólico”; su presencia es sinónimo de un alto riesgo de tener diabetes (y en la población con diabetes, infarto del miocardio) a mediano plazo. Años después, la concentración de glucosa de ayuno supera el umbral considerado para el diagnóstico de la diabetes (mayor o igual a 126 mg/dl); con ello, aparece la probabilidad de sufrir las

complicaciones crónicas de la enfermedad. Las más frecuentes son el infarto del miocardio, la insuficiencia cardiaca, el infarto cerebral y la insuficiencia arterial en miembros inferiores. Otras complicaciones como el daño renal y ocular ocurren varios años después de la aparición de la enfermedad. La Federación Internacional de Diabetes estima que, en México, habrá nueve millones de personas con diabetes para el 2025.¹⁰⁶

La prevalencia total de diabetes se obtiene sumando la prevalencia de diabetes diagnosticada (aquellos que contestaron SÍ en la pregunta 3.1, dividida por el total de adultos que contestaron a la pregunta 3.1) más la prevalencia de diabetes no diagnosticada. Esta última se obtiene a partir de los resultados de laboratorio (aquellos que contestaron NO en la pregunta 3.1 y que obtuvieron un resultado de glucemia en ayunas de 126 mg/dl o más, dividida entre el total de adultos que contestaron a la pregunta 3.1 con resultado de glucemia en ayunas.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es un padecimiento multifactorial que se caracteriza por la elevación persistente de las cifras de presión arterial sistólica y diastólica a cifras mayores o iguales a 140/90 mm/Hg.^f A pesar de que existe una asociación entre la TA y el riesgo de desarrollar un evento cardiovascular, van de niveles muy bajos de TAS (TAS > 115 mmHg), la HTA es definida como el nivel de TA en el que los beneficios del tratamiento superan los riesgos,^g una elevación de 2 mm/Hg 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.^h

La prevalencia total de hipertensión, se obtiene sumando la prevalencia de hipertensión diagnosticada (aquellos que contestaron SÍ en la pregunta 4.1, dividida por el total de adultos que contestaron a la pregunta 4.1) más la prevalencia de hipertensión no diagnosticada. Esta última se obtiene a partir de los resultados obtenidos de la medición de la tensión arterial (aquellos que contestaron NO en la pregunta 4.1 y que obtuvieron un resultado de tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm de Hg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mm de Hg, dividida entre el total de adultos que contestaron a la pregunta 4.1 con resultado de TAS menor de 140 mm de Hg y una TAD menor de 90 mm de Hg).

Enfermedad cardiovascular

El término se refiere a enfermedades del corazón y vasos sanguíneos, producidas principalmente por la acumulación de placas de colesterol en las paredes de arteria, haciéndolas estrechas. Otras causas de las ECV son: Niveles elevados de ácido úrico, diabetes, obesidad, tabaquismo, estrés. Las ECV son: cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca, arritmias, valvulopatías, hipertensión, accidente vascular cerebral, o cardiopatía congénita.

Hipercolesterolemia

Las preguntas 6.1 a 6.8 del cuestionario de adultos tienen el objetivo de conocer el porcentaje de la población que tiene un diagnóstico previo de hipercolesterolemia.

^f Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Secretaría de Salud; 2008.

^g ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018;39,3021-3104.

^h Clinical guideline. Hypertension in adults: diagnosis and management: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2011.

Referencias

1. Beegle K, De Weerd J, Friedman J, Gibson J. Methods of household consumption measurement through surveys. *Experimental Evidence from Tanzania*. J Dev Econ. 2012;98(1):3-18.
2. Deaton A, Zaidi S. *Directrices para construir agregados de consumo para analizar el bienestar*. Washington, DC: Banco Mundial, 2002.
3. Deaton A. *The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy*. Washington, DC: Banco Mundial, 1997.
4. Deaton A, Case A. *Analysis of household expenditures*. Washington, DC: Banco Mundial, 1988.
5. Xu K, Ravndal F, Evans D, Carrin G. Assessing the reliability of household expenditure data: Results of the World Health Survey. *Health Pol.* 2009;91(3):297-305.
6. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-117.
7. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra: OMS, 2000. Disponible en https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
8. Vélez AL. Nuevas dimensiones del concepto de salud. El derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia promoció Salud*. 2007;12(1):63-78.
9. Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C, CFAS M. Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing*. 2006;3(4):193-206.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Intercensal 2015*. Marco conceptual. México: INEGI, 2015.
11. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care*. 2008;46(7):647-653.
12. Fajardo G, Gutiérrez JP, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operando la cobertura universal en salud. *Salud Pública Mex*. 2015;57(2):180-186.
13. Ávila-Burgos A, Wirtz VJ, Serván-Mori E, Bautista-Arredondo S, Barroso A, González-Block M. Utilización de servicios de salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
14. World Health Organization. *Estimates of disease burden and cost-effectiveness*. Regions: WHO, 2008 [citado junio, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/estimates/en/
15. Andre F, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Organ*. 2008;86(2):140-146.
16. Secretaría de Salud. *Manual de vacunación 2017*. Ciudad de México: Censia, 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Censia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017>.
17. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico (PAE) Vacunación Universal 2013-2018. Ciudad de México: Censia, 2018 [citado junio, 2019]. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PAE_Vacunacion_Universal_PAE_final_final.pdf
18. The Lancet Child & Adolescent Health. Vaccine hesitancy: a generation at risk. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3(5):281.
19. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo Sostenible* [citado junio, 2019]. Disponible en: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>
20. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico de Salud para la Infancia y la Adolescencia 2013-2018. Ciudad de México: Censia, 2018 [citado junio, 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/duplados/attachment/file/314995/PAE_Salud_para_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf.
21. Secretaría de Salud. *Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores NuTraVE*. Ciudad de México: SS, 2012 [citado junio, 2019]. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/21_Manual_NuTraVe.pdf
22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 031-SSA2-1999: Para la atención a la salud del niño. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2000. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
23. Organización Mundial de la Salud. *Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria*. Ginebra: OMS, 2014 [citado junio, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/>
24. Jackson S, Mathews KH, Pulanic D, Falconer R, Rudan I, Campbell H, et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children: a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J*. 2013;54(2):110-121 [citado junio, 2019]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641871/pdf/CroatMedJ_54_0110.pdf
25. Secretaría de Salud. *Preventivos para las Infecciones Respiratorias Agudas*. Ciudad de México: Censia, 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Censia/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras-130994>
26. Secretaría de Salud. *Ley General de Salud (última reforma del 12 de julio de 2018) Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*. Tomo CCCLXXII, Número 27, Sección: Segunda, 24-80. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2018 [citado junio 6, 2019]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/copias_cert.php?ac=c=ajaxPaginas&paginas=2480&seccion=SEGUNDA&edicion=200301&ed=MATUTINO&fecha=07/02/1984
27. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization: adopted by the International Health Conference at New York July 22, 1946* [citado junio 13, 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
28. Merson M, Black R, Mills A. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*. 2nd ed. Sudbury (USA): Jones and Bartlett; 2006.
29. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión. Washington, DC: OPS, 1995.
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Lista Mexicana para la selección de las principales causas*. Ciudad de México: INEGI [citado marzo 19, 2019]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/57/download/3131>
31. Pérez R, Vera JD. Las asfixias accidentales en México: un problema de salud pública oculto. *Gac Sanit*. 2019.
32. Pérez NR, Gómez GL. La vía pública y las lesiones causadas por el tránsito. En: Híjar M, editora. *Los accidentes como problema de salud pública en México. Retos y oportunidades*. México: Academia Nacional de Medicina, 2014:69-106.
33. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. *Rostros*. México:SS/CENAPRA, 2008 [citado junio, 2019]. Disponible en <http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Libros/Rostros.pdf>
34. Secretaría de Salud, STCONAPRA. *Historias de Vida: reflexiones de personas que han vivido una lesión accidental (ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras)*. Ciudad de México:SS,STCONAPRA, 2018.
35. Pérez R, Pelcastre B, Híjar M, Ávila L, Celis A. A qualitative approach to the intangible cost of road traffic injuries. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2012;19(1):69-79.
36. European Transport Safety Council. *Social and Economic Consequences of Road Traffic Injury in Europe*. Brussels: European Transport Safety Council; 2007.
37. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. *BMJ*. 1993;307(6905):647-651.
38. Pérez N, Híjar M, Celis A, Hidalgo S. El estado de las lesiones causadas por el tránsito en México: nueva evidencia para fortalecer la estrategia mexicana de seguridad vial. *Cad Saude Publica*. 2014;30(5):911-925.
39. Hidalgo E. Lesiones no intencionales en el hogar. En: Híjar M, (ed.). *Los accidentes como problema de salud pública en México. Retos y oportunidades*. México: Academia Nacional de Medicina, 2014:107-132.
40. Hidalgo E, Pérez R, Valdéz R, Híjar M. Análisis de las lesiones accidentales no fatales en población vulnerable, México 2018. *Rev Salud Publica Mex*. 2019;61(6):907-916.
41. Pérez R, Ávila L, Híjar M, Pelcastre B, Celis A, Salinas A. Economic impact of fatal and non-fatal road traffic injuries in Guadalajara Metropolitan Area and Jalisco, Mexico. *Inj Prev*. 2011;17(5):297-303.
42. Bhalla K, Diez E, Taddia A, De la Peña SM, Pereyra A. *The cost of Road Injuries in Latin America 2013*. Washington D.C.: Interamerican Development Bank, 2013.
43. Sánchez P, Pérez R, Heredia I. Costo económico de la discapacidad causada por lesiones de tránsito en México durante 2012. *Cad Saude Publica*. 2015;31(4):755-766.
44. World Health Organization. *Burns*. Media Centre. Nota descriptiva No. 365 [citado junio 13, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/burns>
45. Gordon JE. The epidemiology of accidents. *Am J Public Health Nations Health*. 1949;39(4):504-515.
46. Haddon W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health Nations Health*. 1968;58(8):1431-1438.
47. World Health Organization. *World report on child injury prevention*. Ginebra: WHO; 2008.
48. Secretaría de Salud, STCONAPRA. *Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México*. México:SS/STCONAPRA, 2016 [citado junio, 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211448/ModeloIntegral.pdf>
49. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. México:SS/STCONAPRA, 2014 [citado marzo, 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/63421/PAE_GruposVulnerables.pdf
50. Secretaría de Salud, STCONAPRA. *Modelo para la Prevención de Quemaduras en Grupos Vulnerables en México*. México:SS/STCONAPRA, 2016 [citado junio, 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207108/ModeloQuemaduras.pdf>
51. Leahy NE, Sessler KA, Baggott K, Laverde L, Rabbits A, Yurt RW. Engaging older adults in burn prevention education: results of a community-based urban initiative. *J Burn Care Res*. 2012;33(3):e141-146.
52. Redlick F, Cooke A, Gomez M, Banfield J, Cartotto RC, Fish JS. A survey of risk factors for burns in the elderly and prevention strategies. *J Burn Care Rehabil*. 2002;23(5):351-356.
53. 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 Aggress Maltreat Trauma*. 2009;18(5):459-483.
54. Erickson MF, Egeland B. A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. *School Psych Rev*. 1987;16(2):156-168.
55. 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):513-532.
56. Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU: Nueva York, 2015 [citado junio 17, 2019]. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/70/1>
57. World Health Organization. *Global progress report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Ginebra: WHO, 2018 [citado junio 17, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/fctc/reporting/WHO-FCTC-2018_global_progress_report.pdf

58. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: WHO, 2018 [citado junio 17, 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
59. Ahumada JG, Gámez ME, Valdez C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*. 2017;13(2):13-24 [citado junio 13, 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
60. Blanco A, Sandoval RC, Martínez L, Caixeta RB. Ten years of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: progress in the Americas. *Salud Publica Mex*. 2017;59(1):117-125. <http://dx.doi.org/10.21149/8682>
61. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2005. Disponible en: www.who.int/fctc
62. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalstrategies.pdf
63. Abad E, Thrasher JF, Arillo E, Pérez R, Barrientos I, Kollath C, et al. Recall, appeal and willingness to try cigarettes with flavour capsules: assessing the impact of a tobacco product innovation among early adolescents. *Tob Control*. 2016; 5(2):e113-e119. <http://dx.doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052805>
64. Zavala L, Reynales LM, Lozano P, Rodríguez MA, Arillo E, Thrasher J. Patterns of awareness and use of electronic cigarettes in Mexico, a middle-income country that bans them: Results from a 2016 national survey. *Prev Med*. 2018;116:211-218. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.018>
65. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. Cuernavaca, México: INSP/OPS, 2010 [citado junio 19, 2019]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf
66. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. Cuernavaca, México: INSP/OPS, 2017 [citado junio 19, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
67. 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. México: INPRFM, 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1tkptvdu2nsr5pMBMT-4FdqBlk8gikz7q/view>
68. 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 Alcohol. México: INPRFM, 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKAWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
69. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. México, 2014. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
70. Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2019. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019
71. Diccionario de cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. EUA: NIH. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/>
72. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
73. Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. Estudio del embarazo en adolescentes en el Distrito Federal, desde un enfoque de género, 2005-2014. Segob, 2015 [citado febrero, 2017]. Disponible en: <http://data.evaluad.cdmx.gob.mx/docs/gral/Informe%20Estudio%20de%20Embarazo%20de%20Adolescente.pdf>
74. Graham W, Bell J, Bullough C. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? En: De Brouwere V (ed.). *Safe motherhood strategies: A review of the evidence studies in health services organization & policy*. Bruselas, 2001:97-130.
75. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2000.
76. MacDonald M. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. Nueva York: Family Care International, 2003.
77. Zúñiga E (coord.). México ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Consejo Nacional de Población, 2005.
78. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Salud materna y neonatal*. Nueva York: UNICEF, 2008. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/protection/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_US_Letter_03112009.pdf
79. Morales E, Ayala M, Morales HF, Astorga M, Castro G. Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Rev Esp Med Quir*. 2018;23(2):61-86.
80. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Ginebra: OMS/UNICEF/UNFPA, 2015 [citado abril 18, 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?ua=1
81. Secretaría de Salud. 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. México: Diario Oficial de la Federación, 2016.
82. Zúñiga E, Zubieta B, Sánchez M, Aguilar E, Herrera L. Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: Conapo; 2001. p. 73-91.
83. Technical Working Group, World Health Organization. *Care in normal birth: A practical guide*. Birth. 1997;24(2):121-123.
84. Johanson R, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 2002;324(7342):892-895.
85. Beltrán A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2):98-113.
86. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyła D, Faundes Aea, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025-1036.
87. Organización Mundial de la Salud. Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS, 2000.
88. World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*. Ginebra: WHO, 1996.
89. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
90. Ekman P, Friesen WV. *Unmasking the Face: A Guide to Recognizing Emotions From Facial Clues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1975.
91. American psychiatric association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson; 2002.
92. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. México: SS, 2010. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/GRR_IMSS_385_10.pdf
93. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Principios de medicina interna*. México: McGraw-Hill; 2012.
94. Radloff L. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385-401.
95. Salinas A, Manrique B, Acosta I, Téllez M, Franco A, Gutiérrez RL, et 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):267-274.
96. Fisher M, Goleen NH, Katzman DK, Kreipe RE, Ress J, Schebendach J, et al. *Eating disorders in adolescents. A background paper*. *J Adolesc health*. 1995;16(6):420-437.
97. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington, D.C., 2013.
98. Unikel C, Bojorquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex*. 2004;46:509-515. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342004000600005>
99. Shisslak C, Crago M, Estes L. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disord*. 1995;18(3):209-219. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E)
100. Palma O, Hernández MI, Villalobos A, Unikel C, Olaiz G, Bojorquez L. Association of Socioeconomic Status, Problem Behaviors and Disordered Eating in Mexican Adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health J Adolesc Health*. 2011;49(4):400-406.
101. Secretaría de Salud. *Mortalidad 1999*. México: SS, 2000.
102. Aguilar CA. Promoción de la salud para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con la alimentación y el estilo de vida. En: García M, editor. *Salud Comunitaria y promoción de la salud*. España: ICEPSS Editores; 1999.
103. Villalpando S, De la Cruz V, Rojas R, Shamah-Levy T, Avila MA, Gaona B, et al. Prevalence and distribution of type 2 Diabetes mellitus tipo 2 in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Publica Mex*. 2010;52(1):19-26.
104. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2001. *Salud Publica Mex*. 2002;44(6):565-581.
105. Aguilar CA, Mehta R, Rojas R, Gómez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diabetes Rev*. 2005;1(2):145-158.
106. Federación Internacional de Diabetes. *Atlas de la Diabetes de la FID. 2ª edición*. Bruselas, Bélgica: FID, 2019. Disponible en: <https://www.diabetesatlas.org>

Las características de la vivienda son factores que están fuertemente relacionados con la salud poblacional, es así como sus condiciones físicas y el acceso que tienen sus habitantes a los mismos, ofrece un panorama general de las condiciones de vida.

1.1 Población

Durante el levantamiento de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (Ensanut 2018-19) se entrevistó a 44 612 hogares distribuidos en las 32 entidades federativas del país, los cuales representaron a 33 368 826 hogares de todo el país. El promedio de individuos que habitan en estos hogares fue de 3.6. La información recabada nos informa que en los hogares visitados habitan 158 044 individuos que representan a 126 468 224 habitantes de la República mexicana. En estos hogares se identificó que la jefatura del hogar corresponde en 33.01% a las mujeres, el cual fue mayor a 25.7% reportado en la Ensanut 2012.

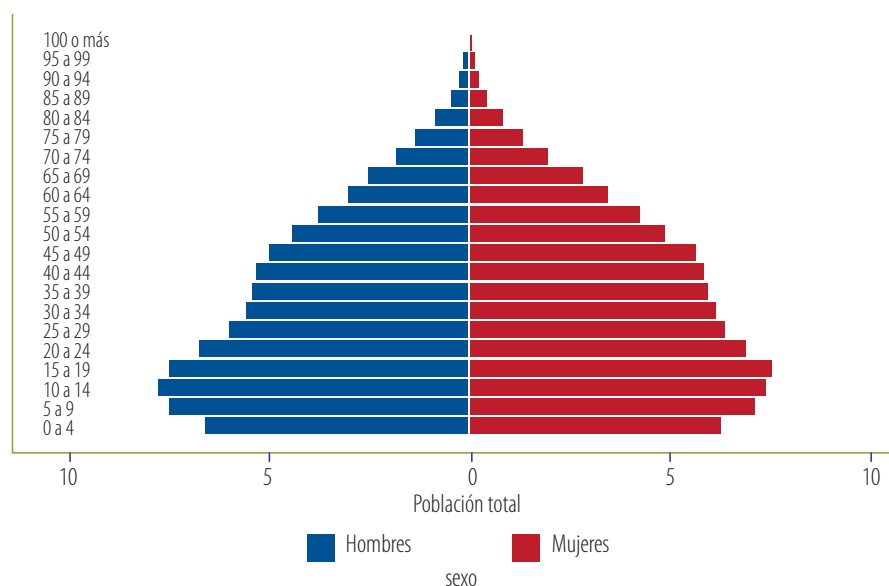
Del total de individuos que se entrevistaron en la Ensanut 2018-19, 48.2% fueron hombres y 51.8% fueron mujeres, porcentajes semejantes a los presentados en la Encuesta Intercensal 2015 (48.6% hombres y 51.4% mujeres) (figura 1.1.1). El índice de masculinidad fue de 0.9, mismo dato reportado por la Ensanut 2012.

1.2 Educación

De acuerdo con los datos obtenidos en la Ensanut 2018-19, 96.9% de los niños y niñas que tienen entre 6 y 14 años de edad asisten a la escuela, así como 46.9% de los que tienen entre 15 y 24 años de edad. Estas cifras aumentaron 1.5 y 5.8 puntos porcentuales (pp), respectivamente, comparados con lo reportado en la Ensanut 2012 (95.4 y 41.1%). En la población de 15 años y más se encontró 6.5% de analfabetismo, 0.5 pp menos que lo reportado en la Ensanut 2012 (7.0%); así

Figura 1.1.1

Pirámide poblacional de la República mexicana, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

como 12.2 años promedio de escolaridad, estimados en esta encuesta, para el mismo grupo de edad.

Por otra parte, 5.9% de los individuos, de cinco años y más, es hablante de lengua indígena, lo que equivale a 6 832 803 habitantes, cifra 0.1 pp menor a la reportada en la Ensanut 2012 (6.0%). De ellos, 11.3% es monolingüe y 88.7% también habla español.

1.3 Protección en salud y condición de aseguramiento

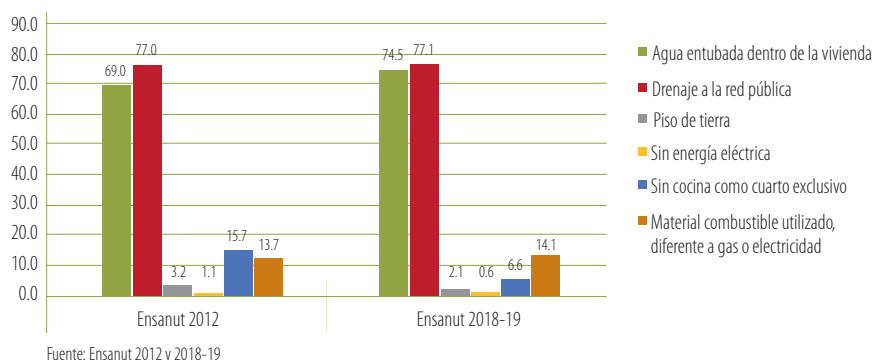
Un elemento clave para el cumplimiento del derecho a la protección de la salud es contar con acceso sin barreras financieras a los servicios. Para ello, contar con seguro de salud se ha considerado como el mecanismo principal. El Sistema de Salud en México, caracterizado por la segmentación por poblaciones, ha avanzado hacia la cobertura de aseguramiento en salud en los últimos 15 años a partir del seguro público establecido en la reforma de la Ley General de Salud del 2003 que conformó el Sistema de Protección Social en Salud, y en el marco del mismo, como herramienta operativa el Seguro Popular, al que se adicionó en el 2006 el Seguro Médico Siglo XXI (llamado inicialmente Seguro para una Nueva Generación). En ese sentido, un indicador relevante sobre el avance hacia la cobertura universal en salud es lo referente a la condición de aseguramiento. Como se ha documentado previamente, existe una divergencia entre las cifras reportadas por datos administrativos de las instituciones aseguradoras, que señalan que el número de personas aseguradas equivale a más que la población total del país, y los datos que se reportan desde los hogares en las encuestas.

Los resultados a partir del reporte de los hogares para la Ensanut 2018-19 (figura 1.3.1) identifica que para ese año, 18.7% de la población en México, equivalente a 23 586 410 personas, reportaron no contar con algún esquema de aseguramiento en salud. El porcentaje de población sin aseguramiento estimado en la Ensanut 2018-19, es menor en 6.7 pp al estimado en la Ensanut 2012 (25.4%). Por lo que se refiere a las instituciones aseguradoras, para la seguridad social se observa un incremento entre 2012 y 2018 de 4.5 pp en el porcentaje de población asegurada por el IMSS, mientras que el ISSSTE y el resto de instituciones de seguridad social (Pemex, Sedena, Semar) mantienen un comportamiento similar al observado en 2012. Por otra parte, el Seguro Popular incrementó su cobertura poblacional al pasar de 36.5% en 2012 a 37.4% en 2018.

1.4 Vivienda

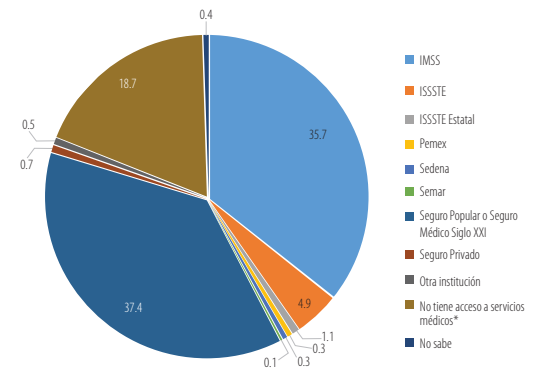
En cuanto a las condiciones de la vivienda, los datos nos muestran que 2.1% de ellas tienen piso de tierra y que 0.6% no cuenta con energía eléctrica. Al respecto, observamos que estas cifras disminuyeron cuando las comparamos con 3.2 y 1.1%, respectivamente, que se reportó en la Ensanut 2012. En 6.6% de las viviendas, la cocina no es un cuarto exclusivo y 14.1% de los hogares usan un combustible para cocinar, diferente a gas o electricidad.

En lo referente a la propiedad de la vivienda, 62.7% informó que ésta es propiedad de algún integrante. El 77.1% de ellas tienen conexión de drenaje a la red pública, cifra que se mantiene casi idéntica a lo reportado en la Ensanut 2012 (77.0%), aunque aún se encontró que 3.5% de las viviendas entrevistadas no cuentan con ningún tipo de drenaje. El 74.6% tiene agua entubada dentro de su vivienda, hubo un aumento de 5.6 pp desde la Ensanut 2012 (69.0%) (figura 1.4.1).



■ **Figura 1.3.1**

Distribución porcentual de la población según institución de protección en salud de acuerdo con el autorreporte del informante del hogar. México, Ensanut 2018-19



■ **Figura 1.4.1**

Distribución en porcentaje de las características de las viviendas en la muestra. México, Ensanut 2012 y 2018-19

1.5 Gasto

Gasto en alimentación

El gasto promedio per cápita en alimentos entre los hogares que conforman la muestra de la Ensanut 2018-19 a nivel nacional fue de 1 409.43 pesos de los cuales 75.3% se destina a la compra de alimentos saludables mientras que 12.7% se destina a alimentos con alto contenido energético.^a Como se observa en el cuadro 1.5.1, este gasto varía de acuerdo con la región y tipo de localidad en donde se encuentren. Por ejemplo, los hogares ubicados en la región Ciudad de México son los que presentan el mayor gasto, con un promedio de 1 699.73 pesos (42% más con respecto a 2012), mientras que en la región Sur el gasto fue de 1 160.20 pesos (23% más con respecto a 2012). De igual forma, existe variación en el gasto destinado a diferentes tipos de alimentos entre los hogares de la muestra. El análisis del gasto total en alimentos por rubro sugiere que los hogares de la región Ciudad de México gastan menos en alimentos saludables que los hogares de la región Sur. Un hogar promedio en la región Sur, por ejemplo, destina 77.4% del gasto per cápita en alimentos a la compra de frutas, verduras, legumbres y alimentos de origen animal; mientras que, en la región Norte, se destina en promedio 71.1%. Los hogares de Ciudad de México también muestran la menor proporción del gasto per cápita en alimentos con alto contenido energético (grasas, azúcares, alimentos procesados) con 9.1%, mientras que hogares de la región Norte gastan una media de 14.9% per cápita en este tipo de productos.

■ Cuadro 1.5.1

Gasto per cápita promedio por hogar en alimentos y salud en 2018

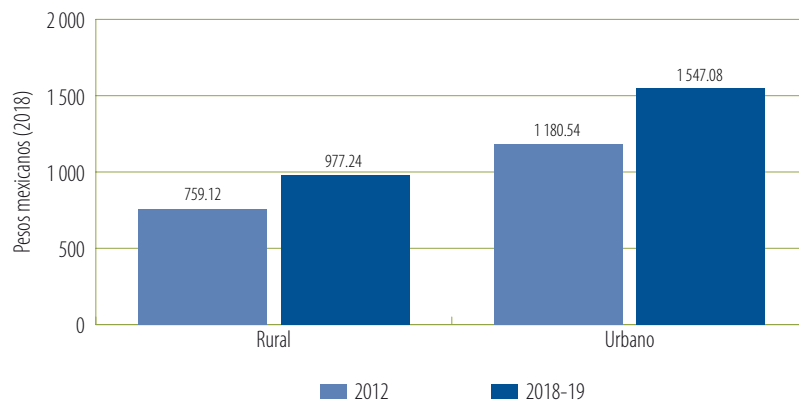
Región	Gasto mensual per cápita en alimentos			Gasto mensual per cápita en salud		
	Total	Proporción alimentos saludables	Proporción alimentos no sanos	Total	Con seguridad*	Sin seguridad
Nacional	1 409.43	75.30%	12.70%	162.38	157.92	188.59
Norte	1 623.00	71.1%	14.9%	156.06	155.33	161.15
Centro	1 404.03	76.1%	12.5%	168.90	166.91	180.48
Ciudad de México	1 699.73	74.6%	9.1%	218.86	215.05	232.90
Sur	1 160.20	77.4%	13.0%	134.99	127.52	186.06
Tipo de localidad						
Rural	977.24	78.3%	14.6%	135.81	122.51	246.05
Urbano	1 547.08	74.4%	12.1%	170.61	169.53	176.39

*Se consideran hogares asegurados aquellos en donde el jefe de familia reporta que usualmente se atiende en instituciones del IMSS, ISSSTE, SS, Pemex, Semar o Sedena.

Fuente: Ensanut 2018-19

^a El resto se destina a la compra de bebidas alcohólicas, tabaco, agua embotellada y comidas fuera de casa.

La variación en el gasto también se observa cuando se comparan hogares urbanos y rurales. En zonas rurales, el gasto per cápita promedio que se destinó a alimentos en 2018 fue de 977.24 pesos (figura 1.5.1), 36.8% menos que el promedio destinado en los hogares ubicados en localidades urbanas (1 547.08 pesos). De igual forma, se observa un incremento en el gasto promedio en alimentos de 2012 a 2018, tanto para hogares en zonas rurales como urbanas. Sin embargo, este incremento fue mayor en hogares urbanos que en aquéllos en localidades rurales (31.1 vs. 28.7%, respectivamente).



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 1.5.1**

Gasto promedio mensual per cápita en alimentos por tipo de localidad. México, Ensanut 2012 y 2018-19

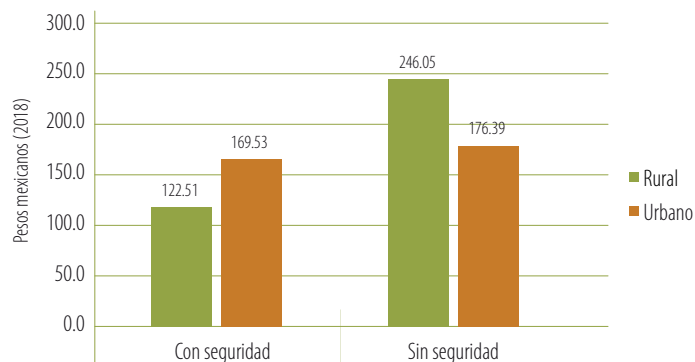
Gasto en salud

Otro rubro clave para analizar tendencias en el bienestar de los hogares es el gasto destinado a la salud. A nivel nacional para el 2018, el gasto per cápita por hogar en salud fue de 162.38 pesos, lo que representa un incremento de 27.1% en comparación con el gasto per cápita reportado en el 2012 (127.75 pesos ajustados por inflación). Al analizar el gasto en salud para el 2018 por región del país, se observa que en la región Ciudad de México se destina un promedio de 218.86 pesos mensuales per cápita para el gasto en atención médica, medicamentos, laboratorios y hospitalización, siendo esta la región con el mayor gasto, mientras que la región Sur presenta el menor gasto en salud (134.99 pesos). En cambio, el gasto reportado en la Ensanut 2012, muestra que hogares de Ciudad de México gastaron más en salud, mientras que aquéllos en la región Norte fueron los que gastaron menos en este rubro. También, los hogares sin seguridad social presentan un mayor gasto en salud en comparación con los hogares que cuentan con seguridad en todas las regiones del país.

Al igual que en 2012, el gasto en salud per cápita fue mayor para las zonas urbanas (170.61 pesos) que para los hogares en zonas rurales (135.81 pesos). También, se observó que, en los hogares rurales con seguridad social, el gasto fue 50.2% menor en comparación con los hogares sin seguridad (246.05 pesos); sin

Figura 1.5.2

Gasto promedio mensual per cápita en salud por tipo de aseguramiento en tipo de localidad urbanas y rurales. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

embargo, en zonas urbanas, prácticamente no se observan diferencias en el gasto entre hogares asegurados y no asegurados (3.9%) (figura 1.5.2).

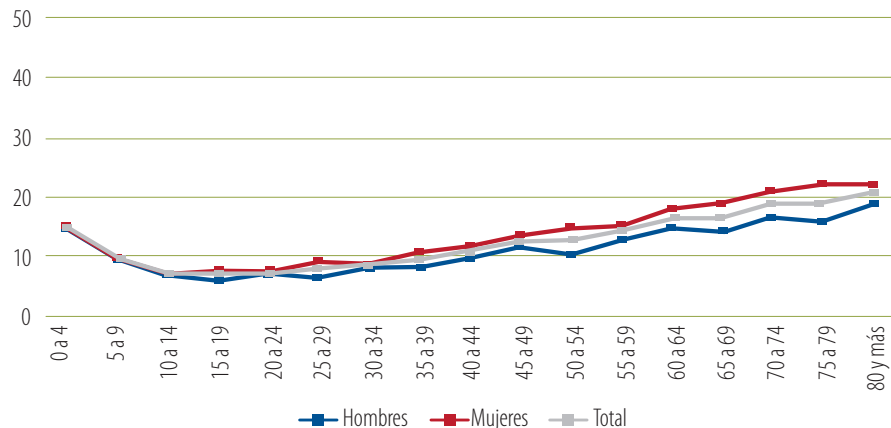
1.6 Condiciones de salud

Con relación a las condiciones de salud, la prevalencia lápsica de problemas de salud en los últimos 30 días previos a la entrevista en el hogar, muestra el patrón esperado con mayor reporte de problemas de salud en los grupos extremos de la vida. Para el total de la población, 11% de las personas reportaron algún problema de salud en el último mes previo, con 10.2% para hombres y 11.7% para mujeres. La prevalencia de algún problema de salud identifica el valor más elevado en las mujeres de 70 a 74 años de edad, que llega a una prevalencia de 20.8%. Por grupos de edad, la prevalencia en las personas de 0 a 4 años fue de 14.7% y de 20.8% en las de 80 años y más. El menor reporte de enfermedad ocurre entre los 10 a 24 años (figura 1.6.1).

Pregunta sobre condiciones de salud:
En el último mes ¿(NOMBRE), ha tenido algún problema de salud, por enfermedad, lesiones físicas, accidentes o agresiones?

Figura 1.6.1

Prevalencia lápsica* de algún problema de salud, por sexo y grupo de edad. Nacional. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

*Prevalencia lápsica se refiere en el último mes previo al levantamiento

Conclusiones

En México, el gasto promedio per cápita que los hogares destinan a alimentos y salud se incrementó en los últimos seis años de acuerdo con la información obtenida de la Ensanut 2012 y 2018-19. Sin embargo, este incremento no fue igual para hogares en diferentes partes del país, ni para las diferentes categorías que componen el gasto en éstos dos rubros del bienestar familiar. En cuestión de alimentos, se observa que en la región Norte del país se destina una mayor proporción de gasto a la compra de alimentos no sanos, mientras que en la región Sur se destina una mayor proporción a alimentos saludables. Asimismo, los resultados sugieren que hogares en localidad urbanas, principalmente en la región Ciudad de México, gastaron más en promedio que hogares urbanos en la región Sur o Norte del país. Este patrón se repite en el gasto per cápita en salud, teniendo el mayor gasto en la región Ciudad de México y el menor en la región Sur del país. Además, existe una gran diferencia entre hogares asegurados en comparación con hogares sin seguridad en localidades rurales, lo que indica una mayor vulnerabilidad de estos hogares a sufrir un gasto empobrecedor debido a los gastos en salud a los que se enfrentan. Estas diferencias no se observan al analizar las localidades urbanas.

En cuanto a protección social, los resultados de la Ensanut 2018-19 documentaron un incremento en el país en lo que se refiere a la protección en salud, principalmente por la cobertura del IMSS y SP en relación con la información obtenida en 2012.

Utilización de servicios de salud

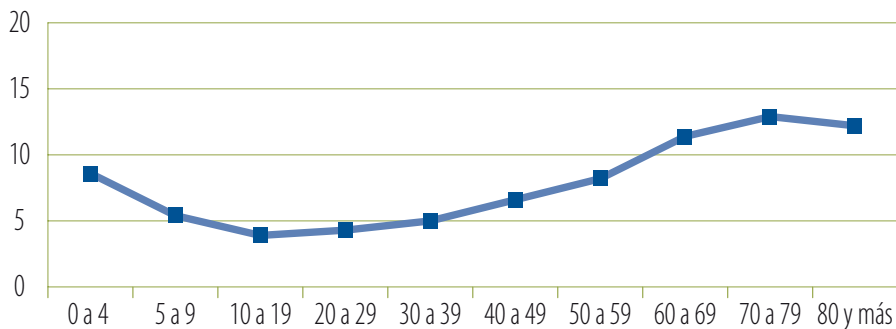
Las características del proceso de demanda y utilización de servicios de salud, así como el resultado de satisfacción de los usuarios son fundamentales para comprender las bondades de la respuesta social organizada a las necesidades de salud.¹⁻⁴ En este capítulo se analiza, a partir de la Ensanut 2018-19, la utilización de los servicios ambulatorios y hospitalarios.

La utilización de servicios ambulatorios curativos se indagó preguntando a cada integrante del hogar si dos semanas antes de la entrevista “solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización) por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente”. De entre los miembros del hogar con respuesta afirmativa, se seleccionó aleatoriamente en 40% de las viviendas hasta dos utilizadores de los servicios médicos durante los últimos 15 días, y en el resto de las viviendas se seleccionó a un solo utilizador;⁵ a estos individuos seleccionados se les entrevistó y se les aplicó un cuestionario más amplio. Se exploraron diferentes aspectos relacionados con el proceso de búsqueda, utilización y satisfacción con los servicios ambulatorios. La exploración de los servicios hospitalarios se realizó por integrante del hogar, preguntando al informante adecuado del hogar si durante el año anterior a la entrevista “estuvo hospitalizado o internado”. Se indagó sobre el motivo de la última hospitalización, así como sobre diferentes aspectos relacionados con la atención. Las preguntas sobre el uso de servicios hospitalarios las respondió el informante del hogar, a diferencia de la atención ambulatoria en detalle, que fue respondida de manera directa por el utilizador seleccionado.

2.1 Servicios curativos ambulatorios

En el ámbito nacional, el porcentaje de utilización de servicios ambulatorios en los 15 días previos a la encuesta en 2018 fue de 6.4%, valor inferior al reportado en la Ensanut 2012 que fue de 7.7 por 100 habitantes. Consistente con el mayor reporte de enfermedad en los grupos etarios extremos de la vida, para los grupos de edad de 70 a 79 años y de 80 o más años para los que se identificó una mayor

utilización de servicios de salud ambulatorios, con 12.9 y 12.2%, respectivamente (figura 2.1.1).



■ **Figura 2.1.1**

Porcentaje de utilización de servicios de salud ambulatorios* por grupos de edad. México, Ensanut 2018-19

Fuente: Ensanut 2018-19
*En las dos últimas semanas

La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituyen las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 25.6% de las causas. Cabe notar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 16.4% de las causas de consulta (cuadro 2.1.1). Al analizar los principales motivos de consulta por grupos de edad, para el grupo de 0 a 19 años éstos son las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguidos de las enfermedades y síntomas gastrointestinales (cuadro 2.1.1). Para el grupo de 20 a 49 años los principales motivos son enfermedades y síntomas respiratorios agudos, seguido de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad. Para el grupo de 50 o más años los principales motivos son diabetes y enfermedades cardiovasculares, seguido de enfermedades y síntomas respiratorios agudos.

Del total de consultas reportadas en la Ensanut 2018-19, la mayor parte, 56.8%, fueron proporcionadas en el sector público (incluyendo la seguridad social), en tanto que el sector privado aportó en 2018 43.2% del total de consultas (figura 2.1.2). Dentro de los servicios públicos, los proporcionados por los Servicios Estatales de Salud (SESA) concentran 21.1% de las consultas. Los del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) aportan 27.6% de las consultas. Los datos de utilización de la Ensanut 2018-19 muestran un aumento en la participación de servicios privados en comparación con lo reportado en la Ensanut 2006 y 2012 (figura 2.1.2).

La Ensanut 2018-19 distingue dentro del mismo sector los consultorios médicos independientes, que ofrecen 60.2% del total de las consultas de este sector, y los consultorios que dependen de farmacias, los cuales ofrecen 39.5% restante. Por sí solos, los consultorios dependientes de farmacia atienden 16.8% del total

■ Cuadro 2.1.1

Distribución porcentual de utilizadores de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas por motivo principal de consulta médica, según grupos de edad. México, Ensanut 2018-19

Motivo principal de consulta	Total		Grupos de edad				
	N (miles)	%	0 a 4 años	5 a 19 años	20 a 49 años	50 a 69 años	70 y más años
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos*	1 876.2	25.6	61.7	44.9	21.4	11.7	10.4
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad [†]	1 201.0	16.4	0	1.5	10.5	30.9	36.5
Enfermedades y síntomas gastrointestinales [‡]	461.1	6.3	8.9	7.1	6	5.3	5.7
Enfermedades urológicas [§]	247.9	3.4	0.7	2.2	4.6	3.2	4.2
Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos [§]	101.0	1.4	1.2	1.9	1.3	1.2	1.5
Síntomas neurológicos y psiquiátricos [¶]	85.7	1.2	0	0.2	1.8	1.2	1.8
Enfermedades y síntomas reumatológicos y dermatológicos [¶]	136.8	1.9	2	1.9	0.9	2.9	2.2
Enfermedades infecciosas [¶]	62.7	0.9	0.3	1.2	1.2	0.7	0.1
Lesiones- físicas por accidente o agresión [¶]	375.8	5.1	0.7	5.7	6.5	5.4	3.3
Alergia, Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña	147.4	2	3.2	4.7	1.6	0.9	0.7
Embarazo	179.7	2.4	0	2.8	5.6	0	0
Cáncer	129.9	1.8	0.2	0.4	2.3	2.6	1.5
Otros padecimientos [¶]	292.9	4	2.9	5.6	5.5	2.3	1.6
Otros no específicos	2 033.0	27.7	17.6	19.8	30.6	31.5	30.4
No sabe	12.4	0.2	0.5	0.1	0.2	0	0.3

Fuente: Ensanut 2018-19

*Incluye: Infecciones respiratorias, neumonía o bronconeumonía, tos, catarro, dolor de garganta o infección de oído

[†]Incluye: Enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión arterial, embolia o derrame cerebral u obesidad

[‡]Incluye: Diarrea, gastritis o úlcera gástrica, colitis o parasitosis intestinal

[§]Incluye: Enfermedades renales o infecciones de vías urinarias

[¶]Incluye: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema) o asma

[¶]Incluye: Alcoholismo, tabaquismo, padecimientos generados por consumo de drogas, pérdida de la memoria, estrés, depresión

[¶]Incluye: Fiebre reumática, artritis, problemas de la piel

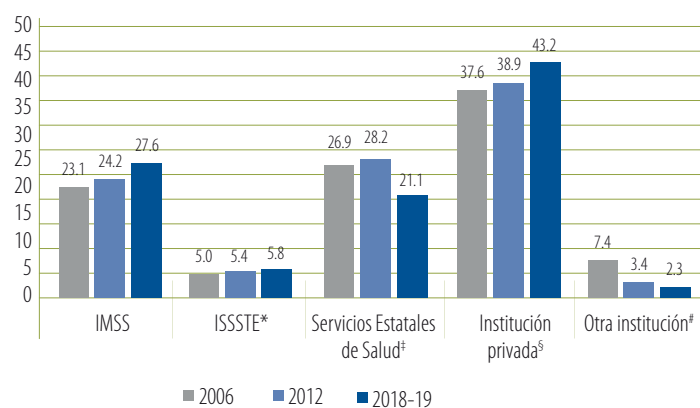
[¶]Incluye: Tuberculosis, conjuntivitis, hepatitis, enfermedad exantemática (varicela, rubeola, escarlatina), infección de transmisión sexual, VIH/SIDA, paludismo o dengue

[¶]Incluye: Lesión física por accidente o lesión física por agresión

[¶]Incluye: Enfermedad bucodental, dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación, fiebre sin otra manifestación, susto, empacho, mal de ojo o aire

■ Figura 2.1.2

Distribución porcentual de utilizadores de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas por institución que proporciona la atención. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

*Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal

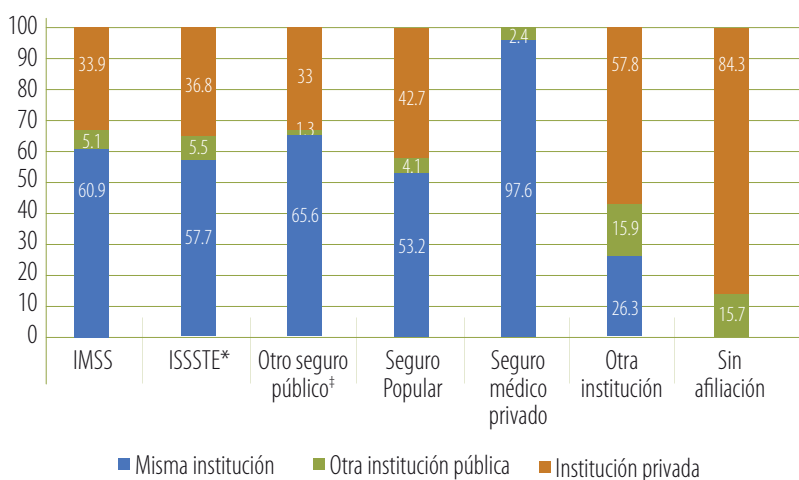
†Incluye: Centro de salud u hospital de la SS

§Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

¶Incluye: Pemex, Sedena, Semar, IMSSS *Prospera*, otras instituciones públicas

de consultas ambulatorias, lo que refuerza la importancia de considerar a este subgrupo (datos no presentados en la figura).

Al analizar la utilización de servicios en los 15 días previos a la encuesta, en relación con estar afiliado a algún seguro público, se encontró que entre 33.9 y 42.7% de los afiliados a los seguros públicos (incluido Seguro Popular) hicieron uso de los servicios ambulatorios del sector privado. Si se incluye la demanda que hacen en “otras instituciones públicas” diferentes de aquellas donde están afiliados, las cifras incrementan a entre 34.6 y 46.8% (figura 2.1.3). De la población que refirió no tener ningún esquema de aseguramiento 84.3% reportó acudir a los servicios privados y 15.7% acudió a otras instituciones públicas los servicios de los SESA.



■ Figura 2.1.3

Población utilizadora de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas, según concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporcionó la atención curativa. México. Ensanut 2018-19

Fuente: Ensanut 2018-19

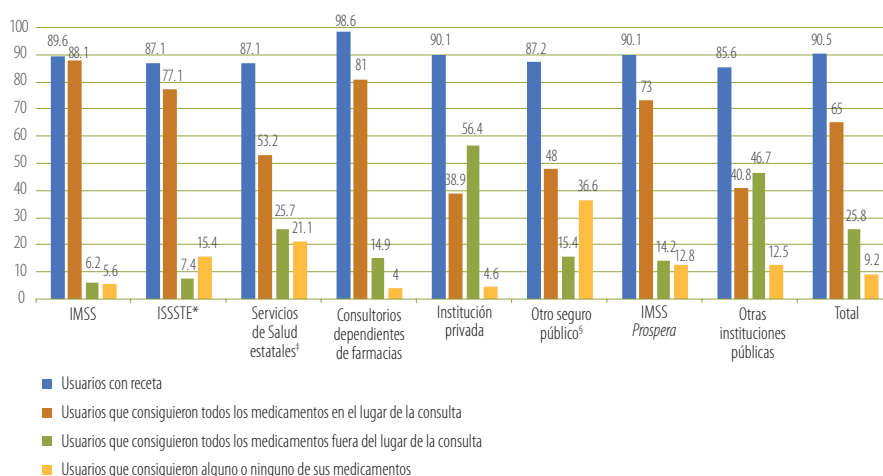
*Incluye: ISSSTE Estatal

†Incluye: Pemex, Sedena, Semar

En el ámbito nacional, 90% de los utilizadores de servicios de consulta médica ambulatoria recibieron una prescripción de medicamentos. De ellos, 65% reportó haber conseguido todos sus medicamentos en el mismo sitio de la consulta. El IMSS es la institución que surte el total de los medicamentos recetados en mayor proporción. De los derechohabientes del IMSS que solicitaron atención en los 15 días previos a la encuesta, 88.1% refirieron haber recibido todos los medicamentos recetados (figura 2.1.4). Los atendidos en el IMSS *Prospera* refirieron haber recibido todos sus medicamentos en porcentaje inferior a los del IMSS. Los usuarios que recibieron receta y que acudieron a los SESA y el ISSSTE (federal y estatal) refirieron porcentajes de surtimiento de recetas en cantidades inferiores a las reportadas para el IMSS; 53.2 y 77.1% respectivamente, de los utilizadores que recibieron receta lograron el surtimiento completo dentro de la institución donde se dio el servicio. Los consultorios dependientes de farmacias surten todos

Figura 2.1.4

Población de utilizadores de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas por tipo de institución que proporciona la atención ambulatoria según condición de surtimiento de recetas. México, Ensanut 2018-19



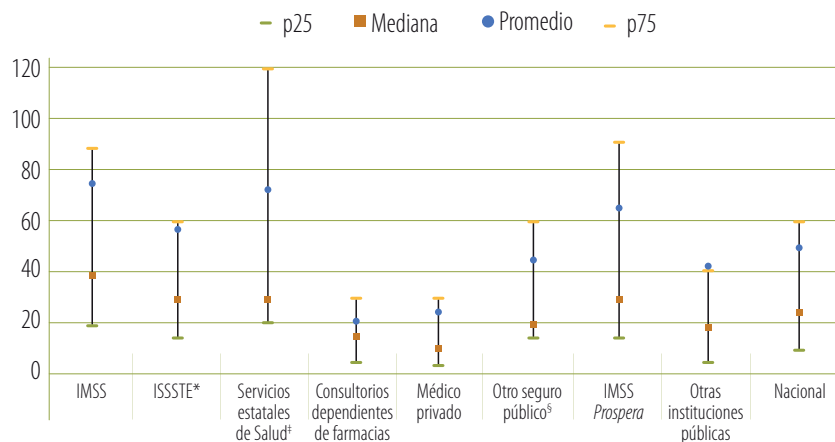
Fuente: Ensanut 2018-19
 *Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal
[†]Se refiere a centros de salud u hospitales de la SS
[‡]Incluye: Pemex, Sedena y Semar

los medicamentos en la misma farmacia en 81.0% de los casos y quedan surtidas parcialmente o sin surtir hasta 4.0% de las recetas.

El tiempo de espera para recibir servicios médicos curativos ambulatorios muestra una amplia variación en el ámbito nacional, con una mediana de 25 minutos y promedio de 50 minutos (figura 2.1.5), comparado con el tiempo de espera aceptable de 30 minutos establecido por el programa SICalidad.⁶ Los usuarios con menor espera (cuartil inferior o p25) muestran una espera de cinco minutos o menos, mientras que los usuarios con mayor espera (cuartil superior o p75) esperan hasta dos horas. El intervalo de tiempos de espera reportado en el cuartil inferior varía de acuerdo con el sitio donde se da el servicio, y va de

Figura 2.1.5

Tiempo de espera en minutos para recibir consulta de servicios médicos curativos ambulatorios, por institución de atención. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19
 *Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal
[†]Se refiere a centros de salud u hospitales de la SS
[‡]Incluye: Pemex, Sedena y Semar

cinco minutos para consultorios dependientes de farmacia y médicos privados, a 20 minutos para el caso del IMSS y SESA. El intervalo de tiempo de espera en el cuartil superior es mucho más variable entre las instituciones proveedoras, de 30 minutos para el caso de los consultorios dependientes de farmacias y médicos privados, hasta 120 minutos para los SESA, y 90 minutos para el IMSS. Los usuarios de los IMSS tienen la mediana de tiempos de espera más elevada, con 40 minutos, en contraste con el resto de las instituciones, que va de 10 minutos para los proveedores privados, hasta 30 minutos para los SESA, IMSS *Prospera* y el ISSSTE (federal y estatal).

En el ámbito nacional, 45.1% de los usuarios que reportaron haber usado los servicios de salud en los 15 días previos a la encuesta refrieron haber pagado al momento de utilizar servicios médicos curativos por consulta o estudios de laboratorio o gabinete (cuadro 2.1.2). Para los usuarios que reportaron gasto de bolsillo (45.1%), la mediana de gasto total (consulta y estudios) reportada para el ámbito nacional es de 150 pesos, con un rango intercuartil 25-75 de 50 a 500 pesos. Como es de esperar, la proporción más alta de quienes realizan pagos es para quienes usan servicios de instituciones privadas (mediana 400 pesos). Entre las instituciones públicas, los usuarios de los SESA son los que en mayor proporción (18.9%) pagan por la atención ambulatoria, aunque resalta el ISSSTE, que con una proporción baja de usuarios que reportaron gasto la mediana del mismo es la más elevada de todos los proveedores (750 pesos).

	Porcentaje de usuarios que realizó gasto	Mediana del gasto en pesos	Intervalo intercuartil	
			p25	p75
Gasto total*	45.1	150	50	500
IMSS	3.2	400	160	800
ISSSTE	2.4	750	600	1 000
Servicios Estatales de Salud	18.9	250	80	550
Consultorio dependiente de farmacia	92	40	35	50
Médico privado	90.8	400	150	700
IMSS <i>Prospera</i>	11.8	390	300	500
Otras instituciones públicas	45.7	100	45	250
Consultas	42.4	100	40	400
Estudios de laboratorio y gabinete [‡]	43.5	500	300	1 000
Otros gastos [§]	61.1	50	24	150
Medicamentos	53.6	300	180	550

Fuente: Ensanut 2018-19

*Incluye los rubros de gasto en consulta y estudios de laboratorio/gabinete

[‡]Del total de usuarios de servicios ambulatorios (N= 7 343 030) a 33.3% se les solicitó un examen de laboratorio o gabinete. De estos, 63.8% (N=1 562 572) se lo realizaron, y sobre estos se registró la proporción que gastó en este rubro.

[§]Incluye gastos de transporte y otros gastos

■ Cuadro 2.1.2

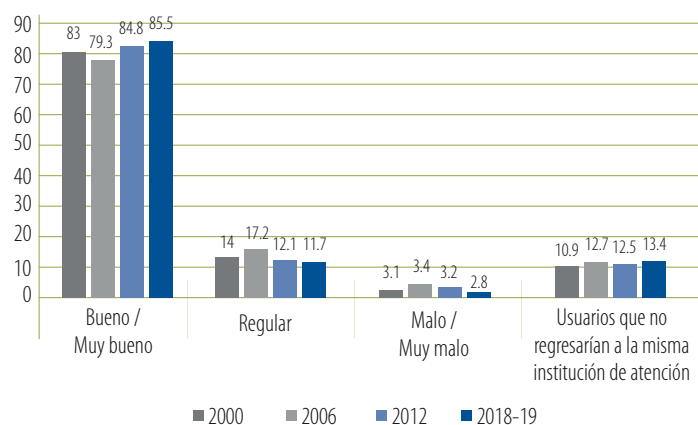
Gasto en atención ambulatoria por institución que presta la atención. México, Ensanut 2018-19

Considerando por rubro de gasto, 42.4% de los usuarios refirieron haber pagado por la consulta. En relación con los estudios de laboratorio y gabinete, 43.5% de quienes realizan estudios de laboratorio o gabinete pagan por este concepto (cuadro 2.1.2). Respecto al gasto en medicamentos, la mediana de gasto es de 300 pesos para quienes incurrieron en este gasto (53.6% de los utilizadores), con valores que van desde 180 pesos (primer cuartil) a 550 pesos (cuartil superior, p75) (cuadro 2.1.2).

La calidad del servicio es percibida como muy buena o buena por 85.5% de los usuarios de servicios ambulatorios curativos, esta proporción fue ligeramente superior a la reportada en la Ensanut 2012 de 84.8%. De manera concomitante, la percepción de calidad regular se ha reducido, de 17.2% en 2006, a 11.7% en 2018. La percepción de calidad muy mala o mala se ha mantenido similar. El 13.4% dice que no regresaría a la misma institución que los atendió, ligeramente superior a la proporción en 2012, de 12.5%, aunque superior a lo reportado en 2000, de 10.9% (figura 2.1.6).

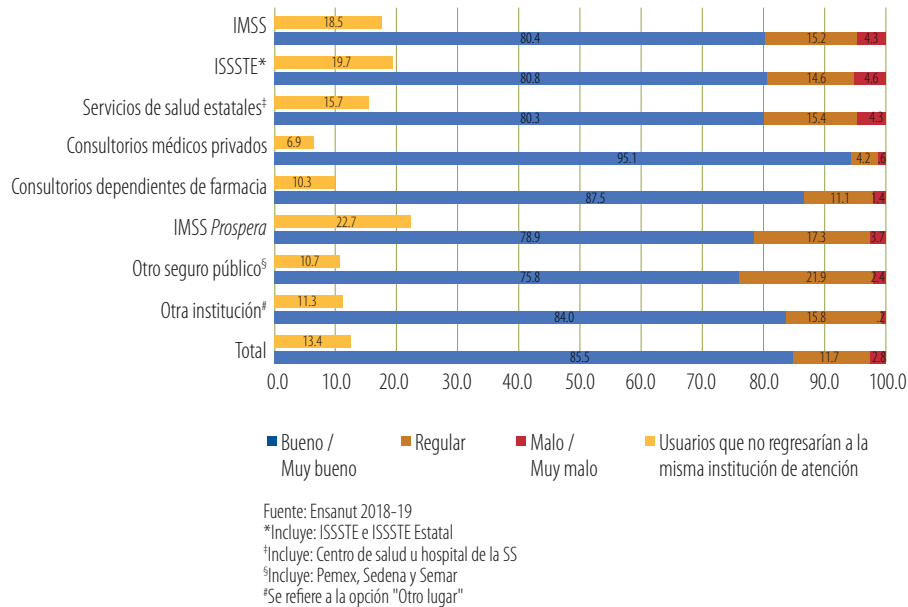
■ Figura 2.1.6

Percepción de la calidad de la atención ambulatoria por año. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Alrededor de 80% de los usuarios que acudieron a instituciones públicas, consideraron la calidad del servicio recibido buena o muy buena. De los usuarios de servicios privados ambulatorios, 95.1% percibe la calidad como muy buena y buena. La proporción más baja de los que dicen que no regresaría al mismo lugar correspondió a quienes utilizaron los servicios privados con 6.9% (figura 2.1.7).

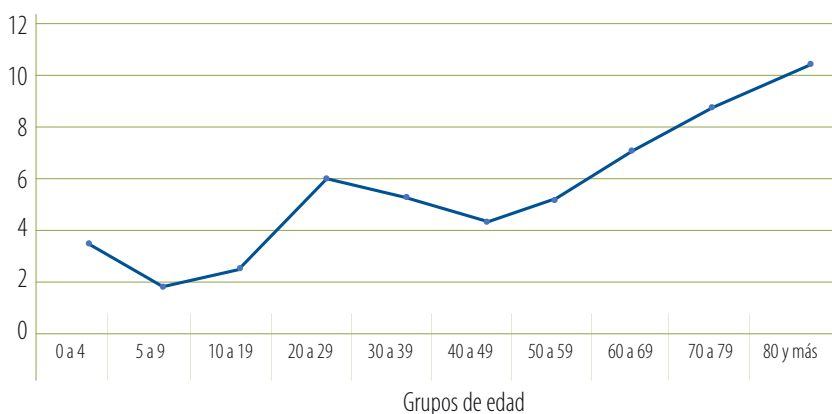


■ **Figura 2.1.7**

Población que utilizó servicios de salud ambulatorios por institución que proporciona el servicio según calidad percibida de la atención ambulatoria. México. Ensanut 2018-19

2.2 Servicios hospitalarios

De acuerdo con la respuesta del informante del hogar, en el ámbito nacional se estimó que 4.6 de cada 100 habitantes utilizó los servicios hospitalarios en el año previo a la entrevista. El porcentaje entre las mujeres fue de 5.8, superior al de los hombres de 3.3. Los grupos de 5 a 9 años y de 10 a 19 años son los que tienen el porcentaje de utilización más baja, con 1.8 y 2.5 por cada 100, respectivamente (figura 2.2.1). A partir de los 60 años existe una tendencia creciente en el uso de servicios hospitalarios, que alcanza hasta 10.5 por cada 100 personas de 80 años o más. El porcentaje de utilización de servicios hospitalarios en 2018 es mayor a la reportada por la Ensanut 2012 de 3.8.



Fuente: Ensanut 2018-19

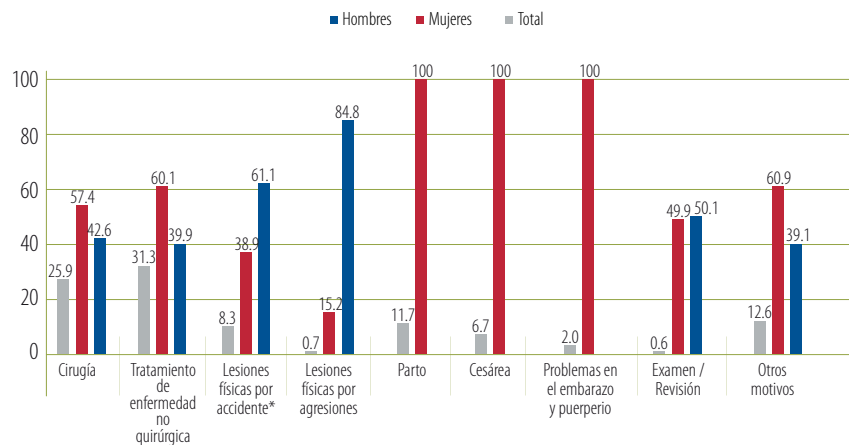
■ **Figura 2.2.1**

Porcentaje de la población que utilizó servicios hospitalarios en los últimos 12 meses por grupos de edad. México. Ensanut 2018-19

El motivo más frecuente de hospitalización fue el tratamiento no quirúrgico de enfermedades, que representa 31.3%, las mujeres presentan mayor proporción de atención por este motivo que los hombres, con 60.1 y 39.9%, respectivamente. También la proporción de atención por cirugía fue mayor en las mujeres (57.4%). Por otra parte, sobresale que las lesiones no intencionales e intencionales fueron más frecuentes en hombres que en mujeres (figura 2.2.2).

Figura 2.2.2

Porcentaje de la población que utilizó servicios hospitalarios en los últimos 12 meses, por sexo según motivo de hospitalización. México, Ensanut 2018-19

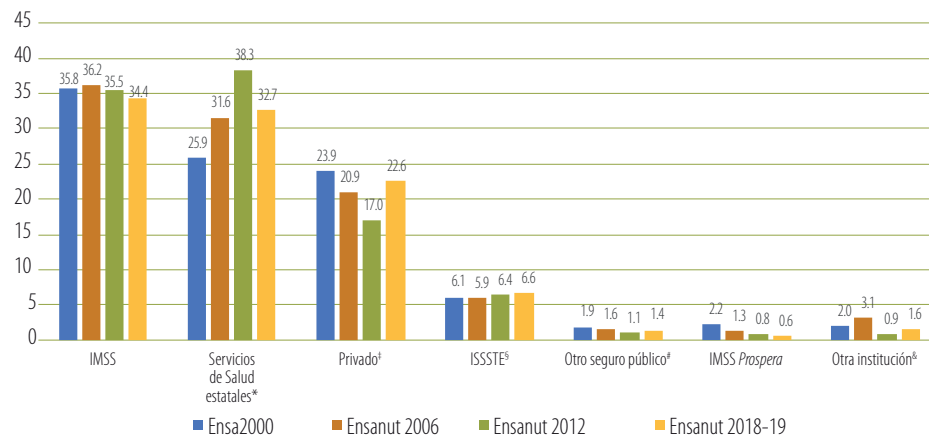


Fuente: Ensanut 2018-19
*Incluye "caídas"

El principal proveedor de servicios hospitalarios fue el IMSS, con 34.4% del total, porcentaje superior al reportado para esta institución en 2012 (35.5%) (figura 2.2.3). Los SESA fueron reportados como sitio de hospitalización por 32.7% de los usuarios de ese servicio, porcentaje inferior al registrado en 2012, 38.3%, y similar al reportado en 2006, 31.6%. Para este tipo de servicio, el sector privado aumentó su participación, al pasar de 17.0% en 2012, a 22.6% en 2018, lo que representa un incremento importante de casi 6 pp (figura 2.2.3).

Figura 2.2.3

Porcentaje de la población que utilizó servicios hospitalarios en los últimos 12 meses por institución que proporciona la atención. México, Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19



Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

*Incluye: Centro de salud u hospital de la SS

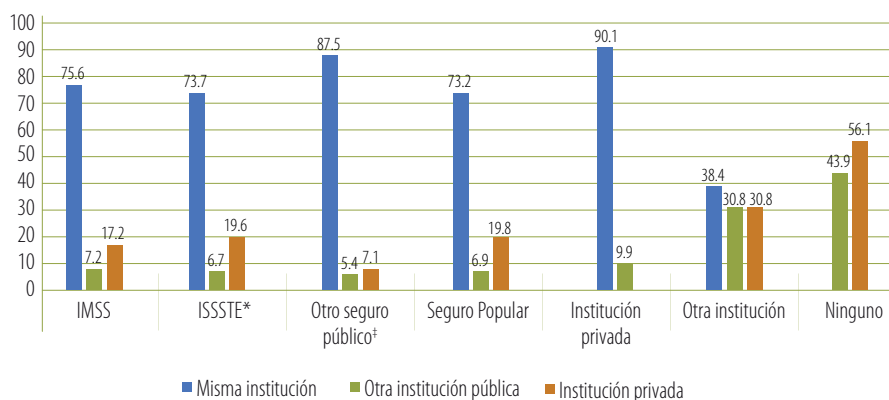
†Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

‡Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal

§Incluye: Pemex, Sedena y Semar

¶Se refiere a la opción "Otro lugar"

En la figura 2.2.4 se presenta la concordancia entre la institución que se utiliza para la atención hospitalaria y el esquema de aseguramiento en salud (para los afiliados al Seguro Popular, la institución que proporciona la atención corresponde a Secretaría de Salud Estatal o Federal). Entre 7.1 y 19.8% de los afiliados a las instituciones públicas de seguridad social y Seguro Popular refieren haber usado servicios privados para la hospitalización (figura 2.2.4). Los afiliados con mayor utilización de sus propias instituciones son los de Pemex/Sedena/Semar (87.5%), si bien los porcentajes para las otras instituciones de seguridad social son elevados: IMSS con 75% y ISSSTE con 73.7%. La población que refirió no tener ningún esquema de aseguramiento, acude en su mayoría a servicios privados (56.1%).



Fuente: Ensanut 2018-19
 *Incluye: ISSSTE Estatal
 †Incluye: Pemex, Sedena, Semar

■ **Figura 2.2.4**

Población de utilizadores de servicios hospitalarios en los últimos 12 meses, según concordancia entre esquema de aseguramiento e institución que proporciona la atención. México, Ensanut 2018-19

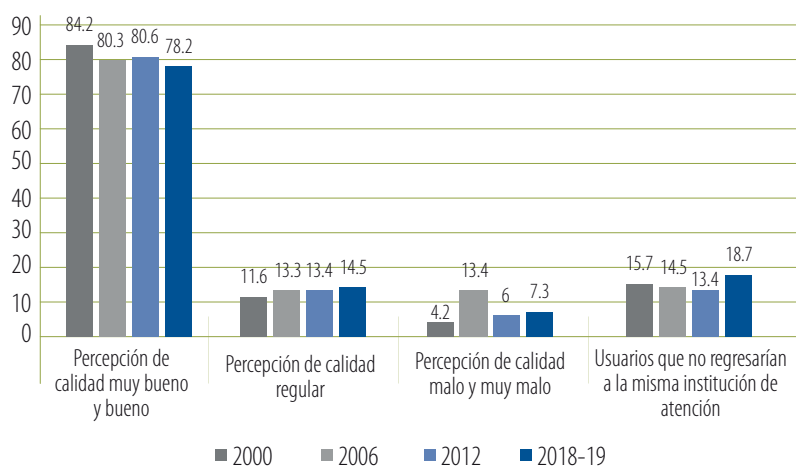
En el ámbito nacional, 78.2% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, con una reducción de más de 6% respecto a 2000 y de alrededor de 2% comparado con 2006 y 2012. Por el contrario, 7.3% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, similar a lo reportado en 2012 de 6%, pero inferior a lo reportado en 2006, 13.4%. En 2018, 18.7% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió, proporción mayor a 2006 y 2012 (figura 2.2.5).

En la figura 2.2.6 se muestran las diferencias en percepción de la calidad de los servicios hospitalarios por institución proveedora. El IMSS fue el sitio con mayor porcentaje de usuarios que percibe la calidad de la atención fue mala y muy mala, con 10.3%. El 22.2% de los usuarios de IMSS mencionó que no regresaría a la misma institución que lo atendió, seguido por los SESA (18.9%) y el ISSSTE (16.8%) y quienes recibieron servicios hospitalarios en instituciones privadas (15.3%).

Al analizar los cambios en el lugar de atención hospitalaria entre los menores de cinco años, población objetivo del Seguro Médico Siglo XXI (antes Seguro

Figura 2.2.5

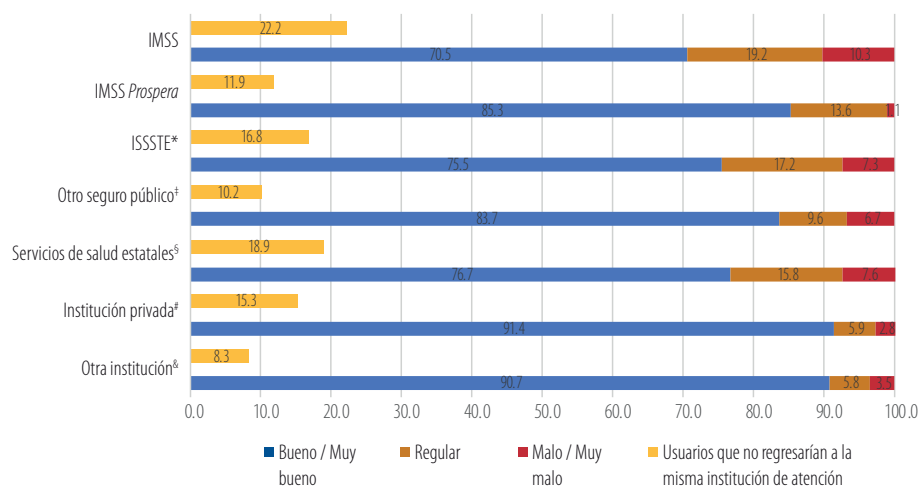
Población que utilizó servicios hospitalarios en los últimos 12 meses según calidad percibida de la atención hospitalaria. México, Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19



Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Figura 2.2.6

Población que utilizó servicios hospitalarios en los últimos 12 meses por institución que proporciona el servicio según calidad percibida de la atención hospitalaria. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

*Incluye: ISSSTE e ISSSTE Estatal

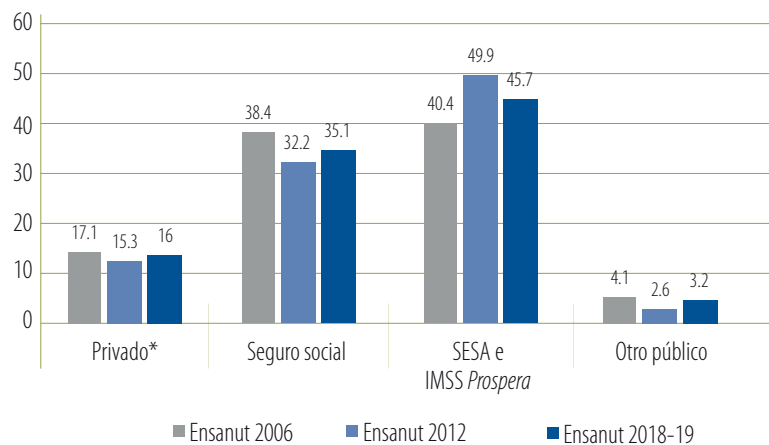
‡Incluye: Pemex, Sedena y Semar

§Incluye: Centro de salud u hospital de la SS

¶Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

&Se refiere a la opción "Otro lugar"

Médico para una Nueva Generación, SMNG), se observa que entre 2006 y 2012 se dio un desplazamiento de la atención en la seguridad social hacia los servicios financiados por este esquema de cobertura en salud de aproximadamente 6%, que se revirtió parcialmente en 2018 (figura 2.2.7).



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

*Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

■ **Figura 2.2.7**

Distribución porcentual de los niños de 5 años y menos que requirieron hospitalización en los últimos 12 meses por institución que proporciona la atención. México, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Conclusiones

La utilización de servicios curativos y ambulatorios muestra un comportamiento similar al observado en 2012, con mayor utilización en los extremos de la vida, lo que es consistente con la presencia de episodios de enfermedad. Por lo que se refiere a la demanda de servicios hospitalarios, el comportamiento se ha mantenido constante en el tiempo, con mayor utilización en el periodo reproductivo entre las mujeres y entre los adultos mayores. En términos de la provisión, los servicios públicos representan en su conjunto más de 60% del total de consultas, porcentaje similar al observado en 2012. Es decir, el patrón de utilización de los servicios ambulatorios no se ha modificado y muestra que cerca de 3 de cada 10 utilizadores de servicios que cuentan con algún esquema de protección en salud pública optaron por la atención privada, con una participación importante de los consultorios de las farmacias.

Por lo que se refiere a la atención hospitalaria, en los resultados destaca el incremento de la participación de los servicios públicos en general, y de los financiados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en particular, lo que podría indicar que la oportunidad en atención en los mismos es mayor que en otros públicos. No se identifica un cambio en la calidad percibida por parte de los usuarios. Estos resultados evidencian la importancia de invertir en la calidad de los servicios públicos para ofrecer mayor valor a los usuarios y promover la eficiencia en el sistema.

Referencias

1. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.
2. Hirmas M, Poffald L, Sepúlveda A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223-229.
3. Fajardo G, Gutiérrez JP, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex*. 2015;57(2):180-186.
4. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Mental*. 2010;33:397-408.
5. Romero M, Shamah-Levy T, Vielma E, Heredia O, Mojica J, Cuevas L, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):917-923.
6. Sistema Integral de la Calidad. INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. México, D.F.: SS; 2016 [citado febrero 23, 2020]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>

3.1 Introducción

La niñez se mantiene como una de las etapas más prometedoras para lograr el desarrollo del capital humano en nuestro país. El adecuado nacimiento y desarrollo óptimo de individuos de edades tempranas es fundamental para garantizar que nuestro país crezca en todos los ámbitos. El derecho a la protección de la salud y seguridad social de niñas y niños quedó establecido como prioridad con la publicación en el DOF de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes en 2014, donde se especifica la creación de un Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes para que el estado cumpla con la responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integrales de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Específicamente el artículo 50 de esta ley establece que niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud. En 2018 se reafirma este sistema, además de que se consolidan cada una de las autoridades, desde sus respectivas competencias para, entre otras, reducir la morbilidad y mortalidad, asegurar asistencia médica y sanitaria, haciendo hincapié en la atención primaria de éste grupo de población. La tasa de mortalidad infantil (especialmente en menores de un año) se redujo de 20.8% en el año 2000, a 12.1% en 2016, sin embargo, esta tasa de mortalidad infantil no se distribuye de manera uniforme en todo el país, de manera que siguen existiendo huecos en las estrategias y políticas públicas encargadas de prevenir, proteger y restaurar la salud de niñas y niños.

La Ensanut 2018-19 presenta el panorama de la situación referente al acceso a salud y seguridad pública que han tenido los niños y niñas de México. Los principales indicadores considerados para representar el estado de salud de niños y niñas comprenden: la cobertura de vacunación, el porcentaje de niñas y niños con enfermedades diarreicas o infecciones respiratorias, así como la funcionali-

dad, los accidentes a los que están expuestos además de los episodios y el tipo de violencia que puedan sufrir.

El grupo de niños para la Ensanut 2018-19 comprende un rango de edad de los 0 a los 9 años. En total, para la Ensanut 2018-19 se obtuvo información de 10 100 niñas y niños de 0 a 4 años de edad, y de 11 395 niños y niñas de 5 a 9 años de edad.

La población estimada por la Ensanut 2018-19 (cuadro 3.1.1) muestra que en 2018 habitaban en el país un total de 9 705 538 niños y niñas de 0 a 4 años, 48.6% eran mujeres y 51.4% eran hombres; y de 5 a 9 años de edad, el total de niños y niñas era de 11 109 781, donde 51.6% eran hombres y 48.4% eran mujeres.

De los 20 815 319 niños y niñas de 0 a 9 años, 17.3% estuvo representado por individuos de entre 0 y 1 año de edad, una proporción menor en poco más de un punto porcentual a la Ensanut 2012 (18.5%).

La población de 0 a 9 años tuvo un decremento en el tamaño en alrededor de dos millones de individuos menos entrevistados en esta versión de Ensanut en comparación con la de 2012.

■ Cuadro 3.1.1

Distribución porcentual de la población de 0 a 9 años, por edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
0	930.2	4.5	838.2	4.0	1 768.4	8.5
1	940.5	4.5	892.9	4.3	1 833.5	8.8
2	968.7	4.6	923.7	4.4	1 892.5	8.8
3	1 152.4	5.5	1 029.2	4.9	2 181.6	10.5
4	998.8	4.8	1 030.7	4.9	2 029.5	9.7
5	1 117.9	5.4	1 014.8	4.9	2 132.7	10.2
6	1 131.0	5.4	1 075.9	5.2	2 206.9	10.6
7	1 081.1	5.2	1 117.7	5.4	2 198.8	10.6
8	1 238.9	5.9	1 083.9	5.2	2 322.8	11.2
9	1 158.6	5.6	1 089.8	5.2	2 248.4	10.8
Total	10 718.3	51.5	10 096.9	48.5	2 0815.3	100

Fuente: Ensanut 2018-19

3.2 Vacunación niños

La vacunación, después del agua potable, es la estrategia altamente costoefectiva, pilar en la agenda del Desarrollo Sustentable. Algunas de las razones para apoyar la vacunación es su potencial para incidir en los siguientes ámbitos: 1. Evita la presencia de enfermedades inmunoprevenibles y en consecuencia reduce el riesgo de malnutrición infantil. Ambas condiciones catalizadoras

de la capacidad fisiológica con que los niños se desarrollan física, psicológica y socialmente. 2. Protege a las familias de la pobreza secundaria por gastos cuantiosos en salud derivados de eventos prevenibles por vacunación. 3. Promueve el acercamiento del núcleo familiar con los servicios de salud. 4. Favorece la equidad de los futuros hombres y mujeres a partir de una condición basal exitosa, especialmente en los entornos más vulnerables.¹

El éxito de la vacunación en la erradicación de la viruela y en la eliminación de otras enfermedades como la poliomielitis, el sarampión y el tétanos neonatal ha favorecido que la mayoría de la gente no haya presenciado lo incapacitante y mortal de estas enfermedades.² A nivel global mueren alrededor de seis millones de niños cada año y cerca de la tercera parte de estas muertes son consecuencia de infecciones que incluyen la neumonía y la diarrea,³ ambas enfermedades en muchos de los casos evitables por vacunación, lo cual justifica la necesidad de promoción y educación para la salud enfocada a la vacunación desde el nivel de atención primaria.

La vacunación es una inversión en el capital humano, que se traduce en mayor y mejor competitividad de los pueblos.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en los últimos años la cobertura de vacunación en niños a nivel mundial se ha mantenido sin cambios y que en el año 2018 cerca de 86% de niños recibieron al menos tres dosis de DPT, vacuna que protege contra la difteria, la tos ferina y el tétanos. Asimismo, este organismo documentó que al menos 129 países alcanzaron coberturas de 90% con este biológico. Por otra parte, de acuerdo con estimaciones a nivel mundial, 19.4 millones de niños menores de un año de edad se quedan sin recibir las vacunas mínimas necesarias para su edad.⁴

Dicho todo lo anterior y acorde al tercer objetivo de la Agenda de Desarrollo Sustentable dirigido a garantizar una vida sana y bienestar para todos en todas las edades, la Asamblea de la Naciones Unidas en 2017 planteó la necesidad de alcanzar cobertura sanitaria universal. Esta cobertura incluye acceso a vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para toda la población, por lo que medir la proporción de población vacunada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional, es uno de los 14 indicadores más relevantes del avance en términos de bienestar social.⁵

En esta sección se revisará con detalle las coberturas de vacunación en niños menores de cinco años de edad de hogares que participaron en la Ensanut 2018-19. Asimismo, se presentarán comparaciones de los resultados de esta encuesta con respecto de los de ediciones previas.⁶⁻⁸

Niños y niñas de 0 a 4 años de edad

La Cartilla Nacional de Salud (CNS) es un documento importante dado que es el único documento oficial con registro de vacunas aplicadas que poseen las

madres o cuidadores de los menores de cinco años de edad.⁹ De acuerdo con los resultados obtenidos en la Ensanut 2018-19, 97.2% de las madres o cuidadores de los menores de cinco años refirieron tener CNV, sin embargo, al momento de la encuesta sólo la presentaron 49.1% de las madres o cuidadores. La posibilidad de presentar la CNV disminuyó en la medida en que incrementó la edad del niño; 53% en los menores de un año respecto de 45.8% en los niños de cuatro años (cuadro 3.2.1).

■ Cuadro 3.2.1

Distribución de la población de 0 a 4 años, según posesión de la Cartilla Nacional de Salud,* por edad. México, Ensanut 2018-19

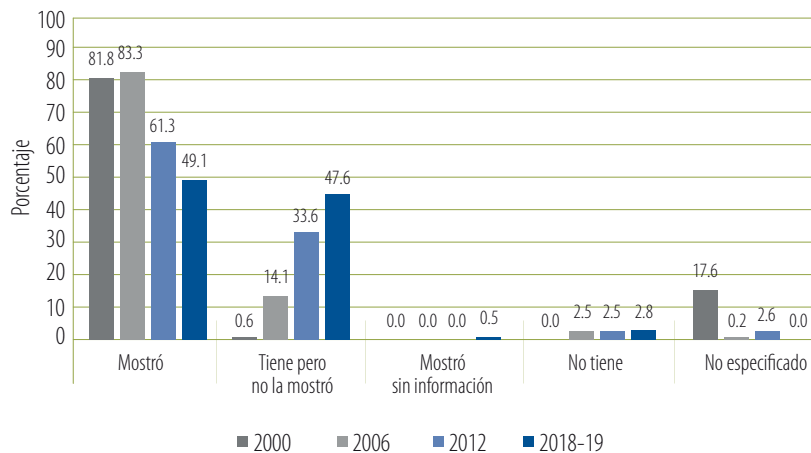
Edad	Mostró		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
0	842.6	53.0	684.4	43.1	9.1	0.6	53.2	3.3	1 589.3	100
1	944.1	52.8	787.7	44.1	10.7	0.6	44.9	2.5	1 787.4	100
2	917.1	49.3	898.3	48.2	5.1	0.3	41.7	2.2	1 862.2	100
3	999.1	46.2	1 103.7	51.0	8.9	0.4	53.3	2.5	2 165.1	100
4	923.2	45.8	1 008.5	50.0	14.6	0.7	70.7	3.5	2 016.9	100
Total	4 626.2	49.1	4 482.7	47.6	48.3	0.5	263.8	2.8	9 420.9	100

*Algún documento probatorio de la vacunación
Fuente: Ensanut 2018-19

Según la Ensanut 2018-19, una menor proporción de padres de familia o cuidadores estuvieron en posibilidad de mostrar la CNS durante la encuesta (49.1%), respecto de 2000, 2006 y 2012. Lo anterior es factible en razón a que los cuidadores de los menores no siempre se encargan de los trámites en donde puede ser requerido dicho documento, como es el caso de guarderías, centros educativos, instituciones que brindan apoyos económicos a partir del cumplimiento de las acciones de prevención, entre otros. En la encuesta de 2018-19 a diferencia de los resultados de las ediciones previas de la Ensanut se agregó una casilla para quienes mostraron la CNS pero no tenía información (figura 3.2.1).

Tanto en la Ensanut 2012 como en la Ensanut 2018-19 la información sobre vacunación se obtuvo de las siguientes fuentes: CNS o algún documento probatorio de vacunación y el autorreporte de la madre o cuidador. Esta última forma se tomó en cuenta, cuando no se tuvo acceso a la información mediante comprobante de vacunación. Las estimaciones obtenidas a partir de la CNS o algún documento probatorio se denominaron coberturas de vacunación, en tanto que las mediciones obtenidas a partir del autorreporte de la madre o cuidador fueron identificadas como proporciones.

Con el fin de comparar los resultados de la Ensanut 2018-19 con los reportes de ediciones previas se midieron las coberturas de dos esquemas diferentes de



*Algún documento probatorio de la vacunación
Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

■ **Figura 3.2.1**

Prevalencia estimada de niños y niñas menores de 5 años de edad, de acuerdo con posesión de Cartilla Nacional de Salud.* México, Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

vacunación denominados “esquema completo” y “esquema con 4 vacunas”. Se consideró esquema de vacunación completo, si se contaba con registro de que el niño recibió una dosis de BCG, tres dosis de antihepatitis B, tres dosis de pentavalente, dos dosis de antineumocócica, dos dosis de antirrotavirus, y una dosis de SRP (triple viral). El esquema de 4 vacunas excluye por completo las vacunas antirrotavirus y antineumocócica.

Es importante mencionar que para evaluar las coberturas se consideraron los intervalos de tiempo y edades mínimas entre dosis, estipulados por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Censia) plasmados en el Manual de Vacunación.⁹

En el cuadro 3.2.2 se presenta la cobertura de vacunación por biológico y esquema de vacunación a nivel nacional y en cada una de las entidades federativas. Cabe recordar que esta información de cobertura corresponde a 49.1% del total de niños encuestados, quienes pudieron acreditar la vacunación mediante CNS o comprobante de vacunación.

A nivel nacional México logró cobertura útil con BCG (97.3%). Los demás biológicos que componen el esquema nacional de vacunación tuvieron coberturas promedio por debajo de 86%, siendo las más bajas para la tercera dosis de antihepatitis B (52.7%), seguida de la cobertura con dosis única de SRP (64.8%). Cabe notar que las vacunas contra rotavirus y contra neumococo, a pesar de haber sido incluidas en el esquema nacional de vacunación de manera más reciente, alcanzaron mejor cobertura promedio (84.8 y 85.3%, respectivamente) respecto de otras con mayor tiempo de implementación.

La cobertura con BCG es similar en las diferentes entidades federativas. Sin embargo, con el resto de biológicos hay diferencias notables, principalmente con antihepatitis B, pentavalente y SRP cuyas diferencias van desde 33 hasta 54 pp.

■ Cuadro 3.2.2

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de 1 y 2 años de edad,* por entidad federativa. México, Ensanut 2018-19

Entidad federativa	BCG	Hepatitis B	Pentavalente	Neumocócica	Rotavirus	SRP	Un año cumplido				Hasta dos años			
							Esquema completo [†]		Esquema con cuatro vacunas [‡]		Esquema completo [†]		Esquema con cuatro vacunas [‡]	
							%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Agascalientes	98.2	72.9	79.5	89.6	94.9	69.3	31.1	15,7,52.2	34.7	18,4,55.6	41.2	28,6,55.1	44.2	30,6,58.7
Baja California Norte	100	20.2	35.6	74.4	55.9	44.0	0.0	-	0.0	-	11.2	1,3,54.5	11.2	1,3,54.5
Baja California Sur	100	41.1	77.8	88.2	92.7	65.2	7.1	1,8,23.8	7.1	1,8,23.8	19.4	10,3,33.6	22.0	11,2,38.8
Campeche	89.1	57.2	61.6	82.3	72.7	64.3	19.9	10,3,35.2	21.7	11,8,36.5	23.7	15,0,35.4	27.2	18,2,38.7
Coahuila	96.7	47.3	58.1	83.3	86.5	59.9	21.5	10,7,38.4	21.5	10,7,38.4	28.5	17,7,42.5	29.6	18,4,43.9
Colima	100	46.9	72.4	86.9	82.1	75.4	18.6	4,4,53.0	18.6	4,4,53.0	30.6	15,9,50.6	33.5	18,4,52.9
Chiapas	95.1	22.5	42.6	72.1	80.1	48.6	0.0	-	0.0	-	12.7	6,9,22.2	13.5	7,5,23.2
Chihuahua	84.3	32.2	51.6	63.4	63.3	45.7	13.7	4,7,33.7	18.7	7,2,40.7	20.7	10,3,37.0	23.6	12,1,41.2
Ciudad de México	97.6	62.5	77.0	83.0	86.1	61.1	24.8	7,2,58.4	24.8	7,2,58.4	35.8	20,7,54.3	39.1	23,4,57.5
Durango	98.8	48.6	63.7	80.6	84.0	57.3	30.9	17,8,48.1	30.9	17,8,48.1	30.5	21,4,41.4	32.1	22,6,43.4
Guanajuato	96.5	69.4	65.3	85.8	87.0	67.7	28.8	17,8,43.1	31.5	20,0,45.9	36.8	27,8,47.0	41.9	32,1,52.5
Guerrero	97.7	59.8	85.6	89.9	93.0	76.6	15.2	8,3,26.0	15.2	8,3,26.0	42.1	33,6,51.1	45.0	35,9,54.5
Hidalgo	98.7	72.3	81.2	96.7	88.4	76.5	41.6	27,7,57.1	45.0	31,3,59.4	49.0	38,0,60.0	51.3	39,9,62.5
Jalisco	100	58.2	64.3	83.1	79.0	45.2	15.3	2,7,53.6	15.3	2,7,53.6	32.5	16,7,53.6	32.5	16,7,53.6
Estado de México	100	55.1	82.8	86.9	83.2	57.4	17.9	7,1,38.4	17.9	7,1,38.4	38.2	26,0,52.1	40.0	27,5,54.0
Michoacán	96.3	39.5	53.3	75.5	81.1	56.9	7.9	2,2,24.2	7.9	2,2,24.2	15.6	8,8,26.1	16.6	9,7,27.0
Morelos	98.0	63.4	80.6	86.5	90.5	53.8	0.0	-	9.0	1,4,41.8	17.2	8,6,31.4	22.9	12,3,38.7
Nayarit	93.8	62.0	76.7	94.7	91.3	76.9	28.1	14,9,46.6	28.1	14,9,46.6	44.0	30,3,58.7	44.0	30,3,58.7
Nuevo León	98.2	49.7	72.2	87.9	91.3	72.7	15.0	4,0,42.7	15.0	4,0,42.7	35.2	20,0,54.1	36.3	20,9,55.3
Oaxaca	97.9	40.0	74.2	92.7	85.4	55.8	13.0	6,3,24.8	14.2	6,9,26.9	20.9	12,1,33.6	24.8	15,1,37.9
Puebla	99.2	49.1	80.8	85.6	90.6	77.6	13.1	6,3,25.4	17.1	8,5,31.4	38.0	27,6,49.6	40.0	29,4,51.8
Querétaro	94.9	64.0	89.8	87.9	89.6	68.9	28.5	14,5,48.2	33.1	18,1,52.6	42.4	29,4,56.6	47.4	34,1,61.2
Quintana Roo	96.4	51.9	67.3	84.4	81.3	55.5	18.8	5,2,49.3	18.8	5,2,49.3	29.1	15,5,47.8	30.9	17,1,49.2
San Luis Potosí	98.0	60.4	87.0	96.5	95.7	72.5	19.6	9,7,35.6	19.6	9,7,35.6	43.7	31,1,57.1	43.7	31,1,57.1
Sinaloa	96.0	54.6	81.0	87.3	93.6	75.4	28.0	12,8,50.7	28.0	12,8,50.7	36.0	21,6,53.5	38.3	23,4,55.8
Sonora	100	64.9	80.1	84.0	88.9	74.2	29.5	14,2,51.3	29.5	14,2,51.3	47.2	32,6,62.3	47.2	32,6,62.3
Tabasco	90.8	60.8	75.1	88.0	80.2	69.3	9.4	2,5,29.1	12.6	4,0,33.0	33.4	21,8,47.5	38.0	25,4,52.6
Tamaulipas	100	57.8	51.9	80.8	56.9	53.8	9.2	2,1,32.7	9.2	2,1,32.7	24.6	13,6,40.3	29.3	16,7,46.2
Tlaxcala	96.5	64.9	77.6	87.5	89.0	71.9	30.7	18,8,45.9	30.7	18,8,45.9	47.6	37,6,57.8	48.4	38,1,58.8
Veracruz	96.3	49.1	77.5	87.8	83.7	74.7	21.1	9,5,40.5	23.7	11,2,43.3	33.8	23,0,46.6	36.9	25,8,49.5
Yucatán	100	51.1	71.9	83.8	76.8	60.8	15.9	5,9,36.3	17.5	6,9,37.8	28.8	21,2,37.9	32.8	24,5,42.3
Zacatecas	96.8	56.1	69.7	95.8	91.5	81.2	19.3	8,0,39.7	19.3	8,0,39.7	29.4	18,8,42.8	29.4	18,8,42.8
Total	97.3	52.7	71.8	85.3	84.8	64.8	18.5	15,5,21.9	19.9	16,7,23.4	32.9	30,2,35.6	35.3	32,5,38.1

*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 (3 dosis), pentavalente (3 dosis), antineumocócica (2 dosis), antirrotavirus (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

Fuente: Cuestionario de niños, Ensanut 2018-19

Las entidades federativas con coberturas de vacunación por debajo de la media nacional fueron Baja California y Chiapas con coberturas de 20.2 y 22.5% para tercera dosis de antihepatitis B y de 35.6 y 42.6% para tercera dosis de pentavalente, respectivamente. Baja California también tuvo la menor cobertura con primera dosis de SRP y de vacuna antirrotavirus.

Ninguna entidad federativa alcanzó cobertura útil con todos los biológicos que componen el esquema de vacunación, particularmente debido a las bajas coberturas con las vacunas antihepatitis B y SRP. La entidad federativa con mayor cobertura de vacuna contra hepatitis B fue Aguascalientes (72.9%), en tanto Zacatecas registró la mayor cobertura alcanzada con SRP (81.2%).

San Luis Potosí fue el estado que alcanzó cobertura útil con mayor número de biológicos, que son BCG (98%), antineumococo (96.5%) y antirrotavirus (95.7%).

La cobertura de vacunación con esquema completo en los niños de un año de edad (18.5%) es consistente con las bajas coberturas por biológico. En ningún niño de 12 a 23 meses de edad de los estados de Baja California, Chiapas y Morelos, hubo esquemas completos de vacunación. Las coberturas con el esquema de cuatro vacunas no fueron muy diferentes respecto del esquema completo que incluye seis vacunas. Esta similitud obedece a que las coberturas más bajas corresponden a las vacunas antihepatitis B y SRP, biológicos que están incluidos en ambos esquemas.

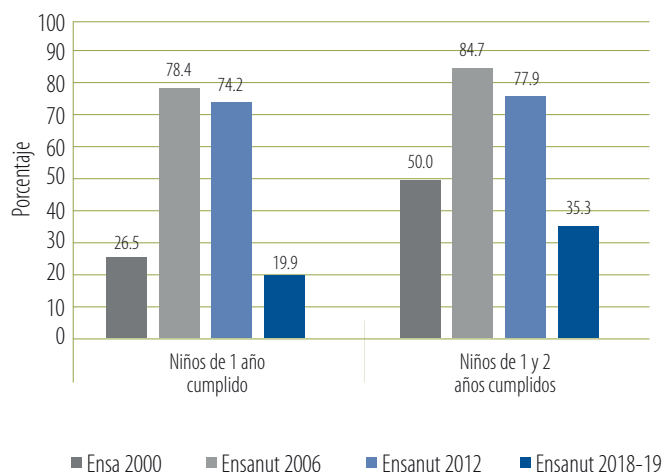
En promedio a nivel nacional una tercera parte de los niños que acreditaron vacunación mediante CNS tuvieron esquema completo y esquema con cuatro vacunas.

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, la cobertura de vacunación con esquema de cuatro vacunas en el grupo de niños de 1 y de 2 años de edad, fue notablemente más baja que en las encuestas previas (19.9 y 35.3%, respecto de 26.5 y 50.0% en el 2000). Estos resultados podrían estar relacionados con la baja cobertura con SRP y las aún más bajas coberturas con tercera dosis de antihepatitis B y de pentavalente. En comparación con los resultados de la Ensanut 2012 las coberturas con estos biológicos disminuyeron en 16, 42 y 18 puntos porcentuales, respectivamente (figura 3.2.2).

De acuerdo con el autorreporte de las madres o cuidadores, las coberturas de vacunación para cada uno de los biológicos y para el esquema de cuatro vacunas son consistentes con los resultados obtenidos mediante CNS. De esta manera, las proporciones de vacunación estimadas más bajas de acuerdo con el autorreporte de las madres o cuidadores fueron las correspondientes a las vacunas antihepatitis B, SRP y pentavalente en niños de un año de edad (49.4, 57.7 y 62.7%, respectivamente) y en niños de hasta dos años de edad (54.9, 64.9 y 67.4%, respectivamente) (cuadro 3.2.3).

Figura 3.2.2

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación del esquema con 4 vacunas* en niños de 1 y 2 años de edad. México, Ensanut 2018-19



*Incluye a quienes acreditaron mediante Cartilla Nacional de Vacunación o algún documento probatorio haber recibido BCG (dosis única), hepatitis B (3 dosis), pentavalente (3 dosis) y triple viral-SRP (1 dosis).

Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Cuadro 3.2.3

Prevalencia estimada de vacunación según autorreporte de la madre o cuidador* en niños de 1 y 2 años de edad, por biológico y esquema de vacunación. México, Ensanut 2018-19

Vacuna	Un año cumplido		Hasta dos años [‡]	
	N (miles)	%	N (miles)	%
BCG	834.5	94.0	1 755.2	94.1
Hepatitis B	438.8	49.4	1 024.7	54.9
Pentavalente	557.6	62.7	1 258.7	67.4
Neumocócica	664.7	74.8	1 411.7	75.6
Rotavirus	662.7	74.6	1 437.5	77.0
SRP	512.3	57.7	1 210.2	64.9
Esquema completo [§]	244.0	27.5	627.7	33.6
Esquema con cuatro vacunas [‡]	256.0	28.8	676.8	36.2

*Incluye a quienes no mostraron Cartilla Nacional de Salud o Documento probatorio

[‡]Incluye niños y niñas de 12 a 35 meses de edad y considera las vacunas que debe tener un niño al año de edad

[§]Incluye BCG (dosis única), hepatitis B (3 dosis), pentavalente (3 dosis), antineumocócica (2 dosis), antirrotavirus (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 sarampión, rubéola y parotiditis

Fuente: Ensanut 2018-19

Niños y niñas de 5 y 6 años de edad

El 95.9% de las madres o cuidadores refirieron tener la CNS o CNV de los menores de 5 y 6 años de edad. Sin embargo sólo 43.2% la mostraron al momento de la entrevista, similar al estratificar por edad (5 y 6 años) y a la observada en los niños de menores de cinco años de edad (cuadro 3.2.4). Las razones pudieran estar relacionadas con la necesidad de dejar con terceros este documento para que sea presentado ante instituciones encargadas del cuidado de los menores, escuelas o para obtención de apoyos económicos gubernamentales.

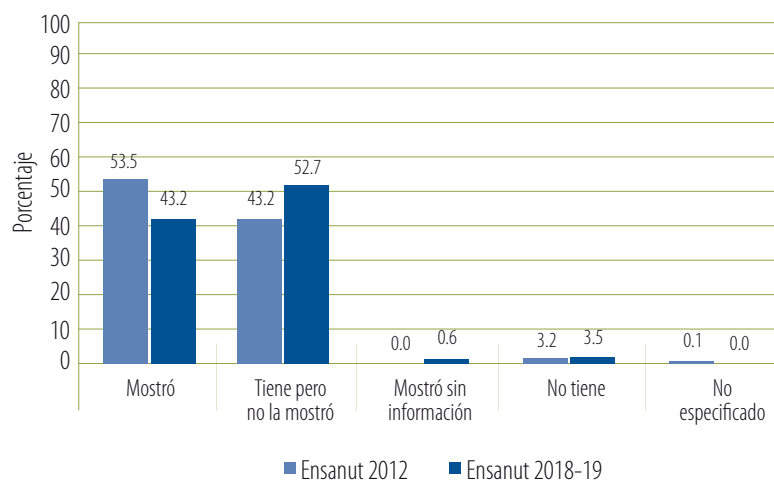
■ Cuadro 3.2.4

Distribución de la población de 5 y 6 años de edad, según posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut 2018-19

Edad	Mostró		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
5	905.7	21.0	1 132.1	26.3	13.9	0.3	59.2	1.4	2 110.9	49.0
6	955.5	22.2	1 134.9	26.4	11.3	0.3	91.6	2.1	2 193.3	51.0
Total	1 861.1	43.2	2 267.0	52.7	25.2	0.6	150.8	3.5	4 304.1	100

*Algún documento probatorio de la vacunación
Fuente: Ensanut 2018-19

En la figura 3.2.3 se observa que la proporción de niños de 5 y 6 años de quienes sus madres o cuidadores mostraron CNS o CNV con información sobre vacunación es similar en 2012 y en 2018-19 de acuerdo con los resultados de las respectivas ediciones de Ensanut. Sin embargo, en 2018 es 9.5 puntos porcentuales mayor la proporción de los que no la mostraron al momento de la entrevista.



*Algún documento probatorio de la vacunación
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Figura 3.2.3

Prevalencia estimada de niños y niñas de 5 y 6 años de edad, según posesión de Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut 2012 y 2018-19

La proporción de cobertura de vacunación estimada con una dosis de DPT y SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad fue de 79.4 y 86.9%, respectivamente. En niños de seis años la estimación de la cobertura de vacunación con la segunda dosis de SRP fue menor en 2018 (46.1%) que en 2012 (56.5%). Tanto la vacuna DPT como la SRP tienen periodos largos de oportunidad para su aplicación, no obstante, la cobertura en 2018 está por debajo de la cobertura útil (cuadro 3.2.5).

■ Cuadro 3.2.5

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT y SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut 2018-19

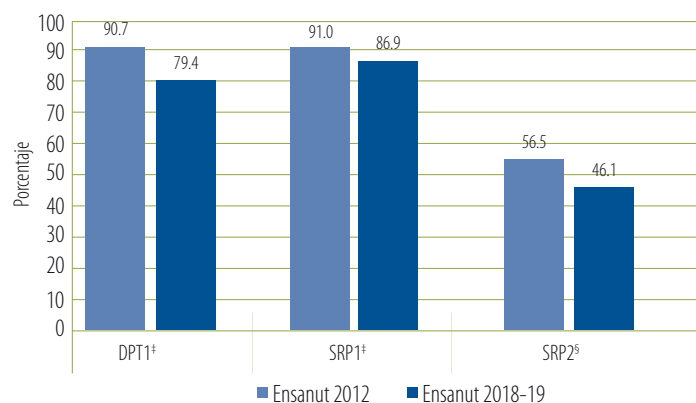
Grupo edad	Sí tiene vacuna		No tiene vacuna		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Vacuna DPT						
5 a 6 años 11 meses	1 478.4	79.4	382.8	20.6	1 861.1	100
Vacuna SRP						
5 años cumplidos (al menos una dosis)	761.2	83.9	146.1	16.1	907.3	100
6 años cumplidos (al menos una dosis)	856.2	89.8	97.6	10.2	953.8	100
5 a 6 años 11 meses (al menos una dosis)	1 617.5	86.9	243.7	13.1	1 861.1	100
6 años 11 meses (dos dosis)	47.9	46.1	56.0	53.9	103.9	100

*Incluye a quienes mostraron algún documento probatorio de la vacunación
 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 2018-19

En la figura 3.2.4 se aprecia una reducción de 10 puntos porcentuales en la cobertura de vacunación con una dosis de DPT y SRP, y con dos dosis de SRP en 2018 en comparación con los resultados de la Ensanut 2012.

■ Figura 3.2.4

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT y SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut 2012 y 2018-19



*Incluye a quienes mostraron algún documento probatorio de la vacunación
[†]Una dosis
[‡]Dos dosis
 DPT: Vacuna triple bacteriana contra difteria, tosferina y tétanos
 SRP: Vacuna triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis
 Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

3.3 Enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas,¹⁰ 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, estos apuntaban a reducir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en dos terceras partes hacia 2015.¹¹

En 2015 los Estados Miembros de la ONU adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible integrados para equilibrar la sostenibilidad medio ambiental, económica y social, con metas al 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.¹⁰

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.¹² El objetivo 6, enfocado en agua limpia y saneamiento tiene como principal objetivo garantizar el acceso al agua y gestionarla de manera sostenible, así como que todos contemos con saneamiento.¹³ Estos tres objetivos junto con los otros 14 son imprescindibles para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda¹⁴ en niños menores de cinco años.

En cifras a nivel nacional, en el año 2017 las IRA y EDA representaron 22.7% de las principales causas de mortalidad en México en población menor de cinco años, con tasas de mortalidad de 1.2 y 0.6 por cada 100 000 menores de cinco años, respectivamente.¹⁵

Debido a su magnitud, estas dos enfermedades ocupan un papel prioritario en el propósito de reducir la mortalidad infantil, lo cual es considerado por 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), el cual tiene como objetivo la reducción de 75% en la incidencia de la neumonía y la diarrea grave en 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.¹⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en 2019 que la neumonía es la principal complicación de las IRA, primera causa de mortalidad infantil a nivel mundial y responsable de 15% de las muertes en niños menores de cinco años.¹⁷ Las EDA representan la segunda causa de mortalidad en este grupo etario, asociada a la muerte de 525 mil niños menores de cinco años cada año.¹⁸

El 90% de las infecciones respiratorias agudas (IRA) son de origen viral y su transmisión es boca-mano y de persona a persona. Los síntomas principales son tos, fiebre, dolor de cabeza, mal estado general, dolor o secreción de oído, por lo que estos síntomas se deben considerar siempre como el eje vertical para atender en breve tiempo y evitar complicaciones como la neumonía, que entre 20 y 40% de los casos puede requerir hospitalización.¹⁴ Si bien es cierto que hay múltiples factores de riesgo que pueden asociarse a esta enfermedad, es vital que sean atendidos los menores cuando presentan alguno de los signos de alarma en el menor tiempo posible por personal médico y preferentemente no se debe automedicar.¹³

Enfermedad diarreica aguda

De acuerdo con la Ensanut 2018-19, la prevalencia estimada de EDA en las dos semanas previas a la entrevista en niños menores de cinco años fue de 11.8% a nivel nacional. Las cinco entidades del país con las prevalencias estimadas más altas fueron Chiapas (19.5%), Tabasco (17.8%), Colima (14.5%), Sonora y Yucatán (14.4%). En contraste, Aguascalientes (6.8%), Querétaro (7.5%), Zacatecas (7.7%), Coahuila (8.9%) y Estado de México (9.3%) tuvieron las prevalencias estimadas de EDA más bajas (cuadro 3.3.1 y figura 3.3.1).

Figura 3.3.1

Porcentaje de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según entidad federativa. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 3.3.1

Porcentaje de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según entidad federativa. México, Ensanut 2018-19

Entidad federativa	Total N (miles)	Tuvo enfermedad diarreica		No tuvo enfermedad diarreica		No especificado	
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aguascalientes	118.1	6.8	4.5,10.1	92.6	89.2,94.9	0.6	0.1,2.6
Baja California	258.5	10.6	6.8,16.1	89.4	83.9,93.2	0.0	-
Baja California Sur	57.4	11.0	7.6,15.7	89.0	84.3,92.4	0.0	-
Campeche	79.4	11.5	8.1,16.0	88.6	84.0,91.9	0.0	-
Coahuila	222.2	8.9	5.7,13.8	91.1	86.2,94.3	0.0	-
Colima	57.8	14.5	10.9,19.2	85.5	80.8,89.1	0.0	-
Chiapas	541.9	19.5	15.0,25.0	80.5	75.0,85.0	0.0	-
Chihuahua	288.9	11.5	7.8,16.8	88.5	83.2,92.2	0.0	-
Ciudad de México	497.5	10.3	6.5,15.9	89.7	84.1,93.5	0.0	-
Durango	167.6	11.7	8.3,16.3	88.3	83.7,91.7	0.0	-
Guanajuato	520.2	13.6	10.3,17.8	86.2	82.0,89.5	0.2	0.0,1.2
Guerrero	335.8	12.9	9.8,16.8	87.1	83.2,90.2	0.0	-
Hidalgo	230.3	13.7	10.1,18.2	86.4	81.8,89.9	0.0	-
Jalisco	716.9	10.8	7.3,15.7	89.0	84.1,92.5	0.2	0.0,1.6
Estado de México	1 232.1	9.3	6.1,13.7	90.7	86.3,93.9	0.0	-
Michoacán	423.7	11.2	8.2,15.1	88.8	84.9,91.8	0.0	-
Morelos	142.2	11.4	7.9,16.1	88.6	83.9,92.1	0.0	-
Nayarit	102.6	13.9	9.7,19.5	85.8	80.1,90.1	0.3	0.0,1.9
Nuevo León	365.4	12.6	8.5,18.3	87.4	81.7,91.5	0.0	-
Oaxaca	345.3	12.1	9.3,15.5	87.9	84.5,90.7	0.0	-
Puebla	506.3	13.5	10.4,17.4	86.5	82.6,89.6	0.0	-
Querétaro	166.6	7.5	4.8,11.7	92.5	88.3,95.2	0.0	-
Quintana Roo	123.8	14.1	10.2,19.2	85.9	80.8,89.8	0.0	-
San Luis Potosí	218.2	10.1	6.9,14.7	89.9	85.3,93.1	0.0	-
Sinaloa	229.5	10.1	7.1,14.0	89.4	85.5,92.4	0.5	0.1,2.0
Sonora	220.4	14.4	10.6,19.2	85.6	80.8,89.4	0.0	-
Tabasco	216.1	17.8	13.9,22.5	82.2	77.5,86.1	0.0	-
Tamaulipas	268.1	11.0	7.5,15.8	89.0	84.2,92.5	0.0	-
Tlaxcala	103.4	12.6	9.0,17.5	87.4	82.5,91.0	0.0	-
Veracruz	634.9	9.4	6.6,13.0	90.7	87.0,93.4	0.0	-
Yucatán	171.2	14.4	10.8,18.9	85.6	81.1,89.2	0.0	-
Zacatecas	143.2	7.7	5.0,11.6	92.4	88.4,95.0	0.0	-
Nacional	9 705.5	11.8	10.9,12.7	88.2	87.2,89.0	0.0	0.0,0.1

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2018-19

Al comparar los resultados de las encuestas nacionales de salud previas, la prevalencia de EDA en menores de cinco años ha oscilado entre 11.0 y 12.9% (figura 3.3.2).

Figura 3.3.2

Porcentaje de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda 2 semanas previas a la entrevista, según edad y sexo. México, Ensa 2000 y Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

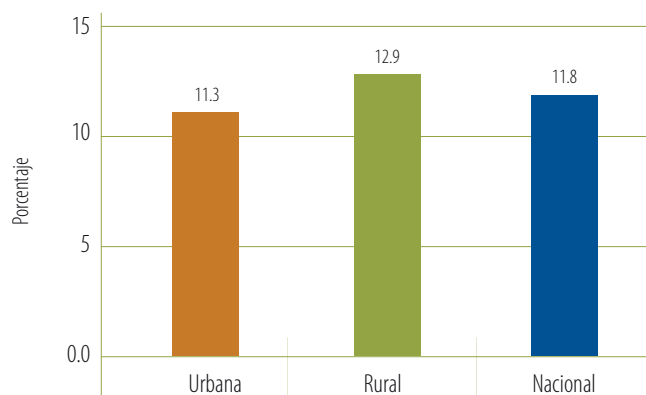


Fuente: Ensa 2000 y Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

En la Ensanut 2018-19 la prevalencia de EDA fue de 11.3% en las localidades urbanas y 12.9% en las rurales (figura 3.3.3).

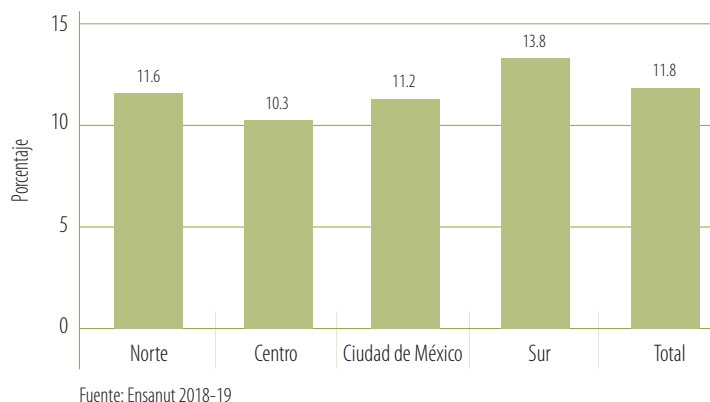
Figura 3.3.3

Porcentaje de población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

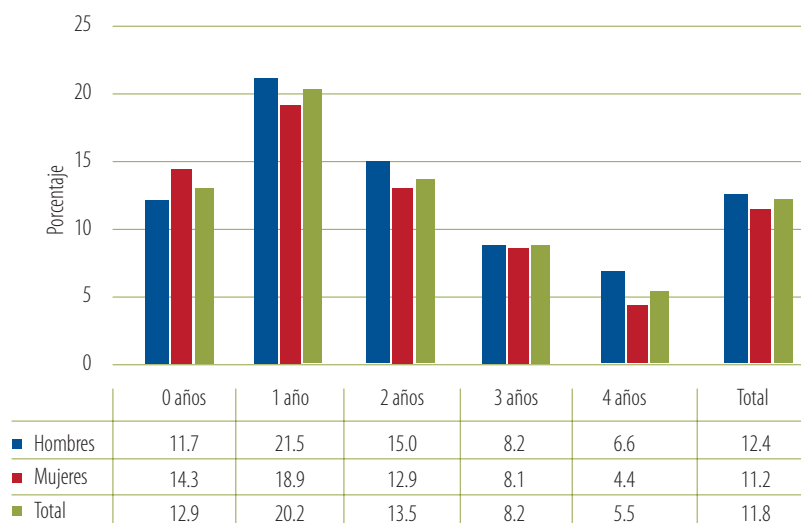
De acuerdo con la región del país, las prevalencias estimadas de EDA oscilan entre 10.3 y 13.8%, la mayor fue en la región Sur (figura 3.3.4).



■ **Figura 3.3.4**

Porcentaje de población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según región geográfica de residencia. México, Ensanut 2018-19

En la Ensanut 2012 la prevalencia estimada de diarrea fue similar en niños (11.5%) y niñas (11.8%), igual que las estimaciones realizadas con la Ensanut 2018-19, (12.4 y 11.2%, respectivamente) (figura 3.3.5).



■ **Figura 3.3.5**

Porcentaje de la población de menores de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, en concordancia con la literatura, la prevalencia estimada de EDA es más frecuente en los niños más pequeños, menores de tres años de edad²⁰ (figura 3.3.5).

La alimentación exclusiva al pecho materno en los primeros seis meses de vida es la estrategia de prevención más efectiva contra la diarrea. Las medidas que la Guía

de Práctica Clínica recomienda durante el episodio de EDA, es que se refuerce esta práctica, así como mantener la alimentación continua y habitual, ofrecer bebidas abundantes y consulta médica oportuna. La estrategia se dirige principalmente a prevenir la deshidratación y en particular, promover el consumo de vida suero oral (VSO) y de otras bebidas (té, agua de frutas o cocimientos de cereal).²¹

En los resultados de la Ensanut 2018-19 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 38.2% le fue administrado VSO y 34.8% ingirió agua sola o de fruta. Ambas bebidas figuran como las más usadas independientemente de la edad del menor. De manera alarmante, se estimó que a 12.9% de los niños que presentaron EDA no le dieron ningún tipo de bebida (cuadro 3.3.2). Al comparar con las estimaciones realizadas con la Ensanut 2012, hubo menos niños a quienes sus madres o tutores proporcionaron bebidas a los menores durante el episodio de EDA (cuadro 3.3.3).

En cuanto a alimentación, de acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, lo más frecuente fue que las madres o cuidadores de los menores de cinco años que presentaron EDA les proporcionaran la misma cantidad de alimento (48.8%) y que les ofrecieran una cantidad menor de alimento (37.8%). La frecuencia de estas prácticas fue diferente según el grupo etario (cuadro 3.3.4).

■ Cuadro 3.3.2

Distribución de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según tipo de líquidos administrados. México, Ensanut 2018-19

Tipo de líquido*	0 años				1 año				2 años				3 años				4 años				Total			
	Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada			
	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%
Vida Suero Oral	82	74.1	32.5	24,8,41.3	168	149.1	40.2	34,1,46.7	109	94.1	36.8	29,1,45.3	83	67.4	37.9	28,8,48.0	55	51.8	46.4	35,3,57.7	497	436.5	38.2	34,6,41.9
Suero comercial/casero	37	36.8	16.2	10,9,23.3	85	73.1	19.7	15,3,25.1	81	74.1	29.0	22,4,36.5	30	32.6	18.3	11,1,28.8	31	27.9	25.0	16,3,36.3	264	244.5	21.4	18,6,24.4
Agua sola y de fruta	57	49.0	21.5	14,8,30.3	157	146.3	39.5	33,1,46.3	113	92.8	36.3	29,9,44.4	78	69.5	39.1	30,9,47.9	46	40.6	36.3	25,6,48.5	451	398.1	34.8	31,1,38.8
Té, atole	46	42.0	18.4	12,3,26.8	58	59.4	16.0	11,1,22.7	43	40.2	15.7	10,6,22.7	27	27.9	15.7	10,3,23.2	20	18.7	16.7	9,7,27.3	194	188.1	16.5	13,8,19.6
Leche	42	39.8	17.5	11,9,24.8	30	31.8	8.6	5,1,14.0	29	26.6	10.4	6,6,15.94	8	6.9	3.9	1,5,9.5	4	3.2	2.8	0,9,8.5	113	108.2	9.5	7,4,12.1
Otro	46	37.7	16.5	11,2,23.8	91	85.3	23.0	17,5,29.6	69	70.5	27.6	21,2,35.1	51	44.5	25.0	18,2,33.4	22.0	17.3	15.5	8,7,26.2	279	255.2	22.3	19,3,25.7
Ninguno	41	48.7	21.4	13,2,32.8	31	40.1	10.8	7,0,16.4	23	22.3	8.7	5,5,13.6	18	21.6	12.2	6,9,20.7	14	14.9	13.4	7,0,24.1	127	147.6	12.9	10,2,16.1
No especificado	1	0.3	0.1	0,0,1.1	2	0.9	0.2	0,1,1.0	2	2.4	0.9	0,2,4.5	0	--	--	--	1	1.7	1.5	0,2,10.7	6	5.2	0.5	0,2,1.2

*Se admitió más de una opción de respuesta

+n muestral

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2018-19

Tipo de líquido*	Ensanut 2006		Ensanut 2012		Ensanut 2018-19	
	Prevalencia estimada		Prevalencia estimada		Prevalencia estimada	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Vida Suero Oral	512.4	41.8	503.6	41.9	436.5	38.2
Suero comercial/ casero	182.3	14.9	178.2	14.8	244.5	21.4
Agua sola y de fruta	518.1	42.3	656.5	54.6	398.1	34.8
Té, atole	247.3	20.2	304.5	25.3	188.1	16.5
Leche	114.2	9.3	142.8	11.9	108.2	9.5
Otro	182.2	14.9	282.0	23.5	255.2	22.3
Ninguno	76.0	6.2	56.1	4.7	147.6	12.9
No especificado	1.1	0.1	2.1	0.2	5.2	0.5

*Se admitió más de una opción de respuesta

+n muestral

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2018-19, 2006 y 2012

■ Cuadro 3.3.3

Distribución de la población menor de cinco años que presentó enfermedad diarreica aguda en las dos semanas previas a la entrevista según tipo de líquidos administrados.* México, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

■ Cuadro 3.3.4

Distribución de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según cantidad de alimentos administrados. México, Ensanut 2018-19

Cantidad de alimentos	0 años				1 año				2 años				3 años				4 años				Total			
	Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada			
	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%
La misma cantidad	126	123.0	54.0	45,6,62.1	184	187.6	50.7	44,7,56.6	141	127.1	49.7	41,8,57.65	66	69.2	39.2	29,0,50.4	55	49.7	45.1	34,7,56.1	572	556.6	48.8	45,0,52.6
Más cantidad	14	11.4	5.0	2,4,10.1	34	31.3	8.4	5,7,12.4	16	15.0	5.9	3,1,10.8	15	16.1	9.1	4,7,17.1	14	11.9	10.8	5,8,19.1	93	85.7	7.5	5,8,9.6
Menos cantidad	58	54.6	24.0	16,7,33.1	151	139.5	37.7	32,1,43.5	115	109.5	42.8	35,1,50.9	90	82.9	46.9	36,5,57.6	49	45.1	41.0	30,4,52.4	463	431.6	37.8	34,0,41.8
Suspendió todos los alimentos	7	5.5	2.4	1,0,5.5	14	10.5	2.8	1,5,5.1	8	4.1	1.6	0,7,3.7	8	6.4	3.6	1,3,9.8	3	1.5	1.4	0,4,5.2	40	28.0	2.5	1,7,3.6
Aún no le da otro tipo de alimentos	27	33.3	14.6	7,2,27.4	3	1.6	0.4	0,1,1.5	0	--	--	--	1	2.0	1.2	0,2,7.8	1	1.9	1.7	0,2,12.4	32	38.8	3.4	1,9,6.2

+n muestral

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2018-19

En comparación con la Ensanut 2012, en la Ensanut 2018-19 los porcentajes estimados respecto de que la madre proporcionó la misma cantidad de alimentos (2012: 47.7%, 2018: 48.8%), ingerir más cantidad (2012: 9.0%, 2018: 7.5%) y aún no le da otro tipo de alimento (2012: 3.3%, 2018: 3.4%) fueron similares (cuadro 3.3.5).

En la Ensanut 2018-19, en comparación con las estimaciones de la Ensanut 2012, fue menor el porcentaje de madres o cuidadores que suspendieron todos los alimentos al menor de cinco años durante el episodio de EDA (4.8 y 2.5%, respectivamente) (cuadro 3.3.5).

■ Cuadro 3.3.5

Distribución de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según cantidad de alimentos administrados. México, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

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

Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Infecciones respiratorias agudas (IRA)

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, la prevalencia estimada de IRA durante las dos semanas previas a la entrevista a nivel nacional fue de 32.1%. Las prevalencias estimadas en las diferentes entidades federativas van desde 19.3% en el Estado de México hasta 49.2% en Tabasco. Durango y Morelos se mantienen con prevalencias estimadas superiores a 40%, similar a las estimadas en la Ensanut 2012 (cuadro 3.3.6 y figura 3.3.6).

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, las cinco entidades federativas con mayor prevalencia de IRA fueron Tabasco (49.2%), Chiapas (44.4%), Sonora (43.9%), Guerrero (41.5%) y Durango (41.2%). Las cinco entidades con menor prevalencia fueron Estado de México (19.3%), Aguascalientes (22.8%), Baja California (26.9%), Hidalgo (27.0%) y Ciudad de México (29.8%) (cuadro 3.3.6).

De acuerdo con los resultados de las encuestas nacionales previas, la prevalencia estimada de IRA en México es menor en 2018 (32.1%) que en 2012 (44.8%) (figura 3.3.7).

Entidad federativa	Total N (miles)	Tuvo infección respiratoria aguda		No tuvo infección respiratoria aguda	
		%	IC95%	%	IC95%
Aguascalientes	117.8	22.8	18.5,27.7	77.2	72.3,81.5
Baja California	258.5	26.9	21.2,33.5	73.1	66.5,78.8
Baja California Sur	57.4	31.3	24.5,39.0	68.7	61.0,75.5
Campeche	79.0	39.6	34.3,45.2	60.4	54.8,65.7
Coahuila	222.2	30.3	24.5,36.8	69.7	63.2,75.5
Colima	57.8	39.6	32.7,47.1	60.4	52.9,67.3
Chiapas	541.9	44.4	38.6,50.4	55.6	49.6,61.4
Chihuahua	288.9	32.4	26.1,39.4	67.6	60.6,73.9
Ciudad de México	497.5	28.9	22.8,35.8	71.1	64.2,77.2
Durango	167.6	41.2	35.4,47.3	58.8	52.7,64.6
Guanajuato	518.0	35.9	31.0,41.2	64.1	58.8,69.0
Guerrero	335.8	41.5	36.0,47.2	58.5	52.8,64.0
Hidalgo	230.3	27.0	21.9,32.7	73.1	67.3,78.1
Jalisco	715.3	30.3	24.5,36.8	69.7	63.2,75.5
Estado de México	1 232.1	19.3	14.4,25.3	80.7	74.7,85.6
Michoacán	423.7	31.1	26.5,36.0	68.9	64.0,73.5
Morelos	142.2	40.1	33.3,47.3	59.9	52.7,66.7
Nayarit	102.6	31.0	24.5,38.2	69.1	61.8,75.5
Nuevo León	365.4	37.1	30.1,44.6	62.9	55.4,69.9
Oaxaca	345.3	31.9	26.4,37.8	68.2	62.2,73.6
Puebla	506.3	32.7	26.6,39.4	67.3	60.6,73.4
Querétaro	166.6	29.3	24.0,35.3	70.7	64.7,76.0
Quintana Roo	123.8	34.4	27.7,41.9	65.6	58.1,72.3
San Luis Potosí	218.2	37.9	32.0,44.2	62.1	55.8,68.0
Sinaloa	229.5	30.2	24.9,36.2	69.8	63.8,75.1
Sonora	220.4	43.9	36.4,51.8	56.1	48.2,63.6
Tabasco	216.1	49.2	43.1,55.4	50.8	44.6,56.9
Tamaulipas	268.1	32.1	26.3,38.4	67.9	61.6,73.7
Tlaxcala	103.4	35.5	28.8,42.7	64.5	57.3,71.2
Veracruz	634.9	29.0	23.5,35.3	71.0	64.7,76.5
Yucatán	171.2	34.3	29.2,39.7	65.7	60.3,70.8
Zacatecas	143.2	31.7	26.1,37.9	68.3	62.1,73.9
Nacional	9 701.0	32.1	30.8,33.5	67.9	66.5,69.2

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 3.3.6

Porcentaje de población menor de 5 años que presentó infección respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevistas según entidad federativa. México, Ensanut 2018-19

Figura 3.3.6

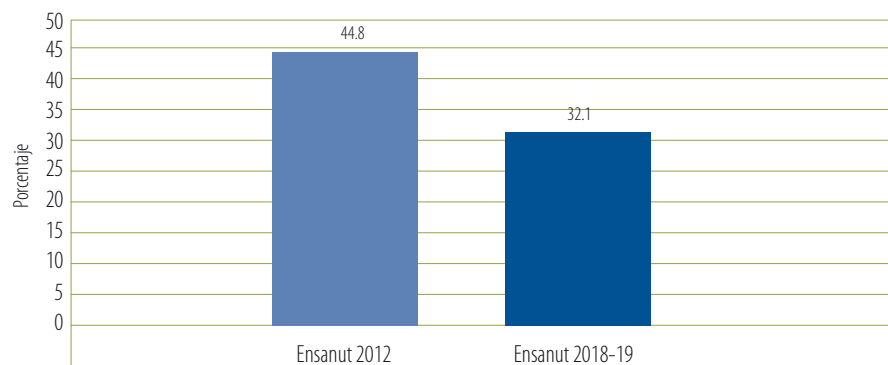
Porcentaje de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según entidad federativa. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

Figura 3.3.7

Distribución de la población menor de 5 años según presencia de infección respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista. México, Ensanut 2012 y 2018-19



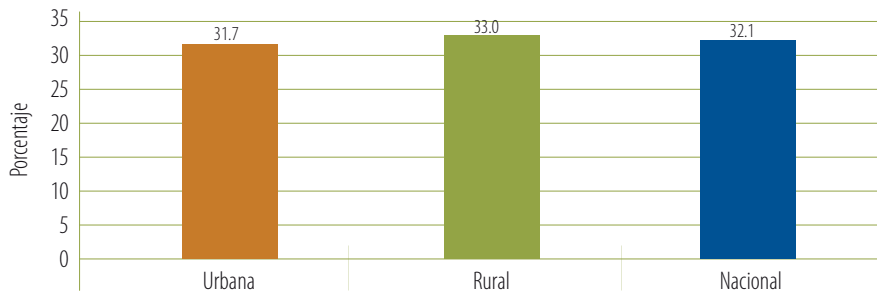
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Por tipo de localidad de residencia, las prevalencias estimadas en la Ensanut 2018-19 fueron similares en localidades urbanas (31.7%) y rurales (33.0%) (figura 3.3.8).

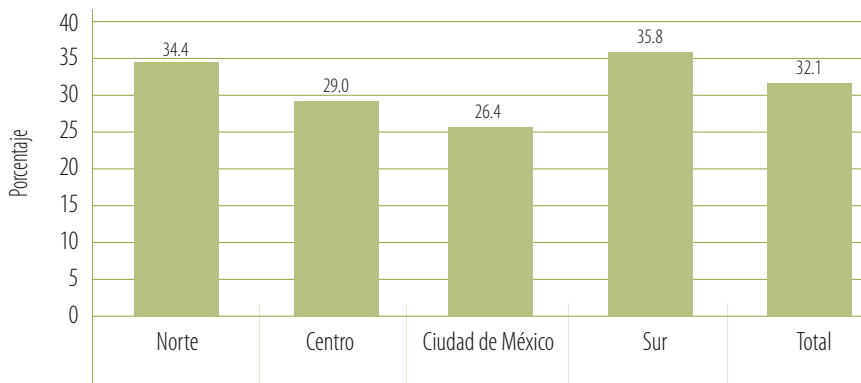
Las prevalencias estimadas por región geográfica fueron similares en las zonas Norte (34.4%) y Sur (35.8%), mientras que en la zona Centro (29.0%) y Ciudad de México fueron menores (26.4%) (figura 3.3.9).

En la Ensanut 2018-19 la prevalencia estimada de IRA en menores de cinco años fue similar en niños (31.8%) y niñas (32.5%) (figura 3.3.10).

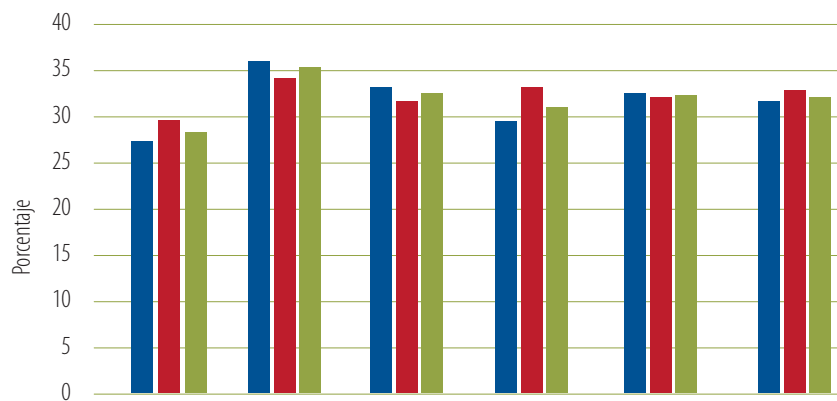
En relación con la identificación de signos de alarma para llevar al menor de cinco años a consulta, el signo más referido por las madres o cuidadores fue: tiene



Fuente: Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 3.3.8**

Porcentaje de población menor de 5 años que presentó infección respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

■ **Figura 3.3.9**

Porcentaje de población menor de 5 años que presentó infección respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según región geográfica de residencia. México, Ensanut 2018-19

■ **Figura 3.3.10**

Distribución de la población menor de 5 años según presencia de infección respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

dificultad para respirar con una prevalencia de (31.4%), seguido de más de tres días con calentura (28.8%), respira rápido (25.4%), se ve más enfermo (24.6%) y no come ni bebe (19.6%). El resto de signos y síntomas estuvo por debajo de 5% (cuadro 3.3.7).

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2012, el signo de alarma más referido fue: que el menor tuviera más de tres días de calentura con 32.4%, mientras que en la Ensanut 2018-19 este signo fue identificado por 28.8% de las madres o cuidadores. En 2012, tiene dificultad para respirar fue identificado por 15.6% de las madres o cuidadores, lo cual fue mayor en 2018 con 31.4% (signo de alarma más identificado por las madres o cuidadores). Los demás signos de alarma indagados fueron identificados en porcentajes similares en 2012 y 2018 (cuadro 3.3.8).

■ Cuadro 3.3.7

Porcentaje de la población menor de 5 años con enfermedad respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según identificación de los signos de alarma* por parte de la madre o cuidador. México, Ensanut 2018-19

Signos de alarma*	0 años				1 año				2 años				3 años				4 años				Total			
	Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada				Prevalencia estimada			
	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%	n+	N (miles)	%	IC95%
Respira rápido	134	132.3	26.1	21.4,31.3	172	175.8	27.3	22.8,32.2	167	159.4	25.7	21.3,30.6	179	163.6	23.7	19.7,28.3	161	158.2	24.3	20.0,29.0	813	789.3	25.4	23.3,27.5
Tiene dificultad para respirar	199	173.5	34.2	29.4,39.4	250	219.7	34.1	29.2,39.3	203	174.9	28.2	24.1,32.7	247	200.1	29.1	19.7,33.4	225	210.8	32.3	28.1,36.8	1 124	979.0	31.4	29.4,33.5
No come ni bebe	87	82.1	16.2	11.5,22.3	152	122.7	19.0	15.2,39.3	141	133.3	21.5	17.8,25.7	149	133.9	19.4	25.1,23.4	137	139.6	21.4	17.6,25.8	666	611.7	19.6	17.9,21.6
Se pone frío	24	27.6	5.4	3.3,8.9	30	25.8	4.0	2.5,6.3	37	31.8	5.1	3.4,7.8	31	296.7	3.9	16,5,9	33	32.5	5.0	3.1,8.0	155	144.4	4.6	3.7,5.8
Se ve más enfermo	119	123.3	25.7	20.1,29.1	179	158.9	24.6	20.7,29.0	187	172.0	27.7	23.5,32.4	170	148.9	21.6	17.8,25.9	170	164.4	25.2	21.1,29.9	825	767.3	24.6	22.7,26.7
Más de tres días con calentura	134	124.6	24.6	19.7,30.2	192	147.3	22.9	19.4,26.7	208	195.3	31.5	26.6,36.8	241	209.3	30.4	23.8,34.9	226	221.6	34.0	28.9,39.4	1001	898.2	28.8	26.7,31.1
Le sale pus del oído	4	34.3	0.9	0.2,3.9	12	7.9	1.2	0.6,2.5	8	8.7	1.4	0.6,3.2	12	10.5	1.5	26.2,3.3	4	2.6	0.4	0.1,1.2	40	34.3	1.1	0.7,1.7
Le aparecen puntos blancos en la garganta	6	4.7	0.9	0.4,2.3	16	15.3	2.4	0.9,6.2	17	12.8	2.1	1.1,3.8	23	19.0	2.8	0.7,4.5	19	20.8	3.2	1.6,6.4	81	72.6	2.3	1.7,3.3
No especificado	17	12.2	2.4	1.5,3.9	14	12.0	1.9	1.0,3.3	17	15.5	2.5	1.4,4.4	18	18.9	2.8	1.7,4.5	17	16.7	2.6	1.5,4.2	83	75.4	2.4	1.9,3.1

*Se admitió más de una opción de respuesta

+n muestral

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 3.3.8

Porcentaje de la población menor de 5 años con enfermedad respiratoria aguda en las 2 semanas previas a la entrevista según identificación de los signos de alarma* por parte de la madre o cuidador. México, Ensanut 2012 y 2018-19

Signos de alarma*	Ensanut 2012		Ensanut 2018-19	
	Prevalencia estimada		Prevalencia estimada	
	N (miles)	%	N (miles)	%
Respira rápido	389.6	7.9	789.3	25.4
Tiene dificultad para respirar	765.5	15.6	979.0	31.4
No come ni bebe	906.8	18.5	611.7	19.6
Se pone frío	85.8	1.8	144.4	4.6
Se ve más enfermo	1 275.1	26.0	767.3	24.6
Más de tres días con calentura	1 586.0	32.4	898.2	28.8
Le sale pus del oído	28.7	0.6	34.3	1.1
Le aparecen puntos blancos en la garganta	89.0	1.8	72.6	2.3
No especificado	52.8	1.1	75.4	2.4

*Se admitió más de una opción de respuesta
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

3.4 Accidentes

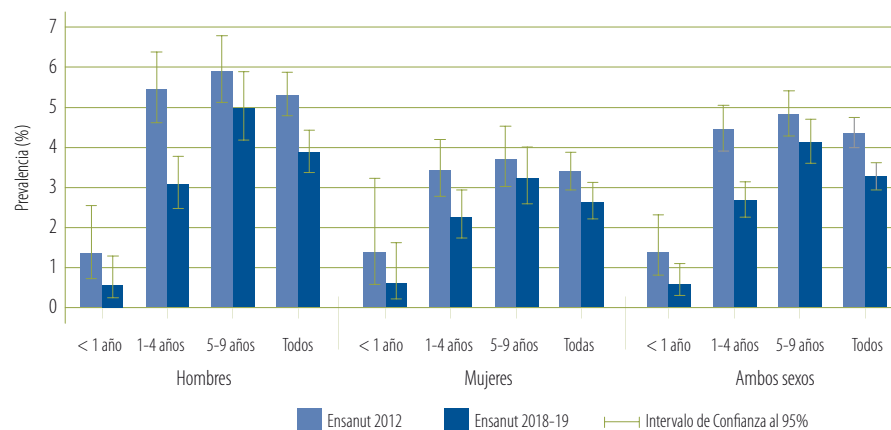
Los accidentes son un importante problema de salud pública en población infantil. Un alto número de niñas y niños fallece todos los años por los daños a la salud que ocasionan;²¹ otros más sufren lesiones severas y discapacidad y no mueren.^{22,23} De ahí la importancia de incorporar en esta encuesta la estimación de la prevalencia de lesiones accidentales no fatales en población menor de 10 años. Esta información es clave para dar seguimiento a los compromisos adquiridos por México en la nueva agenda sostenible, particularmente en lo referente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3.2, 3.6, 3.9 y 12.4.²⁴ La prevalencia se estimó a partir del reporte de la persona responsable de su cuidado.

Un total de 680 305 niños y niñas sufrieron alguna lesión accidental durante el año previo a la encuesta, lo que representa 3.27% del total de la población infantil en el país. Este porcentaje fue mayor en niños (3.86%) que en niñas (2.64%). El grupo de edad más afectado fue el de 5 a 9 años (figura 3.4.1). Comparada con la información de 2012, la prevalencia fue menor, particularmente en el subgrupo de 1 a 4 años.²⁵ De las y los niños que sufrieron una lesión accidental, 7.08% (n=47 885) sufrió consecuencias permanentes en su estado de salud. Este porcentaje fue ligeramente menor que el observado en 2012 (7.50%, n=73 168).²⁵

Entre los espacios más importantes en donde ocurrió la mayor parte de las lesiones accidentales se encuentran el hogar (53.18%), la escuela (16.38%) y

Figura 3.4.1

Prevalencia de lesiones accidentales en población infantil. México, Ensanut 2018-19



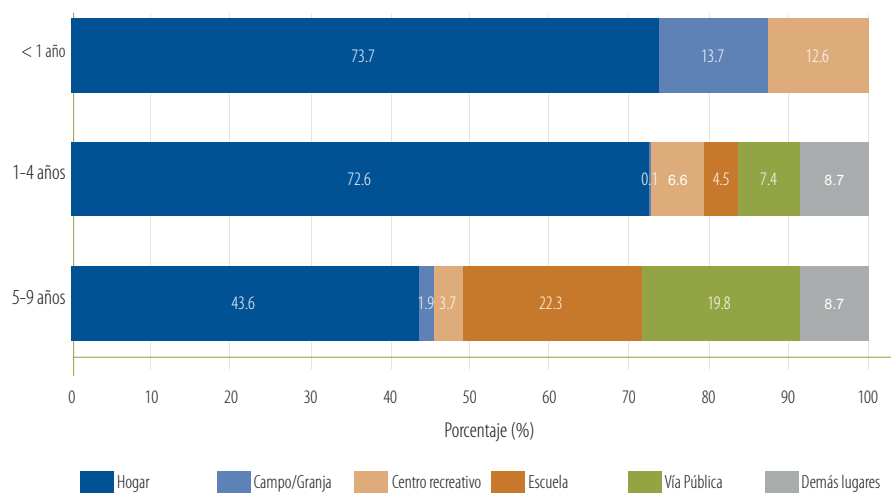
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

la vía pública (15.60%), aunque se observa una distribución distinta entre los diferentes subgrupos de edad (figura 3.4.2). Las caídas fueron la principal causa de lesiones accidentales en población infantil, especialmente entre menores de un año, aunque otras causas (como golpes, lesiones de tránsito y quemaduras) también afectaron a los subgrupos más grandes de edad (figura 3.4.3).

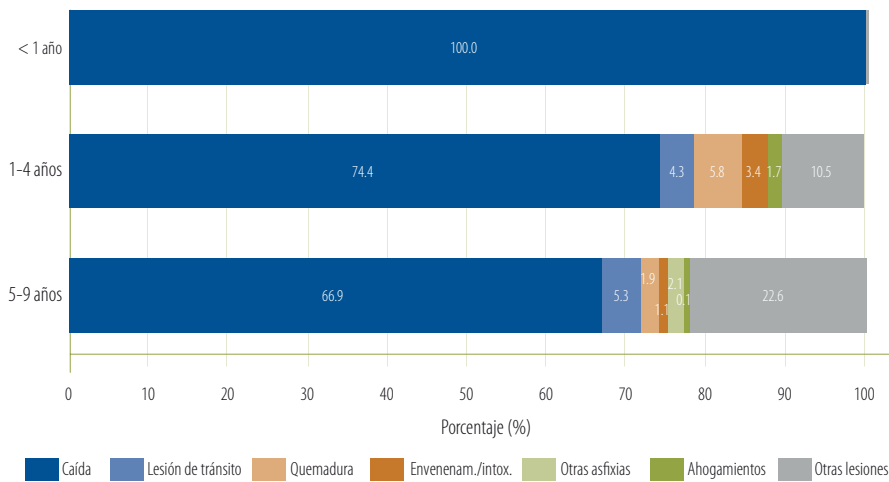
Un alto porcentaje de la población infantil que sufrió una lesión accidental acudió a los servicios de salud para su atención médica (72.97%). Parte del recurso que actualmente destina el sistema de salud para atender este importante número de casos (493 819), podría destinarse a las acciones de prevención que han mostrado ser efectivas.^{21,26,27} Si bien algunas de ellas están siendo impulsadas por el

Figura 3.4.2

Lugar donde ocurrieron las lesiones accidentales en población infantil. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 3.4.3**

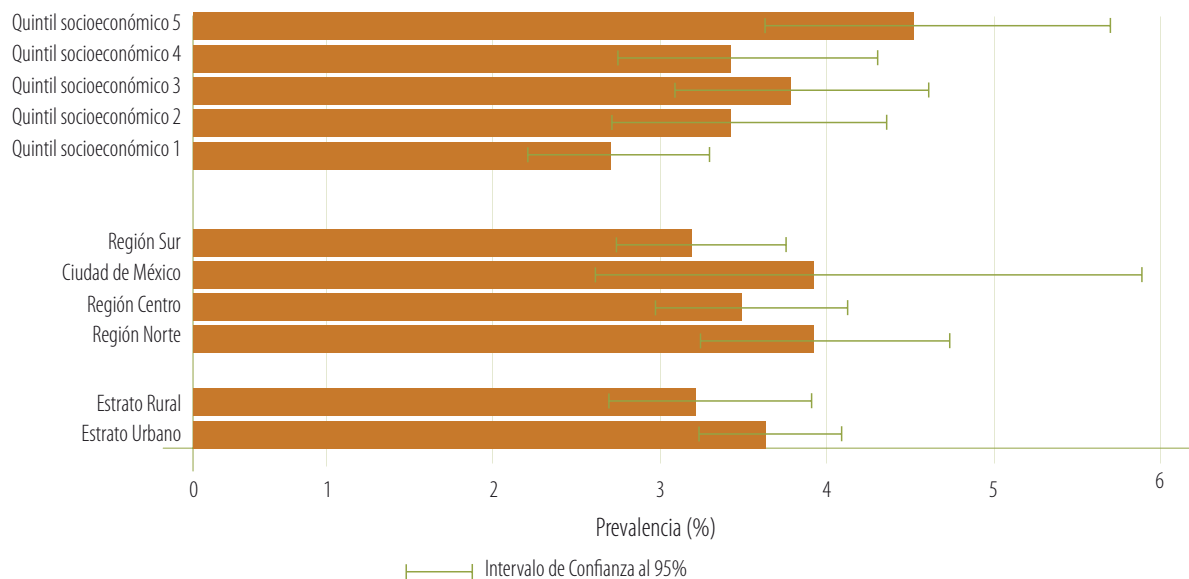
Principales lesiones accidentales en población infantil. México, Ensanut 2012 y 2018-19

Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), es importante incrementar la cobertura geográfica e impulsar otras acciones que aún no se implementan por falta de recursos.^{28,29}

La figura 3.4.4 presenta la prevalencia de lesiones accidentales según el estrato de residencia (urbano/rural), por región del país y por nivel socioeconómico de los hogares.

■ **Figura 3.4.4**

Prevalencia de lesiones accidentales en población infantil, según distintas variables de interés. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

3.5 Métodos de disciplina

En la Ensanut 2018-19, 52.8% de las niñas y niños de 0 a 14 años fueron sometidos a por lo menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta, siendo más prevalente en niños (54.9%) y residentes de localidad de tipo urbana (54.4%). La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas como agresión psicológica y castigo físico. El 43.8% de las niñas y niños fueron sometidos a agresión psicológica, lo cual es más prevalente en localidades urbanas (45.6%); mientras que 32.6% fueron sometidos a castigo físico, con mayor prevalencia en niños (35.3%) (cuadro 3.5.1).

Las formas más severas de castigo físico como los golpes en la cabeza, las orejas o la cara, golpes con algún objeto duro y golpes con fuerza y repetidamente son en general menos comunes.

■ Cuadro 3.5.1

Porcentaje de métodos de disciplina usados en niños de 0 a 14 años en el último mes. México, Ensanut 2018-19

	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	10 968.9	33.9	32.9,34.9	14 174.3	43.8	42.7,44.8	10 560.4	32.6	31.5,33.7	1 638.3	5.1	4.6,5.5	17 091.4	52.8	51.7,53.9
Sexo															
Hombre	5 532.6	33.3	31.9,34.6	7 513.6	45.2	43.8,46.6	5 865.5	35.3	33.8,36.7	934.3	5.6	5.1,6.2	9 133.4	54.9	53.5,56.4
Mujer	5 436.3	34.5	33.1,35.9	6 660.7	42.3	40.7,43.8	4 694.8	29.8	28.3,31.3	704.0	4.5	3.9,5.1	7 958.0	50.5	48.9,52.0
Edad															
<1 año	1 057.2	61.9	56.4,67.1	5 32.2	31.2	26.4,36.4	1 79.2	10.5	7.6,14.3	157.5	9.2	6.5,13.0	626.9	36.7	31.6,42.2
1 a 4 años	2 276.3	29.0	26.7,31.4	3 943.1	50.3	47.5,53.1	3 563.8	45.5	42.4,48.5	204.0	2.6	1.9,3.5	4 997.2	63.7	61.1,66.3
5 a 14 años	7 635.3	33.4	32.4,34.5	9 699.0	42.5	41.4,43.6	6 817.3	29.8	28.9,30.8	1 276.8	5.6	5.1,6.1	11 467.3	50.2	49.0,51.3
Tipo de localidad															
Urbana	8 019.2	34.1	32.9,35.4	10 716.2	45.6	44.3,46.9	7 783.2	33.1	31.8,34.5	1 258.6	5.4	4.8,5.9	12 777.0	54.4	53.0,55.7
Rural	2 949.6	33.2	31.6,34.7	3 458.1	38.9	37.2,40.6	2 777.2	31.2	29.6,32.9	379.7	4.3	3.7,4.9	4 314.4	48.5	46.8,50.2
Región															
Norte	2 430.9	38.9	37.0,40.9	2 648.4	42.4	40.4,44.4	1 810.6	29.0	27.2,30.9	250.5	4.0	3.3,4.8	3 094.7	49.5	47.5,51.6
Centro	3 728.3	31.8	30.2,33.5	5 441.9	46.5	44.6,48.3	3 836.7	32.8	31.0,34.6	474.2	4.0	3.5,4.7	6 385.2	54.5	52.6,56.4
Ciudad de México	1 155.4	33.6	29.0,38.4	1 649.1	47.9	43.1,52.8	1 079.1	31.3	26.7,36.4	217.9	6.3	4.3,9.3	1 936.7	56.3	51.3,61.1
Sur	3 654.2	33.2	31.8,34.7	4 434.9	40.4	38.7,42.0	3 833.9	34.9	33.2,36.6	695.7	6.3	5.7,7.0	5 674.8	51.6	50.0,53.3

Fuente: Ensanut 2018-19

El 5.1% de las niñas y niños son disciplinados mediante castigo físico severo, el cual es más frecuente en niños (5.6%) que en niñas (4.5%).

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 3.5.2 revela que únicamente 11.0% de los encuestados que respondieron el cuestionario DIT o el cuestionario de niños de 0 a 9 años cree que el castigo físico es necesario para educar a sus hijos e hijas. Adicionalmente, el cuadro 3.5.3 revela que 13.2% de los adolescentes encuestados creen que el castigo físico es necesario para disciplinarlos. Hay diferencias entre la proporción de encuestados que creen que el castigo físico es necesario, con relación a las variables de contexto. En general, los adolescentes hombres (15.1%) y los adolescentes residentes de localidad tipo rural (16.2%) consideran que el castigo físico es necesario para disciplinarlos.

■ Cuadro 3.5.2

Porcentaje de informantes que cree que el castigo físico es necesario para educar a un niño/a apropiadamente. México, Ensanut 2018-19

	Percepción de la disciplina		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 264.9	11.0	10.1,11.9
Sexo			
Hombre	1 231.0	11.5	10.4,12.8
Mujer	1 033.9	10.3	9.2,11.6
Tipo de localidad			
Urbana	1 693.9	11.4	10.3,12.6
Rural	571.0	9.8	8.7,11.1
Región			
Norte	468.6	12.0	10.2,14.0
Centro	818.3	10.9	9.7,12.3
Ciudad de México	289.6	13.2	9.0,18.8
Sur	688.4	9.8	8.8,10.9

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 3.5.3

Porcentaje de adolescentes que creen que el castigo físico es necesario para su educación. México, Ensanut 2018-19

	Percepción de la disciplina		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 552.1	13.2	12.3,14.2
Sexo			
Hombre	900.0	15.1	13.8,16.5
Mujer	652.2	11.3	10.1,12.6
Tipo de localidad			
Urbana	1 053.8	12.2	11.1,13.3
Rural	498.3	16.2	14.6,17.9
Región			
Norte	271.5	11.6	10.0,13.4
Centro	527.6	12.5	11.1,14.1
Ciudad de México	85.8	6.9	4.2,11.2
Sur	667.2	16.9	15.3,18.6

Fuente: Ensanut 2018-19

3.6 Funcionamiento y discapacidad

El cuadro 3.6.1 presenta la prevalencia de niñas y niños de 2 a 9 años con dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.^a En este grupo etario, 7.3% de las niñas y niños tiene dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. Independientemente del tipo de localidad y región de residencia, la prevalencia de dificultad del funcionamiento es mayor en los niños (8.7%) que en las niñas (5.8%).

Para niños/as de 2 a 4 años, 2.6% de las niñas y niños presentan dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. Es importante destacar que las dificultades de funcionamiento se presentan en 3.5% de los niños y 1.7% de las niñas.

En niños/as de 5 a 9 años de edad la prevalencia nacional de dificultades del funcionamiento en al menos un ámbito es de 9.9%.

■ Cuadro 3.6.1

Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 2 a 9 años con dificultad funcional en al menos un ámbito. México, Ensanut 2018-19

	Niños de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 5 a 9 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 2 a 9 años con dificultad funcional en al menos un dominio		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	157.3	2.6	2.1,3.1	1 097.2	9.9	9.1,10.7	1 254.5	7.3	6.7,7.9
Sexo									
Hombre	107.6	3.5	2.7,4.4	658.5	11.5	10.2,12.9	766.1	8.7	7.8,9.6
Mujer	49.7	1.7	1.2,2.2	438.7	8.2	7.3,9.1	488.4	5.8	5.2,6.5
Tipo de localidad									
Urbana	116.5	2.7	2.1,3.4	814.9	10.2	9.3,11.1	931.3	7.5	6.9,8.2
Rural	40.9	2.3	1.6,3.3	282.3	9.1	7.5,11.1	323.2	6.7	5.6,7.9
Región									
Norte	43.4	3.7	2.6,5.3	196.0	9.4	8.1,10.8	239.4	7.4	6.5,8.4
Centro	47.5	2.1	1.5,2.9	390.3	9.4	8.0,11.1	437.8	6.8	5.9,7.9
Ciudad de México	9.4	1.5	0.4,5.0	130.4	12.0	8.6,16.5	139.7	8.2	5.8,11.4
Sur	57.1	2.8	2.0,3.9	380.4	10.0	9.0,11.2	437.5	7.5	6.7,8.4

Fuente: Ensanut 2018-19

^a Para más información sobre el módulo de discapacidad, y sobre el trabajo en general del Grupo de Washington sobre la medición de la discapacidad, consultar la página <http://www.washingtongroup-disability.com/>

Conclusiones

A pesar de que la mayoría de los cuidadores o tutores de los niños entrevistados informó disponer de la CNV o de la CNS (96.7%), al menos a la mitad (47.6%) no les fue posible mostrarla al momento de la encuesta, se destaca que esta situación fue mucho más frecuente en la Ensanut 2018-19 respecto de Ensanut 2012 (47.6% respecto de 33.6%). Por lo tanto, del total de niños encuestados se tiene evaluación de coberturas de vacunación de 49.1%.

Los resultados de cobertura de vacunación por biológico indican que BCG es el único que alcanza cobertura útil a nivel general y en la mayoría de las entidades federativas. No obstante, las coberturas con HB, SRP y pentavalente están muy por debajo de la meta programática de 95%. Los estados que requieren un mayor impulso para fortalecer las coberturas son Baja California y Chiapas, en tanto que San Luis Potosí fue el único estado que alcanzó cobertura útil con al menos tres biológicos del esquema.

Las coberturas de vacunación con esquema completo en los niños de 1 año y de 2 años de edad son consistentes con las bajas coberturas por biológico. En promedio a nivel nacional la tercera parte de los niños que acreditaron vacunación mediante CNV tuvieron esquema completo y esquema con cuatro vacunas. Estos resultados están por debajo de los obtenidos en las encuestas previas, incluso de la Ensa 2000. En Ensanut 2018-19 se agregó a la baja cobertura de SRP ya informada en encuestas anteriores, las ahora bajas coberturas con HB y con pentavalente, que cayeron en 42 y 18 puntos porcentuales, respectivamente.

Las coberturas de vacunación con una dosis de DPT y de SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses también estuvieron por debajo de 95%, se observa una caída de al menos 10 puntos porcentuales en cada una de estas con relación a Ensanut 2012.

En lo que se refiere a EDA, de acuerdo con la Ensanut 2018-19, la prevalencia estimada en las dos semanas previas a la entrevista en niños menores de cinco años fue de 11.8% a nivel nacional. Al comparar los resultados de las encuestas nacionales de salud previas, la prevalencia se ha mantenido en el rango de 11.0 a 12.9%. La prevalencia fue de 11.3% en las localidades urbanas y 12.9% en las rurales; mayor en la región Sur (13.8%); más frecuente en los niños menores de tres años de edad. A 38.2% le fue administrado VSO y 34.8% ingirió agua sola o de fruta. Ambas bebidas figuran como las más usadas independientemente de la edad del menor. De manera alarmante, se estimó que a 12.9% de los niños que presentaron EDA no le dieron ningún tipo de bebida.

En cuanto a IRA, la prevalencia estimada durante las dos semanas previas a la entrevista a nivel nacional fue de 32.1%, menor que la estimada en 2012 (44.8%). La prevalencia fue similar en las localidades urbanas y rurales, menor en la región Ciudad de México (26.4%) que en las zonas Norte (34.4%) y Sur (35.8%). Hubo

diferencias en cuanto a la frecuencia de signos referidos por madres y cuidadores en esta encuesta (dificultad para respirar (31.4%) y más de tres días con calentura (28.8%); en comparación con lo referido en 2012 (más de tres días de calentura (32.4%) y se ve más enfermo (26.0%).

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas y niños a corto y largo plazo.³⁰ Sin embargo, la mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas de disciplina violentas; 52.8% de las niñas y niños de 0 a 14 años fueron sometidos a por lo menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta.

Por otro lado, las dificultades en el funcionamiento, aunado a la ausencia de un entorno adaptado, pondrían a estas personas en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Por lo anterior, es de suma importancia conocer las prevalencias de dificultad del funcionamiento. El 7.3% de las niñas y niños de 2 a 9 años tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.

Referencias

1. Gavi the Vaccine Alliance. Immunisation and the sustainable development goals. Washington, D.C.: Gavi, 2019 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2019/Immunisation%20and%20the%20SDGs%20%281%29.pdf>
2. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2014;369(1645):1-9.
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, *et al.* Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016;388(10063):3027-3035.
4. World Health Organization. Immunization coverage. Ginebra: WHO, 2019 [citado febrero, 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
5. United Nations. General Assembly. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nueva York: UN, 2017 [citado febrero, 2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwic1_Xu_L_nA-hVHHqwkHStMDHQQFjAAeqQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fggim.un.org%2Fdocuments%2FA_RES_71_313.pdf&usq=A0vVaw02W4W5PaQdQ-G0bBK79BMcb
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2000. Cuernavaca, México: INSP, 2003.
7. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
9. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2017. Ciudad de México: Censia, 2017 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017>
10. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Apoyo del PNUD a la implementación del objetivo de desarrollo sostenible 1. Reducción de la pobreza. Nueva York: ONU, 2016 [citado enero, 2020]. Disponible en: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable%20Development/SDG_1_Spanish.pdf.
11. Flórez I, Contreras J, Sierra J, Granados C, Lozano J, Lugo LH, *et al.* Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatría.* 2015;48(2):29-46.
12. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible Objetivo 3: Salud y bienestar. Nueva York: ONU, 2016 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>.

13. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Apoyo del PNUD a la implementación del objetivo de desarrollo sostenible 6. Agua limpia y saneamiento. Nueva York: ONU, 2016 [citado enero, 2020]. Disponible en: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable%20Development/SDG_6_Spanish.pdf
14. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Preventivos para las Infecciones Respiratorias Agudas. México: Gobierno de México, 2020 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras-130994?state=published>.
15. 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 2017. México: SS, 2019 [citado enero, 2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498153/ANUARIO_MORTALIDAD_2017.pdf
16. 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. Ginebra: OMS, 2013 [citado enero, 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/pneumonia_diarrhoea_plan_20130412/es/.
17. Organización Mundial de la Salud. Neumonía. Ginebra: OMS, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
18. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Ginebra: OMS, 2019.
19. European Lung Foundation. Infecciones respiratorias de vías bajas. Reino Unido: ELF, 2020 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.europeanlung.org/es/enfermedades-pulmonares-e-informaci%C3%B3n/enfermedades-pulmonares/infecciones-respiratorias-de-v%C3%ADas-bajas>
20. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera 2013-2018. México: SS, 2018 [citado enero, 2020]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevenccionEnfermedadesDiarreicasAgudasColera2013_2018.pdf
21. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. Ciudad de México: SS, STCONAPRA, 2016.
22. Avila-Burgos L, Medina-Solís CE, Pérez-Núñez R, Hajar-Medina M, Aracena-Genao B, Hidalgo-Solórzano E, Palma-Coca O. Prevalencia de accidentes de tráfico no fatales en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. *Salud Pública Mex.* 2008;50(supl 1):538-47.
23. Hidalgo E, Pérez R, Valdéz R, Hajar M. Análisis de las lesiones accidentales no fatales en población vulnerable, México 2018. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):907-916.
24. United Nations General Assembly. Resolution adopted by the general assembly: 70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Nueva York: UN, 2015.
25. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
26. Vecino A, Jafri A, Hyder AA. Effective interventions for unintentional injuries: a systematic review and mortality impact assessment among the poorest billion. *Lancet Glob Health.* 2018;6(5):e523-e534.
27. Mock CN, Nugent R, Kobusingye O, Smith KR, editors. *Injury Prevention and Environmental Health*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. 303 p.
28. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2016. Ciudad de México, SS/ STCONAPRA, 2017.
29. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2017. Ciudad de México, SS/STCONAPRA, 2018.
30. 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 Aggress Maltreat Trauma.* 2009;18(5):459-483.

Adolescentes

4.1 Introducción

Las y los adolescentes representan un grupo que normalmente se consideraba saludable, ya que se esperaba que en esta etapa ya se había pasado la brecha de los primeros años con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad. No obstante, en la adolescencia se establecen hábitos y comportamientos que pueden dirigir el rumbo de vida en la etapa adulta, se presentan cuestiones de transición y patrones de conducta que afectan el bienestar y correcto desarrollo de los individuos. Usualmente considerados como un grupo por separado en el Programa de Acción de Atención a la Salud de la Adolescencia en 2012. Sin embargo, se integró en 2014 este grupo etario dentro de todo el plan de desarrollo y protección a la salud, especificado en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconociéndose todos los derechos a la prevención, promoción y desarrollo de la salud de las y los adolescentes.

Con la información recolectada en la Ensanut 2018-19, además de obtener una visión de las condiciones de salud y acceso a seguridad pública de las y los adolescentes en México, como vacunación y funcionalidad, se añaden otros indicadores propios del grupo de edad que se analiza: comportamientos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, el acceso y orientación sobre salud reproductiva, la sintomatología depresiva que comienza a presentarse en este grupo de edad, la frecuencia y el tipo de accidentes que la adolescencia puede traer consigo, así como a la violencia a la cual están expuestos.

La adolescencia se considera a partir de que los individuos tienen 10 años hasta los 19 años de edad. La Ensanut 2018-19 obtuvo información de 9 221 adolescentes de 10 a 14 años de edad, y de 8 705 adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La población estimada por la Ensanut 2018-19 (cuadro 4.1.1) obtuvo que en 2018, un total de 11 734 048 individuos de 10 a 14 años habitaban el país, 50.8% eran hombres y 49.2% eran mujeres. En el rango de los 15 a los 19 años,

habitaban 11 151 404 de adolescentes donde 49.6% eran mujeres y 50.4% eran hombres. En general de manera similar a la Ensanut 2012, en esta nueva edición están representados 22 885 452 adolescentes, 50.6% son hombres y 49.4% son mujeres.

4.2 Vacunación

En México la vacunación en población adolescente inicia en el año 2000 con las vacunas contra el sarampión, la rubéola (SR) y la hepatitis B (HB), posteriormente el programa ha incorporado paulatinamente al Esquema Básico, vacunas contra el tétanos, la difteria, la influenza y el virus del papiloma humano.¹

Es importante medir los alcances de la política de vacunación en este grupo de edad, con el fin de establecer prioridades, valorar la posibilidad de incluir refuerzos de las vacunas aplicadas en la infancia, fortalecer la vacunación con los biológicos ya implementados o incluso pensar en ampliar la protección a otros eventos inmunoprevenibles. Una de las razones por la que es un grupo particularmente importante es porque son el vehículo más eficaz para el inicio de brotes desde las escuelas y que al tener contacto con población vulnerable como es el caso de menores de un año y adultos mayores dan lugar a situaciones de mayor complejidad, como lo han sido los recientes brotes de sarampión en diferentes partes del mundo.^{2,3}

La Secretaría de Salud, como ente rector de la salud de las y los mexicanos, ha establecido el uso generalizado de la Cartilla Nacional de Salud, documento de carácter personal, donde se lleva el control de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, esto incluye la atención por los servicios de vacunación, con el fin de tener registros concisos y de rápida verificación para determinar las acciones prioritarias en cada grupo de edad al momento de la atención, razón por la que este documento es otorgado y utilizado por todas las entidades relacionadas con la derechohabencia y prestación de servicios de salud de primer nivel de atención en México.

A partir de la información obtenida en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 presentamos los principales resultados sobre las coberturas de vacunación en la población adolescente y comparamos con los resultados informados en la Ensanut 2012.⁴

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, de los adolescentes de 10 a 19 años de edad, 16.3% mostraron Cartilla Nacional de Salud (CNS) o Cartilla Nacional de Vacunación (CNV), 0.3% mostró documento probatorio, 44.6% tenía CNS, CNV o documento probatorio, pero no lo mostró, 6.4% mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación y 32.4% no tenía CNS ni CNV (cuadro 4.2.1).

■ Cuadro 4.1.1

Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años, por edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
10	1 226.1	5.3	1 172.2	5.1	2 398.3	10.5
11	1 153.9	5.0	1 158.4	5.1	2 312.3	10.1
12	1 189.8	5.2	1 170.2	5.1	2 360.0	10.3
13	1 221.9	5.3	1 089.0	4.7	2 310.9	10.1
14	1 173.5	5.1	1 178.9	5.1	2 352.4	10.3
15	1 182.4	5.2	1 213.6	5.3	2 396.0	10.5
16	1 134.4	4.9	1 130.0	4.9	2 264.5	9.9
17	1 281.9	5.6	1 141.4	4.9	2 423.3	10.6
18	1 070.5	4.7	1 093.1	4.8	2 163.7	9.4
19	946.2	4.1	957.7	4.2	1 903.9	8.3
Total	11 580.7	50.6	11 304.7	49.4	22 885.4	100

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 4.2.1

Distribución de la población de 10 a 19 años, según posesión de algún tipo de cartilla de vacunación* por edad. México, Ensanut 2012 y 2018-19

Edad	Mostró CNS o CNV con información referente a vacunación		Mostró documento probatorio		Tenía CNS, CNV o documento probatorio, pero no lo mostró		Mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación		No tenía CNS ni CNV		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
10	303	12.6	10	0.4	1 108	46.3	138	5.8	839	35.0	2 399	100
11	335	14.5	4	0.2	1 027	44.4	200	8.7	747	32.3	2 313	100
12	379	16.1	12	0.5	1 039	44.0	203	8.6	728	30.9	2 360	100
13	429	18.6	9	0.4	1 003	43.4	148	6.4	721	31.2	2 311	100
14	426	18.1	3	0.1	1 044	44.4	196	8.3	684	29.1	2 353	100
15	422	17.6	12	0.5	1 075	44.9	145	6.1	742	31.0	2 396	100
16	440	19.4	5	0.2	1 000	44.2	124	5.5	695	30.7	2 265	100
17	431	17.8	1	0.0	1 126	46.4	115	4.8	751	31.0	2 423	100
18	337	15.6	3	0.1	956	44.2	97	4.5	771	35.6	2 164	100
19	226	11.9	4	0.2	820	43.1	107	5.6	747	39.2	1 903	100
Total	3 728	16.3	62	0.3	10 198	44.6	1 473	6.4	7 425	32.4	22 886	100

Fuente: Ensanut 2018-19

*Incluye Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud, documento probatorio o comprobante de vacunación

El bajo porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad que mostraron la CNS o CNV limita la certidumbre de las coberturas de vacunación en este grupo poblacional. Cabe mencionar que el porcentaje de adolescentes que mostraron CNS o CNV con información sobre vacunación en la Ensanut 2018-19 fue de 16.3%; aproximadamente la mitad del correspondiente a los resultados de la Ensanut 2012 (32.8%).

De los adolescentes de 12 a 19 años de edad que mostraron CNS o CNV con información sobre vacunación, 17.3% había recibido esquema completo con vacuna antihepatitis B (HB), 49% esquema completo con vacuna contra tétanos y difteria (Td), y 15.8% vacuna contra sarampión y rubéola (SR). La cobertura del esquema completo de vacunación con las dosis necesarias para cobertura de HB, Td y SR fue de 2.5%. La cobertura con al menos una dosis de HB, Td y SR fue de 11.3%. Las coberturas de vacunación fueron similares en hombres y mujeres, pero diferentes por grupo etario, con una cierta tendencia a ser mayores con el incremento de la edad, particularmente en el caso de HB y Td (cuadro 4.2.2).

En adolescentes de 12 a 19 años de edad, las coberturas de vacunación con HB, SR y con al menos una dosis de HB Td y SR fueron menores en 2018 que

■ Cuadro 4.2.2

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema de vacunación* en adolescentes,† según sexo y edad. México, Ensanut 2018-19

Vacuna	Hepatitis B [§]		Td [‡]		SR [¶]		Esquema completo ^{**}		Esquema con al menos una dosis por biológico (HB, Td, SR)	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Sexo										
Hombres	226.1	17.7	664.4	52.0	223.7	17.5	26.1	2.0	149.9	11.7
Mujeres	315.2	17.0	872.6	46.9	271.8	14.6	53.4	2.9	204.5	11.0
Edad (años)										
12	23.1	5.9	91.1	23.3	32.0	8.2	2.7	0.7	10.6	2.7
13	17.9	4.1	160.1	36.5	56.7	12.9	1.1	0.2	22.1	5.1
14	49.9	11.6	203.5	47.5	57.4	13.4	1.9	0.4	28.9	6.7
15	52.6	12.1	241.1	55.5	63.8	14.7	10.5	2.4	41.7	9.6
16	79.9	18.0	259.4	58.3	89.9	20.2	7.4	1.7	55.8	12.5
17	110.8	25.7	261.8	60.6	89.9	20.8	24.2	5.6	78.0	18.1
18	127.3	37.4	199.7	58.7	65.9	19.4	21.5	6.3	63.4	18.6
19	79.8	34.8	120.2	52.4	39.9	17.4	10.1	4.4	54.0	23.5
Total	541.4	17.3	1 536.9	49.0	495.5	15.8	79.4	2.5	354.5	11.3

Fuente: Ensanut 2018-19

*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

§Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antihepatitis B (HB) en la adolescencia si el/la adolescente tiene dos dosis de HB con intervalo de 4 semanas entre dosis.

‡Se evalúa como proporción estimada de la cobertura con vacuna antidifteria y antitosferina (Td) en la adolescencia si: A. El/la adolescente tiene antecedente de esquema completo de Td en la infancia y tiene una dosis de Td aplicada en el primer año de secundaria o a los 15 años de edad si no es escolarizado. o B. El adolescente tiene esquema de la infancia incompleto o no documentado y tiene tres dosis de Td, con intervalo ≥ 4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥ 12 meses entre segunda y tercera dosis, aplicados durante el primer año de secundaria o en los no escolarizados a los 15 años de edad.

¶Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antisarampionosa y antirrubéola (SR) en la adolescencia si: A. Tiene antecedente de una dosis de SR o SRP (además de SR, antiparotiditis) en la infancia y tiene una dosis de SR aplicada después de los 10 años de edad. o B. No documenta o no tiene una dosis previa de SR o SRP en la infancia y tiene dos dosis de SR, con intervalo de 4 semanas entre dosis aplicadas a partir de los 10 años de edad.

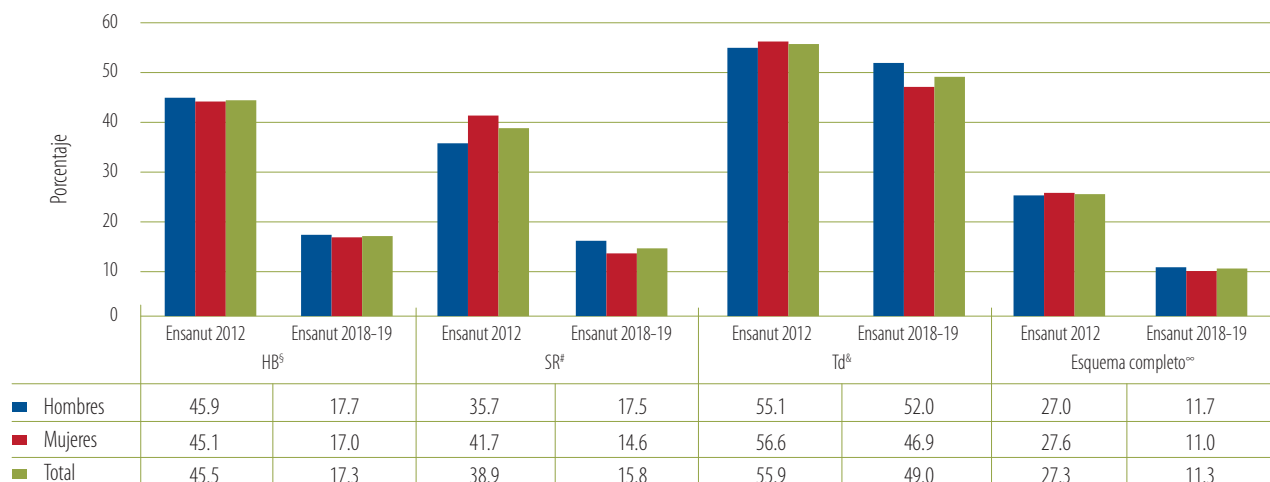
**Se evalúa como esquema completo de vacunas del adolescente si cumple con las dosis necesarias para cobertura de HB, Td y SR.

en 2012, de acuerdo con los resultados de las respectivas Ensanut. En Ensanut 2018-19 la cobertura puntual fue siempre más baja para mujeres, especialmente con Td (46.9% en mujeres respecto de 52% en hombres) (figura 4.2.1).

En adolescentes de 12 y 13 años de edad las coberturas de vacunación con HB, Td, SR y con al menos una dosis de HB, Td y SR fueron menores en 2018 en comparación con 2012. En adolescentes de 15 y 16 años, las coberturas de vacunación con HB y SR, y con al menos una dosis de HB, Td y SR fueron menores en 2018 en comparación con 2012, mientras que las coberturas con Td fueron similares. En adolescentes de 18 y 19 años de edad las coberturas de vacunación con SR fueron menores en 2018 que en 2012 (figura 4.2.2).

Figura 4.2.1

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación por biológico y esquema completo* en adolescentes, † según sexo. México, Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19



*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

§Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antihepatitis B (HB) en la adolescencia si el/la adolescente tiene dos dosis de HB con intervalo de 4 semanas entre dosis.

¶Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antidifteria y antitosferina (Td) en la adolescencia si: A. El/la adolescente tiene antecedente de esquema completo de Td en la infancia y tiene una dosis de Td aplicada en el primer año de secundaria o a los 15 años de edad si no es escolarizado, o B. El adolescente tiene esquema de la infancia incompleto o no documentado y tiene tres dosis de Td, con intervalo ≥ 4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥ 12 meses entre segunda y tercera dosis, aplicados durante el primer año de secundaria o en los no escolarizados a los 15 años de edad.

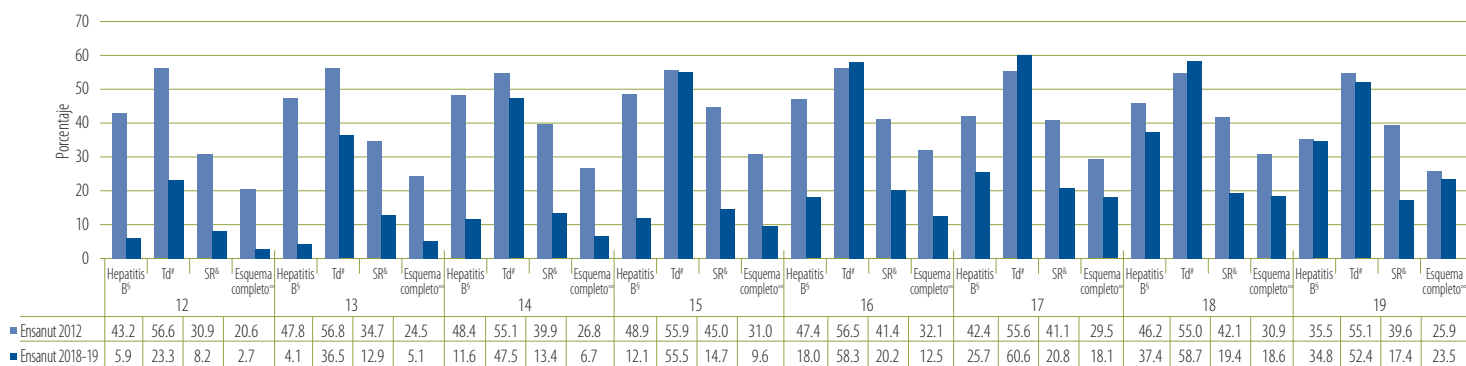
¶Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antisarampiosa y antirubéola (SR) en la adolescencia si: A. Tiene antecedente de una dosis de SR o SRP (además de SR, antiparotiditis) en la infancia y tiene una dosis de SR aplicada después de los 10 años de edad, o B. No documenta o no tiene una dosis previa de SR o SRP en la infancia y tiene dos dosis de SR, con intervalo de 4 semanas entre dosis aplicadas a partir de los 10 años de edad.

**Al menos una dosis de cada una de las siguientes vacunas: HB, Td y SR

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Figura 4.2.2

Prevalencia estimada de la cobertura de vacunación en adolescentes de 12 a 19 años de edad que mostraron algún tipo de cartilla,* por edad. México, Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19



*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

§Se evalúa como cobertura de hepatitis B (HB) en la adolescencia si el/la adolescente tiene dos dosis de HB con intervalo de 4 semanas entre dosis.

¶Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antidifteria y antitosferina (Td) en la adolescencia si: A. El/la adolescente tiene antecedente de esquema completo de Td en la infancia y tiene una dosis de Td aplicada en el primer año de secundaria o a los 15 años de edad si no es escolarizado, o B. El adolescente tiene esquema de la infancia incompleto o no documentado y tiene tres dosis de Td, con intervalo ≥ 4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥ 12 meses entre segunda y tercera dosis, aplicados durante el primer año de secundaria o en los no escolarizados a los 15 años de edad.

¶Se evalúa como prevalencia estimada de la cobertura con vacuna antisarampiosa y antirubéola (SR) en la adolescencia si: A. Tiene antecedente de una dosis de SR o SRP (además de SR, antiparotiditis) en la infancia y tiene una dosis de SR aplicada después de los 10 años de edad, o B. No documenta o no tiene una dosis previa de SR o SRP en la infancia y tiene dos dosis de SR, con intervalo de 4 semanas entre dosis aplicadas a partir de los 10 años de edad.

**Al menos una dosis de cada una de las siguientes vacunas: HB, Td y SR

Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19

4.3 Consumo de tabaco

En México, la prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adolescentes es de 5.7% (1 304 000 fumadores); en los hombres adolescentes de 8.8% (1 014 100 fumadores) y en las mujeres adolescentes de 2.6% (290 000 fumadoras). La razón hombre:mujer entre los adolescentes es de 3.4. Entre los adolescentes que son fumadores actuales la prevalencia de consumo diario es de 1.3% (2.2% en hombres, 0.4% en mujeres) y la de consumo ocasional es de 4.4% (6.6% en hombres, 2.2% en mujeres). Son adolescentes exfumadores 5.4% (1 235 600 exfumadores) y 88.9% nunca ha fumado (cuadro 4.3.1).

La edad promedio de inicio de consumo entre los fumadores diarios es de 15 años, tanto en hombres como en mujeres. En promedio los fumadores diarios consumen 6.0 cig/día (5.9 cig/día en hombres y 6.4 cig/día en mujeres). En cuanto al consumo de cigarros con cápsula de sabor, 72.4% de los adolescentes mexicanos, ha experimentado con este producto saborizado y la proporción de fumadores adolescentes que lo usa es de 41.2% (44.7% en hombres y 34.1% en mujeres).

Considerado que los nuevos productos de tabaco (productos vaporizados o calentados) se encuentran prohibidos en México y donde la venta de estos productos está prohibida a los menores de edad, la prevalencia de consumo de cigarros

■ Cuadro 4.3.1

Consumo de tabaco fumado en los últimos 30 días. Población de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Ha fumado más de 100 cigarrillos en la vida	881.3	7.6	6,8,8,5	290.2	2.6	2,1,3,1	1 171.6	5.1	4,6,5,7
Fumador actual	1 014.1	8.8	7,9,9,7	290.0	2.6	2,1,3,1	1 304.1	5.7	5,2,6,3
Fumador diario	254.5	2.2	1,8,2,8	42.9	0.4	0,3,0,6	297.4	1.3	1,1,1,6
Fumador ocasional	759.6	6.6	5,9,7,4	247.1	2.2	1,8,2,7	1 006.7	4.4	4,0,4,9
Exfumador	749.4	6.5	5,7,7,3	486.2	4.3	3,7,5,0	1 235.6	5.4	4,9,6,0
Exfumador diario	50.5	0.4	0,3,0,7	26.6	0.2	0,1,0,4	77.1	0.3	0,2,0,5
Exfumador ocasional	698.9	6.0	5,3,6,9	459.6	4.1	3,5,4,7	1 158.5	5.1	4,6,5,6
Nunca fumador	9 792.5	84.7	83,5,85,9	10 489.6	93.1	92,3,93,9	20 282.1	88.9	88,1,89,6

Fuente: Ensanut 2018-19

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

electrónicos en México es de 1.5% (335 100 usuarios), de 2.0% (231 600 usuarios) en los adolescentes hombres y de 0.9% (103 500 usuarios) en las adolescentes mujeres (cuadro 4.3.2).

■ Cuadro 4.3.2

Conocimiento y uso del cigarro electrónico. Población de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

	Alguna vez usó un cigarro electrónico			Consumo actualmente cigarrillos electrónicos		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sexo						
Hombre	1 191.0	10.3	9,4,11.3	231.6	2.0	1,6,2.5
Mujer	554.3	4.9	4,3,5.6	103.5	0.9	0,7,1.3
Tipos de localidades						
Urbano	1 521.8	8.9	8,2,9.6	286.5	1.7	1,4,2.0
Rural	223.6	3.9	3,2,4.7	48.6	0.8	0,5,1.4
Total	1 745.4	7.6	7,1,8.2	335.1	1.5	1,2,1.8

Fuente: Ensanut 2018-19

4.4 Consumo de alcohol

Referente al consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes, en México, la prevalencia global de consumo anual es de 38.3% (2 479 900 consumidores); en los hombres adolescentes de 33.3% (1 215 100 consumidores) y en las mujeres adolescentes de 44.7% (1 264 800 consumidores). La razón de consumo de alcohol hombre:mujer entre los adolescentes es de 0.74. Entre los adolescentes que han referido consumir bebidas alcohólicas, tienen un patrón de consumo diario de 0.8% (53 500) (1.2% en hombres, 0.4% en mujeres) y de consumo mensual 26.6% (1 723 100 consumidores) (29.8% en hombres, 22.5% en mujeres) (cuadro 4.4.1).

■ Cuadro 4.4.1

Consumo de alcohol. Población de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

Edad	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo de alcohol actual									
Diario	43.1	1.2	0,8,1.8	10.4	0.4	0,1,0.9	53.5	0.8	0,6,1.2
Mensual	1 087.7	29.8	27,5,32.3	635.4	22.5	20,1,25.0	1 723.1	26.6	24,9,28.4
Anual	1 215.1	33.3	30,6,36.1	1 264.8	44.7	41,7,47.8	2 479.9	38.3	36,2,40.5
Consumo excesivo de alcohol									
Mensual	812.2	22.3	20,2,24.5	416.3	14.7	12,7,17.0	1 228.5	19.0	17,4,20.6
Anual	958.9	26.3	23,7,29.0	777.5	27.4	24,8,30.3	1 736.4	26.8	24,9,28.8

Consumo excesivo de alcohol: El abuso de alcohol entre los adolescentes se definió, en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión.
Fuente: Ensanut 2018-19

En cuanto al consumo excesivo (abuso) de alcohol entre los adolescentes definido en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión en el último mes se encontró que 19% (1 228 500 usuarios) lo consumió de manera excesiva (22.3% (812 200) en hombres y 14.7% (416 300 en mujeres), llama la atención que este consumo excesivo ha ocurrido de manera importante en el último año y ocurre de manera similar entre hombres y mujeres (26.3% en hombres y 27.4% en mujeres) (cuadro 4.4.1).

4.5 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad,⁵ y la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos.⁶ La salud sexual y reproductiva requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, de las relaciones sexuales, de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia,⁵ y del respeto de las decisiones de las parejas sobre el momento y número de hijos que desean tener. Cuando las personas llevan a cabo una transición saludable de la adolescencia a la edad adulta, sus expectativas de futuro se amplían.⁷

Las/os adolescentes están expuestos a riesgos de salud particulares y en consecuencia tienen necesidades distintas a las de los adultos. Dichas necesidades requieren ser atendidas con acciones de prevención y atención de riesgos a la salud enfocados en esta población, considerando las diferencias por sexo, y con equidad de género, con el fin de asegurar una buena salud sexual y reproductiva a lo largo del curso de vida.⁸ Con dichas acciones se deben profundizar y ampliar los conocimientos sobre esta temática, considerando la evolución y cambios en los comportamientos y prácticas sexuales, como uso correcto de condón, inicio más temprano del debut sexual, uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, entre otros.

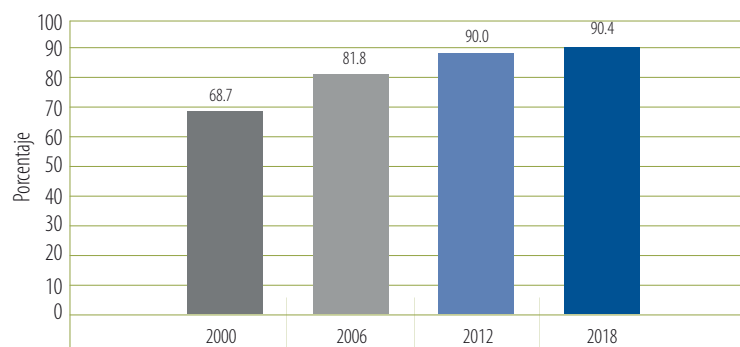
Una de las metas específicas en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo 3) al 2030 es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva. Para lograr dichas metas es fundamental el monitoreo de indicadores que permitan visualizar la situación de la salud sexual y reproductiva.⁹

Una fuente de información que permite conocer la situación de algunos indicadores de salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes es la Ensanut 2018-19, donde se evidencia que 90.4% de la población de 12 a 19 años de edad (88.6% hombres y 92.3% mujeres) reportó haber escuchado hablar de algún mé-

todo anticonceptivo. Al comparar estos resultados con los de encuestas de salud anteriores se observa un incremento a través del tiempo en la proporción de estos adolescentes, no obstante, de 2012 a 2018 la proporción se ha mantenido similar (90.0%) (figura 4.5.1). En relación con este resultado cabe destacar que el hecho de haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo no necesariamente significa que las/os adolescentes tengan un conocimiento adecuado sobre el uso correcto del mismo, por lo que es necesario reforzar su información de manera completa y oportuna, a fin de lograr una vida sexual responsable y saludable.

■ Figura 4.5.1

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que conocen o han escuchado de algún método anticonceptivo para no embarazarse. México, Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19



Fuente: Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

El conocimiento básico de los adolescentes sobre el uso del condón masculino se indagó a partir de la pregunta: ¿cuántas veces se puede usar un condón? Dando como resultado que 85.4% respondió correctamente –“una sola vez”–, 86.9% en hombres y 83.8% en mujeres. Respecto a la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, 45.2% respondió que se usa para ambas situaciones; por sexo, 43.9% de los hombres y 46.6% de las mujeres dieron una respuesta correcta (cuadro 4.5.1).

El inicio de vida sexual es un episodio crucial en la vida de las personas porque tiene implicaciones para su futuro, como asumir nuevos roles y patrones de comportamiento que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva y que modificarán su desarrollo durante la edad adulta. De los adolescentes de 12 a 19 años de edad, 21.2% inició vida sexual^a incluyendo a aquellos que no recordaron la edad de inicio, 24.4% hombres y 18.0% mujeres. Comparando con la Ensanut 2012, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que declaró haber iniciado vida sexual fue similar^b (23.0%) (figura 4.5.2).

^a Para mantener la comparabilidad con la Ensanut 2012, esta cifra no considera los casos con edad de inicio entre el 1 y 6 años de edad.

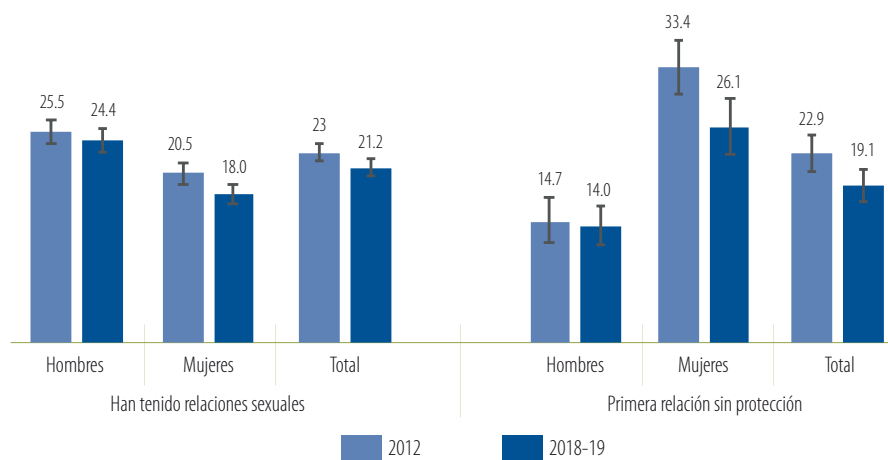
^b En el presente apartado se considera “similar” cuando los intervalos de confianza al 95% se traslapan.

■ Cuadro 4.5.1

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad con conocimientos correctos del uso del condón masculino por sexo. México, Ensanut 2018-19

Conocimiento del uso del condón	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Conocen el número de veces que se puede usar un condón masculino									
Sí	6 927.7	86.9	85.7,88.0	6 414.7	83.8	82.5,85.1	1 3342.4	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		7 652.4	100		1 5626.1	100	
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		7 652.4	100		1 5626.1	100	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19



■ Figura 4.5.2

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han tenido relaciones sexuales y porcentaje de los mismos que no utilizaron método anticonceptivo en la primera relación sexual. México, Ensanut 2012 y 2018-19

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observó un porcentaje similar respecto a la Ensanut 2012. Del total de adolescentes de 12 a 19 años de edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 19.1% (14% de los hombres y 26.1% de las mujeres) no utilizó métodos anticonceptivos. Al comparar con la Ensanut 2012 destaca un menor porcentaje de mujeres que no

utilizó ningún método anticonceptivo en 2018 (figura 4.5.2). Entre los que usaron protección anticonceptiva en el debut sexual, el uso del condón masculino se reportó con mayor frecuencia, 82.7% en hombres y 69.2% en mujeres. Con respecto a la última relación sexual, 21.1% (15.8% de los hombres y el 28.5% de las mujeres) no utilizaron ningún método anticonceptivo; mientras que 79.2% de los hombres y 54.9% de las mujeres utilizaron el condón masculino (cuadro 4.5.2).

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), 3.7% de la población adolescente reportó haber recibido consulta médica o tratamiento en los últimos 12 meses, lo que puede reflejar prácticas sexuales no protegidas (cuadro 4.5.3). El 15% de los adolescentes declaró alguna vez haberse realizado la prueba de VIH y de estos, 88.2% conoce el resultado.

■ Cuadro 4.5.2

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual por tipo de método anticonceptivo utilizado en la primera y última relación sexual por sexo. México, Ensanut 2018-19

Sexo	Primera relación sexual									Última relación sexual								
	12-15 años			16-19 años			Total			12-15 años			16-19 años			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres																		
Condón	196.2	81.6	73.5,87.7	1 662.5	82.8	80.0,85.2	1 858.8	82.7	80.1,85.0	197.8	82.3	74.3,88.2	1 583.3	78.8	75.6,81.8	1 781.1	79.2	76.2,81.9
Hormonales*	19.0	7.9	4.2,14.5	72.5	3.6	2.7,4.9	91.5	4.1	3.1,5.3	29.1	12.1	5.6,24.1	116	5.8	4.4,7.5	145.1	6.5	4.9,8.4
Otro†	3.9	1.6	0.5,4.8	28.6	1.4	0.9,2.3	32.6	1.4	0.9,2.2	9.8	4.1	1.1,13.6	49.3	2.5	1.7,3.6	59.1	2.6	1.8,3.9
Nada	27.7	11.5	6.7,19.1	287.8	14.3	12.0,17.0	315.6	14	11.9,16.5	27.7	11.5	6.8,18.9	327.6	16.3	13.6,19.5	355.3	15.8	13.3,18.7
No recuerda/No responde	6.9	2.9	1.4,5.7	7.3	0.4	0.2,0.8	14.2	0.6	0.4,1.1	8.6	3.6	1.4,8.6	3.2	0.2	0.1,0.4	11.8	0.5	0.3,1.1
Mujeres																		
Condón	52.8	57	41.8,71.0	1 063.8	70	66.3,73.4	1 116.5	69.2	65.6,72.6	41.4	44.7	30.2,60.2	844.7	55.6	51.6,59.4	886.1	54.9	51.1,58.7
Hormonales*	3.5	3.7	1.3,10.4	68.0	4.5	3.3,6.0	71.5	4.4	3.3,5.9	15.8	17.1	7.9,33.4	218.1	14.3	11.8,17.3	234	14.5	12.0,17.4
Otro†	0.2	0.2	0.0,1.5	25	1.6	0.9,2.8	25.2	1.6	0.9,2.7	1.6	1.7	0.4,7.0	140.8	9.3	6.9,12.2	142.4	8.8	6.6,11.7
Nada	33.0	35.7	22.7,51.2	387.3	25.5	22.2,29.1	420.4	26.1	22.9,29.5	35.7	38.6	25.6,53.5	423.7	27.9	24.5,31.4	459.4	28.5	25.3,31.9
No recuerda/No responde	3.1	3.4	1.1,9.7	3.6	0.2	0.1,0.8	6.7	0.4	0.2,1.0	2	2.2	0.5,8.6	5.4	0.4	0.1,1.0	7.4	0.5	0.2,1.1

*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

Fuente: Ensanut 2018-19

Consulta médica	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	62.2	2.8	2.0,3.9	80.1	5.0	3.6,6.8	142.3	3.7	2.9,4.6
No	2 177.4	96.8	95.6,97.7	1 528	94.7	92.9,96.1	3 705.3	95.9	95.0,96.7
No responde	9.3	0.4	0.2,1.1	5	0.3	0.1,0.8	14.3	0.4	0.2,0.7
Total	2 248.9	100		1 613	100		3 862	100	

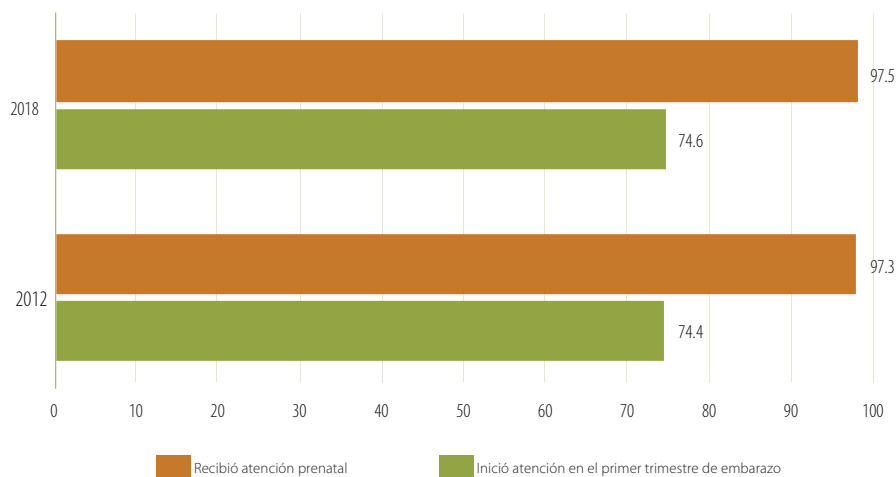
IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

En relación con la salud reproductiva, las cifras sobre embarazo en la adolescencia muestran que 46.2% de las mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual señalaron alguna vez haber estado embarazadas y 22.1% reportó haber estado embarazada al momento de la encuesta (cuadro 4.5.4).

Respecto a la atención prenatal, 97.5% de las adolescentes de 12 a 19 años de edad puntualizó haberla recibido, de las cuales 74.6% inició esta atención en el primer trimestre del embarazo, cifras similares a la reportadas en Ensanut 2012 (figura 4.5.3).

Figura 4.5.3

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad con hijo nacido vivo en los últimos 5 años que recibió atención prenatal e inició la atención en el primer trimestre del embarazo. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Cuadro 4.5.3

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual con reporte de consulta médica en los últimos 12 meses para atender o recibir tratamiento por infecciones de transmisión sexual por sexo. México, Ensanut 2018-19

Cuadro 4.5.4

Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual alguna vez embarazadas y embarazadas al momento de la encuesta. México, Ensanut 2018-19

	N (miles)	%	IC95%
Alguna vez embarazada			
Sí	745.1	46.2	42.4,50.0
No	863.4	53.5	49.7,57.3
No responde	4.5	0.3	0.1,0.9
Total	1 613.0	100	
Embarazadas al momento de la encuesta			
Sí	164.4	22.1	17.9,26.9
No	578.0	77.6	72.7,81.8
No responde	2.7	0.4	0.1,1.0
Total	745.1	100	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a la salud de las embarazadas. Los resultados de estas pruebas se presentan en el cuadro 4.5.5, donde se muestra que de las mujeres de 12 a 19 años de edad que tuvieron un embarazo durante los cinco años anteriores a la encuesta, a 56.0% se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 70.2% la prueba de VIH, y a 96.6% se le prescribió ácido fólico.

■ Cuadro 4.5.5

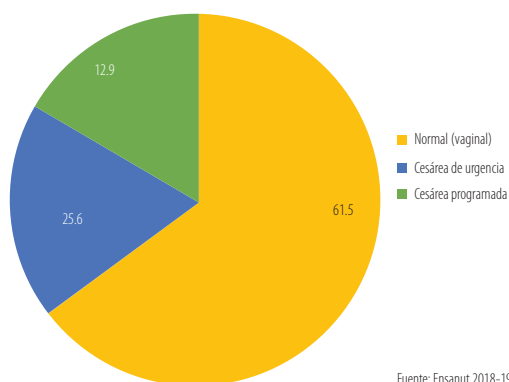
Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron su último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta, por prueba de detección de sífilis, de VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo. México, Ensanut 2018-19

Acciones realizadas durante el embarazo	Detección de Sífilis (VDRL)			Detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)			Le mandaron ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	308.2	56.0	49.3,62.5	386.4	70.2	63.5,76.1	531.6	96.6	92.4,98.5
No	191.1	34.7	28.7,41.4	137.6	25.0	19.4,31.6	18.7	3.4	1.5,7.6
No responde	50.9	9.3	6.1,13.9	26.3	4.8	2.4,9.3	0.0		
Total	550.2	100		550.2	100		550.2	100	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 4.5.4

Distribución porcentual de las mujeres de 12 a 19 años de edad que tuvieron su último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por tipo de parto. México, Ensanut 2018-19



En relación con la resolución de los partos, se obtuvo que 61.5% fueron vía vaginal, 25.6% cesáreas por urgencia y 12.9% cesáreas programadas. En la Ensanut 2012 estas cifras fueron similares con 63.0% vía vaginal, 27.1% cesáreas por urgencia y 9.9% cesáreas programadas (figura 4.5.4). El porcentaje de nacimientos por cesáreas se ubica por encima del valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (10 y 15% de cesáreas necesarias),¹⁰ y por los límites establecidos en la Norma Oficial Mexicana 007 (máximo de 15% en hospitales de 2° nivel de atención y de 20% en los del 3er nivel).¹¹ De acuerdo con lo anterior, esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro.

La planificación familiar se reconoce como una intervención que permite disminuir las tasas de mortalidad materno-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas al decidir libremente el número de hijos que desean tener. Dentro de las estrategias que el sector salud ha puesto en marcha para disminuir la mortalidad materna, destaca la anticoncepción posterior a un evento obstétrico. En relación con esto, los datos muestran que a 69% de las mujeres de 12 a 19 años de edad, que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años se le dio un anticonceptivo en el posparto inmediato, porcentaje mayor a lo reportado en la Ensanut 2012 (48.0%). Se observa un incremento en

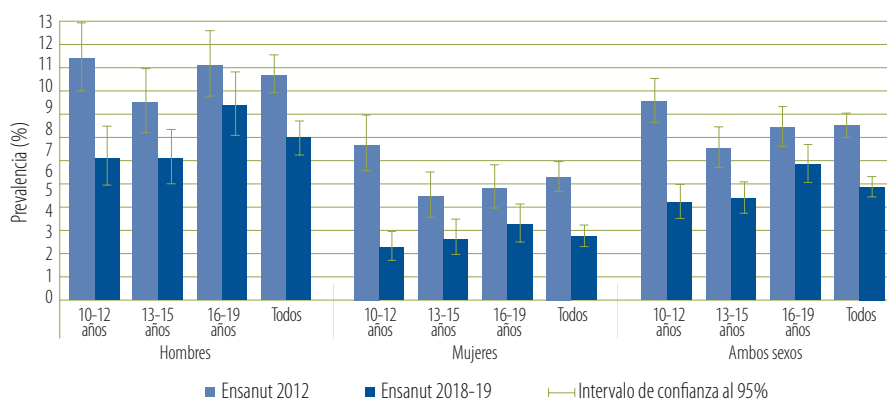
la anticoncepción posparto en los últimos seis años, este resultado es cercano a las metas del programa de acción específico de planificación familiar, en el que se establece una cobertura de 70%.¹²

Respecto al tipo de método anticonceptivo otorgado en el posparto inmediato, las adolescentes de 12 a 19 años de edad reportaron haber recibido principalmente dispositivo intrauterino (55.4%) y métodos hormonales (38.8%) (cuadro 4.5.6). Estas cifras contrastan con los resultados de la Ensanut 2012 con 74.6 y 17.3% respectivamente. Es importante que el método proporcionado antes del egreso hospitalario garantice el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y del hijo, así como la planeación de futuros embarazos, que en particular en la población adolescente se asocian con riesgos tanto para la madre como para el hijo.

4.6 Accidentes

Los accidentes también afectan importantemente a las y los adolescentes. Por esta razón, la Secretaría de Salud, a través del STCONAPRA, ha impulsado dos programas de acción específicos con el fin de prevenir los daños a la salud producidos por estos eventos en este grupo poblacional.^{13,14} La prevalencia en adolescentes se estimó a partir del autorreporte de lesiones accidentales en el año previo a la encuesta.

Un total de 1 228 292 adolescentes sufrieron una lesión accidental durante el año previo. Esto representa a 5.37% del total de adolescentes en México, cifra menor a lo estimado en 2012 (8.25%).¹⁵ Este porcentaje fue mayor en hombres (7.64%) que en mujeres (3.04%). A diferencia de lo observado en 2012, el subgrupo de edad más afectado fue el de 16 a 19 años de edad (figura 4.6.1). Del total de adolescentes que sufrieron una lesión accidental, 11.89% (n=145 268) sufrió consecuencias permanentes en su estado de salud. Este porcentaje se mantuvo en el mismo nivel a lo estimado en 2012 (11.89%, n=223 491).¹⁵



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 4.5.6

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron su último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta según método anticonceptivo en el posparto inmediato. México, Ensanut 2018-19

Método anticonceptivo	N (miles)	%	IC95%
Condón	13.0	3.3	1.4,7.7
Hormonales*	151.2	38.8	31.7,46.4
DIU	215.9	55.4	47.8,62.8
Otro [†]	9.5	2.4	0.9,6.2
Nada	389.5	100	

*Incluye pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

[†]Otro incluye: Condón femenino, OTB, vasectomía, óvulos, jaleas, espuma o diafragma, ritmo calendario, retiro y otro

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

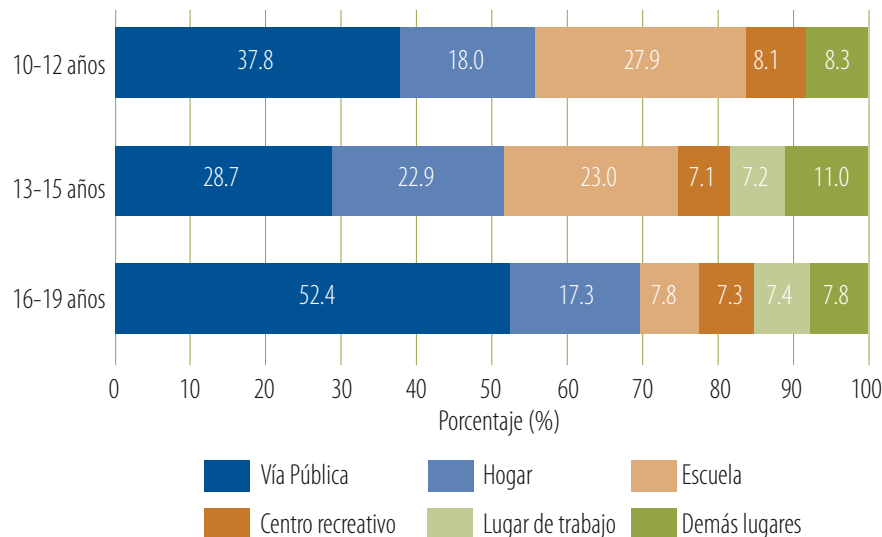
■ Figura 4.6.1

Prevalencia de lesiones accidentales en adolescentes. México, Ensanut 2018-19

La mayor parte de las lesiones accidentales ocurrieron en la vía pública (41.93%), el hogar (19.06%) y la escuela (17.37%). Este porcentaje fue diferente entre los distintos subgrupos de edad (figura 4.6.2). Al igual que en población infantil, las caídas fueron la principal causa de lesiones accidentales en adolescentes, aunque en una menor magnitud (46.90%). En este grupo poblacional, las lesiones de tránsito ocupan un mayor peso específico (27.03%), lo que es más evidente en el grupo de 16 a 19 años de edad en donde son la principal causa de lesiones accidentales (figura 4.6.3).

Figura 4.6.2

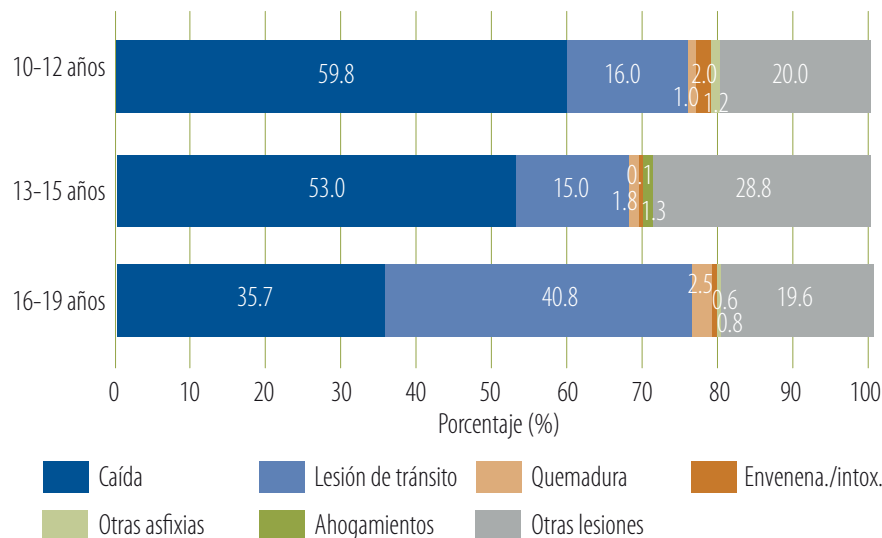
Lugar donde ocurrieron las lesiones accidentales en adolescentes. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

Figura 4.6.3

Principales lesiones accidentales en adolescentes. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

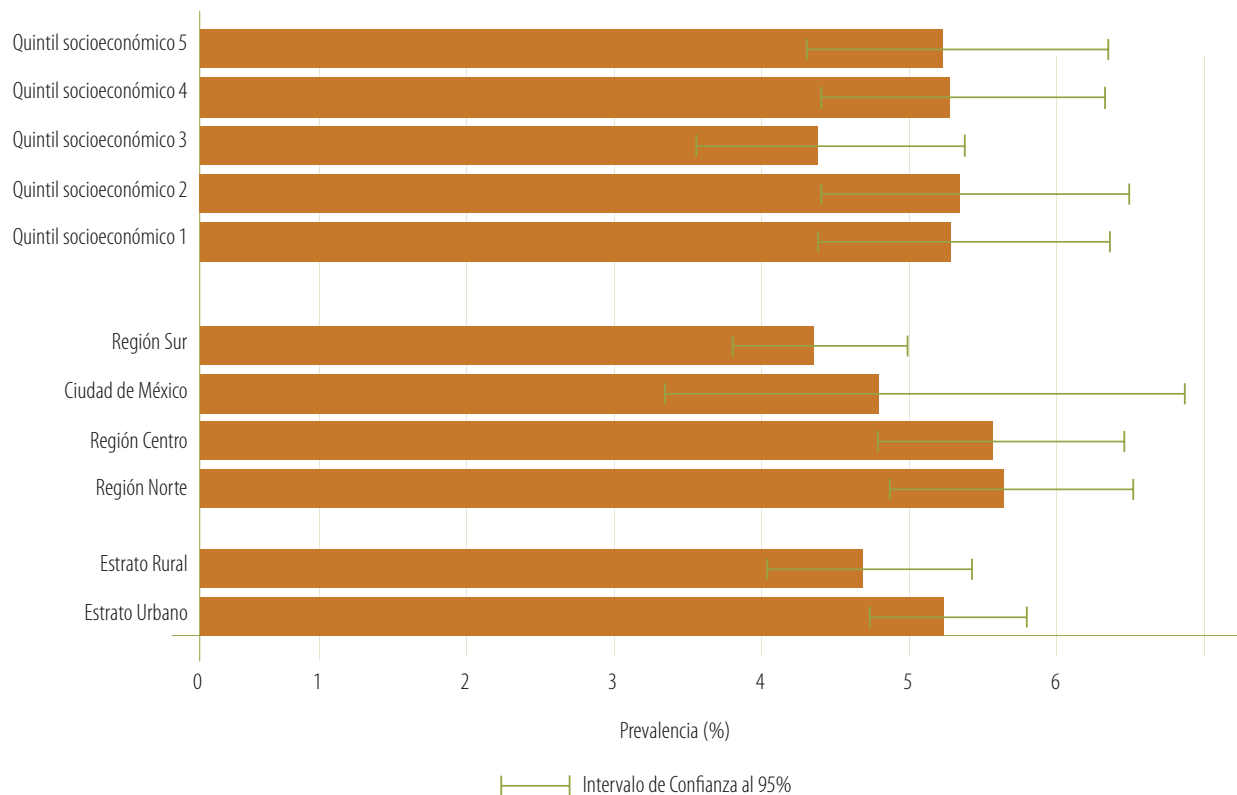
Un alto porcentaje de adolescentes que sufrió una lesión accidental acudió a los servicios de salud para su atención médica (49.05%, equivalente a 599 069 adolescentes), aunque en este grupo poblacional 22.30% se automedicaron y 16.10% no recibieron algún tipo de atención. Como se ha mencionado anteriormente, es clave impulsar acciones concretas de prevención de accidentes dirigidas a este grupo poblacional con lo que se podría tener ahorros importantes en el recurso que actualmente destina el sistema de salud para atender este importante número de casos.¹⁶⁻¹⁸ Para ello es imperante apoyar el importante trabajo que lidera el STCONAPRA en este tema.^{18,19}

La figura 4.6.4 presenta la prevalencia de lesiones accidentales según el estrato de residencia (urbano/rural), por región del país y por nivel socioeconómico de los hogares.

Se hace notar que, del total de adolescentes lesionados, 3.43% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento; 0.88% consumió otras drogas y 0.07% alcohol y otras drogas.

■ Figura 4.6.4

Prevalencia de lesiones accidentales en adolescentes, según distintas variables de interés. México, Ensanut 2018-19



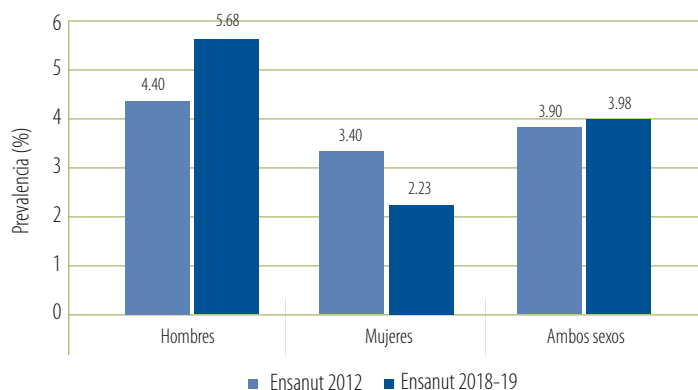
Fuente: Ensanut 2018-19

4.7 Violencia e intento de suicidio

Un total de 910 299 adolescentes sufrieron daños a la salud por violencia durante el año previo. Esto corresponde a una prevalencia de 3.98%, igual a la estimada en 2012 (3.90%). La prevalencia específica por sexo, mostró que fue mayor en hombres (5.68%) que en mujeres (2.23%), aunque al comparar la prevalencia específica por sexo con la Ensanut 2012, se observó un incremento en hombres y una reducción en mujeres (figura 4.7.1). 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 (figura 4.7.2).

Figura 4.7.1

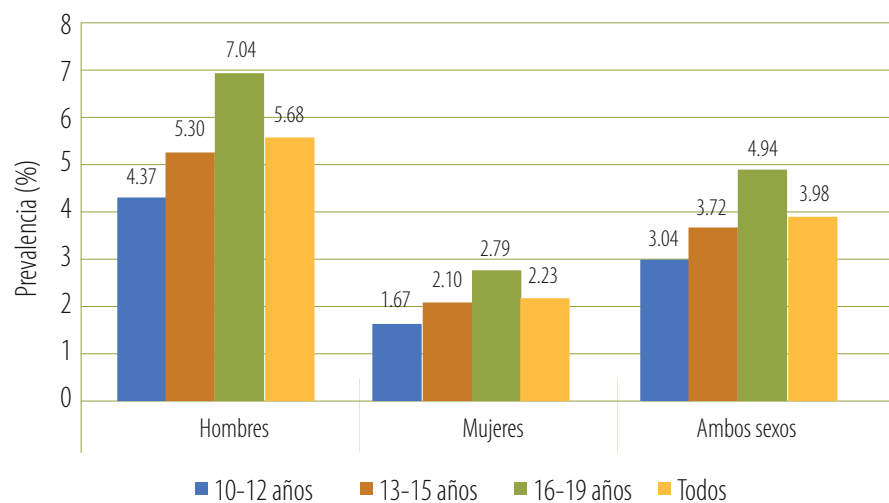
Prevalencia de daños a la salud por violencia en población adolescente. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Figura 4.7.2

Prevalencia de daños a la salud por violencia, por edad y sexo en población adolescente. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

En relación con el tipo de violencia experimentada por la población adolescente, se encontró principalmente los golpes, patadas y puñetazos, con 67.07%, seguida de otro tipo de violencia con 10.89%. Este comportamiento es similar tanto en hombres (71.79 y 7.56% respectivamente) como en mujeres (54.77 y 19.58% respectivamente) (cuadro 4.7.1).

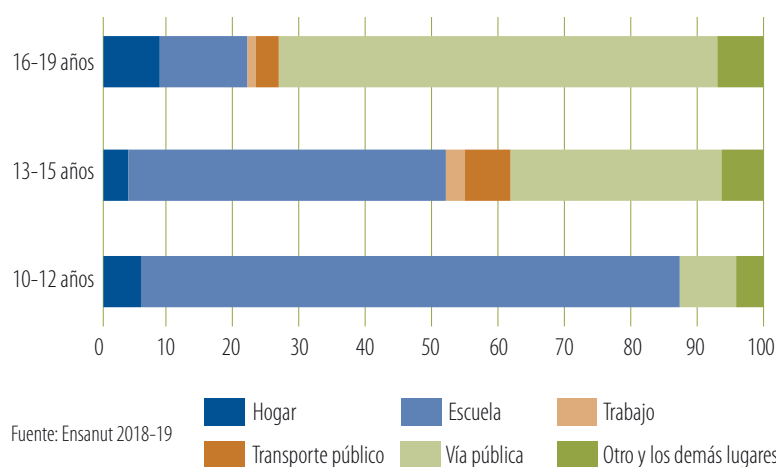
■ Cuadro 4.7.1

Población adolescente de 10 a 19 años que sufrió daños a la salud por alguna violencia en el último año, por tipo de violencia y sexo. México, Ensanut 2018-19

Tipo de violencia	Hombre			Mujer			Ambos sexos		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%
Agresiones con sustancias	4	4.1	0.62	0	0		4	4.1	0.45
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	8	8.4	1.29	5	5.5	2.19	13	14.0	1.54
Arma de fuego	24	48.2	7.33	5	12.9	5.12	29	61.1	6.71
Objetos cortantes	37	42.1	6.41	10	14.8	5.88	47	56.9	6.26
Empujón desde lugar elevado	26	30.9	4.70	28	29.4	11.67	54	60.3	6.63
Golpes, patadas, puñetazos	346	472.5	71.79	115	138.0	54.77	461	610.5	67.07
Otras agresiones o maltrato	35	49.7	7.56	52	49.3	19.58	87	99.0	10.89

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Con relación al lugar de ocurrencia, la vía pública y la escuela, son los lugares donde más se reportó la ocurrencia de este tipo de eventos en general con 42.57 y 39.41% respectivamente y el mismo comportamiento se observa en hombres. En las mujeres esta distribución es diferente, siendo la escuela el principal lugar de ocurrencia (42.47%), seguida de la vía pública (32.98%) y en tercer lugar el hogar con 14.11%. Por grupo de edad, la escuela es el principal lugar de ocurrencia en adolescentes de 10 a 12 años (figura 4.7.3).



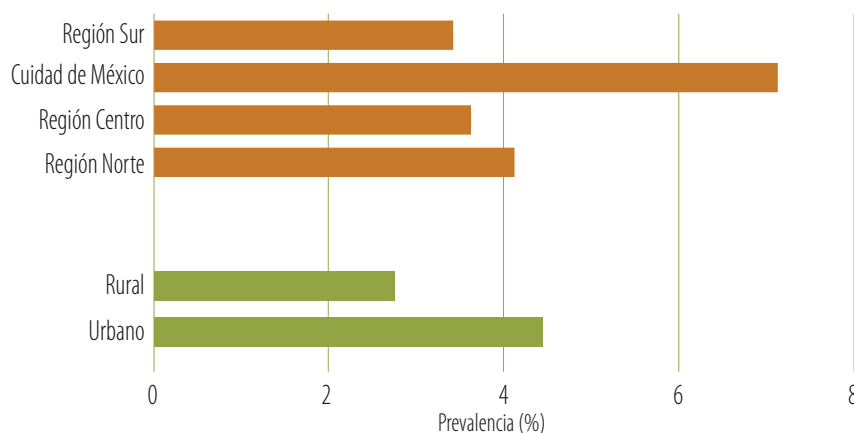
■ Figura 4.7.3

Lugar de ocurrencia de la violencia en población adolescente. México, Ensanut 2018-19

Según el estrato de residencia, la prevalencia de daños a la salud por violencia en población adolescente es mayor en el estrato urbano y por región del país en la región Ciudad de México (figura 4.7.4).

■ Figura 4.7.4

Prevalencia de daños a la salud por violencia en población adolescente por estrato y región del país. México, Ensanut 2018-19



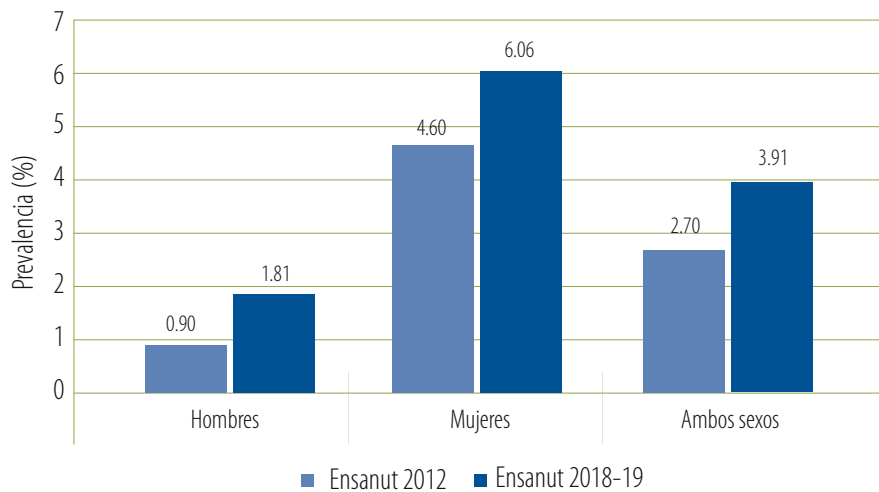
Fuente: Ensanut 2018-19

De los 910 299 adolescentes que reportó daños a su salud por violencia, sólo 10.06% acudió con médico/a consultorio o clínica, sanatorio u hospital, 4.07% utilizó remedios caseros o automedicación y 2.09% acudió con psicólogo/a o terapeuta.

Con relación al intento de suicidio, este se define como: Conducta autolesiva que se realiza con la finalidad de morir pero que no logra su propósito.²⁰

Para la medición del intento de suicidio en la Ensanut 2018-19, se empleó la siguiente pregunta “¿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. Un total de 895 464 adolescentes reportaron haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida, lo que equivale a 3.91% de la población adolescente en México. Esta prevalencia es mayor a la reportada en la Ensanut 2012 la cual fue de 2.70%.^{4,21} El mismo patrón se observa con las prevalencias específicas por sexo (figura 4.7.5).

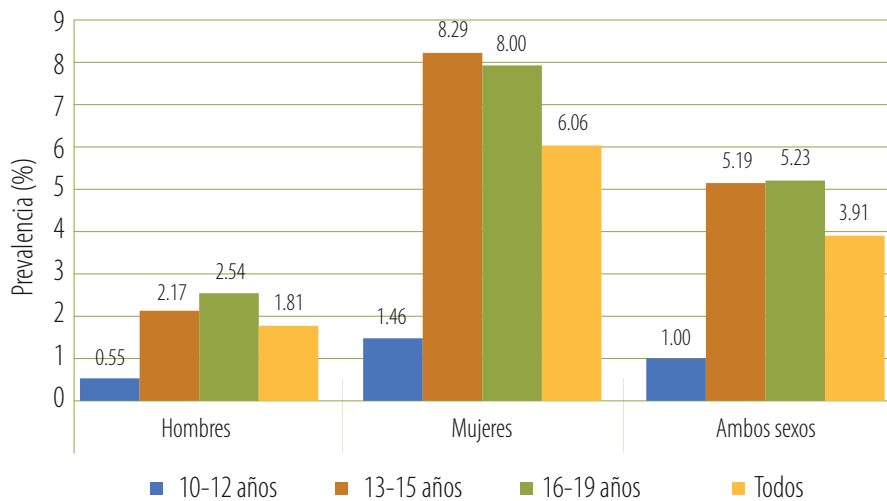
Este incremento también se observa en otros estudios similares realizados con población nacional, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco,²² reportó un incremento en la conducta suicida (ideación, planes e intento) en mujeres jóvenes (12-17 años); en el caso de los intentos de suicidio en este grupo de edad la prevalencia reportada fue de 2.2 vs. 0.5%, significativamente mayor en comparación con sus pares hombres.²³



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

La prevalencia de intento de suicidio, al menos una vez en la vida en el grupo de edad de 10 a 12 fue menor en comparación con el grupo de 13 a 15 y 16 a 19 años (figura 4.7.6), lo cual es similar a lo encontrado en la Ensanut 2012 en la que la prevalencia más alta fue en el grupo de 13 a 15 y 16 a 19 (3.50% respectivamente).

Es importante hacer notar, que entre las personas que han intentado suicidarse, más de 50% refieren consumo de alcohol, más de 50% corresponde al grupo de edad de 16 a 19 años y escolaridad secundaria, 29% había experimentado algún evento violento en los últimos 12 meses y más de 80% eran solteros (cuadro 4.7.2).



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 4.7.5**

Prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida en población adolescente. México, Ensanut 2018-19

■ **Figura 4.7.6**

Prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida, por edad y sexo en población adolescente. México, Ensanut 2018-19

■ Cuadro 4.7.2

Población adolescente de 10 a 19 años que reporta intento de suicidio por grupos de edad, nivel de escolaridad, estado civil, consumo de alcohol, violencia según sexo. México, Ensanut 2018-19

	Ambos sexos			Mujer			Hombre		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%
Nacional	745	895.5	100	592	685.6	100	153	209.9	100
Grupos de edad									
10 a 12 años	72	70.7	7.90	52	51.1	7.46	20	19.6	9.34
13 a 15 años	272	366.5	40.93	224	288.8	42.12	48	77.7	37.05
16 a 19 años	401	458.2	51.17	316	345.7	50.42	85	112.5	53.62
Nivel de escolaridad									
Sin escolaridad	1	0.2	0.02	1	0.2	0.03	0	0.0	0.00
Primaria	118	135.5	15.13	85	90.9	13.26	33	44.6	21.27
Secundaria	394	507.4	56.67	322	402.5	58.71	72	104.9	49.97
Preparatoria	221	243.5	27.19	174	183.9	26.82	47	59.6	28.39
Licenciatura y más	11	8.8	0.99	10	8.0	1.17	1	0.8	0.37
Estado civil									
Vive con su pareja	71	92.6	10.34	65	78.1	11.39	6	14.5	6.90
Casado (a)	8	5.8	0.64	7	5.5	0.81	1	0.2	0.11
Soltero (a)	625	755.4	84.36	493	574.6	83.80	132	180.9	86.18
Consumo de alcohol									
Sí	412	484.4	54.09	324	372.7	54.36	88	111.7	53.21
No	333	411.1	45.91	268	312.9	45.64	65	98.2	46.79
Violencia									
Sí	98	129.3	14.44	64	68.6	10.00	34	60.8	28.97
No	647	766.1	85.56	528	617.1	90.00	119	149.1	71.03

Fuente: Ensanut 2018-19

4.8 Sintomatología depresiva

En el cuadro 4.8.1 se muestra el porcentaje de adolescentes con un puntaje igual o mayor a nueve en la escala de sintomatología depresiva,^{c, 24-30} así como la prevalencia de diagnóstico médico de depresión y su tratamiento. El 6.1% de los adolescentes mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa³⁰ y es aproximadamente dos veces más elevada en mujeres que en hombres (figura 4.8.1). Adicionalmente, la prevalencia de sintomatología

^c La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) de 20, 19, 12 y 10 ítems han sido validadas para adolescentes de 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 7 ítems específica para adolescentes, por lo que se usó de manera provisional el punto de corte de adultos²⁴⁻³⁰

■ Cuadro 4.8.1

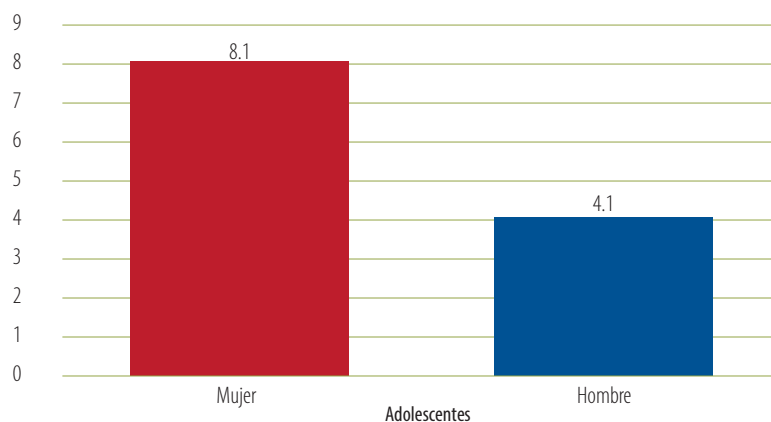
Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años, Nacional. México, Ensanut 2018-19

	Sintomatología depresiva			Diagnóstico de depresión			Adolescentes con diagnóstico de depresión por algún personal de salud que recibieron:					
	Expansión			Expansión			Tratamiento de depresión alguna vez en la vida			Tratamiento de depresión en las últimas 2 semanas		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 396.3	6.1	5.6,6.6	853.7	3.7	3.3,4.2	393.3	46.1	41.1,51.1	83.6	9.8	7.1,13.3
Sexo												
Hombre	480.1	4.1	3.6,4.8	311.1	2.7	2.2,3.3	160.7	51.6	43.0,60.2	35.8	11.5	7.0,18.3
Mujer	916.2	8.1	7.3,8.9	542.6	4.8	4.2,5.5	232.6	42.9	37.1,48.8	47.8	8.8	5.8,13.2
Edad												
10 a 14 años	481.3	4.1	3.6,4.7	251.6	2.1	1.7,2.7	107.8	42.8	32.8,53.6	30.9	12.3	7.3,20.0
15 a 19 años	915	8.2	7.4,9.1	602.1	5.4	4.8,6.1	285.5	47.4	41.8,53.1	52.7	8.7	5.9,12.8
Tipo de localidad												
Urbana	1 098.6	6.4	5.8,7.0	690.5	4.0	3.5,4.6	313.3	45.4	39.8,51.1	72.4	10.5	7.4,14.7
Rural	297.7	5.2	4.3,6.1	163.2	2.8	2.2,3.6	80.0	49.0	38.5,59.6	11.2	6.9	3.5,12.9
Región												
Norte	253.5	5.5	4.7,6.4	147.1	3.2	2.6,3.9	66.4	45.2	35.6,55.1	14.4	9.8	5.0,18.3
Centro	552.4	6.6	5.8,7.6	333.9	4.0	3.3,4.8	167.8	50.3	43.0,57.5	31.5	9.4	5.5,15.6
Ciudad de México	121.4	5.1	3.4,7.5	149.4	6.3	4.3,9.2	70.2	47.0*	30.5,64.2	11.9	8.0*	3.0,19.5
Sur	469.1	6.2	5.5,7.0	223.2	3.0	2.5,3.5	88.8	39.8	31.9,48.2	25.7	11.5	6.7,19.0

* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 4.8.1

Prevalencia de sintomatología depresiva en hombres y mujeres adolescentes, Nacional. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

depresiva es mayor en los adolescentes de 15 a 19 años (8.2%), así como en los residentes de áreas urbanas (6.4%).

El 3.7% de los adolescentes cuenta con diagnóstico de depresión alguna vez en la vida por parte de personal médico, el cual es mayor en mujeres (4.8%) y adolescentes de 15 a 19 años (5.4%). El 46.1% de los adolescentes con diagnóstico médico ha recibido algún tratamiento de depresión en la vida, mientras que solamente el 9.8% de ellos se dio en las dos semanas previas a la entrevista.

4.9 Conductas alimentarias

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescente mexicana fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Tanto en hombres (12.6%), como en mujeres (12.4%) se reportó frecuentemente haber comido demasiado. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes (cuadro 4.9.1).

La proporción de adolescentes que participó en la Ensanut 2018-19 y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado),³¹ fue de 1.3% (1.9% en mujeres y 0.7% en hombres), cifras similares a la prevalencia reportada en Ensanut 2012. Entre los adolescentes de mayor edad (14-19 años) la prevalencia de tener un trastorno es de 1.8% superior a 0.6% estimado para el grupo de 10-13 años (figura 4.9.1).

Conclusiones

Para la población adolescente, es necesario reforzar las actividades de promoción de la salud enfocadas a vacunación y promover el uso y llenado de la CNS y de la CNV con las acciones de prevención. Asimismo, mejorar los procesos en las distintas áreas de los servicios de salud con el fin de aumentar las coberturas por biológico y esquema, especialmente con vacuna SR y HB.

Los adolescentes mexicanos tienen una prevalencia de consumo de tabaco fumado de 5.7% y de cigarros electrónicos de 1.5%. Al igual que en otras encuestas nacionales y globales, estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel nacional, las autoridades federales deben observar que se trata de población adolescente y menores de edad que deben ser protegidos conforme lo establece el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en México.^{32,33}

En relación con el consumo de alcohol, los adolescentes mexicanos tienen una prevalencia anual de 38.3% con un patrón de consumo diario y mensual de 0.8 y 26.6% respectivamente. El consumo de alcohol de manera excesiva es de 22.3% en hombres y 14.7% en mujeres. Al igual que en otras encuestas nacionales y globales,

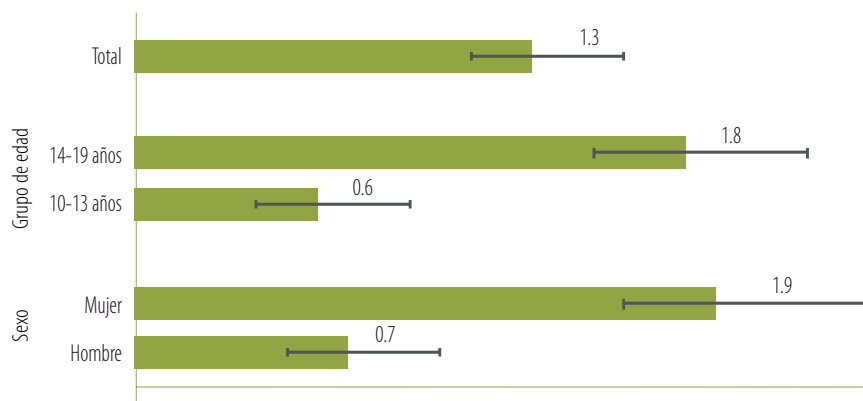
■ Cuadro 4.9.1

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres												
¿Te ha preocupado engordar?	7 598.3	65.6	64.2,67.0	2 848.5	24.6	23.4,25.9	688.7	5.9	5.4,6.6	444.5	3.8	3.3,4.4
¿Has comido demasiado?	4 560.7	39.4	37.9,40.9	4 957.7	42.8	41.3,44.3	1 455.7	12.6	11.6,13.6	605.9	5.2	4.6,5.9
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	8 368.9	72.3	70.9,73.6	2 421	20.9	19.7,22.1	532.8	4.6	4.0,5.2	257.3	2.2	1.8,2.7
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	11 214.5	96.8	96.2,97.4	336	2.9	2.4,3.5	20.8	0.2	0.1,0.3	8.8	0.1	0.0,0.2
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	10 871.3	93.9	93.1,94.6	628.3	5.4	4.8,6.1	55.8	0.5	0.3,0.7	24.6	0.2	0.1,0.4
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	10 154.3	87.7	86.7,88.6	1 146.2	9.9	9.1,10.8	191.2	1.7	1.3,2.0	88.3	0.8	0.6,1.0
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	9 781.1	84.5	83.4,85.5	1 340.6	11.6	10.7,12.5	306.7	2.6	2.2,3.2	151.6	1.3	1.0,1.7
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	11 443.5	98.8	98.5,99.1	105.2	0.9	0.7,1.2	19.2	0.2	0.1,0.3	12.2	0.1	0.0,0.4
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	11 468.6	99	98.7,99.3	102.2	0.9	0.6,1.2	6.3	0.1	0.0,0.2	2.9	0	0.0,0.1
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	11 496.6	99.3	99.0,99.5	73.5	0.6	0.5,0.9	5.5	0	0.0,0.1	4.3	0	0.0,0.1
Mujeres												
¿Te ha preocupado engordar?	6 081.2	53.8	52.2,55.4	3 341.5	29.6	28.1,31.0	1 006.9	8.9	8.1,9.8	875.9	7.7	7.0,8.5
¿Has comido demasiado?	4 352.3	38.5	36.9,40.1	4 873.6	43.1	41.6,44.6	1 397.9	12.4	11.4,13.4	681.7	6	5.4,6.7
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	7 711.9	68.2	66.8,69.6	2 448	21.7	20.4,22.9	818.3	7.2	6.5,8.0	327.3	2.9	2.4,3.4
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	10 961.1	97	96.5,97.4	298.7	2.6	2.2,3.1	29.5	0.3	0.2,0.4	16.1	0.1	0.1,0.2
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	10 513.9	93	92.2,93.7	637.5	5.6	5.0,6.4	115	1.0	0.7,1.4	39.1	0.3	0.2,0.6
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	9 605	85	83.8,86.0	1 316.6	11.6	10.7,12.7	281.4	2.5	2.1,3.0	102.5	0.9	0.7,1.2
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	9 891.9	87.5	86.5,88.4	1 105.4	9.8	9.0,10.7	184.8	1.6	1.3,2.0	123.4	1.1	0.8,1.4
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	11 051.9	97.8	97.3,98.1	223.1	2	1.6,2.4	16	0.1	0.1,0.3	14.5	0.1	0.1,0.2
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	11 057.1	97.8	97.2,98.3	219.3	1.9	1.5,2.5	8.6	0.1	0.0,0.1	20.5	0.2	0.1,0.4
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	11 127.3	98.4	98.1,98.7	159	1.4	1.1,1.8	11.6	0.1	0.0,0.2	7.6	0.1	0.0,0.2

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 4.9.1

Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de 10 a 19 años. México, Ensanut 2018-19

estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel estatal y nacional, las autoridades locales deben observar que se trata de población adolescente, 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.^{34,35}

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, destaca el conocimiento correcto que la gran mayoría de esta población tiene sobre el número de veces que se puede usar un condón masculino, sin embargo, una menor proporción saben que utilizar el condón masculino puede evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual. Otros aspectos relevantes observados a partir de la información recabada es que 21.2% de los adolescentes ya inició vida sexual; no obstante, es preocupante que un porcentaje importante no haya utilizado algún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual (19.1 y 21.1%, respectivamente).

En relación con la salud reproductiva se observa que 46.2% de las adolescentes han estado embarazadas, 22.1% de las adolescentes se encontraban embarazadas al momento de la encuesta. La atención prenatal, y en particular el inicio en el primer trimestre del embarazo muestra resultados similares a lo reportado en el 2012. La resolución del parto y la anticoncepción posterior al evento obstétrico continúan siendo temas pendientes de resolver, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, particularmente tratándose de adolescentes donde el embarazo y la maternidad se han asociado con mayores riesgos tanto para la madre como para el hijo.

A partir de los datos reportados en la Ensanut 2018-19 y de la Ensanut 2012, podemos afirmar que el intento de suicidio en adolescentes es un problema grave de salud pública que demanda su pronta intervención por parte de distintos sectores y no sólo del sector salud, dada la complejidad del problema es urgente una estrategia nacional para parar su tendencia al alza y, las secuelas a la salud física y mental de quienes sobreviven y sus familias.

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.³⁶ Por lo anterior es de suma importancia conocer las prevalencias poblacionales indicativas de depresión. La prevalencia de sintomatología depresiva, sugestiva de depresión moderada o severa, se presenta en el 6.1% de los adolescentes y es mayor entre mujeres.

Finalmente, los resultados de trastornos de la conducta alimentaria son claros en cuanto a la necesidad de implementar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria como son las intervenciones basadas en la disonancia cognoscitiva, ya ampliamente reportada en la literatura³⁷ en los grupos poblacionales con mayor riesgo como las mujeres y los adolescentes de mayor edad.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2017. Ciudad de México: Censia, 2017 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017>
2. Schaffner W, Chairman D, Jenson H, Juszczak L, Word B. Bridging from a Strong Childhood. Foundation to a Healthy Adulthood. A report on strategies to increase adolescent immunization rates. Bethesda, Maryland: National Foundation for Infectious Diseases, 2005.
3. Brabin L, Greenberg DP, Hessel L, Hyer R, Ivanoff B, Van Damme P. Current issues in adolescent immunization. *Vaccine*. 2008;26(33):4120-4134.
4. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud Sexual: Salud Sexual. OMS, 2015 [citado septiembre, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
6. Naciones Unidas. World population prospects: The 2012 Revision. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2012.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El poder de 1.800 millones: Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Nueva York: UNFPA, 2014 [citado septiembre, 2019]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Nueva York: UNFPA, 1994.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades. Nueva York: NU, 2015 [citado septiembre 13, 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
10. Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-437.
11. Secretaría de Salud. 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. México: Diario Oficial de la Federación, 2016.
12. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Planificación familiar y anticoncepción, 2013-2018. Distrito Federal: SS, 2013 [citado 13 septiembre], 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
13. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Seguridad Vial 2013-2018. Ciudad de México: SS, 2014.
14. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. México: SS, 2014.
15. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
16. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2016.
17. Vecino-Ortiz AI, Jafri A, Hyder AA. Effective interventions for unintentional injuries: a systematic review and mortality impact assessment among the poorest billion. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(5):e523-e534.
18. Mock CN, Nugent R, Kobusingye O, Smith KR, editors. Injury Prevention and Environmental Health. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017.
19. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2017. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2018.
20. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Por suicidio en las Américas. Informe regional. Washinton, DC: OPS, 2014 [citado enero, 2020]. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=27709&lang=es
21. Valdez R, Solórzano EH, Iñiguez MM, Ávila L, Gómez H, Martínez A. Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Inj Prev*. 2018;24(4):256-261.
22. 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. México: INPRFM, 2017 [citado 19 junio, 2019]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBk8gkz7q/view>
23. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina ME, Fleiz C, Díaz J. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica Mex*. 2019;61:6-15.
24. Wang M, Armour C, Wu Y, Ren F, Zhu X, Yao S. Factor structure of the CES-D and measurement invariance across gender in Mainland Chinese adolescents. *J Clin Psychol*. 2013;69(9):966-79. <https://doi.org/10.1002/jclp.21978>
25. Harry ML, Crea TM. Examining the measurement invariance of a modified CES-D for American Indian and non-Hispanic White adolescents and young adults. *Psychol Assess*. 2018;30(8):1107-20. <https://doi.org/10.1037/pas0000553>
26. Kim E, Landis AM, Cain KK. Responses to CES-D: European American versus Korean American adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2013;26(4):254-61. <https://doi.org/10.1111/jcap.12050>
27. Poulin C, Hand D, Boudreau B. Validity of a 12-item version of the CES-D used in the National Longitudinal Study of Children and Youth. *Chronic Dis Can*. 2005;26(2-3):65-72.
28. Skriner LC, Chu BC. Cross-ethnic measurement invariance of the SCARED and CES-D in a youth sample. *Psychol Assess*. 2014;26(1):332-7. <https://doi.org/10.1037/a0035092>
29. Yang HJ, Soong WT, Kuo PH, Chang HL, Chen WJ. Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei: a stratum-specific likelihood ratio analysis. *J Affect Disord*. 2004;82(3):419-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.04.008>
30. Salinas A, Manrique B, Acosta I, Téllez M, Franco A, Gutiérrez RL, et 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.
31. Unikel C, Bojorquez I, Carreño S. Validation of a brief questionnaire for the assessment of risky eating behaviors. *Salud Publica Mex*. 2004;46:509-15.
32. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/
33. Diario Oficial de la Federación. Ley general para el control del tabaco. México: DOF, 2008. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_150618.pdf
34. Organización Mundial de la Salud. La Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalstrategies.pdf
35. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud México. México: DOF, 1984. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
36. Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-1067.
37. Unikel C, Díaz de León C, Bojorquez I, Rivera-Márquez JA, Méndez E. Dissonance-based Program for Eating Disorder Prevention in Mexican University Students. *Psychosocial Intervention*. 2019;28(1):29-35. <https://doi.org/10.5093/pi2018a17>

Adultos

5.1 Introducción

La edad adulta, donde se concentra hasta ahora la mayor proporción de población, y población productiva, además, representa un reto para continuar con la promoción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades y, la atención a las personas que desarrollan alguna enfermedad crónica en algún punto del ser adulto. Estos retos sobre la salud deben revisarse desde los modelos ecológicos y de transición epidemiológica y poblacional, de manera que las acciones para conservar la salud y el bienestar de los adultos, contemple el envejecimiento, las enfermedades mentales, y nuevas estrategias para garantizar el acceso a la salud.

La Ensanut 2018-19 permite contemplar las condiciones y el momento de transición en el que se encuentran los adultos mexicanos, comenzando por temas como vacunación, funcionalidad y salud reproductiva. También, se presentan indicadores sobre el acceso a programas preventivos, o bien, a la prevalencia de las principales enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, o la hipercolesterolemia. Asimismo, muestra el panorama de las y los adultos sobre el consumo de alcohol y tabaco, sintomatología depresiva, accidentes y violencia.

En la Ensanut 2018-19 se entrevistó a 43 070 adultos de 20 años y más, quienes representan a 82 millones 768 mil adultos del país, siendo 45.4% hombres y 54.6% mujeres, con una edad promedio de 43 años en los hombres, y de 44 años en las mujeres. México sigue presentando una mayor proporción de adultos en edades de 20 a 29 años con 23.6% de la población en este grupo de edad que representa a 19 500 573 individuos. El cuadro 5.1.1 muestra la frecuencia y proporción de adultos de 20 años o más.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
20 - 29	9 250.4	11.2	10 250.2	12.4	19 500.6	23.6
30 - 39	7 878.3	9.5	9 501.2	11.5	17 379.6	21.0
40 - 49	7 393.7	8.9	9 173.6	11.1	16 567.4	20.0
50 - 59	5 992.9	7.2	7 083.3	8.5	13 076.2	15.8
60 - 69	3 764.6	4.5	5 237.5	6.3	9 002.2	10.9
70 - 79	2 286.4	2.8	2 665.8	3.2	4 952.2	5.9
80 y más	979.5	1.2	1 309.8	1.6	2 289.4	2.8
Total	37 545.9	45.4	45 221.6	54.6	82 767.5	100

Fuente: Ensanut 2018-19

5.2 Vacunación

La vacunación es una estrategia sanitaria tradicionalmente asociada a la infancia, no obstante en épocas recientes este paradigma se ha ido modificando, en gran medida por el incremento en la esperanza de vida y con ello la necesidad de vivir esos años con mejor calidad; por lo que en la actualidad el enfoque de “vacunación a lo largo de la vida” está impulsando a los programas de vacunación nacionales para que incluyan a personas de todas las edades en sus estrategias, priorizando ciertas vacunas de acuerdo con el riesgo.¹

En México, las estrategias de vacunación en adultos han incluido el enfoque de riesgo en embarazadas, población en edad fértil, ciertas ocupaciones e individuos con inmunocomprometidos.² No obstante, el enfoque de la vacunación a lo largo de la vida busca ampliar la cobertura y proteger contra un mayor número de enfermedades prevalentes en la edad adulta y altamente discapacitantes; es el caso del herpes zóster, la influenza, la tos ferina, la infección por neumococo y el sarampión. Lo anterior ha generado la búsqueda de espacios que contribuyan con la investigación y generación de políticas públicas en torno a la vacunación en la edad adulta.³

En esta sección se abordarán los resultados de la cobertura de vacunación en población de 20 a 59 años de edad, de acuerdo con lo identificado en la Ensanut 2018-19, asimismo se compararán estos resultados con los obtenidos en la Ensanut 2012.⁴

De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018-19, 11.5% de los adultos de 20 a 59 años de edad, mostró la Cartilla Nacional de Salud (CNS), 0.1% tenía documento probatorio, 35.9% informó que tiene cartilla pero no la mostró, cerca de la mitad de la población de este grupo etario (49.1%) manifestó no tener la CNS y 3.4% mostró CNS, pero careciendo de información (cuadro 5.2.1).

A nivel nacional, de acuerdo con la Ensanut 2018-19, del total de adultos entre 20 y 59 años de edad que mostraron la CNS, 67.5% tenían registro de haber

■ Cuadro 5.1.1

Distribución porcentual de la población de 20 años en adelante, por grupo de edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.2.1

Proporción estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según sexo en adultos de 20 a 59 años de edad. México, Ensanut 2018-19

Sexo	Mostró CNS con información referente a vacunación			Tenía documento probatorio			Tenía CNS, pero no la mostró			Mostró CNS sin información referente a vacunación			No tenía CNS			Total	
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%
Hombre	2 146.8	7.0	6.5,7.6	40.3	0.1	0.1,0.3	10 482.1	34.4	33.2,35.6	950.5	3.1	2.8,3.5	16 862.5	55.3	54.1,56.6	30 482.2	100.0
Mujer	5 487.6	15.3	14.6,16.0	24.0	0.1	0.0,0.1	13 365.7	37.2	36.1,38.4	1 328.8	3.7	3.3,4.2	15 701.5	43.7	42.6,44.9	35 907.5	100.0
Total	7 634.4	11.5	11.0,12.0	64.3	0.1	0.1,0.2	23 847.8	35.9	35.0,36.8	2 279.3	3.4	3.2,3.8	32 564.0	49.1	48.1,50.0	66 389.8	100.0

CNS: Cartilla Nacional de Salud
Fuente: Ensanut 2018-19

recibido la vacuna contra tétanos y difteria (Td) y 20.7% de haber sido vacunado contra sarampión y rubéola (SR) (cuadro 5.2.2).

Al comparar los resultados de la Ensanut 2012 con la Ensanut 2018-19, se identificó disminución en la proporción de la población de 20 a 59 años de edad

■ Cuadro 5.2.2

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación por biológico en población de 20 a 59 años de edad que mostró algún documento probatorio de vacunación.* México, Ensanut 2018-19

Sexo	SR [‡]			TD [§]		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres	374.4	17.1	14.5,20.1	1 412.3	64.6	61.1,67.9
Mujeres	1 217.4	22.1	20.1,24.2	3 785.1	68.7	66.5,70.8
Total	1 591.8	20.7	19.1,22.3	5 197.4	67.5	65.6,69.4

*Incluye Cartilla Nacional de Salud, documento probatorio o comprobante de vacunación

[‡]Se evalúa como prevalencia estimada de cobertura con vacuna antisarampión y antirrubéola en el adulto si: A. Tiene antecedente de una dosis de SR o SRP en la infancia y tiene una dosis de SR registrada posterior al esquema de infancia; o B. No documenta o no tiene una dosis previa de SR o SRP en la infancia y tiene dos dosis de SR, con intervalo de 4 semanas entre dosis.

[§]Se evalúa como prevalencia estimada de cobertura con vacuna antidifteria y antitosferina (Td) en adultos si: A. el adulto tiene antecedente de esquema completo de Td en la infancia y tiene registrada una dosis de Td registrada después del esquema de infancia. B. El adulto tiene esquema de la infancia incompleto o no documentado y tiene tres dosis de Td, con intervalo \geq 4 semanas entre primera y segunda dosis y \geq 12 meses entre segunda y tercera dosis.

SR: Vacuna antisarampión y antirrubéola

Td: Vacuna antidifteria y antitétanos

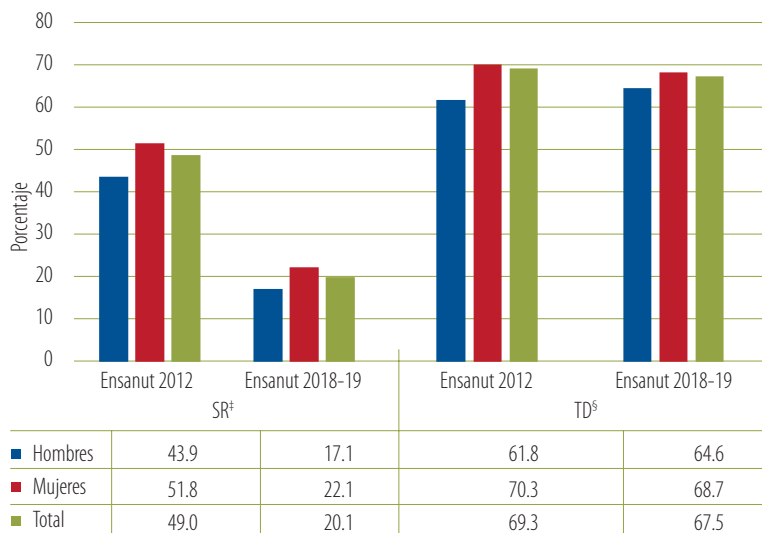
CNS: Cartilla Nacional de Salud

SRP: Vacuna antisarampión, antirrubéola y antiparotiditis

Fuente: Ensanut 2018-19

que reportan haber recibido la vacuna SR (2012: 49.0% y 2018: 20.1%). Los hombres en ambas encuestas tienen menor prevalencia estimada de cobertura de vacunación con SR respecto de las mujeres (43.9 y 17.1% respecto de 51.8 y 22.1) (figura 5.2.1).

Dada la baja proporción de adultos con CNS o de algún documento probatorio de vacunación, tanto en la Ensanut 2012 como en la Ensanut 2018-19, se consi-



*Incluye Cartilla Nacional de Salud, documento probatorio o comprobante de vacunación

[†]Se evalúa como prevalencia estimada de cobertura con vacuna antisarampión y antirrubéola en el adulto si: A. Tiene antecedente de una dosis de SR o SRP en la infancia y tiene una dosis de SR registrada posterior al esquema de infancia; o B. No documenta o no tiene una dosis previa de SR o SRP en la infancia y tiene dos dosis de SR, con intervalo de 4 semanas entre dosis.

[‡]Se evalúa como prevalencia estimada de cobertura con vacuna antidifteria y antitosferina (Td) en adultos si: A. el adulto tiene antecedente de esquema completo de Td en la infancia y tiene registrada una dosis de Td registrada después del esquema de infancia; o B. El adulto tiene esquema de la infancia incompleto o no documentado y tiene tres dosis de Td, con intervalo ≥ 4 semanas entre primera y segunda dosis y ≥ 12 meses entre segunda y tercera dosis.

SR: Vacuna antisarampión y antirrubéola

Td: Vacuna antidifteria y antitetanos

SRP: Vacuna antisarampión, antirrubéola y antiparotiditis

Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19

deró el recurso de autorreporte de la vacunación. De acuerdo con este criterio, en el grupo de adultos jóvenes de 20 a 29 años la proporción de vacunación contra SR fue más alta en 2012 para hombres y mujeres respecto de 2018 (46.2 y 52.2% respecto de 11.5 y 13.7%) (figura 5.2.2).

5.3 Programas preventivos

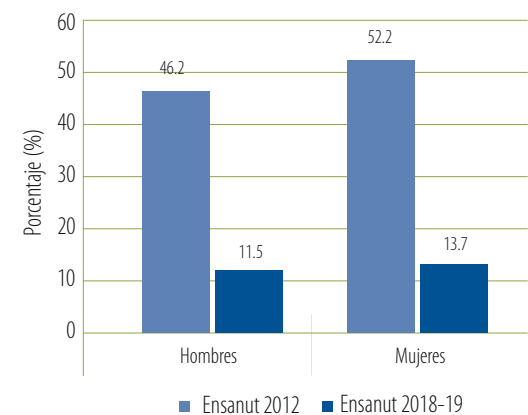
El *screening* o tamizaje con pruebas rápidas y de menor costo que una prueba diagnóstica, permite que personas que van iniciando el padecimiento bajo estudio, puedan acudir a realizarse una prueba diagnóstica para confirmar o descartar el diagnóstico. Si lo confirma y se encuentra en etapas iniciales de padecimientos como cáncer (cervix o mama), podrían recibir tratamiento temprano con mayores probabilidades de éxito. Si el padecimiento es una enfermedad crónica no transmisible como diabetes o hipertensión, podrán acudir con el personal de salud para controlar su enfermedad de forma temprana, con lo que el desarrollo de complicaciones podría retrasarse. Si el diagnóstico es negativo, podrán, a partir de recomendaciones del personal de salud, modificar su estilo de vida (dieta, actividad física y consumo de tabaco y alcohol) y con ello retrasar el desarrollo

■ **Figura 5.2.1**

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación por biológico en población de 20 a 59 años de edad que mostró algún documento probatorio de vacunación.* México, Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 5.2.2**

Proporción de individuos de 20 a 29 años de edad que autorreportan haber recibido la vacuna contra sarampión y rubéola,* por sexo. México, Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19



*Incluye a quienes no mostraron o no documentaron la vacunación mediante Cartilla Nacional de Salud o algún documento probatorio.

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

de dichos padecimientos. Los resultados presentados en el cuadro 5.3.1 se refieren al porcentaje de uso de los programas preventivos por parte de los adultos en el año previo al levantamiento de esta encuesta.

■ Cuadro 5.3.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Estudio	N (miles)	%	IC95%
Prueba de Papanicolaou			
20-39	5 084.6	25.7	24.6,27.0
40-59	6 278.6	38.6	37.1,40.2
60 años y más	1 684.2	18.3	16.7,19.9
Total	13 047.4	28.9	28.0,29.7
Exploración clínica de senos			
20-39	3 117.2	15.8	14.8,16.8
40-59	4 960.0	30.5	29.0,32.0
60 años y más	1 647.6	17.9	16.3,19.6
Total	9 724.7	21.5	20.7,22.3
Detección de diabetes mellitus			
Hombres			
20-39	1 493.4	8.9	8.1,9.7
40-59	1 776.7	15.0	13.8,16.3
60 años y más	1 204.3	22.1	19.7,24.6
Total	4 474.5	13.1	12.4,13.9
Mujeres			
20-39	2 168.6	11.2	10.4,12.1
40-59	3 090.1	22.1	20.6,23.5
60 años y más	1 590.8	23.7	21.7,25.8
Total	6 849.5	17.1	16.3,17.9
Total			
20-39	3 662.0	10.1	9.5,10.8
40-59	4 866.8	18.8	17.9,19.9
60 años y más	2 795.2	23.0	21.4,24.6
Total	11 324.0	15.3	14.7,15.8
Detección de hipertensión arterial			
Hombres			
20-39	1 409.8	8.8	7.9,9.7
40-59	1 435.3	12.9	11.7,14.2
60 años y más	783.6	17.2	15.1,19.5
Total	3 628.7	11.4	10.7,12.2
Mujeres			
20-39	2 062.1	11.2	10.3,12.2
40-59	2 159.7	17.2	15.9,18.6
60 años y más	844.6	17.6	15.4,19.9
Total	5 066.4	14.2	13.4,14.9
Total			
20-39	3 471.9	10.1	9.4,10.7
40-59	3 595.0	15.2	14.3,16.2
60 años y más	1 628.2	17.4	15.9,19.0
Total	8 695.1	12.9	12.3,13.4
Detección de triglicéridos o colesterol alto			
Hombres			
20-39	913.0	6.0	5.3,6.9
40-59	943.4	9.3	8.2,10.6
60 años y más	808.0	15.2	13.2,17.5
Total	2 664.4	8.7	8.0,9.4

Continúa

Continuación

Mujeres			
20-39	1 359.9	7.8	7.1,8.6
40-59	1 653.2	14.2	12.9,15.5
60 años y más	913.6	15.0	13.3,16.9
Total	3 926.8	11.2	10.5,11.9
Total			
20-39	2 272.9	7.0	6.4,7.6
40-59	2 596.7	11.9	11.0,12.8
60 años y más	1 721.6	15.1	13.7,16.5
Total	6 591.2	10.0	9.5,10.5
Detección de obesidad o sobrepeso			
Hombres			
20-39	1 251.4	7.3	6.6,8.1
40-59	1 172.9	8.8	7.8,9.8
60 años y más	476.1	6.8	5.8,7.9
Total	2 900.3	7.7	7.2,8.3
Mujeres			
20-39	1 696.3	8.6	7.8,9.4
40-59	1 721.0	10.6	9.7,11.6
60 años y más	617.7	6.7	5.8,7.7
Total	4 035.0	8.9	8.4,9.5
Total			
20-39	2 947.7	8.0	7.4,8.6
40-59	2 893.9	9.8	9.1,10.5
60 años y más	1 093.8	6.7	6.0,7.5
Total	6 935.3	8.4	8.0,8.8

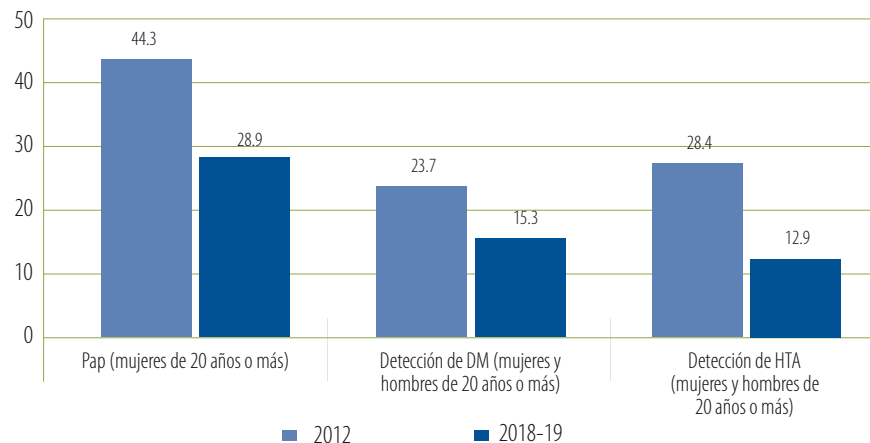
IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

El 28.9% de las mujeres de 20 años o más residentes en el país, acudió a algún servicio médico a realizarse una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino. Al comparar este resultado con el que se obtuvo en la Ensanut 2012, (44.3%), podemos ver que la proporción de mujeres adultas que se realizaron esta prueba, disminuyó (figura 5.3.1). El grupo de 40 a 59 años reportó el mayor porcentaje (38.6%) de pruebas de Papanicolaou en el 2018. En el caso de la exploración clínica de senos, 21.5% de las mujeres de 20 años o más reportó haberse realizado dicha prueba. La mayor frecuencia se observó en el grupo de 40 a 59 años con 30.5 % (cuadro 5.3.1). Con respecto a la detección del cáncer de mama, 27.5% de las mujeres de 40 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta.

Con respecto a las pruebas de detección de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos de 20 años o más, acudieron a realizarse pruebas de detección en el año previo a la Ensanut 2018-19, 17.1 y 14.2% de las mujeres, 13.1 y 11.4% de los hombres y 15.3 y 12.9% en todos los adultos, respectivamente. Mientras que para el caso de la determinación de niveles séricos altos de triglicéridos o colesterol fue 11.2% de las mujeres, 8.7% de hombres y 10% en todos los adultos. Acudieron a detección

Figura 5.3.1

Pruebas de detección oportuna de Papanicolaou, diabetes e hipertensión arterial. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Pap: Papanicolaou
DM: Diabetes mellitus
HTA: Hipertensión arterial
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

de sobrepeso u obesidad, 8.9% de las mujeres, 7.7% de los hombres y 8.4% de ambos sexos, en el año previo (cuadro 5.3.1).

En comparación con los datos reportados en la Ensanut 2012, en la prueba de diabetes hubo un decremento en la detección, para todos los grupos de edad tanto en hombres, como en mujeres. En la medición de tensión arterial en mujeres y en hombres, se observó una menor proporción de adultos que se realizaron una prueba de detección, en esta encuesta, en comparación con los resultados obtenidos en 2012. En comparación con lo reportado en la Ensanut 2012 se obtuvo una menor proporción de personas que acudieron en los últimos 12 meses a detección de diabetes, 23.7 y 15.3%, respectivamente y de hipertensión arterial, 28.4 y 12.9%, respectivamente (figura 5.3.1).

5.4 Consumo de tabaco

En México, la prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adultos es de 17.9%, lo que corresponde a 14 820 100 de fumadores; en los hombres es de 28.4% (10 652 700 de fumadores) y en las mujeres de 9.2% (4 167 400 de fumadoras). La razón hombre:mujer entre los adultos es de 3.0. Entre los adultos que son fumadores actuales la prevalencia de consumo diario es de 7.7% (12.5% en hombres, 3.7% en mujeres) y la de consumo ocasional es de 10.2% (15.9% en hombres, 5.5% en mujeres). Son exfumadores 20.3% (16 764 800 de exfumadores) y 61.7% (50 967 500) nunca ha fumado (cuadro 5.4.1).

■ Cuadro 5.4.1

Consumo de tabaco en los últimos 30 días. Población de 20 años o más. México, Ensanut 2018-19

	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Ha fumado más de 100 cigarrillos en la vida	16 708.2	44.5	43.4,45.6	6 572.8	14.5	13.8,15.3	23 280.9	28.1	27.4,28.8
Fumador actual	10 652.7	28.4	27.5,29.4	4 167.4	9.2	8.7,9.8	14 820.1	17.9	17.4,18.5
Fumador diario	4 689.7	12.5	11.8,13.3	1 669.8	3.7	3.3,4.1	6 359.5	7.7	7.3,8.1
Fumador ocasional	5 963.0	15.9	15.1,16.7	2 497.6	5.5	5.1,6.0	8 460.6	10.2	9.8,10.7
Exfumador	11 142.6	29.7	28.8,30.7	5 622.2	12.5	11.8,13.1	16 764.8	20.3	19.7,20.9
Exfumador diario	3 921.9	10.5	9.9,11.1	1 460.3	3.2	2.9,3.6	5 382.2	6.5	6.2,6.8
Exfumador ocasional	7 220.7	19.3	18.5,20.1	4 162.0	9.2	8.7,9.8	11 382.7	13.8	13.3,14.3
Nunca fumador	15 659.5	41.8	40.6,43.0	35 308.0	78.3	77.5,79.1	50 967.5	61.7	61.0,62.5

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

Fuente: Ensanut 2018-19

La edad promedio de inicio de consumo entre los fumadores diarios es de 18.6 años, siendo de 18 años en los hombres y de 20 años en las mujeres. En promedio los fumadores diarios consumen 7.1 cig/día (7.5 cig/día en hombres y 5.9 cig/día en mujeres). En cuanto al consumo de cigarrillos con cápsula de sabor, 42.2% de los adultos mexicanos lo han probado, y entre los fumadores, 49.7% (49.1% en hombres y 50.9% en mujeres) usa este tipo de producto saborizado.

Considerado que los nuevos productos de tabaco (productos vaporizados o calentados) se encuentran prohibidos en México, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en México es de 1.2% (1 023 000 usuarios), de 1.9% (711 100 usuarios) en los hombres y de 0.7% (311 900 usuarias) en las mujeres (cuadro 5.4.2).

Características demográficas	Alguna vez usó un cigarro electrónico			Consumo actualmente cigarrillos electrónicos		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sexo						
Hombre	3 176.5	8.5	7.9,9.1	711.1	1.9	1.6,2.2
Mujer	1 734.6	3.9	3.5,4.3	311.9	0.7	0.6,0.9
Nivel de urbanidad						
Urbano	4 396	6.8	6.4,7.2	902.7	1.4	1.2,1.6
Rural	515.1	3.0	2.5,3.4	120.3	0.7	0.5,1.0
Total	4 911.1	6.0	5.6,6.3	1 023	1.2	1.1,1.4

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.4.2

Conocimiento y uso del cigarro electrónico. Población de 20 años en adelante. México, Ensanut 2018-19

5.5 Consumo de alcohol

Referente al consumo de bebidas alcohólicas entre los adultos, en México, la prevalencia global de consumo anual es de 94.3% (49 812 800 consumidores); en los hombres de 94.7% (29 907 700 consumidores) y en las mujeres de 93.7% (19 905 100 consumidoras). La razón de consumo de alcohol hombre:mujer es de 1. Entre los adultos que han referido consumir bebidas alcohólicas, tienen un patrón de consumo diario 1.8% (937 300 consumidores) (2.9% en hombres, 0.3% en mujeres) y de consumo mensual 9.3% (4 718 500 consumidores) (11.4% en hombres, 6.0% en mujeres) (cuadro 5.5.1).

En cuanto al consumo excesivo (abuso) de alcohol entre los adultos definido en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión en el último mes se encontró que 35.5% (18 773 600) consumió de manera excesiva, 43.6% (13 775 900) en hombres y 23.5% (4 997 800) en mujeres (cuadro 5.5.1).

■ Cuadro 5.5.1

Consumo de alcohol. Población de 20 años o más. México, Ensanut 2018-19

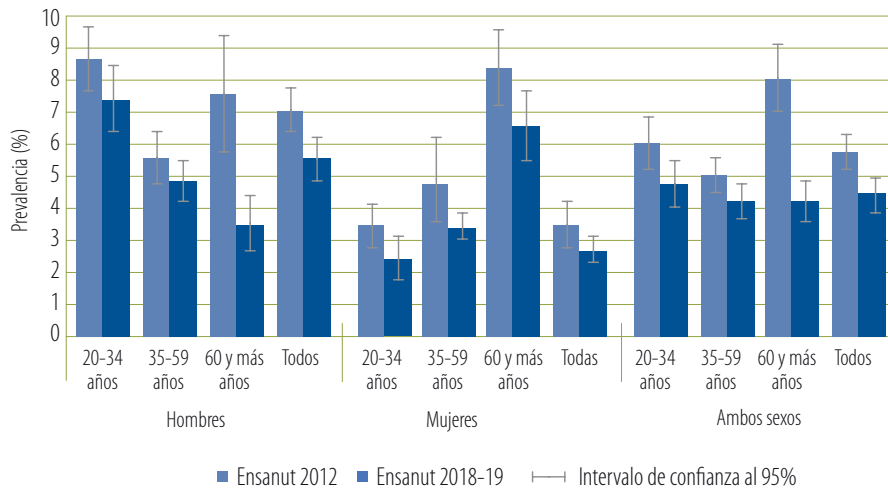
	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo de alcohol									
Diario	880.9	2.9	2.5,3.2	56.4	0.3	0.2,0.4	937.3	1.8	1.6,2.1
Mensual	3 520.2	11.4	10.7,12.2	1 198.3	6.0	5.4,6.7	4 718.5	9.3	8.8,9.8
Anual	29 907.7	94.7	94.2,95.2	19 905.1	93.7	92.8,94.4	49 812.8	94.3	93.8,94.7
Consumo excesivo de alcohol*	13 775.9	43.6	42.5,44.8	4 997.8	23.5	22.3,24.8	18 773.6	35.5	34.7,36.4

*Consumo excesivo de alcohol: El abuso de alcohol entre los adultos se definió, en el caso de los hombres, como el consumo de cinco copas o más por ocasión y en el caso de las mujeres, cuatro copas o más por ocasión.

Fuente: Ensanut 2018-19

5.6 Accidentes

La evidencia generada a partir de esta encuesta nacional permite documentar que 4.50% de las personas adultas en México reportó haber sufrido alguna lesión accidental en el año previo a la encuesta. Esto equivale a más de 3.7 millones de personas de 20 y más años. Aunque estas cifras son altas, son menores a lo observado en 2012 (5.82% o 4.1 millones).⁴ Al igual que en población infantil y adolescente, este porcentaje fue mayor en hombres (5.50%) que en mujeres (3.67%). El subgrupo de edad más afectado fue diferente en hombres (20-34 años de edad), que en mujeres (60 y más años) (figura 5.6.1). De las personas adultas que sufrieron una lesión accidental, 28.63% (n=1 053 229) sufrió consecuencias permanentes en su estado de salud. Es importante destacar que este porcentaje fue mayor que el observado en 2012 (18.87%, n=1 008 557).⁴

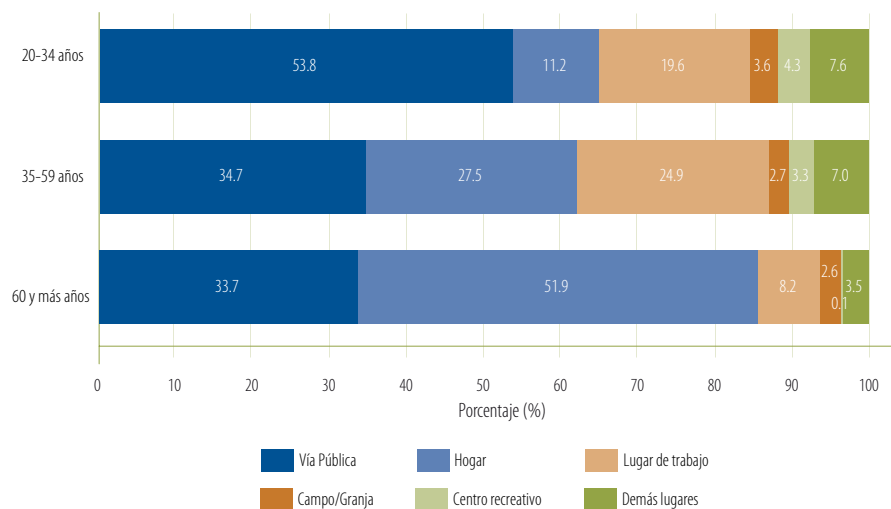


Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 5.6.1**

Prevalencia de lesiones accidentales en población adulta. México, Ensanut 2018-19

Al igual que en los adolescentes, la mayor parte de las lesiones accidentales ocurre en la vía pública (41.35%) y en el hogar (27.18%). Sin embargo, las lesiones accidentales que ocurren en el trabajo ocupan un lugar importante (19.13%). Este porcentaje fue diferente entre los distintos subgrupos de edad (figura 5.6.2). Si bien las caídas fueron también la principal causa de lesiones accidentales en población adulta (50.92%), particularmente en personas de 60 y más años (74.60%), los accidentes de tránsito constituyeron la primera causa de lesiones accidentales en el subgrupo de 20 a 34 años de edad (40.87%) (figura 5.6.3).



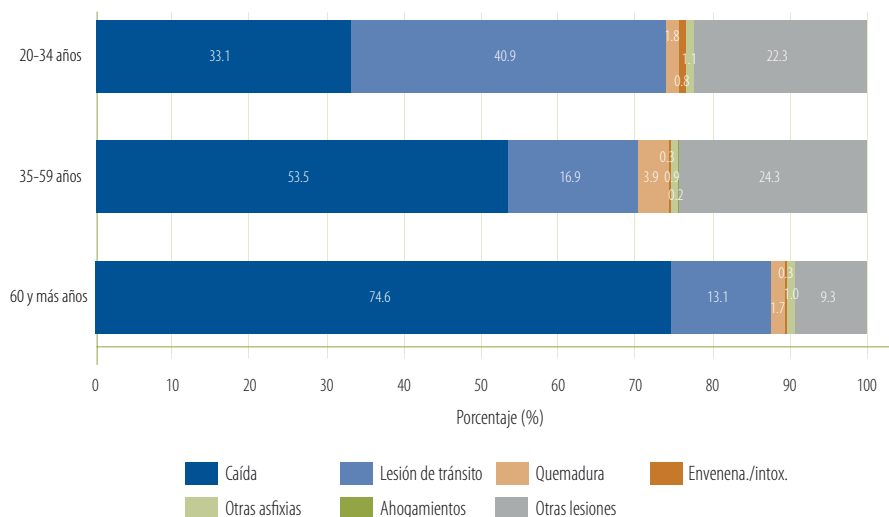
Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 5.6.2**

Lugar donde ocurrieron las lesiones accidentales en población adulta. México, Ensanut 2018-19

Figura 5.6.3

Principales lesiones accidentales en población adulta. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

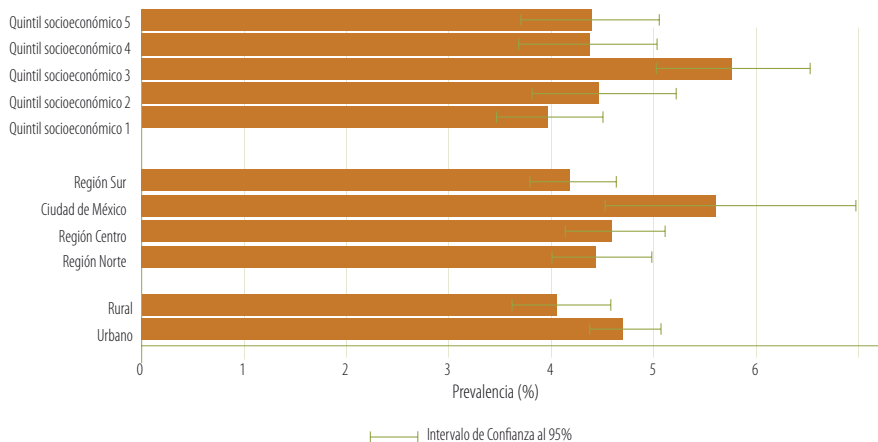
Un alto porcentaje de personas adultas que sufrieron una lesión accidental acudió a los servicios de salud para su atención médica (74.77%, o bien, 2.8 millones de personas), generando altos costos para el sistema de salud. En virtud de que existen intervenciones efectivas para prevenir la ocurrencia de accidentes,⁵⁻⁷ se debe fortalecer el trabajo que lidera el STCONAPRA en el país.⁸⁻¹⁰

En la figura 5.6.4 se presenta la prevalencia de lesiones accidentales en población adulta según tipo de localidad (urbano/rural), por región del país y por nivel socioeconómico de los hogares.

Es importante destacar que, del total de personas adultas lesionadas, 4.43% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento; 0.26% consumió otras drogas y 0.77% alcohol y otras drogas.

Figura 5.6.4

Prevalencia de lesiones accidentales en población adulta según distintas variables de interés. México, Ensanut 2018-19

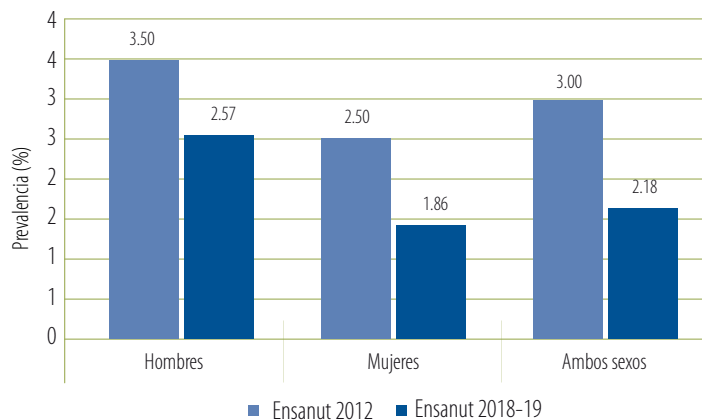


Fuente: Ensanut 2018-19

5.7 Violencia

Un total de 1 805 610 personas adultas reportaron haber experimentado un evento violento en los 12 meses previo a la encuesta, de forma que la prevalencia de daños a la salud por robo, agresión o violencia se estimó en 2.18%, se observó que la proporción en hombres es mayor, en comparación con las mujeres (2.57 y 1.86% respectivamente). Estas proporciones son menores a lo reportado en la Ensanut 2012, tanto en la prevalencia general como específica por sexo (figura 5.7.1).

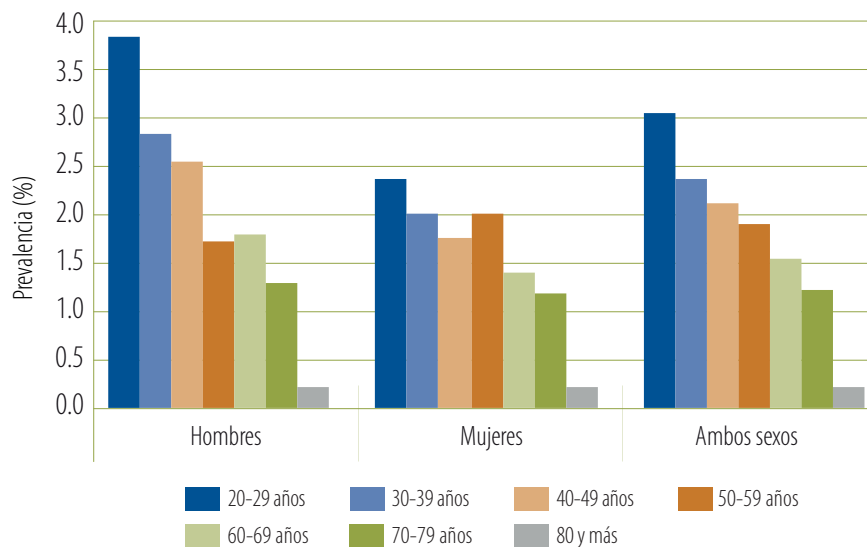
Tanto en hombres como en mujeres, en el grupo de edad de 20 a 29 es en quienes se observa la mayor prevalencia de daños a la salud por violencia con 3.82 y 2.36% respectivamente, siguiendo un patrón descendente a medida que aumenta la edad (figura 5.7.2).



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 5.7.1**

Prevalencia de daños a la salud por violencia en población adulta. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 5.7.2**

Prevalencia de daños a la salud por violencia, por edad y sexo en población adulta. México, Ensanut 2018-19

En relación con el tipo de violencia experimentada por esta población, se encontraron principalmente los golpes, patadas y puñetazos, con 43.39%, seguida de las agresiones verbales con 39.68%. Este comportamiento es similar en hombres con 53.01 y 29.92% respectivamente. En mujeres, esta frecuencia se invierte, siendo los principales tipos de violencia las agresiones verbales y los golpes, patadas y puñetazos con 50.87 y 32.36% respectivamente. Es importante hacer notar que de las personas que experimentaron eventos violentos, 16.74% reportaron dos o más tipos. Con relación al lugar de ocurrencia, la vía pública y el hogar, son los lugares donde más se reportó la ocurrencia de este tipo de eventos en general con 50.94 y 19.11% respectivamente. En el caso de las mujeres, la vía pública y el hogar son también los principales lugares con 41.99 y 27.78%; en el caso de los hombres, la vía pública y el transporte público es donde se presentan con mayor frecuencia los eventos relacionados con la violencia (58.73 y 17.17% respectivamente) (cuadro 5.7.1).

■ Cuadro 5.7.1

Población de 20 y más años que sufrió daños a la salud por violencia en el último año por tipo de violencia y lugar de ocurrencia, según sexo. México, Ensanut 2018-19

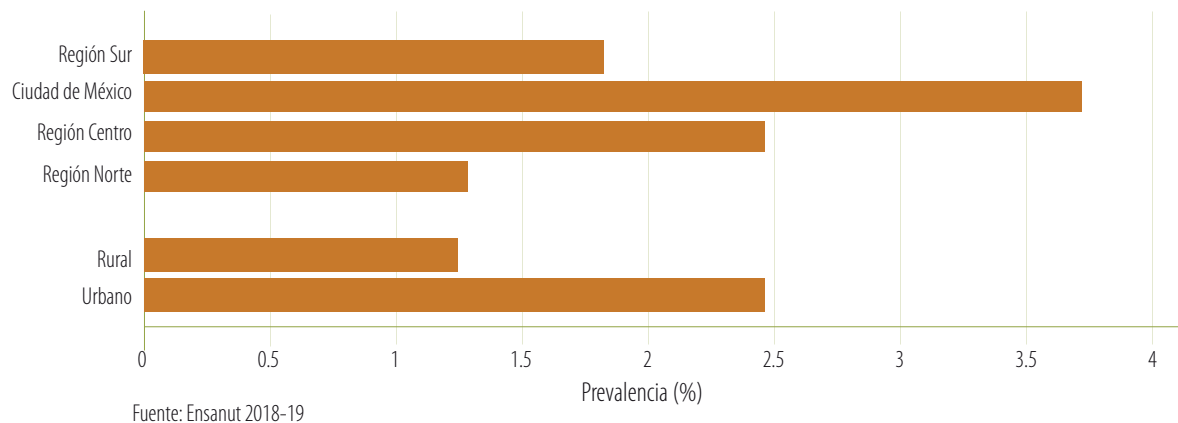
	Ambos sexos			Mujeres			Hombres		
	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%	n	N (miles)	%
Nacional	783	1 805.6	100	357	840.9	100	426	964.7	100
Tipo de violencia									
Agresiones con sustancias	14	22.0	1.22	4	3.4	0.40	10	18.6	1.93
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	15	17.7	0.98	5	6.5	0.77	10	11.2	1.16
Herida por arma de fuego	30	49.6	2.75	5	8.0	0.95	25	41.6	4.31
Herida por arma punzocortante (cuchillo, navajas, etc.)	61	139.7	7.74	16	44.1	5.24	45	95.6	9.91
Empujón desde lugar elevado	35	54.2	3.00	23	33.1	3.94	12	21.0	2.18
Golpes, patadas, puñetazos	364	783.5	43.39	134	272.1	32.36	230	511.4	53.01
Agresión sexual	12	22.1	1.23	10	19.7	2.34	2	2.5	0.26
Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias	2	5.6	0.31	1	5.1	0.61	1	0.5	0.05
Agresiones verbales	250	716.5	39.68	148	427.8	50.87	102	288.7	29.92
Otras agresiones o maltratos	129	321.0	17.78	72	180.4	21.46	57	140.5	14.57
No responde	5	12.2	0.67	4	4.5	0.53	1	7.7	0.80
Lugar de la agresión o violencia									
Hogar	207	345.1	19.11	140	233.6	27.78	67	111.5	11.56
Escuela	3	4.5	0.25	1	2.2	0.26	2	2.3	0.24
Trabajo	66	122.1	6.76	31	57.0	6.78	35	65.1	6.75
Transporte público	57	290.2	16.07	24	124.5	14.81	33	165.7	17.17
Vía pública	395	919.7	50.94	138	353.1	41.99	257	566.6	58.73
Campo	7	13.4	0.74	2	8.6	1.02	5	4.9	0.50
Centro recreativo o deportivo	11	34.7	1.92	1	14.1	1.68	10	20.6	2.13
Antro, bar	5	6.7	0.37	0	0.0	0.00	5	6.7	0.70
Establecimiento comercial	14	36.3	2.01	10	31.6	3.76	4	4.7	0.49
Otro	17	32.3	1.79	9	15.5	1.85	8	16.7	1.74
No sabe / no recuerda	1	0.5	0.03	1	0.5	0.06	0	0.0	0.00

Fuente: Ensanut 2018-19

Según el lugar de residencia, la prevalencia de daños a la salud por violencia en población adulta es mayor en localidad urbana y por región del país en la región Ciudad de México (figura 5.7.3).

■ Figura 5.7.3

Prevalencia de daños a la salud en población adulta por área y región del país. México, Ensanut 2018-19



5.8 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad,¹¹ y la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor, sus funciones y procesos.¹² La salud sexual y reproductiva requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, de las relaciones sexuales, de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia,¹ y del respeto de las decisiones de las parejas sobre el momento y número de hijos que desean tener. En este enfoque queda implícito el derecho de hombres y de mujeres a recibir información clara y completa sobre planificación familiar, así como acceso y disponibilidad oportuna a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y aceptables, como a recibir servicios adecuados de atención de la salud que les permitan embarazos y partos sin riesgos.^{13,14} Con el cumplimiento de estas acciones, se estaría avanzando para alcanzar una de las metas específicas en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo 3) al 2030, que es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva. Para seguir encaminando estas acciones es necesario visualizar la situación de salud sexual y reproductiva a través del monitoreo constante de indicadores pertinentes.¹⁵

El momento del inicio de la actividad sexual determina la exposición al riesgo que tienen las personas de embarazarse o de adquirir infecciones de transmisión sexual cuando se tienen prácticas sexuales desprotegidas.¹⁶ Este comportamiento conlleva una serie de riesgos como embarazos no deseados o no planeados, y éstos a su vez exponen a las mujeres a diversas situaciones de vulnerabilidad social. Los resultados de la Ensanut 2018-19 señalan que del total de adultos entrevistados, 91.4% ha iniciado vida sexual,^a 92.2% hombres y 90.7% mujeres. Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual destaca el porcentaje mayor de mujeres respecto a los hombres que reportaron no haber utilizado ninguna protección anticonceptiva (41.3% hombres y 54.4% mujeres). De los que mencionaron haber usado algún método anticonceptivo en su inicio sexual, los hombres tuvieron un porcentaje de uso mayor que las mujeres. El método anticonceptivo más utilizado fue el condón masculino (55.6% hombres y 40.8% mujeres), cifras mayores a las obtenidas en la Ensanut 2012 (45.1% hombres y 27.4% mujeres) (cuadro 5.8.1).

El uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual sigue una tendencia similar^b a la de la primera pero con algunas variaciones en los porcentajes de uso, de tal manera que el porcentaje de hombres y mujeres que no utilizaron

■ Cuadro 5.8.1

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. México, Ensanut 2018-19

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	5 892.1	72.1	69,8,74.4	4 004.7	53.4	51,2,55.6	2 679.9	38.5	36,3,40.8	12 576.8	55.6	54,2,57.0
Hormonales*	189.8	2.3	1,8,3.0	98.3	1.3	1,0,1.8	89.3	1.3	1,0,1.7	377.4	1.7	1,4,2.0
Otro [†]	50.3	0.6	0,4,0.9	97.9	1.3	0,9,1.9	72.3	1.0	0,7,1.5	220.5	1.0	0,8,1.2
Nada	2 055.2	25.2	23,0,27.5	3 255.7	43.4	41,2,45.7	4 029.5	58.0	55,7,60.2	9 340.4	41.3	39,9,42.7
Mujeres												
Condón masculino	5 153.3	59.3	57,1,61.4	3 735.1	41.5	39,4,43.6	1 824.1	21.4	19,5,23.3	10 712.5	40.8	39,5,42.1
Hormonales*	436.8	5.0	4,1,6.2	225.2	2.5	2,0,3.0	299.1	3.5	2,9,4.2	961.1	3.7	3,2,4.1
Otro [†]	134.2	1.5	1,1,2.2	115.5	1.3	0,9,1.8	158.9	1.9	1,4,2.5	408.6	1.6	1,3,1.9
Nada	3 095.6	35.6	33,5,37.7	4 936.5	54.8	52,7,56.9	6 227.9	73.0	70,9,74.9	14 260.0	54.4	53,0,55.6

*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

Fuente: Ensanut 2018-19

^a En esta cifra no se consideraron las personas que declararon haberse iniciado sexualmente antes de los siete años de edad.

^b En el presente apartado se considera "similar" cuando los intervalos de confianza al 95% se traslapan.

ningún método disminuyó respecto a la primera relación sexual, sobre todo en las mujeres (34.9% en hombres y 37.5% en mujeres). El método anticonceptivo más utilizado en la última relación sexual fue el condón masculino (44.5% hombres, y 30.8% mujeres) (cuadro 5.8.2), cifras mayores a las reportadas en la Ensanut 2012 (37.9% hombres y 22.8% mujeres).

En cuanto a las consultas médicas recibidas por infecciones de transmisión sexual, se encontró que del total de adultos de 20 a 49 años de edad que iniciaron vida sexual, 4.6% reportó haber recibido atención por esta causa en los últimos 12 meses. Los hallazgos mostraron que un porcentaje menor de hombres (1.8%) respecto a las mujeres (7.1%) recibieron consultas médicas (cuadro 5.8.3). Estos resultados son mayores a los reportados para el total de la población en la Ensanut 2012 (2.4%).

La información referente a la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) indica que 34.7% de los adultos de 20 a 49 años de edad se realizó esta prueba alguna vez en la vida. De estos, 94.0% dijo conocer el resultado (cuadro 5.8.4). Cabe mencionar que tanto el asesoramiento como la realización de pruebas

■ Cuadro 5.8.2

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. México, Ensanut 2018-19

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	5 038.7	61.7	59,3,64.0	3 044.5	40.6	38,2,43.1	1 985.3	28.6	26,4,30.8	10 068.5	44.5	43,0,46.0
Hormonales*	685.7	8.4	7,2,9.7	511.9	6.8	5,8,8.1	211.9	3.0	2,5,3,7	1 409.4	6.2	5,6,6,9
Dispositivo intrauterino	412.8	5.1	4,1,6,1	414.3	5.5	4,6,6,6	298.8	4.3	3,5,5,3	1 125.8	5.0	4,4,5,6
Oclusión tubaria bilateral/ Vasectomía	171.3	2.1	1,6,2,8	808.6	10.8	9,4,12,3	1 421.1	20.4	18,6,22,5	2 401.0	10.6	9,8,11,5
Otro†	122.4	1.5	1,1,2,0	162.5	2.2	1,6,2,9	128.9	1.9	1,3,2,7	413.7	1.8	1,5,2,2
Nada	2 051.6	25.1	23,0,27,4	2 807.8	37.5	35,3,39,7	3 042.7	43.8	41,5,46,1	7 902.1	34.9	33,6,36,3
Mujeres												
Condón masculino	3 797.3	43.7	41,2,46,2	2 572.3	28.6	26,7,30,5	1 699.3	19.9	18,2,21,8	8 069.0	30.8	29,5,32,1
Hormonales*	1 145.3	13.2	11,8,14,7	758.3	8.4	7,5,9,4	282.1	3.3	2,7,4,0	2 185.7	8.3	7,7,9,0
Dispositivo intrauterino	765.2	8.8	7,6,10,2	727.2	8.1	7,0,9,4	377.5	4.4	3,6,5,5	1 870.0	7.1	6,5,7,8
Oclusión tubaria bilateral/ vasectomía	411.6	4.7	3,9,5,8	1 830.7	20.3	18,8,22,0	2 498.2	29.3	27,1,31,5	4 740.6	18.1	17,0,19,2
Otro†	167.5	1.9	1,4,2,6	209.7	2.3	1,8,3,0	238.0	2.8	2,2,3,6	615.2	2.3	2,0,2,7
Nada	2 876.0	33.1	31,0,35,2	3 290.6	36.5	34,7,38,5	3 663.1	42.9	40,7,45,2	9 829.7	37.5	36,2,38,7

*Incluye pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

†Incluye condón femenino, óvulos, ritmo, retiro y otros

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.3

Distribución porcentual de adultos de 20 a 49 años de edad con inicio de vida sexual con reporte de consulta médica en los últimos 12 meses para atender o recibir tratamiento por infecciones de transmisión sexual por sexo. México, Ensanut 2018-19

Consulta médica	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	413.8	1.8	1.5,2.2	1 852.2	7.1	6.4,7.8	2 266.0	4.6	4.2,5.1
No	22 058.9	97.5	97.1,97.9	24 286.8	92.6	91.8,93.2	46 345.6	94.9	94.4,95.3
No responde	142.5	0.6	0.5,0.8	97.7	0.4	0.3,0.5	240.2	0.5	0.4,0.6
Total	22 615.1	100		26 236.7	100		48 851.9	100	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.4

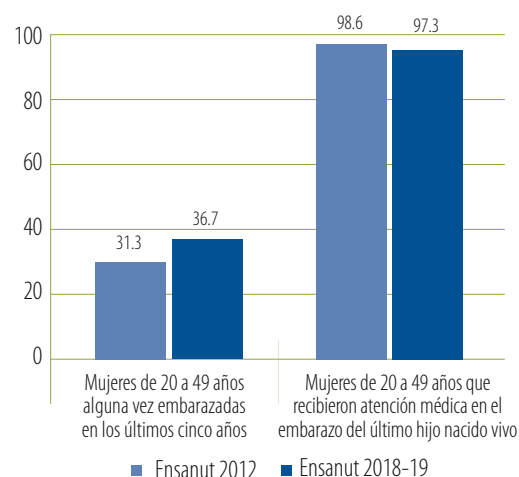
Porcentaje de adultos de 20 a 49 años de edad que han tenido relaciones sexuales y se han realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida y conocen el resultado. México, Ensanut 2018-19

Se ha realizado la prueba de VIH	Prueba de VIH			Conoce el resultado de la prueba de VIH		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	16 947.3	34.7	33.7,35.6	15 938.4	94.0	93.3,94.7
No	31 620.4	64.7	63.8,65.7	995.1	5.9	5.2,6.6
No responde	284.1	0.6	0.5,0.7	13.8	0.1	0.0,0.2
Total	48 851.9	100		16 947.3	100	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 5.8.1

Proporción de mujeres de 20 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en los últimos 5 años y atención médica en el embarazo del último hijo. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

del VIH son una oportunidad para que la población dé la debida importancia a los temas relacionados con su conducta sexual, incluida la prevención de otras ITS.

Con respecto a la salud reproductiva, en la Ensanut 2018-19 se obtuvo que 36.9% de las mujeres de 20 a 49 años señaló alguna vez haber estado embarazada en los últimos cinco años, mientras que en la Ensanut 2012 fue de 31.3%. Por otra parte 3.5% de las mujeres de este grupo de edad reportaron haber estado embarazadas al momento de la encuesta, cifra que en Ensanut 2012 fue de 1.6%. Respecto a la atención prenatal del embarazo del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, 97.3% de las mujeres recibió atención médica porcentaje similar al reportado en la Ensanut 2012 (98.6%) (figura 5.8.1).

De acuerdo con la NOM007, el número de visitas prenatales recomendadas durante el embarazo es de al menos cinco revisiones, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.¹⁷ En relación con esto, los resultados muestran que 88.8% de las mujeres con último hijo nacido vivo en los últimos cinco años recibieron al menos cinco revisiones durante el embarazo (cuadro 5.8.5). A su vez, la atención oportuna del embarazo debe comenzar en el primer trimestre, y

es otra de las acciones requeridas para monitorear la evolución favorable de la gestación y detectar a tiempo posibles complicaciones.¹⁸ Los hallazgos obtenidos en 2018 muestran que 86.4% de las mujeres recibió esta atención (cuadro 5.8.6). Los resultados anteriores evidencian el riesgo al que una parte de las mujeres están expuestas y que pueden poner en riesgo la salud del binomio madre-hijo. En este sentido, es necesario que los servicios de salud busquen las estrategias pertinentes para tener una mayor cobertura de mujeres embarazadas.

■ Cuadro 5.8.5

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo 5 años antes de la encuesta por número de revisiones prenatales. México, Ensanut 2018-19

Número de revisiones prenatales	N (miles)	%	IC95%
Nunca	71.4	0.9	0,6,1,5
De 1 a 2	167.5	2.2	1,6,2,9
De 3 a 4	492.6	6.4	5,5,7,5
5 y más	6 829.7	88.8	87,3,90,1
No recuerda	134.2	1.7	1,2,2,4
Total	7 695.4	100.0	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

Como parte de la atención prenatal básica, las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de ácido fólico durante el embarazo, son primordiales para dar seguimiento a la salud de las embarazadas. Los resultados de estas pruebas se presentan en el cuadro 5.8.7, donde se muestra que de las mujeres de 20 a 49

■ Cuadro 5.8.6

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta con inicio de atención prenatal en el primer trimestre del embarazo. México, Ensanut 2018-19

Atención prenatal primer trimestre del embarazo	N (miles)	%	IC95%
Sí	6 468.8	86.4	84,8,87,8
No	996.9	13.3	11,9,14,8
No recuerda/No responde	24.1	0.3	0,2,0,6
Total	7 489.7	100.0	

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

Acciones realizadas durante el embarazo	Prueba de detección de sífilis			Prueba de detección de VIH			Prescripción de ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	4 679.9	62.5	60,2,64,7	5 826.3	77.8	75,9,79,6	7 365.1	98.3	97,5,98,9
No	2 252.1	30.1	28,0,32,3	1 424.5	19.0	17,3,20,8	122.8	1.6	1,1,2,5
No responde	557.7	7.4	6,4,8,7	238.9	3.2	2,4,4,2	1.8	0.0	0,0,0,1
Total	7 489.7			7 489.7			7 489.7		

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.7

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por prueba de detección de sífilis, de VIH y prescripción de ácido fólico durante el embarazo. México, Ensanut 2018-19

años de edad que tuvieron un embarazo en los últimos cinco años y recibieron atención prenatal, a 62.5% se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 77.8% la prueba de VIH, y a 98.3% se les prescribió ácido fólico. Al comparar las cifras actuales con las de Ensanut 2012 se observa una mayor realización de las pruebas de detección de sífilis (39.9%) y de VIH (50.1%) y una prescripción similar de ácido fólico (97.6%). Respecto a los principales lugares donde se realizó la prueba de VIH durante el embarazo, el reporte de las mujeres muestra que fue realizada principalmente en el IMSS (88.2%), en otros centros de seguridad social (Pemex, Sedena, Semar) (81.6%), en centros de salud y hospitales de la SS (77.8%) y en ISSSTE/ISSSTE Estatal (77.7%) (cuadro 5.8.8).

■ Cuadro 5.8.8

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta que se realizaron la prueba de detección de VIH por lugar de atención del embarazo. México, Ensanut 2018-19

Lugar de atención	N (miles)	%	IC95%
IMSS	1 425.1	88.2	84.7,90.9
IMSS Oportunidades	70.7	65.5	49.3,78.8
ISSSTE/ISSSTE Estatal	156.8	77.7	63.3,87.6
Otros centros de seguridad social*	25.8	81.6	49.4,95.3
Centro de salud/hospital de la SS (Seguro Popular)	2 886.4	77.8	75.1,80.3
Consultorio, clínica u hospital privado	1 175.2	70.8	66.0,75.2
Otro [†]	86.3	54.0	39.0,68.3
Total	5 826.3	77.8	75.9,79.6

*Incluye Pemex, Sedena y Semar

[†]Incluye consultorios dependientes de farmacias, casa de la partera/entrevistada y otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.9

Tasas específicas de fecundidad de mujeres de 20 a 44 años de edad en 2017. México, Ensanut 2018-19

Grupos de edad	Tasa por mil
20-24	100.0
25-29	113.9
30-34	66.2
35-39	41.2
40-44	12.2

Fuente: Ensanut 2018-19

En relación con la fecundidad de las mujeres de 20 a 44 años de edad, los resultados obtenidos en 2017 muestran que hubo una disminución importante a partir del grupo de edad de 25 a 29 años (cuadro 5.8.9).

Respecto a la atención del parto de las mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, en el país, 94.8% fueron atendidas por médico, 2.2% por partera profesional técnica, promotor, auxiliar o asistente de salud, y otro personal de salud y 1.7% por partera tradicional (cuadro 5.8.10). Por entidad federativa, se observan 15 estados en donde la totalidad de los partos fueron atendidos por personal de salud (Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala y Zacatecas), en contraste, Chiapas es la entidad con el menor porcentaje (82.6%) (cuadro 5.8.11).

En relación con la resolución de los partos, se obtuvo que 51.2% fueron vía vaginal, 26.1% cesáreas por urgencia y 22.7% cesáreas programadas. En la Ensanut

■ Cuadro 5.8.10

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por personal que le brindó la atención en el último parto. México, Ensanut 2018-19

Persona que atendió el parto	N (miles)	%	IC95%
Médico	7 418.3	94.8	93.7,95.7
Enfermera(o)	80.6	1.0	0.7,1.6
Partera tradicional, empírica	136.7	1.7	1.2,2.5
Otro personal de salud*	170.9	2.2	1.7,2.8
Nadie	9.2	0.1	0.0,0.3
No recuerda	10.7	0.1	0.1,0.3
Total	7 826.4	100.0	

*Incluye partera profesional técnica, promotor, auxiliar o asistente de salud, y otro personal de salud

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.11

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta atendidas por personal de salud* en el último parto por entidad federativa. México, Ensanut 2018-19

Entidad federativa	N (miles)	%	IC95%
Aguascalientes	88.1	100.0	
Baja California	170.5	100.0	
Baja California Sur	49.5	100.0	
Campeche	62.6	98.5	95.1,99.5
Coahuila	169.6	99.5	96.8,99.9
Colima	42.5	99.7	97.7,100.0
Chiapas	328.1	82.6	75.1,88.3
Chihuahua	237.4	100.0	
Ciudad de México	427.9	100.0	
Durango	129.4	99.0	93.6,99.9
Guanajuato	455.2	100.0	
Guerrero	287.4	95.2	89.8,97.9
Hidalgo	165.6	96.9	90.7,99.0
Jalisco	619.1	100.0	
México	903.4	98.4	89.8,99.8
Michoacán	286.4	97.0	93.2,98.7
Morelos	118.0	100.0	
Nayarit	79.5	97.0	87.3,99.3

Continúa

Continuación

Nuevo León	314.2	99.0	93.0,99.9
Oaxaca	281.1	99.0	96.1,99.8
Puebla	481.1	100.0	
Querétaro	130.1	100.0	
Quintana Roo	93.3	96.4	91.9,98.4
San Luis Potosí	182.7	100.0	
Sinaloa	185.0	100.0	
Sonora	147.9	100.0	
Tabasco	146.2	94.4	88.8,97.3
Tamaulipas	189.3	99.3	95.6,99.9
Tlaxcala	63.0	100.0	
Veracruz	572.7	97.0	92.0,98.9
Yucatán	138.0	98.5	90.0,99.8
Zacatecas	124.9	100.0	
Total	7 669.9	98.0	97.3,98.5

*Incluye médico, enfermera, partera profesional técnica, promotor, auxiliar o asistente de salud y otro personal de salud excluyendo parteras tradicionales o empíricas

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

2012 estas cifras fueron 53.9% vía vaginal, 25.7% cesáreas por urgencia y 20.5% cesáreas programadas (cuadro 5.8.12). El porcentaje de nacimientos por cesáreas reportado para 2018 (48.8%) tiene una tendencia creciente respecto a las encuestas de salud anteriores (figura 5.8.2), y se ubica por encima del valor recomendado

■ Cuadro 5.8.12

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por tipo de parto y grupos de edad. México, Ensanut 2018-19

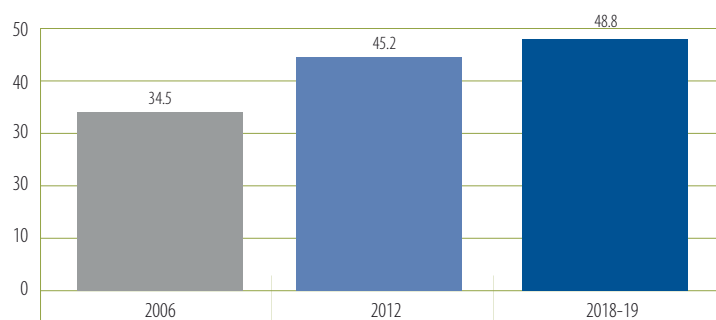
Grupo de edad	Normal (vaginal)			Cesárea por urgencia			Cesárea programada			Total	
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%
20-24	1 098.0	55.5	50.9,60.1	583.5	29.5	25.2,34.3	295.3	14.9	11.9,18.6	1 976.7	100.0
25-29	1 175.3	52.1	48.0,56.3	616.2	27.3	23.7,31.4	463.0	20.5	17.5,24.0	2 254.5	100.0
30-34	893.6	50.2	46.0,54.5	437.2	24.6	21.1,28.5	447.7	25.2	21.7,29.0	1 778.5	100.0
35-39	550.0	47.1	41.4,52.9	240.6	20.6	16.8,25.1	376.6	32.3	26.9,38.1	1 167.2	100.0
40-49	221.2	42.7	35.3,50.4	130.7	25.2	18.8,33.0	166.6	32.1	25.5,39.6	518.5	100.0
Total	3 938.0	51.2	48.9,53.4	2 008.3	26.1	24.1,28.2	1 749.1	22.7	20.9,24.7	7 695.4	100.0

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

Figura 5.8.2

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad con último parto por cesárea. México, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

por la Organización Mundial de la Salud (10 y 15% de cesáreas necesarias),¹⁷ y por los límites establecidos en la Norma Oficial Mexicana 007 (máximo de 15% en hospitales de 2o nivel de atención y de 20% en los del 3er nivel).¹⁸ De acuerdo con lo anterior, esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro.

En cuanto a la resolución del parto por institución, se observa que en las que más se atendieron partos por cesárea son las instituciones privadas (74.4%), ISSSTE/ISSSTE Estatal (60.8%) e IMSS/IMSS *Prospera* (48.9%). Destaca que tanto en las instituciones privadas como en el ISSSTE/ISSSTE Estatal fue mayor la proporción de mujeres que reportaron cesáreas programadas, en cambio en el IMSS/IMSS *Prospera* se da la situación contraria (cuadro 5.8.13). Es importante

Cuadro 5.8.13

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por tipo de parto y lugar de atención del parto. México, Ensanut 2018-19

Lugar de atención	Normal (vaginal)			Cesárea por urgencia			Cesárea programada			Total	
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%
IMSS/IMSS <i>Prospera</i>	907.2	51.0	46.6,55.4	564.7	31.7	27.5,36.3	306.7	17.2	14.3,20.7	1 778.6	100.0
ISSSTE/ISSSTE Estatal	94.5	39.2	27.7,52.0	58.3	24.2	14.6,37.2	88.4	36.6	25.9,48.9	241.2	100.0
Otros centros de seguridad social*	23.3	72.2	43.0,89.9	4.3	13.3	4.0,36.0	4.7	14.5	2.9,49.0	32.3	100.0
Centro de salud/hospital de la SS (Seguro Popular)	2 236.1	59.7	56.7,62.7	937.0	25.0	22.5,27.7	569.9	15.2	13.1,17.6	3 743.0	100.0
Consultorio, clínica u hospital privado	405.5	25.5	20.9,30.8	424.9	26.7	22.4,31.6	758.5	47.7	42.5,53.0	1 588.9	100.0
Otro†	271.3	87.2	80.1,92.0	19.0	6.1	3.2,11.4	21.0	6.7	3.4,12.9	311.3	100.0
Total	3 938.0	51.2	48.9,53.4	2 008.3	26.1	24.1,28.2	1 749.1	22.7	20.9,24.6	7 695.4	100.0

*Incluye Pemex, Sedena y Semar

†Incluye consultorios dependientes de farmacias, casa de la partera/entrevistada y otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

efectuar una revisión exhaustiva del diagnóstico prequirúrgico para la realización de las cesáreas y evitar con ello cesáreas innecesarias.¹⁹

La planificación familiar se reconoce como una intervención que permite disminuir las tasas de mortalidad materno-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas al decidir libremente el número de hijos que desean tener. Dentro de las estrategias que el sector salud ha puesto en marcha para disminuir la mortalidad materna, destaca la anticoncepción posterior a un evento obstétrico. En relación con esto, los datos muestran que a 63.2% de las mujeres de 20 a 49 años de edad, que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años se le dio anticonceptivo en el posparto inmediato, porcentaje mayor a lo reportado en la Ensanut 2012 (57.6%). A pesar de que se observa un incremento en anticoncepción posparto en los últimos seis años, este resultado está por debajo de las metas del programa de acción específico de planificación familiar, en el que se establece una cobertura de 70%.²⁰

Respecto al tipo de método anticonceptivo otorgado en el posparto inmediato, las mujeres de 20 a 49 años reportaron haber recibido principalmente dispositivo intrauterino (39.6%), oclusión tubaria bilateral/vasectomía (34.1%) y hormonales (17.7%) (cuadro 5.8.14). Estas cifras contrastan con los resultados de la Ensanut 2012 en donde el principal método proporcionado fue la oclusión tubaria bilateral/vasectomía (47.6%). Es importante que el método proporcionado antes del egreso hospitalario garantice el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y del hijo. Por tipo de institución, el otorgamiento del método en el anticonceptivo en el posparto inmediato se dio principalmente en IMSS/IMSS *Prospera* (79.2%), Pemex, Sedena y Semar (69.3%) y centros de salud y hospitales de la SS (69.0%) (cuadro 5.8.15).

■ Cuadro 5.8.14

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta por método anticonceptivo otorgado en el posparto inmediato. México, Ensanut 2018-19

Método anticonceptivo	N (miles)	%	IC95%
Condón	248.9	5.1	4.0,6.5
Hormonales*	862.5	17.7	15.8,19.9
Dispositivo intrauterino	1 923.5	39.6	36.8,42.4
Oclusión tubaria bilateral/Vasectomía	1 656.6	34.1	31.4,36.8
Otro [†]	33.1	0.7	0.3,1.8
No recuerda	137.5	2.8	2.0,4.0
Total	4 862.0	100.0	

*Incluye pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

[†]Incluye condón femenino, óvulos, ritmo, retiro y otros

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

Lugar de atención del parto	N (miles)	%	IC95%
IMSS/IMSS <i>Prospera</i>	1 408.2	79.2	75.4,82.5
ISSSTE/ISSSTE Estatal	129.2	53.5	41.0,65.7
Otros centros de seguridad social*	22.4	69.3	40.4,88.3
Centro de salud/hospital de la SS (Seguro Popular)	2 582.8	69.0	65.8,72.0
Consultorio, clínica u hospital privado	651.5	41.0	35.9,46.3
Otro [†]	67.9	21.8	15.6,29.6
Total	4 862.0	63.2	60.9,65.4

*Incluye Pemex, Sedena y Semar

[†]Incluye consultorios dependientes de farmacias, casa de la partera/entrevistada y otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.8.15

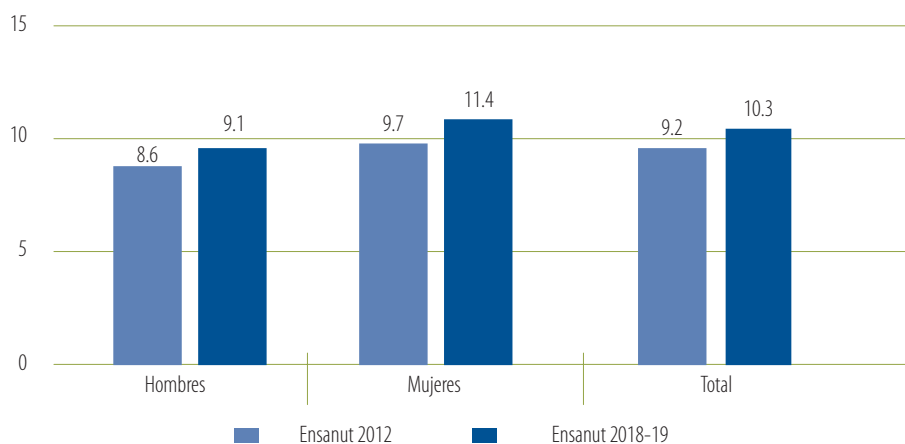
Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta con método anticonceptivo otorgado en el posparto inmediato por lugar de atención del parto. México, Ensanut 2018-19

5.9 Diagnóstico previo de diabetes

La prevalencia en 2018 de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos en el país fue de 10.3%, siendo mayor en mujeres (11.4%) que en hombres (9.1%) y mayor a la reportada en la Ensanut 2012 (9.2, 9.7 y 8.6%, respectivamente) (figura 5.9.1). En hombres y mujeres se observó un incremento de la prevalencia de diabetes conforme aumenta la edad, siendo el grupo de 60 años y más el de la mayor prevalencia en los hombres y en las mujeres (cuadro 5.9.1).

■ Figura 5.9.1

Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo por sexo en adultos de 20 años o más. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 5.9.1

Porcentaje de adultos que reportan haber recibido diagnóstico médico previo de diabetes. México, Ensanut 2018-19

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	267.3	1.6	1.3,1.9	403.4	2.0	1.7,2.4	670.7	1.8	1.6,2.1
40-59 años	1 559.9	11.7	10.5,12.9	2 237.0	13.8	12.7,14.9	3 796.9	12.8	12.1,13.6
60 años y más	1 576.4	22.4	20.6,24.4	2 498.0	27.1	25.3,29.0	4 075.2	25.1	23.8,26.4
Total	3 403.6	9.1	8.5,9.7	5 139.0	11.4	10.8,12.0	8 542.0	10.3	9.9,10.7

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

La prevalencia total de diabetes, que incluye la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo más la prevalencia de diabetes por hallazgo durante la encuesta, será reportada una vez que se cuente con el análisis de laboratorio de los sueros obtenidos de los participantes.

El 86.9% de los adultos con diagnóstico médico previo de diabetes en el país, siguen algún tratamiento farmacológico, siendo los hipoglucemiantes orales los más frecuentes (67.1%). El 19.9% de los adultos que viven con diabetes reportaron que se les realizó al menos una determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses. Observándose una ligera diferencia por sexo, donde las mujeres (20.1%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (19.5%). Esta medición para el control de la enfermedad, se observó en mayor medida en el grupo de 40 a 59 años (21.4%) en los hombres, mientras que una quinta parte de las mujeres en cada grupo de edad se realizaron esta prueba (cuadro 5.9.2).

■ Cuadro 5.9.2

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó al menos 1 determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses. México, Ensanut 2018-19

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	52.8	19.7	12.8,29.2	82.6	20.7	14.4,28.8	135.4	20.3	15.4,26.3
40-59 años	333.3	21.4	17.5,26.0	451.2	20.2	17.0,23.8	784.5	20.7	18.1,23.5
60 años y más	276.0	17.5	14.4,21.2	496.8	20.0	17.0,23.3	772.8	19.0	16.8,21.5
Total	662.1	19.5	17.0,22.2	1 030.0	20.1	18.0,22.4	1 692.8	19.9	18.2,21.7

IC: Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut 2018-19

A 13.3% de los adultos que viven con diabetes en el país, se les realizó al menos una prueba de microalbuminuria en el año previo, ligeramente menor en hombres (11.7%) que en mujeres (14.4%) (cuadro 5.9.3). Proporción superior a lo observado en la Ensanut 2012 (4.8%). No obstante, es evidente que el porcentaje de la población con diabetes que se realiza esta prueba es muy bajo en ambos sexos.

Sexo	No			Sí		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres	2 999.2	88.3	86.2,90.1	397.6	11.7	9.9,13.8
Mujeres	4 382.0	85.6	83.5,87.5	736.9	14.4	12.5,16.5
Total	7 382.0	86.7	85.1,88.1	1 134.5	13.3	11.9,14.9

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.9.3

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó al menos 1 determinación de microalbuminuria en los últimos 12 meses. México, Ensanut 2018-19

A 26.3% de la población de 20 años o más de edad con diagnóstico médico previo de diabetes, se le realizó al menos una revisión de pies en los últimos 12 meses, 27% en los hombres y 25.8% en las mujeres. El porcentaje de la revisión de pies más alto en las mujeres y en los hombres fue en el grupo de 60 años y más (29.6 y 30.3%, respectivamente) (cuadro 5.9.4). Lo anterior muestra que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue bajo en todos los grupos de edad, en ambos sexos.

■ Cuadro 5.9.4

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico de diabetes a quienes se les realizó revisión de pies en los últimos 12 meses. México, Ensanut 2018-19

Nacional	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	40.2	15.1	8.9,24.3	79.3	19.7	13.1,28.3	119.5	17.8	13.0,24.0
40-59 años	401.0	25.7	21.0,31.0	504.5	22.6	19.3,26.1	905.5	23.8	21.1,26.8
60 años y más	477.5	30.3	25.7,35.3	740.9	29.6	26.1,33.5	1 218.3	29.9	27.0,32.9
Total	918.7	27.0	23.9,30.4	1 324.6	25.8	23.5,28.2	2 243.3	26.3	24.4,28.3

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

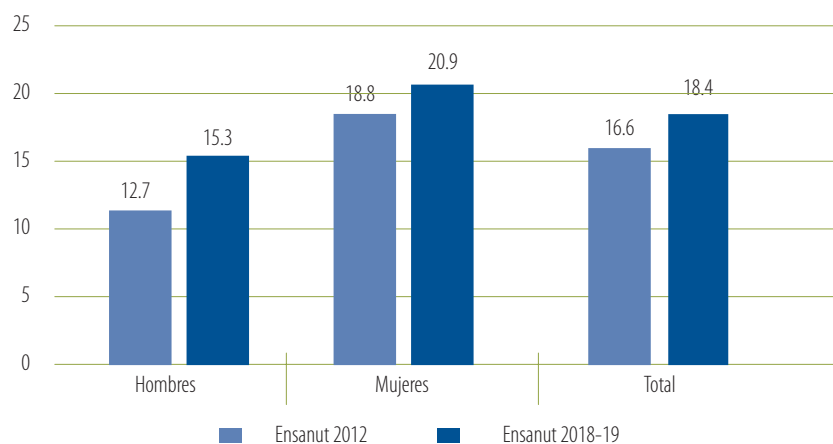
5.10 Diagnóstico previo de hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en la población de 20 años y más fue de 18.4%: 20.9% en mujeres y 15.3% en hombres, ligeramente mayor a la observada en la Ensanut 2012 (16.6, 18.8 y 12.7%, respectivamente) (figura 5.10.1).

En todos los grupos de edad la prevalencia fue mayor en mujeres que en hombres. En ambos sexos se observó un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo a partir de los 40 años, con un incremento relativo de 208.7% en mujeres (22.9 a 47.8%) y de 208.3% en hombres (16.9 a 35.2%) del grupo de 40 a 59 años de edad en comparación con el grupo de 60 años y más (cuadro 5.10.1).

■ **Figura 5.10.1**

Prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo por sexo en adultos de 20 años o más. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Cuadro 5.10.1**

Porcentaje de adultos con diagnóstico médico previo de hipertensión arterial. México, Ensanut 2018-19

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20-39 años	1 013.1	5.9	5.2,6.8	1 334.2	6.8	6.1,7.5	2 347.3	6.4	5.8,6.9
40-59 años	2 268.4	16.9	15.6,18.3	3 719.4	22.9	21.5,24.3	5 987.8	20.2	19.2,21.2
60 años y más	2 474.9	35.2	32.9,37.6	4 406.8	47.8	45.6,50.1	6 881.7	42.4	40.8,44.0
Total	5 756.3	15.3	14.6,16.1	9 460.5	20.9	20.1,21.8	15 216.8	18.4	17.8,19.0

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

De los adultos con diagnóstico previo de hipertensión, 70.7% del total, 65.8% de los hombres y 73.7 de las mujeres, están bajo tratamiento farmacológico; y a 13.2% del total, 15.7% de los hombres y 11.7% de las mujeres, no le tomaron la tensión arterial en los últimos 12 meses.

5.11 Diagnóstico previo de hipercolesterolemia

El 51.5% de la población adulta refirió haberse realizado en alguna ocasión una prueba de determinación de colesterol, 55% de las mujeres y 47.4% de los hombres. De esta población, 69.6% reportó haber tenido un resultado de colesterol normal y 30.4% un resultado elevado. El reporte de un resultado de colesterol elevado fue menor en la población de 20 a 39 años (19.5%). Al estratificar por sexo, se observaron niveles semejantes de colesterol en el grupo de 20 a 39 años (20.8% en hombres y 18.6% en mujeres) y en el de 40 a 59 años (34% en hombres y 35.1% en mujeres) y en el de 60 a 59 años (34% en hombres y 35.1% en mujeres) (cuadro 5.11.1).

Grupo de edad	Alto			Normal		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres						
20 a 39	1 295	20.8	18,8,23	4 931	79.2	77,81.2
40 a 59	2 499	34	31,9,36.3	4 841	66	63,7,68.1
60 y mas	1 377	33.4	30,3,36.5	2 749	66.6	63,5,69.7
Total	5 171	29.2	27,9,30.6	12 521	70.8	69,4,72.1
Mujeres						
20 a 39	1 557	18.6	16,8,20.4	6 832	81.4	79,6,83.2
40 a 59	3 588	35.1	33,1,37.2	6 624	64.9	62,8,66.9
60 y mas	2 576	42.1	39,5,44.8	3 543	57.9	55,2,60.5
Total	7 720	31.2	29,9,32.5	16 999	68.8	67,5,70.1
TOTAL						
20 a 39	2 852	19.5	18,2,20.9	11 763	80.5	79,1,81.8
40 a 59	6 087	34.7	33,2,36.2	11 465	65.3	63,8,66.8
60 y mas	3 953	38.6	36,6,40.6	6 292	61.4	59,4,63.4
Total	12 891	30.4	29,4,31.4	29 520	69.6	68,6,70.6

IC: Intervalo de confianza
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.11.1

Porcentaje de adultos que reportan colesterol alto, a partir de 1 medición de colesterol. México, Ensanut 2018-19

■ Cuadro 5.12.1

Prevalencia de sintomatología depresiva en adultos, Nacional. México, Ensanut 2018-19

	Sintomatología depresiva Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	14 655.5	17.7	17.2,18.3
Sexo			
Hombre	4 615.6	12.3	11.6,13.0
Mujer	10 039.9	22.2	21.4,23.0
Tipo de localidad			
Urbana	11 186.2	17.2	16.5,17.8
Rural	3 469.3	19.8	18.8,20.8
Región			
Norte	2 886.9	16.9	16.0,17.8
Centro	5 218.3	18.0	17.0,19.0
Ciudad de México	1 903	16.7	14.6,19.0
Sur	4 647.3	18.4	17.6,19.3

Síntomatología depresiva ≥ 9 para adultos de 20 a 59 años y ≥ 5 para adultos ≥ 60 años

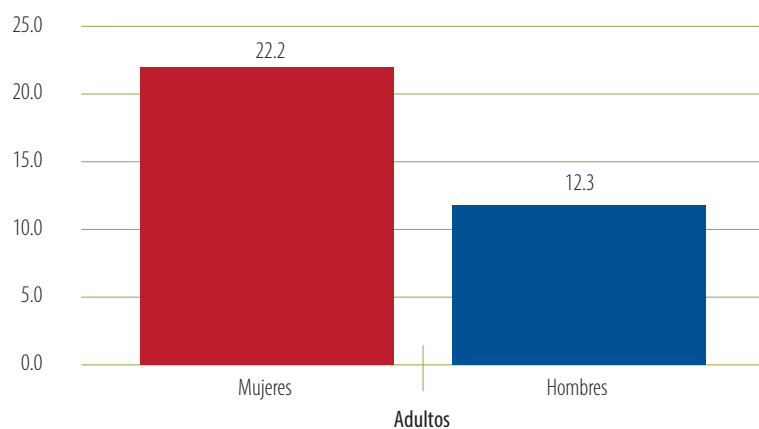
Fuente: Ensanut 2018-19

5.12 Sintomatología depresiva

En el cuadro 5.12.1 se muestra el porcentaje de adultos con un puntaje igual o mayor a nueve o cinco en la escala de sintomatología depresiva para los adultos de 20 a 59 años y ≥ 60 años, respectivamente.^{21,22} El 17.7% de los adultos mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa y es aproximadamente 1.8 veces más elevada en mujeres que en hombres (figura 5.12.1). Adicionalmente, la prevalencia de sintomatología depresiva es de 17.2 y de 19.8% en adultos residentes de áreas urbana y rural, respectivamente.

■ Figura 5.12.1

Prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres y hombres adultos, Nacional. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

5.13 Funcionamiento y discapacidad

El cuadro 5.13.1 presenta el porcentaje de adultos con dificultades severas de funcionamiento. A nivel nacional la prevalencia de dificultades severas del funcionamiento es de 8.1%, con mayor prevalencia en mujeres (8.9%) que en hombres (7.2%). En relación con el tipo de localidad y región de residencia no se observan diferencias significativas en la prevalencia de dificultades del funcionamiento.

■ Cuadro 5.13.1

Porcentajes de dificultades severas de funcionamiento para adultos. México, Ensanut 2018-19

	Vista Expansión			Audición Expansión			Caminar Expansión			Cognición Expansión			Autocuidado Expansión			Comunicación Expansión			Dificultad del funcionamiento en al menos un dominio Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 445.7	3.0	2,7,3,2	1 167.2	1.4	1,3,1,6	3 812.4	4.6	4,3,4,9	1 269.0	1.5	1,4,1,7	828.2	1.0	0,9,1,2	266.6	0.3	0,2,0,4	6 716.3	8.1	7,7,8,5
Sexo																					
Hombre	1 028.3	2.7	2,4,3,1	541.5	1.4	1,2,1,7	1 414.0	3.8	3,4,4,2	532.8	1.4	1,2,1,7	282.8	0.8	0,6,1,0	112.1	0.3	0,2,0,4	2 685.8	7.2	6,6,7,7
Mujer	1 417.4	3.1	2,8,3,5	625.7	1.4	1,2,1,6	2 398.4	5.3	4,9,5,8	736.1	1.6	1,4,1,9	545.4	1.2	1,0,1,5	154.5	0.3	0,2,0,5	4 030.5	8.9	8,4,9,5
Tipo de localidad																					
Urbana	1 829.2	2.8	2,5,3,1	847.0	1.3	1,1,1,5	2 929.7	4.5	4,1,4,9	1 012.0	1.6	1,3,1,8	646.3	1.0	0,8,1,2	195.5	0.3	0,2,0,4	5 137.5	7.9	7,4,8,4
Rural	616.5	3.5	3,1,4,0	320.2	1.8	1,6,2,1	882.8	5.0	4,5,5,6	256.9	1.5	1,2,1,8	181.9	1.0	0,8,1,4	71.1	0.4	0,2,0,7	1 578.8	9.0	8,3,9,7
Región																					
Norte	491.8	2.9	2,5,3,3	197.8	1.2	0,9,1,4	755.7	4.4	4,0,4,9	225.2	1.3	1,1,1,6	167.9	1.0	0,7,1,3	54.9	0.3	0,2,0,5	1 331.4	7.8	7,2,8,5
Centro	755.1	2.6	2,2,3,0	375.2	1.3	1,0,1,6	1 168.1	4.0	3,6,4,5	436.3	1.5	1,2,1,9	193.3	0.7	0,5,0,9	60.4	0.2	0,1,0,4	2 048.6	7.1	6,4,7,7
Ciudad de México	357.9	3.1	2,3,4,3	177.4	1.6	1,1,2,3	581.4	5.1	3,9,6,6	211.4	1.9	1,3,2,7	236.2	2.1	1,4,3,0	56.1	0.5	0,2,1,0	1 014.5	8.9	7,3,10,8
Sur	840.9	3.3	3,0,3,7	416.9	1.7	1,4,1,9	1 307.3	5.2	4,7,5,7	396.1	1.6	1,3,1,9	230.9	0.9	0,7,1,2	95.1	0.4	0,2,0,6	2 321.8	9.2	8,5,9,9

Fuente: Ensanut 2018-19

Conclusiones

Cerca de la mitad (47.5%) de los adultos entrevistados afirmaron tener la CNS o un documento probatorio de vacunación, sin embargo, al momento de la encuesta poco más de la décima parte estuvieron en posibilidad de mostrarla al personal de campo (11.6%); por lo que es necesario reforzar la importancia de disponer de CNS, así como acudir a las unidades de salud para la aplicación de vacunas.

La prevalencia estimada de coberturas a partir de personas que mostraron la cartilla de vacunación fue de 67.5 y 20.7% para Td y SR, respectivamente, con diferencia para vacuna SR entre hombres y mujeres.

En la Ensanut 2018-19, la proporción estimada de cobertura con vacuna SR fue menor (20.1%) a la documentada en Ensanut 2012 (49%). Los hombres tanto en Ensanut 2018-19 como en Ensanut 2012 tuvieron prevalencia de cobertura con SR menor que las mujeres. La proporción de vacunación de acuerdo con el autorreporte refuerza los resultados de menor cobertura especialmente con SR en 2018 respecto de 2012, encontrados mediante documento probatorio.

En cuanto a los programas preventivos, al comparar los datos reportados en la Ensanut 2012, sobre las pruebas de Papanicolaou, diabetes e hipertensión arterial, se observó un decremento en la proporción de la población que acudió a detección en el año previo al levantamiento de la Ensanut 2018-19, de 65.2, 64.6 y de 45.8%, respectivamente.

Los adultos mexicanos tienen una prevalencia de consumo de tabaco fumado de 17.9% y de cigarros electrónicos de 1.2%. Al igual que en otras encuestas nacionales y globales, estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel estatal y nacional, las autoridades locales deben observar que se trata de población económicamente activa que debe ser protegida conforme lo establece el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) y la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en México.^{23,24}

En México, 94.3% de la población adulta ha consumido por lo menos una copa de una bebida alcohólica en el último año con un patrón de consumo diario y mensual de 1.8 y 9.6% respectivamente. El consumo de alcohol de manera excesiva es de 43.6% en hombres y 23.5% en mujeres. Al igual que en otras encuestas nacionales y globales, estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel estatal y nacional, las autoridades locales deben observar que la población debe ser protegida conforme lo establece la Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol y la Ley General de Salud en México.^{25,26}

De los resultados nacionales sobre salud sexual de hombres y mujeres de 20 a 49 años de edad destaca que un considerable porcentaje de esta población no usó método anticonceptivo en la primera relación sexual, cifra que fue menor en la última relación sexual. En relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se observó un porcentaje bajo de realización de esta prueba alguna vez en la vida. Esto es preocupante ya que esta prueba, además de ser una oportunidad para recibir asesoramiento, muestra la importancia que las personas le dan a su comportamiento sexual, y a la prevención de ITS.

Respecto a la salud reproductiva, 36.9% de las mujeres de este grupo etario alguna vez han estado embarazadas en los últimos cinco años. También se observa una alta cobertura de atención prenatal calificada, sin embargo, la realización de pruebas de sífilis y VIH, que son básicas y primordiales en esta etapa, no se les realizó a todas las mujeres.

La atención del parto fue realizada principalmente por personal de salud calificado, y se ha mantenido así desde hace varios años. Cabe destacar que la resolución del parto ha cambiado y las cesáreas programadas son elevadas, situación que es necesario examinar a profundidad para evitar riesgos innecesarios en la salud de las mujeres.

Los resultados sobre anticoncepción posparto muestran que todavía hace falta una mayor promoción y cobertura en las mujeres de este grupo de edad antes

del egreso hospitalario, para evitar el riesgo de un embarazo no planeado o no deseado, y como consecuencia de posibles riesgos sociales y de salud.

En lo concerniente a las prevalencias de enfermedades crónicas en los adultos, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo subió un punto porcentual al comparar los resultados de la Ensanut 2012 (9.2%) y la Ensanut 2018-19 (10.3%): 86.9% de los adultos que viven con diabetes, lleva un tratamiento farmacológico para controlar esta enfermedad. La proporción de adultos a los que les realizan estudios de laboratorio en los últimos 12 meses, como hemoglobina glucosilada y microalbuminuria, que ayudan al control de la enfermedad, sigue siendo muy baja, 19.9 y 13.3%, respectivamente. Además, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo subió casi dos puntos porcentuales de la Ensanut 2012 (16.6%) a la Ensanut 2018-19 (18.4%). El 70.7% del total de adultos con hipertensión previamente diagnosticada están bajo tratamiento farmacológico. A 13.2% del total no le tomaron la tensión arterial en los últimos 12 meses. Finalmente, 51.5% de la población adulta refirió que se realizó una prueba de determinación de colesterol, de ellos, 69.6% reportó haber tenido un resultado de colesterol normal y 30.4% un resultado elevado.

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.²⁷ Por lo anterior es de suma importancia conocer las prevalencias poblacionales indicativas de depresión. La prevalencia de sintomatología depresiva, sugestiva de depresión moderada o severa, se presenta en el 17.7% de los adultos y es mayor entre mujeres.

Las dificultades en el funcionamiento, aunado a la ausencia de un entorno adaptado, pondría a estas personas en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Por lo anterior, es de suma importancia conocer las prevalencias de dificultades del funcionamiento. Con respecto a los adultos, el porcentaje de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito corresponde a 8.1%.

Referencias

1. Gutiérrez L, García L. Vacunación en el adulto mayor: perspectiva de curso de vida. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2015.
2. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2017. Ciudad de México: Censia, 2017 [citado enero, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017>
3. Gutiérrez LM, Caro E, Guerrero-Almeida MdL, Dehesa-Violante M, Rodríguez-Noriega E, García-Lara JM, et al. 1º Consenso Mexicano de Vacunación en el Adulto. *Gac Med Mex.* 2017;153(S1):5-70.

4. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
5. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2016. p. 43.
6. Vecino A, Jafri A, Hyder AA. Effective interventions for unintentional injuries: a systematic review and mortality impact assessment among the poorest billion. *Lancet Glob Health*. 2018;6(5):e523-e534.
7. Mock CN, Nugent R, Kobusingye O, Smith KR, editors. *Injury Prevention and Environmental Health*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. 303 p.
8. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2016. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2017.
9. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2017. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2018.
10. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Informe sobre la situación de la seguridad vial, México 2017. Ciudad de México: SS/STCONAPRA, 2018.
11. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud Sexual: Salud Sexual. OMS, 2015 [citado septiembre, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
12. Naciones Unidas. World population prospects: The 2012 Revision. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2012.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva. Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Consejo Ejecutivo, 113ª Reunión, 2003. Ginebra: OMS, 2003.
14. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México: SS, 2001.
15. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades. Nueva York: NU, 2015 [citado septiembre 13, 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
16. Welti C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles Poblac*. 2005;45(11):143-176.
17. Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-437.
18. Secretaría de Salud. 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. México: Diario Oficial de la Federación, 2016.
19. Aranda JC, Suárez L, DeMaria LM, Walker D. Indications for Cesarean Delivery in Mexico: Evaluation of Appropriate Use and Justification. *Birth*. 2017;44(1):78-85.
20. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Planificación familiar y anticoncepción, 2013-2018. México: SS, 2013 [citado septiembre 13, 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10047/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
21. Salinas A, Manrique B, Acosta I, Téllez M, Franco A, Gutiérrez RL, et 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):267-274.
22. Salinas-Rodríguez A, Marique-Espiroza B, Acosta-Castillo G, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex* 2014;56:279-85.
23. Organización Mundial de la Salud. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/
24. 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. México: INPRFM, 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/11ktpvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
25. Organización Mundial de la Salud. La Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
26. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud México. México: DOF, 1984. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
27. Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-1067.



NUTRICIÓN

Programas de ayuda alimentaria

Los programas de ayuda alimentaria forman parte de las estrategias gubernamentales para atender a las necesidades de la población, particularmente, para el abatimiento de la desnutrición que padecen con mayor frecuencia los grupos vulnerables.¹

Para conocer los beneficios que recibe la población de los programas sociales de ayuda alimentaria, 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 le solicitó información específica sobre los programas y beneficios que recibían.

La información obtenida se analizó mediante el cálculo de la proporción de las respuestas afirmativas de los entrevistados que contestaron que algún miembro del hogar recibe alguno de los programas.

Seguridad alimentaria

La Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) pertenece al grupo de las escalas de seguridad alimentaria basadas en la experiencia de los hogares y se integró por primera vez, en el año 2012, a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012), con el fin de contar con un indicador de inseguridad alimentaria, desde la dimensión de acceso a la alimentación en los hogares mexicanos.²

Asimismo, la ELCSA ha sido integrada a las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2012, 2016 y 2018-19, con

el fin de documentar cuáles son los estratos de población que están mayormente afectados por la inseguridad alimentaria y su relación con los problemas de salud y nutrición de mayor magnitud en el país.

La ELCSA consta de 15 preguntas con opciones de respuesta “sí” o “no”, dirigidas al jefe o jefa de familia o a la persona encargada de preparar los alimentos en el hogar. El periodo de referencia para las preguntas fueron los tres meses previos a la aplicación de la escala.³ La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas que se den a las preguntas que se integran y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años: seguridad alimentaria, inseguridad alimentaria leve, inseguridad alimentaria moderada e inseguridad alimentaria severa (cuadro A).

■ Cuadro A

Criteria utilizados para categorizar seguridad e inseguridad alimentaria

Categoría	Número de respuestas positivas	
	Hogares con integrantes menores de 18 años	Hogares sin integrantes menores de 18 años
Seguridad alimentaria	0	0
Inseguridad leve	1-5	1-3
Inseguridad moderada	6-10	4-6
Inseguridad severa	11-15	7-8

El cuadro B describe la dimensión que mide cada pregunta usada en la ELCSA. Los hogares que se clasificaron en la categoría de inseguridad alimentaria leve informan, en primera instancia, preocupación por el acceso a los alimentos, sacrificando la calidad de la dieta. Cuando los hogares se encontraron en inseguridad alimentaria moderada, además del sacrificio en calidad, refirieron restricciones en la cantidad de alimentos consumidos. Los hogares en inseguridad alimentaria severa, además de las vivencias anteriores, relataron experiencias de hambre en adultos y finalmente en niños.^{4,5}

■ Cuadro B

Dimensión que mide cada pregunta de la escala de seguridad alimentaria

Pregunta	Número de respuestas positivas	
	Dimensión que mide la pregunta	Categoría de inseguridad alimentaria
Preocupación porque los alimentos se acabaran	Preocupación	Inseguridad leve
Han dejado de tener una alimentación sana y variada	Calidad	
Algún adulto consumió una variedad limitada de alimentos	Calidad	
Menores han dejado de tener alimentación sana y variada	Calidad	
Niños consumen pocos tipos de alimentos	Calidad	
En el hogar se quedaron algún día sin comida	Cantidad	Inseguridad moderada
Algún adulto comió menos	Cantidad	
Menores comieron menos	Cantidad	
Niños disminuyen la cantidad de comida	Cantidad	
Algún adulto se quedó sin un tiempo de comida	Cantidad	
Menores quedan sin un tiempo de comida	Hambre	Inseguridad severa
Algún adulto pasó hambre	Hambre	
Algún adulto se pasó todo un día sin comer	Hambre	
Menores sintieron hambre	Hambre	
Menores pasaron un día sin comer	Hambre	

Estado de nutrición

Para llevar a cabo el análisis del estado nutricional se obtuvieron mediciones de peso y de talla en todas las edades (niños de dos años o más y adultos) o longitud (niños menores de dos años) realizadas por personal capacitado y estandarizado según procedimientos y protocolos convencionales.^{6,7}

a) Desnutrición

Para los menores de cinco años, el estado nutricional se evaluó mediante índices antropométricos contruidos a partir de las mediciones de peso, talla y edad.⁸ Los índices antropométricos fueron transformados a puntajes Z usando la norma de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006.⁹

Se clasificó con bajo peso, baja talla y emaciación a los niños cuyo puntaje Z fue menor a -2 en peso para edad, longitud o talla para edad y peso para longitud o talla, respectivamente.⁹ Se incluyeron como datos válidos los siguientes intervalos de valores por cada indicador antropométrico: entre -6.0 y +5.0 puntos Z del peso para la edad; entre -6.0 y +6.0 puntos Z de la talla para la edad y entre -5.0 y +5.0 puntos Z del peso para la talla, respecto de la media de la población de referencia antes mencionada. Cuando el puntaje Z de alguno de los indicadores se ubicó fuera del intervalo de valores aceptables, se eliminó la serie de puntajes Z de todos los indicadores para dicho individuo.

Estos mismos criterios de limpieza y clasificación se utilizaron para la información comparativa de la encuesta de 2012.

b) Sobrepeso y obesidad

Niños y adolescentes

Para toda la población preescolar (menor de cinco años), escolar (de 5 a 11 años) y adolescente (de 12 a 19 años) se calculó el puntaje Z del IMC (índice de masa corporal) ($IMC = kg/m^2$) para la edad. De acuerdo con el patrón de referencia de la OMS anteriormente mencionado, se clasificó con sobrepeso u obesidad a los preescolares con puntajes Z superiores a +2 desviaciones estándar (DE),¹⁰ y a los escolares y adolescentes con puntajes Z superiores a +1 y hasta +2 DE para sobrepeso y +2 DE para obesidad.¹¹ Se consideraron como válidos datos de IMC entre -5.0 y +5.0 puntos Z. Se eliminaron los valores de IMC fuera del

intervalo entre 10 y 38 para preescolares y escolares y entre 10 y 58 para adolescentes, y en todos los casos cuando el puntaje Z de talla/edad se ubicaba fuera de los valores límites aceptables (<-6 y $>+6$). También fueron eliminadas del análisis las mujeres adolescentes que indicaron estar embarazadas.

Estos mismos criterios de limpieza y clasificación se utilizaron para los datos antropométricos de la encuesta nacional de 2012 con el propósito de estudiar tendencias en el tiempo.

Adultos

Para evaluar el estado nutricional en adultos de 20 o más años de edad, se calculó el índice de masa corporal y se clasificó de acuerdo con los criterios de la OMS: desnutrición (<18.5 kg/m²), normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²) y obesidad (≥ 30.0 kg/m²). En el análisis estadístico sólo se incluyeron los valores de IMC entre 10 y 58 kg/m² y valores de talla ≥ 1.30 m. Las mujeres embarazadas fueron excluidas del análisis.

Para el análisis de la circunferencia de cintura, se consideraron los valores entre 50 y 200 cm. Para identificar a los adultos con obesidad abdominal, se utilizó como referencia la clasificación de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), que establece como punto de corte una circunferencia de cintura ≥ 80 cm en mujeres, y ≥ 90 cm en hombres. Para la comparación de tendencias en la prevalencia de obesidad abdominal, se usaron los datos de la Ensanut 2016 y Ensanut 2018-19.

Hipertensión arterial

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.¹² 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. Para evaluar la tendencia de la prevalencia de HTA a nivel nacional, se compararon los resultados de la Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19.

Actividad física

Para generar los indicadores de actividad física y sedentarismo en niños de 10 a 14 años, se utilizaron cinco preguntas previamente validadas.¹³ Se interrogó sobre horas frente a una pantalla, actividades físicas formales o a nivel competitivo (por ejemplo, patinar, bailar, jugar fútbol) en los últimos 12 meses y niveles totales de actividad física (en cualquiera de los cuatro dominios). Se identificó la proporción de niños que cumplía con las recomendaciones de tiempo frente a pantalla (≤ 2 horas por día).¹⁴ Asimismo, se clasificó el número de actividades formales o de nivel competitivo que habían realizado en los últimos 12 meses, de acuerdo con los siguientes criterios: 1) ninguna actividad, 2) una o dos actividades, y 3) tres o más actividades y finalmente se identificó el porcentaje de niños que cumplía la recomendación de actividad física (60 minutos, 7 días por semana). Para la medición de actividad física en adolescentes y adultos de 15 a 69 años se utilizó la versión corta y validada del Cuestionario Internacional de Actividad Física (por sus siglas en inglés IPAQ short).^{15,16} La evaluación incluyó 11 preguntas que se aplicaron en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Se clasificó a los adolescentes de 15 a 19 años como físicamente activos si realizaban al menos 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa los 7 días de la semana. Los adultos de 20 a 69 años se clasificaron como muy activos (≥ 300 minutos de actividad física moderada-vigorosa por semana), moderadamente activos (150 a 299 minutos de actividad física moderada-vigorosa por semana) y físicamente inactivos (<150 minutos de actividad física moderada-vigorosa por semana) de acuerdo con los criterios propuestos por la OMS.¹⁷ Finalmente se describió la media de tiempo sentado al día de adolescentes y adultos.

Anemia

La anemia a nivel poblacional, se define como una disminuida concentración de los niveles de hemoglobina (Hb) en sangre, para una determinada edad, sexo y estado fisiológico.¹⁸ En consecuencia, se merma la capacidad para transportar oxígeno a las células que lo requieran, afectando las funciones fisiológicas en el corto y largo plazo. La presencia de anemia

afecta las funciones físicas, cognitivas, el rendimiento escolar, la productividad laboral, y es un factor de riesgo adicional para enfermedad cardiovascular en población adulta.¹⁹⁻²¹

La determinación de hemoglobina en la presente encuesta se realizó mediante el análisis de muestras de sangre capilar obtenidas del dedo anular izquierdo empleando el fotómetro portátil HemoCué (HemoCue® Hb 201, Ängelholm, Sweden). La absorbancia se leyó a dos longitudes de onda diferentes (570 y 880 nm) para compensar la turbidez de la muestra.²²

Los valores de la concentración de Hb capilar, obtenida en poblaciones de localidades con altitudes mayores a 1 000 metros sobre el nivel del mar, se ajustaron de acuerdo con la metodología propuesta por Cohen-Hass.²³

Para el análisis de los datos, se excluyeron los valores de Hb <40.0 g/L y mayores de 185.0 g/L en los niños de 12 meses a 12 años y en mujeres, por considerarlos implausibles. En hombres mayores de 12 años, se eliminaron los valores de Hb <40.0 g/L y mayores de 200 g/L. Los puntos de corte utilizados para clasificar anemia en cada grupo de población y sexo, fueron los propuestos por la OMS (cuadro C).¹⁸

■ Cuadro C

Puntos de corte sugeridos por la OMS para clasificar anemia

Grupo de población	Grupo de edad	Punto de corte para diagnóstico de anemia (g/L)
Preescolares (ambos sexos)	12 a 59 meses	<110.0
Edad escolar (ambos sexos)	5 a 11 años	<115.0
Mujeres (no embarazadas)	12 años o más	<120.0
Hombres	12 a 14 años	<120.0
	15 años o más	<130.0

Estos mismos criterios se aplicaron en la Ensanut 2012, con el fin de tener comparaciones válidas con la presente Ensanut 2018-19. El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico Stata v14 College Station, TX: StataCorp LP.

Los cuadros que hacen referencia a las prevalencias de anemia correspondientes a la Ensanut 2018-19 se presentan estratificados por tipo de localidad urbana y rural, para cada grupo de edad.

Etiquetado nutrimental de alimentos empacados y bebidas embotelladas

En respuesta al crecimiento de las tasas de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas a la dieta, el gobierno federal de México ha adoptado algunas estrategias para controlar el problema y prevenir que siga en aumento. Entre las estrategias que se han implementado, se encuentran varias medidas regulatorias, como es el etiquetado frontal de alimentos empacados y bebidas embotelladas, vigente a partir de 2015.

El etiquetado frontal nutrimental tiene como propósito orientar al consumidor, en el punto de venta, sobre las opciones de alimentos y bebidas más saludables y, de esta manera, influir en la selección de productos de mejor calidad nutrimental y al mismo tiempo ser un incentivo para la reformulación de los productos menos saludables.

En México, el etiquetado se encuentra regulado en la Norma Oficial Mexicana-051.²⁴ A partir de la implementación de la regulación que entró en vigor en 2015, los productos procesados deben tener en su empaque el etiquetado frontal del sistema de resumen basado en las *Guías Diarias de Alimentación* (GDA) (figura A). El etiquetado GDA se define como la guía que indica la cantidad de energía (kcal) y el máximo de grasa saturada, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía; referenciados al porcentaje que estos nutrimentos representan en las necesidades diarias de una dieta promedio de 2 000 kcal.²⁵

Este tema de la Ensanut 2018-19 se justifica en los cambios en el estilo de vida, como el consumo de alimentos y la actividad física, que se han visto reflejados en la salud de la

■ Figura A

Guías Diarias de Alimentación



población mexicana.²⁶ En un periodo muy corto, se documentó un aumento sin precedente de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición, el sobrepeso y la obesidad en los diferentes grupos de edad.²⁷ Asimismo, en nuestro país, se han realizado diversas investigaciones para evaluar el potencial del etiquetado de productos industrializados actual para ayudar a la población a tomar decisiones saludables respecto a los productos que consume. Sin embargo, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, mostraron que más de 90% de la población no sabe cuántas calorías debe consumir al día y que 44.9% de los entrevistados, no comprende y no utiliza el etiquetado vigente,²⁸ sugiriendo que el etiquetado actual no facilita la decisión de compra de la población hacia productos más saludables.

Para esta sección se obtuvo información a través de un cuestionario semiestructurado, previamente validado y pilotado en población, de diferentes estratos socioeconómicos, grupos de edad y regiones del país²⁹⁻³¹ para cumplir con los siguientes objetivos:

- Documentar el uso y percepción de la información de las diferentes etiquetas presentes en los productos empacados y/o bebidas embotelladas en México.
- Evaluar el potencial del etiquetado de alimentos actual para ayudar a la población a tomar decisiones saludables respecto a los productos que consume.

El cuestionario de etiquetado consistió en 16 preguntas. Las dos primeras estuvieron relacionadas con el conocimiento que tiene la población sobre la cantidad de calorías que debe consumir una persona al día. La primera pregunta fue sobre la cantidad de calorías promedio que requiere un adulto, de características similares al entrevistado y la segunda, sobre la cantidad de calorías que debe consumir un niño de entre 10 y 12 años de edad.

Las preguntas sobre el etiquetado estuvieron relacionadas con el conocimiento, lectura, uso y comprensión de la información que aparece en los empaques de los alimentos empacados y/o bebidas embotelladas para elegir un producto en el punto de venta. En la figura B se encuentran las diferentes etiquetas que pueden estar presentes en el empaque de un producto industria-

■ Figura B

Tipos de etiqueta que puede presentar un producto industrializado



lizado. Se excluyeron a las personas analfabetas debido a que la comprensión de la información que contiene el etiquetado nutricional actual requiere que la persona sepa leer.

Concentraciones de plomo en sangre y uso de barro vidriado con plomo

El plomo (Pb) es un metal pesado tóxico para el ser humano presente en el ambiente y en emisiones derivadas de actividades humanas relacionadas a su extracción de las minas, fundición y procesamiento para la manufactura de una gran diversidad de productos.³² México es el 5° productor de Pb en el mundo, con un volumen de producción en ascenso en los últimos años, y que en 2014 se estimó en 250 mil toneladas.³³

La exposición humana a este metal ocurre principalmente por la vía respiratoria, gastrointestinal, y durante el embarazo a través de la movilización del Pb depositado en hueso materno que ingresa al torrente sanguíneo y cruza la barrera fetoplacentaria, constituyendo una fuente de exposición endógena para el feto.^{34,35}

Las fuentes de exposición al Pb son distintas según el contexto específico. En Latinoamérica, las principales fuentes identificadas entre la población general son las emisiones industriales, el reciclaje de baterías para automóviles, las pinturas y esmaltes que contienen Pb, y los alimentos y agua contaminados por este metal.³⁶

En México, la regulación que introdujo la eliminación total del Pb de las gasolinas en 1997 disminuyó de forma

considerable los niveles de Pb en el aire.^{37,38} Sin embargo, aún permanecen otras fuentes de exposición al Pb, como el uso de loza de barro vidriado (BV) con óxido de Pb (litargirio o greta) horneada a bajas temperaturas cuya exposición se da a través de la elaboración, almacenamiento y consumo de alimentos y bebidas en este tipo de loza,^{39,40} el reciclaje de baterías; la minería; relaves mineros; fundidoras metalúrgicas; talleres de reparación de radiadores; talleres de impresión litográfica; instalaciones de reciclaje de metales;⁴¹ las partículas de Pb en el aire derivadas de emisiones industriales; las pinturas con Pb; y el Pb contenido en alimentos y bebidas enlatadas.

Existe una extensa bibliografía que documenta los efectos adversos a los sistemas nervioso, cardiovascular y hematológico, así como efectos renales y reproductivos importantes asociados a la presencia de Pb en concentraciones mayores a 10 µg/dL⁴² en todo el ciclo de vida, incluyendo efectos en mujeres embarazadas,^{43,44} en recién nacidos, niños^{45,46} y en adultos y adultos mayores.^{47,48}

Se midió la concentración de plomo en sangre (PbS) en una muestra de niños y niñas de 1 a 4 años de edad participantes en la Ensanut 2018-19. Se seleccionó esta población por ser considerada la más vulnerable a los efectos tóxicos de la exposición a plomo. El Pb es un neurotóxico que atraviesa la barrera placentaria y afecta el sistema nervioso central del embrión en desarrollo, ocasionando múltiples efectos adversos en la salud y desarrollo del recién nacido.^{49,50}

La medición se realizó con la técnica de voltamperometría de redisolución anódica, utilizando el analizador portátil LeadCare II (Magellan Diagnostics, North Billerica, MA, EE.UU.), que determina la concentración de PbS en una muestra de 50 µl de sangre capilar. El equipo analizador detecta concentraciones de PbS de 3.3 a 65 microgramos (µg) de plomo por decilitro (dL) de sangre. Niveles inferiores a 3.3 se reportan como “Bajo” y niveles superiores a 65 se registran como “Alto”. Estos valores fuera de rango no se utilizaron en el análisis. Previo a la recolección de información, el personal de campo recibió capacitación para el procedimiento de toma y procesamiento de la muestra en apego al manual del usuario del equipo analizador.

La Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000 establece un valor de 5 µg/dL de PbS como valor criterio para

realizar acciones para proteger la salud de niños menores de 15 años y mujeres embarazadas en población general, no expuesta ocupacionalmente.⁵¹ Considerando este valor criterio y los límites de detección del equipo analizador de PbS, se definieron *a priori* tres categorías de concentración de PbS: “No Detectable” si $PbS < 3.3$, “Moderado” si $3.3 \leq PbS < 5.0$ y “Elevado” si $5.0 \leq PbS < 65$.

Se aplicó un cuestionario breve para indagar sobre el uso de loza de barro vidriada con plomo (LBVPb) para la preparación, almacenamiento y consumo de alimentos, debido a que es la principal fuente de exposición a Pb documentada en población general.^{39,40} Una vez que ha ingresado al organismo, la vida media del PbS varía entre uno y dos meses,⁵² por este motivo el análisis de frecuencia de uso de LBVPb se presentan en las siguientes categorías: 1) “Nunca” si no se utilizó o en caso de haberlo hecho, ocurrió hace más de tres meses; 2) “Rara vez” si se utilizó menos de una vez por mes en los últimos tres meses; 3) “Algunas veces” si se utilizó entre 2 y 3 veces por mes en los últimos tres meses; y 4) “Frecuente” si se utilizó al menos una vez por semana en los últimos tres meses.

Desarrollo Infantil Temprano

La primera infancia tiene un lugar fundamental dentro de los esfuerzos que deben hacer los gobiernos de los países para buscar una mejor calidad de vida en su población. En los últimos años, la evidencia sobre los impactos positivos de realizar acciones dirigidas a niños/as menores de cinco años es mayor, y son innegables los beneficios que dichas acciones tienen en su desarrollo presente y a lo largo de sus vidas.⁵³ Además, las intervenciones de política para la primera infancia son reconocidas como una inversión en capital humano que trae beneficios a toda la sociedad en general,⁵⁴ lo cual mejora el bienestar de futuras generaciones.⁵⁵

La comunidad internacional ha entendido la relevancia del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) y lo ha incluido dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, al establecer que los/as niños/as deben tener todas las condiciones necesarias para alcanzar su máximo nivel de desarrollo, y así contribuir a la reducción de la pobreza y la desigualdad dentro y entre los países. En dicho marco, se estableció la meta 4.2.1 que obligará

a conocer y monitorear el estado de DIT de la población de 0 a 4 años a través del porcentaje de niños/as menores de cinco años cuyo desarrollo se encuentra bien encauzado en relación con su salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial. El trabajo para realizar esta meta requiere evaluar las medidas que tomen los países para brindar igualdad de oportunidades a todos los niños/as.⁵⁶

En su mayoría, el Módulo DIT se aplicó por entrevista a las madres de niños/as menores de cinco años, con una sección de medición directa de lenguaje para niños/as mayores de 42 meses (cuadro D).

En relación con las pruebas de lenguaje, se trabajó en la adecuación de la metodología de aplicación e instrucciones al contexto de entrevista de hogar. En el caso del CDI-II y III, se tuvieron que reformular las instrucciones de aplicación debido a que la prueba está originalmente diseñada para ser autoaplicada. De igual manera, las instrucciones de los dos inventarios del CDI presentaban diferencias entre sí, por lo que se armonizaron y se hicieron más claras. Con respecto al

PPVT-III, implicó incluir instrucciones precisas para los entrevistadores/as sobre las condiciones mínimas que se deben observar en la evaluación directa de los niños/as.

Para el análisis de la información, se trabajó en la generación de indicadores de acuerdo con las siguientes secciones:

Cobertura y contenido de atención a niño sano

La construcción de estos indicadores se realizó en seguimiento a los lineamientos del PROY-NOM-031-SSA2-2018.

Para la construcción de indicadores se consideró la información reportada en el cuadro E, adicionalmente, se analizó el contenido de las consultas de control de niño sano, estimando el porcentaje de niños/as que fueron pesados y medidos, así como los que recibieron evaluación de DIT, y consejería sobre los siguientes temas: lactancia, la forma de acostar al niño/a, nutrición, higiene oral, enfermedades en los niños/as, prevención de accidentes, juego y actividad física, habilidades del niño/a de acuerdo con su edad, educación inicial, estimulación, lectura y depresión materna.

■ Cuadro D

Ámbitos, instrumentos e informantes del instrumento DIT

	Ámbito	Instrumento	Informante
Estatus de Desarrollo Infantil Temprano	Índice global de DIT	Cuestionario MICS UNICEF, ENIM2015*	Madre
	Lenguaje (niños/as de 19 a 42 meses)	Versión Corta de los inventarios de habilidades de comunicación II y III MacArthur-Bates (CDI-II y III) [†]	
	Lenguaje (niños/as de 43 a 59 meses)	Versión en español de la tercera edición del Test de vocabulario en imágenes de Peabody (PPVT-III) [†]	Niños/as (43 a 59 meses)
Calidad del ambiente	Disponibilidad de libros, juguetes, apoyo al aprendizaje, cuidado inadecuado y métodos de disciplina violenta	Cuestionario MICS UNICEF, ENIM2015	Madre
		Cuestionario UNICEF "Care Indicators Questions, version 16", que identifica la exposición a violencia o negligencia en el contexto de las relaciones y cuidado temprano de los niños/as menores de 1 año	
Acceso y cobertura a servicios DIT	Cobertura y acceso a servicios de atención de DIT en atención primaria	Cuestionario nuevo [‡] con preguntas comparables a Ensanut	Madre
	Cobertura y acceso a servicios de educación temprana	Cuestionario nuevo [‡] con preguntas comparables a ENIM2015	

*Este índice se midió por primera vez en México en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres ENIM 2015. Para mayor detalle sobre el índice y sus resultados, véase: <https://www.insp.mx/enim2015/informe-final-enim.html>

[†]El PPVT-III y la versión corta de los inventarios CDI-II y III fueron previamente validados en el idioma español.

[‡]Las preguntas que conforman las secciones nuevas del cuestionario fueron previamente desarrolladas por el equipo de investigación en DIT del INSP, y se pilotearon y usaron previamente en un estudio poblacional con 873 niños/as de 2 a 4 años, derechohabientes de los servicios de salud de la Ciudad de México (CONACYT- FOSISS/SALUD-2014-1-233814). La propuesta final de las preguntas para el cuestionario DIT en la Ensanut 2018-19 se trabajó por el grupo técnico conformado por el INSP, el BID y UNICEF para su aplicación inicial en la Ensanut *Prospera* 2017-2018.

■ Cuadro E

Cobertura y contenido de atención a niño sano

Indicador	Definición
Evaluación de DIT en atención a salud	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con al menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano por ejemplo la prueba EDI u otra prueba de Desarrollo Infantil Temprano
Resultado de la evaluación de DIT	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con al menos una evaluación de DIT y con resultado conocido: Desarrollo adecuado (semáforo verde) Desarrollo no adecuado (semáforo amarillo) Problemas importantes de desarrollo (semáforo rojo)
Seguimiento a resultados de la evaluación de DIT	Porcentaje de niños/as menores de 5 años cuyas madres conocen el resultado de la última evaluación de DIT y recibieron atención adicional en seguimiento a resultado: Algún problema de desarrollo (semáforo amarillo o rojo)

Educación temprana

Para la construcción de indicadores se consideró la información reportada en el cuadro F.

Adicionalmente, se generaron gráficas de barras sobre las razones de no asistencia a programas de cuidado o educación.

Calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano en el hogar

Durante la primera infancia el cerebro se desarrolla rápidamente, por lo que la exposición a contextos e interacciones de calidad constituyen uno de los principales determinantes del desarrollo del niño/a.^{57,58} Algunos indicadores importantes de la calidad del cuidado en el hogar son: la presencia de libros infantiles en el hogar, la participación conjunta en activida-

■ Cuadro F

Educación temprana

Indicador	Definición
Asistencia a programas de cuidado o educación inicial, para niños/as de 0-2 años	Porcentaje de niños/as de 0 a 2 años que asisten a programas de cuidado o educación para la primera infancia
Asistencia a preescolar para niños/as de 3-4 años	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad que asisten a preescolar

des de estimulación y aprendizaje con los adultos en el hogar, el acceso y el tipo de juguetes disponibles en el hogar. Para la construcción de indicadores se consideró la información reportada en el cuadro G.

Adicionalmente, se generó una gráfica de barras sobre el tipo de juguetes que usa el niño/a, por ejemplo, juguetes caseros, comprados en una tienda/manufacturados, objetos del hogar, juguetes para armar y/o construir, etc.

Métodos de disciplina y cuidado inadecuado

Las prácticas de crianza incluyen el manejo del comportamiento de los niños/as 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 otros niños/as 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 los niños/as 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.⁵⁹⁻⁶¹

■ Cuadro G

Calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano en el hogar

Indicador	Definición
Apoyo al aprendizaje*	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en 4 actividades o más
Número de actividades*	Promedio de actividades que realizaron los niños/as menores de 5 años con al menos 1 miembro adulto del hogar
Porcentaje de niños/as con 3 libros*	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar
Porcentaje de niños/as con 10 libros*	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar
Porcentaje de niños/as sin libros*	Porcentaje de niños/as menores de 5 años sin libros infantiles en el hogar

*Indicador MICS-UNICEF

La meta 16.2 del ODS 16 establece como uno de sus indicadores de monitoreo a la proporción de niños/as entre 1 y 17 años que ha experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes.

En la Ensanut 2018-2019 se midió la exposición a métodos violentos de disciplina para la población de 0 a 4 años, en el módulo de Desarrollo Infantil Temprano. Para los niños/as de 1 a 4 años, 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. Mientras que para los niños/as menores de un año se utilizó el documento de UNICEF “Care Indicators Questions, version 16” que identifica la exposición a violencia o negligencia en el contexto de las relaciones y cuidado temprano de los niños/as menores de un año.

Por otra parte, se ha comprobado que dejar a los niños/as solos o en presencia de otros niños/as pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.⁶²

Por lo anterior, se incluyeron en el Módulo DIT dos preguntas para identificar si los niños/as de 0 a 4 años fueron dejados solos en el hogar o al cuidado de otros niños/as menores de 10 años en la semana previa a la entrevista. Todas las preguntas se aplicaron a las madres de los niños/as o cuidadoras primarias cuando la madre no formaba parte del hogar.

Para la construcción de los indicadores, se consideraron las definiciones incluidas en el cuadro H.

Índice de Desarrollo Infantil Temprano

El Desarrollo Infantil Temprano es el proceso ordenado y predecible a lo largo del cual un niño/a aprende a manejar niveles más complicados de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás. Los dominios vitales para el desarrollo general del niño/a son: el crecimiento físico, las habilidades de alfabetización y conocimientos numéricos, el desarrollo socio-emocional y la disposición para aprender.⁶³

Dada la importancia del tema, se incluyó en los ODS, en específico en la meta 4.2.1, el porcentaje de niños/as menores de cinco años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar. Para la medición de la meta se usa el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI, acrónimo en inglés de Early

■ Cuadro H

Métodos de disciplina y cuidado inadecuado

Indicador	Definición
Disciplina no violenta	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que experimentaron solamente métodos no violentos de disciplina por parte de sus cuidadores en el mes anterior
Agresión psicológica	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que sufrieron agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el mes anterior
Cualquier castigo físico	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que sufrieron cualquier castigo físico por parte de sus cuidadores en el mes anterior
Castigo físico severo	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que sufrieron castigo físico severo por parte de sus cuidadores en el mes anterior
Cualquier método de disciplina violenta	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que sufrieron cualquier método de disciplina violenta por parte de sus cuidadores en el mes anterior
Niños/as solos	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos/as la semana anterior
Niños/as al cuidado de otro menor	Porcentaje de niños/as menores de 5 años dejados al cuidado de otro niño/a menor de 10 años la semana anterior
Cuidado inadecuado	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con cuidado inadecuado durante la semana anterior

Child Development Index). Para calcular el ECDI, se utilizó un módulo de 10 ítems desarrollado y validado por UNICEF.

Para la construcción del indicador, se consideraron las definiciones incluidas en el cuadro I.

Desarrollo del lenguaje en niños/as de 1 a 4 años de edad

En el contexto de la medición de Desarrollo Infantil Temprano en la Ensanut 2018-19 se decidió llevar a cabo una medición del desarrollo del lenguaje en niños/as de 1-4 años, debido a que ésta se ha considerado como una buena aproximación de los niveles de desarrollo global en la primera infancia. Asimismo, los instrumentos propuestos han demostrado tener buena confiabilidad, validez predictiva del desarrollo futuro y cualidades métricas adecuadas para su estudio a nivel poblacional. Para la medición del lenguaje, se usaron los siguientes instrumentos:

■ Cuadro I

Índice de Desarrollo Infantil Temprano

Indicador	Definición
Alfabetización-conocimientos numéricos	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad con un Desarrollo Infantil Temprano adecuado en alfabetización-conocimientos numéricos
Físico	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad con un Desarrollo Infantil Temprano adecuado
Socio-emocional	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad con un Desarrollo Infantil Temprano adecuado
Aprendizaje	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad con un Desarrollo Infantil Temprano adecuado en aprendizaje
Índice de Desarrollo Infantil Temprano	Porcentaje de niños/as de 3-4 años de edad con un Desarrollo Infantil Temprano adecuado

- Evaluación de lenguaje con la versión corta de los inventarios de habilidades de comunicación II y III MacArthur-Bates (CDI-II y III), para niños/as de 19 a 42 meses de edad. El instrumento es empleado para preguntar a las madres cuáles son las palabras, de un inventario de 50 palabras, que su hijo/a dice (CDI-II y III). Los dos inventarios incluyen palabras correspondientes a objetos, verbos, adverbios y adjetivos con complejidad creciente.
- Evaluación de lenguaje con la versión en español de la tercera edición del Test de vocabulario en imágenes de Peabody (PPVT-III), para niños/as de 43 a 59 meses de edad. La aplicación del instrumento consiste en enseñar al niño/a una serie de láminas con cuatro imágenes cada una, y pedirle que señale la imagen correspondiente a una determinada palabra.

Los inventarios CDI-II y III se aplicaron a la madre o informante elegible de los niños/as de 19 a 42 meses y el PPVT-III se aplicó directamente a los niños/as ≥ 43 meses. Ambos instrumentos fueron validados previamente en idioma español, y para su aplicación en el contexto de la Ensanut se trabajó en la adecuación de la metodología de aplicación e instrucciones al contexto de entrevista de hogar; adicionalmente, se desarrollaron materiales que facilitarían la estandarización de los procedimientos de apli-

cación. Asimismo, se llevó a cabo un programa de capacitación integral, el cual incluyó la estandarización de los entrevistadores/as para la aplicación de los instrumentos. En el caso del CDI-II y III, se reformularon casi completamente las instrucciones de aplicación, debido a que la prueba está originalmente pensada para ser autoaplicada. Con respecto al PPVT-III, se incluyeron instrucciones precisas para los entrevistadores/as sobre las condiciones mínimas que se deben observar en la evaluación directa de los niños/as. En la sección de medición de lenguaje, al igual que en todo el Módulo DIT, se incluyeron instrucciones específicas para el manejo y aplicación de la prueba en contextos especiales, como en el caso de comunidades indígenas.

Para la generación de puntajes de lenguaje, se siguió el siguiente procedimiento:

1. Generación de puntajes crudos usando CDI-II (19 a 30 meses), CDI-III (31 a 42 meses) y PPVT-III (niños/as ≥ 43 meses).
 - a. CDI-II y III: Suma de todas las palabras que dicen los niños/as de acuerdo con cada inventario (CDI-II y III).
 - b. PPVT-III: Se resta el elemento techo (número máximo de palabras correctas alcanzado por el niño/a) al total de errores, usando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje directo} = \text{Elemento techo} - \text{Total de errores}$$
 Aquellos niños/as que no pasaron las láminas de entrenamiento del PPVT-III se calificaron con puntaje "0".
2. Usando una aproximación no paramétrica, se construyeron los z-score de lenguaje, considerando los ponderadores de la muestra.
3. Finalmente, se unieron los z-score de cada instrumento de lenguaje (CDI-II, III y PPVT-III) para obtener un solo puntaje desde el 1 a los 4 años de edad.

El z-score, también conocido como puntaje estandarizado, normalizado o centrado, es una transformación estadística que resulta útil al comparar datos provenientes de diferentes grupos poblacionales, tales como los diferentes grupos de edad de la de la Ensanut 2018-19, a los cuales se aplicaron pruebas diferentes. El cálculo de este z-score permitió combinar los datos de las diferentes pruebas de lenguaje en una sola variable, en la cual el promedio para el grupo de niños/as de 19 a 59 meses es de cero, y la desviación estándar es de 1.

Información dietética

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 140 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 1999.⁶⁴ Dicho cuestionario fue previamente validado para la estimación de ingesta de energía y nutrientes en población mexicana.⁶⁵ Se analizó información dietética de población preescolar (1-4 años de edad), escolar (5-11 años), adolescente (12- 19 años) y adulta (20 años y más).

Se reporta el porcentaje de la población que consume los grupos de alimentos de relevancia para la salud, considerando

un consumo mínimo de 10 gramos y al menos 3 días de la semana. Los alimentos y bebidas fueron clasificados en 13 grupos de acuerdo con sus características nutrimentales, los cuales son: frutas, verduras, leguminosas, carnes no procesadas, agua, huevo y lácteos, carnes procesadas, comida rápida y antojitos mexicanos fritos o con grasa, botanas, dulces y postres, cereales dulces, bebidas no-lácteas endulzadas y bebidas lácteas endulzadas. En el caso de agua, frutas y verduras, se consideró como consumo si la cantidad fue de al menos 10 gramos los 7 días de la semana.

Adicionalmente se clasificaron los alimentos en recomendables y no recomendables de acuerdo con su asociación con enfermedades crónicas y riesgo de sobrepeso y obesidad (cuadro J).⁶⁶

Previo a la obtención del consumo neto de cada alimento o bebida, se realizó una limpieza de los mismos para lo cual se obtuvo el consumo bruto en gramos o mililitros promedio por

■ Cuadro J

Clasificación de alimentos y bebidas en grupos de alimentos de relevancia

Grupo	Alimentos	
Grupos 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 Col Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli, coliflor, ejotes Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites)	Elote Ejotes Jitomate Lechuga Nopales Pepino Chile seco promedio 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
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)

Continúa

Continuación

Agua	Agua sola	
Huevo	Huevo frito, estrellado o revuelto	Huevo tibio o cocido
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
Grupos no recomendables para consumo cotidiano		
Carnes procesadas	Longaniza o chorizo	Salchicha de puerco, pavo o combinado, jamón de puerco o pavo o mortadela (aparte de en torta, sándwich o hot dog)
Comida rápida y antojitos mexicanos	Hot dog Hamburguesa Antojitos con vegetales como sopas, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas (no tacos): fritos	Pizza Tamal (todo tipo) Antojitos con res, cerdo, pollo, vísceras, etc., como tacos, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, gorditas: fritos
Botanas, dulces y postres	Cacahuates, habas o pepitas Chocolate Postre lácteo o similar Dulce (caramelos, paletas) Dulces enchilados Frituras (todos tipos, incluyendo cacahuates japoneses) Frutas cristalizadas o secas	Frutas en almíbar Gelatina, flan Helado y paletas de leche Helado, nieves y paletas de agua 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 Cereal chocolate Cereal especialidades Cereal hojuela endulzada Cereal multi ingredientes Cereal sabor frutas	Cereal variedades Donas y churros de panadería Galletas dulces (todo tipo) Pan dulce (excepto donas y churros) Pastelillos y donas industrializadas
Bebidas no lácteas 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 fermentada con lactobacilos
Bebidas lácteas endulzadas	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

día como resultado de la multiplicación de días por veces por porción y por cantidad de alimento o bebida consumida dividido entre siete días. Posteriormente el consumo diario se multiplicó por la porción comestible, así como por la densidad de cada alimento o bebida que correspondiera y se obtuvo el consumo neto promedio por día en gramos. Se consideraron como valores implausibles aquellos consumos >4 desviaciones estándar del promedio de consumo neto por alimento para cada grupo de edad y sexo, a partir de la población escolar en adelante, así como por tipos de localidades y región. Se imputó la media de consumo por grupo de edad, sexo, tipos de localidades y región en aquellos valores implausibles. Fueron excluidos los participantes con siete

o más alimentos con imputación en consumo. Finalmente, se realizó una revisión de los valores máximos por cada alimento por grupo de edad. En aquellos aún con valores implausibles biológicamente se realizó una segunda imputación con un valor aleatorio entre el percentil 95 y 1.5 veces el percentil 99 de la distribución de consumo para cada alimento, grupo de edad, tipos de localidades, región y sexo (excepto preescolares).

Se estimó el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos por grupo de edad con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El análisis estadístico consideró el diseño de la encuesta, con el módulo SVY del paquete estadístico Stata, versión 14.2.

Prácticas de alimentación infantil

El propósito del estudio de las prácticas de la alimentación en infantes y niños pequeños a nivel nacional, es generar un insumo que permita conocer su adecuación con las recomendaciones internacionales e identificar si dichas prácticas son de riesgo a la supervivencia y la salud de niños mexicanos⁶⁷⁻⁶⁹ y sus madres.

El tema de lactancia materna y alimentación complementaria se incorporó en la primera Encuesta Nacional de Nutrición realizada en México, en 1988 y continuó en la subsecuente en 1999 y posteriormente en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, 2012, 2016-MC y la actual 2018-19. Este continuo permite analizar su comparabilidad acorde al momento histórico en México y sus determinantes. Dada la metodología de recolección de información y análisis,⁷⁰ es comparable con información generada por otros países.

Lactancia materna. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al hecho de que los infantes reciban leche materna, la cual puede ser tomada directamente del seno de la madre o de una nodriza, o cuando toman leche que fue previamente extraída de la madre o de una donante.⁷¹ La leche materna como primer alimento, aporta toda la energía y los nutrimentos que los lactantes necesitan en sus primeros meses de vida. Cubre la mitad o más de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.⁷²

Ventajas para el niño. Además de que la leche materna es un alimento completo, inocuo y adecuado a las necesidades de los infantes, contiene componentes bioactivos⁷³ brindando protección ante enfermedades infecciosas a corto plazo. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial, cognitivo, motriz y afectivo. Existe también evidencia de su influencia en la prevención de enfermedades crónicas a largo plazo.⁷⁴ No se han documentado efectos adversos de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses en el crecimiento.

Ventajas para la madre. La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres; ayuda a espaciar los embarazos, es factor protector ante el desarrollo de enfermedades como el cáncer de mama⁷⁵ y ovario,⁷⁶ disminuyendo la

mortalidad por estas causas. La práctica de la lactancia conduce a una pérdida de peso más rápida tras el parto y un retraso del retorno de las menstruaciones.⁷⁷

Dependiendo de la edad de los niños, las recomendaciones de alimentación varían en cuanto a su combinación con otros alimentos.

Lactancia materna exclusiva (LME). Bajo la evidencia científica existente,⁷⁸ la OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Este tipo de alimentación consiste en que sea sólo con leche materna sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Se permite que el lactante reciba sales de rehidratación oral, gotas, jarabes de vitaminas, minerales o medicinas. La LME reduce la morbi-mortalidad del lactante por enfermedades infecciosas como la diarrea o la neumonía, los infantes se recuperan más rápido en comparación con los no amamantados.⁷⁹ La OMS y la UNICEF recomiendan para iniciar y mantener la LME que la lactancia: a) Se inicie en la primera hora de vida; b) Se haga a libre demanda (con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche); c) Evitar el uso de sucedáneos de leche materna (fórmulas, otras leches, biberones, tetinas ni chupones). Posteriormente, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, hasta los 24 meses de edad o más, si la madre y el niño así lo desean complementando con otros alimentos nutritivos.

Alimentación complementaria. A partir de los seis meses la recomendación de la OMS⁷² es que se introduzcan alimentos y líquidos complementarios, continuando con la lactancia materna. La evidencia científica señala que, a partir de esta edad, la leche materna deja de cubrir parte de los requerimientos de nutrición del infante, por lo que es necesaria la introducción de alimentos densos en micronutrimentos adecuados para la edad y aceptados culturalmente.⁸⁰

Obtención de información

Metodología

Hijos de mujeres de 12-59 años que residan en el hogar y niños menores de 24 meses y que haya correlación entre la edad del

menor y el tiempo de lactancia (para quienes ya no lactan) para contar con un tamaño de muestra adecuado.

Recolección de datos

La información de lactancia materna y de alimentación complementaria, se recolectó con el método del día anterior (status-quo). Como se sabe, 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 dietética.

La comparación entre encuestas e intraclase (urbano vs. rural) se hizo por medio de la prueba de diferencia de proporciones para muestras independientes. Los estadísticos de prueba incluyen información del diseño de cada encuesta, ajustando los errores estándar y aplicando una corrección por continuidad.⁸¹

Los indicadores de lactancia materna, se construyeron para cada grupo de edad sugerido por la metodología de OMS-UNICEF.⁷⁰

Inicio temprano de la lactancia materna: porcentaje de niños <24 m amamantados dentro de la primera hora de vida.^a

Alguna vez amamantado: porcentaje de niños <24 m que fueron puestos al pecho para recibir calostro o leche materna.

Lactancia materna exclusiva en <6 m: porcentaje de niños alimentados exclusivamente con leche materna (se permite medicina, vitaminas, minerales y sales de rehidratación oral).

Lactancia Materna Predominante en <6 m: porcentaje de niños que recibieron leche materna y el consumo de líquidos dulces o salados, no nutritivos y agua simple (no se permite ningún tipo de leche de fórmula o leche no humana).

Lactancia al año y a los dos años: porcentaje de niños amamantados de 12-15 meses y 20-23 meses respectivamente.

Lactancia adecuada de 0-24 m: porcentaje de niños <6 m que recibieron únicamente leche materna el día anterior a la entrevista y niños de 6-23 m que recibieron leche materna así como alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior.

^a Al igual que en Ensanut 2012, la variante con la definición de la OMS es que se preguntó sólo sobre niños vivos y no a todos los niños actualmente vivos y fallecidos que nacieron durante los últimos 24 m.

Alimentación con biberón en niños de 0-23 m: porcentaje de niños que fueron alimentados con biberón, ya sea leche materna o cualquier otra bebida o alimento.

Consumo de alimentos ricos en hierro (Fe) de 6-23 m: porcentaje de niños que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro o fortificado con hierro (carnes rojas, blancas, embutidos, Leche Liconsa (en polvo y líquida) y papilla Nutrisano o micronutrientes en polvo que distribuía el programa *Prospera* (antes Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades*).

Introducción de sólidos, semisólidos y suaves de 6-8 m: porcentaje de niños que recibieron uno o varios tipos de éstos alimentos el día anterior a la entrevista.

Diversidad alimentaria mínima de 6 a 23 m: número de grupos de alimentos consumidos el día anterior. Para los niños de 6-11 m: se clasificó a los infantes con una diversidad dietética si consumía ≥ 3 grupos de alimentos, y no ≥ 4 como recomienda la OMS dado que el cuestionario utilizado no tenía suficiente desagregación de grupos para ésta edad.

Frecuencia mínima de consumo de alimentos de 6-23 m: proporción de niños que recibieron el día anterior alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más (2 veces para niños amamantados de 6-8 m; 3 veces para 9- 23 m; y 4 veces en niños no amamantados de 6-23 m).

Referencias

1. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Programas de ayuda alimentaria. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco JA, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
3. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quinonez H, Nord M, Álvarez-Urbe MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. Perspectivas en Nutrición Humana. 2007:117-134.
4. Melgar-Quinonez H, Alvarez Uribe MC, Fonseca Centeno ZY, Bermudez O, Palma de Fulladolsa P, et al. Psychometric characteristics of the Food Security Scale (ELCSA) applied in Colombia, Guatemala and Mexico. *Segur Aliment Nutr, Campinas*. 2010;17(1):48-60.
5. Melgar-Quinonez H, Samayoa L. Prevalencia de inseguridad alimentaria del hogar en Guatemala. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 (ENCOVI). Guatemala: SESAN/INE/FAO, 2012.

6. Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books, 1988.
7. Habicht JP. Standardization of anthropometric methods in the field. PAHO Bull. 1974;76:375-384.
8. Organización Mundial de la Salud. Physical status: The use interpretation of anthropometry. Ginebra: OMS, 1995.
9. World Health Organization. Software for assessing growth and development of the world's children. WHO Anthro (version 3.2.2, 2011). Ginebra: WHO, 2010. Disponible en <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>
10. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Ginebra: WHO, 2006.
11. 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):660-667.
12. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. Hypertension. 2005;45(1):142-161.
13. Pereira MA, FitzerGerald SJ, Gregg EW, Joswiak ML, Ryan WJ, Wuminski RR, et al. A collection of physical activity questionnaires for health-related research. Med Sci Sports Exerc. 1997;29(6):S1-S205.
14. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. Pediatrics. 2001;107(2):423-426.
15. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003;35(8):1381-1395.
16. Medina C, Barquera S, Janssen I. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(1):21-28.
17. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010.
18. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra; OMS, 2011 [citado septiembre 25, 2019]. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
19. Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011;378:2123-2135.
20. Szajewska H, Rusczyński M, Chmielewska A. Effects of iron supplementation in nonanemic pregnant women, infants, and young children on the mental performance and psychomotor development of children: a systematic review of randomized controlled trials. Am J Clin Nutr. 2010;91(6):1684-1690.
21. Hsu HS, Li CI, Liu CS, Lin CC, Huang KC, Li TC, et al. Iron deficiency is associated with increased risk for cardiovascular disease and all-cause mortality in the elderly living in long-term care facilities. Nutrition. 2013;29:737-743.
22. Shamah-Levy T, Méndez-Gómez-Humarán I, Morales-Ruán MD, Martínez-Tapia B, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M. Validation of Masimo Pronto 7 and HemoCue 201 for hemoglobin determination in children from 1 to 5 years of age. PLoS One. 2017;12(2):e0170990.
23. Cohen J, Haas J. Hemoglobin correction factors for estimating the prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women residing at high altitudes in Bolivia. Rev Panam Salud Publica. 1999;6(6):392-399.
24. Secretaría de Salud. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCF/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010. Se adicionan los incisos 3.2; 3.5; 3.17; 3.18; 3.21; 3.40; 4.2.9 con sus subincisos y se ajusta la numeración subsecuente; 4.5 con sus subincisos y el Apéndice Normativo A. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2014.
25. Grunert KG, Wills JM, Fernández L. Nutrition Knowledge and Use and Understanding of Nutrition Information on Food Labels Among Consumers in the UK. Appetite. 2009;55(2):177-189.
26. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf
27. Rivera JA, Perichart O, Moreno JE. Determinantes de la obesidad: marco conceptual y evidencia científica. En: Rivera JA, Hernández M, Aguilar CA, Vadillo F, Murayama C. Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado. Ciudad de México: UNAM; 2012. p 45-77.
28. Tolentino-Mayo L, Rincón-Gallardo P S, Bahena-Espina L, Carriedo A, Rivera J, Barquera S. Etiquetado nutrimental de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Cuernavaca, Morelos; 2017.
29. Steptoe A, Pollard TM, Wardle J. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. Appetite. 1995;25(3):267-284.
30. Stern D, Tolentino L, Barquera S. Revisión del etiquetado frontal: análisis de las Guías Diarias de Alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición en México. Reporte de Investigación. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011. p. 1-36.
31. Carriedo A, Mena C, Nieto C, Alcalde J, Barquera S. Process evaluation of the front of pack labelling strategy in Mexico: Baseline results of consumers' behaviours towards food labels. 12th International Congress on Obesity; 2014 Mzo 17-20; Kuala Lumpur, Malaysia.
32. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Public Health Statement: Lead. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2007.
33. Cámara Minera de México. Situación de la minería en México en 2014. Informe Anual 2015 de la Cámara Minera de México, LXXVIII Asamblea General Ordinaria. México: Camimex, 2015.
34. Gulson BL, Mizon KJ, Korsch MJ, Palmer JM, Donnelly JB. Mobilization of lead from human bone tissue during pregnancy and lactation—a summary of long-term research. Sci Total Environ. 2003;15:303(1-2):79-104.
35. Goyer RA. Transplacental transport of lead. Environ Health Perspect. 1990;89:101-105.
36. Romieu I, Lacasana M, McConnell R. Lead exposure in Latin America and the Caribbean. Lead Research Group of the Pan-American Health Organization. Environ Health Perspect. 1997;105(4):398-405.
37. Schnaas L, Rothenberg SJ, Flores MF, Martínez S, Hernández C, Osorio E, et al. Blood lead secular trend in a cohort of children in Mexico City (1987-2002). Environ Health Perspect. 2004;112(10):1110-1115.
38. Cortez M, Téllez MM, Gómez H, Hernández M. Tendencia de los niveles de plomo en la atmósfera de la zona metropolitana de la Ciudad de México. 1988-1998. Salud Publica Mex. 2003;45(2):S196-202.
39. Romieu I, Palazuelos E, Hernández Ávila M, Ríos C, Muñoz L, Jiménez C, et al. Sources of Lead Exposure in Mexico City. Environ Health Perspect. 1994;102(4):384-389.
40. Téllez MM, Bautista LF, Richardson V, Estrada D, Ávila L, Ríos C, et al. Intoxicación por plomo y nivel de marginación en recién nacidos de Morelos, México. Salud Pública Mex. 2017;59(3):218-226.
41. Caravanos J, Dowling R, Téllez MM, Cantoral A, Kobrosly R, Estrada D, et al. Blood lead levels in Mexico and pediatric burden of disease implications. Ann Glob Health. 2014;80(4):269-277.
42. Abadin H, Ashizawa A, Stevens YW, Lladós F, Diamond G, Sage G, et al. Toxicological Profile for Lead. Atlanta (GA): Agency for Toxic Substances and Disease Registry (US); 2007.
43. Hu H, Téllez MM, Bellinger D, Smith D, Ettinger AS, Lamadrid H, et al. Fetal lead exposure at each stage of pregnancy as a predictor of infant mental development. Environ Health Perspect. 2006;114(11):1730-1735.
44. Zhu M, Fitzgerald EF, Gelberg KH, Lin S, Druschel CM. Maternal low-level lead exposure and fetal growth. Environ Health Perspect. 2010;118(10):1471-1475.
45. Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, Yolton K, Baghurst P, Bellinger DC, et al. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. Environ Health Perspect. 2005;113(7):894-899.
46. Froehlich TE, Lanphear BP, Auinger P, Hornung R, Epstein JM, Braun J, et al. Association of Tobacco and Lead Exposures With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics. 2009;124(6):e1054-1063.
47. Rabinowitz M, Bellinger D, Leviton a, Needleman H, Schoenbaum S. Pregnancy hypertension, blood pressure during labor, and blood lead levels. Hypertension. 1987;10(4):447-451.
48. Peters JL, Weisskopf MG, Spiro A, Schwartz J, Sparrow D, Nie H, et al. Interaction of stress, lead burden, and age on cognition in older men: The VA normative aging study. Environ Health Perspect. 2010;118(4):505-510.
49. Edwards M. Fetal Death and Reduced Birth Rates Associated with Exposure to Lead-Contaminated Drinking Water. Environ Sci Technol. 2014;48(1):739-746.
50. Marcus DK, Fulton JJ, Clarke EJ. Lead and Conduct Problems: A Meta-Analysis. J Clin Child Adolesc Psychol. 2010;39(2):234-241.
51. Secretaría de Salud. Modificación de los numerales 3, 6.1, tabla 1, así como los numerales 1 y 1.1.10, del Apéndice A, de la Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente, publicada el 18 de octubre de 2002. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2017.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Biomonitoring Summary. Lead. Atlanta, GA: CDC, 2017.
53. Daelmans B, Darmstadt G, Lombardi J, Black M, Britto P, Lye S, et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. Lancet. 2016;389(10064):9-11.
54. Attanasio O. The determinants of human capital formation during the early years of life: Theory, measurement, and policies. J Eur Econ Assoc. 2015;13(6):949-997.
55. Heckman J, Pinto R, Saveljev P. Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. Am Econ Rev. 2013;103(6):2052-2086.
56. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Nueva York: NU, 2015. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
57. Grantham-McGregor S, Cheung Y, Cuetto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B, et al. Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries. Lancet. 2007;369(9555):60-70.
58. Belsky J, Bell B, Bradley R, Stallard N, Stewart S. Socioeconomic Risk, Parenting During the Preschool Years and Child Health Age 6 Years. Eur J Public Health. 2007;17(5):508-513.
59. 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 Aggress Maltreat Trauma. 2009;18(5):459-483.
60. Erickson MF, Egeland B. A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. School Psych Rev. 1987;16(2):156-168.
61. 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):513-532.
62. Grossman DC. The History of Injury Control and the Epidemiology of Child and Adolescent Injuries. Future Child. 2000;10(1):23-52.
63. National Research Council, Institute of Medicine, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Shonkoff J, Phillips D, (eds). From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.

64. Barquera S, Rivera JA, Safdie M, Flores M, Campos I, Campirano F. Energy and nutrient intake in preschool and school age Mexican children: National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex.* 2003;45(4):5540-550.
65. 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):617-628.
66. 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(3):272-282.
67. Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, de Onis M, Ezzati M, *et al.* Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008;371(9608):243-260.
68. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet.* 2000;355(9202):451-455.
69. Jones G, Steketee R, Black R, Bhutta Z, Morris S, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet.* 2003;362(9377):65-71.
70. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Washington, DC.: OMS/UNICEF, 2008.
71. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2003. 1-37 p.
72. WHO Programme of Nutrition. Complementary feeding of younger children in Developing Countries: a review of current scientific knowledge. Ginebra: WHO, 1998.
73. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(1):49-74.
74. Ramírez I. Lactancia materna y enfermedades crónicas en el niño. En: González T, Hernández S. *Lactancia materna en México.* México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM);2016. p. 29-37 .
75. Unar M, Meza R, Colchero MA, Torres G, de Cosío TG. Economic and disease burden of breast cancer associated with suboptimal breastfeeding practices in Mexico. *Cancer Causes Control.* 2017;28(12):1381-1391.
76. Torres G, Unar M. Lactancia materna y cáncer de mama y ovario. En: González T, Hernández S. *Lactancia materna en México. Lactancia materna en México.* México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM);2016. p. 44-46.
77. Hernández S, Lozada AL. Lactancia materna, retención de peso posparto (RPP) y riesgo de obesidad materna en etapas posteriores. En: González T, Hernández S. *Lactancia materna en México.* México: Academia Nacional de Medicina de México (ANMM);2016. p. 39-43.
78. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8).
79. Kramer M, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *J Am Medical Assoc.* 2001;285(4):413-420.
80. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food Nutr Bull.* 2003;24(1):5-28.
81. Fleiss J, Levin B, Paik M. *Statistical Methods for Rates and Proportions.* 3rd ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003. 76 p.

Hogar

6.1 Programas de ayuda alimentaria

Se obtuvo información de los programas de ayuda alimentaria en una muestra de 44 503 hogares, que representan a 33 301 078 a nivel nacional.

El 35% de los hogares, es decir 11 833 800 aproximadamente informaron ser beneficiarios de al menos algún programa de ayuda alimentaria. El 22% de un programa, 8.4% de dos programas y 5.2% de tres o más programas. Al analizar la información por tipo de localidad, se observó que 58.5% de la población que reside en localidades rurales y 28.4% que reside en localidades urbanas, recibe algún programa de ayuda alimentaria.

En la región Sur, uno de cada dos hogares (50%) son beneficiarios de algún programa de ayuda alimentaria, esta proporción es menor en las regiones Centro y Ciudad de México (32%), y en Norte donde la proporción de beneficiarios es de 22.4% (cuadro 6.1.1).

	Total de hogares		Un programa		Dos programas		Tres o más programas	
	n	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tipo de localidad								
Urbano	32 498	25 435.8	19.1	18.4,19.7	6.3	5.8,6.6	3.1	2.8,3.3
Rural	12 005	7 865.3	31.3	30.2,32.5	15.3	14.4,16.1	11.9	10.8,12.8
Región								
Norte	10 668	6 957.5	15.3	14.5,16.1	4.7	4.2,5.2	2.4	2.0,2.7
Centro	16 472	11 757.5	20.9	20,21.8	7.3	6.5,8	3.9	3.4,4.3
Ciudad de México	1 885	4 334.8	23.0	20.9,25.1	6.6	5.5,7.8	2.4	1.8,3
Sur	15 478	10 251.3	27.3	26.3,28.3	13.0	12.2,13.6	9.7	8.9,10.4
Nacional	44 503	33 301.1	22.0	21.4,22.5	8.4	8.0,8.7	5.2	4.8,5.4

■ **Cuadro 6.1.1**

Porcentaje de hogares beneficiarios de 1 o más programas sociales de ayuda alimentaria por tipo de localidad y región. México, Ensanut 2018-19

Los programas con mayor cobertura en el ámbito nacional son *Prospera*, programa de inclusión social (17.7%), el programa de adultos mayores (20.1%) y el programa de desayunos escolares del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (9.8%).

En contraste, se observó que los programas con una cobertura menor de 1.0% son las cocinas o desayunadores comunitarios del DIF, los apoyos alimentarios de albergues o comedores indígenas, los comedores comunitarios de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y los apoyos provenientes de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) (cuadro 6.1.2).

■ Cuadro 6.1.2

Porcentaje de hogares beneficiarios de programas sociales de ayuda alimentaria por tipo de localidad y región. México, Ensanut 2018-19

Programas	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
<i>Prospera</i> programa de inclusión social	44 498	33 298.6	17.7	17,18.3	32 496	25 434.6	11.2	10.5,11.8	12 002	7 864.0	38.7	36.9,40.4
Programa social de abasto de Leche Liconsa	44 500	33 299.7	6.3	5.9,6.7	32 496	25 434.6	6.4	5.9,6.8	12 004	7 865.1	6.0	5.2,6.9
Alimentos del programa DIF	44 503	33 301.1	3.5	3.2,3.7	32 498	25 435.8	2.6	2.3,2.8	12 005	7 865.3	6.6	5.9,7.2
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	44 494	33 296.7	0.6	0.5,0.7	32 491	25 432.2	0.4	0.3,0.5	12 003	7 864.5	1.3	1,1.6
Comedores comunitarios de Sedesol	44 494	33 296.7	0.8	0.6,0.9	32 491	25 432.2	0.6	0.5,0.7	12 003	7 864.5	1.3	0.9,1.7
Estancias infantiles para madres trabajadoras de Sedesol	12 228	9 065.6	1.1	0.9,1.3	8 267	6 342.4	1.4	1.1,1.7	3 961	2 723.2	0.3	0.1,0.6
Desayunos para escolares (fríos o calientes) DIF	26 182	19 538.7	9.8	9.1,10.4	18 616	14 432.0	7.1	6.4,7.7	7 566	5 106.6	17.4	15.8,19.1
Escuelas de tiempo completo de la SEP	23 894	17 849.4	3.2	2.8,3.5	17 045	13 243.5	1.9	1.6,2.1	6 849	4 605.9	6.9	5.9,7.9
Apoyos monetarios para adultos mayores	14 474	10 767.3	20.1	19.1,20.9	10 438	8 239.2	17.9	16.9,19	4 036	2 528.1	27.0	25.2,28.8
Apoyo alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	14 476	10 768.0	0.02	--	10 439	8 239.7	---	---	4 037	2 528.3	0.1	0.0,0.2
Apoyo ONG	44 501	33 299.9	0.5	0.4,0.6	32 497	25 435.0	0.5	0.3,0.5	12 004	7 864.9	0.7	0.4,1

Programas	Región															
	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Prospera programa de inclusión social	10 665	6 955.9	9.2	8,5,9,9	16 471	11 757.0	14.8	13,6,16,1	1 885.0	4 334.8	3.6	2,7,4,6	1 5477	10 250.8	32.6	31,2,34
Programa social de abasto de Leche Liconsa	10 666	6 956.5	2.1	1,8,2,4	16 472	11 757.5	6.7	6,7,5	1 885.0	4 334.8	11.8	10,1,13,7	1 5477	10 250.9	6.3	5,6,6,9
Alimentos del programa DIF	10 668	6 957.5	5.1	4,5,5,6	16 472	11 757.5	3.4	3,3,8	1 885.0	4 334.8	1.2	0,7,1,9	1 5478	10 251.3	3.5	3,0,3,9
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	10 666	6 955.6	0.6	0,4,0,7	16 467	11 755.8	0.5	0,3,0,6	1 885.0	4 334.8	0.6	0,3,1	1 5476	10 250.4	0.9	0,7,1
Comedores comunitarios de Sedesol	10 666	6 955.6	0.2	0,1,0,3	16 467	11 755.8	0.4	0,2,0,6	1 885.0	4 334.8	1.9	1,3,2,6	1 5476	10 250.4	1.1	0,8,1,4
Estancias infantiles para madres trabajadoras de Sedesol	2 605	1 673.4	1.1	0,7,1,6	4 672	3 427.6	1.1	0,8,1,5	376.0	879.2	0.4	0,1,4	4 575	3 085.4	1.3	0,9,1,6
Desayunos para escolares (fríos o calientes) DIF	5 925	3 876.5	4.5	3,9,5,1	9 751	7 134.2	7.8	6,6,9	899.0	2 097.9	16.2	13,8,18,8	9 607	6 430.0	13.1	12,14,1
Escuelas de tiempo completo de la SEP	5 463	3 572.6	2.9	2,4,3,5	8 838	6 469.9	2.4	1,9,2,9	824.0	1 915.6	1.5	0,8,2,4	8 769	5 891.3	4.8	4,5,5
Apoyos monetarios para adultos mayores	3 336	2 149.4	10.3	9,1,11,5	5 360	3 632.6	19.6	18,21,1	714.0	1 584.8	29.9	26,3,33,6	5 064	3 400.4	22.2	20,8,23,7
Apoyo alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	3 338	2 150.2	---	---	5 360	3 632.6	---	---	714.0	1 584.8	---	---	5 064	3 400.4	0.1	0,0,2
Apoyo ONG	10 666	6 956.3	0.7	0,5,0,9	16 472	11 757.5	0.3	0,2,0,4	1 885.0	4 334.8	0.2	0,0,5	15 478	10 251.3	0.8	0,5,1,1

Fuente: Ensanut 2018-19

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Sedesol: Secretaría de Desarrollo Social

SEP: Secretaría de Educación Pública

ONG: organización no gubernamental

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Respecto a la distribución de los programas sociales de ayuda alimentaria por tipo de localidad, se observa que *Prospera* tiene una mayor cobertura en el ámbito rural (38.7%) respecto al urbano (11.2%), al igual que el programa de adultos mayores (27.0 vs. 17.9%) y el programa de desayunos escolares (17.4 vs. 7.1%). Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Al analizar la distribución regional de los programas, se observa que *Prospera* tiene mayor número de beneficiarios en la región Sur (32.6%); en contraste los programas de apoyo monetario para adultos mayores, de desayunos escolares y el programa de abasto social de leche Liconsa (PASL) se concentran en la región Ciudad de México (cuadro 6.1.2).

En el cuadro 6.1.3 se muestra el porcentaje de población beneficiaria de cada programa social en 2012 y 2018. Se observa una disminución significativa en los beneficiarios de diferentes programas, entre los que destacan el PASL que disminuyó 3 puntos porcentuales (9.7 vs. 6.3%) y el programa de desayunos escolares (12.2 vs. 9.8%). En contraste, el programa de apoyos monetarios para adultos mayores muestra un aumento significativo de 8 puntos porcentuales (12.6 vs. 20.1%).

■ Cuadro 6.1.3

Comparación del porcentaje de hogares beneficiarios de programas sociales de ayuda alimentaria en 2012 y 2018. México, Ensanut 2018-19

Ensanut 2018-19				
Programas	Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
<i>Prospera</i> programa de inclusión social	44 498	33 298.6	17.7	17.0,18.3
Programa social de abasto de Leche Liconsa	44 500	33 299.7	6.3	5.9,6.7
Alimentos del programa DIF	44 503	33 301.1	3.5	3.2,3.7
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	44 494	33 296.7	0.6	0.5,0.7
Desayunos para escolares (fríos o calientes) DIF	26 182	19 538.7	9.8	9.1,10.4
Apoyos monetarios para adultos mayores	14 474	10 767.3	20.1	19.1,20.9
Apoyo alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	14 476	10 768.0	0.02	--
Apoyo ONG	44 501	33 299.9	0.5	0.4,0.6
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)*	--	--	--	--
Escuelas de tiempo completo de la SEP [†]	23 894	17 849.4	3.2	2.8,3.5
Comedores comunitarios de Sedesol [‡]	44 494	33 296.7	0.8	0.6,0.9
Estancias infantiles para madres trabajadoras de Sedesol [‡]	12 228	9 065.6	1.1	0.9,1.3

Ensanut 2012				
	Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
<i>Prospera</i> programa de inclusión social (antes <i>Oportunidades</i>)	35 972	29 312.7	18.8	17.7,19.9
Programa social de abasto de Leche Liconsa	36 134	29 409.8	9.7	8.8,10.7
Alimentos del programa DIF	36 154	29 421.3	6.5	5.9,6.9
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF	36 156	29 421.5	3.3	3.0,3.6
Desayunos para escolares (fríos o calientes) del DIF	22 122	18 000.8	12.2	11.2,13.0
Apoyos monetarios para adultos mayores	17 856	14 944.9	12.6	11.7,13.5
Apoyo alimentario de Albergues y/o comedores escolares indígenas	22 128	18 005.9	0.6	0.4,0.7
Apoyo de ONG	36 158	29 425.1	0.9	0.7,1.0
Apoyos monetarios del Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	36 157	29 424.4	2.0	1.6,2.2

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

*Los beneficiarios del PAL formaron parte de *Prospera* programa de inclusión social, debido a cambios en las reglas de operación.

†Los programas no existían en 2012.

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Sedesol: Secretaría de Desarrollo Social

SEP: Secretaría de Educación Pública

ONG: organización no gubernamental

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

6.2 Seguridad alimentaria

En esta sección se presentan los resultados del análisis sobre la experiencia de seguridad e inseguridad alimentaria de 44 151 hogares. Estos datos representaron a 33 067 100 hogares a nivel nacional.

En el ámbito nacional, la prevalencia de inseguridad alimentaria, en cualquiera de sus categorías, fue de 55.5%: 32.8% en inseguridad leve, 14.1% en inseguridad moderada y 8.6% en inseguridad severa. Al aplicar factores de expansión, esta información representó a 18 352 241 hogares con algún grado de inseguridad alimentaria. Desagregando la información por tipo de localidad donde residen los hogares, se observó una mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria en localidades rurales (69.7%: 40.6% en inseguridad leve, 17.8% en moderada y 11.3% en severa) en contraste con los hogares urbanos (51.1%: 30.4% en inseguridad leve, 13.0% en moderada y 7.7% en severa) (cuadro 6.2.1).

■ Cuadro 6.2.1

Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria, por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Tipos de localidades	SEGURIDAD				LEVE				MODERADA				SEVERA			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Urbana	15 336	12 336.4	48.9	48,49.7	10 190	7 684.3	30.4	29,7,31.1	4 126	3 280.3	13.0	12,4,13.5	2 584	1 952.6	7.7	7,3,8.1
Rural	3 613	2 371.8	30.4	29,31.7	4 898	3 171.2	40.6	39,2,41.9	2 052	1 389.0	17.8	16,8,18.7	1 352	881.4	11.3	10,4,12.1
Nacional	18 949	14 708.3	44.5	43,7,45.2	15 088	10 855.5	32.8	32,1,33.4	6 178	4 669.3	14.1	13,6,14.5	3 936	2 833.985	8.6	8,2,8.9

Fuente: Ensanut 2018-19

En el cuadro 6.2.2 se describe la proporción de hogares en cada una de las categorías de seguridad e inseguridad alimentaria, de acuerdo con la región geográfica. Destaca que la mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria se ubica en las regiones Sur (68.4%) y Centro (52.8%) 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: 29.3% en la región Sur y 21.5% en la región Centro.

■ Cuadro 6.2.2

Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria, por región geográfica. México, Ensanut 2018-19

Región	SEGURIDAD				LEVE				MODERADA				SEVERA			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Norte	5 481	3 691.2	53.5	52,2,54.6	3 163	2 026.0	29.3	28,3,30.3	1 110	689.5	10.0	9,3,10.6	801	497.0	7.2	6,6,7.8
Centro	7 570	5 518.8	47.2	45,7,48.6	5 523	3 654.8	31.2	30,1,32.4	2 168	1 678.0	14.3	13,4,15.2	1 128	844.3	7.2	6,6,7.8
Ciudad de México	981	2 275.1	53.1	50,4,55.8	531	1 193.8	27.9	25,5,30.2	212	489.5	11.4	9,8,13.1	138	323.3	7.6	6,3,8.9
Sur	4 917	3 223.1	31.6	30,6,32.6	5 871	3 980.9	39.1	38,0,40.1	2 688	1 812.4	17.8	17,0,18.6	1 869	1 169.3	11.5	10,8,12.1
Nacional	18 949	14 708.3	44.5	43,7,45.2	15 088	10 855.5	32.8	32,1,33.4	6 178	4 669.3	14.1	13,6,14.5	3 936	2 834	8.6	8,2,8.9

Fuente: Ensanut 2018-19

En el cuadro 6.2.3 se describen las prevalencias comparativas de seguridad/ inseguridad alimentaria de los hogares de acuerdo con los años de encuesta (2012 y 2018-19). Resalta que, en el transcurso de seis años, la inseguridad alimentaria en cualquiera de sus categorías disminuyó 14.5 puntos porcentuales (pp) y con lo que respecta particularmente a las formas más graves de inseguridad (moderada y severa), la prevalencia disminuyó 5.5 pp en el país.

■ Cuadro 6.2.3

Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria comparadas por año de encuesta. México, Ensanut 2018-19

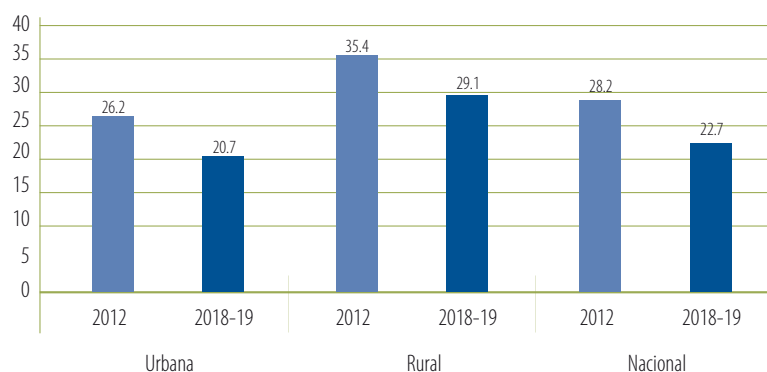
Año de encuesta	Seguridad alimentaria				Inseguridad leve				Inseguridad moderada				Inseguridad severa			
	n	Expansión			n	Expansión			n	Expansión			n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
2012	10 781	8 748.8	30.0	29,1,31.0	17 361	12 119.3	41.6	40,8,42.4	7 837	5 175.6	17.7	17,1,18.4	4 830	3 055.8	10.5	10,0,11.0
2018-19	18 949	14 708.3	44.5	43,7,45.2	15 088	10 855.5	32.8	32,1,33.4	6 178	4 669.3	14.1	13,6,14.5	3 936	2 834	8.6	8,2,8.9

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

En lo que concierne a la magnitud de la inseguridad alimentaria moderada y severa, de acuerdo con el tipo de localidad donde residen los hogares, también se observó una disminución significativa en el periodo de tiempo transcurrido entre la Ensanut 2012 y 2018-19, pues se observó una disminución de 5.5 puntos porcentuales (pp) en los hogares urbanos y 6.3 pp en los rurales (figura 6.2.4).

■ Figura 6.2.4

Proporción de hogares en las categorías de inseguridad alimentaria moderada y severa comparadas por año de encuesta. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Conclusiones

La proporción de beneficiarios de los programas sociales de ayuda alimentaria mostraron en general una disminución. Una de las posibles explicaciones de estos resultados es el periodo en el que se obtuvieron los datos ya que coincide

con el periodo de elecciones, por lo cual la distribución de programas sociales estuvieron suspendidos temporalmente. Para conocer con precisión el cambio en la cobertura de los mismos sería conveniente realizar evaluaciones para cada uno de los programas.

También se pudo documentar la cobertura de programas que surgieron durante el periodo 2012-2018 tales como los comedores de Sedesol y el programa de escuelas de tiempo completo, o que no habían sido evaluados como el programa de estancias infantiles para madres trabajadoras.

Finalmente, cabe destacar el aumento en la proporción de beneficiarios del programa de apoyos monetarios para los adultos mayores, debido a la vulnerabilidad de este grupo de edad.

La inseguridad alimentaria dentro de los hogares ha sido incorporada desde hace más de una década como un indicador de la medición de la pobreza en México¹ y en el desarrollo y supervisión de la política pública en América Latina,^{2,3} pues permite identificar a los grupos de población que presentan carencia en el cumplimiento de sus derechos sociales, entre ellos la alimentación.⁴

A pesar que en los seis años transcurridos entre la Ensanut 2012 y la Ensanut 2018-19, hubo una disminución importante en la inseguridad alimentaria, todavía alrededor de una cuarta parte de los hogares mexicanos experimenta las formas más graves de inseguridad alimentaria, recayendo en mayor magnitud en las zonas rurales.

Ante la elevada proporción de hogares que se reportaron en inseguridad alimentaria, es de suma importancia colocar en la agenda de la política pública estrategias que hagan efectivo el cumplimiento del derecho a la alimentación en los mexicanos, especialmente entre los que se encuentran en inseguridad alimentaria moderada y severa.

El indicador de inseguridad alimentaria ha mostrado sensibilidad a cambios en gasto social, en la economía o en los salarios mínimos, lo que permite la rendición de cuentas, la coordinación intersectorial de esfuerzos, además de la equidad en la distribución de recursos de acuerdo con necesidades,⁵ lo cual es de suma importancia en México en la búsqueda de cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Referencias

1. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Ciudad de México: Coneval, 2009.
2. Perez R, Dessalines M, Finnigan M, Pachon E, Horni A, Gupta N. Household food insecurity is associated with childhood malaria in rural Haiti. *J Nutr.* 2009;139(11):2132-2138.
3. Segall A, Panigass G, Sampaio MF, Marin L, Perez R. Validación de instrumento de medida de la inseguridad alimentaria y hambre. En: El contexto de las políticas brasileñas de combate al hambre: Brasil 2003-2004. *Perspectivas Nutr Human.* 2007:89-102.
4. Carrasco B, Peinador R, Aparicio R. La Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria en la ENIGH: Evidencias de la relación entre la inseguridad alimentaria y la calidad de la dieta en hogares mexicanos. *Memorias de la X Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México.* Ciudad de México: Colmex, 2010.
5. Pérez-Escamilla R. Can experience-based household food security scales help improve food security governance? *Glob Food Sec.* 2012;1(2):120-125.

Niños

7.1 Desnutrición

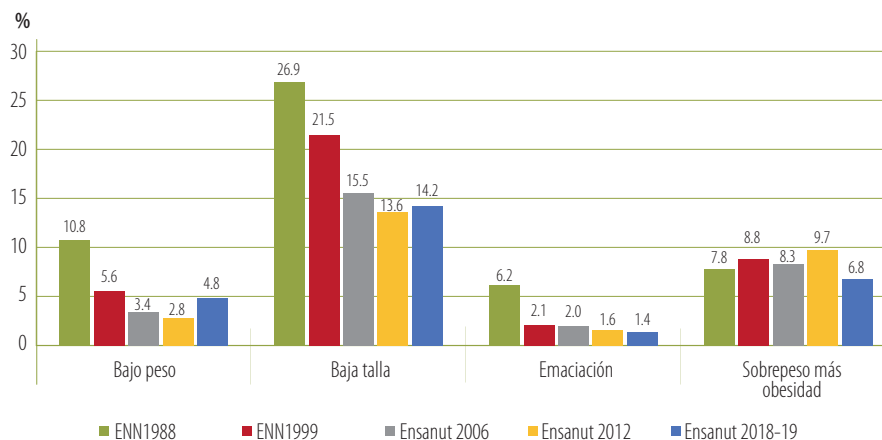
Se analizó la prevalencia de desnutrición infantil en 3 776 menores de cinco años de edad lo que al aplicar factores de expansión representa a 9 737 540 preescolares en México. En 2018, la prevalencia de bajo peso se ubicó en 4.8%, la baja talla en 14.2% y la emaciación en 1.4%. La figura 7.1.1 muestra la prevalencia de los diferentes tipos de desnutrición desde 1988 hasta 2018.

La baja talla para la edad mantuvo un descenso de 1988 al 2012 en aproximadamente 12.7 puntos porcentuales (pp), alrededor de 0.55 pp/año, sin embargo, para 2018 se observa un ligero aumento de 0.6 puntos porcentuales (de 13.6 a 14.2%), el cual no es significativo.

La prevalencia de emaciación se ha mantenido desde hace más de dos décadas por debajo de 2.0%, observando el descenso más importante entre 1988 y 1999. Por otro lado, el bajo peso mantuvo un descenso importante de 1988 a 2012 alcanzando 8 pp menos, sin embargo, para 2018 se observó un aumento de 2 pp pasando de 2.8 a 4.8%.

Figura 7.1.1

Comparación de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en menores de 5 años de 1988 a 2018-19. México, Ensanut 2018-19



Fuente: ENN 1988 y 1999, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

El cuadro 7.1.1 muestra la prevalencia de los diferentes tipos de desnutrición en la población preescolar, diferenciando por tipo de localidad de residencia. Para los preescolares que habitan en las localidades urbanas se observó un incremento, no significativo, en la prevalencia de baja talla de 1.8 pp de 2012 a 2018 pasando de 11.1 a 12.9%, respectivamente. En contraste, se observó una disminución de 3.4 pp en la prevalencia de baja talla en los residentes de localidades rurales, pasando de 20.9% en 2012 a 17.5% en 2018. La prevalencia de bajo peso tuvo un incremento de 2 pp para los que habitan en localidades urbanas y un poco menos (1.7 pp) para los que residen en localidades rurales. Cabe destacar que, en 2018, la prevalencia de emaciación o también considerada desnutrición actual, se presentó mayormente en los niños y niñas de localidades rurales (2.3%) en comparación con las urbanas (1.1%).

Condición	Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
NACIONAL								
Bajo peso	10 658	10 785.1	2.8	2.4,3.3	3 776	9 737.5	4.8	3.6,6.3
Baja talla	10 658	10 785.1	13.6	12.6,14.7	3 776	9 737.5	14.2	12.5,16.1
Emaciación	10 658	10 785.1	1.6	1.3,2.0	3 776	9 737.5	1.4	1.0,2.0
SP+O*	10 658	10 785.1	9.7	8.9,10.6	3 776	9 737.5	6.8	5.9,7.9
URBANO								
Bajo peso	10 658	10 785.1	2.2	1.7,2.8	2 329	6 960.6	4.2	2.8,6.3
Baja talla	10 658	10 785.1	11.1	10.0,12.3	2 329	6 960.6	12.9	10.8,15.3
Emaciación	10 658	10 785.1	1.4	1.0,2.0	2 329	6 960.6	1.1	0.7,1.7
SP+O*	10 658	10 785.1	10.2	9.2,11.4	2 329	6 960.6	6.9	5.8,8.2
RURAL								
Bajo peso	10 658	10 785.1	4.6	3.8,5.6	1 447	2 777.0	6.3	4.6,8.5
Baja talla	10 658	10 785.1	20.9	18.9,23.2	1 447	2 777.0	17.5	14.5,21.0
Emaciación	10 658	10 785.1	2.0	1.5,2.7	1 447	2 777.0	2.3	1.3,3.9
SP+O*	10 658	10 785.1	8.2	8.9,10.6	1 447	2 777.0	6.6	5.0,8.6

*SP+O: Sumatoria de las categorías de sobrepeso más obesidad

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 7.1.1

Comparativo de la prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en población menor de 5 años de edad de la Ensanut 2012 y 2018-19, por tipo de localidad de residencia. México, Ensanut 2018-19

7.2 Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en la población menor de cinco años de edad se observó en 6.8% en 2018. Esta prevalencia es menor a la observada en 2012 (9.7%) pero ligeramente mayor a la observada en 2016 (5.8%) (figura 7.1.1). La distribución por tipo de localidad de residencia no mostró diferencias

entre las localidades urbanas y rurales, siendo para ambas alrededor de 6% (6.6 rural vs. 6.9% urbana) (cuadro 7.1.1).

7.3 Sobrepeso y obesidad en niños y niñas en edad escolar

Para la valoración del estado de nutrición de la población escolar se analizó la información de 6 266 niños y niñas entre 5 a 11 años de edad, lo que representa aproximadamente a 10 991 720 escolares en todo el país. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2018 fue de 35.5% (3 920 010 escolares en el ámbito nacional con exceso de peso). En 2012, esta cifra fue de 34.4%. La sumatoria de ambas categorías de estado de nutrición fue mayor en niños (37.8%) en comparación con las niñas (33.4%).

En 2018, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en niñas (18.4%) con respecto a los niños (17.7%); sin embargo, el porcentaje de niños escolares con obesidad fue 5.1 puntos porcentuales mayor (20.1%) con respecto a las niñas (15%) (cuadro 7.3.1). En 2012, el sobrepeso fue mayor en las niñas y la obesidad mayor en los niños.

Con respecto a la edad, el grupo con la mayor prevalencia de sobrepeso en niñas fue a los ocho años con 23.2% y a los 11 con 21.9%; en el caso de los niños las prevalencias más altas fueron a los 11 y 10 años con 23.3 y 19.8%, respectivamente. Para la categoría de obesidad la edad más prevalente fue a los 10 años en niñas (24.1%) y a los nueve años en niños (29.9%) (cuadro 7.3.1).

La distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad por tipo de localidad urbana o rural y por región se presenta en el cuadro 7.3.2. De 2012 a 2018 se observa un aumento en la prevalencia de obesidad en ambas localidades de residencia urbana y rural y para ambos grupos niños y niñas, no siendo así para la prevalencia de sobrepeso donde el principal incremento se observó en las niñas que habitan en localidades rurales. Por otro lado, en la región Norte del país se observó una prevalencia en los niños de 20.6% sobrepeso y 22.3% obesidad, seguida de la región Ciudad de México con cifras alrededor de 20% en las niñas (cuadro 7.3.2).

El análisis de la prevalencia de sobrepeso y obesidad de 1999 a 2018 se presenta en la figura 7.3.1. En 1999, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 26.9% en ambos sexos, 25.5% en niñas y 28.2% en niños. El aumento observado entre 1999 y 2018 (35.5% ambos sexos) ha sido de 8.6 puntos porcentuales (pp), equivalente a 0.46 pp/año. Para las niñas, este incremento ha sido de 7.9 pp en el mismo periodo y para los niños de 9.6 pp. Cabe destacar que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños de 1999 a 2006, pasando de 9.6 a 20.1%; en las niñas este aumento fue de 8.3 a 15% (figura 7.3.1). Entre los años 2006 y 2012 no se observaron tendencias claras en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, sin embargo, de 2012 a 2018 nuevamente se observa una

■ Cuadro 7.3.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años en 2012 y 2018-19, por edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Edad	2012						2018-19					
	Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
	Expansión	n	Expansión	%	Expansión	%	Expansión	n	Expansión	%	Expansión	%
			N (miles)	IC95%					N (miles)	%	IC95%	
			Hombres									
5	1 108	1 105.6	149,230	11.4	8,714.8	433	748.3	15.4	11.1,21.0	9.2	6.1,13.4	
6	1 159	1 151.2	149,213	11.9	9,614.7	460	716.4	17.3	12.9,22.9	12.8	9.1,17.7	
7	1 235	1 243.4	162,237	17.0	13,920.5	467	768.0	14.4	10.4,19.5	17.1	12.1,23.8	
8	1 235	1 176.6	16,923.8	19.1	15,023.9	484	804.3	18.3	13.4,24.4	23.9	18.4,30.4	
9	1 270	1 199.6	14,920.9	21.0	17,625.0	473	809.0	14.9	11.2,19.6	29.9	22.5,38.6	
10	1 074	1 139.8	16,624.3	21.7	18,325.5	397	847.8	19.8	13.6,27.9	25.3	18.5,33.6	
11	1 114	1 311.2	18,026.2	19.0	15,722.8	379	785.3	23.3	17.5,30.4	20.6	15.1,27.5	
Todos	8 195	8 327.4	181,210	17.4	16,018.8	3 093	5 479.15	17.7	15.7,19.8	20.1	17.9,22.6	
			Mujeres									
5	1 124	1 144.9	12,920.5	6.6	4,791	432	661.2	16.2	11.9,21.6	6.8	4.3,10.7	
6	1 184	1 139.7	12,018.1	9.9	7,612.7	445	735.0	14.5	10.3,20.0	12.4	8.3,18.1	
7	1 203	1 088.2	14,019.9	11.4	9,114.3	505	800.1	13.0	9.3,17.8	19.1	13.8,25.7	
8	1 254	1 205.2	15,622.1	15.7	13,019.0	505	833.7	23.2	17.5,30.1	9.5	6.9,12.9	
9	1 235	1 130.8	19,828.3	13.2	10,915.9	482	857.0	19.8	14.6,26.3	16.6	11.2,23.9	
10	1 021	1 125.7	20,829.3	13.4	10,816.5	404	819.6	19.0	13.3,26.4	24.1	16.2,34.5	
11	1 135	1 282.2	21,829.6	12.2	9,615.3	400	806.0	21.9	16.6,28.2	14.5	10.4,20.0	
Todas	8 156	8 116.7	188,21.6	11.8	10,812.8	3 173	5 512.57	18.4	16.3,20.6	15.0	12.8,17.5	

IC95%: Intervalo de confianza al 95%
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 7.3.2

Sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años en 2012 y 2018-19, por tipo de localidad y región de residencia. México, Ensanut 2018-19

Localidad	Sexo	2012						2018-19													
		TOTAL			SOBREPESO (>1Z, <=2Z)			OBESIDAD (>2Z)			TOTAL			SOBREPESO (>1Z, <=2Z)			OBESIDAD (>2Z)				
		Expansión		N (miles)	%		IC95%	Expansión		%	IC95%	Expansión		N (miles)	%		IC95%	Expansión		%	IC95%
n						n															
Urbano	Hombres	5 039	6 177.3	20.6	18.8,22.5	19.5	1 934	17.8,21.4	18.2	15.7,20.9	22.2	3 976.8	15.7,20.9	18.2	15.7,20.9	22.2	3 976.8	15.7,20.9	18.2	15.7,20.9	22.2
	Mujeres	5 087	6 085.6	21.6	19.9,23.4	13.0	1 973	11.7,14.3	18.4	15.8,21.3	16.9	3 952.2	15.8,21.3	18.4	15.8,21.3	16.9	3 952.2	15.8,21.3	18.4	15.8,21.3	16.9
Rural	Hombres	3 156	2 150.1	16.3	14.4,18.3	11.2	1 159	9.6,13.1	16.4	13.8,19.3	14.6	1 502.4	13.8,19.3	16.4	13.8,19.3	14.6	1 502.4	13.8,19.3	16.4	13.8,19.3	14.6
	Mujeres	3 069	2 031.1	16.0	14.3,17.9	8.3	1 200	7.1,9.7	18.3	15.7,21.3	10.2	1 560.4	15.7,21.3	18.3	15.7,21.3	10.2	1 560.4	15.7,21.3	18.3	15.7,21.3	10.2
Región																					
Norte	Hombres	1 801	1 596.4	19.3	16.9,22.0	22.0	635	19.5,24.7	20.6	16.5,25.4	22.3	1 046.2	16.5,25.4	20.6	16.5,25.4	22.3	1 046.2	16.5,25.4	20.6	16.5,25.4	22.3
	Mujeres	1 783	1 547.7	20.1	17.9,22.6	13.8	591	11.7,16.3	19.1	14.9,24.3	15.7	1 046.8	14.9,24.3	19.1	14.9,24.3	15.7	1 046.8	14.9,24.3	19.1	14.9,24.3	15.7
Centro	Hombres	2 897	2 523.4	18.2	16.3,20.2	17.1	1 119	14.8,19.6	16.1	13.2,19.6	17.6	1 857.5	13.2,19.6	16.1	13.2,19.6	17.6	1 857.5	13.2,19.6	16.1	13.2,19.6	17.6
	Mujeres	2 829	2 488.8	19.2	17.1,21.4	12.3	1 200	10.9,13.9	19.7	16.5,23.3	14.6	1 861.0	16.5,23.3	19.7	16.5,23.3	14.6	1 861.0	16.5,23.3	19.7	16.5,23.3	14.6
Ciudad de México	Hombres	340	1 429.8	23.1	17.6,29.7	18.8	78	14.0,24.8	15.0	8.2,25.8	32.8	756.9	8.2,25.8	15.0	8.2,25.8	32.8	756.9	8.2,25.8	15.0	8.2,25.8	32.8
	Mujeres	393	1 428.8	24.1	19.4,29.6	10.7	76	7.6,14.8	20.0	11.6,32.3	23.2	701.4	11.6,32.3	20.0	11.6,32.3	23.2	701.4	11.6,32.3	20.0	11.6,32.3	23.2
Sur	Hombres	3 157	2 777.8	18.9	17.0,21.0	14.3	1 261	12.6,16.1	18.7	16.0,21.7	16.1	1 818.6	16.0,21.7	18.7	16.0,21.7	16.1	1 818.6	16.0,21.7	18.7	16.0,21.7	16.1
	Mujeres	3 151	2 651.4	19.0	17.1,21.2	10.7	1 306	9.4,12.2	16.1	13.6,18.8	11.9	1 903.3	13.6,18.8	16.1	13.6,18.8	11.9	1 903.3	13.6,18.8	16.1	13.6,18.8	11.9

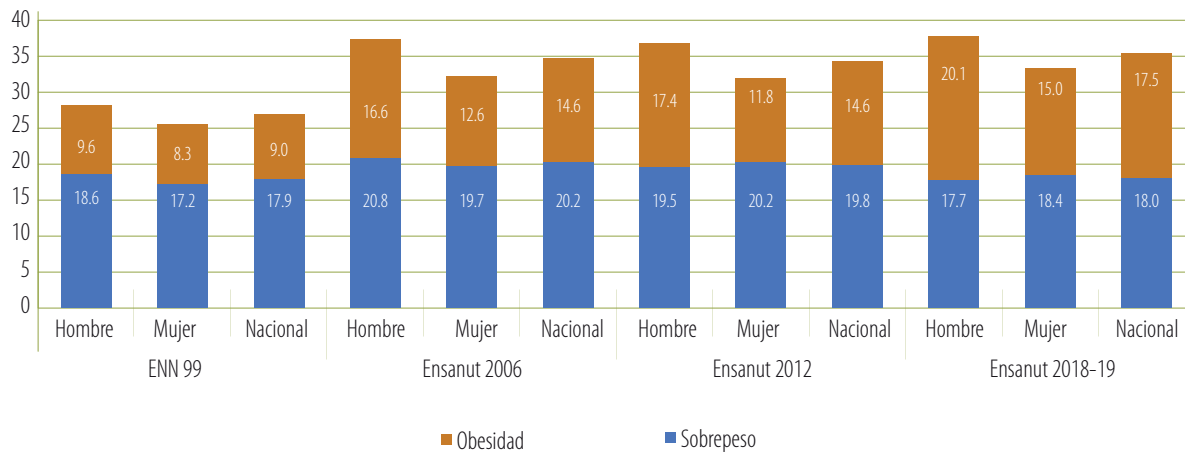
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

prevalencia de obesidad casi 3 pp mayor en ambos sexos en comparación con una disminución de la prevalencia de sobrepeso de alrededor de 1.8 pp también para ambos sexos (figura 7.3.1).

Figura 7.3.1

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 y 2018-19, por sexo. México, Ensanut 2018-19



Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

7.4 Anemia

Información por grupo de edad

La información sobre la concentración de hemoglobina capilar con valores válidos fue obtenida en 3 072 niños de 1-4 años representando a un total de 7 989 379 niños. La prevalencia nacional de anemia en los niños preescolares fue de 32.5% (IC95% 29.8, 35.3%), afectando a un total de 2 594 999 niños de este grupo de edad. La mayor prevalencia se observó en los niños de 12 a 23 meses de edad (48.2%), siendo prácticamente el doble de lo observado en los niños del grupo de cuatro años de edad (20.6%), ($p < 0.001$) (cuadro 7.4.1).

En relación con los últimos seis años (Ensanut 2012), la prevalencia de anemia en los niños preescolares tuvo una tendencia en ascenso, la cual aumentó 9 pp ($p < 0.01$). Este incremento en la prevalencia de anemia en 2018, coincide con la prevalencia observada en los datos de la primera encuesta (ENN 99), siendo no estadísticamente diferente dichas prevalencias (cuadro 7.4.1).

En los niños escolares, se obtuvo información de sangre capilar (para la medición de la hemoglobina) en 5 721 niños, representando a 11 012 870 de niños de 5-11 años de edad. En ellos, la prevalencia nacional de anemia fue de 21.2% (IC95% 19.6, 23.0%); afectando a 2 339 657 escolares mexicanos con anemia, sin diferencias por sexo. Los escolares de cinco años de edad, fueron los que tuvieron la mayor prevalencia de anemia (36%) en comparación con los demás grupos de niños escolares de mayor edad (cuadro 7.4.1).

Al comparar los datos de anemia de la población escolar con los reportados en la encuesta del 2012, se observó una tendencia de aumento en la prevalencia de anemia en los últimos seis años, siendo el incremento de 11.1 pp para este grupo de edad (cuadro 7.4.1).

■ Cuadro 7.4.1

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19 por edad. México, Ensanut 2018-19

Edad	ENN 1999				Ensanut 2006				Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
PREESCOLARES																
12 a 23 meses	1 034	1 167.1	54.9	51.2,58.6	1 467	1 705.8	41.6	37.7,45.7	1 773	2 077.9	38.3	34.9,41.8	684	1 696.6	48.2	42.4,54.1
24 a 35 meses	1 281	1 528.1	36.3	33.1,39.6	1 562	1 833.0	29.0	25.6,32.6	1 888	2 238.6	25.6	22.5,29.0	775	2 039.4	33.7	28.7,39.1
36 a 47 meses	1 427	1 628.1	23.8	21.2,26.6	1 734	2 192.8	23.9	20.7,27.3	1 954	2 284.8	17.2	14.8,19.9	814	2 102.1	30.8	25.5,36.5
48 a 59 meses	1 459	1 719.7	19.0	16.7,21.6	1 855	2 129.1	16.1	13.8,18.8	1 955	2 354.7	13.7	11.5,16.3	799	2 151.3	20.6	16.4,25.5
12 a 59 meses	5 201	6 043.0	31.6	30.1,33.2	6 618	7 860.7	26.8	25.1,28.6	7 570	8 956.0	23.3	21.8,24.8	3 072	7 989.4	32.5	29.8,35.3
ESCOLARES																
5 años	1 518	1 687.9	23.3	20.8,25.9	1 939	2 244.7	22.8	19.4,26.7	1 889	2 278.0	18.3	15.6,21.4	795	1 422.7	36.0	31.1,41.2
6 años	1 451	1 669.2	19.1	16.7,21.7	1 944	2 155.7	18.1	15.6,20.9	2 023	2 302.4	13.2	11.2,15.5	858	1 486.1	26.7	22.5,31.5
7 años	1 441	1 653.8	17.3	15.1,19.8	1 931	1 964.2	15.3	12.8,18.3	2 099	2 404.8	11.2	9.3,13.4	914	1 662.4	23.9	19.6,28.8
8 años	1 561	1 746.8	14.1	12.1,16.4	2 104	2 132.8	12.9	10.7,15.4	2 116	2 401.0	9.2	7.5,11.3	943	1 731.4	20.6	17.0,24.7
9 años	1 487	1 694.4	11.5	9.6,13.6	2 233	2 418.3	8.9	7.3,10.9	2 123	2 344.5	8.0	6.4,10.0	891	1 758.0	19.7	15.2,25.2
10 años	1 474	1 679.0	11.1	9.2,13.4	2 298	2 497.6	8.0	6.6,9.8	1 724	2 236.5	5.2	4.0,6.7	662	1 539.9	10.1	7.5,13.6
11 años	1 286	1 415.7	9.3	7.6,11.5	2 217	2 345.0	7.0	5.7,8.5	1 892	2 556.4	5.7	4.2,7.7	658	1 412.4	12.3	9.3,16.2
5 a 11 años	10 218	11 546.9	15.2	14.4,16.1	14 666	15 758.4	13.1	12.1,14.1	13 866	16 523.7	10.1	9.3,10.9	5 721	11 012.9	21.2	19.6,23.0

Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Información por tipo de localidad, urbano y rural

La prevalencia de anemia en niños preescolares de localidades rurales fue de 30.7% (IC95% 26.9,34.8%), mientras que en los niños de las localidades urbanas la anemia afectó a 33.2% (IC95% 29.8,36.8) de los preescolares. Esto representa a 692 832 niños preescolares con anemia de localidades rurales y 1 902 167 de niños con anemia de localidades urbanas (cuadro 7.4.2).

Al comparar los datos de anemia de los preescolares por tipo de localidad con lo reportado en la encuesta del 2012, se observó un incremento en la prevalencia de anemia en la presente encuesta, siendo mayor para las localidades urbanas (10.6 pp) en comparación con las rurales (5.5 pp).

En los últimos 19 años, la prevalencia de anemia en los niños preescolares de localidades rurales disminuyó 3.4 pp y en los niños de localidades urbanas tendió a un aumento de 2.7 pp (cuadro 7.4.2).

En los niños escolares, la prevalencia de anemia fue similar entre los habitantes de localidades urbanas (21.0%) y rurales (21.8%) (cuadro 7.4.2).

Al comparar la prevalencia de anemia de los niños escolares con los datos de la encuesta de 2012, la magnitud del incremento de anemia en la presente encuesta fue similar por tipo de localidad, siendo de 11.3 pp para las localidades urbanas y de 10.8 pp para las localidades rurales (cuadro 7.4.2).

Al comparar con los datos de la ENN 99, en ambas localidades se observó un incremento de 6 pp en los datos de anemia de los niños escolares de la presente encuesta (cuadro 7.4.2).

■ Cuadro 7.4.2

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19, por tipo de localidad urbana/rural. México, Ensanut 2018-19

Tipo de localidad	ENN 1999				Ensanut 2006				Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
PREESCOLARES																
Urbano	2 928	4 113.6	30.5	28.5,32.5	4 573	5 777.3	26.2	24.1,28.5	4 626	6 627.7	22.6	20.8,24.5	1 841	5 732.9	33.2	29.8,36.8
Rural	2 273	1 929.3	34.1	31.9,36.3	2 045	2 083.4	28.4	25.6,31.4	2 944	2 328.3	25.2	22.8,27.7	1 231	2 256.5	30.7	26.9,34.8
ESCOLARES																
Urbano	5 619	7 692.2	15.0	13.9,16.1	9 801	11 374.5	13.0	11.9,14.2	8 613	12 375.0	9.7	8.8,10.8	3 532	7 949.6	21.0	19.0,23.2
Rural	4 639	3 902.2	15.8	14.7,17.1	4 865	4 384.0	13.2	11.8,14.8	5 253	4 148.7	11.0	9.8,12.3	2 189	3 063.3	21.8	19.1,24.8

Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Información por región geográfica

Entre los preescolares habitantes de las cuatro regiones geográficas de la República mexicana, la prevalencia de anemia no fue estadísticamente diferente.

Los niños preescolares de la región Norte presentaron la mayor prevalencia de anemia (36.6%), seguido de la región Sur (34.7%) y Ciudad de México (31.1%), en comparación con los habitantes de la región Centro (28.6%) (cuadro 7.4.3).

Al comparar las prevalencias de anemia por región de los niños preescolares con los datos de la Ensanut 2012, en la zona Norte y zona Sur se observaron los mayores incrementos en la prevalencia de anemia (>10pp), mientras que en las zonas Centro y Ciudad de México la tendencia de incremento no fue estadísticamente significativa (cuadro 7.4.3).

En un período de 13 años, la prevalencia de anemia en los preescolares de las zonas Norte y Sur aumentó 6.8 y 4.4. pp, respectivamente, mientras que en los de la zona Centro disminuyeron 4.3 pp y en la zona Ciudad de México 2.9 pp (cuadro 7.4.3).

En los niños escolares, la prevalencia de anemia no fue estadísticamente distinta entre los habitantes de las cuatro regiones geográficas. Las mayores prevalencias de anemia se observaron entre los escolares habitantes de las zonas Norte (26.7%), Sur (23.8%) y Centro (17.6%) en comparación con los habitantes de la zona Ciudad de México (16.2%) (cuadro 7.4.3).

■ Cuadro 7.4.3

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en niños preescolares y escolares de la ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19, por tipos de localidades urbano/rural. México, Ensanut 2018-19

Región	ENN 1999				Ensanut 2006				Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
PREESCOLARES																
Norte	1 540	1 094.2	29.8	26.9,32.9	1 384	1 537.0	24.1	21.3,27.2	1 870	1 762.1	20.8	18.3,23.6	597	1 541.3	36.6	31.1,42.5
Centro	1 636	2 167.7	32.9	30.16,35.8	2 592	3 150.0	26.6	23.5,29.9	2 725	2 778.0	23.4	21.0,26.0	1 137	2 760.3	28.6	24.6,32.9
Ciudad de México	322	721.6	34.0	28.3,40.2	143	550.0	25.3	18.1,34.1	361	1 454.5	25.2	19.9,31.5	79	990.6	31.1	21.0,43.3
Sur	1 703	2 059.5	30.3	28.1,32.6	2 499	2 624.0	29.0	26.4,31.7	2 614	2 961.4	23.7	21.4,26.1	1 259	2 697.2	34.7	30.6,39.0
ESCOLARES																
Norte	3 103	2 183.3	17.7	16.1,19.5	2 999	2 920.8	14.5	12.8,16.4	3 480	3 176.4	11.0	9.6,12.6	1 112	2 094.2	26.7	23.1,30.7
Centro	3 077	3 919.4	13.7	12.2,15.3	5 778	6 472.8	12.0	10.5,13.8	4 938	5 036.5	8.7	7.6,10.1	2 127	3 742.7	17.6	15.2,20.2
Ciudad de México	699	1 415.0	14.3	11.5,17.5	289	982.9	13.3	9.3,18.7	695	2 839.2	9.6	7.2,12.9	128	1 443.1	16.2	10.2,24.6
Sur	3 339	4 029.2	15.7	14.4,17.1	5 600	5 381.9	13.5	12.2,14.9	4 753	5 471.6	10.9	9.7,12.3	2 354	3 732.9	23.8	21.4,26.5

Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

En comparación con los datos de la Ensanut 2012, se observa un incremento de 15.7 pp en la prevalencia de anemia entre los niños escolares habitantes de la zona Norte y de 12.9 pp de la zona Sur. El menor incremento se observó entre los habitantes de la zona Centro y la zona Ciudad de México. Al respecto, es importante señalar que debido al tamaño muestral de las encuestas en la región Ciudad de México, no hay suficiente poder estadístico para establecer si los cambios en las prevalencias de anemia de los escolares son significativos, por lo que estos datos deben de ser interpretados con cautela.

En el período de 19 años, los datos de anemia en escolares de la presente encuesta contrastan con la tendencia observada en descenso hasta la encuesta 2012, observándose un incremento notorio en la prevalencia de anemia en todas las zonas geográficas, principalmente en las zonas Norte y Sur (cuadro 7.4.3).

7.5 Concentraciones de plomo en sangre

Se obtuvieron mediciones de PbS capilar en 3 127 menores entre 1 y 4 años de edad, los cuales representan a 7 937 490 niños del país. En el cuadro 7.5.1 se puede apreciar que 11.7% de los hogares se identificó como población indígena. En cuanto al índice de capacidades económicas que se calculó para esta encuesta, 39.5% de los hogares reportó tener muchas carencias, 35.9% carencias medias y 24.6% reportó menos carencias.

El rango de concentraciones de PbS fue de 3.3 (límite inferior de detección) a 36.6 $\mu\text{g}/\text{dL}$. La prevalencia nacional de concentraciones elevadas fue de 17.4%, lo que representa 1 382 606 niños y niñas que exceden el valor indicado por la Norma Oficial Mexicana vigente, y 30.1% tuvo concentraciones Moderadas. El 3.5% de la muestra presentó niveles arriba de 10 $\mu\text{g}/\text{dL}$ (IC95% 2.4,5.0), y en 5 niños, que representan 16 872 menores, se repitió la muestra por presentar valores $\geq 25\mu\text{g}/\text{dL}$. La prevalencia de concentraciones Elevadas en las zonas urbanas fue de 16.5% (IC95% 13.6,19.9) y en las zonas rurales de 19.7% (IC95% 15.8,24.3).

No se identificaron diferencias en los niveles de plomo por sexo ($p=0.81$), edad ($p=0.47$) u hogar con población indígena ($p=0.30$) (cuadro 7.5.1).

El 26.5% de los participantes reportó haber utilizado LBVPb en los tres meses previos a la encuesta. Del total representado en la muestra, se estima que 1 985 181 menores entre 1 a 4 años viven en hogares en donde se usó LBVPb en los últimos tres meses (cuadro 7.5.1).

Las diferencias en los niveles de PbS de acuerdo con el uso de LBVPb fueron altamente significativas ($p<0.000$); 40.5% de los menores en cuyos hogares reportaron usar frecuentemente LBVPb en los últimos tres meses tuvieron concentraciones de PbS $\geq 5\mu\text{g}/\text{dL}$ comparado con 11.8% en aquéllos que reportaron nunca usarlo o haberlo hecho a más de tres meses de la entrevista (figura 7.5.1). En las zonas rurales, estos porcentajes son 43.7% para quienes usaron LBVPb en los últimos tres meses y 12.0% para quienes no lo usaron; y en las zonas urbanas, los porcentajes son 38.0 y 11.7% respectivamente.

■ Cuadro 7.5.1

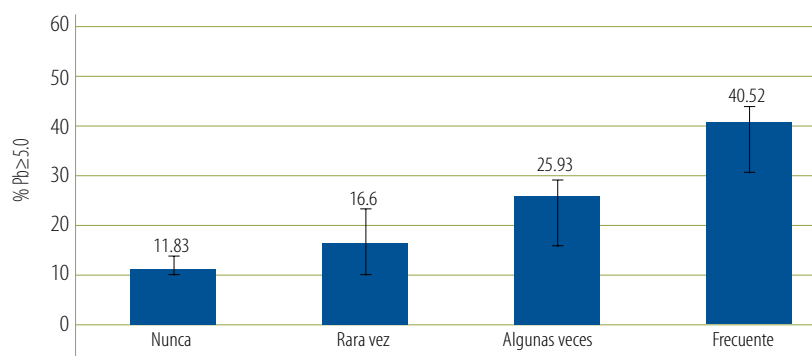
Características de los menores de edad participantes en Ensanut 2018-19 con determinación de Pb en sangre. México, Ensanut 2018-19

Edad (años)	Nacional n= 3 127	Urbano 71.6%	Rural 28.4%	p
Edad				
1	23.0	24.1	20.2	0.285
2	24.6	24.2	25.7	
3	25.2	24.6	26.8	
4	27.2	27.1	27.1	
Sexo				
Mujeres	47.5	46.7	49.5	0.330
Hombres	52.5	53.3	50.5	
Indigenismo				
Sí	11.7	9.3	17.7	0.000
No	88.3	90.7	82.3	
Nivel de carencias				
Muchas carencias	39.5	28.2	68.0	0.000
Carencias medias	35.9	40.2	25.1	
Menores carencias	24.6	31.6	6.9	
Nivel de Pb en sangre				
Pb<3.3	52.5	53.3	50.4	0.514
3.3<=Pb<5.0	30.1	30.2	29.9	
Pb>=5.0	17.4	16.5	19.7	
Uso de Barro vidriado con Pb				
Nunca	73.5	76.7	65.5	0.000
Rara vez	6.6	6.5	6.9	
Algunas veces	7.1	6.6	8.3	
Frecuentemente	12.8	10.2	19.3	

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 7.5.1

Reporte de frecuencia de uso de barro vidriado con Pb* y concentraciones elevadas de Pb en sangre ($\mu\text{g}/\text{dL}$) en niños de 1-4 años a nivel nacional. México, Ensanut 2018-19



*Categorías de frecuencia: 1) Nunca: Nunca usó BVPb o si lo usó fue hace más de tres meses. 2) Rara vez: Usó BVPb menos de una vez por mes en los últimos tres meses. 3) Algunas veces: Usó BVPb entre 2 y 3 veces por mes en los últimos tres meses. 4) Frecuentemente: Usó BVPb al menos una vez por semana en los últimos tres meses.

Fuente: Ensanut 2018-19

7.6 Prácticas de alimentación infantil

Se obtuvo un tamaño de muestra de $n=1\,587$ niños menores de 24 meses de edad. Se presentan resultados para el ámbito nacional y para zonas rural y urbana. A manera de comparación se presentan resultados de Ensanut 2012 indicando los casos en que las diferencias entre encuestas resultaron significativas ($p < 0.05$).

En la figura 7.6.1 se observa un incremento en la probabilidad de lactar entre 2012 y 2018 tanto en la lactancia materna exclusiva como en cualquier tipo de lactancia.

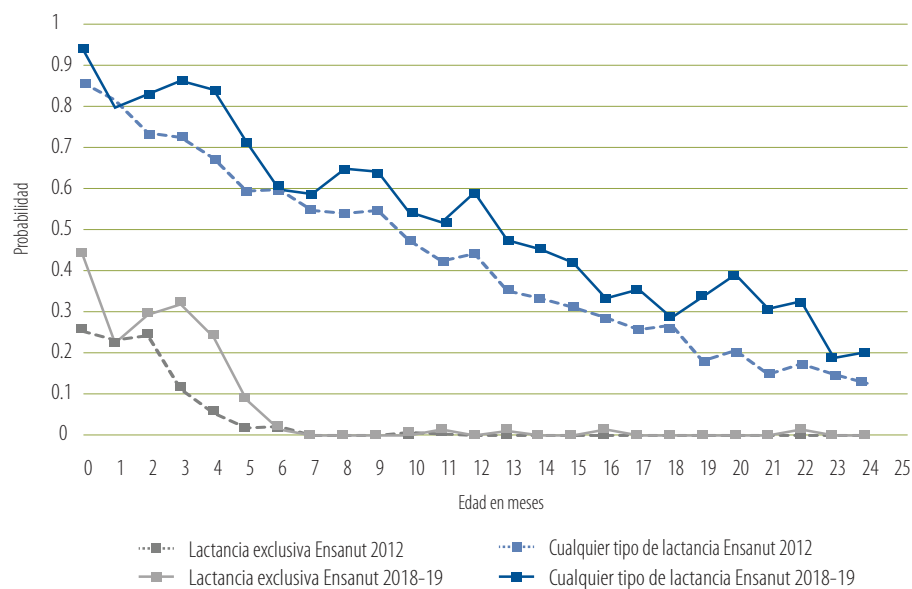
En el cuadro 7.6.1 se aprecia una mejora significativa tanto en el ámbito nacional como por zona en el inicio temprano de la lactancia materna y fue más relevante en la zona rural.

El indicador de alguna vez amamantados continua por arriba de 90% nacional entre 2012 y 2018. Sin embargo, las diferencias no son significativas.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se duplicó a nivel nacional de 14.4 a 28.6% y siguió la misma tendencia por zona.

La lactancia materna predominante aumentó de forma significativa en todos los ámbitos, resaltando en la zona rural (21 pp).

Por otro lado, los indicadores de lactancia materna continua al año y a los dos años de edad, incrementaron entre 2012 y 2018 para el ámbito nacional y en la zona urbana.



■ **Figura 7.6.1**

Probabilidad de lactar. Comparativo entre Ensanut 2012 y 2018-19. México, Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 7.6.1

Indicadores de prácticas de alimentación infantil. Comparativo de Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19 por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	Ensanut 2012				Ensanut 2018-19				
			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			
				Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%		IC95%
Inicio temprano de la lactancia materna	0 a 23	Urbano	2 346	2 760.2	36.7	33.9,39.6	932	2 568.8	46.0	b	41.6,50.5
		Rural	1 474	1 077.9	42.3	38.6,46.0	574	978.9	52.1	c	45.8,58.4
		Nacional	3 820	3 838.1	38.3	36.0,40.6	1 506	3 547.7	47.7	a	44.1,51.4
Alguna vez amamantados	0 a 23	Urbano	2 528	2 958.4	93.5	92.2,94.7	987	2 716.8	95.3		93.1,96.8
		Rural	1 569	1 144.9	94.4	92.8,95.9	600	1 019.5	96.3		93.8,97.9
		Nacional	4 097	4 103.3	93.7	92.7,94.7	1 587	3 736.4	95.6		93.9,96.8
Lactancia materna exclusiva	0 a 5	Urbano	627	761.2	12.7	9.1,16.3	220	619.4	25.2	b	17.7,34.4
		Rural	388	308.3	18.5	13.7,23.2	130	238.8	37.4	c	26.6,49.6
		Nacional	1 015	1 069.5	14.4	11.5,17.3	350	858.2	28.6	a	22.1,36.0
Lactancia materna predominante	0 a 5	Urbano	627	761.2	22.7	18.1,27.3	220	619.4	35.5	b	26.3,45.9
		Rural	388	308.3	30.6	25.1,36.1	130	238.8	52.2	*c	40.9,63.3
		Nacional	1 015	1 069.5	25.0	21.3,28.6	350	858.2	40.2	a	32.6,48.3
Lactancia materna continua al año	12 a 15	Urbano	467	571.8	31.1	24.7,37.5	195	507.0	45.3	b	35.9,55.1
		Rural	287	207.1	47.7	40.0,55.4	100	141.1	52.4		39, 65.5
		Nacional	754	779.0	35.5	30.4,40.5	295	648.2	46.9	a	38.9,55.0
Lactancia materna continua a los dos años	20 a 23	Urbano	421	466.5	12.0	7.9,16.2	180	512.7	28.4	b	20.7,37.6
		Rural	258	172.6	19.6	13.7,25.6	100	172.8	30.7		21.6,41.6
		Nacional	679	639.1	14.1	10.7,17.5	280	685.5	29.0	a	22.7,36.3
Lactancia adecuada al año	0 a 11	Urbano	1 228	1 459.9	25.4	21.7,29.0	464	1 328.9	36.4	b	30.5,42.8
		Rural	737	562.3	39.8	35.1,44.5	292	545.9	55.3	*c	48.5,61.9
		Nacional	1 965	2 022.2	29.4	26.4,32.4	756	1 874.9	41.9	a	37.2,46.8
Lactancia adecuada a los dos años	12 a 23	Urbano	1 300	1 498.5	20.8	17.6,24.0	523	1 387.9	32.5	b	26.7,39.0
		Rural	832	582.6	31.6	27.1,36.0	308	473.6	39.3		32.8,46.2
		Nacional	2 132	2 081.1	23.8	21.2,26.4	831	1 861.5	34.3	a	29.5,39.4
Uso de biberón (cualquier alimento)	0 a 23	Urbano	2 528	2 958.4	53.3	50.3,56.2	987	2 716.8	42.7	b	38.1,47.5
		Rural	1 569	1 144.9	41.3	38.0,44.6	600	1 019.5	37.1		31.9,42.7
		Nacional	4 097	4 103.3	49.9	47.6,52.3	1 587	3 736.4	41.2	a	37.5,45.0
Uso de biberón (sólo líquidos)	0 a 23	Urbano	2 522	2 954.3	52.5	49.5,55.4	987	2 716.8	41.1	b	36.5,45.9
		Rural	1 568	1 144.6	40.5	37.2,43.8	600	1 019.5	34.5		28.7,40.8
		Nacional	4 090	4 099.0	49.1	46.8,51.5	1 587	3 736.4	39.3	a	35.6,43.2
Consumo de alimentos ricos en hierro	6 a 11	Urbano	601	698.7	59.3	54.1,64.4	244	709.5	52.2		43.6,60.6
		Rural	349	254.0	46.6 *	39.1,54.1	162	307.1	42.9		30.5,56.2
		Nacional	950	952.7	55.9	51.5,60.3	406	1 016.7	49.4		42.2,56.5
Consumo de alimentos ricos en hierro	12 a 23	Urbano	1 300	1 498.5	75.3	72.0,78.6	523	1 387.9	69.3		62.6,75.3
		Rural	832	582.6	66.9*	62.9,70.9	308	473.6	62.1		55.2,68.6
		Nacional	2 132	2 081.1	72.9	70.3,75.6	831	1 861.5	67.5		62.3,72.3

Continúa

Continuación

Introducción de sólidos, semi-sólidos y suaves	6 a 8	Urbano	277	329.3	97.1	94,9,99.2	124	346.7	91.1		80,0,96.3
		Rural	151	112.5	88.4*	80,6,96.2	74	167.4	91.4		77,1,97.1
		Nacional	428	441.8	94.8	92,2,97.5	198	514.1	91.2		83,2,95.6
Diversidad alimentaria mínima al año	6 a 11	Urbano	601	698.7	79.4	75,0,83.7	244	709.5	73.4		63,9,81.1
		Rural	349	254.0	59.1*	52,0,66.3	162	307.1	65.1		52,3,76.0
		Nacional	950	952.7	74.0	70,0,77.9	406	1 016.7	70.9		63,4, 77.4
Diversidad alimentaria mínima a los dos años	12 a 23	Urbano	1 300	1 498.5	88.3	85,6,90.9	523	1 387.9	90.2		85,6,93.5
		Rural	832	582.6	82.6*	79,5,85.8	308	473.6	78.6	*	72,5,83.7
		Nacional	2 132	2 081.1	86.7	84,6,88.8	831	1 861.5	87.3		83,6,90.2
Frecuencia mínima	6 a 23	Urbano	1 901	2 197.2	62.6	59,3,65.9	767	2 097.4	55.8	b	50,8,60.7
		Rural	1 181	836.6	54.2*	50,0,58.4	470	780.7	52.5		47,0,58.0
		Nacional	3082	3 033.8	60.3	57,6,63.0	1 237	2 878.2	54.9	a	51,0,58.8

*Diferencia entre tipo de localidad para cada encuesta. Diferencia entre 2012 y 2018-19: a: Nacional b: Urbano c: Rural, considerando $p < 0.05$
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

La lactancia adecuada al año de vida, mostró una franca mejoría al comparar entre 2012 y 2018 en todos los ámbitos y entre zona rural y urbana en 2018. No así para la lactancia adecuada a los dos años de vida en la que no es significativa la diferencia para la zona rural entre encuestas.

Respecto a los indicadores de alimentación complementaria, se observa una tendencia a disminuir aunque no estadísticamente significativa para Ensanut 2018-19 comparada con 2012. Sin embargo, continúan siendo más altos en zona urbana en comparación con el medio rural, excepto en el indicador introducción de sólidos, semisólidos y suaves.

La frecuencia mínima de consumo de alimentos para los menores de entre 6 y 23 meses, es significativamente menor en 2018 tanto para el ámbito nacional como para la zona urbana del país.

Los indicadores de uso de biberón para alimentar a los menores muestran una disminución significativa entre 2012 y 2018 para el ámbito nacional y zona urbana.

7.7 Desarrollo Infantil Temprano

La población de estudio que cuenta con información de DIT incluyó un total de 4 166 niños/as de 0 a 4 años de edad; en el cuadro 7.7.1 se presenta el número de niños/as considerando la edad (meses), tipo de localidad de residencia, región y escolaridad materna.

Cobertura y contenido de atención a niño sano

El cuadro 7.7.2 presenta el promedio de consultas del niño sano a las que los niños y niñas han asistido y el promedio nacional es de 5.48 consultas. Como parte de la consulta del niño sano, 96.54 y 95.60% de los niños/as fueron pesados y medidos, respectivamente. Adicionalmente, en la figura 7.7.1 se presenta la consejería que

■ Cuadro 7.7.1

Descripción de la población de estudio del Módulo DIT. México, Ensanut 2018-19

Características de la población de estudio	Total (n)
Edad*	
0-18 meses	1 229
19-30 meses	857
31-42 meses	887
43-59 meses	1 193
Tipo de localidad	
Urbana	2 546
Rural	1 620
Región	
Norte	803
Centro	1 591
Ciudad de México	100
Sur	1 672
Escolaridad materna[†]	
Ninguna	74
Primaria	617
Secundaria	1 659
Media superior	1 114
Superior	611

Fuente: Ensanut 2018-19

*Edad en meses considerando los rangos de edad de acuerdo con los instrumentos usados para evaluar lenguaje (CDHI y III, así como PPVT-III).

[†]91 datos faltantes en relación con la escolaridad materna

■ Cuadro 7.7.2

Promedio de consultas del niño sano en niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19

	Media	IC95%
Nacional	5.48	5.22,5.73
Sexo		
Hombre	5.53	5.19,5.88
Mujer	5.42	5.03,5.80
Tipo de localidad		
Urbana	5.36	5.05,5.68
Rural	5.77	5.35,6.19
Región		
Norte	5.43	4.93,5.93
Centro	5.00	4.62,5.37
Ciudad de México	5.25	4.10,6.41
Sur	6.08	5.69,6.47

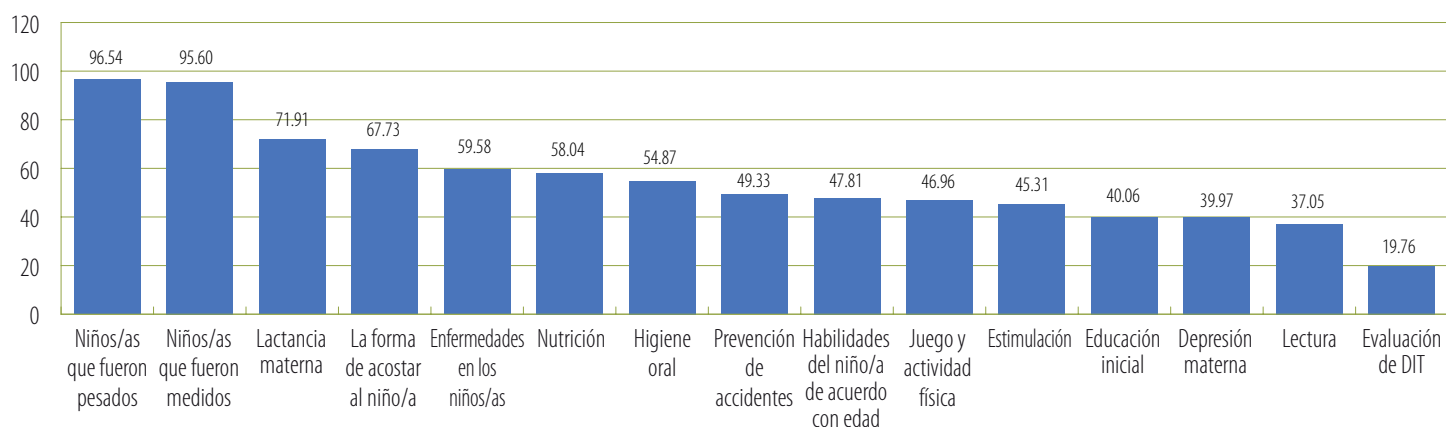
Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

recibieron las madres en la consulta de niño sano sobre: lactancia (71.91%), la forma de acostar al niño/a (67.73%), enfermedades en los niños/as (59.58%), nutrición (58.04%), higiene oral (54.87%), prevención de accidentes (49.33%), habilidades del niño/a de acuerdo con su edad (47.81%), juego y actividad física (46.96%), estimulación (45.31%), educación inicial (40.06%), depresión materna (39.97%) y lectura (37.05%). Además, como parte de las actividades de la consulta de niño sano, 19.76% de los niños/as recibieron evaluación de DIT.

En relación con la evaluación de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) para aquellos niños/as con al menos una evaluación de DIT, y cuyas madres reportan conocer el resultado de la última evaluación (o única, en el caso de haber sido sólo una), 92.72% recibió un resultado de desarrollo adecuado (semáforo verde), 4.35% recibió un resultado de desarrollo no adecuado (semáforo amarillo) y 2.78% recibió un resultado de problemas importantes en el desarrollo (semáforo rojo) (cuadro 7.7.3). Como parte de la información sobre atención a DIT, se preguntó a las madres si los niños/as habían recibido alguna atención adicional posterior a la evaluación, incluyendo asistencia a talleres o consultas de seguimiento, diagnóstico o atención especializada. El porcentaje de niños/as con algún problema de desarrollo (semáforo amarillo o rojo) que recibió algún tipo de seguimiento adicional fue de 44.66% (datos no mostrados en el cuadro).

■ **Figura 7.7.1**

Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Cuadro 7.7.3**

Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19

	Evaluación de DIT			Desarrollo adecuado Semáforo verde			Desarrollo no adecuado Semáforo amarillo			Problemas importantes de desarrollo Semáforo rojo		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 924.0	19.76	17.96,21.69	1 021.5	92.72	90.07,94.70	47.9	4.35	2.66,7.05	30.6	2.78	2.00,3.85
Sexo												
Hombre	1 040.4	20.61	18.15,23.31	567.5	90.51	84.56,94.33	33.1	5.27	2.73,9.96	24.7	3.95	1.61,9.33
Mujer	883.6	18.84	16.43,21.52	454.0	95.62	92.07,97.63	14.9	3.14	1.64,5.91	5.9	1.24	0.30,4.92
Tipo de localidad												
Urbana	1 474.1	21.18	18.92,23.64	783.0	92.63	89.24,95.02	37.1	4.38	2.38,7.95	23.5	2.78	1.96,3.95
Rural	449.9	16.19	13.49,19.30	238.5	92.99	89.12,95.55	10.9	4.24	2.23,7.92	7.1	2.77	1.21,6.22
Región												
Norte	335.8	18.13	14.51,22.41	194.7	89.68	81.71,94.41	9.9	4.56	1.11,16.88	12.5	5.76	4.65,7.11
Centro	649.5	19.04	16.48,21.90	380.7	94.26	89.89,96.81	18.4	4.57	2.25,9.05	4.7	1.17	0.49,2.78
Ciudad de México	274.5	23.50	16.06,33.04	100.5	94.18*	56.31,99.51	6.2*	5.82	0.49,43.69	---	---	---
Sur	664.2	20.09	17.34,23.14	345.6	92.39	88.87,94.86	13.4	3.58	2.11,6.02	13.4	3.58	1.83,6.89
Edad												
0 años	265.3	15.54	12.12,19.71	162.4	99.32	96.67,99.87	1.1	0.68	0.13,3.33	---	---	---
1 a 4 años	1 658.7	20.65	18.60,22.87	859.2	91.57	88.24,94.02	46.8	4.99	2.98,8.24	30.6	3.27	2.25,4.71
Escolaridad materna												
Ninguna	8.8	5.51	2.43,12.03	3.0	74.41*	19.24,97.26	1.0	25.59*	2.74,80.76	---	---	---
Primaria	218.3	15.58	12.10,19.83	119.4	88.88	77.42,94.90	6.5	4.85	1.48,14.74	8.4	6.27	2.28,16.11
Secundaria	670.5	19.06	16.36,22.10	392.5	97.40	95.17,98.61	8.2	2.04	1.05,3.94	2.3	0.56	0.12,2.56
Media superior	616.9	21.32	17.83,25.29	275.1	88.58	77.37,94.62	16.1	5.17	1.70,14.70	19.4	6.25	2.11,17.11
Superior	399.5	25.08	20.10,30.81	229.3	92.92	85.41,96.72	15.3	6.19	2.67,13.68	0.5	0.21	0.03,1.53

Fuente: Ensanut 2018-19

Educación temprana

A nivel nacional, la asistencia de niños/as de 0 a 2 años a algún programa de cuidado o educación inicial es de 9.99%. Considerando que la asistencia a preescolar en México es obligatoria a partir de los tres años, solamente 65.45% asiste a preescolar (cuadro 7.7.4).

■ Cuadro 7.7.4

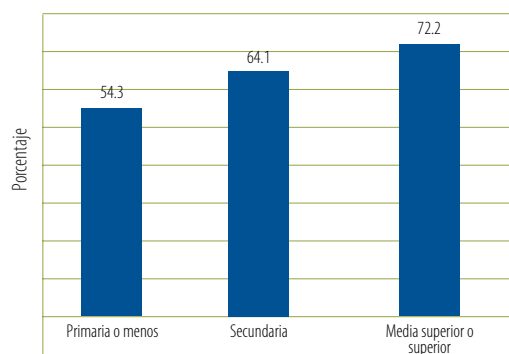
Asistencia de niños/as menores de 5 años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia. México, Ensanut 2018-19

	Asistencia a programas de cuidado o educación inicial niños/as de 0 a 2 años			Asistencia a preescolar niños/as de 3 a 4 años		
	Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	550.3	9.99	8.45,11.78	2 767.9	65.45	61.73,68.99
Sexo						
Hombre	327.4	11.30	9.11,13.93	1 315.8	61.18	55.73,66.36
Mujer	222.9	8.54	6.53,11.08	1 452.1	69.86	64.81,74.48
Tipo de localidad						
Urbana	425.8	10.63	8.68,12.96	1 934.6	65.49	60.69,69.99
Rural	124.5	8.28	6.30,10.80	833.3	65.35	59.77,70.54
Región						
Norte	114.0	10.49	7.43,14.61	474.9	62.04	55.11,68.51
Centro	183.5	9.60	7.09,12.87	997.9	66.57	60.54,72.10
Ciudad de México	57.5	8.40	3.84,17.40	301.2	62.21	44.84,76.92
Sur	195.4	10.70	8.56,13.29	993.9	67.14	60.84,72.87

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 7.7.2

Asistencia de niños/as menores de 5 años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia. México, Ensanut 2018-19



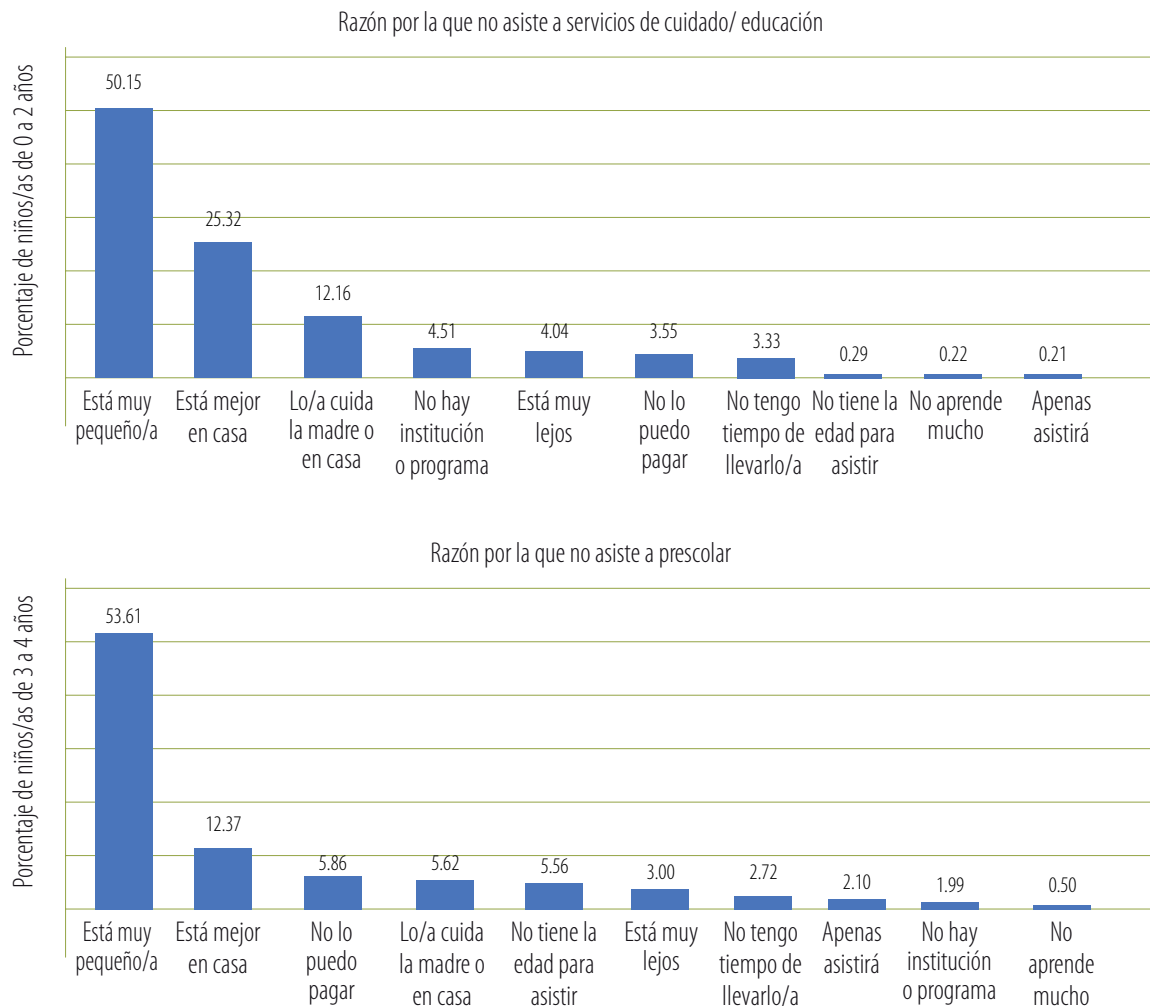
Fuente: Ensanut 2018-19

En la figura 7.7.2 se identificó que los hijos/as de madres con escolaridad media superior o superior presentan una mayor proporción de asistencia a preescolar (72.2%) en comparación con los hijos/as de madres con escolaridad primaria o menos, o secundaria (54.3 y 64.1%, respectivamente).

En relación con la no asistencia a educación temprana, las principales razones por las que los niños/as de 0 a 2 años no acuden a algún programa de cuidado o educación inicial son: está muy pequeño/a para acudir, está mejor en casa y lo/a cuida la madre o en casa. Para los niños/as de 3 a 4 años las principales razones por las que no asisten a preescolar son: está muy pequeño/a para acudir, está mejor en casa y no lo puedo pagar. Para los niños/as de 0 a 2 años, en la categoría de otras razones se engloban el desconocimiento del beneficio de los programas de cuidado o educación inicial, la desconfianza y los problemas de salud; mientras para los niños/as de 3 a 4 años incluye cambios de domicilio, no hay lugar para el niño/a y no hay profesor/a (figura 7.7.3.).

Figura 7.7.3

Razones por las que niños/as menores de 5 años no asisten a servicios de cuidado/educación inicial o preescolar durante la primera infancia. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

Calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano en el hogar

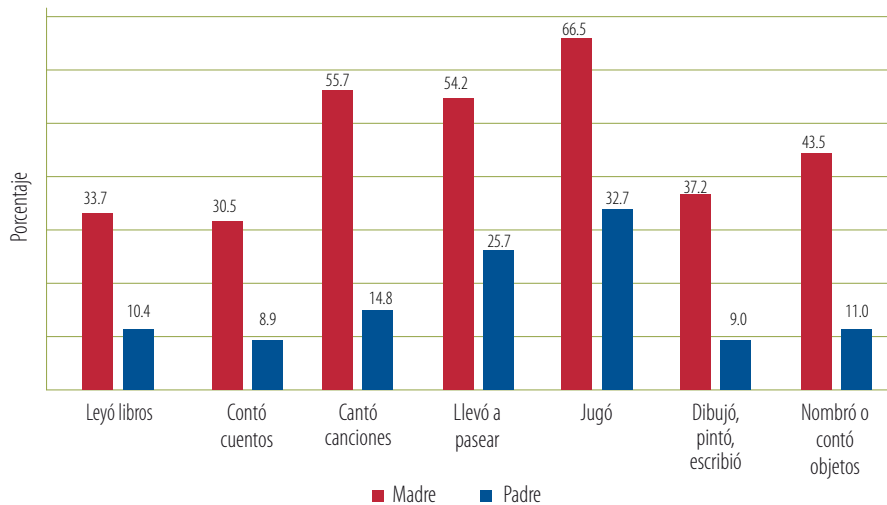
El cuadro 7.7.5 presenta los indicadores relacionados con la calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano y materiales de aprendizaje en el hogar. El porcentaje de niños/as que cuentan con actividades de apoyo al aprendizaje, es más elevado en localidades tipo urbanas (72.42%) que en localidades de tipo rurales (55.91%). En promedio, el número de actividades que los adultos del hogar realizan con los niños/as es 5.19 actividades. La figura 7.7.4 presenta las

■ Cuadro 7.7.5

Actividades de aprendizaje y materiales de aprendizaje en niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19

	Niños/as menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en 4 actividades o más			Promedio de actividades que realizaron los niños/as menores de 5 años con al menos 1 miembro adulto del hogar			Niños/as menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar			Niños/as menores de 5 años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar			Niños/as menores de 5 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	6 593.6	67.71	65.27,70.05	5.19	5.04,5.33	2 863.5	29.41	27.33,31.57	490.6	5.04	4.09,6.20	4 154.6	42.66	40.34,45.02	
Sexo															
Hombre	3 384.9	67.05	63.65,70.28	5.14	4.93,5.35	1 378.7	27.31	24.40,30.43	264.1	5.23	3.97,6.87	2 190.8	43.40	40.37,46.47	
Mujer	3 208.6	68.42	65.24,71.43	5.24	5.04,5.44	1 484.7	31.66	28.71,34.77	226.5	4.83	3.55,6.54	1 963.8	41.88	38.39,45.44	
Tipo de localidad															
Urbana	5 039.5	72.42	69.69,74.99	5.58	5.40,5.76	2 326.6	33.43	30.68,36.31	428.8	6.16	4.90,7.72	2 624.2	37.71	34.77,40.75	
Rural	1 554.0	55.91	51.16,60.56	4.20	3.98,4.42	536.9	19.32	16.84,22.07	61.8	2.22	1.38,3.55	1 530.4	55.06	51.29,58.78	
Región															
Norte	1 315.7	71.04	66.18,75.45	5.50	5.18,5.81	626.2	33.81	29.51,38.39	107.8	5.82	3.91,8.59	751.3	40.56	36.12,45.17	
Centro	2 212.0	64.86	60.68,68.81	4.80	4.61,5.00	1 052.3	30.85	27.86,34.02	226.3	6.64	4.81,9.09	1 376.3	40.35	36.90,43.90	
Ciudad de México	942.5	80.68	70.35,88.02	6.82	6.08,7.55	472.2	40.42	30.60,51.08	36.9	3.16	0.92,10.29	306.0	26.19	17.96,36.52	
Sur	3 306.9	64.21	60.12,68.10	4.84	4.63,5.04	712.8	21.55	18.72,24.69	119.5	3.61	2.58,5.04	1 721.0	52.04	48.21,55.85	
Edad															
0-2 años	3 712.5	67.39	64.45,70.20	5.18	4.97,5.38	1 166.6	21.18	18.77,23.80	162.5	2.95	2.27,3.83	2 965.0	53.82	50.99,56.63	
3 años	1 406.9	67.77	62.93,72.26	5.26	4.96,5.56	758.5	36.54	31.85,41.50	102.0	4.92	3.11,7.70	634.3	30.56	26.36,35.10	
4 años	1 474.2	68.46	63.09,73.39	5.15	4.84,5.45	938.4	43.58	38.12,49.19	226.0	10.50	7.46,14.57	555.3	25.79	20.07,32.47	
Escolaridad materna															
Primaria o menos	776.8	49.77	44.08,55.47	3.83	3.52,4.14	254.9	16.33	12.62,20.88	18.0	1.15	0.50,2.60	915.9	58.68	53.89,63.32	
Secundaria	2 188.9	62.23	58.55,65.77	4.71	4.50,4.92	879.7	25.01	21.78,28.54	100.6	2.86	1.83,4.45	1 635.9	46.51	42.78,50.28	
Media superior o más	3 522.0	78.51	74.96,81.68	6.07	5.83,6.32	1 689.7	37.66	34.04,41.43	364.2	8.12	6.31,10.39	1 520.1	33.88	30.23,37.74	

Fuente: Ensanut 2018-19



■ **Figura 7.7.4**

Niños/as menores de 5 años que participaron en actividades de estimulación y apoyo al aprendizaje en los últimos tres días. México, Ensanut 2018-19

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

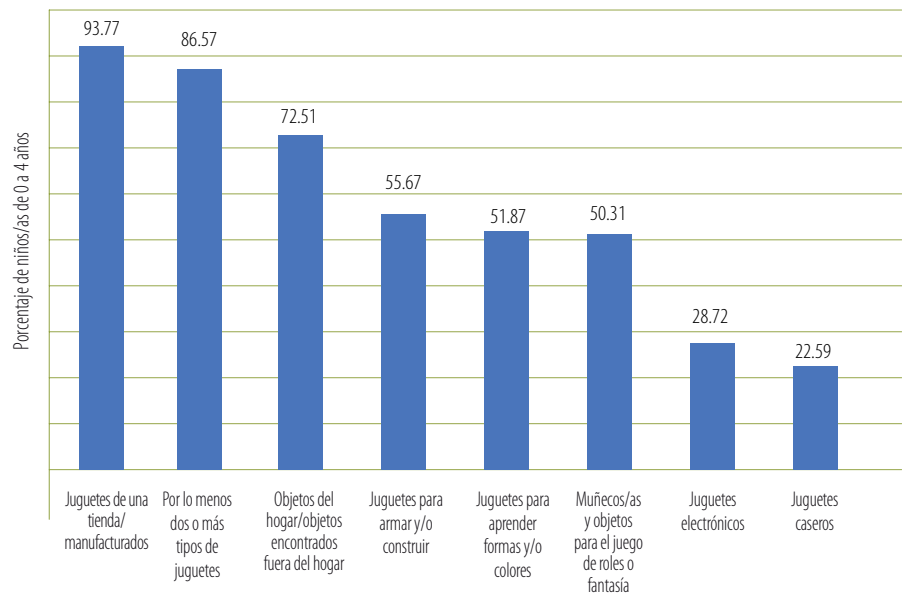
diferentes actividades de estimulación y apoyo en las cuales participan los niños/as en el hogar de acuerdo con miembro del hogar que las realiza (madre o padre). Las madres participan con mayor frecuencia en las actividades de estimulación y apoyo al aprendizaje principalmente jugando, cantando canciones con él/ella y llevando al niño/a pasear.

En el cuadro 7.7.5 se aprecia que una gran proporción de niños/as menores de cinco años no cuentan con libros infantiles en sus hogares (42.66%); este porcentaje se eleva entre niños/as que viven en localidades de tipo rural y niños/as menores de tres años en donde más de 50% de los niños/as no cuenta con ningún libro infantil. En consecuencia, el porcentaje de niños/as con al menos tres libros infantiles en sus hogares es muy bajo (29.41%); observándose que un mayor porcentaje de niños/as residentes de localidades tipo urbanas (33.43%) tienen al menos tres libros infantiles en comparación con los niños/as residentes de localidades tipo rurales (19.32%).

Con respecto al tipo de juguetes al que tienen acceso los niños/as menores de cinco años, 86.57% juegan con al menos dos tipos de juguetes, los juguetes más usados son juguetes de una tienda o manufacturados (93.77%) y objetos del hogar (trastes u ollas) u objetos que se encuentran en el exterior del hogar como palos, piedras u hojas (72.51%); el uso de juguetes electrónicos (cualquier dispositivo electrónico para jugar) es de 28.72% (figura 7.7.5). En promedio, los niños/as ≥ 2 años juegan con al menos cuatro tipos de juguetes, mientras que los niños/as < 1 año juegan con 1.7 tipo de juguetes (figura 7.7.6.); independientemente del tipo de juguetes, los niños/as de un año presentan un incremento en la prevalencia del uso de juguetes comparado con los niños/as menores de un año (cuadro 7.7.6).

■ **Figura 7.7.5**

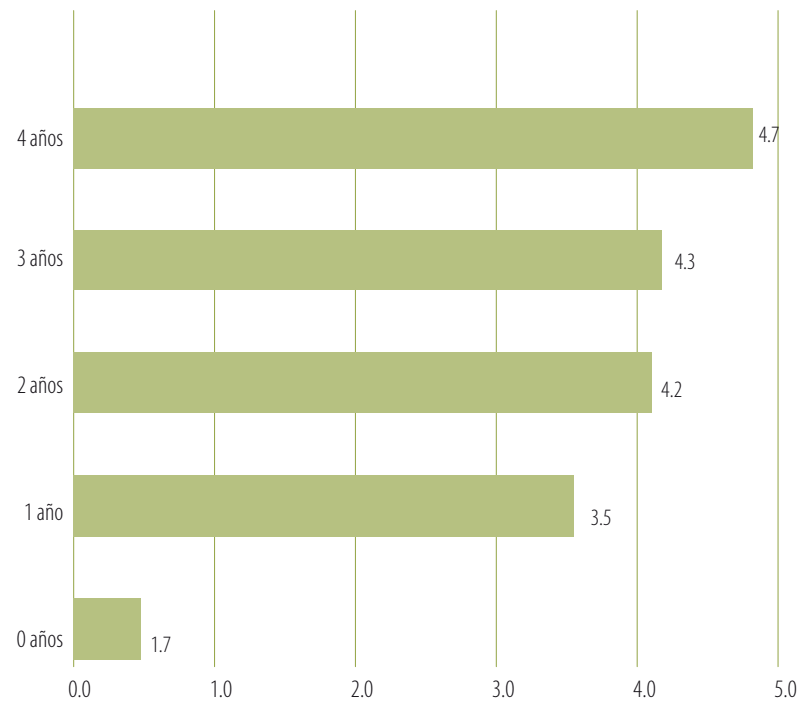
Tipos de juguetes y acceso a por lo menos 2 tipos de juguetes en niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19



Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 7.7.6**

Promedio de tipo de juguetes con los que juegan los niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 7.7.6

Tipos de juguetes con los que juegan los niños/as de acuerdo a la edad al momento de la entrevista. México, Ensanut 2018-19

Tipos de juguetes	Edad en años														
	0			1			2			3			4		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Juguetes de una tienda/manufacturados	1 350.6	79.10	74.86,82.79	1 811.0	96.59	94.27,97.99	1 850.9	96.08	93.47,97.67	2 012.4	96.94	94.78,98.23	2 106.7	97.84	95.90,98.87
Objetos del hogar/objetos encontrados fuera del hogar	502.3	29.42	25.08,34.17	1 528.5	81.53	78.07,84.55	1 613.0	83.73	79.49,87.24	1 636.1	78.82	74.32,82.71	1 781.1	82.71	78.00,86.59
Muñecos/as y objetos para el juego de roles y fantasía	144.1	8.44	6.16,11.46	709.4	37.84	33.22,42.68	1 150.2	59.71	54.37,64.82	1 284.4	61.87	56.67,66.82	1 611.2	74.83	68.37,80.34
Juguetes para armar y construir	236.7	13.86	10.31,18.38	948.8	50.61	45.54,55.66	1 308.8	67.94	63.40,72.16	1 397.3	67.31	63.03,71.32	1 529.9	71.05	66.22,75.44
Juguetes para aprender formas y/o colores	341.6	20.01	15.86,24.92	888.7	47.40	42.39,52.46	1 201.6	62.38	57.57,66.95	1 283.6	61.83	57.22,66.25	1 335.5	62.02	55.82,67.85
Juguetes caseros	169.6	9.93	7.27,13.42	375.9	20.05	16.13,24.64	469.5	24.37	19.87,29.52	572.0	27.56	22.97,32.67	613.1	28.47	23.73,33.74
Juguetes electrónicos	108.0	6.33	3.88,10.15	373.5	19.92	15.84,24.75	562.1	29.18	24.44,34.42	716.1	34.50	29.85,39.46	1 036.9	48.15	41.95,54.42

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

Métodos de disciplina y cuidado inadecuado

En el Módulo DIT de la Ensanut 2018-19, 58.91% de los niños/as menores de cinco años fueron sometidos a por lo menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes anterior a la encuesta. La gran mayoría de los hogares emplean una combinación de prácticas violentas, 46.88% de los niños/as menores de cinco años fueron sometidos a agresión psicológica y 39.21% de los niños/as fueron sometidos a castigo físico. Las formas más severas de castigo físico (golpes en la cabeza, las orejas o la cara, así como golpes con fuerza y repetidamente) son en general menos comunes y se presentan en 3.79% de los niños/as (cuadro 7.7.7).

La figura 7.7.7 presenta las prácticas de crianza violenta (psicológicas y castigo físico) a las que son expuestos los niños/as de acuerdo con los instrumentos usados en los dos grupos de edad (niños/as de 0 años y niños/as de 1 a 4 años).

■ Cuadro 7.7.7

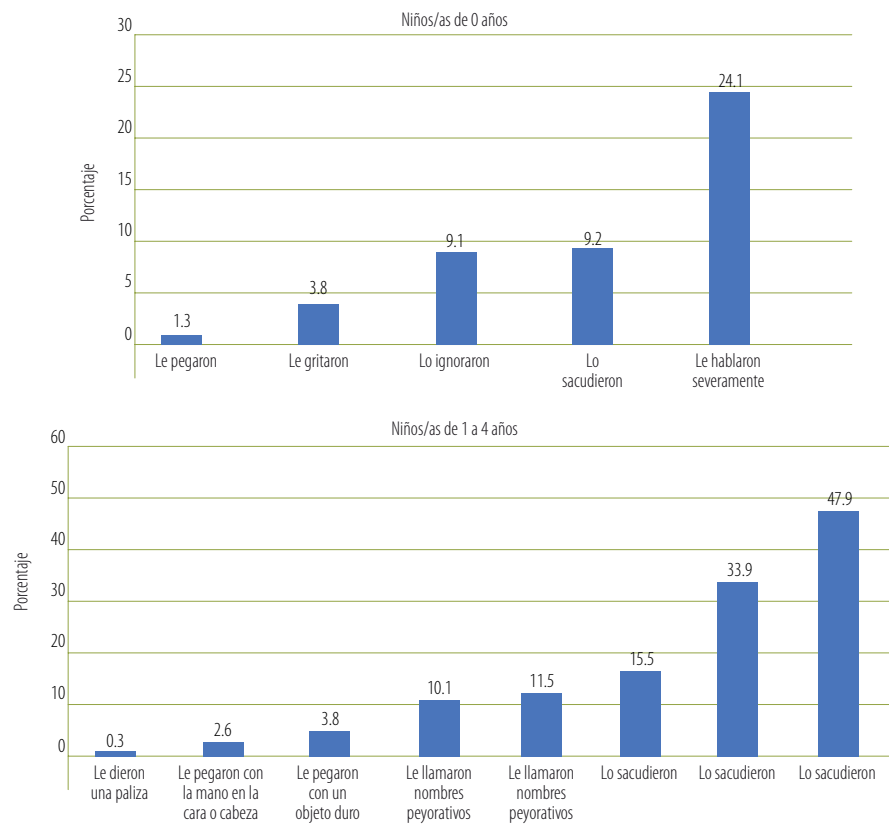
Porcentaje de métodos de disciplina usados en niños/as menores de 5 años en el último mes, México, Ensanut 2018-19

	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	3 333.5	34.92	32.68,37.22	4 475.3	46.88	44.41,49.36	3 743.0	39.21	36.55,41.92	361.5	3.79	2.99,4.79	5 624.0	58.91	56.49,61.28
Sexo															
Hombre	1 670.1	33.83	30.77,37.03	2 385.7	48.32	45.02,51.64	2 007.0	40.65	37.21,44.19	191.4	3.88	3.02,4.98	3 003.4	60.83	57.50,64.07
Mujer	1 663.4	36.08	32.98,39.31	2 089.6	45.33	41.68,49.02	1 736.0	37.66	34.05,41.41	170.2	3.69	2.49,5.44	2 620.6	56.85	53.42,60.21
Tipo de localidad															
Urbana	2 386.4	34.99	32.10,38.00	3 265.5	47.88	44.73,51.06	2 711.5	39.76	36.44,43.18	255.4	3.75	2.73,5.12	4 078.7	59.81	56.65,62.88
Rural	947.1	34.73	31.86,37.71	1 209.8	44.36	40.89,47.88	1 031.5	37.82	33.82,41.99	106.2	3.89	2.93,5.15	1 545.4	56.66	53.54,59.73
Región															
Norte	728.6	39.94	35.38,44.69	812.6	44.55	39.83,49.36	620.6	34.02	29.50,38.85	50.1	2.75	1.54,4.85	959.1	52.58	47.52,57.58
Centro	1 168.1	34.70	31.17,38.41	1 680.9	49.93	45.77,54.09	1 298.2	38.57	34.15,43.18	102.0	3.03	2.26,4.05	2 052.7	60.98	57.11,64.71
Ciudad de México	406.0	36.30	26.36,47.57	519.1	46.41	35.75,57.42	473.3	42.32	31.47,53.97	67.5	6.03	2.23,15.31	695.2	62.16	50.90,72.24
Sur	1 030.8	31.83	28.68,35.16	1 462.7	45.17	41.48,48.92	1 350.8	41.72	37.65,45.90	142.0	4.39	3.38,5.67	1 917.0	59.20	55.53,62.77
Edad															
0 años	1 057.2	61.92	56.37,67.18	532.2	31.17	26.31,36.48	179.2	10.50	7.58,14.36	157.5	9.25	6.49,13.03	626.9	36.71	31.52,42.24
1-4 años	2 276.3	29.04	26.80,31.38	3 943.1	50.30	47.53,53.06	3 563.8	45.46	42.42,48.53	204.0	2.60	1.93,3.50	4 997.2	63.74	61.17,66.24
Escolaridad materna															
Primaria o menos	515.3	33.44	28.91,38.29	680.3	44.15	39.16,49.25	525.8	34.12	29.70,38.83	73.0	4.75	3.22,6.95	857.8	55.66	50.79,60.42
Secundaria	1 236.9	35.86	32.33,39.56	1 599.9	46.39	42.35,50.47	1 401.1	40.62	36.86,44.49	123.8	3.59	2.46,5.21	2 019.6	58.56	54.77,62.24
Media superior o más	1 528.9	34.85	31.38,38.49	2 123.9	48.42	44.47,52.39	1 731.3	39.47	35.28,43.81	161.9	3.69	2.48,5.46	2 642.3	60.24	56.44,63.91

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

Figura 7.7.7

Niños/as menores de 5 años expuestos/as a prácticas de crianza violentas. México, Ensanut 2018-19



Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

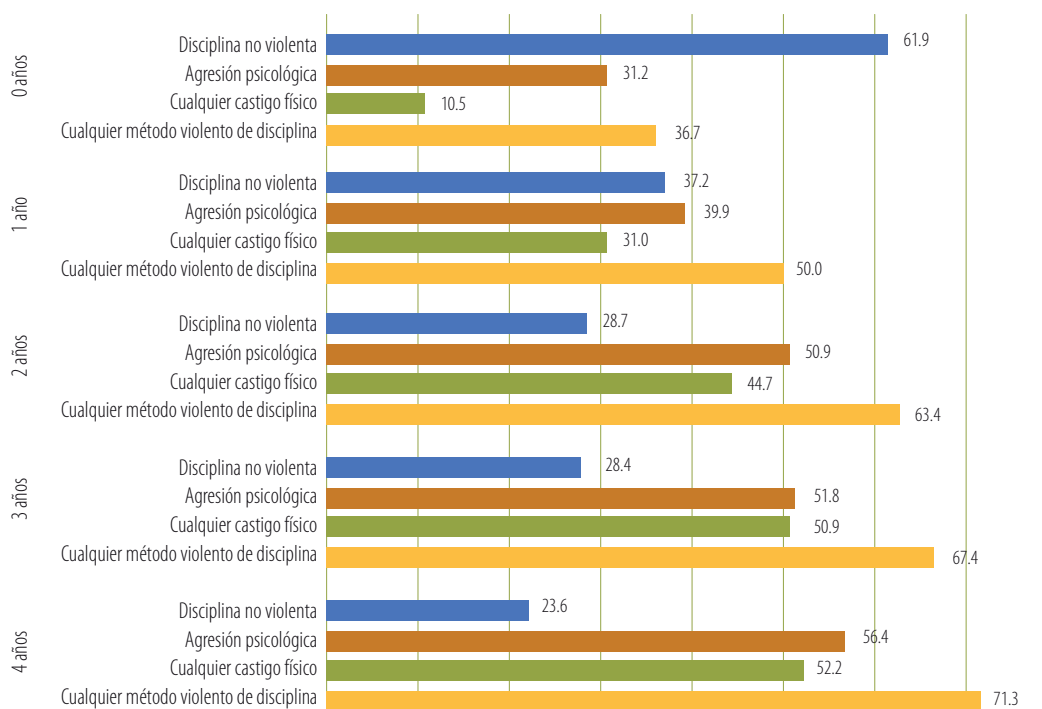
Mientras que la figura 7.7.8 presenta las prevalencias de los diferentes métodos de disciplina de acuerdo con la edad en años; los niños/as menores de un año tienen mayor prevalencia de disciplina no violenta (61.9%), la cual disminuye a mayor edad, los niños/as de tres (67.4%) y cuatro (71.3%) años tienen mayor prevalencia de cualquier método de disciplina violenta. Independientemente de la edad los niños/as de 0 a 4 años tienen una prevalencia de disciplina no violenta de 34.9%.

A pesar de que los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 7.7.8 revela que solamente 11.02% de las encuestadas que respondieron el Módulo DIT creen que el castigo físico es necesario para educar a los niños/as menores de cinco años.

En relación con el cuidado inadecuado, 5.71% de los niños/as menores de cinco años tuvieron cuidado inadecuado en la semana previa a la entrevista, 3.66% fueron dejados solos en su hogar; mientras que 2.56% fueron dejados al cuidado de otro niño/a menor de 10 años en la semana previa a la entrevista (cuadro 7.7.9).

■ **Figura 7.7.8**

Métodos de disciplina infantil usados en niños/as de acuerdo con su edad. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Cuadro 7.7.8**

Actitudes de aceptación hacia los métodos de disciplina violenta usados en niños/as menores de 5 años. México, Ensanut 2018-19

	Actitudes hacia la disciplina violenta		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 052.1	11.02	9.53,12.71
Sexo			
Hombre	578.5	11.72	9.69,14.10
Mujer	473.6	10.27	8.23,12.75
Escolaridad materna			
Ninguna	17.3	10.82	5.47,20.29
Primaria	136.1	9.85	7.32,13.12
Secundaria	337.0	9.77	7.77,12.21
Media superior	371.0	13.14	9.94,17.17
Superior	174.3	11.15	7.74,15.81
Tipo de localidad			
Urbana	796.0	11.67	9.76,13.90
Rural	256.2	9.39	7.53,11.66
Región			
Norte	220.3	12.08	8.90,16.19
Centro	389.6	11.57	9.43,14.13
Ciudad de México	180.1	16.10	9.33,26.36
Sur	262.1	8.09	6.44,10.12
Edad			
0 años	39.6	2.32	1.20,4.43
1-4 años	1 012.5	12.92	11.15,14.92

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 7.7.9

Porcentajes de métodos de cuidado usados en niños/as menores de 5 años en la última semana. México, Ensanut 2018-19

	Niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos			Niños/as menores de 5 años que fueron dejados al cuidado de otro menor			Niños/as menores de 5 años con cuidado inadecuado		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	356.7	3.66	2.89,4.63	249.0	2.56	2.05,3.19	556.5	5.71	4.79,6.81
Sexo									
Hombre	225.0	4.46	3.22,6.13	125.0	2.48	1.79,3.42	327.2	6.48	5.04,8.31
Mujer	131.7	2.81	2.00,3.92	124.0	2.64	1.91,3.64	229.3	4.89	3.81,6.26
Tipo de localidad									
Urbana	263.4	3.78	2.83,5.04	169.9	2.44	1.84,3.24	397.7	5.71	4.59,7.09
Rural	93.3	3.36	2.28,4.92	79.1	2.85	2.02,4.00	158.8	5.71	4.27,7.61
Región									
Norte	64.5	3.48	1.95,6.15	44.3	2.39	1.42,3.99	104.1	5.62	3.71,8.44
Centro	126.8	3.72	2.61,5.26	85.5	2.51	1.70,3.67	200.2	5.87	4.43,7.73
Ciudad de México	48.3	4.13	1.43,11.38	9.9	0.85	0.11,6.01	58.2	4.98	1.93,12.26
Sur	117.1	3.54	2.61,4.79	109.3	3.31	2.44,4.47	194.0	5.87	4.70,7.31
Edad									
0 años	48.3	2.83	1.42,5.53	38.4	2.25	1.29,3.89	76.9	4.51	2.73,7.35
1 a 4 años	308.4	3.84	2.98,4.93	210.7	2.62	2.04,3.38	479.5	5.97	4.93,7.22
Escolaridad materna									
Primaria o menos	64.8	4.15	2.71,6.31	59.2	3.79	2.48,5.76	112.9	7.24	5.27,9.85
Secundaria	146.6	4.17	2.95,5.86	115.7	3.29	2.40,4.50	241.8	6.87	5.32,8.84
Media superior o más	134.2	2.99	1.89,4.70	73.1	1.63	1.02,2.58	189.7	4.23	2.96,6.01

Estos resultados se calcularon únicamente con la información de la Ensanut 2018-19.
Fuente: Ensanut 2018-19

Índice de Desarrollo Infantil Temprano

En el cuadro 7.7.10 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano en niños/as de 3 a 4 años, a nivel nacional, 80.10% de los niños/as se están desarrollando a un ritmo adecuado. De acuerdo con la edad, el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI, por sus siglas en inglés) es más alto en los niños/as de cuatro años (80.43%), puesto que los niños/as adquieren más habilidades a medida en que crecen. La asistencia a preescolar se asocia con mejores resultados de alfabetización y conocimientos numéricos. Adicionalmente, los niños/as que cuentan con apoyo al aprendizaje en el hogar tienen mayor ECDI, al igual que a mayor número de libros infantiles en el hogar (figura 7.7.9).

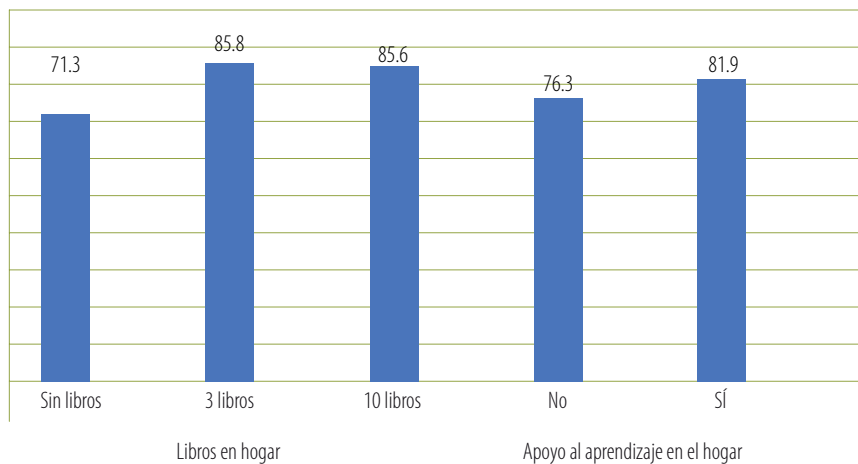
■ Cuadro 7.7.10

Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI) en niños/as de 3 a 4 años. México, Ensanut 2018-19

	Alfabetización-conocimientos numéricos				Físico				Socio-emocional				Aprendizaje				Índice de Desarrollo Infantil Temprano					
	Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión			
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	
Nacional	997.4	24.32	20.74,28.30	3 934.6	95.94	90.20,98.38	3 276.0	79.88	76.90,82.56	4 029.4	98.25	97.19,98.91	3 285.1	80.10	76.08,83.59							
Sexo																						
Hombre	558.2	26.89	21.36,33.25	2 041.6	98.35	94.20,99.54	1 626.3	78.34	73.87,82.23	2 032.5	97.91	96.06,98.90	1 686.7	81.25	76.86,84.97							
Mujer	439.2	21.69	17.54,26.49	1 893.0	93.47	82.20,97.79	1 649.8	81.46	76.84,85.33	1 996.9	98.59	97.30,99.27	1 598.4	78.92	71.36,84.91							
Tipo de localidad																						
Urbana	766.5	26.78	22.12,32.03	2 708.2	94.63	86.37,98.00	2 276.6	79.55	75.59,83.01	2 825.0	98.71	97.25,99.40	2 273.6	79.45	73.82,84.12							
Rural	230.9	18.63	14.47,23.66	1 226.4	98.95	97.44,99.57	999.5	80.64	76.52,84.19	1 204.4	97.17	95.13,98.37	1 011.5	81.61	77.88,84.84							
Región																						
Norte	195.9	26.34	19.91,33.97	740.7	99.61	97.89,99.93	602.1	80.96	74.34,86.19	734.2	98.73	97.97,99.21	626.5	84.25	76.87,89.59							
Centro	317.4	21.78	15.14,30.30	1 455.1	99.83	99.43,99.95	1 223.6	83.95	80.62,86.81	1 450.6	99.52	99.06,99.76	1 264.0	86.72	83.74,89.23							
Ciudad de México*	199.4	41.64	25.94,59.24	4 134	86.32	67.93,94.95	3 484	72.74	55.09,85.30	4 78.9	100	---	356.2	74.38	55.56,87.09							
Sur	284.7	20.03	16.00,24.79	1 325.4	93.26	75.41,98.42	1 102.0	77.54	72.39,81.96	1 365.7	96.09	92.80,97.91	1 038.4	73.06	64.50,80.19							
Edad																						
3 años	319.9	16.42	12.12,21.87	1 918.1	98.47	95.55,99.48	1 520.0	78.03	73.46,82.01	1 903.6	97.72	95.61,98.83	1 553.3	79.74	75.22,83.61							
4 años	677.6	31.47	26.34,37.08	2 016.5	93.64	82.82,97.83	1 756.1	81.55	77.08,85.32	2 125.8	98.72	97.71,99.29	1 731.9	80.43	72.93,86.24							
Asistencia a educación temprana																						
No asiste	180.3	13.52	9.26,19.31	1 307.2	98.03	93.51,99.42	1 036.9	77.76	71.84,82.74	1 295.5	97.16	94.15,98.64	1 043.1	78.23	72.37,83.13							
Asiste	817.2	29.52	24.71,34.85	2 627.4	94.92	86.30,98.23	2 239.2	80.90	76.86,84.38	2 733.9	98.77	97.90,99.28	2 242.1	81.00	74.90,85.90							
Escolaridad materna																						
Ninguna	17.2	24.57	10.97,46.27	70.2	100	---	56.9	80.99	63.01,91.42	68.4	97.36	95.88,98.32	64.5	91.86	81.77,96.59							
Primaria	116.4	17.78	12.21,25.17	648.5	99.12	95.71,99.82	528.8	80.82	73.83,86.29	627.6	95.92	92.53,97.81	523.5	80.02	73.11,85.51							
Secundaria	322.7	21.64	16.38,28.02	1 433.2	96.12	90.45,98.48	1 163.4	78.03	73.09,82.28	1 467.6	98.43	95.24,99.49	1 182.3	79.30	73.89,83.83							
Media superior	347.4	29.59	22.10,38.37	1 074.3	91.51	71.43,97.89	937.7	79.88	72.49,85.67	1 160.6	98.86	98.04,99.34	913.1	77.78	65.10,86.78							
Superior	163.1	27.02	19.90,35.55	601.2	99.56	96.94,99.94	503.3	83.34	74.48,89.56	597.3	98.91	95.06,99.77	512.0	84.78	75.87,90.80							

Fuente: Ensanut 2018-19

*tamaño de muestra inferior a 50 observaciones no ponderadas



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 7.7.9**

Índice de Desarrollo Infantil Temprano de acuerdo con el número de libros infantiles y apoyo al aprendizaje en el hogar. México, Ensanut 2018-19

Desarrollo del lenguaje en niños/as de 1 a 4 años de edad

El cuadro 7.7.11 presenta el tamaño de muestra del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano de acuerdo con las diferentes pruebas de lenguaje aplicadas y los parámetros descriptivos de los puntajes crudos de cada una de las pruebas. En la figura 7.7.10 se presenta la dispersión de los puntajes de acuerdo con la edad de los niños/as y la predicción lineal de edad sobre el lenguaje para niños/as; en la figura se observa el aumento gradual de vocabulario a mayor edad de los niños/as.

■ **Cuadro 7.7.11**

Muestra del Módulo DIT y puntajes crudos por edad. México, Ensanut 2018-19

	Número de palabras						
	Edad	(n)	Media	D.E.	Mín-Máx	P25-P75	IC95%
CDI-II*	19-30 meses	795	19.56	13.71	0-50	7-31	18.61,20.52
CDI-III†	31-42 meses	815	18.88	12.79	0-50	8-28	18.00,19.76
PPVT-III‡	≥43 meses	1 123	27.50	18.95	0-88	13-40	26.39,28.60

Fuente: Ensanut 2018-19

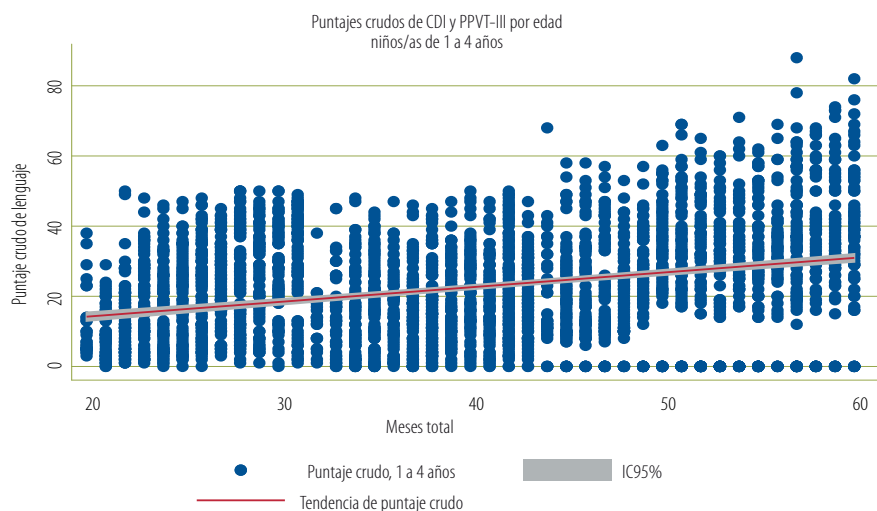
*No se cuenta con información de lenguaje de 62 niños/as de 19 a 30 meses

†No se cuenta con información de lenguaje de 72 niños/as de 31 a 42 meses

‡No se cuenta con información de lenguaje de 70 niños/as ≥43 meses

Figura 7.7.10

Dispersión de los puntajes crudos por edad. México, Ensanut 2018-19

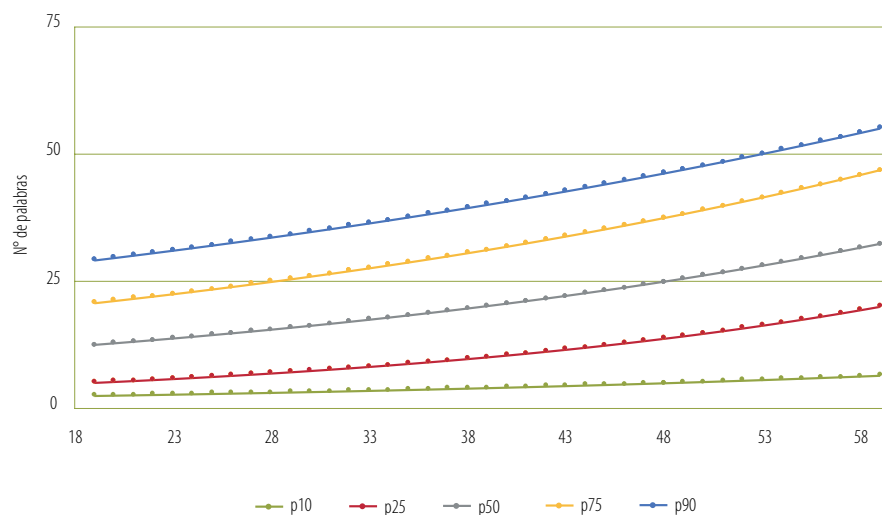


Fuente: Ensanut 2018-19
Nota: la figura muestra puntajes crudos de CDI para niños/as de 19 a 42 meses y de PPVT-III para niños/as de 43 a 59 meses.

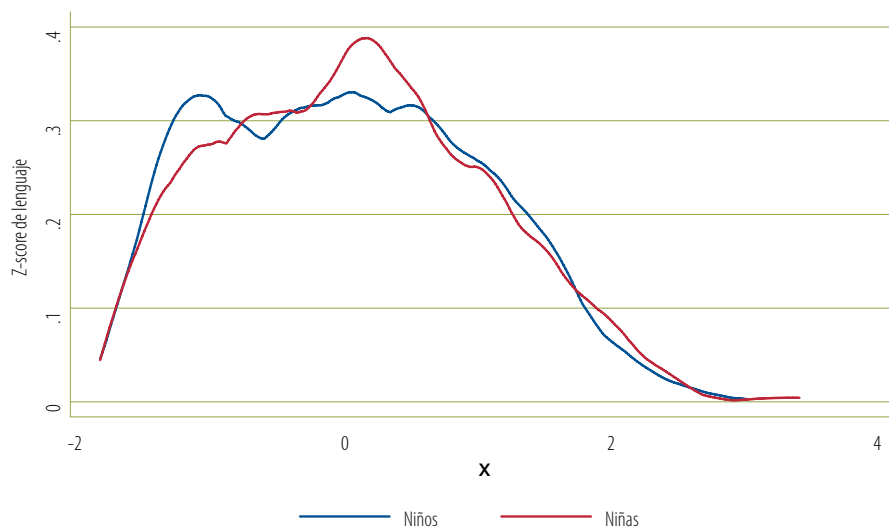
En la figura 7.7.11 se presenta el número de palabras que los niños/as dicen de acuerdo con los percentiles del número de palabras dichas; en general, a mayor edad los niños/as dicen mayor número de palabras. La figura 7.7.12 presenta la distribución del z-score de lenguaje de acuerdo con el sexo de los menores de 1 a 4 años, la cual indica que en promedio los niños y niñas presentan el mismo nivel de lenguaje.

Figura 7.7.11

Número de palabras que los niños/as de 1 a 4 años dicen (puntaje crudo). México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19
Nota: la figura muestra puntajes crudos de CDI para niños/as de 19 a 42 meses y de PPVT-III para niños/as de 43 a 59 meses.



Resultados ponderados

Fuente: Ensanut 2018-19

Nota: la figura muestra puntajes estandarizados de CDI para niños/as de 19 a 42 meses y de PPVT-III para niños/as de 43 a 59 meses.

■ **Figura 7.7.12**

Distribución de z-scores de lenguaje para niños/as de 1 a 4 años de acuerdo al sexo. México, Ensanut 2018-19

El cuadro 7.7.12 muestra los resultados estandarizados (z-scores) de lenguaje de acuerdo con algunos determinantes; aquellos niños/as que asisten a preescolar, quienes cuentan con apoyo al aprendizaje en su hogar, así como al menos tres libros infantiles en el hogar e hijos/as de madres con escolaridad media superior o más, tienen en promedio resultados significativamente mejores de lenguaje. La desnutrición crónica, es decir, la talla para la edad que se encuentra por lo menos dos desviaciones estándares por debajo de la talla mediana de acuerdo con los estándares de la OMS, se asocia fuertemente con niveles más bajos de lenguaje.

La figura 7.7.13 muestra el gradiente en vocabulario de acuerdo con la escolaridad materna para niños/as, entre niños/as cuyas madres no asistieron a la escuela o tienen educación primaria, el nivel de lenguaje es más bajo.

Con el objetivo de verificar que la asociación entre lenguaje y variables clave del contexto (libros y actividades de apoyo al aprendizaje) es independiente de la edad del niño, se estimaron correlaciones entre los z-score de lenguaje y lo z-score ajustados para edad de número de libros en el hogar y número de actividades de apoyo al aprendizaje en el hogar. Los resultados indican que la asociación entre estas variables es significativa, aun cuando se ajusta para el efecto de edad (cuadro 7.7.13).

■ Cuadro 7.7.12

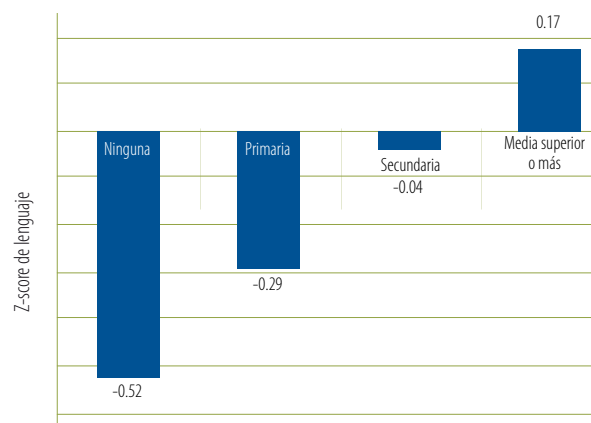
Promedio de z-score de lenguaje de acuerdo con características sociodemográficas y determinantes de interés. México, Ensanut 2018-19

	Total	
	Media	IC95%
Nacional	0.001	-0.04,0.04
Sexo		
Hombre	-0.03	-0.08,0.03
Mujer	0.03	-0.03,0.08
Tipo de localidad		
Urbana	0.01	-0.04,0.06
Rural	-0.02	-0.08,0.04
Asiste a educación para la primera infancia*		
No asiste	-0.14	-0.22,-0.05
Asiste	0.08	0.02,0.14
Apoyo al aprendizaje		
No	-0.21	-0.28,-0.15
Sí	0.09	0.04,0.13
Libros		
≥ 3 libros	0.23	0.16,0.29
≥ 10 libros	0.40	0.24,0.56
Sin libros	-0.26	-0.32,-0.20
Juega con 2 o más tipos de juguetes		
No	-0.53	-0.69,-0.36
Sí	0.02	-0.02,0.06
Escolaridad materna		
Ninguna	-0.52	-0.73,-0.32
Primaria	-0.29	-0.37,-0.20
Secundaria	-0.04	-0.10,0.01
Media superior o más	0.17	0.11,0.23
Desnutrición crónica		
Severa (<= 3 d.e.)	-0.30	-0.50,-0.09
Moderada (<= 2 d.e.)	-0.30	-0.40,-0.20
Sin desnutrición crónica	0.06	0.02,0.10

*Niños/as de 3 a 4 años
Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 7.7.13

Z-score de lenguaje para niños/as de 1 a 4 años de acuerdo con la escolaridad materna. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19
Nota: la figura muestra puntajes estandarizados de CDI para niños/as de 19 a 42 meses y de PPVT-III para niños/as de 43 a 59 meses.

■ Cuadro 7.7.13

Correlación con algunos determinantes de lenguaje para niños/as de 1 a 4 años. México, Ensanut 2018-19

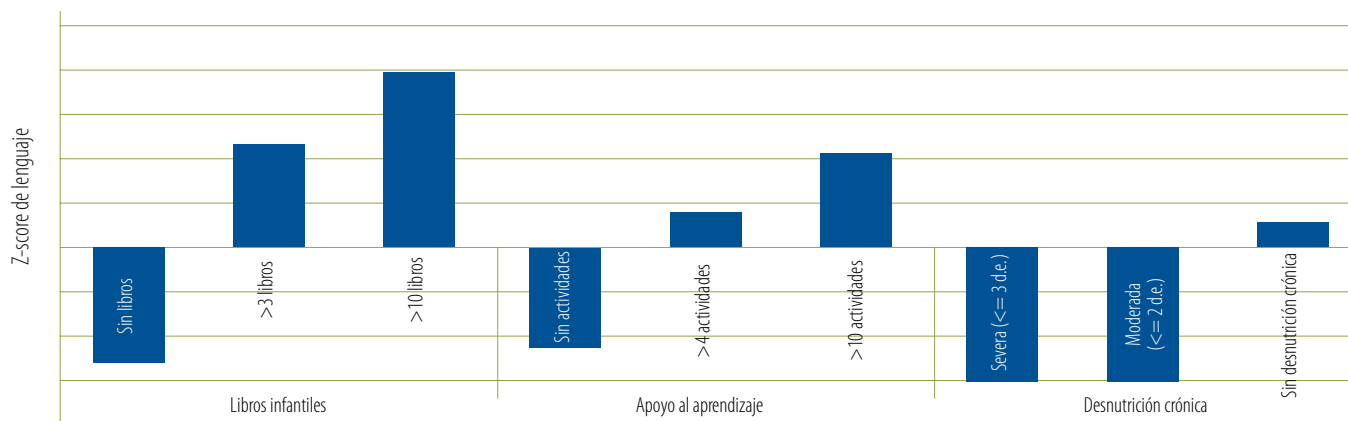
	Z-score de lenguaje	Z-score de número de libros infantiles en el hogar	Z-score de actividades de apoyo al aprendizaje en el hogar	Z-score de juguetes
Z-score de lenguaje	1.0			
Z-score de número de libros infantiles en el hogar	0.21	1.0		
Z-score de actividades de apoyo al aprendizaje en el hogar	0.16	0.36	1.0	
Z-score de juguetes	0.24	0.35	0.37	1.0

Fuente: Ensanut 2018-19
Nota: Todas las correlaciones tienen $p < 0.001$

Finalmente, en la figura 7.7.14 se presenta un resumen de los determinantes más importantes con el desarrollo del lenguaje en la Ensanut 2018-19.

Figura 7.7.14

Determinantes del desarrollo del lenguaje en niños/as de 1 a 4 años. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

7.8 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano

Preescolares

Se obtuvo información plausible del consumo de grupos de alimentos para 3 068 niños preescolares de 1 a 4 años de edad que representan a 8 019 950 preescolares a nivel nacional.

En el cuadro 7.8.1 se presenta el porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos. De los grupos recomendables presentados, se observa que 88.5% consumieron agua y 64.7% consumió lácteos siendo estos los grupos de alimentos con mayor porcentaje de consumidores. El grupo de alimentos recomendable con menos consumidores, fue verduras, pues sólo en 19.7% de la población de preescolares se reportó su consumo.

En cuanto a los grupos no recomendables para consumo cotidiano presentados, el de mayor porcentaje de consumidores fue bebidas no lácteas endulzadas (82.4%), seguido de botanas, dulces y postres (62.7%). El grupo de alimentos no recomendables menos consumido fue carnes procesadas, con 8.2% de consumidores.

■ Cuadro 7.8.1

Porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano a nivel nacional y por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

	Tipo de localidad											
	Nacional				Rural				Urbana			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano												
Frutas	1 464	3 756.9	46.8	43.8,49.9	522	990.1	43.8	39.8,47.9	942	2 766.8	48.0	44.1,52.0
Verduras	566	1 578.2	19.7	17.6,21.9	173	342.5	15.2	12.6,18.1	393	1 235.7	21.5	18.7,24.4
Leguminosas	1 284	2 987.3	37.3	34.7, 39.9	561	973.7	43.1	38.5,47.8	723	2 013.6	35.0	31.9,38.1
Carnes no procesadas	941	2 726.7	34.0	31.1,37.0	278	533.1	23.6	20.7,26.7	663	2 193.6	38.1	34.3,42.1
Agua	2 762	7 099.3	88.5	86.4,90.3	1 053	2 007.8	88.8	85.4,91.5	1 709	5 091.5	88.4	88.6,90.6
Huevo	1 079	2 670.0	33.3	30.5,36.2	385	605.3	26.8	23.7,30.1	694	2 064.7	35.9	32.2,39.7
Lácteos	1 969	5 186.6	64.7	61.8,67.5	712	3 864.6	58.5	54.5,62.3	1 257	3 788.8	67.1	63.4,70.6
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano												
Carnes procesadas	306	659.9	8.2	7.0,9.7	119	166.7	7.4	5.6,9.6	187	493.2	8.6	7.0,10.4
Comida rápida y antojitos mexicanos	346	901.8	11.2	9.4,13.4	121	227.6	10.1	7.8,13.0	225	674.2	11.7	9.4,14.5
Botanas, dulces y postres	1 887	5 025.3	62.7	60.1,65.2	671	1 252.5	55.4	51.3,59.4	1 216	3 772.9	65.5	62.3,68.6
Cereales dulces	1 468	3 797.9	47.4	44.1,50.6	554	1 087.4	48.1	43.9,52.3	914	2 710.5	47.1	42.7,51.3
Bebidas no lácteas endulzadas	2 521	6 606.2	82.4	80.2,84.34	995	1 907.0	84.3	81.2,87.1	1 526	4 699.2	81.6	78.8,84.1
Bebidas lácteas endulzadas	1 150	2 812.8	35.1	32.7,37.5	418	766.9	33.9	30.6,37.4	732	2 045.9	35.5	32.6,38.6

n: 3 068 participantes entre 1 a 4 años que representan a 8 019 950 preescolares a nivel nacional

n: 1 179 participantes entre 1 a 4 años que representan a 2 260 974 preescolares de tipo de localidad rural

n: 1 889 participantes entre 1 a 4 años que representan a 5 758 976 preescolares de tipo de localidad urbana

Fuente: Ensanut 2018-19

Al estratificar por localidad de residencia, el porcentaje de consumidores de alimentos recomendables fue mayor en localidades urbanas en comparación con las rurales, especialmente en los grupos correspondientes a carnes no procesadas, huevo y lácteos. Pese a que el consumo de verduras fue bajo en ambas localidades, el consumo fue mayor en localidades urbanas comparado con las rurales (22 vs. 15.8%, respectivamente). No obstante, el grupo de leguminosas fue consumido en mayor proporción por preescolares pertenecientes a localidades rurales (44.7%) que en aquellos ubicados en localidades urbanas (34.7%).

En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, se observó un mayor porcentaje de consumidores de bebidas endulzadas no lácteas en localidades rurales comparado con las urbanas (86.6 vs. 82.0%, respectivamente) mientras que, en estas últimas, las botanas dulces y postres presentaron un mayor porcentaje de consumidores (66%), en comparación con las localidades rurales (57.6%).

Al estratificar por región (cuadro 7.8.2) se observó un mayor porcentaje de consumidores de frutas (53.3%) y verduras (24.3%) en los preescolares de la región Centro del país, comparado con aquellos de la región Sur (39.0 y 15.7% respectivamente). Por su parte, las leguminosas, el agua simple y el huevo, se consumieron en mayor proporción en la región Norte (47.2, 91.8 y 63.4%, respectivamente), mientras que en la región Sur, se presentaron los porcentajes más bajos de consumidores de agua (87.4%) y huevo (23.4%), y las leguminosas fueron menos consumidas en la región Centro (37.0%) (lo anterior sin considerar la región Ciudad de México).

■ Cuadro 7.8.2

Porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano. México, Ensanut 2018-19

	Región															
	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano																
Frutas	291	700.9	45.4	39.9,50.0	644	1 506.2	53.3	49.9,58.6	36	490.1	49.6	33.4,66.0	493	1 059.7	39.0	35.2,43.0
Verduras	117	296.7	19.2	15.1,24.2	254	672.8	24.3	20.6,28.3	16	182.0	18.4	10.8,29.7	179	426.7	15.7	13.0,18.8
Leguminosas	327	730.8	47.2	41.3,53.7	552	1 025.5	37.0	32.8,41.3	13	188.6	19.1	11.1,30.9	392	1 042.3	38.4	34.6,42.4
Carnes no procesadas	190	496.5	32.2	27.2,37.6	338	869.7	31.4	27.1,36.0	41	522.4	52.9	36.5,68.7	372	838.1	30.9	27.2,34.8
Agua	570	1 416.8	91.8	87.3,94.8	1 105	2 521.2	90.9	87.3,93.5	54	788.7	79.9	69.6,87.3	1 033	2 372.6	87.4	84.2,90.1
Huevo	385	978.5	63.4	57.7,68.7	419	833.0	30.0	26.7,33.6	13	209.7	21.2	9.7,40.4	262	648.8	23.9	20.1,28.2
Lácteos	421	1 038.5	67.3	61.9,72.3	799	1 880.0	67.8	63.5,71.6	42	562.8	57.0	40.7,71.9	707	1 705.3	62.8	58.9,66.6
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano																
Carnes procesadas	139	279.7	18.1	14.7,22.2	128	237.9	8.6	6.6, 11.1	4	58.9	6.0	2.1,15.7	35	83.4	3.1	2.1,4.6
Comida rápida y antojitos mexicanos	69	183.8	11.9	8.3,16.8	129	331.5	12.0	8.8,16.1	3	27.9	2.8	0.8,9.0	145	358.6	13.2	10.1,17.1
Botanas, dulces y postres	405	971.9	63.0	56.8,68.8	788	1 887.6	68.0	64.1,71.7	50	698.1	70.7	59.5,79.9	644	1 467.8	54.1	49.6,58.5
Cereales dulces	296	730.6	47.3	40.6,54.1	583	1 340.3	48.3	43.8,52.9	33	467.4	47.3	31.1,64.2	556	1 259.7	46.1	42.2,50.7
Bebidas no lácteas endulzadas	493	1 185.0	76.8	70.6,82.0	972	2 298.9	82.9	79.3,85.9	63	878.6	89.0	79.4,94.4	993	2 243.6	82.7	79.3,85.6
Bebidas lácteas endulzadas	209	499.0	32.3	27.5,37.6	450	1 047.7	37.8	33.9,41.7	26	316.6	32.1	23.3,42.3	465	949.5	35.0	31.0,39.2

n: 3 068 participantes entre 1 a 4 años que representan a 8 019 950 preescolares a nivel nacional

n: 609 participantes entre 1 a 4 años que representan a 1 543 683 preescolares de la región Norte

n: 1 188 participantes entre 1 a 4 años que representan a 2 774 675 preescolares de la región Centro

n: 73 participantes entre 1 a 4 años que representan a 987 336 preescolares de la región Ciudad de México

n: 1 198 participantes entre 1 a 4 años que representan a 2 714 256 preescolares de la región Sur

Fuente: Ensanut 2018-19

Menos de 35% de los preescolares consumieron carnes no procesadas en todas las regiones, excepto en Ciudad de México, donde se obtuvo el mayor porcentaje de consumidores (52.9%), sin embargo, los resultados reportados en esta región deben interpretarse cuidadosamente, dado que el tamaño de la muestra es insuficiente para realizar comparaciones. Cabe agregar que no se observaron diferencias en el consumo de lácteos por región.

Por otra parte, las carnes procesadas presentaron el mayor porcentaje de preescolares consumidores en la región Norte (18.1%), comparado con la región Sur, donde se observó el porcentaje de consumo más bajo (3.1%). El grupo de comida rápida y antojitos mexicanos se consumió de manera uniforme en todas las regiones, mientras que las botanas, dulces y postres se consumieron por cerca de 70% de los preescolares de las regiones Centro y Ciudad de México. El consumo de cereales dulces fue similar en los preescolares entre regiones, así como las bebidas endulzadas lácteas y no lácteas, sin embargo, en este último grupo, el porcentaje de consumidores fue ligeramente inferior en la región Norte (77.2%) comparado con el resto de las regiones.

Escolares

Se obtuvo información plausible del consumo de grupos de alimentos para 5 989 escolares de 5 a 11 años de edad, que representan a 15 510 572 escolares del país. En el cuadro 7.8.3 se presenta el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos a nivel nacional y por localidad. A nivel nacional, de los grupos recomendables que se presentan, se observa que 85.4% de los escolares consumieron agua sola, y 56.5% consumió lácteos, siendo éstos los grupos de mayor consumo. El grupo de alimentos recomendable con menos consumidores fue verduras, sólo 22% de la población escolar lo consume. Entre los grupos no recomendables para consumo cotidiano, el de mayor consumo fue bebidas no lácteas endulzadas con un porcentaje de consumidores de 85.7% y el grupo menos consumido de esta categoría fue carnes procesadas (11.2%).

Dentro del grupo de alimentos recomendables para consumo cotidiano, el porcentaje de consumidores de frutas, leguminosas y agua sola es mayor en localidades rurales en comparación con las localidades urbanas (44.3 vs. 43.2%; 55.2 vs. 42.7% y 88.9 vs. 84.2% respectivamente). Al comparar los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano se observa que el porcentaje de consumidores tiende a ser mayor en localidades urbanas en comparación con localidades rurales.

En el cuadro 7.8.4 se presenta el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos estratificando por región. En los grupos de frutas, carnes no procesadas y cereales dulces no se observan diferencias importantes en el porcentaje de consumidores que osciló entre 40 y 50%. En los alimentos recomendables para consumo cotidiano, en el grupo de verduras se observa un bajo porcentaje de consumidores

■ Cuadro 7.8.3

Porcentaje de escolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano a nivel nacional y por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

	Tipo de localidad											
	Nacional				Rural				Urbana			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano												
Frutas	2 698	6 745.4	43.5	41.3,45.7	1 001	1 868.2	44.3	41.0,47.6	1 697	4 877.2	43.2	40.4,46.0
Verduras	1 271	3 418.1	22.0	20.3,23.9	409	774.6	18.4	15.9,21.1	862	2 643.6	23.4	21.2,25.8
Leguminosas	2 990	7 149.7	46.1	43.8,48.4	1 336	2 328.9	55.2	50.2,60.0	1 654	4 820.8	42.7	40.1,45.4
Carnes no procesadas	2 321	6 273.5	40.5	38.2,42.7	673	1 190.4	28.2	24.9,31.7	1 648	5 083.1	45.0	42.3,47.8
Agua	5 387	13 251.8	85.4	83.6,87.1	2 049	3 750.9	88.9	85.9,91.3	3 338	9 501.0	84.2	81.9,86.2
Huevo	1 942	4 918.9	31.7	29.7,33.9	735	1 171.0	27.7	25.0,30.7	1 207	3 747.9	33.2	30.6,35.9
Lácteos	3 263	8 756.2	56.5	54.1,58.8	1 120	1 932.3	45.8	42.0,49.6	2 143	6 823.9	60.5	57.7,63.2
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano												
Carnes procesadas	676	1 734.4	11.2	10.0,12.5	222	337.5	8.0	6.6,9.7	454	1 396.8	12.4	10.8,14.1
Comida rápida y antojitos mexicanos	1 079	2 846.1	18.4	16.5,20.4	321	520.9	12.3	10.3,14.8	758	2 325.2	20.6	18.2,23.2
Botanas, dulces y postres	3 794	10 018.5	64.6	62.6,66.6	1 333	2 365.6	56.0	53.0,59.1	2 461	7 653.0	67.8	65.3,70.2
Cereales dulces	3 227	8 211.5	52.9	50.6,55.2	1 180	2 127.4	50.4	46.5,54.3	2 047	6 084.1	53.9	51.1,56.7
Bebidas no lácteas endulzadas	5 145	13 295.1	85.7	84.1,87.2	1 960	3 597.9	85.2	82.1,87.9	3 185	9 697.3	85.9	84.0,87.6
Bebidas lácteas endulzadas	2 434	5 922.4	38.2	36.0,40.4	842	1 507.6	35.7	32.2,39.4	1 592	4 414.7	39.1	36.4,41.9

n: 5 989 participantes entre 5 y 11 años que representan a 15 510 572 escolares, 3 727 que representan a 11 289 109 escolares de localidad urbana y 2 262 que representan a 4 221 463 de localidad rural
Fuente: Ensanut 2018-19

en la región Sur (16.8%) en comparación con Norte, Centro y Ciudad de México, siendo la región Centro la que presentó el mayor porcentaje de consumidores (25.0%). Por otro lado, en la región Norte se presentó un mayor porcentaje de consumidores de leguminosas (58.4%) en comparación con el resto de las regiones. En cuanto al consumo de agua, se reportó que 91.6% de los escolares de la región Norte eran consumidores, siendo una proporción mayor en comparación con 63.4% de los escolares de la región Ciudad de México que consumieron este grupo. El consumo de huevo se encontró en una mayor proporción de niños de la región Norte (54.6%) en comparación con las otras regiones, cuyo porcentaje osciló alrededor de 25% de los escolares. El porcentaje de consumidores de lácteos fue mayor en la región Norte en comparación con la región Sur en donde se presentó el consumo más bajo de este grupo de alimento (64.8 vs. 51.0%).

Por otro lado, en los alimentos no recomendables para consumo cotidiano, en el grupo de carnes procesadas la diferencia más grande de porcentaje de consumidores

■ Cuadro 7.8.4

Porcentaje de escolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano por región. México, Ensanut 2018-19

	Región															
	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano																
Frutas	525	1 309.6	44.0	39.3,48.7	1 116	2 482.9	46.9	43.4,50.5	62	881.6	42.6	33.2,52.6	995	2 071.3	40.0	36.9,43.3
Verduras	260	720.2	24.2	19.9,29.0	546	1 323.5	25.0	22.3,28.0	36	507.0	24.5	17.3,33.6	429	867.4	16.8	14.7,19.1
Leguminosas	749	1 739.9	58.4	53.6,63.0	1 226	2 411.9	45.6	41.7,49.6	31	488.2	23.6	16.7,32.3	984	2 509.7	48.5	44.8,52.2
Carnes no procesadas	453	1 282.4	43.0	38.7,47.5	800	1 952.1	36.9	33.2,40.8	63	907.5	43.9	34.4,53.8	1 005	2 131.5	41.2	38.1,44.9
Agua	1 060	2 729.4	91.6	89.2,93.5	2 084	4 665.7	88.2	85.2,90.6	90	1 311.8	63.4	54.0,72.0	2 153	4 544.9	87.9	85.6,89.8
Huevo	665	1 625.7	54.6	49.7,59.4	687	1 445.8	27.3	24.6,30.3	28	535.3	25.9	17.2,37.1	562	1 312.2	25.4	22.6,28.4
Lácteos	714	1 930.0	64.8	60.4,68.9	1 272	2 933.4	55.5	51.6,59.3	88	1 252.8	60.6	50.1,70.3	1 189	2 640.1	51.0	47.6,54.4
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano																
Carnes procesadas	295	658.9	22.1	18.8,25.8	274	635.6	12.0	10.1,14.1	12	168.6	8.2	4.4,14.6	95	271.2	5.2	3.9,7.1
Comida rápida y antojitos mexicanos	218	635.3	21.3	17.6,25.6	377	727.0	13.7	11.6,16.2	35	576.2	27.9	19.2,38.5	449	907.6	17.6	15.1,20.3
Botanas, dulces y postres	770	1 936.7	65.0	60.6,69.1	1 570	3 575.8	67.6	64.4,70.6	102	1 572.8	76.1	67.3,83.1	1 352	2 933.3	56.7	53.8,59.6
Cereales dulces	611	1 629.7	54.7	49.9,59.4	1 257	2 819.1	53.3	49.5,57.1	67	903.3	43.7	34.4,53.5	1 292	2 859.4	55.3	52.3,58.6
Bebidas no lácteas endulzadas	968	2 463.6	82.7	79.2,85.7	1 925	4 515.3	85.4	82.7,87.7	121	1 841.9	89.1	80.5,94.2	2 131	4 474.4	86.5	84.2,88.5
Bebidas lácteas endulzadas	467	1 113.5	37.4	33.0,42.0	944	2 268.7	42.9	39.6,46.3	54	754.6	36.5	27.1,47.1	969	1 785.5	34.5	31.7,37.5

n: 1 159 participantes entre 5 a 11 años que representan a 2 979 491 escolares de la región Norte, 2 254 que representan a 5 290 475 de la región Centro, 139 que representan a 2 067 812 de la región Ciudad de México y 2 437 que representan a 5 172 794 de la región Sur
Fuente: Ensanut 2018-19

se presentó en la región Norte y la región Sur (22.1 vs. 5.2%). El grupo de comida rápida y antojitos mexicanos presentó una menor proporción de consumidores en la región Centro (13.7%) que en el resto de las regiones. En el grupo de botanas dulces y postres se presentó una diferencia significativa entre las regiones Ciudad de México y Sur, siendo Ciudad de México la que tuvo el mayor porcentaje de consumidores (76.1%). Finalmente, el porcentaje de consumidores de bebidas lácteas endulzadas, fue mayor en la región Centro en comparación con la región Sur (42.9 vs. 34.5%). Para el grupo de bebidas no lácteas endulzadas el porcentaje de consumidores fue de alrededor de 85% sin diferencias significativas entre regiones. Los datos para la región Ciudad de México deben interpretarse con cautela dado el número de observaciones disponibles para esa región.

Conclusiones

La evaluación de la prevalencia de desnutrición infantil mostró un ligero aumento, no significativo, en la baja talla en los niños y niñas menores de cinco años de edad. Este incremento no se había observado en años anteriores, ya que se mantenía una tendencia a la baja, sin embargo, dado que el incremento no fue significativo podemos suponer un estancamiento de la prevalencia de baja talla en los preescolares durante este periodo. A pesar de ello, se estima que alrededor de 1 300 000 niños y niñas presentan baja talla en México. Esta estimación es mayor en los que habitan en localidades urbanas (852 800 preescolares con esta condición).

El bajo peso ha mostrado una tendencia hacia el incremento en la prevalencia. Es importante monitorear este indicador ya que, si bien depende de la estimación de la talla, es indicativo de un alza en el peso corporal de los preescolares. Por último, las niñas y niños que residen en localidades rurales presentaron la mayor prevalencia de emaciación o desnutrición actual. Esta es relevante dado que se traduce en mayores riesgos de morbilidad, principalmente en los preescolares de menor edad (<24 meses de edad).

Es importante contar con políticas y programas dirigidos a disminuir las causas básicas y subyacentes de la desnutrición, principalmente la desnutrición crónica, ya que es un factor de riesgo para la salud y el desarrollo infantil.

Por otro lado, a pesar de la disminución en la prevalencia de sobrepeso más obesidad en los preescolares de 2012 a 2018, se requiere redoblar esfuerzos para su contención dado el acelerado crecimiento de esta condición a edades superiores.

En 2018, 33 de cada 100 niñas y 38 de cada 100 niños en edad escolar presentan exceso de peso, es decir, la sumatoria de las categorías de estado de nutrición sobrepeso más obesidad. Estas cifras representan cerca de 4 000 000 de escolares con este padecimiento. Aun y cuando el sobrepeso y la obesidad en este grupo de población se encuentra dentro de las prioridades de salud de nuestro país se recomienda enfatizar estrategias integrales que permitan su contención, a fin de prevenir los daños a la salud que conlleva en el corto plazo.

La anemia en niños mexicanos tuvo un repunte contrastante con la tendencia en descenso observada hasta la encuesta de 2012. Esta condición en niños menores de cinco años, sigue representando un serio problema de salud pública en México, especialmente en los niños menores de dos años, donde las consecuencias de la anemia y deficiencias nutricionales asociadas, son irreversibles.

La tendencia en incremento de la anemia observada en los niños preescolares y escolares participantes de la presente encuesta no ha sido la esperada; por lo que es necesario tomar los datos con cautela debido, entre otras posibles causas, a errores de medición en la determinación de la hemoglobina capilar y por cambios en los modelos de los equipos HemoCué empleados entre encuestas. No obstante, a pesar de lo anterior, es necesario considerar intervenciones en salud y nutrición focalizadas en estos niños para combatir la anemia y deficiencia de hierro, promoviendo el consumo de alimentos y suplementos con hierro mayor biodisponibilidad.

Los resultados de la medición de las concentraciones de plomo en sangre en la población infantil muestran una prevalencia de niveles elevados de PbS alta (17.4%). El uso de LBVPb es una fuente de exposición a Pb muy importante pero no la única. Se identifica una tendencia clara entre uso de LBVPb y niveles de PbS que indica que, a mayor frecuencia de uso de este tipo de loza, mayor prevalencia de niveles elevados de PbS. Sin embargo, el hecho de que 11.8% de la población de estudio que reportó no haber utilizado LBVPb, presentara niveles elevados de PbS, sugiere la presencia de otras fuentes de exposición que no fueron consideradas en este estudio y que se deben motivar el desarrollo de futuros estudios.

Los hallazgos en lactancia materna y alimentación complementaria de la Ensanut 2012 significó un parteaguas incorporándose como un tema prioritario en la alimentación infantil en México.¹ La Ensanut 2018-19 trae buenas noticias para la lactancia materna especialmente en la lactancia materna exclusiva, en la que se muestra que 28.6% de las mujeres encuestadas la practican; dato muy cercano al reportado por la Encuesta Nacional de Niños y Mujeres² que en el año 2015 reportó 32%, siendo mayor en mujeres que tienen a sus hijos por parto y no por cesárea, entre otras características.

Por otro lado, la Ensanut 2018-19 nos muestra datos en los que hay que poner atención sobre el consumo adecuado de alimentos en los menores entre 6 y <24 meses de edad. Existe la necesidad de estudiar si el inicio de la alimentación complementaria es el adecuado, la calidad, diversidad y frecuencia de consumo de los alimentos, especialmente los ricos en hierro.

Respecto a los hallazgos en lactancia materna, en el año 2012 a través de la Ensanut se evidenció la imperiosa necesidad de un ambiente favorable para las mujeres y un mayor apoyo y promoción de la misma en México. Se comenzó un movimiento a través del cual se motivara a dejar la fórmula y volver a lo básico.³ También se comenzaron a implementar cambios e iniciativas a través de diversos sectores: 1) Se lanza la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018,⁴ como eje integrador de acciones a favor de la lactancia materna coordinada por la SS, 2) Se implementa la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESiAN),⁵⁻⁷ para la población beneficiaria de *Prospera*, con un fuerte componente de lactancia materna y la capacitación de más de 100 mil proveedores de servicios de salud a nivel nacional, 3) un grupo de expertos en lactancia materna realiza recomendaciones a la política nacional multisectorial,⁸ 4) la OMS, UNICEF y demás organismos de la sociedad civil inician la Semana Mundial de la Lactancia Materna en conmemoración a la Declaración de Innocenti⁹ observándose un gran apoyo a la misma por parte de las diversas instituciones y la población. Los anteriores sólo son algunos ejemplos de lo que podría ser el inicio de la coordinación de la respuesta social organizada que se refleja en la mejora de los indicadores.

Asimismo, en el año 2016, diversas organizaciones gubernamentales, de la academia y de la sociedad civil; realizaron el estudio Índice País Amigo de la Lactancia Materna para el caso de México,¹⁰ en la que se evaluó 1. Abogacía 2. Voluntad política

3. Legislación y política 4. Financiamiento y recursos 5. Capacitación y entrega de programas 6. Promoción 7. Investigación y evaluación y; 8. Coordinación, metas y monitoreo. Ninguno de los aspectos evaluados fue del todo favorecedor hacia la lactancia materna. Esta iniciativa también dejó en claro la necesidad de realizar cambios de fondo. En el año 2018 se estructura la Norma Oficial Mexicana para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna,¹¹ la cual continúa como proyecto y aún no ha sido aprobada, hecho que podría ser una barrera para que diversos sectores lleven a la acción actividades a favor de las prácticas de alimentación infantil en nuestro país y poder así acercarnos más a la meta de la Asamblea Mundial de Nutrición¹² de alcanzar una prevalencia nacional de 50% de lactancia materna exclusiva para el año 2025.

A nivel nacional, la NOM-031-SSA2-1999¹⁰ en conjunto con los lineamientos técnicos de Desarrollo Infantil Temprano¹¹ estipulan las condiciones y periodicidad de la atención al DIT que los niños y niñas menores de cinco años deben de recibir. Sin embargo, el promedio de consultas del niño sano es de 5.48%, mientras que el porcentaje de evaluación de DIT es de 19.76%. Existe amplia evidencia sobre la costoefectividad de paquetes de atención enfocadas en DIT.¹² Por lo anterior, es relevante garantizar el acceso adecuado y oportuno a servicios integrales de atención al Desarrollo Infantil Temprano. Ello implica el aumento de la cobertura efectiva de servicios de atención primaria enfocados en la primera infancia y el diseño de estrategias para aumentar la demanda de dichos servicios por parte de la población.

El 65.45% de los niños/as de 3 a 4 años asiste a preescolar. Previamente se ha demostrado que la asistencia a programas de educación inicial y preescolar prepara a los niños y niñas para lograr un mejor desempeño en la educación primaria. En este sentido, es fundamental aumentar la cobertura de dichos programas y la implementación de mecanismos que reduzcan las barreras de acceso tanto a la educación inicial como preescolar.

Un ambiente con oportunidades de aprendizaje como disponibilidad de libros infantiles en el hogar, juguetes, así como acceso a oportunidades de estimulación, son indispensables para el DIT.¹³ No obstante, 29.41 y 86.57% de los niños y niñas cuentan con por lo menos tres libros infantiles y dos o más tipos de juguetes, respectivamente. Adicionalmente, 67.71% tiene acceso a oportunidades de estimulación en el hogar.

La exposición a la disciplina violenta y cuidado inadecuado tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de los niños y niñas a corto y a largo plazo.¹⁴ No obstante, la mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas; 58.91% de los niños/as menores de cinco años fueron sometidos a por lo menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes anterior a la encuesta.

El 80.10% cuenta con un desarrollo infantil adecuado. Lo anterior es relevante, dado que existe evidencia sobre el impacto positivo de acciones dirigidas a niños y niñas menores de cinco años, con beneficios en el desarrollo presente y futuro.¹⁵

Se considera que la medición de DIT mediante el nivel de lenguaje es una adecuada aproximación, ya que el lenguaje promueve el pensamiento, resolución de problemas y el desarrollo de relaciones interpersonales. Por lo anterior, se considera al lenguaje como un fuerte predictor de logros académicos¹⁶ y de adaptación socioemocional.¹⁷ Nuestros resultados muestran que una nutrición adecuada y exposición a contextos de desarrollo adecuado se asocian con un mejor desarrollo del nivel de lenguaje en niños y niñas de 1 a 4 años.

En relación con el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano, el grupo de alimentos recomendado con mayor número de consumidores entre los preescolares fue el agua, seguida de los lácteos. Las verduras fueron el grupo con menor porcentaje de consumidores sin diferencias por tipo de localidad de residencia o región del país. De los alimentos no recomendados para consumo cotidiano, las bebidas no lácteas endulzadas presentaron el mayor porcentaje de consumidores, seguidas de las botanas, dulces y postres. Los preescolares pertenecientes a las localidades urbanas, presentaron un mayor consumo de alimentos recomendables comparado con la localidad área rural, mientras que, en estas últimas, las leguminosas se consumieron en mayor proporción, así como las bebidas endulzadas no lácteas. Los preescolares ubicados en la región Norte presentaron el porcentaje de consumidores más alto de agua simple, leguminosas, huevo y carnes procesadas, mientras las bebidas endulzadas lácteas y no lácteas fueron consumidas por una menor proporción de preescolares, en comparación. El porcentaje de preescolares consumidores de verduras, lácteos, comidas rápidas y antojitos mexicanos, y cereales dulces se presentó de manera uniforme en todas las regiones del país.

El consumo elevado de alimentos no recomendables para consumo cotidiano constituye un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad y sus comorbilidades, por lo cual es fundamental realizar estrategias que limiten el consumo de alimentos poco saludables y promuevan el consumo de frutas, verduras y otros alimentos recomendables desde estas etapas tempranas de la vida.

Para la población de niños escolares, el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos recomendables fue similar entre tipo de localidad y para grupos de alimentos no recomendables fue mayor en localidad urbana. Seguido del agua, el grupo de alimentos recomendables con mayor porcentaje de consumidores a nivel nacional fueron los lácteos.

En cuanto al análisis por región se encontró que los consumos son diversos. La región Norte tuvo el porcentaje de consumidores más alto de los grupos de alimentos recomendables como leguminosas, agua, huevo y lácteos, sin embargo, es la región con el segundo porcentaje de consumidores más bajo de verduras después de la región Sur y el porcentaje de consumidores más elevado de carnes procesadas. La región Centro, si bien, tuvo los porcentajes de consumidores más altos de frutas y verduras, también tuvo el más alto de bebidas lácteas endulzadas. En la región Ciudad de Mé-

xico se presentó el menor porcentaje de consumidores de alimentos recomendables y el consumo más alto de comida rápida y antojitos mexicanos y botanas dulces y postres. La región Sur presentó el porcentaje de consumidores más bajo de carnes procesadas y botanas, dulces y postres, no obstante, es la región con el porcentaje de consumidores más bajo de verduras y lácteos. Si bien, el porcentaje de consumidores de bebidas no lácteas endulzadas no fue diferente al comparar por regiones, es elevado en cada una de ellas y se observan porcentajes similares al comparar por tipo de localidad con un porcentaje de consumidores de alrededor de 85% de los escolares en México. El consumo de bebidas endulzadas está asociado con obesidad en niños, por lo que es importante continuar con las estrategias que limiten el consumo de estos alimentos, sobre todo en etapas tempranas de la vida. Finalmente, las verduras son el grupo recomendable con menor porcentaje de consumidores escolares a nivel nacional, por tipo de localidad y en casi todas las regiones, a excepción de la región Ciudad de México, por lo que se resalta la importancia de la promoción del consumo de verduras y frutas en este grupo de edad.

Referencias

- González T, Escobar L, González LD. Prácticas de alimentación infantil en niños menores de dos años. En: Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero M, Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2013. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- UNICEF, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015). Informe final ENIM 2015. México: UNICEF/INSP, 2015. Disponible en https://www.unicef.org/mexico/media/1001/file/UNICEF_ENIM2015.pdf
- González T, Escobar L, González LD, Hernández M. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>
- Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018. México: SS, 2018. Disponible en: http://cnegr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
- Bonvecchio A, González W, Théodore F, Alvarado R, García A, Lozada A, et al. Experiencias exitosas de políticas y programas que promueven la lactancia materna en México: Estrategia Integral de Atención a la Nutrición. En: González de Cosío-Martínez T, Hernández-Cordero S. Lactancia materna en México. Políticas públicas en torno a la lactancia en México: Modelo de engranaje para un sistema exitoso de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. México: Academia Nacional de Medicina de México, 2016:142-145.
- Bonvecchio A, González W, Théodore F, Lozada-Tequeanas A, García-Guerra A, Alvarado R, et al. Translating evidence-based program recommendations into action: The design, testing, and scaling up of the behavior change strategy ESIAN in Mexico. *J Nutr.* 2019;149:2310S-2322S.
- Gonzalez W, Bonvecchio A, García-Guerra A, Vilar-Compte M, Villa de la Vega A, Quezada L, et al. An Iterative process for training design and implementation increased health workers' knowledge for taking nutrition behavior change to scale. *J Nutr.* 2019;149:2323S-2331S.
- González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S. Lactancia materna en México. México: Academia Nacional de Medicina de México, 2016.
- Organización Mundial de la salud. Semana mundial de la lactancia materna. Ginebra: OMS, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/world-breastfeeding-week/es/>
- Secretaría de Salud. Índice País Amigo de la Lactancia Materna: Situación y recomendaciones para México. México: SS, 2016. Disponible en: http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/BBFMexico/docs/Reporte_BBFMexico.pdf
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. México: DOF, 2018. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521251&fecha=02/05/2018
- Organización Mundial de la salud. Metas Globales 2025. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/>
- 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 Aggress Maltreat Trauma.* 2009;18(5):459-483.
- 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):513-532.
- Daelmans B, Darmstadt G, Lombardi J, Black M, Britto P, Lye S, et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet.* 2016;389(10064):9-11.
- Catts HW, Fey ME, Tomblin JB, Zhang X.A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *J Speech Lan Hear Res.* 2002;45(6):1142-1157.
- Stevenson J, Richman N, Graham P. Behaviour problems and language abilities at three years and behavioural deviance at eight years. *J Child Psychol Psychiatry.* 1985;26(2):215-230.

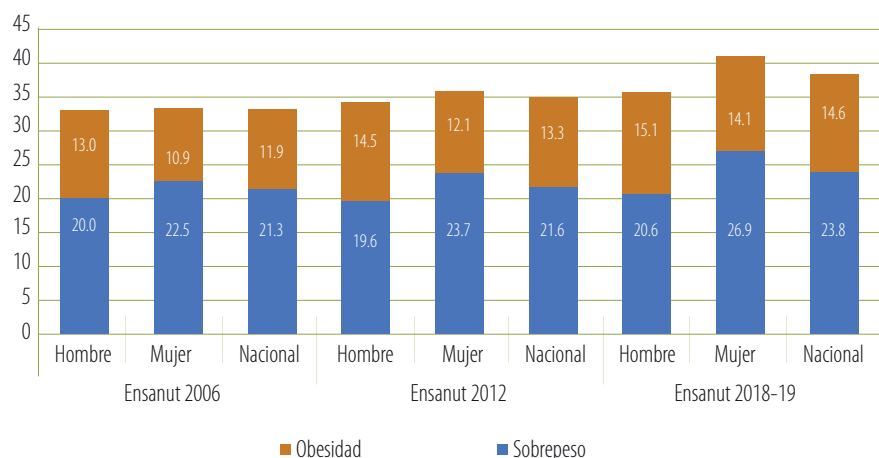
Adolescentes

8.1 Sobrepeso y obesidad

La evaluación del estado de nutrición en la población adolescente se realizó en 5 671 hombres y mujeres entre 12 a 19 años de edad, lo que al aplicar factores de expansión representan a 22 885 350 adolescentes en nuestro país. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2018 fue de 38.4% (23.8% sobrepeso y 14.6% obesidad), mayor que la observada en 2012: 34.9% (21.6% sobrepeso y 13.3% obesidad) (figura 8.1.1).

■ Figura 8.1.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 12 a 19 años de edad de la Ensanut 2006, 2012, 2018-19, por sexo. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

La prevalencia de sobrepeso fue 6.3 puntos porcentuales (pp) mayor para las mujeres en comparación con los hombres (26.9 vs. 20.6%, respectivamente). En el caso de la prevalencia de obesidad fue similar para ambos sexos: 14.1% mujeres y 15.1% hombres, todo ello en 2018 (cuadro 8.1.1).

El grupo de edad con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad fue a los 12 años en el caso de los hombres. Para las mujeres también se observó una

■ Cuadro 8.1.1

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población adolescente de 12 a 19 años en 2012 y 2018-19, por edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Edad en años	Ensanut 2012						Ensanut 2018-19					
	Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
	n	N (Miles)	Expansión		Expansión		Muestra número	Número (Miles)	Expansión		Expansión	
			%	IC95%	%	IC95%			%	IC95%	%	IC95%
Hombres												
12	1 021	1 188.7	21.0	17.7,24.9	20.1	16.3,24.4	412	1 549.206	27.5	20.8,35.3	22.1	16.2,29.4
13	916	1 103.2	18.7	15.6,22.4	15.8	12.5,19.9	387	1 606.836	23.4	16.7,31.9	14.8	10.3,20.8
14	941	1 132.1	18.3	14.9,22.3	19.4	15.4,24.2	348	1 310.815	15.7	11.4,21.2	17.4	12.2,24.2
15	876	1 227.9	19.0	15.2,23.5	12.6	10.0,15.9	390	1 534.138	21.8	16.1,28.8	14.5	9.9,20.8
16	888	1 262.0	21.6	17.2,26.6	10.1	7.4,13.6	353	1 612.387	19.2	14.0,25.6	14.5	9.3,21.7
17	862	1 176.3	19.4	15.5,24.1	12.4	9.5,16.1	370	1 480.765	17.9	13.1,23.9	10.8	7.1,16.0
18	820	1 163.2	16.6	13.2,20.7	14.6	10.6,19.7	335	1 290.702	16.7	11.8,23.2	11.8	6.9,19.6
19	717	978.7	22.4	17.9,27.7	10.9	7.8,15.0	277	1 169.054	21.8	15.7,29.4	14.9	9.1,23.3
Total	7 041	9 232.1	19.6	18.2,21.1	14.5	13.3,15.8	2 872	11 553.90	20.6	18.5,22.9	15.1	13.2,17.3
Mujeres												
12	1 026	1 156.3	23.0	19.1,27.4	14.8	12.0,18.2	377	1 604.07	31.6	24.0,40.4	14.1	9.9,19.7
13	905	1 053.9	25.4	21.0,30.4	12.5	9.4,16.3	369	1 364.863	28.6	21.2,37.3	14.1	10.0,19.6
14	872	1 105.0	24.1	20.1,28.7	12.0	8.5,16.7	365	1 544.482	27.8	21.4,35.3	12.8	9.4,17.0
15	837	1 096.2	25.6	21.1,30.7	9.0	6.6,12.1	356	1 443.141	25.1	18.1,33.7	15	10.2,21.6
16	824	1 097.1	23.5	19.1,28.4	9.7	7.2,13.0	337	1 486.915	27	19.9,35.5	8.8	5.9,13.0
17	812	1 122.2	25.1	20.7,30.0	9.5	6.8,13.0	342	1 403.775	22.8	16.8,30.1	18	12.1,25.9
18	885	1 148.4	19.5	16.1,23.4	16.6	13.1,20.7	357	1 339.822	26	19.2,34.2	13.1	8.5,19.7
19	790	1 091.6	23.8	19.3,29.1	12.5	9.7,16.0	296	1 144.377	25.8	18.7,34.3	17.5	12.6,23.8
Total	6 951	8 870.7	23.7	22.1,25.5	12.1	10.9,13.4	2 799	11 331.45	26.9	24.3,29.7	14.1	12.4,15.9

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza

alta prevalencia de sobrepeso a los 12 años de edad (31.6%) pero no de obesidad (cuadro 8.1.1).

El cuadro 8.1.2 muestra la distribución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en 2012 y 2018 por tipo de localidad y región de residencia. Las mujeres que habitan en localidades rurales duplicaron la prevalencia de obesidad de 2012 (7.4%) a 2018 (14.0%) al igual que la prevalencia de sobrepeso que también se incrementó en 4 pp de 2012 (20.3%) a 2018 (24.4%). Para los hombres que residen en localidades rurales también se observó un incremento en la prevalencia de obesidad en el mismo periodo de tiempo (8.6 vs. 13.2%, respectivamente).

■ Cuadro 8.1.2

Sobrepeso y obesidad en población adolescente de 12 a 19 años en 2012 y 2018, por tipo de localidad y región de residencia. México, Ensanut 2018-19

Localidad	Sexo	2012						2018-19					
		Total		Sobrepeso		Obesidad		Total		Sobrepeso		Obesidad	
		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión		Expansión	
	n	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%	%	IC95%	
Urbano	Hombres	4 578	7 062.8	20.3	18.6,22.2	16.3	14.8,17.9	1 872	8 591.8	21.7	19.1,24.5	15.8	13.4,18.5
	Mujeres	4 439	6 596.3	24.9	22.8,27.1	13.7	12.2,15.4	1 866	8 544.7	27.8	24.6,31.1	14.1	12.1,16.4
Rural	Hombres	2 463	2 169.3	17.2	15.3,19.3	8.6	7.2,10.3	1 000	2 962.1	17.6	14.7,21.0	13.2	10.5,16.6
	Mujeres	2 512	2 274.4	20.3	18.1,22.7	7.4	6.1,8.8	933	2 786.7	24.4	20.3,29.1	14.0	11.2,17.5
Región													
Norte	Hombres	1 565	1 708.2	19.4	16.7,22.4	16.0	13.9,18.4	628	2 304.3	20.2	16.1,25.0	17.2	13.3,22.0
	Mujeres	1 534	1 652.7	22.1	19.3,25.0	16.3	14.1,18.9	577	2 195.8	25.4	21.0,30.3	16.8	13.2,21.2
Centro	Hombres	2 480	2 945.0	19.3	17.2,21.6	13.1	11.4,15.0	1 035	3 886.0	20.0	16.9,23.4	11.8	9.7,14.2
	Mujeres	2 454	2 762.0	23.2	20.7,26.0	11.5	9.5,13.9	1 042	3 908.0	26.4	22.2,31.1	15.2	12.7,18.1
Ciudad de México	Hombres	306	1 490.2	17.5	12.6,23.9	19.6	14.9,25.3	76	1 522.1	26.6	17.4,38.5	17.0	9.7,28.1
	Mujeres	309	1 459.3	24.2	18.4,31.2	10.2	6.5,15.6	75	1 513.2	38.3	27.0,51.2	10.5	5.0,20.9
Sur	Hombres	2 690	3 088.7	21.0	18.9,23.2	12.6	10.8,14.5	1 133	3 841.6	19.2	16.4,22.3	16.6	13.3,20.4
	Mujeres	2 654	2 996.8	24.8	22.2,27.6	11.3	9.7,13.1	1 105	3 714.5	23.8	20.5,27.4	12.7	10.2,15.6

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza

Este incremento no se observó para los hombres y mujeres de localidades urbanas. Con respecto a las regiones del país, Sur fue la única en la que no se observó un incremento en la prevalencia de sobrepeso de 2012 a 2018, pero sí de obesidad tanto para hombres como para mujeres.

8.2 Anemia

A nivel nacional se obtuvieron datos válidos de la concentración de hemoglobina de 4 854 de la población adolescente de 12 a 19 años de edad que representan a un total de 22 675 048 adolescentes en todo el país. La prevalencia nacional de anemia fue de 14.9% (IC95% 13.5,16.4), lo que representa a 3 378 575 adolescentes con anemia en México. Al estratificar la información por sexo, una mayor proporción de mujeres presentaron anemia (20.9%) en comparación con los hombres (9.2%). Con respecto a las mujeres adolescentes, los grupos de edad entre los 12 y 15 años de edad fueron los más afectados por la anemia con más de 22%, en comparación con las adolescentes de mayor edad. Asimismo, en los hombres adolescentes, entre los 12 a 14 años, presentaron una mayor proporción de anemia (>10%) en relación con los adolescentes con mayor edad (cuadro 8.2.1).

■ Cuadro 8.2.1

Prevalencia nacional de anemia en adolescentes de 12 a 19 años de la Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19, por sexo y edad. México, Ensanut 2018-19

Edad (años)	Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Hombres								
12	855	1 255.9	7.8	5.4,11.2	342	1 478.5	16.5	11.3,23.6
13	761	1 121.8	5.1	3.2,8.1	341	1 763.0	10.2	5.9,16.9
14	781	1 138.3	2.8	1.6,4.8	295	1 317.6	12.3	6.5,22.2
15	730	1 213.2	3.4	2.1,5.5	352	1 594.3	8.1	5.3,12.1
16	725	1 273.3	3.0	1.7,5.2	288	1 595.1	6.8	4.2,11.0
17	690	1 212.5	1.9	1.0,3.5	323	1 506.8	8.2	4.7,13.9
18-19	1 250	2 113.1	2.3	1.3,3.8	533	2 410.3	5.5	3.6,8.3
12-19	5 792	9 328.0	3.6	3.0,4.4	2 474	11 665.7	9.2	7.7,11.1
Mujeres								
12	859	1 160.4	12	8.3,16.6	313	1 538.1	22.8	16.8,30.1
13	772	1 058.9	5.7	3.9,8.2	309	1 242.0	23.2	17.3,30.3
14	734	1 129.2	5.5	3.8,7.9	307	1 439.0	27.7	19.9,37.3
15	696	1 112.6	4.6	2.9,7.4	301	1 371.3	23.0	16.7,30.9
16	718	1 156.4	7.5	4.6,12.1	287	1 419.9	16.8	11.8,23.3
17	684	1 123.5	9.0	5.6,14.2	296	1 414.9	13.6	9.3,19.3
18-19	1 383	2 187.4	8.6	6.4,11.4	567	2 584.2	19.9	15.5,25.2
12-19	5 846	8 928.4	7.7	6.6,9.0	2 380	11 009.4	20.9	18.5,23.5
Nacional								
12	1 714	2 416.2	9.7	7.5,12.5	655	3 016.6	19.7	15.6,24.6
13	1 533	2 180.7	5.4	4.0,7.2	650	3 005.0	15.5	11.8,20.1
14	1 515	2 267.4	4.1	3.0,5.6	602	2 756.6	20.4	15.1,26.9
15	1 426	2 325.8	4.0	2.8,5.6	653	2 965.6	15.0	11.5,19.3
16	1 443	2 429.8	5.2	3.5,7.6	575	3 015.0	11.5	8.6,15.2
17	1 374	2 336.0	5.3	3.5,7.9	619	2 921.7	10.8	7.9,14.6
18-19	2 633	4 300.5	5.5	4.2,7.1	1 100	4 994.5	13.0	10.4,16
12-19	11 638	18 256.4	5.6	4.9,6.4	4 854	22 675.0	14.9	13.5,16.4

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

Al estratificar la información por tipo de localidad, se observa que los adolescentes que habitan las localidades rurales, presentaron una mayor prevalencia de anemia (15.9%) en comparación con los que habitan las localidades urbanas (14.6%) (cuadro 8.2.2).

En el cuadro 8.2.3 se puede observar que la región Norte del país (21.0%) tuvo la mayor prevalencia de anemia en adolescentes, seguido de la región Sur del

■ Cuadro 8.2.2

Prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años. Comparación de la Ensanut 2012 y Ensanut 2018-19 por tipo de localidad y sexo. México, Ensanut 2018-19

	Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Urbana	7 527	13 755.5	5.4	4,6,6.3	3 221	16 984.0	14.6	12.9,16.5
Rural	4 111	4 501.0	6.3	5,3,7.6	1 633	5 691.0	15.9	13.5,18.6
Nacional	11 638	18 256.4	5.6	4,9,6.4	4 854	22 675.0	14.9	13.5,16.4

Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ Cuadro 8.2.3

Prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años. Comparación de la Ensanut 2012 y 2018-19 por región del país. México, Ensanut 2018-19

Región	Ensanut 2012				Ensanut 2018-19			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Norte	3 041	3 352.6	5.4	4,4,6.5	1 062	4 457.4	21	17,3,25.2
Centro	4 210	5 791.9	5.2	4,1,6.4	1 810	7 763.0	13.5	11,4,15.8
Ciudad de México	608	2 978.0	4.7	2,8,7.8	117	2 994.1	7.9	4,2,14.3
Sur	3 779	6 133.9	6.6	5,5,8.0	1 865	7 460.5	15.5	13,3,18.1

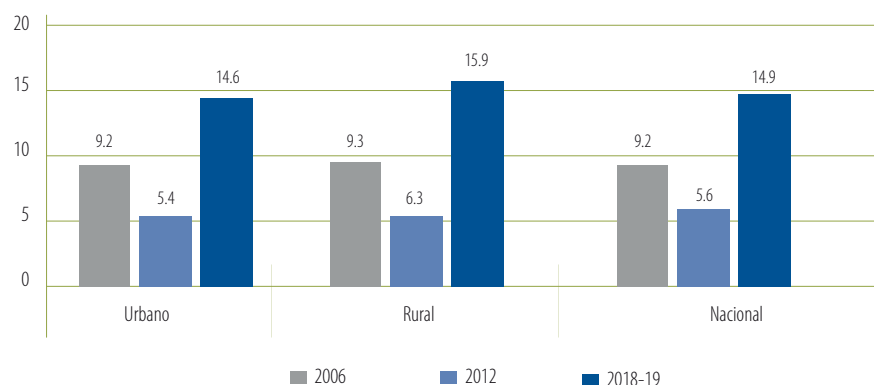
Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

país (15.5%). En caso contrario, la región Ciudad de México presentó la menor prevalencia de anemia en adolescentes (7.9%).

Comparando los datos de la Ensanut 2018-19, por tipo de localidad, con los resultados en las Ensanut 2006 y 2012, se puede observar que a pesar de que disminuyeron las prevalencias de anemia en el periodo transcurrido en la Ensanut 2006 y 2012, hubo un efecto contrario en el tiempo transcurrido entre la Ensanut 2012 y 2018, pues la prevalencia de anemia aumentó, tanto en las localidades urbanas (9.2 pp) como en las rurales (9.6 pp) comparado con la Ensanut 2012 (figura 8.2.1).

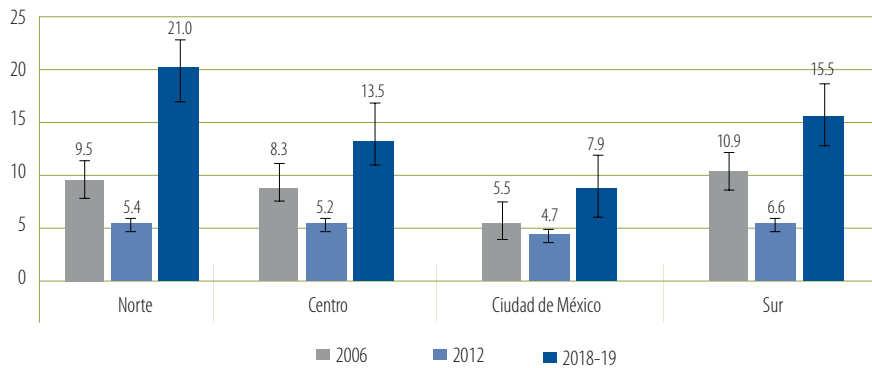
■ Figura 8.2.1

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años de la Ensanut 2006, 2012 y 2018-19 por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

De igual forma, comparando los datos a nivel de región geográfica, a pesar que de 2006 a 2012 hubo una tendencia a la disminución en las prevalencias de anemia, para 2018 hubo un repunte en todas las regiones: 15.6 puntos porcentuales (pp) en la región Norte; 8.3 pp en la región Centro; 3.2 pp en la región Ciudad de México y 8.9 pp en la región Sur (figura 8.2.2).



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

■ **Figura 8.2.2**

Comparación de la prevalencia nacional de anemia en los adolescentes de 12 a 19 años de la Ensanut 2006, 2012 y 2018-19 por región geográfica. México, Ensanut 2018-19

8.3 Actividad física

Niños y adolescentes de 10 a 14 años

Se obtuvo información de 9 186 niños y adolescentes de este grupo de edad que representaron a una población de 11 456 049 individuos. De los encuestados, 51.4% reportó no haber realizado alguna actividad de tipo competitivo durante los 12 meses previos a la encuesta. Al estratificar por sexo, un porcentaje significativamente mayor de niñas que reportaron no haber realizado alguna actividad física de tipo competitivo durante los últimos 12 meses previos a la encuesta en comparación con los niños (58.7%, IC95% 56.5,60.7, 44.5%, IC95% 42.3,46.7, respectivamente). Además, en la localidad urbana se observó un mayor porcentaje de escolares que no realiza actividades competitivas (52.9%, IC95% 51,54.8) en comparación con los escolares de la localidad rural (47.2%, IC95% 44.2,50.2) (cuadro 8.3.1).

De acuerdo con el cuadro 8.3.2, 84.6% de los escolares de 10-14 años no cumple con la recomendación de actividad física (60 minutos de actividad física moderada-vigorosa, 7 días a la semana). Además, se observó que un porcentaje significativamente mayor de niñas (87.4%, IC95% 85.9,88.8) no cumplió con esta recomendación en comparación con los niños (81.9%, IC95% 80.3,83.5). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre tipos de localidades.

■ Cuadro 8.3.1

Prevalencia de actividades competitivas* en niños de 10-14 años por sexo y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Expansión [†]				Expansión [†]				Expansión [†]			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]
Total												
Sin actividad	4 410	5 890.6	51.4	49,8,53	3 145	4 476.2	52.9	51,54.8	1 265	1 414.3	47.2	44,2,50.2
1 o dos actividades	4 310	5 067.2	44.2	42,7,45.8	2 898	3 617.4	42.8	40,9,44.7	1 420	1 449.9	48.4	45,4,51.3
3 o más actividades	453	493.9	4.3	3,8,4.9	300	361.2	4.3	3,6,5	153	132.7	4.4	3,6,5.4
Total	9 181	11 451.7	100		6 343	8 454.8	100		2 838	2 996.9	100	
Niñas												
Sin actividad	2 487	3 301.4	58.7	56,5,60.7	1 770	2 502.6	61	58,4,63.5	717	798.4	52.5	48,9,55.9
1 o dos actividades	1 875	2 113.8	37.6	35,5,39.6	1 240	1 451.8	35.4	32,9,37.9	635	662.0	43.5	40,1,46.9
3 o más actividades	202	213.2	3.8	3,1,4.6	135	151.1	3.7	2,9,4.6	67	62.1	4.1	3,5,6
Total	4 564	5 628.3	100		3 145	4 105.4	100		1 419	1 522.9	100	
Niños												
Sin actividad	1 923	2 589.2	44.5	42,3,46.7	1 375	1 973.6	45.4	42,8,48	548	615.5	41.8	37,7,45.9
1 o dos actividades	2 443	2 953.5	50.7	48,5,52.9	1 658	2 165.6	49.8	47,2,52.4	785	787.9	53.4	49,5,57.4
3 o más actividades	251	280.8	4.8	4,1,5.7	165	210.1	4.8	3,9,6	86	70.7	4.8	3,7,6.3
Total	4 617	5 823.4	100		3 198	4 349.4	100		1 419	1 474.0	100	

*Reportado en los últimos 12 meses

†Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

‡Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 8.3.2

Prevalencia de actividad física en niños de 10-14 años por sexo y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Expansión [†]				Expansión [†]				Expansión [†]			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [‡]
Total												
Activo*	1 544	1 754.6	15.4	14,3,16.5	1 036	1 234.6	14.7	13,4,15.9	508	520.0	17.4	15,3,19.9
Inactivo [§]	7 597	9 652.2	84.6	83,5,85.7	5 282	7 191.4	85.3	84,1,86.6	2 315	2 460.8	82.6	80,1,84.7
Total	9 141	11 406.8	100		6 318	8 426.0	100		2 823	2 980.9	100	
Niñas												
Activo*	619	707.4	12.6	11,2,14.1	418	493.3	12.1	10,5,13.8	201	214.1	14.1	11,5,17.2
Inactivo [§]	3 925	4 899.5	87.4	85,9,88.8	2 714	3 596.6	87.9	86,2,89.5	1 211	1 303.0	85.9	82,8,88.5
Total	4 544	5 606.9	100		3 132	4 089.9	100		1 412	1 517.0		
Niños												
Activo*	925	1 047.2	18.1	16,5,19.7	618	741.3	17.1	15,3,19	307	306.0	20.9	17,9,24.3
Inactivo [§]	3 672	4 752.7	81.9	80,3,83.5	2 568	3 594.8	82.9	81,8,84.7	1 104	1 157.9	79.1	75,7,82.1
Total	4 597	5 799.9	100		3 168	4 336.1	100		1 411	1 463.8		

*Activo: realizar 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa (AFMV), 7 días a la semana

†Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

§Inactivo: no realizar 60 minutos de AFMV, 7 días a la semana

‡Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Fuente: Ensanut 2018-19

Finalmente, 43.6% de los escolares informó haber cumplido con la recomendación de tiempo frente a pantalla (≤ 2 horas por día). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexo, sin embargo, al estratificar por tipos de localidades, un menor porcentaje de escolares de la localidad urbana (37.2%, IC95% 35.5,39) reportó haber cumplido con la recomendación de tiempo frente a pantalla en comparación con la localidad rural (61.5%, IC95% 58.5,64.6) (cuadro 8.3.3).

■ Cuadro 8.3.3

Prevalencia de tiempo frente a pantalla en niños de 10-14 años por sexo y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Expansión [†]				Expansión [†]				Expansión [†]			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [§]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [§]	Muestra n	N (miles)	%	IC95% [§]
Total												
≤ 2 horas por día*	3 942	4 979.0	43.6	42,45.2	2 316	3 139.2	37.2	35,5,39	1 626	1 839.8	61.5	58,5,64.6
> 2 horas por día	5 224	6 442.0	56.4	54,8,58	4 018	5 292.5	62.8	61,64.5	1 206	1 149.3	38.5	35,4,41.5
Total	9 166	11 421.0	100		6 334	8 431.7	100		2 832	2 989.1	100	
Niñas												
≤ 2 horas por día	1 968	2 424.3	43.2	41,45.4	1 180	1 538.4	37.6	35,2,40	788	885.9	58.3	53,8,62.7
> 2 horas por día	2 588	3 187.0	56.8	54,6,59	1 960	2 553.4	62.4	60,64.8	628	633.6	41.7	37,3,46.2
Total	4 556	5 611.3	100		3 140	4 091.8	100		1 416	1 519.4	100	
Niños												
≤ 2 horas por día	1 974	2 554.6	44	41,7,46.2	1 136	1 600.8	36.9	34,3,39.6	838	954.9	64.9	61,1,68.5
> 2 horas por día	2 636	3 254.9	56	53,8,58.3	2 058	2 739.1	63.1	60,4,65.7	578	515.8	35.1	31,5,38.9
Total	4 610	5 809.5	100		3 194	4 339.8	100		1 416	1 469.7	100	

Fuente: Ensanut 2018-19

*Recomendación de la American Academy of Pediatrics

[†]Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[§]Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Adolescentes de 15 a 19 años

Se obtuvo información de 8 724 adolescentes de 15-19 años que representaron a 11 379 243 individuos a nivel nacional. De acuerdo con la clasificación de la OMS, 53.7% de los adolescentes cumplen con la recomendación de actividad física. Al estratificar por sexo, se observó que un porcentaje menor de mujeres (46.5%, IC95%: 44.3,48.7%) cumple con esta recomendación en comparación con los hombres (60.9%, IC95%: 58.5,63.2%). Finalmente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al estratificar por tipo de localidad (cuadro 8.3.4).

De acuerdo con el cuadro 8.3.5, la media de tiempo sentado al día en el grupo de adolescentes de 15-19 años fue de 293.3 minutos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, sin embargo, al estratificar por tipos de localidades, la localidad rural (247.9 minutos, IC95% 235.8,260) reportó una media menor de minutos sentado al día en comparación con la localidad urbana (307.7 minutos, IC95% 300.9,314.5).

■ Cuadro 8.3.4

Prevalencia de actividad física en adolescentes de 15-19 años por sexo y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión [†]			Muestra n	Expansión [†]			Muestra n	Expansión [†]		
		N (miles)	%	IC95% [§]		N (miles)	%	IC95% [§]		N (miles)	%	IC95% [§]
Total												
Inactivos	3 921	5 228.9	46.3	44.6,48	2 847	3 918	45.7	43.8,47.6	1 074	1 310.9	48.1	44.5,51.8
Activos*	4 739	6 070.0	53.7	52,55.4	3 473	4 657.1	54.3	52.4,56.2	1 266	1 412.9	51.9	48.2,55.5
Total	8 660	11 298.9			6 320	8 575.1	100		6 320	2 723.8	100	
Mujeres												
Inactivos	2 284	3 008.3	53.5	51.3,55.7	1 656	2 250.8	52.3	49.7,54.9	628	757.6	57.4	52.9,61.8
Activos*	2 071	2 611.4	46.5	44.3,48.7	1 521	2 053.2	47.7	45.1,50.3	550	561.2	42.6	38.2,47.1
Total	4 355	5 622.8	100		3 177	4 304.0	100		1 178	1 318.8	100	
Hombres												
Inactivos	1 637	2 220.5	39.1	36.8,41.5	1 191	1 667.2	39	36.4,41.7	446	553.3	39.4	34.5,44.5
Activos*	2 668	3 455.6	60.9	58.5,63.2	1 952	2 603.9	61	58.3,63.6	716	851.7	60.6	55.5,65.5
Total	4 305	5 676.1	100		3 143	4 271.1	100		1 162	1 405.0	100	

*Activo: realizar 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa (AFMV), 7 días a la semana, Inactivo: no realizar 60 minutos de AFMV, 7 días a la semana

†Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

§Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Cuadro 8.3.5

Media de tiempo frente a pantalla en un día en adolescentes de 15-19 años por sexo y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador	Nacional				Urbano				Rural			
	Expansión [†]				Expansión [†]				Expansión [†]			
	Muestra n	N (miles)	Media	IC95% [§]	Muestra n	N (miles)	Media	IC95% [§]	Muestra n	N (miles)	Media	IC95% [§]
Total												
Tiempo sentado por día*	8 697	11 345.4	293.3	287.4,299.2	6 351	8 621.6	307.7	300.9,314.5	2 346	2 723.8	247.9	235.8,260
Mujeres												
Tiempo sentado por día	4 358	5 628.2	300.5	292.2,308.9	3 182	4 311.9	312.2	302.8,321.6	1 176	1 316.3	262.3	244,280.7
Hombres												
Tiempo sentado por día	4 339	5 717.2	286.3	278,294.6	3 169	4 309.7	303.2	293.2,313.3	1 170	1 407.5	234.4	220.9,247.9

Fuente: Ensanut 2018-19

*Tiempo sentado incluye sentado en el trabajo, casa, comiendo, transportándose, viendo televisión

†Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

§Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

8.4 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano

Se obtuvo información plausible para consumidores de grupos de alimentos de 5 182 adolescentes de 12 a 19 años de edad que representan a 17 821 600 adolescentes mexicanos, 2 690 (51.5%) hombres y 2 492 (48.5%) mujeres. En el cuadro 8.4.1 se muestran los porcentajes de la población adolescente que consumió cada uno de los grupos de alimentos a nivel nacional y por sexo. A nivel nacional, los grupos de alimentos recomendables con mayor porcentaje de consumidores fueron: el agua (79.3%), carnes no procesadas (50%) y leguminosas (45.6%); mientras que el grupo de alimento con menos consumidores fueron las verduras con 1 de cada 4 adolescentes. Cabe señalar que el porcentaje de consumidores de carnes no procesadas y huevo, tiende a ser mayor en hombres en comparación con mujeres (52.9 vs. 46.9% y 31.5 vs. 26.1%, respectivamente). Por otro lado,

■ Cuadro 8.4.1

Porcentaje de adolescentes consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano, a nivel nacional y por sexo. México, Ensanut 2018-19

	Nacional				Hombres				Mujeres			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano												
Frutas	1 879	6 349.1	35.2	33.1,37.4	975	3 134.4	33.7	30.9,36.7	904	3 214.7	36.8	33.8,39.9
Verduras	1 346	4 483.3	24.9	23.1,26.7	676	2 102.8	22.6	20.2,25.2	670	2 380.6	27.2	24.6,30.0
Leguminosas	2 513	8 232.7	45.6	43.2,48.1	1 372	4 406.4	47.4	44.2,50.7	1 141	3 826.3	43.8	40.5,47.1
Carnes no procesadas	2 558	9 012.7	50.0	47.8,52.2	1 387	4 913.4	52.9	49.8,55.9	1 171	4 099.3	46.9	43.8,49.9
Agua	4 327	14 309.8	79.3	77.4,81.1	2 273	7 344.6	79.0	76.2,81.6	2 054	6 965.3	79.7	77,82.1
Huevo	1 600	5 209.3	28.9	27.1,30.8	914	2 931.2	31.5	29.0,34.2	686	2 278.1	26.1	23.5,28.7
Lácteos	1 909	6 674.4	37	34.9,39.2	1 046	3 600.1	38.7	35.8,41.8	863	3 074.3	35.2	32,38.5
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano												
Carnes procesadas	581	1 841.4	10.2	9.1,11.5	344	1 095.6	11.8	10.1,13.7	237	745.8	8.5	7.1,10.3
Comida rápida y antojitos mexicanos	1 192	4 121.3	22.9	21,24.8	644	2 320.4	25.0	22.3,27.9	548	1 800.9	20.6	18.1,23.4
Botanas, dulces y postres	2 787	9 692.5	53.7	51.5,56	1 436	4 892.8	52.6	49.4,55.9	1 351	4 799.7	54.9	51.6,58.1
Cereales dulces	1 724	6 348.9	35.2	33,37.5	976	3 509	37.8	34.7,40.9	748	2 840	32.5	29.5,35.6
Bebidas no lácteas endulzadas	4 565	15 454.9	85.7	83.8,87.4	2 391	8 027.1	86.4	83.6,88.8	2 174	7 427.8	84.9	82.3,87.3
Bebidas lácteas endulzadas	628	1 963.2	10.9	9.7,12.3	353	1 034.4	11.1	9.6,12.9	275	928.7	10.6	8.8,12.8

n: 5 182 participantes entre 12 a 19 años que representan a 17 821 600 adolescentes
Fuente: Ensanut 2018-19

en los grupos de alimentos no recomendables las bebidas no lácteas endulzadas mostraron el mayor porcentaje de consumidores (85.7%), siendo mayor incluso que el encontrado en agua. El segundo con mayor porcentaje de consumidores fueron las botanas, dulces y postres siendo de 53.7%; mientras que los grupos con menor porcentaje de consumidores fueron las carnes procesadas y bebidas lácteas endulzadas (10%). En los grupos no recomendables no se encontraron diferencias relevantes entre hombres y mujeres.

En cuanto al tipo de localidad de residencia se obtuvo información de porcentaje de consumidores en 3 444 adolescentes de la localidad urbana (74.9%) y 1 738 residentes de la localidad rural (25%). En el cuadro 8.4.2 se puede observar que, para los grupos de alimentos recomendables, hay mayor porcentaje de consumidores de agua en la localidad rural (84.7%), en comparación con el encontrado en la localidad urbana (77.6%). Esto mismo sucede en leguminosas (54.1% en rural vs. 42.8% en urbana). Por el contrario, el porcentaje de consumidores adolescentes de la localidad urbana fue mayor que en la localidad rural para carnes no procesadas

■ Cuadro 8.4.2

Porcentaje de adolescentes consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

	Urbana				Rural			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	1 267	4 817.7	35.6	33.1,38.2	612	1 531.5	33.9	30.0,38.1
Verduras	969	3 526.7	26.1	24.0,28.3	377	956.7	21.2	18.4,24.3
Leguminosas	1 542	5 790.6	42.8	40.0,45.7	971	2 442.1	54.1	49.3,58.8
Carnes no procesadas	1 847	7 361.1	54.4	51.7,57.1	711	1 651.5	36.6	33.5,39.8
Agua	2 828	10 489.2	77.6	75.1,79.8	1 499	3 820.7	84.7	82.5,86.6
Huevo	1 071	3 992.6	29.5	27.3,31.8	529	1 216.7	27.0	24.1,30.1
Lácteos	1 319	5 199.6	38.4	35.8,41.2	590	1 474.8	32.7	29.4,36.1
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	406	1 532.3	11.3	9.9,12.9	175	309.1	6.9	5.6,8.4
Comida rápida y antojitos mexicanos	866	3 409.4	25.2	22.9,27.7	326	711.8	15.8	13.5,18.4
Botanas, dulces y postres	1 911	7 641.3	56.5	53.9,59.1	876	2 051.2	45.5	41.3,49.7
Cereales dulces	1 159	4 933.3	36.5	33.8,39.2	565	1 415.6	31.4	27.5,35.5
Bebidas no lácteas endulzadas	3 018	11 485.3	84.9	82.6,87.0	1 547	3 969.6	88.0	85.2,90.3
Bebidas lácteas endulzadas	420	1 513.9	11.2	9.7,12.9	208	449.3	10.0	8.2,12.0

n: 3 444 participantes entre 12 a 19 años que representan a 13 526 099 adolescentes de la localidad urbana y 1 738 que representa a 4 512 651 de la localidad rural
Fuente: Ensanut 2018-19

(54.4 vs. 36.6%), lácteos (38.4 vs. 32.7%) y verduras (26.1 vs. 21.2%). En los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de consumidores de la localidad urbana, en comparación con la localidad rural para comida rápida y antojitos mexicanos (25.2 vs. 15.8%) y en carnes procesadas (11.3 vs. 6.9%).

En el cuadro 8.4.3 se muestran los porcentajes de adolescentes consumidores de grupos de alimentos por región. Se obtuvo información de 1 114 jóvenes de la región Norte (19.8%), 1 951 de la región Centro (34.2%), 134 de la región Ciudad de México y municipios conurbados del Estado de México (12.8%) y 1 983 de la región Sur (33.2%). En los grupos de alimentos recomendables para consumo se

■ Cuadro 8.4.3

Porcentaje de adolescentes consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano por región geográfica. México, Ensanut 2018-19

	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano																
Frutas	348	1 004.9	28.2	24.4,32.3	833	2 608.2	42.3	38.7,46.0	58	923.2	39.9	30.2,50.5	640	1 812.8	30.3	27.3,33.3
Verduras	311	957	26.9	23.3,30.7	572	1 831.1	29.7	26.6,32.9	33	492.1	21.3	15.1,29.2	430	1 203.1	20.1	17.7,22.7
Leguminosas	685	2 045.8	57.4	53.0,61.7	1 064	3 058.5	49.6	44.6,54.5	35	607.8	26.3	18.9,35.4	729	2 520.6	42.1	38.5,45.7
Carnes no procesadas	538	1 842.5	51.7	47.4,56.0	946	2 972	48.2	44.6,51.7	83	1 426.9	61.7	52.1,70.5	991	2 771.3	46.2	43.0,49.5
Agua	956	2 925.1	82.1	78.7,85.0	1 642	4 910	79.6	76.9,82.1	84	1 438.8	62.2	51.8,71.7	1 645	5 036	84.0	81.6,86.2
Huevo	576	1 902.9	53.4	49.0,57.7	554	1 593	25.8	23.1,28.8	16	236.8	10.2	5.9,17.2	454	1 476.6	24.6	21.8,27.8
Lácteos	408	1 314.2	36.9	32.8,41.2	797	2 580	41.8	38.5,45.2	57	924.8	40.0	30.4,50.5	647	1 855.3	31.0	27.8,34.3
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano																
Carnes procesadas	243	676.5	19.0	16.2,22.2	235	666.7	10.8	9.1,12.7	12	189.9	8.2	4.3,15.2	91	308.3	5.1	3.9,6.8
Comida rápida y antojitos mexicanos	254	805.4	22.6	19.3,26.2	375	1 142.3	18.5	16.1,21.2	42	717.1	31.0	22.2,41.6	521	1 456.4	24.3	21.5,27.4
Botanas, dulces y postres	652	2 018.5	56.6	52.2,60.9	1 136	3 557.4	57.7	54.2,61.1	83	1 354.9	58.6	48.8,67.8	916	2 761.8	46.1	42.5,49.7
Cereales dulces	353	1 095.2	30.7	27.0,34.7	677	2 381.9	38.6	34.9,42.5	46	840	36.3	27.3,46.5	648	2 031.8	33.9	30.5,37.5
Bebidas no lácteas endulzadas	958	2 872.1	80.6	76.3,84.3	1 712	5 365.4	87.0	84.0,89.5	118	1 966	85.0	74.8,91.6	1 777	5 251.5	87.6	85.2,89.7
Bebidas lácteas endulzadas	133	363	10.2	8.1,12.8	223	608.2	9.9	7.9,12.2	11	142.2	6.1	3.0,12.2	261	849.7	14.2	12.0,16.7

n: 1 114 participantes entre 12 a 19 años que representan a 3 564 431 adolescentes de la región Norte, 1 951 que representan a 6 169 140 de la región Centro, 134 que representan a 2 311 790 de la región Ciudad de México y 1 983 que representan a 5 993 389 de la región Sur
Fuente: Ensanut 2018-19

encontró un mayor porcentaje de consumidores de leguminosas (57.4%) y huevo (53.4%) en la región Norte; mientras que la región Centro cuenta con mayor porcentaje de consumidores de frutas (42.3%) y lácteos (41.8%). En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, la región Norte muestra el mayor porcentaje de consumidores de carnes procesadas (19%), en tanto que la región Centro tiene mayor porcentaje de consumidores de cereales dulces (38.6%). Por otro lado, la región Sur mostró el menor porcentaje de consumidores de botanas, dulces y postres (46.1%) y el mayor de bebidas no lácteas endulzadas (87.6%).

Conclusiones

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adolescente entre 12 a 19 años de edad muestra un incremento de 5.1 puntos porcentuales (pp) de 2006 al 2018 y de 3.5 pp entre 2012 y 2018. El incremento más alarmante se ha dado en la prevalencia de obesidad en las mujeres alcanzando a 41 de cada 100 mujeres en el ámbito nacional y al duplicar la prevalencia entre 2012 y 2018 en las mujeres adolescentes que residen en localidades rurales. La obesidad es un problema de salud que conlleva importantes consecuencias a corto y largo plazo. Es imperante focalizar estrategias que permitan la contención y disminución de este grave problema de salud pública en este grupo de población.

La proporción de mujeres adolescentes que padecen anemia a nivel nacional y en las regiones Norte y Sur del país aunado al aumento importante de este problema en los últimos seis años, señalan la urgente necesidad de aplicar estrategias para atender a este grupo de población. Debido a lo anterior y a que esta etapa de la vida se caracteriza por un rápido crecimiento y desarrollo, es prioritario atender las demandas de nutrientes que se requieren, entre ellas las de hierro, de lo contrario, la presencia de deficiencias nutricionales, como la anemia, puede tener efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo y el crecimiento.¹ Las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres de padecer anemia debido a la menstruación, motivo por el cual, las acciones de prevención de la anemia deben priorizarlas para evitar el inicio de la etapa reproductiva en vulnerabilidad nutricional.

Asimismo, se recomienda para este grupo en particular la creación o aplicación de programas que promuevan el consumo de alimentos ricos en hierro y el monitoreo por la posible presencia de parasitosis, tomando en cuenta las características culturales, demográficas y de salud de la población a quien van dirigidos.²

En cuanto a las actividades de nivel competitivo se observó que 51.4% de los niños y adolescentes reportó no haber realizado alguna actividad de tipo competitivo en los últimos 12 meses. Esto es similar a lo reportado en la Ensanut Medio Camino 2016 (51.4%). Además, se observó que las niñas y aquellos que viven en zonas urbanas tienen una menor participación en actividades de tipo

competitivo en comparación con sus contrapartes. Esto es similar a lo reportado en la Ensanut 2016.^{3,4}

En relación con la prevalencia de inactividad física, los resultados nacionales indicaron que 84.6% de los niños y adolescentes no cumplió con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como físicamente activos,⁵ siendo mayor en las niñas. Esta prevalencia fue mayor a la observada en un estudio que describe la prevalencia de inactividad física en jóvenes de 11 a 15 años de 32 países (81.4%),⁶ y ligeramente mayor a la observada en Ensanut 2012 (82.8%).⁴

Finalmente, con respecto al tiempo frente a pantalla, 43.6% de los niños y adolescentes reportó haber cumplido con la recomendación,⁷ siendo mayor en las zonas rurales. De acuerdo con datos de la Ensanut 2012,⁸ la prevalencia de ≤ 2 horas por día fue menor (33%) comparada con Ensanut 2018-19. Al estratificar por tipos de localidades, los niños y adolescentes que viven en la localidad rural reportaron menor tiempo frente a pantalla, similar a lo observado en la Ensanut 2012.⁸

Los resultados indicaron que 53.7% de los adolescentes de 15 a 19 años fueron clasificados como físicamente activos según los criterios de la OMS,⁵ siendo menor en mujeres. Esta prevalencia es ligeramente menor a la reportada en la Ensanut 2012 (56.7%).⁸

Con respecto al tiempo sentado, los adolescentes de 15-19 años pasan en promedio 293.3 minutos al día sentados. Este tiempo es mayor a lo observado previamente en población mexicana.⁹

A pesar de que en México se han implementado programas que fomentan la práctica de la actividad física, esta prevalencia sigue siendo muy baja, especialmente en el grupo de 10 a 14 años.^{10,11} Además, se observa que una gran proporción de niños y adolescentes pasan mucho tiempo frente a pantalla y sentados. Por lo que, en un futuro se deberían de buscar estrategias que no sólo aumenten los niveles de actividad física en todos los dominios (tiempo libre, hogar, escuela y transporte) sino que además, se logre desincentivar el uso de pantallas.

En relación con los grupos de alimentos más consumidos por los adolescentes mexicanos es de resaltar la importante proporción de jóvenes que consumen bebidas endulzadas, que a nivel nacional resulta estar por arriba del porcentaje de consumidores de agua. Además, el porcentaje de consumidores de bebidas endulzadas es mayor en localidades rurales y en la región Sur del país, lo cual nos puede estar indicando un problema de acceso a agua potable. De gran preocupación es que el porcentaje de adolescentes consumidores de botanas, dulces y postres, se encuentre muy por arriba del porcentaje que reportó consumir frutas, verduras y leguminosas. Es urgente el diseño e implementación de estrategias para aumentar el acceso y consumo de alimentos recomendables como las frutas, verduras y agua sola para la población adolescente, dando mayor énfasis en las localidades rurales y la región Sur del país.

Referencias

1. Halterman JS, Kaczorowski C, Aligne CA, Auinger P, Szilagyi PG. Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. *Pediatrics*. 2001;107(6):1381-1386.
2. Chaparro C. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2008. Disponible en: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/La_anemia_entre_adolescentes_y_muje_341.pdf
3. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-257.
4. Medina C, Jauregui A, Campos-Nonato I, Barquera S. Prevalence and trends of physical activity in children and adolescents: results of the Ensanut 2012 and Ensanut MC 2016. *Salud Publica Mex*. 2018;60(3):263-271.
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1
6. Kalman M, Inchley J, Sigmundova D, Iannotti RJ, Tynjala JA, Hamrik Z, *et al.* Secular trends in moderate-to-vigorous physical activity in 32 countries from 2002 to 2010: a cross-national perspective. *Eur J Public Health*. 2015;25(2):37-40.
7. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*. 2001;107(2):423-426.
8. Janssen I, Medina C, Pedroza A, Barquera S. Screen time in Mexican children: findings from the 2012 National Health and Nutrition Survey (Ensanut 2012). *Salud Publica Mex*. 2013;55(5):484-491.
9. Medina C, López R, Barquera S, Tolentino L. Evidence of increasing sedentarism in Mexico City during the last decade: sitting time prevalence, trends and its association with obesity and diabetes. *PLoS One*. 2017;12(12):1-15.
10. Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. Estrategia Nacional de Cultura Física 2017. México: Conade, 2017. Disponible en: <http://www.conade.gob.mx/minisitio/paginas/cultura.html>
11. Fundación Movimiento es Salud. Iniciativa Ponte al 100. México: 2017. Disponible en: <https://fundacionmovimientoessalud.org.mx/ponte-al-100/>

9.1 Sobrepeso y obesidad

Para evaluar el estado nutricional de los adultos de 20 o más años de edad, se utilizó la información de antropometría de 16 257 participantes que representaron a 76 065 000 adultos mexicanos.

En el cuadro 9.1.1 se observa que la prevalencia nacional de obesidad abdominal, que fue de 88.4% (IC95% 87.2,89.4) en mujeres, es 15.7 puntos porcentuales mayor que en hombres 72.7% (IC95% 71.7,74.3).

■ Cuadro 9.1.1

Prevalencia de obesidad abdominal en adultos mexicanos, categorizado por grupo de edad y sexo. México, Ensanut 2018-19

Grupo de edad (años)	Hombres							
	Perímetro cintura normal				Obesidad abdominal*			
	Expansión				Expansión			
Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	
20 a 29	680	3 585.9	49.4	45.1,53.6	705	3 679	50.6	46.4,54.9
30 a 39	389	1 636.7	27.5	23.8,31.6	1 054	4 305.1	72.5	68.4,76.2
40 a 49	327	1 369	20.2	17.3,23.4	1 183	5 413.8	79.8	76.6,82.7
50 a 59	227	934.3	16.7	13.5,20.4	914	4 666.1	83.3	79.6,86.5
60 a 69	176	636.3	16.3	13.3,19.7	712	3 274.9	83.7	80.3,86.7
70 a 79	134	409.2	16.9	13.2,21.5	434	2 009.1	83.1	78.5,86.8
80 o más	111	415.4	40.1	29.0,52.4	150	619.7	59.9	47.6,71.0
Total	2 044	8 986.7	27.3	25.7,28.9	5 152	2 3967.8	72.7	71.7,74.3

Grupo de edad (años)	Mujeres							
	Perímetro cintura normal				Obesidad abdominal*			
	Expansión				Expansión			
Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	
20 a 29	417	2 393.6	28.1	24.6,31.8	1 135	6 126.2	71.9	68.2,75.4
30 a 39	246	944.7	11.7	9.9,13.9	1 727	7 096.3	88.3	86.1,90.1
40 a 49	150	740.7	7.9	6.1,10.1	1 797	8 679.6	92.1	89.9,93.9
50 a 59	72	309.5	4.2	3.1,5.6	1 443	7 089.9	95.8	94.4,96.9
60 a 69	70	271.1	4.8	3.3,7.0	1 063	5 327	95.2	93.0,96.7
70 a 79	61	193.6	6.8	4.7,9.8	592	2 645	93.2	90.2,95.3
80 o más	52	166.8	12.9	7.9,20.4	236	1 126.7	87.1	79.6,92.1
Total	1 068	5 020	11.6	10.6,12.8	7 993	38 090.7	88.4	87.2,89.4

Fuente: Ensanut 2018-19

*Obesidad abdominal: perímetro de cintura en hombres ≥ 90 cm y en mujeres ≥ 80 cm

En el cuadro 9.1.2 se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) fue de 76.8% en mujeres, y 73.0% en hombres. Al comparar sólo la prevalencia de obesidad, ésta fue 9.7% más alta en mujeres (40.2%) que en hombres (30.5%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue 5.9% mayor en hombres (42.5) que en mujeres (36.6%).

En la Ensanut 2018-19, la prevalencia nacional de sobrepeso fue de 39.5% y la de obesidad fue de 35.3% (datos no mostrados).

En la figura 9.1.1 se muestra un comparativo de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el periodo 2012 a 2018. La prevalencia combinada de sobrepeso

■ Cuadro 9.1.2

Porcentajes del IMC de acuerdo con la clasificación de la OMS,* categorizando por sexo y grupos de edad. México, Ensanut 2018-19

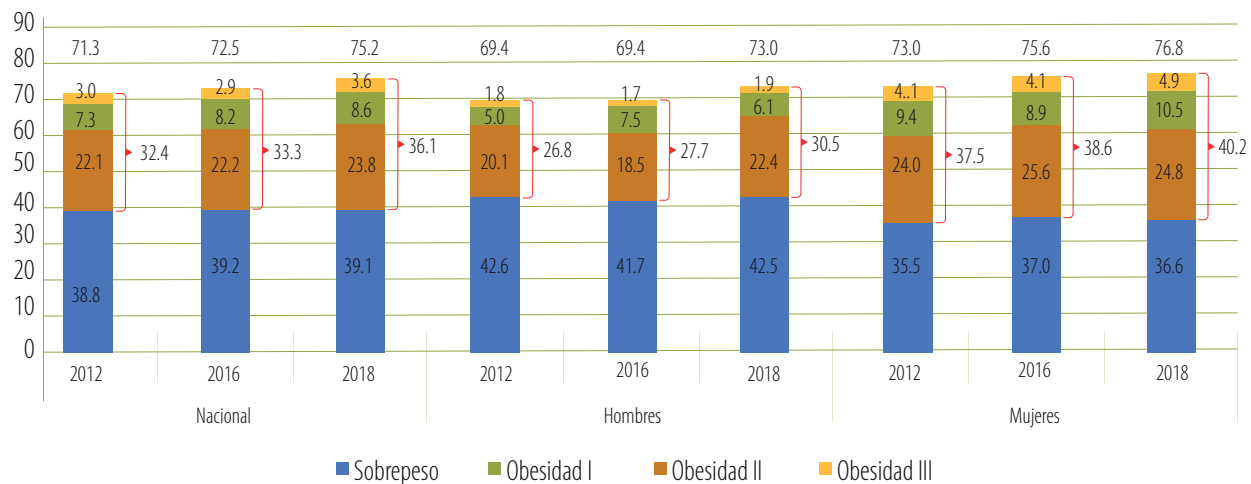
Hombres												
Edad en años	Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
20 a 29	517	2 718.2	37.0	33.0,41.1	503	2 635.2	35.9	31.7,40.2	339	1 768.1	24.1	20.7,27.7
30 a 39	298	1 310.0	21.9	18.5,25.9	650	2 620.2	43.9	39.9,48.0	501	2 029.3	34.0	30.4,37.8
40 a 49	289	1 332.2	19.5	16.5,23.0	668	2 917.0	42.7	38.8,46.8	543	2 554.1	37.4	33.4,41.6
50 a 59	242	1 097.1	19.6	16.0,23.7	503	2 646.5	47.2	42.5,51.9	390	1 839.9	32.8	28.6,37.3
60 a 69	230	981.7	25.2	20.8,30.2	385	1 692.2	43.4	37.8,49.3	265	1 210.9	31.1	25.9,36.8
70 a 79	195	633.1	26.1	20.9,32.0	242	1 212.4	49.9	42.4,57.5	126	563.3	23.2	17.7,29.8
80 o más	139	525.3	49.7	38.2,61.2	88	355.7	33.6	23.9,45.1	25	132.3	12.5	7.3,20.6
Total	1 910	8 597.4	25.9	24.3,27.7	3 039	14 079.2	42.5	40.6,44.4	2 189	10 097.8	30.5	28.8,32.2

Mujeres												
Edad en años	Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
20 a 29	598	3 478.7	37.5	33.7,41.6	601	3 030.9	32.7	29.4,36.3	475	2 429.2	26.2	23.2,29.5
30 a 39	422	1 688.4	20.1	17.5,22.9	778	3 401.6	40.5	37.0,44.0	867	3 279.7	39.0	35.7,42.5
40 a 49	257	1 182.2	12.4	10.1,15.2	722	3 456.9	36.2	32.4,40.3	966	4 768.7	50.0	45.8,54.2
50 a 59	215	1 262.8	16.9	13.8,20.5	544	2 654.4	35.5	31.7,39.4	748	3 537.4	47.3	43.3,51.3
60 a 69	169	793.4	14.2	10.8,18.3	428	2 074.8	37.1	31.2,43.3	532	2 708.9	48.4	42.8,54.0
70 a 79	175	769.1	26.1	20.6,32.5	250	1 157.4	39.3	32.6,46.3	229	975.8	33.1	27.4,39.3
80 o más	119	527.5	39.4	29.7,50.0	96	532.0	39.7	29.3,51.3	59	235.5	17.6	10.7,27.6
Total	1 955	9 702.1	21.8	20.4,23.3	3 419	16 308.0	36.6	34.9,38.3	3 876	17 935.4	40.2	38.5,42.0

*Clasificación de IMC descrita por la OMS: normal = 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso = 25.0-29.9 kg/m², obesidad ≥ 30.0 kg/m²
Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 9.1.1**

Prevalencia de las categorías de IMC en hombres y mujeres de 20 o más años de edad, en el periodo 2012 a 2018. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: Ensanut 2012, Ensanut MC 2016, Ensanut 2018-19

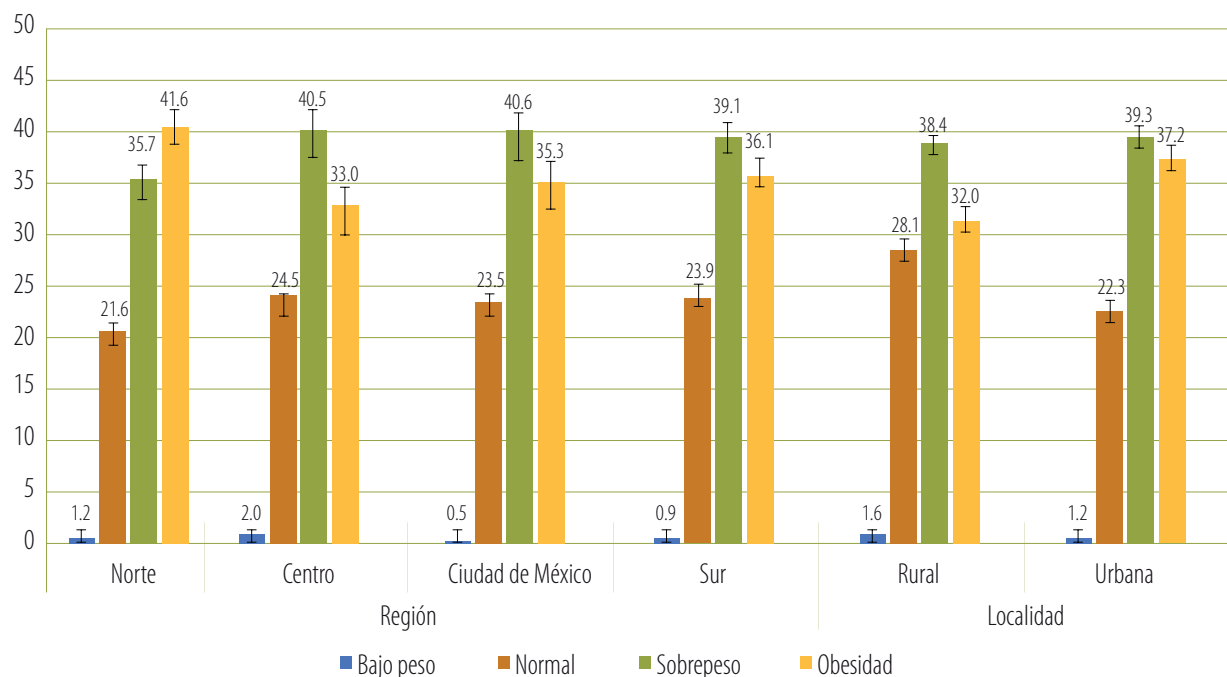
más obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en este periodo aumentó 3.6% en los hombres, y 3.8% en las mujeres. Al comparar sólo obesidad, se observa que en los hombres hubo un incremento de 3.7% entre el año 2012 (26.8%) y 2018 (30.5%); mientras que en las mujeres el incremento fue de 2.7% en el periodo 2012 (37.5%) a 2018 (40.2%).

En relación con el comportamiento de las categorías de IMC por región del país, se aprecia que la mayor prevalencia de bajo peso se observó en la región Centro (2.0%), seguida de región Norte (1.2%), región Sur (0.9%), y Ciudad de México (0.5%). La mayor prevalencia de sobrepeso se observó en la región Ciudad de México (40.6%) y la región Centro (40.5%); mientras que la mayor prevalencia de obesidad se observó en la región Norte (41.6%), a diferencia de la región Centro que presentó la menor prevalencia (33.0%) (figura 9.1.2).

En la figura 9.1.3 se muestran la tendencia del sobrepeso y obesidad en mujeres durante el periodo 1988 a 2018 en México. En este periodo, la prevalencia aumentó de manera significativa ($p > 0.05$) siendo de 34.5% en 1988, mientras que en 2018 fue de 74.8%. En cuanto al sobrepeso, el crecimiento fue notable de 1988 (25%) a 1999 (36%), desde entonces se ha mantenido sin cambios hasta 2018 (36.3%). La prevalencia de obesidad también aumentó de manera considerable de 1988 (9.5%) a 1999 (26%), y también de 1999 a 2006 (34.2%).

Figura 9.1.2

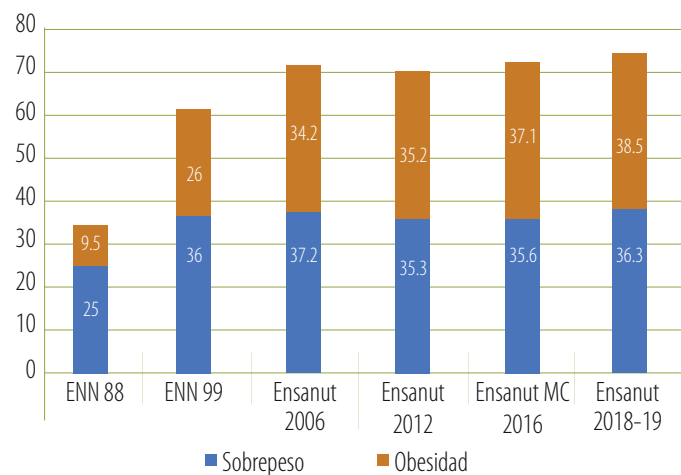
Prevalencia de las categorías de IMC* en hombres y mujeres de 20 o más años de edad, categorizando por región geográfica y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19



*Clasificación de IMC descrita por la OMS: normal = 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso = 25.0-29.9 kg/m², obesidad ≥30.0 kg/m²
Fuente: Ensanut 2018-19

Figura 9.1.3

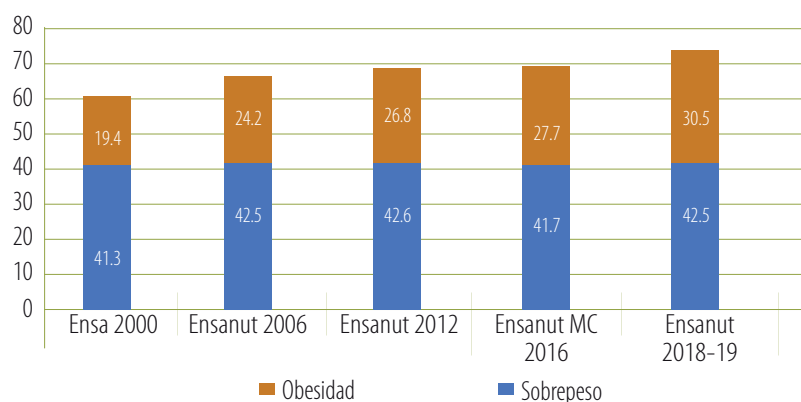
Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en mujeres de 20 a 49 años de edad, en el periodo de 1988 a 2018. México, Ensanut 2012 y 2018-19



Fuente: ENN 88 y 99, Ensanut MC 2016, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

*Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m²

En la figura 9.1.4 se observan las prevalencias de sobrepeso y obesidad a partir de la Ensa 2000. Las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad fueron de 60.7% en el 2000, y registró un incremento gradual, pero sostenido, hasta el año 2018 (73%).



Fuente: ENN 88 y 99, Ensanut MC 2016, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

*Clasificación de IMC descrita por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m²

■ **Figura 9.1.4**

Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en hombres de 20 o más años de edad, en el periodo 2000 a 2018

9.2 Hipertensión arterial

Con el propósito de evaluar la tensión arterial (TA) de los adultos de 20 o más años de edad, se utilizó la información de tensión arterial sistólica (TAS) y tensión arterial diastólica (TAS) de 5 071 participantes, que representaron a 23 531 000 adultos residentes en México.

El cuadro 9.2.1 muestra la prevalencia de hipertensión arterial, la información se estratifica por grupos de edad, hallazgo en la encuesta y diagnóstico médico

Grupo de edad (años)	Hallazgo en la encuesta*				Diagnóstico médico previo†			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
20 a 29	148	930.8	6.5	5.1,8.3	168	806.6	5.6	4.5,7.1
30 a 39	249	992.6	7.7	6.4,9.4	282	1 077.5	8.4	7.1,10.0
40 a 49	375	1 702	12.1	10.0,14.5	499	2 373	16.8	14.7,19.2
50 a 59	399	1 810.3	15.7	13.5,18.1	715	3 541.7	30.7	27.7,33.9
60 a 69	332	1 552.9	17.6	14.9,20.7	753	3 634.3	41.1	36.9,45.5
70 a 79	255	1 020.1	21	17.4,25.0	523	2 279.9	46.8	41.4,52.3
80 o más	122	459.9	18.6	13.7,24.7	251	1 349.6	54.6	46.9,62.1
Total	1 880	8 468.7	12.3	11.4,13.2	3 191	15 062.6	21.9	20.6,23.1

*Hallazgo en la encuesta: 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: adultos que reportaron haber recibido previamente de un médico el diagnóstico de hipertensión arterial

Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Cuadro 9.2.1**

Prevalencia de hipertensión arterial en México, categorizando por grupos de edad y tipo de diagnóstico. México, Ensanut 2018-19

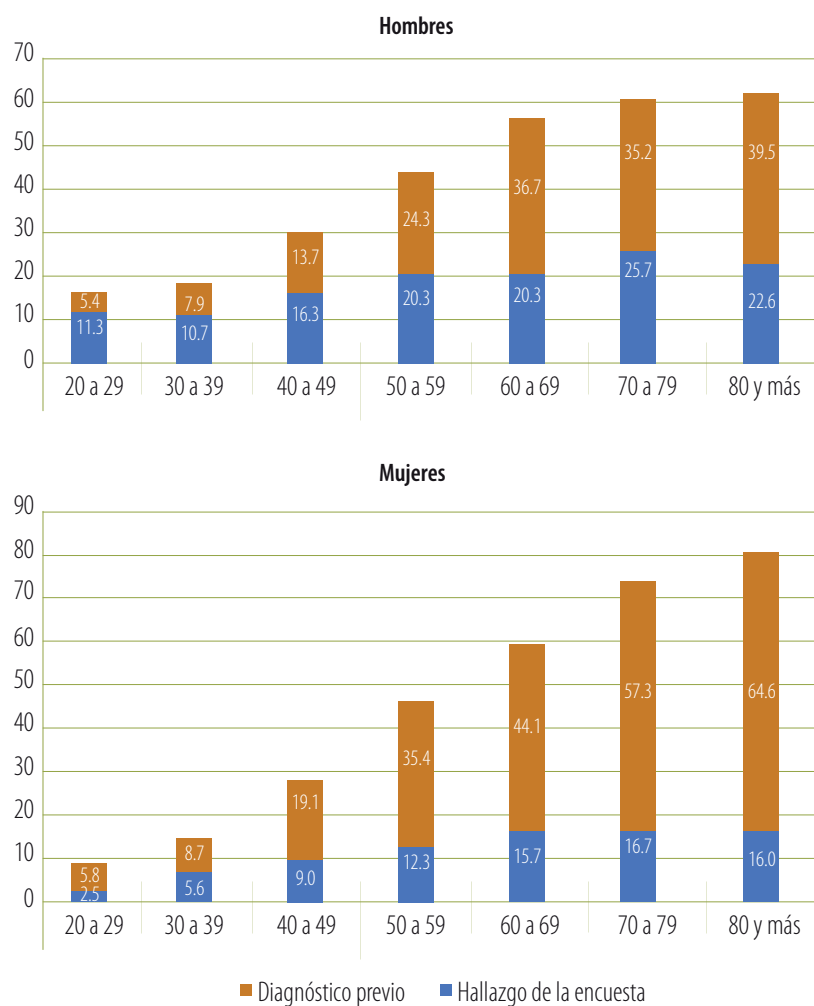
previo. Puede observarse que la prevalencia de hipertensión arterial por hallazgo en la encuesta fue de 12.3% (IC95% 11.4,13.2), y la prevalencia por diagnóstico médico previo, de 21.9% (IC95% 20.6,23.1).

En la figura 9.2.1 puede observarse que a mayor edad la prevalencia de hipertensión incrementa (tanto en diagnóstico médico previo como en hallazgo en la encuesta), y que en los hombres la hipertensión arterial es más frecuente que en las mujeres.

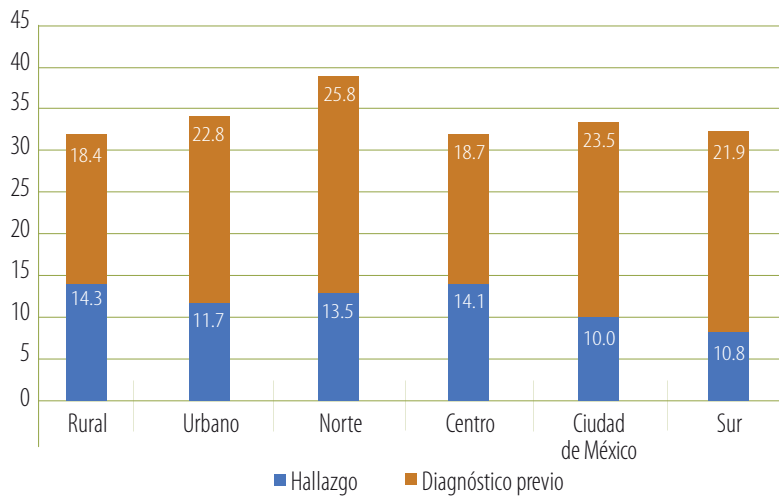
La figura 9.2.2 muestra la prevalencia nacional de hipertensión arterial por tipo de localidad y región geográfica del país. En ella, se observó que tanto la localidad urbana como la región Norte mostraron la mayor prevalencia de hipertensión (34.5 y 39.3%, respectivamente).

■ Figura 9.2.1

Prevalencia de hipertensión arterial en México, categorizando por grupos de edad y sexo. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

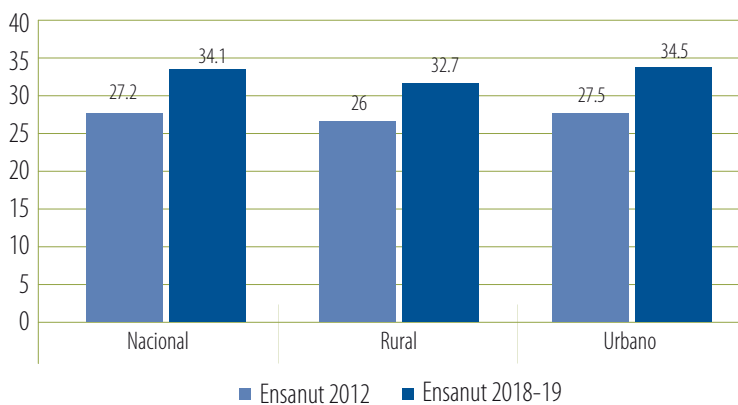


Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 9.2.2**

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos mexicanos de 20 o más años de edad, categorizando por tipo de localidad y región geográfica. México, Ensanut 2018-19

En la figura 9.2.3 se muestran las prevalencias nacionales de hipertensión arterial durante el periodo 2012 a 2018. En este periodo, la prevalencia aumentó significativamente ($p > 0.05$) a nivel nacional (Ensanut 2012: 27.2% vs. Ensanut 2018-19: 34.1%), en las localidades urbanas (Ensanut 2012: 27.5% vs. Ensanut 2018-19: 34.5%) y en las localidades rurales (Ensanut 2012: 26.0% vs. Ensanut 2018-19: 32.7%).



Fuente: Ensanut 2012 y 2018-19

■ **Figura 9.2.3**

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 20 o más años de edad, categorizando por tipo de localidad. México, Ensanut 2012 y 2018-19

9.3 Anemia

Se contó con información válida de la concentración de hemoglobina para 8 283 mujeres de los grupos de edad 12 a 49 años, las cuales representan a 39 961 738 mujeres en ese grupo de edad en todo el país. Se identificaron 252 embarazadas y 8 031 mujeres no embarazadas, de las cuales 34.9% de las embarazadas y 17.5% de

las no embarazadas presentaron anemia, dicha proporción representa a 1 216 997 mujeres embarazadas y 38 744 741 mujeres no embarazadas de todo el país. De las mujeres embarazadas, el grupo con mayor prevalencia de anemia fue el de 12 a 19 años (45.9%), seguido del de 30 a 39 años (40.4%). En las mujeres no embarazadas, la prevalencia incrementa conforme incrementa la edad, pasando de 13.1 a 21.1% (cuadro 9.3.1).

Al comparar las prevalencias actuales de anemia de embarazadas y no embarazadas con los datos de las encuestas nacionales de nutrición de 1999 (ENN 99), 2006 (Ensanut 2006) y 2012 (Ensanut 2012), se puede observar que en general hubo un aumento en la prevalencia de anemia (figura 9.3.1).

■ Cuadro 9.3.1

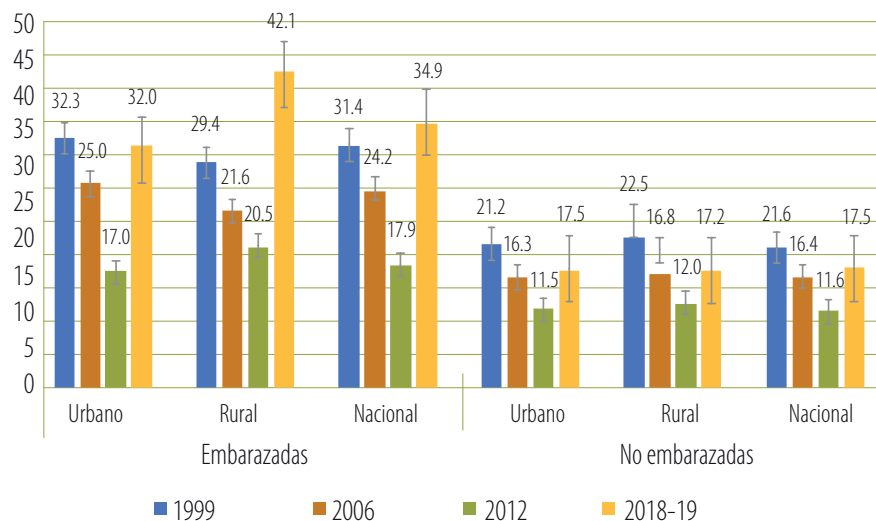
Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas y no embarazadas de 12 a 49 años, por grupo de edad. México, Ensanut 2012

Grupo de edad (años)	Embarazadas				No embarazadas				Todas			
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
12 a 19	53	228.7	45.9	29.8,62.9	2 380	11 009.4	13.1	11.0,15.3	2 433	11 238.1	13.7	11.6,16.0
20 a 29	126	669.9	30.7	18.7,45.9	1 695	9 253.3	15.5	12.9,18.4	1 821	9 923.2	16.5	14.0,19.3
30 a 39	60	258.8	40.4	21.1,63.0	2 018	8 648.6	21.0	18.1,24.2	2 078	8 907.4	21.6	18.7,24.6
40 a 49	13	59.5	15.1	2.6,54.1	1 938	9 833.5	21.1	18.4,24.0	1 951	9 893.1	21.1	18.4,24.0
Total	252	1 217.0	34.9	25.6,45.3	8 031	38 744.7	17.5	16.2,18.7	8 283	39 961.7	18.0	16.7,19.2

Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 9.3.1

Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas y no embarazadas de 12 a 49 años por localidades urbanas y rurales (comparación con datos de la ENN 99, la Ensanut 2006 y 2012). México, Ensanut 2018-19



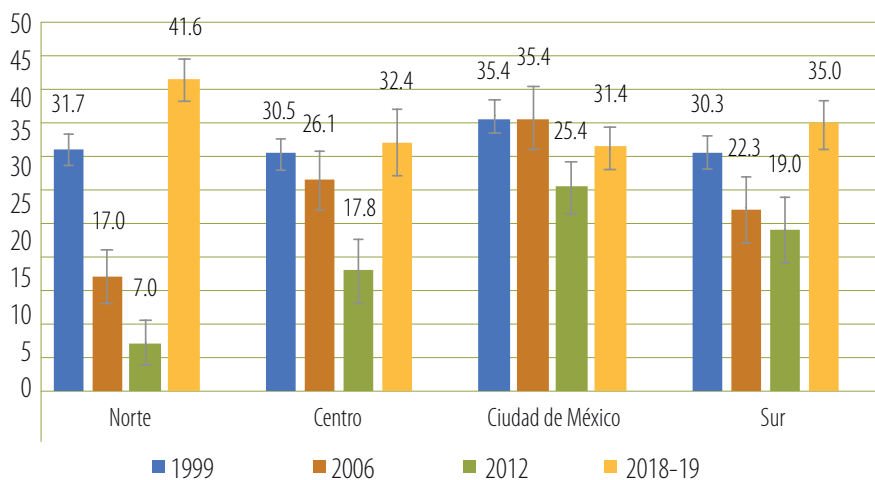
Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

Es importante hacer notar que de 1999 al 2012 había una tendencia de disminución trascendental en la anemia y la reducción fue mayor en las mujeres embarazadas en localidades urbanas (15.3 pp) en contraste con las que habitan en localidades rurales (8.9 pp). Sin embargo, de 2012 a 2018 las mujeres embarazadas muestran un aumento de 17 pp a nivel nacional; en localidades urbanas de 15 pp y en la rural de 21.7 pp. Para las no embarazadas a nivel nacional, del 2012 al 2018 hubo un aumento de 5.9 pp en la prevalencia de anemia y al clasificar por tipo de localidad, también hubo un aumento, pero fue mayor en localidades urbanas (6 pp) que en la rurales (5.2 pp) (figura 9.3.1).

Al cotejar las prevalencias por región geográfica, en mujeres embarazadas para Ensanut 2018-19 fue mayor la prevalencia en la región Norte del país con un aumento de 34.6 pp en comparación con Ensanut 2012, a pesar de que de ENN 1999 a la Ensanut 2012 hubo una mayor disminución en esta región (24.7 pp) comparada con las demás regiones del país (10 pp) (figura 9.3.2). En mujeres no embarazadas de la Ensanut 2018 en comparación con la Ensanut 2012, el aumento fue mayor para la región Norte del país con 18.7 pp, seguida de la zona Sur con 7.6 pp y la zona Centro con 0.7 pp, y de manera contraria en la región Ciudad de México se observa una disminución en la prevalencia de 1.8 pp (figura 9.3.3).

Se obtuvo información de sangre capilar para la estimación de hemoglobina en 1 777 hombres y 2 160 mujeres de 60 años o más, quienes representaron a 18 902 883 de adultos mayores de ambos sexos en todo el país.

La prevalencia nacional de anemia en este grupo de población fue de 28.7% (IC95% 26.1,31.5), sin diferencias significativas entre hombres 27.9%, (IC95% 24.2,31.9) y mujeres 29.3%, (IC95% 25.5,33.4). La anemia afectó a un total de 2 255 212 hombres y 3 172 507 mujeres adultos mayores, siendo el grupo de



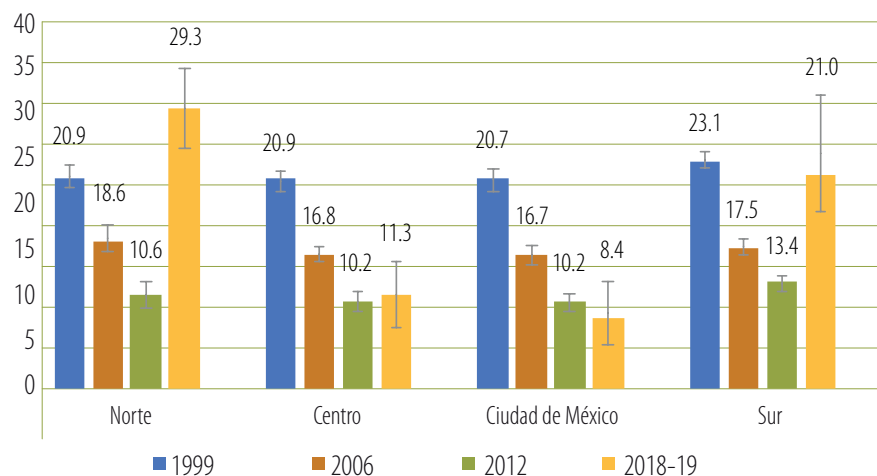
Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

■ **Figura 9.3.2**

Prevalencia nacional de anemia en mujeres embarazadas de 12 a 49 años, divididas por región (comparación con datos de la ENN 99, la Ensanut 2006 y 2012). México, Ensanut 2018-19

Figura 9.3.3

Prevalencia nacional de anemia en mujeres no embarazadas de 12 a 49 años, divididas por región geográfica (comparación con datos de la ENN 99, la Ensanut 2006 y 2012). México, Ensanut 2018-19



Fuente: ENN 99, Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

edad de 80 años y más, el grupo de población con la mayor prevalencia observada (43.6%) (cuadro 9.3.2)

Por tipo de localidad, los habitantes de localidades urbanas tuvieron similar prevalencia de anemia 29.1% (IC95% 26.0,32.5) en comparación con los de lo-

Cuadro 9.3.2

Comparativo de la prevalencia de anemia en adultos mayores de 60 años o más, participantes en las encuestas Ensanut 2006, 2012 y 2018-19. México, Ensanut 2018-19

Grupo de edad (años)	Ensanut 2006				Ensanut 2012				Ensanut 2018-19				
	Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			Muestra número	Expansión			
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%	
Hombres													
60-69	1 272	2 469.9	13.4	10.5,16.9	1 471	2 829.7	10.4	8.4,12.9	892	4 155.9	20.4	16.5,25.0	
70-79	840	1 516.9	18.8	15.4,22.9	989	1 617.7	22.3	18.3,26.9	577	2 625.5	30.8	23.5,39.1	
80 y más	405	591.2	32.9	26.4,40.1	467	764.1	35.9	28.7,43.9	308	1 296.2	46.2	36.3,56.4	
Total	2 517	4 578.0	17.7	15.5,20.2	2 927	5 211.5	17.8	15.8,20.1	1 777	8 077.6	27.9	24.2,31.9	
Mujeres													
60-69	1 685	3 129.3	13.4	11.0,16.3	1 771	3 132.2	11.1	9.2,13.3	1 124	5 910.5	21.7	17.9,26.1	
70-79	1 150	1 987.0	16.1	12.8,20.1	1 146	1 878.6	17.5	14.1,21.4	682	3 105.3	36.5	30.1,43.5	
80 y más	521	886.2	28.9	23.1,35.5	535	893.4	26.2	20.2,33.3	354	1 809.4	41.7	32.5,51.6	
Total	3 356	6 002.6	16.6	14.6,18.7	3 452	5 904.2	15.4	13.5,17.5	2 160	10 825.3	29.3	25.5,33.4	
Nacional													
60-69	2 957	5 599.2	13.4	11.5,15.6	3 242	5 961.9	10.7	9.3,12.4	2 016	10 066.4	21.2	18.3,24.4	
70-79	1 990	3 503.9	17.3	14.8,20.1	2 135	3 496.3	19.7	17.1,22.7	1 259	5 730.8	33.9	29.2,39.0	
80 y más	926	1 477.4	30.5	26.1,35.3	1 002	1 657.5	30.7	25.9,35.9	662	3 105.7	43.6	36.7,50.8	
Total	5 873	10 580.6	17.1	15.6,18.7	6 379	11 115.7	16.5	15.1,18.1	3 937	18 902.9	28.7	26.1,31.5	

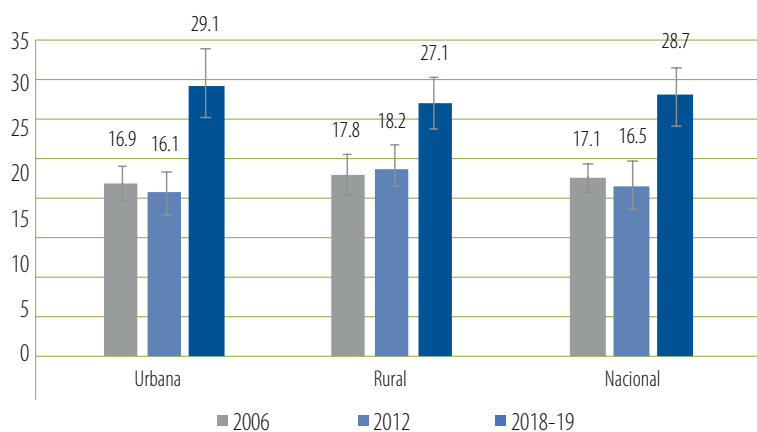
Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

calidades rurales [27.1%, IC95% 23.9,30.5] (figura 9.3.4). Al comparar los datos con la Ensanut 2012, la prevalencia de anemia en los adultos mayores tuvo un incremento de 12.2 pp a nivel nacional, de 8.9 pp en adultos mayores de localidades rurales y de 13 pp de localidades urbanas (figura 9.3.4)

Por región geográfica, la población de adultos mayores de la región Norte 31.5% (IC95% 27.6,35.7) y Sur 30.1% (IC95% 25.8,34.7) presentó una tendencia de mayor prevalencia de anemia en comparación con los adultos mayores de la región Centro 25.6% (IC95% 21.9,29.8) (figura 9.3.5).

Por región geográfica, el mayor incremento se observó entre los habitantes de la zona Ciudad de México y de la zona Norte (figura 9.3.5).

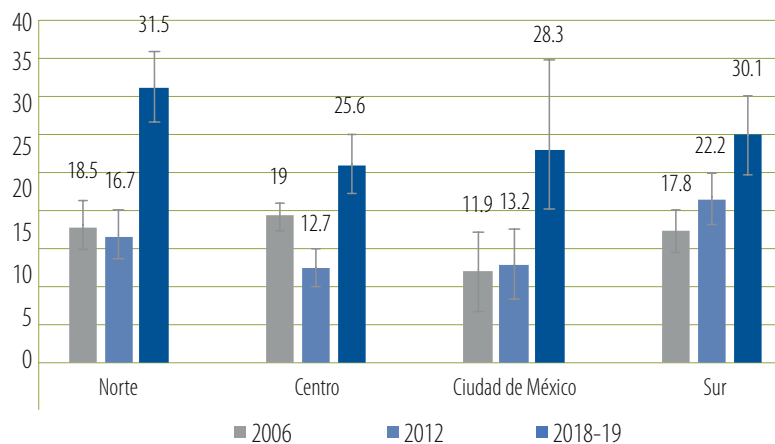
Estas diferencias observadas entre ambas encuestas deben de interpretarse con cautela, debido a posibles errores de medición en la determinación de hemoglobina capilar.



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 9.3.4**

Comparativo de la prevalencia de anemia en adultos mayores de 60 años o más, por tipos de localidades urbana y rural, participantes de las encuestas Ensanut 2006, 2012 y 2018-19. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018-19

■ **Figura 9.3.5**

Comparativo de la prevalencia de anemia en adultos mayores de 60 años o más, por región geográfica, participantes de las encuestas Ensanut 2006, 2012 y 2018-19. México, Ensanut 2018-19

9.4 Actividad física

En total se encuestó a 38 935 adultos de 20-69 años, lo que representó a 75 640 718 individuos a nivel nacional. De acuerdo con las recomendaciones de actividad física de la OMS, 17.3% de los adultos se clasificaron como físicamente inactivos (acumulan <150 minutos de actividad física moderada-vigorosa a la semana). Al estratificar por sexo, un mayor porcentaje de mujeres (19.5%, IC95% 18.7,20.4%) reportó no cumplir con esta recomendación en comparación con los hombres (14.6%, IC95% 13.8,15.5%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de inactividad física por área, sin embargo, se observó que una mayor proporción de personas que viven en localidad rural cumple con la clasificación de “activos” (acumular ≥ 300 minutos de actividad física moderada-vigorosa a la semana), comparado con los de localidad urbana (73.7%, IC95% 72.5,74.9% vs. 70.6%, IC95% 69.7,71.4%, respectivamente). Finalmente, al estratificar por grupo de edad, la prevalencia de inactividad física fue mayor en el grupo de edad de 60-69 años (26.2%, IC95% 24.4,28.2%) comparado con todos los grupos de edad. Esta diferencia fue similar en el tipo de localidad urbana y rural (26.9%, IC95% 24.6,29.2% y 23.8%, IC95% 20.9,26.9%, respectivamente) (cuadro 9.4.1).

■ Cuadro 9.4.1

Prevalencia de actividad física en adultos 20-69 años por sexo, grupos de edad y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

Indicador*	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra n	Expansión†			Muestra n	Expansión†			Muestra n	Expansión†		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Inactivos	6 456	12 952.5	17.3	16.7,17.9	4 834	10 345.3	17.5	16.8,18.2	1 622	2 607.2	16.7	15.7,17.7
20 a 29 años	1 233	2 809.4	14.6	13.4,15.8	897	2 194.5	14.4	13.1,15.8	336	614.9	15	12.6,17.8
30 a 39 años	1 439	2 631.5	15.3	14.3,16.3	1 063	2 026.4	15.1	13.9,16.3	376	605.2	16.1	14,18.4
40 a 49 años	1 371	2 721.3	16.6	15.5,17.8	1 045	2 214.2	17.1	15.7,18.6	326	507.2	14.8	13,16.8
50 a 59 años	1 211	2 435.2	18.9	17.5,20.3	921	1 991.2	19.2	17.6,20.8	290	444.1	17.6	15.1,20.4
60 a 69 años	1 202	2 355.0	26.2	24.4,28.2	908	1 919.0	26.9	24.6,29.2	294	436.0	23.8	20.9,26.9
Moderadamente activos	4 283	8 572.2	11.5	11,11.9	3 282	70 660.1	11.9	11.4,12.5	1 001	1 506.1	9.6	8.9,10.5
20 a 29 años	935	2 125.9	11	10.1,12	707	1 747.8	11.5	10.4,12.7	228	378.1	9.2	7.9,10.8
30 a 39 años	1 044	2 049.8	11.9	10.9,13	800	1 654.2	12.3	11.2,13.5	244	395.6	10.5	8.9,12.4
40 a 49 años	956	1 750.5	10.7	9.8,11.7	741	1 457.2	11.3	10.2,12.4	215	293.3	8.5	7.3,10
50 a 59 años	733	1 535.0	11.9	10.7,13.2	562	1 281.9	12.3	11,13.8	171	253.1	10.1	8.3,12.1
60 a 69 años	615	1 111.1	12.4	11.1,13.8	472	924.9	12.9	11.4,14.7	143	186.1	10.2	8.3,12.4
Activos	27 694	53 244.5	71.2	70.5,71.9	20 133	41 724.6	70.6	69.7,71.4	7 561	11 519.9	73.7	72.5,74.9
20 a 29 años	6 564	14 369.3	74.4	73,75.9	4 843	11 272.8	74.1	72.4,75.7	1 721	3 096.5	75.7	72.7,78.5
30 a 39 años	7 119	12 530.3	72.8	71.5,74.1	5 147	9 768.9	72.6	71.1,74.2	1 972	2 761.4	73.4	71,75.7
40 a 49 años	6 443	11 894.9	72.7	71.3,74	4 651	9 264.1	71.6	69.9,73.3	1 792	2 630.8	76.7	74.5,78.7
50 a 59 años	4 542	8 941.4	69.3	67.5,70.9	3 308	7 120.4	68.5	66.5,70.4	1 234	1 821.1	72.3	69,75.4
60 a 69 años	3 026	5 508.5	61.4	59.2,63.5	2 184	4 298.3	60.2	57.6,62.8	842	1 210.1	66	62.7,69.2
Total	38 433	74 769.2	100		28 249	59 135.9	100		10 184	15 633.3	100	

Continúa

Continuación

Mujeres												
Inactivos	4 015	8 019.5	19.5	18,7,20.4	2 895	6 156.1	18.9	17,9,19.9	1 120	1 863.4	21.9	20,5,23.4
20 a 29 años	817	1 792.7	17.6	16,19,3	568	1 345.0	16.8	15,18,8	249	447.7	20.3	17,2,23.8
30 a 39 años	894	1 609.8	17	15,6,18,5	638	1 180.9	12.8	11,3,14,5	256	429.0	21.2	18,3,24,5
40 a 49 años	801	1 636.2	17.9	16,3,19,7	594	1 296.1	17.8	15,9,19,8	207	340.1	18.7	15,9,21,8
50 a 59 años	746	1 482.8	21	19,2,22,9	540	1 161.9	20.6	18,5,22,8	206	320.9	22.6	19,2,26,5
60 a 69 años	757	1 498.0	28.7	26,2,31,3	555	1 172.3	27.9	25,1,31	202	325.8	31.8	27,5,36,3
Moderadamente activos	2 600	5 221.1	12.7	12,13,4	1 921	4 199.2	12.9	12,1,13,7	679	1 021.9	12	10,8,13,4
20 a 29 años	593	1 356.4	13.3	11,9,14,9	429	1 084.7	13.6	11,9,15,5	164	271.8	12.3	10,2,14,8
30 a 39 años	626	1 225.6	13	11,6,14,4	454	953.1	12.8	11,3,14,5	172	272.5	13.5	10,9,16,5
40 a 49 años	576	1 068.8	11.7	10,5,13,1	443	878.1	12	10,6,13,7	133	190.7	10.5	8,3,13,1
50 a 59 años	446	906.7	12.8	11,3,14,6	325	731.8	13	11,1,15	121	174.9	12.3	9,7,15,6
60 a 69 años	359	663.6	12.7	11,14,6	270	551.6	13.1	11,1,15,5	89	112.0	10.9	8,3,14,2
Activos	14 552	27 830.2	67.8	66,7,68,8	10 789	22 223.2	68.2	67,69,4	3 763	5 606.9	66	64,1,67,9
20 a 29 años	3 277	7 055.6	69.1	67,71,2	2 415	5 569.7	69.6	67,2,72	862	1 486.0	67.4	63,2,71,3
30 a 39 años	3 882	6 625.2	70	68,2,71,8	2 849	5 304.7	71.3	69,2,73,3	1 033	1 320.5	65.3	61,9,68,6
40 a 49 años	3 393	6 413.8	70.3	68,4,72,2	2 512	5 124.8	70.2	67,9,72,4	881	1 289.0	70.8	67,6,73,8
50 a 59 años	2 393	4 673.4	66.2	63,8,68,5	1 802	3 750.0	66.4	63,7,69,1	591	923.4	65.1	60,4,69,5
60 a 69 años	1 607	3 062.2	58.6	55,8,61,4	1 211	2 474.1	58.9	55,6,62,2	396	588.1	57.3	52,6,62
Total	21 167	41 070.8	100		15 605	32 578.6	100		5 562	8 492.2	100	
Hombres												
Inactivos	2 441	4 933.0	14.6	13,8,15,5	1 939	4 189.1	15.8	14,8,16,8	502	743.9	10.4	9,2,11,8
20 a 29 años	416	1 016.7	11.2	9,7,12,9	329	849.5	11.8	10,1,13,7	87	167.2	8.9	6,1,12,8
30 a 39 años	545	1 021.7	13.2	11,8,14,8	425	845.5	14.1	12,4,16	120	176.2	10.1	8,12,8
40 a 49 años	570	1 085.1	15	13,5,16,6	451	918.1	16.3	14,5,18,3	119	167.0	10.4	8,3,12,8
50 a 59 años	465	952.5	16.3	14,4,18,4	381	829.3	17.5	15,3,19,9	84	123.2	11.2	8,3,15
60 a 69 años	445	857.0	22.8	20,2,25,7	353	746.7	25.4	22,1,28,9	92	110.3	13.7	10,6,17,4
Moderadamente activos	1 683	3 351.1	9.9	9,3,10,6	1 361	2 866.9	10.8	10,11,6	322	484.2	6.8	5,9,7,8
20 a 29 años	342	769.4	8.5	7,3,9,8	278	663.1	9.2	7,8,10,8	64	106.3	5.6	4,1,7,8
30 a 39 años	418	824.1	10.6	9,3,12,2	346	701.1	11.7	10,13,6	72	123.0	7.1	5,3,9,4
40 a 49 años	380	681.7	9.4	8,2,10,7	298	579.1	10.3	8,8,11,9	82	102.6	6.4	5,8,1
50 a 59 años	287	628.3	10.7	9,1,12,6	237	550.1	11.6	9,7,13,8	50	78.2	7.1	5,10,0
60 a 69 años	256	447.5	11.9	10,14,2	202	373.3	12.7	10,3,15,5	54	74.1	9.2	6,6,12,6
Activos	13 142	25 414.3	75.4	74,4,76,4	9 344	19 501.3	73.4	72,2,74,6	3 798	5 913.0	82.8	81,3,84,2
20 a 29 años	3 287	7 313.7	80.4	78,4,82,2	2 428	5 703.2	79	76,7,81,2	859	1 610.5	85.5	81,8,88,5
30 a 39 años	3 237	5 905.2	76.2	74,2,78,1	2 298	4 464.3	74.3	71,8,76,6	939	1 440.8	82.8	79,7,85,5
40 a 49 años	3 050	5 481.1	75.6	73,7,77,5	2 139	4 139.3	73.4	71,1,75,7	911	1 341.8	83.3	80,4,85,8
50 a 59 años	2 149	4 268.0	73	70,5,75,3	1 506	3 370.3	71	68,1,73,7	643	897.7	81.7	77,6,85,2
60 a 69 años	1 419	2 446.3	65.2	62,68,3	973	1 824.3	62	58,1,65,7	446	622.1	77.1	72,8,80,9
Total	17 266	33 698.4			12 644	26 557.3	100		4 622	7 141.0	100	

*Activo: realizar 300 minutos de actividad física moderada o 150 minutos de actividad física vigorosa o la combinación de ambas intensidades. Moderadamente activos: realizar 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa o la combinación de ambas intensidades. Inactivo: no cumplir con ninguna de las anteriores

†Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

‡Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Fuente: Ensanut 2018-19

Con respecto al tiempo sentado por día, la media de minutos fue de 214.8 al día en los adultos. Además, se observó que las mujeres pasan menor tiempo sentadas al día (200.2 minutos, IC95%: 197,203.4) en comparación con los hombres (232.2 minutos, IC95%: 228.2,236.3). Al estratificar por tipo de localidad, los adultos que viven en las localidades rurales pasan menor tiempo sentados (159.7,

IC95%: 155.2,164.2), que aquellos que viven en las localidades urbanas (229.3 minutos, IC95%: 226.2,232.4). Finalmente, los adultos en el grupo de 20 a 29 años, pasaron un mayor tiempo sentados en comparación con los otros grupos para total (240 minutos, IC95%: 234.4,245.4), mujeres (232.5 minutos, IC95%: 225.1,239.8), localidad urbana (257.4 minutos, IC95%: 250.9,263.9) y mujeres urbanas (250.8 minutos, IC95%: 241.9,59.7) (cuadro 9.4.2).

■ Cuadro 9.4.2

Media de tiempo sentado por día* en adultos 20-69 años por sexo, grupos de edad y tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

	Nacional				Urbano				Rural			
	Muestra número	Expansión [†]			Muestra número	Expansión [†]			Muestra número	Expansión [†]		
		Número (miles)	Media	IC95% [‡]		Número (miles)	Media	IC95% [‡]		Número (miles)	Media	IC95% [‡]
Total												
20 a 29 años	8 829	19 442.4	240	234.4,245.4	6 512	15 330.5	257.4	250.9,263.9	2 317	4 111.9	174.9	166.7,183.1
30 a 39 años	9 695	17 344.1	215.9	210.5,221.3	7 064	13 522.4	230.5	224.2,236.9	2 631	3 821.8	164.2	156,172.3
40 a 49 años	8 857	16 502.5	203.4	198.4,208.4	6 495	13 028.5	218.6	212.7,224.6	2 362	3 474.0	146.3	139.4,153.2
50 a 59 años	6 525	13 005.0	197.2	191.4,203	4 827	10 484.1	209.4	202.6,216.2	1 698	2 520.9	146.4	137.3,155.5
60 a 69 años	4 831	8 942.1	204.4	197.6,211.1	3 556	7 128.5	215.7	207.6,223.7	1 275	1 813.6	160.1	150.6,169.6
Total	38 737	75 236.1	214.8	212.1,217.4	28 454	59 494.0	229.3	226.2,232.4	10 283	15 742.1	159.7	155.2,164.2
Mujeres												
20 a 29 años	4 703	10 226.9	232.5	225.1,239.8	3 428	8 023.2	250.8	241.9,259.7	1 275	2 203.7	165.7	156.3,175.1
30 a 39 años	5 413	9 480.5	196.1	189.7,202.6	3 944	7 437.9	209.5	201.8,217.1	1 469	2 042.6	147.5	137.8,157.2
40 a 49 años	4 779	9 122.1	188.9	182.7,195.2	3 555	7 293.2	203.3	195.9,210.7	1 224	1 828.9	132	124.1,139.9
50 a 59 años	3 573	7 043.6	179.4	172,186.9	2 666	5 641.3	190.6	181.9,199.4	907	1 402.2	134.5	123.4,145.5
60 a 69 años	2 709	5 186.2	191.8	184.1,199.5	2 029	4 182.7	201	192.0,210.0	680	1 003.5	153.8	140.9,166.7
Total	21 177	41 059.2	200.2	197,203.4	15 622	32 578.3	214	210.1,217.7	5 555	8 480.9	147.5	142.3,152.6
Hombres												
20 a 29 años	4 126	9 215.5	248.2	240.2,256.2	3 084	7 307.3	264.6	255.4,273.7	1 042	1 908.2	185.5	171.8,199.2
30 a 39 años	4 282	7 863.7	239.7	231.4,248.1	3 120	6 084.5	256.3	246.1,266.4	1 162	1 779.1	183.3	172.3,194.3
40 a 49 años	4 078	7 380.4	221.2	213.1,229.3	2 940	5 735.3	238.2	228.5,247.9	1 138	1 645.1	162.2	150.7,173.6
50 a 59 años	2 952	5 961.5	218.1	209.2,227.1	2 161	4 842.8	231.3	220.9,241.6	791	1 118.7	161.4	146.7,176.2
60 a 69 años	2 122	3 755.9	221.7	209.7,233.7	1 527	2 945.8	236.5	221.9,252.2	595	810.1	167.9	154.1,181.7
Total	17 560	34 177.0	232.2	228.2,236.3	12 832	26 915.7	248	243.3,252.7	4 728	7 261.2	174	167.5,180.5

*Tiempo sentado incluye sentado en el trabajo, casa, comiendo, transportándose, viendo televisión

[†]Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[‡]Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

Fuente: Ensanut 2018-19

9.5 Etiquetado frontal de alimentos

Se entrevistó a 43 157 personas de 20 años y más, al aplicar los factores de expansión, representaron a un total de 82 767 540 adultos a nivel nacional. El 54.6% de los entrevistados fueron mujeres, 23.6% del grupo de edad de 20 a 29 años y 19.6% de 60 años y más; 10.2% de los entrevistados no sabe leer.

En el cuadro 9.5.1 se presenta la proporción de la población que conoce la cantidad de calorías que debe consumir, en promedio, una persona sana al día,

	Cantidad de calorías	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%
Nacional	Menos de 500 calorías	1 754	3 568 643	4.3	4,4,6
	De 500 a 1 000 calorías	1 004	2 119 409	2.6	2,3,2,8
	De 1 001 a 1 500 calorías	1 809	3 882 055	4.7	4,4,5
	De 1 501 a 2 000 calorías	2 509	5 516 799	6.7	6,3,7,1
	De 2 001 a 3 000 calorías	999	2 195 113	2.7	2,4,2,9
	De 3 001 a 4 000 calorías	138	295 026	0.4	0,3,0,5
	Más de 4 000 calorías	71	149 224	0.2	0,1,0,2
	No sabe/No responde	34 873	65 041 271	78.6	77,9,79,3
Urbano	Menos de 500 calorías	1 357	2 939 640	4.5	4,2,4,9
	De 500 a 1 000 calorías	864	1 933 777	3	2,7,3,3
	De 1 001 a 1 500 calorías	1 657	3 672 000	5.6	5,2,6,1
	De 1 501 a 2 000 calorías	2 245	5 126 168	7.9	7,4,8,4
	De 2 001 a 3 000 calorías	874	1 998 705	3.1	2,8,3,4
	De 3 001 a 4 000 calorías	118	262 110	0.4	0,3,0,5
	Más de 4 000 calorías	64	135 470	0.2	0,2,0,3
	No sabe/No responde	24 259	49 152 781	75.4	74,5,76,2
Rural	Menos de 500 calorías	397	629 003	3.6	3,1,4,2
	De 500 a 1 000 calorías	140	185 632	1.1	0,8,1,4
	De 1 001 a 1 500 calorías	152	210 055	1.2	1,1,5
	De 1 501 a 2 000 calorías	264	390 631	2.2	1,8,2,7
	De 2 001 a 3 000 calorías	125	196 408	1.1	0,9,1,5
	De 3 001 a 4 000 calorías	20	32 916	0.2	0,1,0,4
	Más de 4 000 calorías	7	13 754	0.1	0,0,2
	No sabe/No responde	10 614	15 888 490	90.5	89,6,91,4
Norte	Menos de 500 calorías	413	814 132	4.8	4,2,5,4
	De 500 a 1 000 calorías	300	606 581	3.6	3,1,4,1
	De 1 001 a 1 500 calorías	490	953 081	5.6	5,6,3
	De 1 501 a 2 000 calorías	747	1 391 196	8.1	7,4,9
	De 2 001 a 3 000 calorías	265	497 686	2.9	2,5,3,4
	De 3 001 a 4 000 calorías	55	117 273	0.7	0,5,1
	Más de 4 000 calorías	24	53 715	0.3	0,2,0,5
	No sabe/No responde	7 936	12 639 645	74	72,7,75,4
Centro	Menos de 500 calorías	562	968 630	3.3	2,9,3,8
	De 500 a 1 000 calorías	385	612 356	2.1	1,8,2,5
	De 1 001 a 1 500 calorías	729	1 272 564	4.4	3,8,5
	De 1 501 a 2 000 calorías	1 040	1 929 170	6.6	6,7,4
	De 2 001 a 3 000 calorías	449	953 624	3.3	2,8,3,9
	De 3 001 a 4 000 calorías	50	95 742	0.3	0,2,0,5
	Más de 4 000 calorías	24	41 309	0.1	0,1,0,2
	No sabe/No responde	12 834	23 152 050	79.8	78,5,81
Ciudad de México	Menos de 500 calorías	91	515 807	4.5	3,6,5,7
	De 500 a 1 000 calorías	63	448 879	3.9	2,9,5,2
	De 1 001 a 1 500 calorías	138	836 761	7.3	6,1,8,8
	De 1 501 a 2 000 calorías	192	1 280 544	11.2	9,5,13,1
	De 2 001 a 3 000 calorías	58	365 226	3.2	2,4,4,3
	De 3 001 a 4 000 calorías	3	35 766	0.3	0,1,1,2
	Más de 4 000 calorías	3	12 007	0.1	0,0,4
	No sabe/No responde	1 319	7 916 344	69.4	66,5,72,1

Continúa

■ Cuadro 9.5.1

Proporción de personas que conocen la cantidad de calorías que deben consumir en promedio al día. México, Ensanut 2018-19

Continuación

Sur	Menos de 500 calorías	688	1 270 074	5	4,5,5,6
	De 500 a 1 000 calorías	256	451 593	1.8	1,5,2,1
	De 1 001 a 1 500 calorías	452	819 649	3.2	2,8,3,7
	De 1 501 a 2 000 calorías	530	915 889	3.6	3,2,4,1
	De 2 001 a 3 000 calorías	227	378 577	1.5	1,3,1,8
	De 3 001 a 4 000 calorías	30	46 245	0.2	0,1,0,3
	Más de 4 000 calorías	20	42 193	0.2	0,1,0,3
	No sabe/No responde	12 784	21 333 232	84.5	83,5,85,4

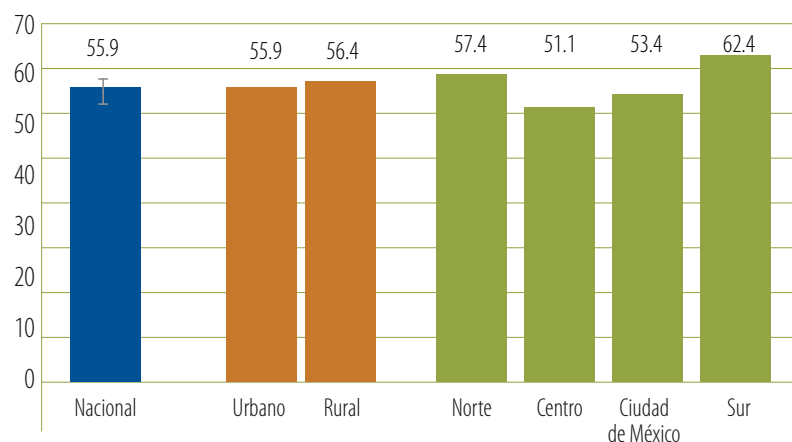
Fuente: Ensanut 2018-19

considerando a alguien de la misma edad y sexo que el entrevistado. Los resultados muestran que a nivel nacional 78.6% (IC95% 77.3,79.9) de la población no sabe o no responde cuántas calorías debe consumir una persona con características similares a las suyas, en cuanto a edad y sexo. El porcentaje de personas que no sabe o no responde, es más alto en la localidad rural y en la región Sur del país.

A nivel nacional, 55.9% (IC95% 55,56.9) de los entrevistados reportaron leer el etiquetado nutrimental de los alimentos empacados y bebidas embotelladas (figura 9.5.1). En la región Centro, se observó el menor porcentaje de población que reportó leerlo y el más alto se observó en la región Sur (figura 9.5.1). De los

Figura 9.5.1

Porcentaje de la población que lee el etiquetado nutrimental de los alimentos empacados y/o las bebidas embotelladas. México, Ensanut 2018-19



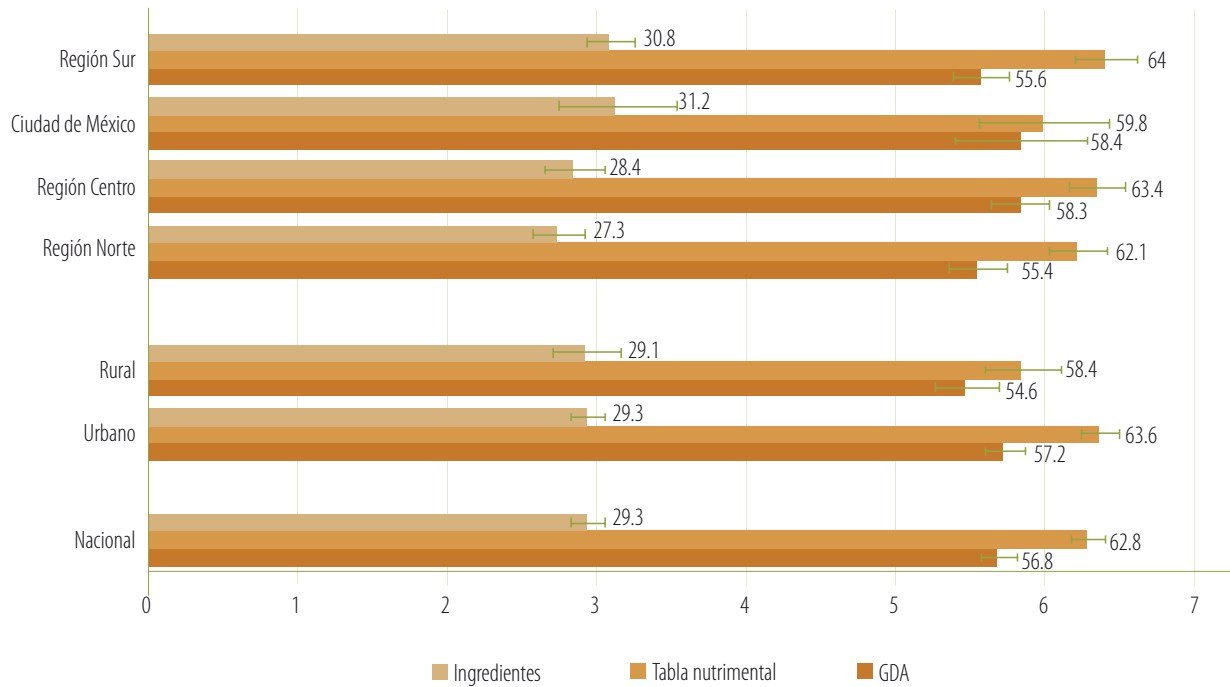
Fuente: Ensanut 2018-19

tres tipos de etiquetas con información sobre el contenido nutrimental que contienen los productos industrializados empacados y/o embotellados, la Tabla nutrimental es la que reportan leer en mayor proporción a nivel nacional, 62.8% (IC95% 61.6,63.9) (figura 9.5.2).

En cuanto a la opinión de los entrevistados sobre qué tan comprensible es la información nutrimental de la etiqueta frontal (GDA) que se encuentra en los empaques de los productos industrializados, 42.2% (IC95% 40.9,43.4) respondió que es *algo comprensible* y 6.9% (IC95% 6.4,7.5) que es *nada comprensible* (figura 9.5.3). Por otro lado, 45.5% (IC95% 44.6,46.4) de los entrevistados reportó que

■ **Figura 9.5.2**

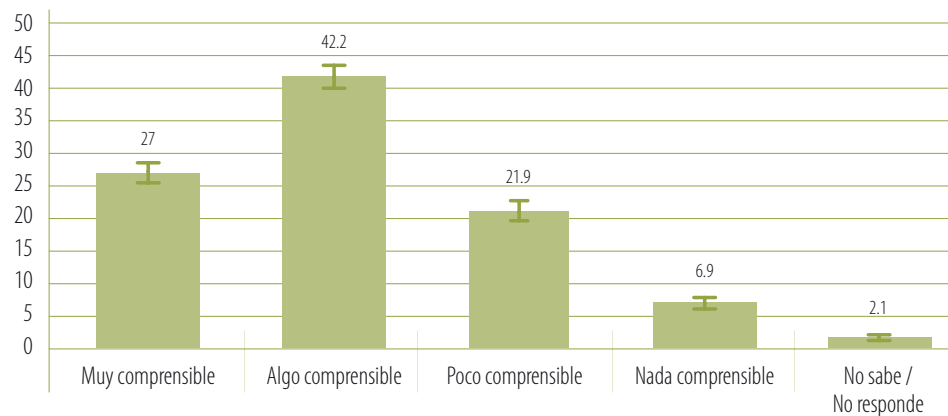
Tipo de etiqueta que lee la población al momento de comprar alimentos empacados y/o bebidas embotelladas. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 9.5.3**

Porcentaje de la población que opina sobre qué tan comprensible es la información nutrimental de la etiqueta frontal que se encuentra en los empaques de los productos industrializados. México, Ensanut 2018-19



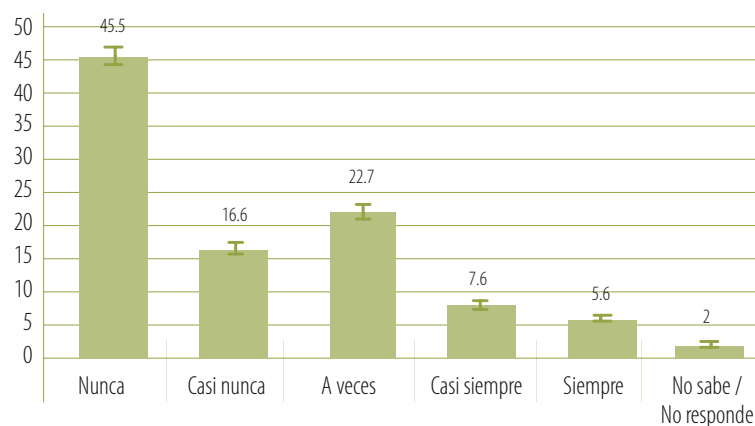
Fuente: Ensanut 2018-19

nunca compran productos industrializados por la información que contienen los empaques (logotipos o leyendas de salud), y 5.6% (IC95% 5.3,6) reportaron que *siempre* (figura 9.5.4).

La frecuencia con la que la población utiliza la etiqueta nutrimental para saber si un producto es más saludable que otro es muy baja, sólo 6% (IC95% 5.7,6.4) respondió que *siempre* y 45.1% (IC95% 44.2,46) respondieron que *nunca* (figura 9.5.5). Sobre el tipo de etiquetado que ayudaría a las mamás y a los papás a elegir un producto más saludable para sus hijos, 60% (IC95% 59,60.8) respondió que el etiquetado *Sello de Advertencia* era la mejor opción (figura 9.5.6).

■ Figura 9.5.4

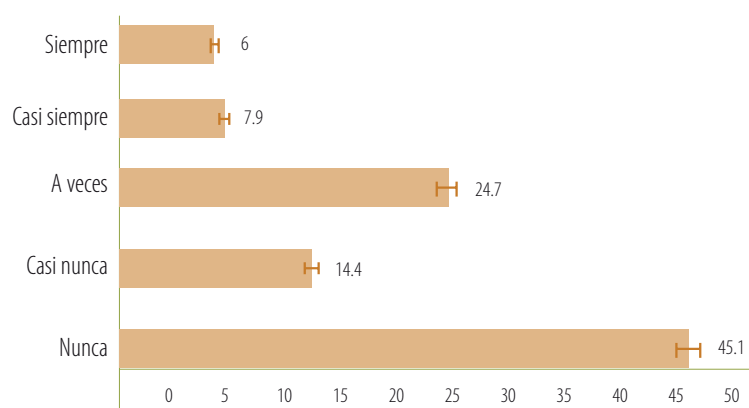
Frecuencia con la que los consumidores compran productos industrializados por la información que contiene los empaques (logotipos o leyendas de salud). México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ Figura 9.5.5

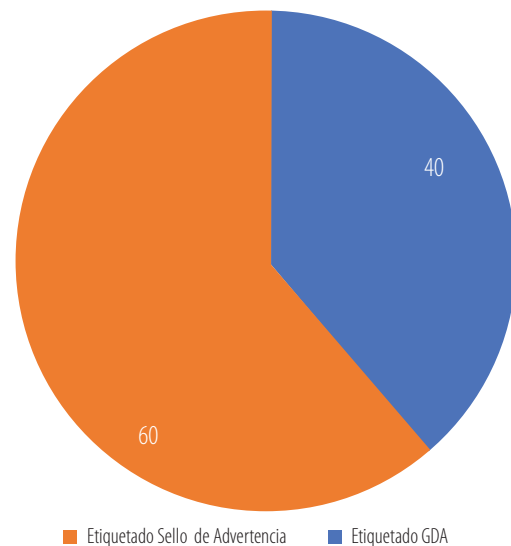
Porcentaje de la población que utiliza la etiqueta nutrimental para saber si un producto es más saludable que otro. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

■ **Figura 9.5.6**

Porcentaje de la población que opinó sobre el tipo de etiquetado que le ayudaría a las mamás y a los papás a elegir un producto más saludable para sus hijos. México, Ensanut 2018-19



Fuente: Ensanut 2018-19

9.6 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano

Se analizó información de 15 791 individuos que representaron a 79 407 835 adultos de 20 años o más, 7 088 hombres (43.8%) y 8 703 mujeres (56.2%).

En el cuadro 9.6.1 se puede observar el porcentaje de consumidores por grupo de alimento a nivel nacional y por sexo. Dentro de los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano, el mayor consumido a nivel nacional fue el agua (85.9%), seguido de las carnes no procesadas (64.5%) y en tercer lugar las leguminosas (54.1%), las verduras y el huevo (44.9 y 29.8%, respectivamente), fueron los grupos menos consumidos en este grupo de población. Mayor proporción de mujeres reportaron consumo de agua (87.6 vs. 83.7%), frutas (52.5 vs. 46.1%) y lácteos (49.1 vs. 44.3%) en comparación con los hombres; al contrario, mayor proporción de hombres reportaron consumo de carnes no procesadas (68.8 vs. 61.2%), leguminosas (56.5 vs. 52.2%) y huevo (33.9 vs. 26.7%) en comparación con las mujeres. En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, a nivel nacional los grupos de alimentos con mayor proporción de consumidores fueron las bebidas no lácteas endulzadas (85.8%), seguido de las botanas, dulces y postres (35.4%), y el grupo de menor proporción fue el de carnes procesadas (7.5%). En estos grupos de alimentos, mayor proporción de hombres reportaron consumo en prácticamente todos los grupos, excepto en las bebidas lácteas endulzadas, donde no hubo diferencia entre hombres y mujeres.

■ Cuadro 9.6.1

Porcentaje de adultos (20 años y más) consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano, a nivel nacional y por sexo. México, Ensanut 2018-19

	Nacional				Sexo							
					Hombres				Mujeres			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano												
Frutas	7 593	39 463.7	49.7	48.3,51.1	3 168	16 023.8	46.1	44.0,48.2	4 425	23 439.9	52.5	50.6,54.4
Verduras	6 822	35 629.4	44.9	43.5,46.2	2 939	15 069.5	43.3	41.4,45.3	3 883	20 560.0	46.1	44.2,47.9
Leguminosas	9 060	42 966.2	54.1	52.7,55.5	4 274	19 658.1	56.5	54.6,58.5	4 786	23 308.1	52.2	50.3,54.1
Carnes no procesadas	9 577	51 236.4	64.5	63.2,65.8	4 613	23 911.1	68.8	66.9,70.5	4 964	27 325.3	61.2	59.5,62.9
Agua	14 208	68 186.3	85.9	84.7,87.0	6 295	29 109.9	83.7	81.9,85.4	7 913	39 076.4	87.6	86.1,88.9
Huevo	5 046	23 698.3	29.8	28.6,31.1	2 532	11 801.5	33.9	32.1,35.8	2 514	11 896.8	26.7	25.2,28.2
Lácteos	7 016	37 329.6	47.0	45.6,48.4	2 948	15 415.5	44.3	42.4,46.3	4 068	21 914.2	49.1	47.3,51.0
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano												
Carnes procesadas	1 183	5 925.3	7.5	6.8,8.2	634	3 284.7	9.4	8.3,10.7	549	2 640.6	5.9	5.2,6.8
Comida rápida y antojitos mexicanos	2 889	16 095.3	20.3	19.0,21.6	1 455	8 035.5	23.1	21.4,25.0	1 434	8 059.8	18.1	16.5,19.8
Botanas, dulces y postres	4 936	28 111.9	35.4	34.0,36.8	2 349	13 092.5	37.7	35.8,39.5	2 587	15 019.4	33.7	31.8,35.5
Cereales dulces	4 871	26 928.3	33.9	32.6,35.3	2 535	13 553.6	39.0	36.8,41.2	2 336	13 374.7	30.0	28.3,31.7
Bebidas no lácteas endulzadas	13 627	68 160.0	85.8	84.8,86.9	6 295	30 856.5	88.7	87.4,90.0	7 332	37 303.5	83.6	81.9,85.1
Bebidas lácteas endulzadas	2 690	13 406.0	16.9	15.9,17.9	1 187	5 883.2	16.9	15.5,18.4	1 503	7 522.8	16.9	15.6,18.2

n: 15 791 participantes de 20 años y más que representan a 79 407.8 adultos
Fuente: Ensanut 2018-19

En el cuadro 9.6.2 se pueden observar los porcentajes de consumidores por tipo de localidad. En general, se observan mayor proporción de consumidores de los grupos de alimentos recomendables en la localidad urbana que en la rural, particularmente las carnes no procesadas (68.3 vs. 50.2%) y las frutas (51.7 vs. 42.0%), y por el contrario los únicos grupos de alimentos con mayor porcentaje de consumidores en la localidad rural fueron el agua (90.3 vs. 84.7%) y las leguminosas (62.4 vs. 51.9%). En los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, de igual manera se observan mayores porcentajes de consumidores en la localidad urbana que en la rural, a excepción de las bebidas lácteas y no lácteas endulzadas, en las cuales no se observan diferencias por tipo de localidad.

Por último, en el cuadro 9.6.3 se reportan los porcentajes de consumidores por región geográfica. En los grupos de alimentos recomendables se puede observar que el porcentaje de consumidores de agua es mayor en la región Norte del país

■ Cuadro 9.6.2

Porcentaje de adultos (20 años y más) consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano por tipo de localidad. México, Ensanut 2018-19

	Área							
	Rural				Urbana			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	2 238	7 009.8	42.0	39.8,44.3	5 355	32 454.0	51.7	50.0,53.4
Verduras	1 787	5 302.1	31.8	29.9,33.8	5 035	30 327.3	48.3	46.7,50.0
Leguminosas	3 447	10 402.6	62.4	59.6,65.1	5 613	32 563.5	51.9	50.2,53.6
Carnes no procesadas	2 596	8 370.8	50.2	47.8,52.6	6 981	42 865.6	68.3	66.8,69.8
Agua	4 807	15 064.0	90.3	88.6,91.8	9 401	53 122.3	84.7	83.3,86.0
Huevo	1 619	4 350.3	26.1	24.4,27.8	3 427	19 348.0	30.8	29.4,32.3
Lácteos	2 048	6 198.0	37.2	34.9,39.5	4 968	31 131.6	49.6	48.0,51.3
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	339	890.5	5.3	4.4,6.4	844	5 034.8	8.0	7.2,8.9
Comida rápida y antojitos mexicanos	697	2 112.9	12.7	11.4,14.0	2 192	13 982.4	22.3	20.8,23.9
Botanas, dulces y postres	1 274	4 035.8	24.2	22.4,26.2	3 662	24 076.1	38.4	36.7,40.1
Cereales dulces	1 486	4 842.7	29.0	26.9,31.3	3 385	22 085.5	35.2	33.6,36.8
Bebidas no lácteas endulzadas	4 619	14 638.6	87.8	86.6,88.9	9 008	53 521.4	85.3	84.0,86.6
Bebidas lácteas endulzadas	868	2 728.1	16.4	14.8,18.0	1 822	10 677.9	17.0	15.9,18.2

n: 10 517 participantes de 20 años o más que representan a 62 731 509 adultos de tipo de localidad urbana y 5 274 que representa a 16 676 326 de tipo de localidad rural
Fuente: Ensanut 2018-19

(89.8%), en comparación con las demás regiones. El menor porcentaje de consumidores de carnes no procesadas se observó en las regiones Sur y Centro del país, con alrededor de 61.0% de consumidores. El grupo de las leguminosas fue mayormente consumido en la región Norte del país (66.3%). En cuanto a las frutas y verduras, el menor porcentaje de consumidores se registró en la región Sur (43.1 y 37.7%, respectivamente), por último, el huevo, que fue el grupo de menor consumo a nivel nacional, su mayor porcentaje se registró en la región Norte (50.7%).

En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, las botanas dulces y postres (26.7%), la comida rápida (16.8%) y las carnes procesadas (3.9%) se consumieron en menor medida en la región Sur del país, en comparación con el resto de regiones. Y fue en la región Norte del país donde se registró menor porcentaje de consumidores de cereales dulces (28.6%). En cuanto a las bebidas no lácteas endulzadas y bebidas lácteas endulzadas, no se identificaron diferencias entre las regiones del país.

■ Cuadro 9.6.3

Porcentaje de adultos (20 años y más) consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano por región geográfica. México, Ensanut 2018-19

	Región															
	Norte				Centro				Ciudad de México				Sur			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano																
Frutas	1 647	7 681.1	46.4	44.1,48.8	3 201	13 722.2	54.4	51.8,56.9	289	7 726.3	56.7	51.6,61.6	2 456	10 334.1	43.1	41.0,45.2
Verduras	1 749	8 564.5	51.8	49.3,54.2	2 764	11 913.6	47.2	45.1,49.3	229	6 113.3	44.8	39.9,49.9	2 080	9 038.0	37.7	35.7,39.7
Leguminosas	2 486	10 976.1	66.3	64.0,68.6	3 748	14 104.9	55.9	53.3,58.4	196	5 229.9	38.4	33.4,43.6	2 630	12 655.2	52.8	50.6,54.9
Carnes no procesadas	2 242	10 913.7	66.0	63.6,68.3	3 508	15 396.7	61.0	58.7,63.2	380	10 302.2	75.6	71.1,79.5	3 447	14 623.8	61.0	58.8,63.1
Agua	3 324	14 863.5	89.8	88.2,91.2	5 445	22 350.1	88.5	86.9,90.0	373	9 708.7	71.2	66.2,75.8	5 066	21 264.0	88.7	87.1,90.0
Huevo	1 842	8 384.5	50.7	48.3,53.0	1 788	6 831.5	27.1	25.2,29.1	108	2 609.4	19.1	15.3,23.6	1 308	5 873.0	24.5	22.9,26.2
Lácteos	1 758	8 232.0	49.7	47.3,52.2	2 910	11 967.1	47.4	45.4,49.5	263	7 358.2	54.0	48.8,59.1	2 085	9 772.4	40.8	38.5,43.07
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano																
Carnes procesadas	516	2 246.3	13.6	12.1,15.2	439	1 912.3	7.6	6.5,8.8	36	828.5	6.1	4.1,8.9	192	938.3	3.9	3.2,4.8
Comida rápida y antojitos mexicanos	646	3 339.0	20.2	18.3,22.2	1 062	4 571.0	18.1	16.6,19.7	139	4 153.7	30.5	25.2,36.4	1 042	4 031.7	16.8	15.3,18.4
Botanas, dulces y postres	1 155	5 737.5	34.7	32.4,37.0	2 160	9 646.1	38.2	36.1,40.4	237	6 316.0	46.3	40.8,51.9	1 384	6 412.3	26.7	24.9,28.6
Cereales dulces	965	4 727.9	28.6	26.4,30.9	1 966	8 518.2	33.7	31.6,35.9	199	5 550.7	40.7	36.0,45.6	1 741	8 131.6	33.9	31.8,36.1
Bebidas no lácteas endulzadas	3 109	13 927.8	84.2	82.2,86.0	5 086	21 805.5	86.4	85.0,87.7	456	11 614.4	85.2	80.3,89.1	4 976	20 812.3	86.8	85.2,88.3
Bebidas lácteas endulzadas	520	2 436.5	14.7	13.1,16.5	1 059	4 528.6	17.9	16.4,19.6	103	2 480.7	18.2	14.9,22.0	1 008	3 960.1	16.5	15.1,18.1

n: 3 615 Participantes de 20 años y más que representan a 16 549 493 adultos de la región Norte, 5 956 que representan a 25 245 073 de la región Centro, 520 que representan a 13 632 916 de la región Ciudad de México y 5 700 que representan a 23 980 353 de la región Sur
Fuente: Ensanut 2018-19

Conclusiones

En México la prevalencia nacional de sobrepeso u obesidad es más alta que en el promedio mundial. Dos terceras partes de los adultos mexicanos tiene sobrepeso u obesidad. En el periodo 2012 a 2018, aumentó la prevalencia nacional de sobrepeso u obesidad, tanto en hombres como en mujeres.

En los últimos seis años la magnitud de la anemia en el ámbito nacional ha aumentado de manera importante, afectando en mayor medida al grupo de mujeres en edad reproductiva, pero principalmente a las embarazadas, lo cual representa nuevamente un problema de salud pública en México urgente de resolver. Sobre todo, porque la anemia es un problema de salud que implica pérdidas económicas en el país y repercute en la calidad de vida de las personas, pero lo más importante

es que aumenta la mortalidad materna y perinatal, así como, el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer.¹³ Es urgente implementar acciones e intervenciones de atención inmediata para prevenir y combatir la anemia,^{4,5} como promover el consumo, acceso y disponibilidad de alimentos ricos en hierro y ácido fólico, programas de fortificación de alimentos, así como esquemas de suplementación con hierro y otros nutrientes, en la población de mujeres en edad reproductiva, y adicionalmente, la identificación de parasitosis intestinales (*E. histolytica* y *G. amblia*), que típicamente pueden presentarse en localidades rurales con instalaciones de saneamiento deficientes.^{6,7} La anemia en los adultos mayores ha tenido una tendencia en ascenso desde la encuesta del 2006, observándose un repunte significativo en la presente encuesta.

La anemia en los adultos mayores ha tenido una tendencia en ascenso desde la encuesta del 2006, observándose un repunte significativo en la presente encuesta. En los adultos mayores, la anemia es un fuerte predictor de dependencia funcional y mortalidad, representando un serio problema de salud pública en nuestra población.^{8,9} Son necesarias acciones en salud y nutrición focalizadas en este grupo de edad para su oportuna prevención, manejo y control.

Al respecto, es importante señalar que los cambios observados de la magnitud de la prevalencia de anemia entre encuestas deben de ser interpretados con cautela debido al tamaño muestral analizado y a un posible error de medición de la hemoglobina capilar y a los distintos equipos HemoCué empleados entre periodos.

En adultos, 17.3% de la población no cumplió con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como físicamente activos,¹¹ siendo mayor en mujeres y en el grupo de adultos de 60-69 años. Estos resultados son ligeramente mayores a los observados en la Ensanut 2012 a nivel nacional (16%).¹²

Los adultos de 20 a 69 años reportaron estar sentados en promedio 214.8 minutos al día, siendo mayor en hombres. Este mismo hallazgo se reportó en un estudio que describe la media de tiempo sentado al día en la Ciudad de México.¹³ Además, en línea con este estudio, se observó que el grupo de 20 a 29 años pasó mayor tiempo sentado en comparación con los otros grupos.¹³

Si bien un porcentaje importante de la población fue clasificada como físicamente activa, tomando en cuenta el criterio de la OMS, vale la pena mencionar, que de acuerdo con un estudio de validación en población mexicana usando el mismo instrumento, se mostró que al aplicar el cuestionario de actividad física por segunda vez, disminuye el porcentaje de personas clasificadas como físicamente activas.¹⁴ Por lo que este resultado concluye que la prevalencia podría ser menor cuando se pregunta por segunda vez. Finalmente, se debe subrayar que, aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física no implica menor tiempo destinado a actividades sedentarias el resto del día. En esta encuesta se observó que los adultos pasan en promedio más de tres horas sentados en el día,

aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión.¹⁵

Por lo anterior, es importante promover no sólo la práctica de actividad física moderada y vigorosa, sino también la disminución de actividades sedentarias a lo largo del día (transporte inactivo y tiempo frente a una pantalla, entre otros). Adicionalmente, al tomar en cuenta la influencia que tiene el entorno para la práctica de actividad física, se debe considerar una mejor planeación de espacios activos, accesibles y seguros que permitan y fomenten estilos de vida más dinámicos, tanto en momentos de ocio y recreativos como durante la rutina diaria, para disminuir el sedentarismo.

Actualmente en México la venta de productos industrializados es cada vez más alta y se asocia con el incremento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población.¹⁶ La declaración frontal nutrimental que presentan en su etiqueta los productos industrializados, a base de cantidades y porcentajes que refieren al consumo calórico de los nutrimentos diarios, no es de utilidad cuando más de 75% de la población no conoce cuál debe ser su consumo promedio diario de calorías y 10.2% de la población no sabe leer.

Los resultados muestran que el etiquetado GDA no permite a los consumidores saber si un producto es más saludable que otro y son consistentes con la evidencia científica a nivel internacional, que muestran que los sistemas de etiquetado frontal nutrimental sencillos permiten identificar y seleccionar productos saludables en los puntos de venta.^{17,18} De hecho, los resultados de la última pregunta de la sección de etiquetado, en la que los entrevistados señalan que el sistema de etiquetado Sello de Advertencia ayudaría a las mamás y a los papás a elegir productos más saludables para sus hijos, muestran que un etiquetado directivo es más sencillo de interpretar que un etiquetado con números y porcentajes.

Dado que el etiquetado frontal nutrimental es considerado como una herramienta de protección a la salud pública, es responsabilidad del Estado garantizar y adoptar medidas para que la población ejerza plenamente sus derechos humanos, entre ellos, el derecho a la salud, la alimentación y a la información. La reciente aprobación de la Reforma a la Ley General de Salud,¹⁸ en la que se señalan las modificaciones al etiquetado frontal en alimentos y bebidas y los cambios a la NOM051SCFI/SSA12010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados, Información comercial y sanitaria,¹⁹ permitirá que la población pueda identificar aquellos productos con mejor calidad nutrimental de manera fácil y rápida. El nuevo etiquetado frontal de alimentos y bebidas enfatizará el alto contenido de nutrimentos críticos que han sido vinculados a condiciones negativas de salud: energía, grasas, grasas trans, azúcares y sodio y orientará al consumidor en el punto de venta.

Finalmente, y en relación con los grupos de alimentos más consumidos por los adultos mexicanos es de resaltar que el consumo de agua no alcanza el 100%

de la población y que además es prácticamente igual que el de bebidas no lácteas endulzadas. Además, se observa que en la localidad urbana hay un mayor consumo de todo tipo de alimentos, tanto recomendables como no recomendables, lo cual puede hablar de acceso a los alimentos en las localidades rurales del país. Resulta igualmente de interés que el consumo más bajo de frutas y verduras sea en la región Sur del país, y que el consumo de bebidas endulzadas sea generalizado en el territorio nacional. Dado este panorama, es de suma importancia implementar estrategias eficaces para aumentar el acceso y el consumo de alimentos recomendables, principalmente frutas, verduras y agua, y hacer énfasis en las localidades rurales y en la región Sur del país.

Referencias

- Balarajan Y, Ramakrishnan U, Zolitan E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9809):2123-2135.
- Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood*. 2014;123(5):615-624.
- Kozuki N, Lee A, Katz J, Child Health Epidemiology Reference Group. Moderate to Severe, but Not Mild, Maternal Anemia Is Associated with Increased Risk of Small-for-Gestational-Age Outcomes. *J Nutr*. 2011;142(2):358-362.
- Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico en mujeres menstruantes. Ginebra: OMS, 2011. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/100976/9789243502021_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra, OMS, 2014.
- Bonvecchio A, González W, Théodore FL, Lozada AL, García A, Alvarado R, et al. Translating Evidence-Based Program Recommendations into Action: The Design, Testing, and Scaling Up of the Behavior Change Strategy EsIAN in Mexico. *J Nutr*. 2019;149(1):23105-23225.
- Hotez P. Empowering Girls and Women through Hookworm Prevention. *Am J Trop Med Hyg*. 2018;98(5):1211-1212.
- Equinas JL, Lozoya S, García I, Atienzar P, Sánchez PM, Abizanda P. Anemia increases mortality risk associated with frailty or disability in older adults. The FRADEA Study. *Aten Primaria*. 2019;52(7):452-461. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.001>
- De la Cruz V, Salinas A, Manrique B, Villalpando S, Téllez M. Short-term impact of anemia on mortality: evidence from a sample of Mexican older adults. *J Aging Health*. 2014;26(5):750-765.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?sequence=1
- Medina C, Janssen I, Campos I, Barquera S. Physical inactivity prevalence and trends among Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey (Ensanut) 2006 and 2012. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1063.
- Medina C, López R, Barquera S, Tolentino L. Evidence of increasing sedentarism in Mexico City during the last decade: sitting time prevalence, trends and its association with obesity and diabetes. *PLoS One*. 2017;12(12):1-15.
- Medina C, Barquera S, Janssen I. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):21-28.
- Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010;35(6):725-740.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas. Washington, DC: OMS/OPS, 2019.
- Feunekes GI, Gortemaker IA, Willems AA, Lion R, van den Kommer M. Front-of-pack nutrition labelling: testing effectiveness of different nutrition labelling formats front-of-pack in four European countries. *Appetite*. 2008;50(1):57-70.
- Savoie N, Barlow Gale K, Harvey KL, Binnie MA, Pasut L. Consumer perceptions of front-of-package labelling systems and healthiness of foods. *Can J Public Health*. 2013;104(5):e359-e363.
- 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 de etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. México: DOF, 2019 [citado febrero, 2020]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5578283&fecha=08/11/2019
- Secretaría de Economía, Secretaría de Salud, Cofepris. Fue aprobada la modificación a la NOM 051 sobre etiquetado de alimentos y bebidas. Ciudad de México: SE/SS/Cofepris, 2020 [citado febrero, 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/se/articulos/fue-aprobada-la-modificacion-a-la-nom-051-sobre-etiquetado-de-alimentos-y-bebidas?idiom=es>



Se terminó de imprimir en agosto de 2020.
La edición consta de 700 ejemplares y estuvo al cuidado
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del
Instituto Nacional de Salud Pública

