

ENSANUT

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

R E S U L T A D O S

2018

QUERÉTARO



Instituto Nacional
de Salud Pública

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Querétaro

Primera edición, 2020

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

ISBN 978-607-511-197-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez. **Edición:** Francisco Reveles Cordero (coordinador), Jessica Gallegos, Raquel Reyes, Iván Alanís Ortiz, Ana Tlapale Vázquez. **Portada:** Juan Pablo Luna Ramírez.
Apoyo editorial: Roberto González Peralta, Liliana Rojas Trejo.

Citación sugerida

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Querétaro. 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

Protección en salud y condición de aseguramiento

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

Condiciones de salud

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

Características generales de los hogares

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

Gasto en el hogar

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

Distribución por sexo y edad de la población

Alicia Muñoz Espinosa

Programas preventivos, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia

Rosalba Rojas Martínez, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera

Hipertensión arterial en adultos

Ismael Campos-Nonato, Lucía Hernández-Barrera, Simón Barquera

Vacunación, enfermedades respiratorias y enfermedad diarreica

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

Accidentes

Elisa Hidalgo Solórzano, Ricardo Pérez Núñez

Tabaco y alcohol

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

Salud reproductiva

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

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 en adultos

Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Simón Barquera

Actividad física en niños, adolescentes y adultos

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

Etiquetado de alimentos empaquetados y bebidas embotelladas

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

Anemia

Vanessa De la Cruz Góngora, Fabiola Mejía Rodríguez, Verónica Mundo Rosas, 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

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 Yunesi Kim Herrera, Andrys Eunice Valdez Sánchez, Claudia Gabriela García Chávez, Sonia Rodríguez Ramírez

Utilización de servicios de salud

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

Coordinación de reportes e integración

Luz María Gómez Acosta, Elsa Berenice Gaona Pineda, Lucía Cuevas Nasu, Teresa Shamah Levy

Supervisión y apoyo en capacitación

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

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, Erika Mayorga Borbolla, Corín 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.

Contenido

5

7

12

19

36

47

69

110

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 Ensanut 2018-19 es el levantamiento más reciente del eje del SNES, sus resultados permitirán 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 de los mexicanos. Los resultados se presentan para el ámbito nacional, por entidades federativas, tanto en zonas urbanas como rurales y por estratos socioeconómicos.



Un aspecto muy importante a resaltar en esta edición de la Ensanut es la colaboración entre el INSP y el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). El INSP fue el responsable de los lineamientos conceptuales y metodológicos, mientras que el INEGI se responsabilizó del levantamiento en campo por personal capacitado y estandarizado por el INSP, institución que, a su vez, ha acompañado al INEGI a lo largo del proceso de levantamiento de información.

Posterior a la presentación y la difusión del reporte nacional, y motivados con el interés de proporcionar a los estados información útil para informar las decisiones sobre salud, se han elaborado los reportes específicos de las entidades federativas, es decir, de los 14 estados de la República que contribuyeron para su ejecución.

Este documento proporciona la situación particular de la salud y nutrición en las entidades federativas del país por grupos de edad de la población y, en caso de que la información haya sido recabada en el año 2012 y tenga representatividad estatal, se compara su tendencia.

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

El INSP agradece la colaboración de las autoridades estatales que nos apoyaron con el financiamiento que complementó los aportes federales y del INEGI y permitió el desarrollo de la Ensanut 2018-19. Finalmente, hago votos por que los resultados de esta encuesta sean utilizados por las autoridades estatales para la adecuada planeación de acciones y políticas, la medición de avances y como línea de base para la evaluación de desempeño en el futuro.

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

Metodología

Antecedentes

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) es un ejercicio de inferencia estadística de gran magnitud y la información que recolecta es trascendental para el gobierno, sociedad civil y la población en general.

La Ensanut 2018 actualiza la información que el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) ha generado desde 1986 mediante la realización de encuestas nacionales, entre las que se pueden mencionar están la Encuesta Nacional de Salud de los años 1986, 1994 y 2000; la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 y de 1999, y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los años 2006, 2012 y 2016. El SNES ha modificado el diseño de las encuestas con el fin de aumentar las posibilidades de análisis. En 2006, se conjuntaron la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Nutrición para poder analizar conjuntamente los estados de nutrición y salud. Ahora, en 2018, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se realizó en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con el propósito de conjuntar capacidades institucionales y compatibilizar los cuestionarios de la Ensanut con la Encuesta Nacional de Hogares realizada por el INEGI.

El objetivo general de la Ensanut 2018 es estudiar los estados de salud y nutrición de la población mexicana, para ello, se cuantifican la frecuencia y distribución de los estados de salud y nutrición. También, se cuantifican las asociaciones entre los determinantes sociales con los estados de salud y nutrición, y por último, se examina la respuesta social organizada frente a las problemáticas de salud y nutrición, en particular, se estudian la cobertura y calidad de los servicios de salud y los programas prioritarios de prevención en salud.

La Ensanut 2018 está diseñada para estudiar los estados de salud y nutrición en el ámbito nacional, para entidades federativas, tanto en áreas urbanas como en rurales, y para estratos socioeconómicos. Además, la Ensanut 2018 permitirá describir cuantitativamente las tendencias en los estados de salud y nutrición al realizar comparaciones con encuestas previas del SNES. De igual forma, la Ensanut 2018 generará evidencia sobre la cobertura y calidad de los servicios de salud recibidos por las familias mexicanas según el tipo de protección en salud.

Para lograr su objetivo general, la Ensanut 2018 obtuvo información de 44 612 hogares a nivel nacional y 1 376 hogares en el estado de Querétaro.

Objetivos

Los objetivos de la Ensanut 2018 para el estado de Querétaro son los siguientes:

- Cuantificar la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones y determinantes de salud y nutrición.
- Examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, en particular, la cobertura, utilización y calidad percibida de los servicios de salud.
- Generar evidencia sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas.
- Informar sobre el desempeño del sistema de salud y sobre los retos para los planes futuros.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis definidas para la Ensanut 2018 son las siguientes:

- Hogar es el conjunto de personas relacionadas por algún parentesco o no, que habitualmente duermen en una vivienda bajo el mismo techo. Estas personas se benefician de un ingreso común aportado por uno o más de los miembros del hogar.
- Utilizadores de servicios de salud son las personas del hogar que buscaron o recibieron atención ambulatoria en los últimos 15 días a la fecha de la entrevista por enfermedad, lesión, accidente, rehabilitación, servicio dental, programa de control de diabetes o hipertensión arterial.
- Niños preescolares son las personas del hogar con edades de 0 a 4 años cumplidos.
- Niños escolares son las personas del hogar de 5 a 9 años cumplidos.
- Adolescentes son las personas del hogar de 10 a 19 años cumplidos.
- Adultos son las personas del hogar mayores de 20 años cumplidos.

Diseño de la muestra

La Ensanut 2018 es una encuesta diseñada para estimar prevalencias y proporciones que describen las condiciones de salud y nutrición, el acceso a servicios y los determinantes de la salud. Se trata de una encuesta probabilística nacional con representatividad para las regiones usadas en el análisis de la Ensanut 2012, el estrato nacional urbano, el estrato nacional rural y por entidad.

Marco de muestreo

Las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) de la Ensanut 2018 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 y es la base para seleccionar las muestras de todas las encuestas en viviendas que realiza el INEGI. Las UPM de la MMV 2012 y

la Ensanut 2018 están clasificadas por dos criterios de estratificación: 1) tamaño de la localidad y 2) condiciones sociodemográficas de las viviendas. Además, 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 número de habitantes entre 2 500 y menos de 100 mil habitantes).

Procedimiento de muestreo

El diseño de muestra de la Ensanut 2018 es probabilístico, estratificado, de conglomerados y con tres etapas de selección. En la primer etapa se seleccionaron UPM mediante una submuestra de la MMV del INEGI, luego se seleccionan viviendas en las UPM y finalmente, se seleccionan individuos dentro de las viviendas.

Tamaño de muestra

El procedimiento de muestreo es estratificado y de conglomerados. El efecto del procedimiento de muestreo se puede cuantificar por el índice $deff^a$ que puede interpretarse como el número de unidades colectadas por un procedimiento de muestreo específico que son equivalentes para propósitos de estimación, con una unidad colectada mediante muestreo aleatorio simple. Para la planeación de la Ensanut 2018 se utilizó un $deff= 2.0$ estimado a partir de la experiencia en encuestas realizadas por el INSP y el INEGI. El tamaño de muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

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

Donde:

n: Tamaño de muestra en viviendas

P: Proporción a estimar, la cual es estimada por p^*

Z: Cuantil 97.5 de una distribución normal unitaria ($Z = 1.96$)

δ : Es la semiamplitud del intervalo de confianza, $\Pr (| P - p^* | \leq \delta) = 0.95$

R: Tasa de respuesta esperada (85% en viviendas, 85% en adultos y adolescentes, 88% en escolares y 90% en preescolares)

K: Porcentaje de viviendas donde se espera obtener alguna persona del grupo de interés (preescolares $K= 0.24$, escolares $K=0.22$, adolescentes $K= 48\%$, adultos $K= 94\%$)

$deff$: Efecto de diseño de muestra

Con base en los parámetros descritos se propuso un tamaño de muestra de 1 580 viviendas por entidad. Tamaño de muestra que es suficiente para estimar prevalencias de 10% con las siguientes semiamplitudes: de 3% en adultos, de 4% en adolescentes y de 5% en preescolares y escolares. El tamaño de muestra asignado a los estratos se asignó de modo proporcional a la población que habita en los estratos. Finalmente, el número de entrevistas completas para el estado de Querétaro fueron: 1 339 adultos, 527 adolescentes, 333 escolares, 291 preescolares y 363 utilizadores de servicios de salud.

^a $deff: Var(\theta; \text{muestreo } M) / Var(\theta; \text{muestreo aleatorio simple})$. El $deff$ compara la varianza de un procedimiento de muestreo M con la varianza de un muestreo aleatorio simple.

En los indicadores de estado de nutrición, porcentaje de consumidores de alimentos, Desarrollo Infantil Temprano y concentraciones de plomo en sangre de la población preescolar se realizó una unión de la muestra de Ensanut 2018 con la muestra del Módulo Prospera de la Ensanut 2018. Lo anterior con el propósito de aumentar la precisión en las estimaciones de este grupo poblacional. La unión de las encuestas mencionadas se consideró factible porque las encuestas son probabilísticas, un gran número de preguntas son iguales en ambas encuestas, y las encuestas tienen temporalidades similares de sus poblaciones objetivo.

Alcance

El diseño de muestra de la Ensanut 2018 es diferente al que se usó en la Ensanut 2012 ya que se usaron marcos de muestreo diferentes, pero las estimaciones definidas sobre regiones geográficas (estados, municipios, localidades rurales, localidades urbanas) son comparables porque los cuestionarios de las encuestas son compatibles. Por otra parte, en la Ensanut 2018 están presentes las variables de la posestratificación sociodemográfica de hogares usada en las publicaciones de Ensanut 2012 y Ensanut 2006; entonces, será posible hacer comparaciones de parámetros definidos por el posestrato socioeconómico.

Respecto a la incertidumbre de las estimaciones presentadas, todas son inciertas debido al error de muestreo, es decir, a la obtención de conclusiones a partir de un subconjunto de población (muestra). El error de muestreo de cualquier estimador puede ser cuantificado por un intervalo de confianza; en este informe no se incluyeron intervalos de confianza para todas las estimaciones con el ánimo de facilitar la redacción, 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 presentan, existe una probabilidad positiva de que algunos de ellos sean equivocados en el sentido de no incluir el parámetro, por ejemplo, si se calcula un intervalo de confianza a 95% para todos los estados, es de esperarse que, en promedio, 1.6 ($32 \times 0.05 = 1.6$) de los intervalos calculados sean equivocados. También, se desea enfatizar que no todos los intervalos de confianza serán de utilidad para los tomadores de decisiones, ya que aquellos que son muy amplios no permiten identificar si la población se encuentra dentro de los límites necesarios para establecer intervenciones o estrategias de atención.

Logística de campo

Dada la diversidad y especialización temática de la Ensanut 2018, las etapas de capacitación y aplicación de entrevistas en la encuesta son muy complejas, por ello, 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, 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 (de 20 años o más), Salud de adolescentes (de 10 a 19 años), Salud Preescolares (de 0 a 4 años) y Escolares (de 0 a 9 años), Etiquetado frontal de alimentos, Actividad física en niños (de 10 a 14 años), Actividad física en adolescentes y adultos (de 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 empleado de la salud o enfermería, visitó los hogares entrevistados por el Equipo de salud y se encargó de aplicar, a su vez, los siguientes cuestionarios: Antropometría y tensión arterial, Muestras sanguíneas, Estudio de niveles de plomo en niños, Lactancia materna y prácticas de alimentación complementaria (de 0 a 36 meses), Frecuencia de consumo de alimentos de preescolares (de 1 a 4 años), de escolares (de 5 a 11 años), de adolescentes y adultos (de 12 años o más) y Desarrollo Infantil Temprano.

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.

Salud

Hogar

El entorno cercano incide en los comportamientos relacionados con la salud, y es también un elemento que refleja el acceso a los servicios y los riesgos a la salud de los individuos. Las características del hogar, la unidad que agrupa a los individuos, ofrecen una mirada general de las condiciones de vida asociadas con la salud de la población.

La Ensanut 2018 obtuvo información de las características generales de todos los integrantes de los hogares visitados. Esta información incluyó indicadores como protección en salud, escolaridad y analfabetismo, entre otros. Para este fin, la muestra seleccionada para cada entidad fue relativamente homogénea en tamaño, con las diferencias propias de la respuesta obtenida en cada entidad.

En total, se obtuvo información de 44 612 hogares distribuidos en las 32 entidades federativas, que representaron a 33 368 826 hogares de todo el país. En los hogares visitados por la Ensanut 2018 habitaban 158 044 individuos, que representaron a 126 468 224 mexicanos.

Población

En el caso de Querétaro, se obtuvo información de 1 376 hogares, que representaron a un total de 555 592 hogares del estado. En los hogares visitados, habitaban 4 679 individuos que representaron a 2 133 210 habitantes. De acuerdo con la Ensanut 2018, en Querétaro, 48.1% de la población fueron hombres y 51.9% mujeres, con una razón hombre: mujer de 0.9 (figura 1.1).

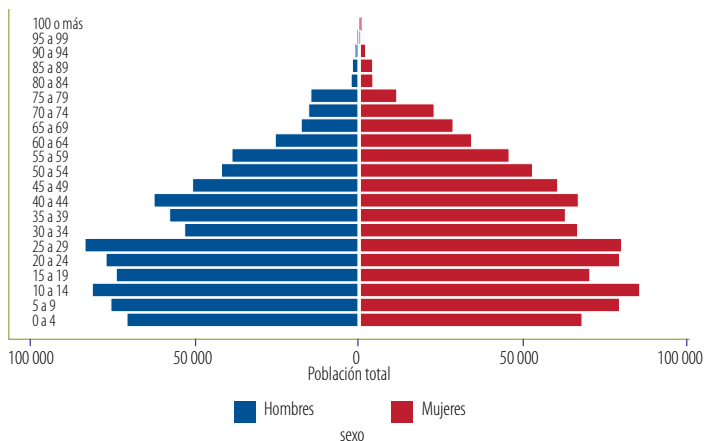


Figura 1.1
Pirámide poblacional ponderada (población por 100 mil). Querétaro, México, Ensanut 2018

■ Cuadro 1.1

Población por quintil socioeconómico.
Querétaro, México, Ensanut 2018

Quintil	%
I	10.9
II	16.9
III	20.8
IV	22.1
V	29.2

En lo referente al nivel socioeconómico, se observó que en Querétaro la mayor proporción de la población se concentró en el quintil V, es decir, en el nivel socioeconómico más alto, en donde se agrupó 29.2% de la población de la entidad (cuadro 1.1).

Educación

En lo que se refiere a indicadores educativos, la información recolectada para cada integrante del hogar permitió proporcionar detalles sobre asistencia a la escuela y nivel máximo de estudios alcanzado. Para Querétaro, la Ensanut 2018 identificó que 95.8% de los niños de 6 a 14 años asistía a la escuela, en tanto que entre los individuos de 15 a 24 años este porcentaje fue de 42.8%. En el primer caso, este valor fue inferior al promedio nacional (96.9%) por 1.1 punto porcentual (pp); mientras que el porcentaje de individuos de 15 a 24 años que asistía a la escuela fue inferior al promedio nacional (46.9%) en 4.2 pp.

El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más en Querétaro fue de 9.9 años, 0.5 años superior a los 9.4 años del promedio nacional. En ese sentido, mientras la población analfabeta de 15 años o más tuvo una proporción de 5.9% en el país, en Querétaro ese porcentaje llegó a 4.8%.

En Querétaro, 1.1% de la población de cinco años o más hablaba una lengua indígena (4.7 pp menor al promedio nacional: 5.9%), del cual 97.6% hablaba también español.

Protección en salud y condición de aseguramiento

Un elemento clave para el cumplimiento al derecho a la protección de la salud es el contar con acceso sin barreras financieras a los servicios. Para ello, el 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 (figura 1.2) identifica que, para ese año 14.1% de la población de Querétaro, equivalente a 300 470 personas, reportaron no contar con algún esquema de aseguramiento en salud, porcentaje inferior a la estimación nacional (18.7%). El porcentaje de población en Querétaro sin aseguramiento estimado en la Ensanut 2018, es mayor en 1.8 puntos porcentuales al estimado en la Ensanut 2012 (15.9%).

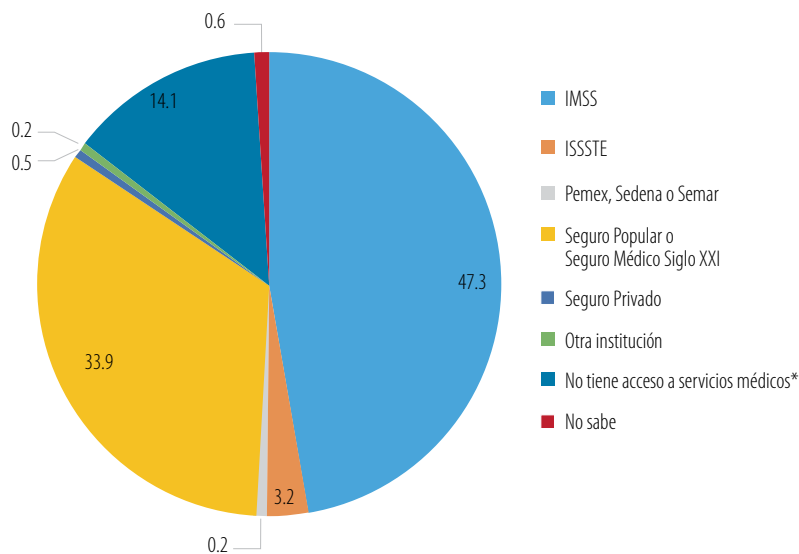


Figura 1.2

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

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018.

*Incluye a la población que declaró tener afiliación a IMSS *Prospera* (antes *Oportunidades*).

Por lo que se refiere a las instituciones aseguradoras, para la seguridad social se observa un incremento entre 2012 y 2018 de 5.4 puntos porcentuales 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 redujo su cobertura poblacional al pasar de 37.4% en 2012 a 33.9% en 2018.

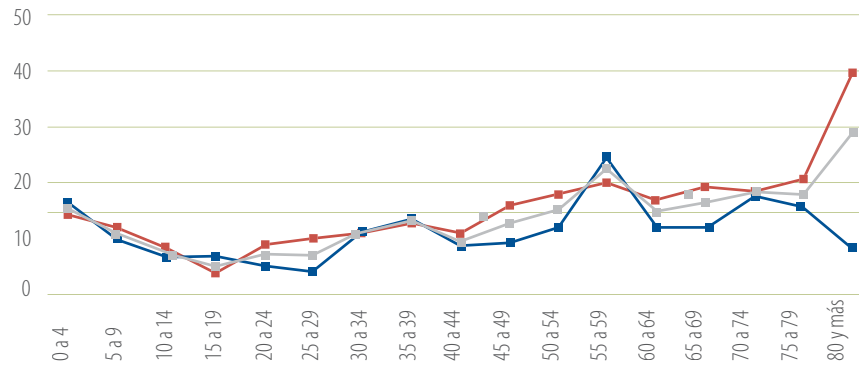
Condiciones de salud

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, muestran el patrón esperado con mayor reporte de problemas de salud en los grupos extremos de la vida.

Para Querétaro, 11.6% de las personas reportaron algún problema de salud en el último mes previo. De acuerdo con la figura, el valor más alto se observa en mujeres de 80 y más años. Por grupos de edad, la prevalencia en las personas de 0 a 4 años fue de 15.1% y de 28.6% en las de 80 años y más. El menor reporte de enfermedad ocurre entre los 15 a 19 y los 20 a 24 años (figura 1.3).

■ Figura 1.3

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



*Prevalencia lápsica se refiere al último mes previo al levantamiento.

Vivienda

Las características de la vivienda permiten conocer con mayor detalle las condiciones de vida de la población además de que se ha identificado su relación con aspectos de salud y nutrición. Respecto a los materiales de la vivienda, en el caso de Querétaro, 1.0% de las viviendas tenía piso de tierra, cifra 1.1 punto porcentual (pp) menor a la nacional (2.1%) y 0.7% de las viviendas no contaba con energía eléctrica. Del total de viviendas, 1.9% no contaba con un cuarto exclusivo para cocinar en comparación con 4.6% a nivel nacional. El 9.2% reportó utilizar combustible para cocinar diferente a gas o electricidad, comparado con 14.1% reportado a nivel nacional. En lo referente a la propiedad de la vivienda, se informó que 61.9% es propiedad de alguno de los integrantes de la misma, cifra inferior 62.6% del promedio nacional.

Gasto como medida de bienestar

El gasto de los hogares es un elemento esencial para medir el nivel de vida y bienestar de las familias. El análisis del gasto permite medir distintas dimensiones de bienestar como el nivel de pobreza o la desigualdad y se ha observado que resulta una medida más adecuada en contextos como el de México, en donde resulta difícil medir otros indicadores como el ingreso.^{1,2} Una razón de

esto es que, en países como México con altos porcentajes de empleo informal, el ingreso de los hogares es muy fluctuante, complicando la medición correcta del ingreso. El gasto, en cambio, 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 es un indicador del potencial de los hogares para cubrir sus requerimientos nutricionales y, por tanto, es clave para medir el bienestar de las familias. El gasto total en alimentos por hogar para distintos niveles de ingreso permite estimar la variación del gasto entre hogares con diferentes características. Además, los datos de la encuesta permiten analizar la distribución del gasto en diferentes categorías de alimentos para distintos niveles de ingreso. 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

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 nivel de vida de las familias.³ La estimación del gasto total en salud, así como la proporción del gasto en diferentes rubros (consultas, gasto en laboratorios y gasto en medicamentos) son clave para analizar patrones de bienestar relacionados con el uso y búsqueda de atención médica, incluyendo los gastos asociados con la falta de acceso a seguridad social. Además, al igual que en el caso del gasto en alimentos, es posible estimar gasto para diferentes niveles de nivel socioeconómico con la finalidad analizar patrones de desigualdad entre los hogares de la muestra que forman parte de la Ensanut 2018.

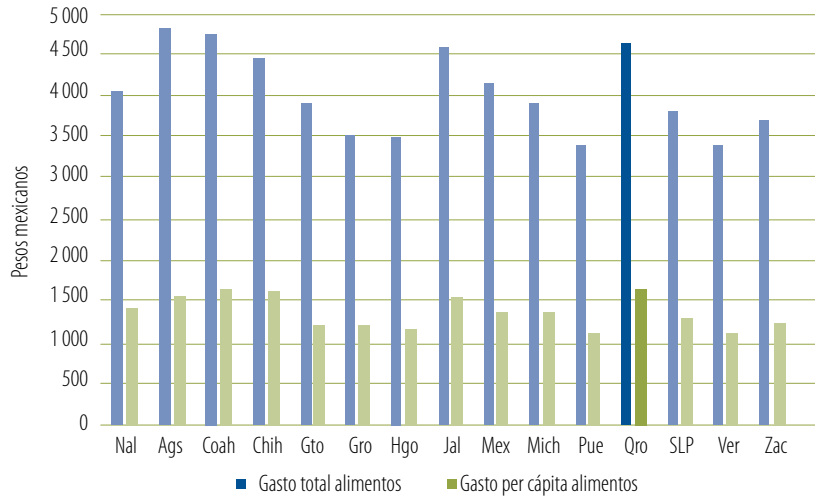
Resultados

Los resultados del análisis del gasto para hogares observados en la Ensanut 2018 (figura 1.4), muestran que el gasto promedio mensual en alimentos por hogar a nivel nacional fue de 4 033.46 pesos y de 1 409.43 pesos per cápita. En Querétaro, el gasto observado fue de 4 635.01 pesos por hogar, y de 1 666.69 pesos per cápita por hogar, lo que indica que en promedio estos hogares destinaron 18.25% más en comparación con el promedio nacional per cápita. Más aún, la distribución del gasto per cápita por rubro alimenticio muestra

^a Este indicador sólo sugiere la manera en la que los hogares asignan recursos a distintos rubros, como en el caso de alimentos sanos. En este sentido, el gasto en verduras o frutas sólo sugeriría el potencial de un consumo sano, mas no si la dieta de los miembros del hogar es adecuada.

■ **Figura 1.4**

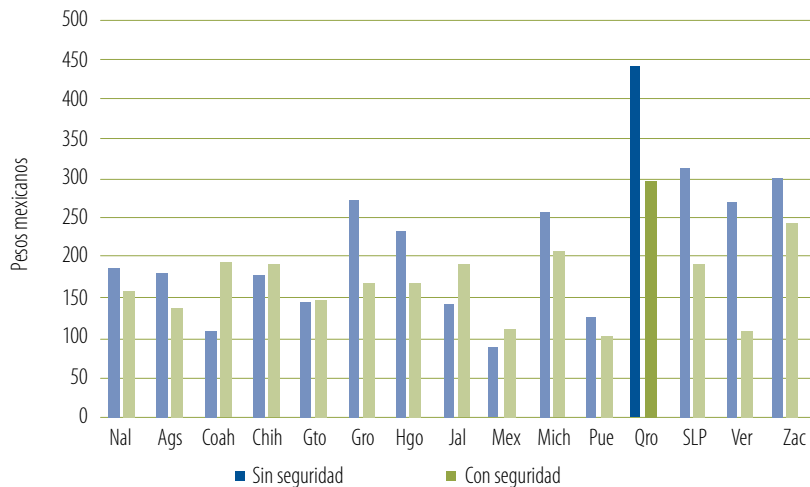
Gasto promedio mensual en alimentos en Querétaro, México. Ensanut 2018



Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018)

que el gasto en frutas, verduras, legumbres y alimentos de origen animal (alimentos básicos) fue alrededor de 1 135.11 pesos en promedio entre los hogares. En comparación, se observó un gasto promedio per cápita de 225.15 pesos para alimentos con alto contenido energético como azúcares y grasas. Por otro lado, se observan patrones entre hogares en diferentes quintiles de ingreso. Por ejemplo, entre los hogares en el quintil más bajo, se encontró una proporción mayor destinada a la compra de alimentos sanos como las frutas, verduras, legumbres, y productos animales en comparación con los hogares más ricos. Finalmente, los resultados de 2018 sugieren que algunos patrones de consumo de alimentos podrían haber cambiado con respecto a 2012. Por ejemplo, la proporción de gasto en alimentos básicos en 2018, con respecto a 2012, disminuyó 4.49%. Entre los hogares con ingresos más bajos se observa una menor proporción destinada a alimentos no sanos en comparación con 2012 (14.86 vs. 16.08%, respectivamente).

Por otro lado, el análisis del gasto en salud para 2018 revela que los hogares de Querétaro gastaron en promedio 792.76 pesos mensuales en rubros como medicamentos, cuidados médicos u hospitalizaciones. Esto representa un gasto en salud per cápita de 310.28 pesos. Mientras que en el 2012 el gasto per cápita promedio, ajustando por inflación, fue de 173.14 pesos, estos datos sugieren que el gasto per cápita en salud de Querétaro ha aumentado en 79.21%. Por otro lado, los resultados sugieren que el gasto en salud para hogares con acceso a la seguridad social es menor que para aquellos que sólo tienen acceso a servicios de salud privados (figura 1.5).

■ **Figura 1.5**

Gasto per cápita mensual en salud en Querétaro, México. Ensanut 2018

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018)

Conclusiones

Los resultados de la Ensanut 2018 documentaron una reducción en el país en lo que se refiere a la protección en salud, principalmente por la disminución de la seguridad social. En Querétaro la cobertura del SP disminuyó en relación con la información obtenida en 2012.

Referencias

1. Deaton A, Zaidi S. Directrices para construir agregados de consumo para analizar el bienestar. Washington, DC: Banco Mundial, 2002
2. Deaton A. The Analysis of Household Surveys: A Microeconomic Approach to Development Policy. Washington, DC: Banco Mundial, 1997.
3. Deaton A, Case A. Analysis of household expenditures. Washington, DC: Banco Mundial, 1988.

Niños

La niñez se mantiene como una de las etapas más prometedoras para lograr el desarrollo del capital humano en nuestro país. El derecho a la protección de la salud y seguridad social de niñas y niños quedó establecido como prioridad con la creación del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes en 2015. 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 Ensanut 2018 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 funcionalidad, los accidentes a los que están expuestos además de, los episodios y el tipo de violencia que puedan sufrir.

La Ensanut 2018 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. Para Querétaro la muestra de niñas y niños de 0 a 9 años fue de 624, de los cuales 309 son hombres y 315 son mujeres. Éstos representaron una población de 351 693, de los cuales 49.5% fueron mujeres y 50.5% fueron hombres (cuadro 2.1).

■ Cuadro 2.1

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

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
0	21	5.9	14.8	4.2	35.8	10.2
1	15.4	4.4	14.7	4.2	30.1	8.5
2	15.7	4.4	15.9	4.5	31.6	8.9
3	16.6	4.7	14.3	4.1	30.8	8.8
4	14.9	4.3	23.1	6.6	38.1	10.8
5	19.2	5.5	21.7	6.2	40.9	11.6
6	16.7	4.7	16.9	4.8	33.6	9.6
7	24.3	6.9	15.8	4.5	40.1	11.4
8	16.1	4.6	14.8	4.2	31.0	8.8
9	17.6	5.0	21.7	6.2	39.4	11.2
Total	177.7	50.5	173.9	49.5	351.7	100

*Frecuencia en miles

Vacunación en menores de 5 años

Los niños menores de cinco años, igual que el resto de los grupos de edad, deben contar con la Cartilla Nacional de Salud (CNS) o documento probatorio. De acuerdo con los resultados de la Ensanut 2018, se estimó que 48.1% de las madres o cuidadores de los niños menores de cinco años a nivel nacional tenían y mostraron la CNS con información referente a vacunación del menor, en comparación con 54.5% en Querétaro. A nivel nacional, 47.6% tenían CNS, pero no la mostraron, en comparación con 42.7% en Querétaro (cuadro 2.2).

■ Cuadro 2.2

Porcentaje estimado de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niños de 0 a 4 años de edad. Querétaro, México, Ensanut 2018

Edad (años)	Mostró CNS con información referente a vacunación		Tenía CNS, pero no la mostró		Tenía documento probatorio		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía cartilla		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
0	18.8	54.2	13.3	38.3	0.3	1.0	0.0	0.0	2.3	6.6	34.8	100
1	19.7	70.5	8.2	29.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27.9	100
2	17.3	54.7	13.8	43.5	0.6	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	31.6	100
3	12.7	42.1	17.0	56.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	1.6	30.2	100
4	19.8	52.7	16.9	44.9	0.4	1.0	0.0	0.0	0.5	1.4	37.6	100
Total	88.4	54.5	69.2	42.7	1.3	0.8	0.0	0.0	3.3	2.0	162.2	100

CNS: Cartilla Nacional de Salud.

*Frecuencia en miles

Niños de 12 a 35 meses de edad

En la Ensanut 2018, las estimaciones de cobertura de vacunación se realizaron a partir de la transcripción de los datos sobre vacunación de la CNS. Se consideraron cuatro esquemas de vacunación, basados en la normatividad, que consideraron las dosis acumuladas desde el nacimiento hasta el primer cumpleaños, sin incluir la vacuna contra influenza (cuadro 2.3). Se estimaron coberturas en dos grupos de edad: niños de un año de edad cumplido (de 12 a 23 meses) y niños de 12 a 35 meses de edad.

Cobertura por vacuna

En niños de 12 a 35 meses de edad en Querétaro, las mayores coberturas de vacunación al año de edad fueron con BCG y Pentavalente (94.9 y 89.8%, respectivamente). Las coberturas más bajas fueron con SRP y hepatitis B (69.3 y 72.9%, respectivamente)(figura 2.1).

Cobertura por esquema

Se describen las coberturas de vacunación de los niños de 12 a 35 meses en dos grupos de edad no excluyentes, con fines de comparabilidad con reportes de ediciones previas de la Ensanut. Primero se describen las coberturas en niños de 12 a 23 meses de edad y posteriormente en niños de 12 a 35 meses de edad.

Esquema de vacunación	Esquemas para evaluar coberturas según dosis válidas*	Utilidad del esquema
Esquema 1	1 BCG + 3 HB + 3 Pva [†] o 4 Pva [‡] + 3 PCV + 3 RV + 1 SRP [§]	Esquema vigente de vacunación a los 12 meses de edad en 2017
Esquema 2	1 BCG + 3 HB + 3 Pva + 2PCV + 2 RV + 1 SRP [¶]	Esquema que permite comparar con los resultados de la Ensanut 2012
Esquema 3	1 BCG + 3 HB + 3 Pva [†] o 4 Pva [‡] + 2 PCV [¶] + 2 RV [¶] + 1 SRP [¶]	Esquema que permite comparar con los resultados de la Ensanut <i>Prospera</i> 2018
Esquema 4	1 BCG + 3 HB + 3 Pva o PV [¶] + 1 SRP [¶]	Esquema que permite comparar con los resultados a partir de la Ensanut 2006 y la Ensanut 2012

*Dosis válidas: Se requiere, para cada vacuna, respetar los intervalos de tiempo mínimo entre dosis de acuerdo con lo estipulado por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2017.

[†]En niños entre los 12 y 17 meses de edad, dosis aplicada antes de los 12 meses de edad

[‡]En niños entre los 18 y 35 meses de edad, dosis aplicadas después de los 12 meses de edad y con un intervalo mínimo de 180 días después de la tercera dosis

[§]En niños entre los 12 y 35 meses de edad, dosis aplicada entre los 12 y 23 meses de edad

[¶]En niños entre los 12 y 35 meses de edad, dosis aplicadas después de los 12 meses de edad y con intervalo mínimo de cuatro semanas entre dosis

[¶]En niños de 24 a 35 meses de edad, dosis aplicada entre los 12 y 23 meses de edad

[¶]La Pva se introdujo en septiembre de 2007, por lo tanto, antes de 2007, los niños recibieron PV

BCG: vacuna Bacillus Calmette-Guérin

Pva: vacuna pentavalente acelular

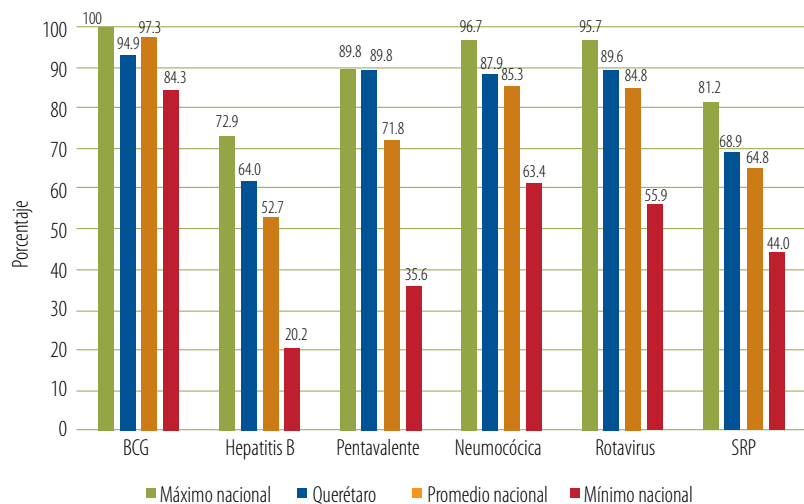
PV: vacuna pentavalente de células completas

RV: vacuna contra rotavirus

HB: vacuna contra la hepatitis B

PCV: vacuna contra neumococo conjugada 13 valente

SRP: vacuna Triple Viral contra sarampión, rubéola y parotiditis



■ Figura 2.1

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación al año de edad según vacuna específica en niños de 12 a 35 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2018.

BCG: Bacilo Calmette Guérin.

SRP: Sarampión, rubéola y parotiditis.

Cobertura con SRP: Se consideró si fue recibida entre 12 y 23 meses de edad.

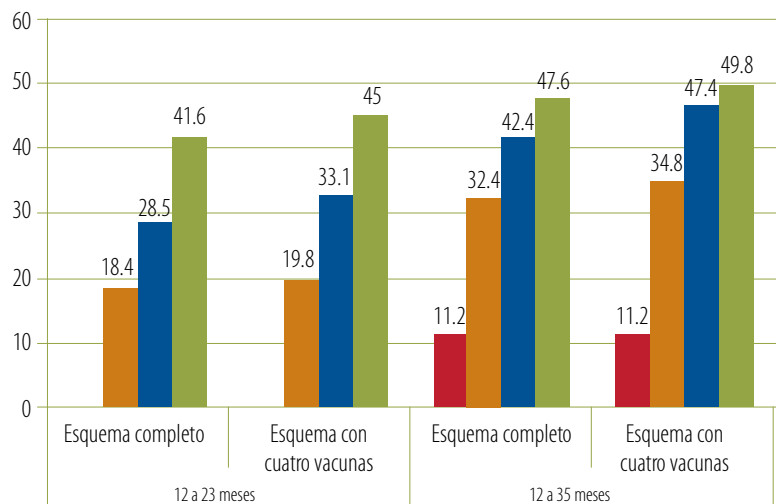
Se consideraron como dosis válidas para cada vacuna, las que fueron aplicadas respetando los intervalos de tiempo mínimo entre dosis de acuerdo con lo estipulado por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2017 (corroborado mediante registro en CNS/DP).

En niños de 12 a 23 meses de edad, la cobertura de vacunación con el esquema completo vigente a los 12 meses de edad en el año 2017 (esquema 1) fue de 12.8% en Querétaro, mayor que el promedio de la cobertura a nivel nacional (9.0) (datos no mostrados en la figura). De acuerdo con el esquema 2 (completo), la cobertura fue de 28.5%, mayor que el promedio a nivel nacional (18.4). Acorde al esquema 3, la cobertura fue de 23.4% (datos nos mostrados en la figura). La cobertura con el esquema de cuatro vacunas que incluye BCG, hepatitis B, pentavalente acelular y SRP (esquema 4) fue de 33.1% en Querétaro y 19.8% en promedio a nivel nacional (figura 2.2).

En niños de 12 a 35 meses de edad, la cobertura de vacunación con el esquema completo vigente a los 12 meses de edad en 2018 (esquema 1) fue de 22.4% en Querétaro y 18.4% a nivel nacional (datos nos mostrados en la figura). De acuerdo con el esquema 2, la cobertura fue de 42.4% en Querétaro y 32.4% en promedio a nivel nacional. Acorde al esquema 3, la cobertura fue de 39.8% en Querétaro y 28.3% en promedio a nivel nacional (datos nos mostrados en la figura). La cobertura con el esquema de cuatro vacunas (esquema 4) fue de 47.4% en Querétaro y 34.8% en promedio a nivel nacional (figura 2.2).

■ Figura 2.2

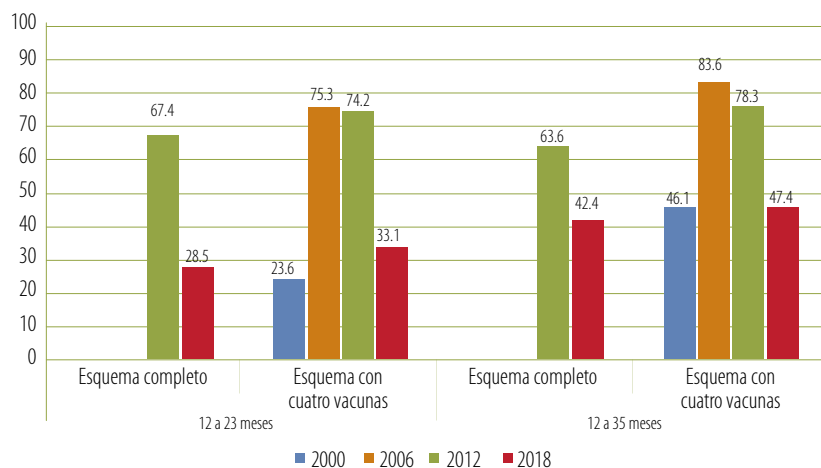
Prevalencia estimada de cobertura de vacunación al año de edad según esquema en niños de 12 a 35 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2018



Comparación de cobertura por esquema por año (2000, 2006, 2012 y 2018)

En niños de 12 a 23 meses de edad, la cobertura de vacunación al año de edad en Querétaro varió de acuerdo con los diferentes esquemas. Con el esquema 2, la cobertura pasó de 67.4% en 2012 a 28.5% en 2018. Con el esquema 4, de cuatro vacunas, la cobertura pasó de 23.6% en el 2000 a 33.1% en 2018; la cobertura en 2018 fue menor a la de 2012 (74.2%) (figura 2.3).

En niños de 12 a 35 meses de edad, la cobertura de vacunación al año de edad en Querétaro, con el esquema 2, la cobertura pasó de 63.6% en 2012 a 42.4% en 2018. Con el esquema 4, de cuatro vacunas, la cobertura pasó de 46.1% en el 2000 a 47.4% en 2018; la cobertura fue menor en 2018 comparando con 2012 (78.3%).



■ Figura 2.3

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación al año de edad según esquema en niños de 12 a 35 meses de edad* que cuentan con Cartilla Nacional de Salud, Cartilla Nacional de Vacunación o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2000, y Ensanut 2006, 2012 y 2018

Cobertura con SRP: Se consideró si fue recibida entre 12 y 23 meses de edad.

*En la Ensanut 2012 se estimó la edad del niño en meses con base en la diferencia entre la fecha de entrevista y su fecha de nacimiento, mientras que en la Ensanut 2006 la edad se tomó directamente de la pregunta sobre edad del niño seleccionado, lo que explica la diferencia entre los valores reportados en la Ensanut 2006 y los que aquí se presentan.

Vacunación en niños de 5 y 6 años 11 meses de edad

En Querétaro, mayor proporción de madres o tutores de niños de 5 y 6 años mostraron CNS o CNV (50.9%), en comparación con 42.6% a nivel nacional. En 2.1% de las veces las madres o tutores reportaron no contar con CNS o CNV, menor a lo reportado a nivel nacional (3.5) (cuadro 2.4). Las estimaciones de cobertura de vacunación se realizaron considerando sólo a los niños de quienes se contó con información en la CNS o CNV.

En 2018, en Querétaro la cobertura de vacunación con el refuerzo de vacuna contra difteria, tosferina y tétanos (DPT) en niños de 5 a 6 años 11 meses fue de 78.7%, menor a la cobertura a nivel nacional (79.4%). La cobertura con al menos una dosis de SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad fue mayor en Querétaro (93.7%) que a nivel nacional (86.9%). En niños de 6 a 6 años 11 meses, la cobertura con al menos una dosis de SRP fue de 92.3% en Querétaro, mayor a la estimación a nivel nacional (89.8%). En este mismo grupo de edad, la cobertura con dos dosis de SRP fue de 54.7% en Querétaro y 37.1% a nivel nacional (cuadro 2.5).

■ Cuadro 2.4

Prevalencia estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niños de 5 y 6 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

Edad	Mostró CNS o CNV con información referente a vacunación		Tenía CNS o CNV, pero no la mostró		Tenía documento probatorio		Mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación		No tenía cartilla		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
5	22.2	54.3	17.5	42.7	0.8	1.9	0.0	0.0	0.5	1.2	41	100
6	15.6	46.8	16.1	48.4	0.0	0.0	0.5	1.6	1.1	3.3	33	100
Total	37.8	50.9	33.6	45.2	0.8	1.0	0.5	0.7	1.6	2.1	74	100

*Frecuencia en miles

CNS: Cartilla Nacional de Salud

CNV: Cartilla Nacional de Vacunación

■ Cuadro 2.5

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT, SRP, en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de edad	Nacional		Nivel estatal	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Vacuna DPT				
5 a 6 años 11 meses	1 478.4	79.4	30.3	78.7
Vacuna SRP (Al menos una dosis)				
5 a 5 años 11 meses	761.2	83.9	21.8	94.6
6 a 6 años 11 meses	856.2	89.8	14.3	92.3
5 a 6 años 11 meses	1 617.5	86.9	36.1	93.7
Dos dosis				
6 a 6 años 11 meses	354.3	37.1	8.5	54.7

*Frecuencia en miles

DPT: Difteria, tosferina, tétanos.

SRP: Sarampión, rubéola, parotiditis.

En Querétaro en 2018, la cobertura de vacunación con refuerzo de DPT en niños de 5 a 6 años 11 meses fue de 78.7% en 2018, similar a la cobertura en 2012 (89.3%). La cobertura con al menos una dosis de SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad fue menor en 2018 (93.7%) que en 2012 (97.7%). En niños de 6 a 6 años 11 meses, la cobertura con al menos una dosis de SRP en 2018 fue de 92.3%, menor a la estimación en 2012 (98.0%). En este mismo grupo de edad, la cobertura con dos dosis de SRP fue de 54.7% en 2018 y 0% en 2012 (cuadro 2.6).

■ Cuadro 2.6

Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT y SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Grupo de edad	Ensanut 2012		Ensanut 2018	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Vacuna DPT				
5 a 6 años 11 meses	37.8	89.3	30.3	78.7
Vacuna SRP (Al menos una dosis)				
5 a 5 años 11 meses	21.7	97.5	21.8	94.6
6 a 6 años 11 meses	19.7	98.0	14.3	92.3
5 a 6 años 11 meses	41.4	97.7	36.1	93.7
Dos dosis				
6 a 6 años 11 meses	-	-	8.5	54.7

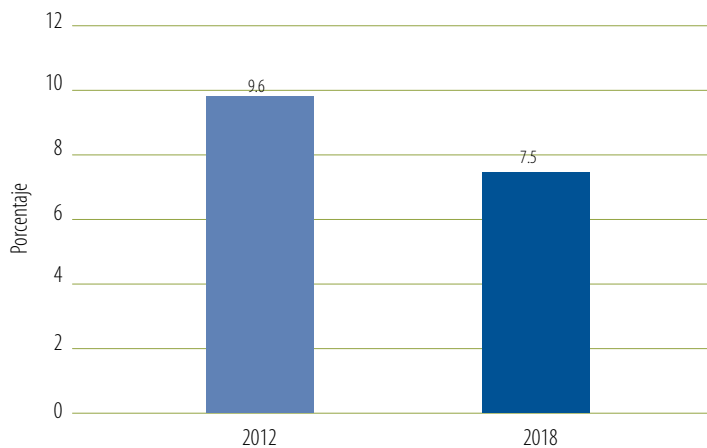
*Frecuencia en miles

Enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas

La enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) continuaron representando uno de los principales problemas de salud en los niños de cero a cinco años de edad. Las acciones para su prevención y tratamiento oportuno se documentan tanto en los Programas de Acción Específicos,^{1,2} como en guías^{3,4} para cada enfermedad. En las dos últimas décadas las intervenciones para su prevención se han fortalecido, con la incorporación de carácter universal de la vacunación contra rotavirus a niños menores de siete meses, así como, la inclusión de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b, la vacuna conjugada de polisacáridos de neumococo y la vacuna contra influenza en niños menores de un año de edad.

Se evaluaron los episodios de morbilidad de EDA e IRA que presentaron los menores de cinco años durante las dos semanas previas a la entrevista.

A nivel nacional, según la Ensanut 2018, se estimó una prevalencia de EDA en los niños menores de cinco años de edad de 11.8 y de 7.5% en Querétaro (figura 2.4). En contraste, en 2012 se estimó una prevalencia de 11% a nivel nacional y de 9.6% en Querétaro (figura 2.5).

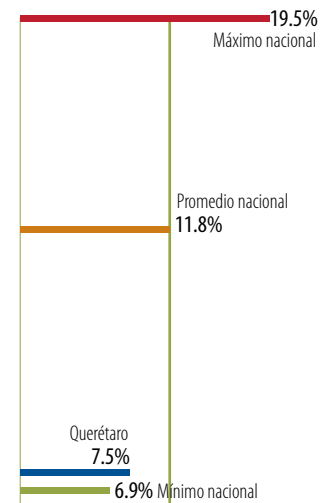


A nivel nacional, las prevalencias estimadas fueron de 12.4% en hombres y 11.2% en mujeres. En Querétaro fue mayor en mujeres (9.9%) y menor en hombres (5.2%). La prevalencia más elevada se estimó en los niños de 0 años de edad, con 8.4% en hombres y 15.2% en mujeres (figura 2.6).

Las recomendaciones a las madres o cuidadores del niño que enferma de EDA incluyen darle al niño Vida Suero Oral (VSO) a libre demanda después de cada evacuación o vómito; si se trata de un bebé, continuar la lactancia materna a libre demanda, ofrecer comida nutritiva con mayor frecuencia, dar de comer y beber después de la diarrea, evaluación de señales de alarma (deshidratación, dejar de comer o beber) y consultar al personal de salud. También se recomienda que el niño guarde reposo, si usa pañal, cambiárselo

■ **Figura 2.4**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda. Querétaro, México, Ensanut 2018

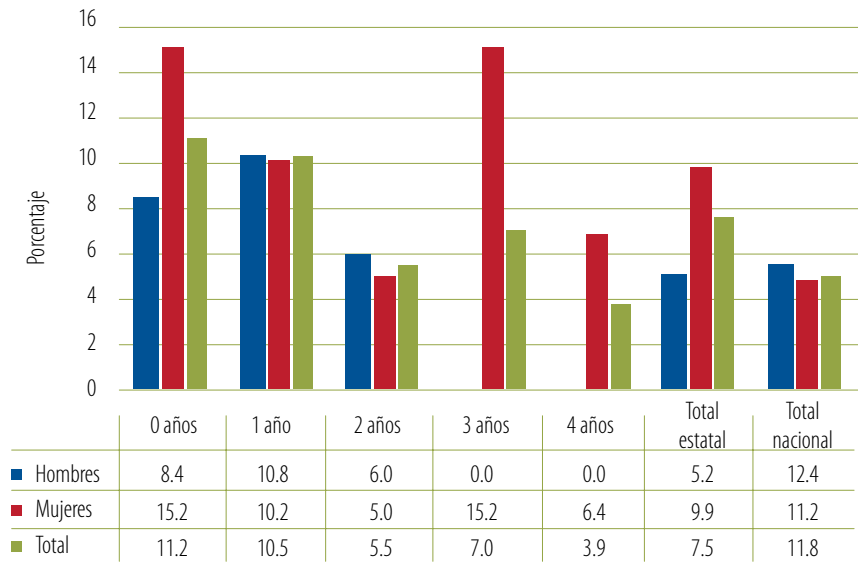


■ **Figura 2.5**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

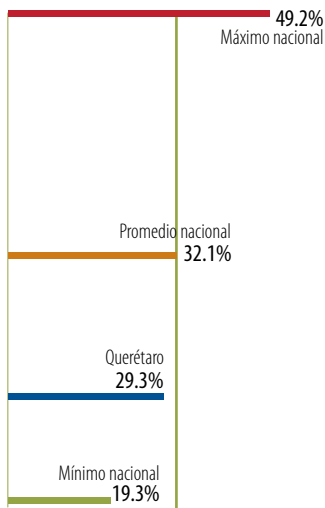
■ **Figura 2.6**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda según edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018



■ **Figura 2.7**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó infecciones respiratorias agudas. Querétaro, México, Ensanut 2018



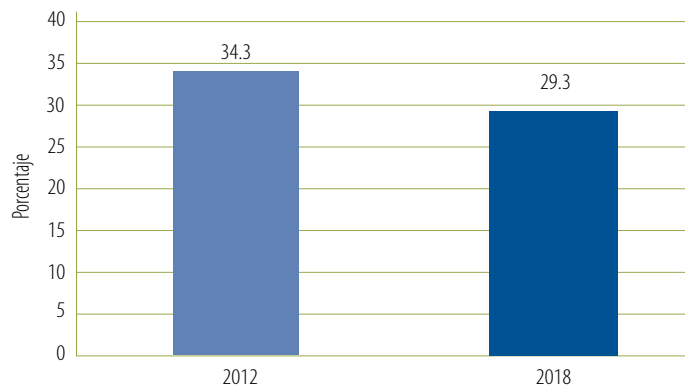
con frecuencia y depositarlo en contenedores con tapa, y procurar que una sola persona atienda al niño. Igual que en la prevención primaria, son importantes las prácticas de higiene y el saneamiento de la vivienda.⁵⁻⁷

En Querétaro, de acuerdo con las estimaciones y reporte de las madres o cuidadores, a 53.1% de los niños menores de cinco años que presentaron diarrea en las últimas dos semanas se les dio VSO, a 26.4% suero comercial o casero, a 46.7% agua sola y de fruta, a 2.9% bebidas como té o atole y a 4% leche (cuadro 2.7). En cuanto a alimentación, a 25.9% de los niños se les dio más cantidad, a 41.9% les dieron la misma cantidad, a 28.8% les dieron menos cantidad, a 0% les suspendieron todos los alimentos y a 3.4% de los niños aún no le daban otro tipo de alimentos. La frecuencia de estas prácticas fue diferente según el grupo etario (cuadro 2.8).

Respecto a IRA, en la Ensanut 2018 se estimó una prevalencia de 32.1% a nivel nacional y de 29.3% en Querétaro en niños menores de cinco años de edad (figura 2.7). En 2012 las estimaciones fueron de 44.8% a nivel nacional y de 34.3% en Querétaro (figura 2.8).

■ **Figura 2.8**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó infecciones respiratorias agudas. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018



Cuadro 2.7
Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda según tipo de líquidos administrados, Querétaro, México, Ensanut 2018

Tipo de líquido*	0 años			1 año			2 años			3 años			4 años			Total								
	n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada							
		Frec.†	%		IC95%	Frec.†		%	IC95%		Frec.†	%		IC95%	Frec.†		%	IC95%	Frec.†	%	IC95%			
Vida Suero Oral	6	3.1	76.6	-	3	1.4	43.6	0.8,98.6	2	0.8	45.6	-	2	0.9	39.8	-	1	0.6	38.1	-	14	6.7	53.1	29.4,75.6
Suero comercial/casero	3	1.3	32.3	-	0	-	-	-	2	0.7	40.4	-	1	1.3	60.2	-	0	-	-	-	6	3.3	26.4	9.8,54.0
Agua sola y de fruta	1	1.0	25.0	-	3	1.7	52.5	3.3,97.3	2	0.6	33.8	-	2	1.7	78.2	-	1	.9	61.9	-	9	5.9	46.7	26.3,68.2
Té, atole	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	20.6	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	2.9	0.3,24.2
Leche	1	0.5	12.4	-	0	-	-	-	0	--	--	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.5	4.0	0.4,27.6
Otro	2	0.8	18.7	-	3	1.4	43.6	7.5,88.1	2	0.7	39.7	-	3	2.2	100	-	0	-	-	-	10	5.0	39.7	18.1,66.24
Ninguno	0	-	-	-	1	0.5	14.8	0.1,97.2	0	--	--	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.5	3.7	0.4,29.0
No especificado	0	-	-	-	0	-	-	-	0	--	--	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-

*Se admitió más de una opción de respuesta

n+ muestra

†Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

Cuadro 2.8 Prevalencia estimada de la población menor de 5 años que presentó enfermedad diarreica aguda según cantidad de alimentos administrados, Querétaro, México, Ensanut 2018

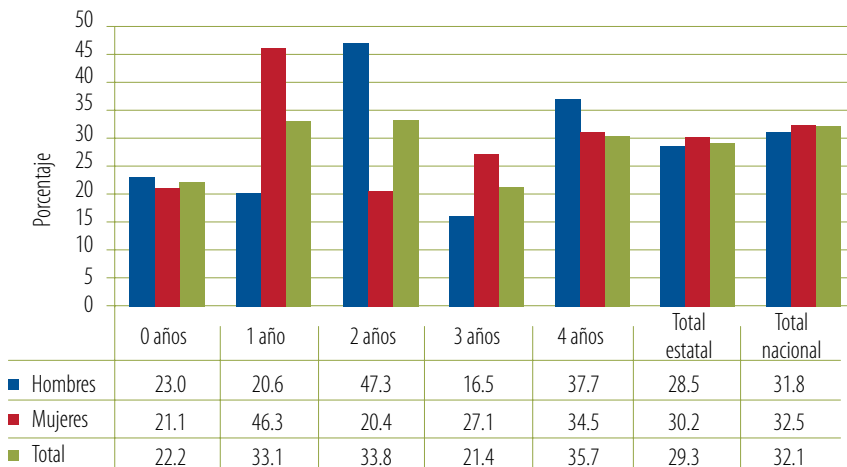
Cantidad de alimentos	0 años			1 año			2 años			3 años			4 años			Total										
	n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada									
		Frec.*	%		IC95%	Frec.*		%	IC95%		Frec.*	%		IC95%	Frec.*		%	IC95%	Frec.*	%	IC95%					
La misma cantidad	3	1.3	31.9	-	2	1.3	40.8	1.3	97.2	5	1.7	100.0	-	1	0.4	18.0	-	1	0.6	38.1	-	12	5.3	41.9	20,466.9	
Más cantidad	2	1.5	36.19	-	1	0.5	15.7	0.1	97.6	0	-	-	-	1	1.3	60.2	-	0	-	--	-	4	3.3	25.9	8,158.3	
Menos cantidad	2	0.9	21.3	-	3	1.4	43.6	0.8	98.6	0	-	-	-	1	0.5	21.8	-	1	0.9	61.9	-	7	3.6	28.8	11,855.1	
Suspendió todos los alimentos	0	-	-	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	-
Aún no le da otro tipo de alimentos	1	0.4	11	0.0	0	-	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	3.4	0.3	27.3

n+ muestral

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

A nivel nacional, se estimaron prevalencias de IRA en niños menores de cinco años, de 31.8% en hombres y 32.5% en mujeres. En Querétaro, las estimaciones fueron similares: 28.5% en hombres y 30.2% en mujeres. El grupo de edad con mayor prevalencia fue el de cuatro años, con 37.7% en hombres y 34.46% en mujeres (figura 2.9).



■ **Figura 2.9**

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años según presencia de infecciones respiratorias agudas, por edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

El manejo oportuno de las IRA en el hogar considera la capacitación de las madres o cuidadores del niño en el reconocimiento de signos de alarma como respiración rápida, hundimiento de la piel entre las costillas, dificultad para respirar, beber y amamantarse, o agravamiento general de la enfermedad, con el fin de que acuda al servicio médico de manera inmediata.^{3,8}

En Querétaro, de acuerdo con el reporte de las madres o cuidadores, se estimó que los signos de alarma más reconocidos por la madre o cuidador fueron más de tres días con calentura (39.4%), tiene dificultad para respirar (35.5%) y respira rápido (26.3%). La identificación de los signos de alarma por la madre o cuidador fue similar por grupo etario de los niños (cuadro 2.9).

Accidentes

La prevalencia de daños a la salud por accidentes en población menor de 10 años se obtuvo a partir del auto reporte de la madre o quien estaba a cargo de cuidar al menor de edad en ese momento. Se encontró que, en Querétaro, 3.5% de esta población había tenido daños a la salud por esta causa, notando que es 2.4 puntos porcentuales más bajo que la que se reportó en la Ensanut 2012 (5.9%) (figura 2.10). Es importante hacer notar, que la prevalencia fue más alta en niños que en niñas con 4.6 y 2.3%, respectivamente (cuadro 2.10). En 2012, las prevalencias fueron de 5.2% en niños y 6.6% en niñas; lo que muestra que tanto en el nivel estatal como en el grupo de niñas y niños hubo una reducción de los daños a la salud debido a un accidente.

■ Cuadro 2.9

Prevalencia estimada de la población menor de 5 años con infecciones respiratorias agudas según identificación de signos de alarma por la madre o tutor. Querétaro, México, Ensanut 2018

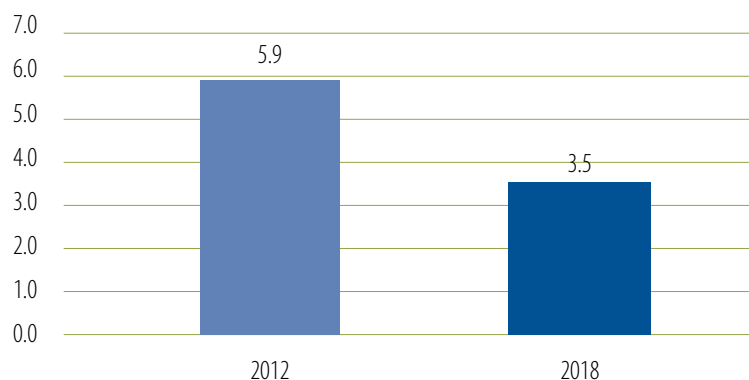
Síntomas de alarma*	0 años			1 año			2 años			3 años			4 años			Total								
	n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada		n+	Prevalencia estimada							
		Frec.†	%		IC95%	Frec.†		%	IC95%		Frec.†	%		IC95%	Frec.†		%	IC95%	Frec.†	%	IC95%			
Respira rápido	6	3.1	38.7	15.4,68.6	6	3.7	36.7	13.0,69.1	5	2.2	20.6	7.3,46.1	4	1.6	25.0	6.9,59.8	4	2.3	16.6	4.7,44.6	25	12.8	26.3	17.6,37.4
Tiene dificultad para respirar	10	4.5	56.1	28.6,80.3	5	3.5	34.9	15.4,61.3	10	4.2	39.0	19.3,63.1	9	4.0	61.0	31.7,84.1	3	1.2	8.9	2.6,26.4	37	17.3	35.5	26.8,45.3
No come ni bebe	6	3.0	37.7	15.8,66.1	4	2.5	24.7	6.9,59.1	2	1.0	9.1	1.7,36.2	6	2.5	38.6	16.1,67.3	4	2.0	14.5	4.6,37.5	22	11.0	22.4	15.1,32.0
Se pone frío	0	-	-	-	1	0.4	3.7	0.3,29.9	0	-	-	-	0	-	-	-	2	0.8	5.8	1.2,24.0	3	1.2	2.4	0.7,7.7
Se ve más enfermo	1	0.4	5.0	0.6,32.9	2	0.9	8.7	1.5,37.1	5	2.3	21.9	7.6,49.2	2	0.8	12.1	2.6,41.7	7	3.5	25.5	11.6,47.0	17	7.9	16.1	9.7,25.7
Más de tres días con calentura	2	0.8	10.0	1.8,40.3	7	4.9	48.9	21.6,76.9	11	5.7	53.4	26.6,78.3	6	2.8	42.6	24.3,63.3	8	5.1	37.2	17.4,62.5	34	19.2	39.4	28.0,52.1
Le sale pus del oído	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	2.8	0.3,21.3	1	0.4	0.8	0.1,5.7
Le aparecen puntos blancos en la garganta	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	3.9	0.4,29.6	0	-	-	-	1	0.4	2.8	0.3,21.3	2	0.8	1.6	0.4,6.5
No especificado	1	0.4	-	0.5,36.3	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	1	0.4	3.1	0.3,22.9	2	0.8	1.7	0.4,6.9

*Se admitió más de una opción de respuesta

n+ muestral

†Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza



■ **Figura 2.10**

Prevalencia de accidentes no fatales en menores de 10 años. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

La edad en la que ocurrieron con más frecuencia los accidentes fue en el grupo de edad de 5 a 9 años (64.1%), seguido del grupo de 2 a 4 años con 32.3%.

Por tipo de accidente,^a los más frecuentes fueron las caídas^b con 63.0%, seguidas por accidentes viales (24.2%) y golpe con objeto, equipo o maquinaria (9.0%). Los tres principales lugares donde ocurre el mayor número de accidentes en menores de 10 años son: vía pública (41.8%), hogar (39.5%) y transporte público (7.3%).

En general, la prevalencia de accidentes por sexo mostró que los niños experimentaron situaciones que incrementaron su riesgo de sufrir un accidente, en comparación con las niñas (cuadro 2.10).

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
0 a 1	0			0.4	1.5	0.2,10.3	0.4	0.7	0.1,4.9
2 a 4	2.4	5.0	2.0,12.0	1.6	3.0	0.7,11.2	4.0	3.9	1.8,8.4
5 a 9	5.8	6.2	2.9,12.8	2.0	2.2	0.8,5.8	7.8	4.2	2.3,7.8
Total	8.2	4.6	2.5,8.3	4.0	2.3	1.1,4.9	12.2	3.5	2.1,5.7

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

■ **Cuadro 2.10**

Distribución porcentual de la población menor de 10 años que presentó al menos un accidente en el último año por edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Métodos de disciplina

A nivel estatal, 49.8% de los niños/as de 0 a 14 años fueron sometidos al menos a una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta. La exposición a agresión psicológica o al castigo físico en los residentes en zonas urbanas es de 51.7%, mientras que en los residentes de las zonas rurales es de 46.4%. La mayoría de los hogares emplea

^a Accidentes viales incluyen las categorías: Choque entre vehículos de cuatro o más ruedas, choque en motocicleta, choque o atropellamiento como ciclista, atropellado como peatón.

^b Caídas: Incluye caídas a nivel de piso y de un nivel a otro.

■ Cuadro 2.11

Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niños de 0 a 14 años en el último mes, Querétaro, México, Ensanut 2018

	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%
Estatal	232.6	42.6	37.4,47.9	235.6	43.1	38.1,48.4	167.9	30.7	26.2,35.7	21.2	3.9	2.7,5.7	271.9	49.8	44.6,55.0
Sexo															
Hombre	115.5	43.0	36.3,50.0	112.1	41.8	34.8,49.1	85.4	31.8	25.3,39.1	11.2	4.2	2.3,7.4	135.0	50.3	43.1,57.5
Mujer	117.1	42.2	35.0,49.7	123.6	44.5	37.6,51.6	82.5	29.7	23.7,36.5	10.0	3.6	2.1,6.1	136.9	49.3	42.0,56.6
Edad															
<1 año	17.6	81.3*	56.4,93.6	4.0	18.7*	6.4,43.6	-	-	-	-	-	-	4.0	18.7*	6.4,43.6
1 a 4 años	56.4	39.5	27.8,52.6	61.5	43.1	31.3,55.7	55.2	38.7	26.8,52.1	0.8	0.6	0.1,3.9	71.5	50.2	37.5,62.8
5 a 14 años	158.7	41.5	36.3,47.0	170.1	44.5	39.4,49.8	112.7	29.5	25.3,34.1	20.4	5.3	3.6,7.8	196.3	51.4	46.1,56.7
Área															
Urbana	142.7	40.9	34.9,47.3	157.7	45.3	38.7,52.0	112.3	32.2	26.3,38.8	13.8	3.9	2.4,6.4	180.2	51.7	45.2,58.2
Rural	90.0	45.5	36.4,54.9	77.9	39.4	31.8,47.5	55.6	28.1	21.8,35.4	7.5	3.8	2.0,7.0	91.7	46.4	37.9,55.1

*Prevalencias calculadas con menos de 25 observaciones absolutas
IC: intervalo de confianza

una combinación de prácticas disciplinarias violentas. Mientras que 43.1% de los niños/as fueron sometidos a agresión psicológica, aproximadamente 30.7% fueron sometidos a castigo físico.

Las formas más severas de castigo físico (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 y se presentan en 3.9% de los niños/as (cuadro 2.11). Los niños fueron más frecuentemente sometidos a castigo físico (4.2%) que las mujeres (3.6%).

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 2.12 revela que únicamente 9.6% de los encuestados que respondieron el módulo DIT o el cuestionario de niños de 0 a 9 años cree que el castigo físico es necesario para educar a los niños/as. Adicionalmente, el cuadro 2.13 revela que únicamente 15.3% de los adolescentes encuestados creen que el castigo físico es necesario para educarlos.

■ Cuadro 2.12

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

Percepción de la disciplina			
Expansión			
Estatal	N(miles)	%	IC95%
	33.4	9.6	6.5,13.8
Sexo			
Hombre	23.1	12.9	7.6,21.3
Mujer	10.3	6.0	3.7,9.6
Área			
Urbana	20.1	9.1	5.5,14.8
Rural	13.2	10.3	5.9,17.4

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 2.13

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

Percepción de la disciplina			
Expansión			
Estatal	N(miles)	%	IC95%
	30.1	15.3	11.2,20.6
Sexo			
Hombre	19.1	21.3	14.9,29.4
Mujer	11.0	10.3	5.7,17.8
Área			
Urbana	16.4	12.9	8.8,18.4
Rural	13.7	19.8	11.8,31.2

IC: Intervalo de confianza

Funcionamiento y discapacidad en niños/as de 2 a 9 años 11 meses

El cuadro 2.14 presenta la prevalencia de niños/as de 2 a 9 años 11 meses con dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.^c En este grupo etario 7.9% de los niños/as tiene dificultades de funcionamiento, mientras que 8.2% de los hombres y 7.7% de las mujeres presentan dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. En relación al área de residencia a nivel estatal, los niños/as residentes del área urbana tienen una prevalencia de 7.6%, mientras que los residentes del área rural su prevalencia es de 8.4% con respecto a dificultades del funcionamiento.

Funcionamiento y discapacidad en niños/as de 2 a 4 años 11 meses

^c 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/>

Para este grupo etario, 2.8% presentan dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. Es importante destacar que las dificultades de funcionamiento se presentan en 5.9% de los niños y 0.0% de las niñas.

Funcionamiento y discapacidad en niños/as de 5 a 9 años 11 meses

Para este grupo de edad, la prevalencia estatal de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito es de 10.7%. Mientras que para niños es de 9.3% y para las niñas es de 12.2%.

Conclusiones

■ Cuadro 2.14

Distribución porcentual de niños y niñas de 2 a 9 años con dificultad funcional en al menos un ámbito. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Niños de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio Expansión			Niños de 5 a 9 años con dificultad funcional en al menos un dominio Expansión			Niños de 2 a 9 años con dificultad funcional en al menos un dominio Expansión		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Estatal	2.8	2.8	1.0,7.5	19.8	10.7	7.6,15.0	22.6	7.9	5.5,11.2
Sexo									
Hombre	2.8	5.9	2.1,15.7	8.7	9.3	5.6,15.1	11.5	8.2	4.8,13.6
Mujer	--	--	--	11.1	12.2	7.7,18.6	11.1	7.7	4.8,12.0
Área									
Urbana	2.3	3.5	1.1,10.8	11.2	10.0	6.4,15.3	13.5	7.6	4.7,12.2
Rural	0.5	1.3	0.2,9.1	8.6	11.9	6.8,20.0	9.1	8.4	5.0,13.9

IC: Intervalo de confianza

En Querétaro, la cobertura de vacunación en niños de 12 a 35 meses de edad se encuentra por debajo de la meta de cobertura óptima de 90%. Esta entidad ocupa el lugar 6 en cobertura de acuerdo con el segundo esquema (esquema completo) al año de edad en 2018 y el lugar 3 de acuerdo con el esquema de cuatro vacunas. En niños de 5 y 6 años la cobertura con refuerzo de vacuna DPT es baja. Es necesario mejorar los procesos administrativos y logísticos de las acciones de vacunación y motivar el desempeño de los trabajadores de la salud, con el fin de aumentar las coberturas por biológico y esquema.

En Querétaro la prevalencia estimada de EDA en niños menores de cinco años de edad fue menor al comparar la Ensanut 2012 con la 2018. La prevalencia a nivel estatal fue menor que la estimada a nivel nacional. De acuerdo con los resultados, se sugiere mejorar la promoción de la salud relacionada con las prácticas de alimentación recomendadas durante la diarrea.

La prevalencia de IRA en niños menores de cinco años de edad fue menor en 2018 que en 2012 al comparar los resultados de la Ensanut. La prevalencia estimada a nivel estatal fue menor a la estimada a nivel nacional. Los resultados sugieren implementar y mejorar las estrategias dirigidas al reconocimiento de los signos de alarma para la atención oportuna de complicaciones.

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de los niños/as a corto y a largo plazo.^{9,10} No obstante, la mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas; 49.8% de los niños/as 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 anterior a la encuesta.

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 dificultad del funcionamiento. El 7.9% de los niños y niñas de 2 a 9 años tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza 2013-2018. Ciudad de México: SS, 2014 [citado agosto 29, 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/266406/PAE_PrevenccionControlEnfermedadesRespiratoriasInfluenza2013_2018.pdf
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera 2013-2018. Ciudad de México: SS, 2014 [citado agosto 29, 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/266421/PAE_PrevenccionEnfermedadesDiarreicasAgudasColera2013_2018.pdf
3. Secretaría de Salud. Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. Ciudad de México: SS, 2016 [citado agosto 29, 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/062_GPC__InfAgVASde3mesesa18a/INFECCION_VIAS_AEREAS_EVR_CENETEC.pdf
4. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda en niños de dos meses a cinco años en el primero y segundo nivel de atención. Ciudad de México: SS, 2008 [citado agosto 29, 2019]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/156_GPC_ENFERMEDAD_DIARREICA_AGUDA_EN_NINOS/RER_Diarrea_Aguda.pdf
5. Ferreira-Guerrero E, Mongua-Rodríguez N, Díaz-Ortega JL, Delgado-Sánchez G, Báez-Saldaña R, Cruz-Hervert LP, *et al.* Diarreas agudas y prácticas de alimentación en niños menores de cinco años en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(supl 2):S314-22.
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Ginebra: OMS, 2017 [citado septiembre 02, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
7. Secretaría de Salud. Mensajero de la salud. Enfermedades diarreicas agudas y cólera. Ciudad de México: SS, 2015 [citado septiembre 02, 2019]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/descargas/pdf/mensajero_enf_diarreicas_completo.pdf
8. 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, 2001 [citado agosto 29, 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
9. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: A longitudinal study of two nationally representative age cohorts. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.* 2009;18(5):459-83.
10. Schneider MW, Ross A, Graham JC, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? *Child Abuse Negl.* 2005;29(5):513-32.

Adolescentes

En la adolescencia, además de garantizar el acceso a la salud que por defecto viene desde la niñez, se presentan cuestiones de transición y comportamientos que pueden afectar el bienestar y correcto desarrollo de los individuos, para llegar a la edad adulta en las mejores condiciones.

Con la información recolectada en la Ensanut 2018, 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 Ensanut 2018 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. Para Querétaro la muestra de niñas y niños de 10 a 19 años fue de 527, de los cuales 259 son hombres y 268 son mujeres. Éstos representaron una población de 372 442, de los cuales 51.8% fueron mujeres y 48.2% fueron hombres (cuadro 3.1).

■ Cuadro 3.1

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

Edad	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
10	22.6	6.0	18.7	5.0	41.3	11.1
11	24.5	6.6	19.4	5.2	43.9	11.8
12	11.6	3.1	22.3	6.0	33.9	9.1
13	10.6	2.8	19.9	5.3	30.5	8.2
14	20.7	5.5	26.5	7.1	47.2	12.7
15	15.2	4.1	21.1	5.7	36.4	9.8
16	19.7	5.3	20.4	5.5	40.2	10.8
17	21.3	5.7	19.5	5.2	40.8	10.9
18	16.4	4.4	9.9	2.7	26.4	7.1
19	17.0	4.6	14.9	3.9	31.9	8.6
Total	179.6	48.2	192.8	51.8	372.4	100

*Frecuencia en miles

Vacunación

Los programas de vacunación han impactado en la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación. Han disminuido notablemente los casos de sarampión, rubéola y difteria en adolescentes; sin embargo, fue difícil estimar las coberturas de vacunación documentada, a pesar de que en México se implementó la distribución de la Cartilla Nacional de Salud (CNS) con la finalidad de registrar y dar seguimiento a la estrategia de vacunación para los adolescentes de 10 a 19 años de edad.¹

En el país, 16.3% de los adolescentes mostró CNS o Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) y 0.3% mostró documento probatorio. En Querétaro lo mostraron 15.3 y 0.1%, respectivamente. No cuentan con cartilla 32.4% de los adolescentes a nivel nacional y 32.4% en Querétaro (cuadro 3.2).

■ Cuadro 3.2

Prevalencia estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud, Cartilla Nacional de Vacunación o documento probatorio según grupo etario en adolescentes de 10 a 19 años de edad. Querétaro, México, Ensanut 2018

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	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
10	9.3	22.5	0.0	0.0	11.3	27.4	5.0	12.1	15.7	38.0	41.3	100
11	4.7	10.7	0.0	0.0	19.7	44.9	5.5	12.5	14.0	31.9	43.9	100
12	3.4	10.1	0.0	0.0	18.5	54.5	4.7	13.8	7.3	21.6	33.9	100
13	6.8	22.2	0.0	0.0	12.8	41.9	1.1	3.5	9.9	32.4	30.5	100
14	8.1	17.1	0.0	0.0	21.3	45.2	0.4	1.5	17.1	36.2	47.2	100
15	7.1	19.6	0.0	0.0	16.9	46.4	3.0	8.2	9.4	25.8	36.4	100
16	8.6	21.4	0.0	0.0	17.8	44.3	2.8	6.9	11.0	27.4	40.2	100
17	3.3	8.2	0.4	1.0	20.6	50.6	5.6	13.7	10.8	26.5	40.8	100
18	0.4	1.7	0.0	0.0	14.8	56.2	1.0	3.9	10.1	38.2	26.4	100
19	5.1	16.1	0.0	0.0	10.3	32.2	1.2	3.9	15.2	47.8	31.9	100
Total	56.8	15.3	0.4	0.1	164.0	44.0	30.6	8.2	120.5	32.4	372.4	100

*Frecuencia en miles

CNS: Cartilla Nacional de Salud

CNV: Cartilla Nacional de Vacunación

Debido al bajo porcentaje de adolescentes con cartilla y a las limitaciones en el registro en las mismas, las cifras de reporte no permitieron ofrecer un panorama sobre la situación de la vacunación en este grupo de edad. Sería conveniente que, con el fin de aumentar el porcentaje de adolescentes que acrediten vacunación mediante la CNS o CNV, se empleen estrategias similares que las que se utilizan al ingreso a preescolar o primaria, en las que se solicita copia de la CNS o CNV al momento de inscribir a los adolescentes en la secundaria o preparatoria.

Consumo de tabaco

En Querétaro, la prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adolescentes es de 5.4% (20.1 mil); en los hombres adolescentes de 9.4% (16.8 mil); y en las mujeres adolescentes de 1.7% (3.3 mil). La razón hombre:mujer entre los adolescentes es de 5.5. Entre los adolescentes que son fumadores actuales la prevalencia de consumo diario es de 0.6% (1.1% en hombres, 0.2% en mujeres) y la de consumo ocasional es de 4.8% (8.3% en hombres, 1.5% en mujeres). Son exfumadores 6.5% (24.0 mil) y 88.1% (326.3 mil) nunca ha fumado (cuadro 3.3).

■ Cuadro 3.3

Consumo de tabaco fumado. Población de 10 a 19 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

Consumo de tabaco	Mujer			Hombre			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Ha fumado más de 100 cigarrillos en la vida	5.4	2.8	1.5,5.4	18.9	10.5	7.4,14.8	24.3	6.5	4.7,9.1
Fumador actual	3.3	1.7	0.8,3.5	16.8	9.4	6.1,14.3	20.1	5.4	3.7,7.9
Fumador diario	0.4	0.2	0.0,1.6	2.0	1.1	0.3,3.6	2.4	0.6	0.2,1.8
Fumador ocasional	2.9	1.5	0.7,3.2	14.9	8.3	5.4,12.6	17.7	4.8	3.2,7.0
Exfumador	10.9	5.6	3.2,9.7	13.2	7.4	4.8,11.2	24.0	6.5	4.7,8.9
Exfumador diario	0.5	0.2	0.0,1.7	0.4	0.2	0.0,1.7	0.9	0.2	0.1,1.0
Exfumador ocasional	10.4	5.4	3.0,9.5	12.8	7.2	4.6,11.0	23.2	6.3	4.5,8.7
Nunca fumador	178.7	92.7	88.7,95.3	147.7	83.1	78.0,87.3	326.3	88.1	85.0,90.6

Fumador actual: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco. Actualmente se enmarca en un periodo de 30 días.

Fumador diario: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.

Fumador ocasional: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.

Exfumador: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma tabaco.

Exfumador diario: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.

Exfumador ocasional: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.

Nunca ha fumado: Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma tabaco.

IC: Intervalo de confianza

La edad promedio de inicio de consumo entre los fumadores diarios es de 14.0 años, siendo de 13.9 años en los adolescentes hombres y de 14.0 años en las adolescentes mujeres. En promedio los fumadores diarios consumen 12.6 cig/día (11 cig/día en hombres y 20.0 cig/día en mujeres). En cuanto al consumo de cigarrillos con cápsula de sabor, los adolescentes de Querétaro tienen una prevalencia de uso de 68.3% (69.0% en hombres y 66.8% en mujeres).

Considerando que los nuevos productos de tabaco (productos vaporizados o calentados) se encuentran prohibidos en México y donde la venta de estos productos igualmente está prohibida a los menores de edad, la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en Querétaro es de 1.2% (4.4 mil), de 1.9% (3.4 mil) en los adolescentes hombres y de 0.5% (1.0 mil) en las adolescentes mujeres.

Consumo de alcohol

Referente al consumo de bebidas alcohólicas, en Querétaro, entre los adolescentes que han referido consumir bebidas alcohólicas, tienen un patrón de consumo diario 1.7% (2.0 mil) (2.9% en hombres, 0.0% en mujeres) y de consumo mensual 32.7% (38.4 mil) (39.6% en hombres, 22.7% en mujeres).

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, llama la atención que este consumo excesivo también ocurre de manera importante con un patrón mensual (23.8% en hombres y 7.1% en mujeres) y anual (22.1% en hombres y 22.7% en mujeres) (cuadro 3.4).

■ Cuadro 3.4

Patrones de consumo de alcohol. Población de 10 a 19 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

Consumo de alcohol	Mujer			Hombre			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo de alcohol									
Diario	0.0	-	-	2.0	2.9	0.8,9.7	2.0	1.7	0.5,6.0
Mensual	10.9	22.7	13.4,35.9	27.5	39.6	29.8,50.3	38.4	32.7	25.1,41.4
Anual	18.9	39.5	27.2,53.2	16.9	24.3	15.1,36.8	35.8	30.5	22.1,40.5
Abuso de alcohol									
Mensual	3.4	7.1	3.3,14.4	16.6	23.8	15.6,34.7	20.0	17.0	11.8,23.8
Anual	11.0	22.7	14.2,34.3	15.4	22.1	14.7,31.9	26.3	22.4	16.4,29.7

IC: Intervalo de confianza

Abuso 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

Salud sexual y reproductiva

A nivel nacional en la Ensanut 2018 se entrevistó a un total de 17 925 adolescentes de 10 a 19 años de edad que representan a los 22.8 millones de adolescentes de todo el país. En Querétaro, se entrevistaron 527 adolescentes del mismo grupo de edad, 259 hombres y 268 mujeres, que representan a los 372.4 mil adolescentes de la entidad, 48.2% hombres y 51.8% mujeres.

La salud sexual se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad,³ y la salud reproductiva se refiere al estado de completo 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.⁴ 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,³ y del respeto de las decisiones de las

parejas sobre el momento y número de hijos que desean tener. Cuando los jóvenes llevan a cabo una transición saludable de la adolescencia a la edad adulta, sus expectativas de futuro se amplían.⁵ Los 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.⁶ 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 (ODS 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 regular de indicadores que permitan visualizar la situación de la salud sexual y reproductiva.³

Una fuente de información que permite conocer la situación de algunos indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes de Querétaro es la Ensanut, donde se evidencia que 93.2% de la población de 12 a 19 años de edad reportó haber escuchado hablar de alguno de los métodos anticonceptivos. Sobre este mismo tema se observó una proporción similar^a (90.1%) en adolescentes de menor edad (de 12 a 15 años) y de 16 a 19 años (96.5%) (cuadro 3.5). No obstante, la proporción de adolescentes de 12 a 19 años que declaró haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo es similar en comparación con 89.9% en 2012. En relación con este resultado cabe destacar que el hecho de haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo no necesariamente significa que las y los adolescentes tengan un conocimiento adecuado sobre el uso correcto del mismo, por lo que es necesario reforzar dicho conocimiento de manera completa y oportuna, a fin de lograr una vida sexual responsable y saludable.

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 87.1% de los adolescentes respondió correctamente –“una sola vez”–, 87.9% en hombres y 86.4% en mujeres. Respecto a la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, 53.8% respondió que se usa para ambas situaciones; y por sexo, 49.5% de los hombres y 57.7% de las mujeres dieron

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

■ Cuadro 3.5

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método de planificación familiar, por grupos de edad. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Ensanut 2018										
Grupo de edad	Sí			No			No responde			Total
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*
12 a 15 años	133.4	90.1	83.7,94.2	14.6	9.9	5.8,16.3	0.0	0.0	-	148.0
16 a 19 años	134.4	96.5	91.3,98.7	4.8	3.5	1.3,8.7	0.0	0.0	-	139.2
Total	267.8	93.2	89.9,95.5	19.4	6.8	4.5,10.1	0.0	0.0	-	287.3

Ensanut 2012										
Grupo de edad	Sí			No			No sabe / No responde			Total
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*
12 a 15 años	129.0	86.4	80.1,90.9	19.7	13.1	8.6,19.5	0.8	0.5	0.1,3.7	150.1
16 a 19 años	145.5	93.3	88.8,96.0	9.9	6.4	3.7,10.8	0.5	0.3	0.0,2.5	156.0
Total	275.2	89.9	86.0,92.8	29.6	9.0	6.8,13.6	1.3	0.4	0.1,1.8	306.0

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

una respuesta correcta. En Querétaro el porcentaje de conocimiento sobre el uso del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual es similar al registrado en el ámbito nacional (45.2%). Sin embargo, este resultado es preocupante al mostrar que una parte considerable de esta población (46.2%) no tiene los conocimientos elementales de que el uso correcto del condón masculino tiene una doble protección (cuadro 3.6).

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, incluyendo a aquellos que iniciaron vida sexual pero no recordaron la edad, 22% inició vida sexual, 28.4% en hombres y 16.6% en mujeres. De acuerdo con estos resultados, el porcentaje de adolescentes en Querétaro que ha iniciado vida sexual es similar que el nacional (21.2%). Comparando con datos de encuestas anteriores, en donde se incluye a aquellos adolescentes que no recordaron la edad de inicio, el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de edad que declaró haber iniciado vida sexual^b es similar respecto al año 2012 (19.7%) (figura 3.1 y cuadro 3.7).

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 12.3% no utilizó métodos anticonceptivos, porcentaje menor al nacional (19.1%). De los que usaron algún método, 84.3% usó condón

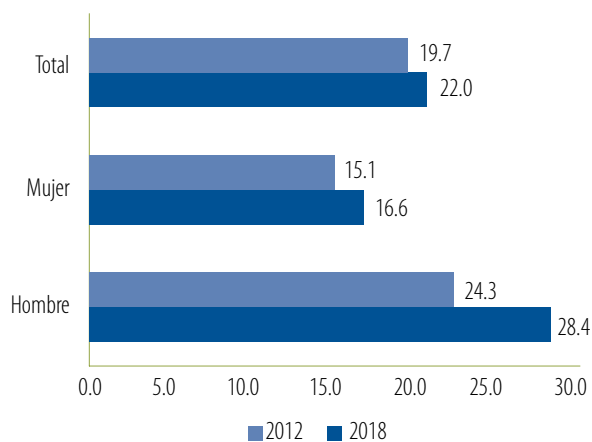
^b Para mantener la comparabilidad con la Ensanut 2012, en esta cifra no se consideraron las personas que declararon haberse iniciado sexualmente antes de los siete años de edad.

■ Cuadro 3.6

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con conocimiento sobre el uso del condón, por sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Conocimiento del condón masculino	Hombre			Mujer			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?									
Una sola vez	104.5	87.9	80.1,92.9	116.0	86.4	79.8,91.1	220.5	87.1	82.3,90.8
Otra respuesta	0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	
No sabe / No responde	14.4	12.1	7.1,19.9	18.2	13.6	8.9,20.2	32.6	12.9	9.2,17.7
Total	118.9	100		134.2	100		253.1	100	
¿Para qué se utiliza el condón masculino?									
Para prevenir un embarazo	53.5	45	36.7,53.6	48.7	36.3	29.8,43.3	102.2	40.4	35.2,45.8
Para prevenir una infección de transmisión sexual	4.7	4	2.0,7.8	7.6	5.7	3.1,10.3	12.4	4.9	3.0,8.0
Para ambos	58.9	49.5	41.4,57.6	77.4	57.7	49.2,65.7	136.3	53.8	47.8,59.8
No sabe / No responde	1.8	1.5	0.4,4.8	0.5	0.4	0.1,2.6	2.2	0.9	0.3,2.4
Total	118.9	100		134.2	100		253.1	100	

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza



■ Figura 3.1

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que iniciaron vida sexual. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

■ Cuadro 3.7

Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años de acuerdo con inicio de vida sexual y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Ensanut	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Ensanut 2018									
Sí	37.6	28.4	22.6,35.0	25.7	16.6	11.7,23.0	63.3	22	17.9,26.9
No	90.3	68.1	61.4,74.1	127.1	82.2	75.6,87.3	217.4	75.7	70.7,80.1
No responde	4.6	3.5	1.5,7.9	1.9	1.2	0.4,3.4	6.5	2.3	1.2,4.4
Total	132.6			154.7			287.3		
Ensanut 2012									
Sí	37.0	24.3	19.8,29.5	23.1	15.1	11.3,20.1	60.4	19.7	16.6,23.3
No	116.2	75.7	70.5,80.2	129.5	84.9	79.9,88.7	245.7	80.3	76.7,83.4
Total	153.5			152.5			306.0		

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

masculino (cuadro 3.8), cifra similar al porcentaje nacional (77%). Al comparar estos resultados con los de 2012, se observa que 11.7% de los adolescentes de Querétaro no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, mientras que 82.8% usó condón masculino (figura 3.2).

En la última relación sexual, 14.1% de los adolescentes no utilizó ningún método anticonceptivo, cifra menor a la nacional (21.1%); mientras que 80% utilizó el condón masculino, cifra mayor a la nacional (69.1%). Estos datos muestran un menor porcentaje respecto a los años anteriores, al pasar de 18.5% en 2012 a 14.1% en 2018. Sin embargo, entre la primera y última relación sexual se observa una tendencia creciente de utilización de condón masculino en Querétaro, y un decreciente porcentaje que no usaron ningún método (cuadro 3.8).

En relación con la salud reproductiva, las cifras sobre embarazo en la adolescencia en Querétaro muestran que 32.8% de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual reportaron alguna vez haber estado embarazadas (cuadro 3.9). Por otra parte, de las adolescentes de 12 a 19 años embarazadas en esta entidad, 26.7% reportó haber tomado ácido fólico en los últimos 12 meses, cifra superior a la reportada a nivel nacional (15%) (cuadro 3.10).

■ Cuadro 3.8

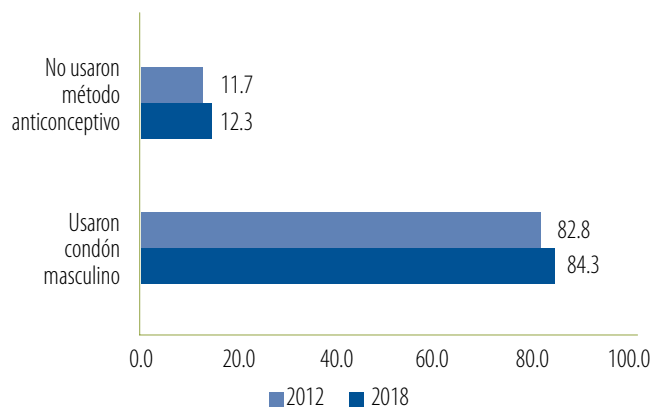
Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según uso de método anticonceptivo en la primera y última relación sexual. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Ensanut 2018	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Condón	53.3	84.3	74.3,90.8	50.6	80.0	69.9,87.3
Nada	7.8	12.3	7.2,20.2	8.9	14.1	8.7,22.1
Total	63.3			63.3		
Ensanut 2012						
Condón	50.0	82.8	72.7,89.7	47.9	79.3	70.2,86.2
Nada	7.1	11.7	6.6,20.1	11.1	18.5	12.1,27.1
Total	60.4			60.4		

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ Figura 3.2

Adolescentes que en la primera relación sexual no usaron método anticonceptivo o usaron condón. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018



Alguna vez embarazada	Ensanut 2018			Ensanut 2012		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Sí	8.4	32.8	19,4,49.7	12.9	55.8	38,9,71.4
No	17.3	67.2	50,3,80.6	10.0	44.3	28,6,61.1
No responde	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-
Total	25.7	100		23.1	100	

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 3.9

Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que alguna vez estuvieron embarazadas. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Ha tomado ácido fólico en los últimos 12 meses	Mujeres		
	Frecuencia*	%	IC95%
No	113.4	73.3	65,7,79.8
Sí	41.3	26.7	20,2,34.3
Total	154.7	100	

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 3.10

Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años que han tomado ácido fólico en los últimos 12 meses. Querétaro, México, Ensanut 2018

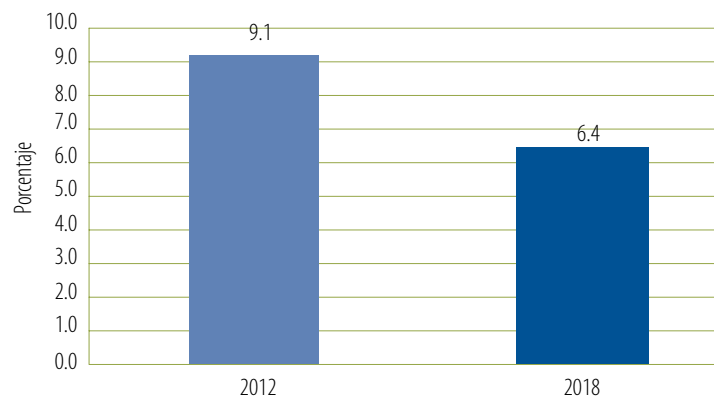
Accidentes

En población de 10 a 19 años, se encontró que en Querétaro la prevalencia de daños a la salud por accidentes en el año previo al levantamiento de la encuesta fue de 6.4%, mientras que a nivel nacional fue menor (5.4%). Estos resultados indicaron un cambio positivo en relación con 2012, cuando 9.1% de los adolescentes de Querétaro sufrió daños a la salud por esta causa y, a nivel nacional 8.8% (figura 3.3). Al comparar los resultados por sexo, la prevalencia fue más alta en hombres que en mujeres (hombres, 10.3% y mujeres, 2.8%), mostrando un patrón de comportamiento similar al observado en el nivel nacional, donde la prevalencia de daños a la salud por accidentes es mayor en hombres (7.6% hombres y 3.0% mujeres) (cuadro 3.11).

La edad en la que ocurrieron con más frecuencia los accidentes fue en el grupo de 10 a 12 años (50.0%), siendo los más frecuentes, caídas con 50.5%, seguidas de exposición accidental a otros factores (12.9%) y accidentes viales (11.6%). Los tres principales lugares donde ocurre el mayor número de accidentes en adolescentes son: hogar (23.4%), vía pública (19.1%) y otro lugar (17.8%).

■ **Figura 3.3**

Prevalencia de accidentes no fatales en adolescentes. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

■ **Cuadro 3.11**

Distribución de la población de 10 a 19 años de edad que sufrió daños a su salud por algún accidente en el último año, por grupo de edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
10 a 12	9.8	16.7	9.0,29.0	2.2	3.6	1.2,9.7	12.0	10.0	5.7,17.1
13 a 15	3.0	6.4	2.8,14.1	1.6	2.4	0.8,7.3	4.6	4.0	2.1,7.6
16 a 19	5.7	7.7	3.8,14.1	1.6	2.5	0.5,10.9	7.3	5.3	2.8,9.6
Total	18.5	10.3	6.9,15.0	5.4	2.8	1.4,5.5	23.9	6.4	4.6,8.9

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

Conclusiones

Es necesario promover el uso y llenado de la CNV y la CNS con las acciones de prevención. Así mismo mejorar los procesos en los servicios de salud con el fin de aumentar las coberturas por biológico y esquema completo.

Los adolescentes de Querétaro, tienen una prevalencia de consumo de tabaco fumado de 5.4% y de cigarros electrónicos de 1.2%. Al igual que en otras encuestas nacionales^{7,8} y globales,⁹ 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 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS)¹⁰ y la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en México.¹¹

Los adolescentes de Querétaro tienen un patrón de consumo de alcohol diario y mensual de 1.7 y 32.7% respectivamente. Al igual que en otras encuestas nacionales^{12,13} y globales,¹⁴ 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 Alcohol¹⁵ y la Ley General de Salud en México.¹⁶

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Querétaro, 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 22% 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 (12.3 y 14.1%, respectivamente). Sin embargo, respecto al 2012 se observa un mayor porcentaje de adolescentes que no usaron métodos de protección anticonceptiva en la primera relación sexual.

En relación con la salud reproductiva se observa que 32.8% de las adolescentes de Querétaro han estado embarazadas, porcentaje similar al compararlo con las cifras reportadas en el 2012.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Manual de vacunación 2008-2009. Ciudad de México: CeNSIA, 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Ginebra: OMS, 2018 [citado septiembre 13, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
3. 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/>
4. Naciones Unidas. World population prospects: The 2012 Revision. Nueva York: NU, 2013.
5. 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 25, 2019]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014%20Report%20Web%20Spanish.pdf>
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo. Nueva York: UNFPA, 1994.
7. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México: INPRFM, 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gjkz7q/view>
8. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. México: INSP/OPS, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Mexico, Behavioral Risk, Smoking. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
10. OMS. El Convenio Marco para el Control del Tabaco. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/
11. Diario Oficial de la Federación. Ley General para el Control de Tabaco en México. México: DOF, 2018. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_150618.pdf
12. 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. Ciudad de México: INPRFM, 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMlKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
13. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: OMS, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
14. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Mexico, Behavioral Risk, Alcohol Use. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
15. Organización Mundial de la Salud. La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. Ginebra 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbhcstrategies.pdf
16. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf

Adultos

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 información que se obtiene a partir de las encuestas nacionales de salud y nutrición, ha servido para mostrar la evolución de algunos de los programas prioritarios del sector salud. A partir de la información que se obtiene con la aplicación del cuestionario de adultos, podemos estimar el avance en los programas de detección oportuna de padecimientos crónicos no transmisibles como de la obesidad, diabetes, hipertensión; y cáncer de cérvix y de mama en las mujeres; y de transmisibles, como la tuberculosis. Adicionalmente, el cuestionario de adultos contiene información sobre el manejo por parte del personal de salud y autocontrol de padecimientos como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular y dislipidemias. Así como de salud reproductiva, vacunación, consumo de tabaco y alcohol y accidentes y violencias. Estos dos últimos que hayan ocurrido en los últimos doce meses.

La Ensanut 2018 obtuvo información de 43 078 individuos de 20 años en adelante. Para Querétaro la muestra de adultos a partir de 20 años fue de 1 339, de los cuales 609 son hombres y 730 son mujeres. Éstos representan a 1.4 millones de adultos del estado (cuadro 4.1), con una edad promedio de 42.1 años en los hombres, y de 43.3 en las mujeres.

■ Cuadro 4.1

Distribución porcentual de la población de 20 años y más, por edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20 - 29	183.9	13.1	200.5	14.2	384.4	27.3
30 - 39	144.7	10.3	134.3	9.5	279.0	19.8
40 - 49	128.4	9.1	154.3	10.9	282.7	20.1
50 - 59	111.9	7.9	124.8	8.8	236.7	16.8
60 - 69	58.5	4.1	69.9	4.9	128.5	9.1
70 - 79	27.5	1.9	41.5	2.9	69.0	4.9
80 - 89	11.4	0.8	16.9	1.2	28.3	2.0
Total	666.5	47.3	742.3	52.7	1 408.8	100

*Frecuencia en miles

Vacunación

Las acciones de vacunación en la población adulta de 20 a 59 años de edad están dirigidas principalmente a la prevención y vigilancia de tétanos y difteria. En mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), además se previene y vigila la rubéola congénita y tétanos neonatal en el recién nacido. Para asegurar el registro y seguimiento de la cobertura de vacunación en la población adulta, al igual que en el resto de grupos etarios, se estableció la estrategia de distribución de la Cartilla Nacional de Salud (CNS).

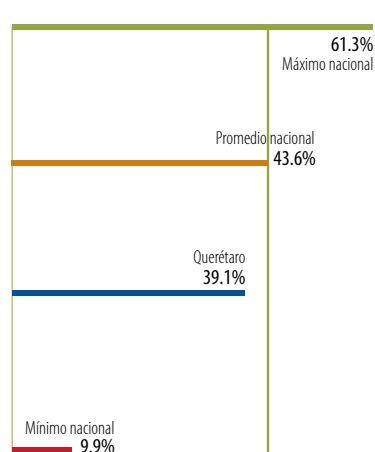
Al respecto, en el país 11.5% de los adultos de 20 a 59 años mostró la CNS, en comparación con 10.1% en Querétaro. En Querétaro, 39.4% tenía CNS, pero no la mostró, 2.8% mostró CNS, aunque esta no tenía información y 47.7% no tenía CNS (cuadro 4.2).

En Querétaro, la cobertura de vacunación con vacuna contra sarampión y rubéola en adultos de 20 a 39 años fue de 39.1%, menor a la cobertura promedio a nivel nacional (43.6%). En 2012, las coberturas fueron de 38.7 y 49.0%, respectivamente. En 2018, Querétaro ocupó el lugar 20 en el país en cuanto a cobertura con esta vacuna (figura 4.1).

En 2018, la cobertura con la vacuna contra tétanos y difteria en adultos de 20 a 59 años fue de 93.7% en Querétaro y 87.2% a nivel nacional. En 2012, las coberturas fueron de 52.1 y 67.3%, respectivamente. Querétaro, en 2018 ocupó el segundo lugar 2 en el país en la cobertura de vacunación contra tétanos y difteria (figura 4.2).

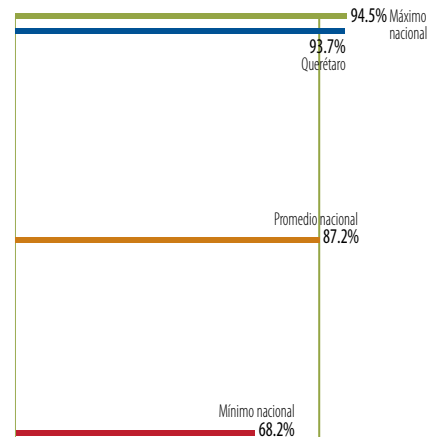
■ **Figura 4.1**

Prevalencia estimada de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos de 20 a 39 años de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2018.



■ **Figura 4.2**

Prevalencia estimada de vacunación contra tétanos y difteria en adultos de 20 a 59 años de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Querétaro, México, Ensanut 2018.



■ Cuadro 4.2

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

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	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Hombre	40.5	7.1	0.0	0.0	210.6	37.1	16.0	2.8	300.9	53.0	568.0	100
Mujer	79.1	12.9	0.0	0.0	253.3	41.5	17.6	2.9	260.8	42.7	610.8	100
Total	119.6	10.1	0.0	0.0	464.0	39.4	33.6	2.8	561.7	47.7	1 178.8	100

*Frecuencia en miles
CNS: Cartilla Nacional de Salud

En ocasiones las dosis aplicadas no se registran en las cartillas de salud. Cuando el prestador de servicios de salud otorga un comprobante de vacunación, a falta del registro en la cartilla correspondiente, es fácil que se extravíen, de manera que no se pueda comprobar haber recibido la vacuna. De acuerdo con el registro de vacunas recibidas, en Querétaro, la cobertura de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos es similar que en 2012. La cobertura contra tétanos y difteria es mayor que en 2012.

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 (cérvix o mama), podrían recibir tratamiento temprano con mayores probabilidades de éxito. Si el padecimiento es una enfermedad crónica no transmisible como diabetes o hipertensión, podrá 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, podrá, 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 de dichos padecimientos. Los resultados presentados en el cuadro 4.3, se refieren al porcentaje de uso de los programas preventivos por parte de los adultos en el año previo al levantamiento de esta encuesta.

Estudio	Frecuencia*	%	IC95%
Prueba de Papanicolaou			
20-39	103.5	30.9	25.7,36.7
40-59	113.8	40.8	33.7,48.3
60 años y más	35.4	27.6	19.8,36.9
Total	252.7	34.1	30.3,38.1

■ Cuadro 4.3

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

Exploración clínica de senos

20-39	79.2	23.7	18,929.2
40-59	121.8	43.7	37,250.3
60 años y más	40.0	31.1	23,440.1
Total	241.0	32.5	28,836.3

Detección de diabetes mellitus**Hombres**

20-39	62.8	19.2	14,724.8
40-59	49.9	23.5	17,031.6
60 años y más	27.5	35.0	25,046.4
Total	140.3	22.7	19,026.9

Mujeres

20-39	47.0	14.1	10,419.0
40-59	74.8	30.5	24,237.7
60 años y más	34.9	32.3	23,342.8
Total	156.7	22.9	19,426.7

Total

20-39	109.8	16.7	13,520.4
40-59	124.7	27.3	22,732.4
60 años y más	62.5	33.4	26,740.9
Total	296.9	22.8	20,325.5

Detección de hipertensión arterial**Hombres**

20-39	65.4	22.4	16,429.9
40-59	43.6	22.2	16,229.7
60 años y más	18.4	27.3	17,340.2
Total	127.4	22.9	18,727.8

Mujeres

20-39	76.8	24.4	19,230.4
40-59	68.7	31.6	24,340.0
60 años y más	22.6	33.0	22,146.1
Total	168.1	28.0	23,732.7

Total

20-39	142.2	23.5	19,428.0
40-59	112.2	27.2	22,132.9
60 años y más	41.0	30.2	22,339.4
Total	295.5	25.6	22,728.7

Detección de triglicéridos o colesterol alto**Hombres**

20-39	34.8	12.7	8,718.1
40-59	25.2	15.5	9,724.0
60 años y más	15.7	21.9	13,633.3
Total	75.7	14.9	11,519.0

Mujeres

20-39	26.8	9.0	5,6,14.1
40-59	35.4	18.7	12,7,26.8
60 años y más	18.2	21.3	13,3,32.3
Total	80.3	14.0	10,8,18.0

Total

20-39	61.6	10.8	7,9,14.4
40-59	60.6	17.3	13,0,22.5
60 años y más	33.9	21.6	15,0,30.0
Total	156.1	14.4	12,0,17.3

Detección de obesidad o sobrepeso**Hombres**

20-39	48.3	14.7	11,3,18.9
40-59	34.8	14.5	9,7,21.0
60 años y más	12.8	13.2	7,1,23.0
Total	95.9	14.4	11,6,17.7

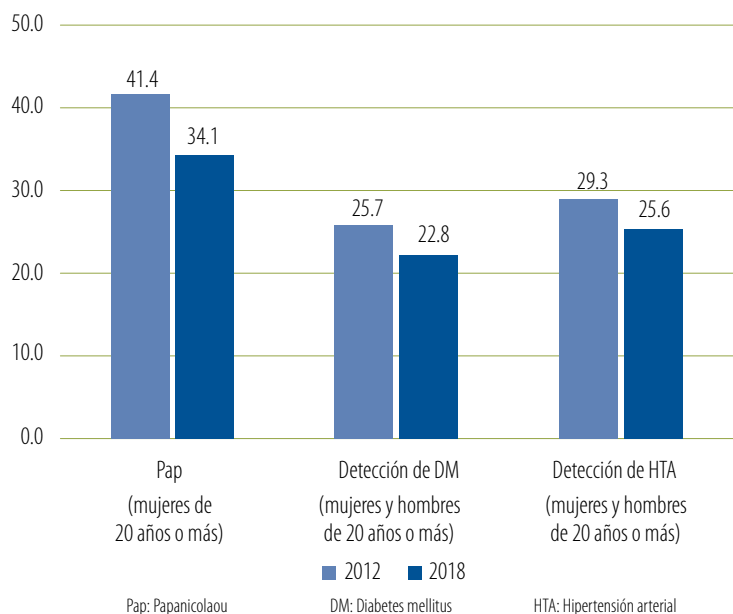
Mujeres

20-39	43.9	13.1	9,2,18.3
40-59	52.7	18.9	14,0,24.9
60 años y más	14.1	11.0	6,3,18.6
Total	110.7	14.9	12,1,18.3

Total

20-39	92.2	13.9	11,0,17.4
40-59	87.5	16.8	13,3,21.1
60 años y más	26.9	11.9	7,9,17.5
Total	206.6	14.7	12,5,17.1

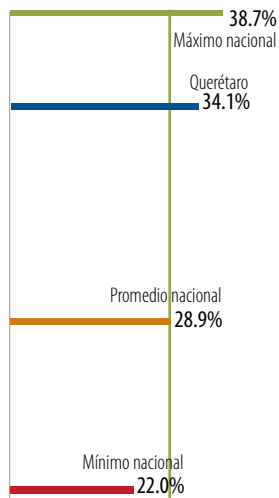
*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

**Figura 4.3**

Pruebas de detección oportuna de cáncer cérvicouterino (Papanicolaou), diabetes mellitus e hipertensión arterial. Querétaro, México. Ensanut 2012 y 2018

■ **Figura 4.4**

Prueba de Papanicolaou en mujeres de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018

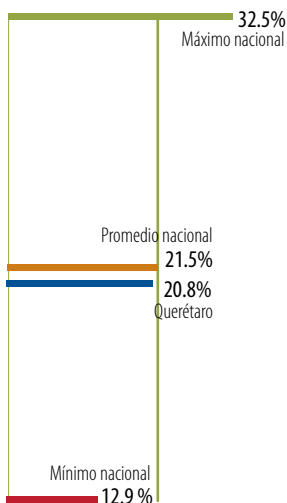


El 34.1% de las mujeres de 20 años o más residentes en Querétaro, acudió a algún servicio médico a realizarse una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino. Mientras que en la Ensanut 2012 esta cifra fue de 41.4. El grupo de 40 a 59 años reportó el mayor porcentaje (40.8%). En el caso de la exploración clínica de senos, 32.5% 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 43.7%. Con respecto a la detección del cáncer de mama, 39.4% de las mujeres de 40 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta. Al comparar estos resultados con los que se obtuvieron en la Ensanut 2012 Querétaro, podemos ver que la proporción de mujeres adultas que se realizaron la detección de estos cánceres en Querétaro, disminuyó (cuadro 4.3 y figura 4.3).

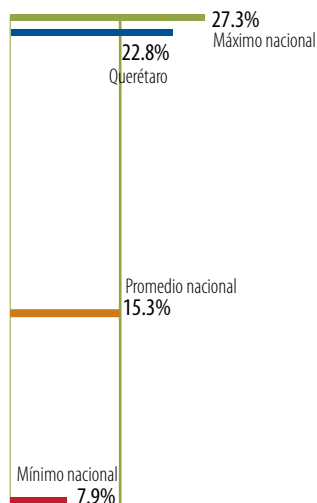
Con respecto a las pruebas de detección de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos de 20 años o más, acudieron a realizarse pruebas de detección en el año previo al levantamiento de la Ensanut 2018, 22.9 y 28.0% de las mujeres, 22.7 y 22.9% de los hombres y 22.8 y 25.6% en todos los adultos, respectivamente. Mientras que para el caso de la determinación de niveles séricos altos de triglicéridos o colesterol fue 14.0% de las mujeres, 14.9% de hombres y 14.4% en todos los adultos. Acudieron a detección de sobrepeso u obesidad, 14.9% de las mujeres, 14.4% de los hombres y 14.7% de ambos sexos, en el año previo (cuadro 4.3).

■ **Figura 4.5**

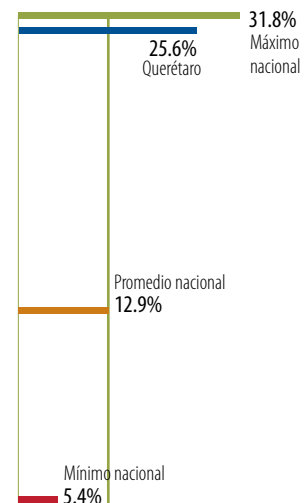
Exploración clínica de senos en mujeres de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018

■ **Figura 4.6**

Prueba de detección de diabetes mellitus en adultos de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018

■ **Figura 4.7**

Detección de hipertensión arterial en adultos de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018



En comparación con los datos reportados en la Ensanut 2012, en la prueba de diabetes hubo un decremento en la detección al pasar de 23.1% en 2012 a 22.7% en 2018 en los hombres, y de 28.2 a 22.9% en las mujeres. La proporción de hombres y mujeres en Querétaro que se realizaron una toma de tensión arterial para detectar hipertensión arterial, fue menor que la que se obtuvo en la Ensanut 2012 (figura 4.3). En el 2012 en los hombres se obtuvo una proporción de detección de hipertensión arterial en el último año de 26.7% en comparación con lo reportado con la Ensanut 2018, de 22.9%. En las mujeres esta proporción pasó de 31.7 a 28.0%, respectivamente.

En comparación con los resultados nacionales, Querétaro se ubicó por arriba del promedio nacional en las pruebas de Papanicolaou (figura 4.4), en la de diabetes (figura 4.6) y en la de hipertensión (figura 4.7). En contraste la exploración clínica de senos se encuentra debajo de dicho promedio (figura 4.5).

Consumo de tabaco

En Querétaro, la prevalencia global de consumo actual de tabaco entre los adultos es de 19.7%, lo que corresponde a 277.1 mil fumadores; en los hombres es de 28.6% (190.6 mil) y en las mujeres de 11.7% (86.5 mil). La razón hombre: mujer entre los adultos es de 2.4. Entre los adultos que son fumadores actuales la prevalencia de consumo diario es de 7.2% (10.6% en hombres, 4.1% en mujeres) y la de consumo ocasional es de 12.5% (18.0% en hombres, 7.5% en mujeres). Son exfumadores 25.8% (363.5 mil exfumadores) y 54.5% (768.2) nunca ha fumado (cuadro 4.4).

■ Cuadro 4.4

Consumo de tabaco fumado. Población de 20 años y más. Querétaro, México, Ensanut 2018

Consumo de tabaco	Mujer			Hombre			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Ha fumado más de 200 cigarrillos en la vida	134.5	18.1	15.0,21.7	332.2	49.8	45.4,54.3	466.7	33.1	30.3,36.1
Fumador actual	86.5	11.7	9.0,14.9	190.6	28.6	24.4,33.2	277.1	19.7	17.2,22.4
Fumador diario	30.5	4.1	2.6,6.4	70.8	10.6	8.1,13.8	101.4	7.2	5.8,8.9
Fumador ocasional	56.0	7.5	5.4,10.5	119.7	18.0	14.3,22.3	175.7	12.5	10.3,15.1
Exfumador	115.6	15.6	12.9,18.7	247.9	37.2	32.7,41.9	363.5	25.8	23.0,28.8
Exfumador diario	28.4	3.8	2.6,5.7	104.9	15.7	12.7,19.3	133.2	9.5	7.8,11.5
Exfumador ocasional	87.2	11.8	9.4,14.6	143.1	21.5	17.9,25.5	230.3	16.3	14.1,18.8
Nunca fumador	540.2	72.8	68.9,76.4	228.0	34.2	30.2,38.5	768.2	54.5	51.3,57.7

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.

IC: Intervalo de confianza

La edad promedio de inicio de consumo entre los fumadores diarios es de 18.5 años, siendo de 18.2 años en los hombres y de 19.0 años en las mujeres. En promedio los fumadores diarios consumen 6.7 cig/día (6.7 cig/día en hombres y 6.7 cig/día en mujeres). En cuanto al consumo de cigarros con cápsula de sabor, los adultos de Querétaro, tienen una prevalencia de uso de 41.1% (37.4% en hombres y 49.0% en mujeres).

Considerando que los nuevos productos de tabaco (productos vaporizados o calentados) se encuentran prohibidos en México, la prevalencia de consumo de cigarros electrónicos en Querétaro, es de 2.5% (35.1 mil), de 3.2% (21.2 mil) en los hombres y de 1.9% (13.9 mil) en las mujeres.

Consumo de alcohol

Referente al consumo de bebidas alcohólicas, en Querétaro, entre los adultos que han referido consumir bebidas alcohólicas, tienen un patrón de consumo diario 2.5% (23.9 mil) (4.1% en hombres, 0.0% en mujeres) y de consumo mensual 8.2% (78.5 mil) (9.1% en hombres, 6.7% en mujeres).

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, llama la atención que este consumo excesivo ocurre de manera importante con un patrón mensual (48.9% en hombres y 24.5% en mujeres) (cuadro 4.5).

■ Cuadro 4.5

Consumo de alcohol. Población de 20 años y más. Querétaro, México, Ensanut 2018

Consumo de alcohol	Mujer			Hombre			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo de alcohol actual									
Diario	0.0	-	-	23.9	4.1	2.3,7.2	23.9	2.5	1.4,4.4
Mensual	25.1	6.7	4.2,10.4	53.4	9.1	6.9,12.0	78.5	8.2	6.4,10.4
Anual	374.1	85.7	81.5,89.2	564.5	93.6	90.8,95.6	938.6	90.3	87.8,92.3
Abuso de alcohol mensual	107.0	24.5	20.0,29.6	294.7	48.9	44.0,53.7	401.8	38.6	35.0,42.5

IC: Intervalo de confianza

Abuso 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

Accidentes

En población adulta de 20 años y más, en Querétaro, se encontró una prevalencia de daños a la salud por accidentes en el año previo al levantamiento de la encuesta de 5.8%. Estos resultados indicaron un cambio negativo en relación con 2012, cuando la prevalencia fue de 5.1% (figura 4.8). Al comparar los resultados por sexo, la prevalencia fue mayor en hombres en comparación con las mujeres (hombres, 6.3% y mujeres, 5.3%) (cuadro 4.6), mostrando un patrón de comportamiento similar al observado en 2012, donde la prevalencia de daños a la salud por accidentes fue mayor en hombres (6.7% hombres y 3.6% mujeres).

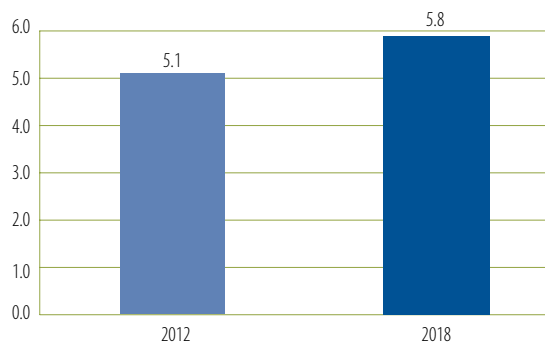
Entre los 20 a 29 años de edad se reportó la proporción más alta de daños a su salud por algún tipo de accidente (36.2%), siendo el tipo más frecuente caídas con 49.8%, seguidas por accidentes viales (18.8%) y golpe con objeto, equipo o maquinaria (15.5%). El lugar donde más frecuentemente ocurrieron los accidentes fue en la vía pública con 37.4% del total, seguido del trabajo con 25.9% y en tercer lugar el hogar con 22.0%. En general, la prevalencia de accidentes según sexo mostró que los hombres experimentaron en mayor frecuencia daños a la salud por esta causa en comparación con las mujeres (cuadro 4.6).

■ Cuadro 4.6

Distribución de la población de 20 años o más que sufrió daño a su salud por algún accidente en el último año, por grupo de edad y sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 29 años	13.5	7.5	4.2,13.1	15.8	7.9	4.1,14.5	29.4	7.7	4.9,11.8
30 a 39 años	5.2	3.5	1.5,8.0	4.3	3.1	1.2,7.9	9.5	3.3	1.5,7.1
40 a 49 años	5.4	4.3	2.0,8.9	3.6	2.4	0.9,6.4	9.0	3.3	1.8,5.8
50 a 59 años	9.1	8.0	3.8,16.1	8.5	6.9	3.3,13.8	17.8	7.4	4.4,12.1
60 a 69 años	1.8	3.0	0.7,11.6	3.1	4.2	1.2,13.5	4.8	3.7	1.5,9.0
70 a 79 años	5.7	20.7	7.6,45.1	1.3	3.2	0.7,12.8	7.0	10.1	4.4,21.3
80 y más	1.1	9.7	2.1,34.8	2.7	16.2	5.4,39.4	3.8	13.6	5.8,28.6
Total	41.8	6.3	4.5,8.6	39.4	5.3	3.7,7.5	81.2	5.8	4.5,7.3

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza



■ Figura 4.8

Prevalencia de accidentes no fatales en población adulta. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Salud reproductiva

La salud sexual se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad,¹ y la salud reproductiva se refiere al estado de completo 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.² 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.^{3,4} Con el cumplimiento de estas acciones, se estaría avanzando para alcanzar una de las metas específicas en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 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.⁵

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.⁶ Las prácticas sexuales sin protección conllevan 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. En relación con esto, los resultados de la Ensanut en Querétaro muestran que del total de adultos de 20 a 49 años de edad 88.3% han iniciado vida sexual,^a 87.7% de los hombres y 88.8% de las mujeres (cuadro 4.7).

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 34.3% reportó no haber utilizado ninguno, resultado inferior al nacional (48.3%). Entre la población que utilizó algún método, 60.7% usó condón, cifra mayor a la nacional (47.7%) y 3.2% reportó el uso de anticonceptivos hormonales, proporción similar^b a la del país (2.7%) (cuadro 4.8).

^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.

■ Cuadro 4.7

Porcentaje de población de 20 a 49 años de edad, según vida sexual activa. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Sexo	Sí			No			Total	
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%
Ensanut 2018								
Hombre	400.8	87.7	83.9,90.6	56.4	12.3	9.4,16.1	457.1	100
Mujer	434.5	88.8	84.3,92.2	54.6	11.2	7.8,15.7	489.1	100
Total	835.3	88.3	85.4,90.7	111.0	11.7	9.3,14.6	946.2	100
Ensanut 2012								
Hombre	346.9	90.4	85.2,93.8	37.0	9.6	6.2,14.8	383.9	100
Mujer	403.0	91.9	88.4,94.4	35.3	8.1	5.6,11.6	438.3	100
Total	749.9	91.2	88.0,93.6	72.3	8.8	6.4,12.0	822.2	100

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 4.8

Porcentaje de población de 20 a 49 años de edad sexualmente activa, según uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Método anticonceptivo	Ensanut 2018			Ensanut 2012		
	Primera relación sexual			Primera relación sexual		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Condón	507.2	60.7	56.8,64.5	327.8	42.2	37.4,47.1
Hormonales [†]	27	3.2	2.1,5.0	25.7	3.3	2.0,5.5
Nada	286.4	34.3	30.6,38.1	408.8	52.6	47.4,57.7

*Frecuencia en miles
[†]Incluye pastilla anticonceptiva, pastilla de emergencia, implantes, Norplant
IC: Intervalo de confianza

El porcentaje de hombres y mujeres que informaron no haber usado algún método anticonceptivo en la última relación sexual fue de 28.4%, inferior a 34.3% reportado en la primera relación sexual. De los adultos que sí utilizaron método anticonceptivo, 45.3% usó condón masculino, mientras que 8.1% usó hormonales y 15.0% se realizó oclusión tubaria bilateral o vasectomía (cuadro 4.9). En esta entidad federativa el porcentaje de adultos que usó el condón masculino fue superior al nacional (37.1%).

La información referente a la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) indica que 34.4% de los adultos de 20 a 49 años de edad se realizó esta prueba alguna vez en la vida, porcentaje similar al reportado en el ámbito nacional (32.9%). De estos, 94.6% dijo conocer el resultado, dato similar al porcentaje nacional (93.9%) (cuadro 4.10). Cabe mencionar que tanto el asesoramiento como la realización de pruebas 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.

■ Cuadro 4.9

Porcentaje de población de 20 a 49 años de edad sexualmente activa, según uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Método anticonceptivo	Ensanut 2018			Ensanut 2012		
	Última relación sexual			Última relación sexual		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Condón	378	45.3	41.3,49.3	270.0	34.9	31.8,38.1
Hormonales [†]	67.4	8.1	6.0,10.8	50.0	6.4	4.7,8.7
Dispositivo intrauterino	62.7	7.5	5.9,9.5	38.0	5.0	3.4,7.2
Oclusión tubaria bilateral / Vasectomía	125	15	11.8,18.7	55.4	7.1	5.0,10.1
Nada	237.2	28.4	25.1,31.9	339.1	43.6	38.4,49.0

*Frecuencia en miles

[†]Incluye pastilla anticonceptiva, pastilla de emergencia, implantes, Norplant

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 4.10

Porcentaje de personas de 20 a 49 años de edad que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida y si conocen el resultado de la prueba. Querétaro, México, Ensanut 2018

Se ha realizado la prueba de VIH	Prueba de VIH			Conoce el resultado de la prueba de VIH		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Sí	324.3	34.4	31.0,38.0	306.8	94.6	91.0,96.8
No	612.7	65.0	61.4,68.5	17.6	5.4	3.2,9.0
No responde	5.2	0.6	0.2,1.3	0.0	0.0	
Total	942.2	100		324.3	100	

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

Nota: para captar esta información se consideró la pregunta ¿alguna vez ha estado embarazada?

Con respecto a la salud reproductiva se obtuvo que 79.7% de las mujeres de 20 a 49 años señaló haber estado embarazadas alguna vez, dato similar al nacional (83.6%) (cuadro 4.11), y similar al registrado en Querétaro en la Ensanut 2012 (80.8%).

Respecto a la atención prenatal del embarazo del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, 98.7% de las mujeres recibió atención médica, porcentaje superior al nacional (97.3%), y es similar al reportado en la entidad en la Ensanut 2012 (99.2%) (figura 4.9).

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 4.12, donde se muestra que de

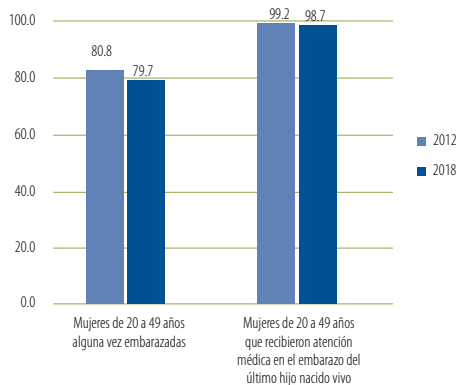
■ Cuadro 4.11

Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años de edad alguna vez embarazadas. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Alguna vez embarazada	Ensanut 2018			Ensanut 2012		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Sí	335.5	79.7	74.2,84.2	329.2	80.8	76.0,84.8
No	85.6	20.3	15.8,25.8	78.4	19.2	15.2,24.0
No sabe / No responde	0	0		0.0	0.0	
Total	421.1	100		407.6	100	

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

■ **Figura 4.9**

Proporción de mujeres de 20 a 49 años alguna vez embarazadas y atención médica en el embarazo del último hijo. Querétaro, Ensanut 2012 y 2018

las mujeres de 20 a 49 años de edad que tuvieron un embarazo y recibieron atención prenatal, a 59.5% se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 86.1% la prueba de VIH, y a 97.8% se le prescribió ácido fólico. Al comparar las cifras de esta entidad con los datos nacionales, se observa que el porcentaje de realización de la prueba de detección de sífilis en la población de Querétaro fue similar a la del país (62.4%) y la prueba de detección de VIH fue mayor (77.5%), mientras que la prescripción de ácido fólico fue similar (98.3%).

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, 100% fue atendida por personal médico o de enfermería, cifra similar a la reportada en Ensanut 2012 (99.4%). La resolución de estos partos fueron 46.4% vía vaginal, 31.3% cesáreas programadas y 22.3% cesáreas por urgencia. Estos datos contrastan con lo que ocurre en el ámbito nacional, donde 51.3% de los partos fueron vaginales, 22.6% cesáreas programadas y 26% cesáreas por urgencia. Al comparar el total de cesáreas efectuadas en Querétaro en 2018 (53.6%) con

■ **Cuadro 4.12**

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la entrevista, por prueba de detección de sífilis y VIH y prescripción de ácido fólico durante el embarazo. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Prueba de detección de sífilis y de VIH y prescripción de ácido fólico	Prueba de detección de sífilis			Prueba de detección de VIH			Prescripción de ácido fólico		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Ensanut 2018									
Sí	77.4	59.5	50.3,68.1	111.9	86.1	77.9,91.5	127.2	97.8	85.8,99.7
No	40.1	30.9	22.8,40.2	18.1	13.9	8.5,22.1	2.9	2.2	0.3,14.2
No responde	12.6	9.7	5.7,15.9	0	0		0	0	
Total	130.1	100		130.1	100		130.1	100	
Ensanut 2012									
Sí	68.7	41.3	33.8,49.3	100	60.1	51.4,68.3	164.8	99.2	97.8,99.7
No	70.0	42.5	35.3,49.9	58.0	34.9	27.1,43.7	1.4	0.8	0.3,2.2
No responde	26.9	16.2	10.4,24.3	8	4.0	2.4,9.8	0	0	
Total	166.2	100		166.2	100		166.2	100	

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

la Ensanut 2012 (50.8%) (cuadro 4.13) se observa un incremento de 2.8 puntos porcentuales entre encuestas. Cabe destacar que el alto porcentaje de cesáreas rebasa lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, el cual se ubica entre 10 y 15% de cesáreas necesarias,⁷ y de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007, los límites establecidos son como máximo de 15% en hospitales de 2do nivel de atención y de 20% en los del 3er nivel (SSA 2016). De acuerdo con lo anterior, esta información denota la falta de cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con este rubro.⁸

En relación con el método anticonceptivo posparto en mujeres de 20 a 49 años de edad en los últimos cinco años, los datos muestran que a 62.1% se le proporcionó alguno antes del egreso hospitalario (cuadro 4.14). Frente a esta situación se recomienda tener en cuenta que el método proporcionado garantice el mantenimiento de la lactancia y la salud de la madre y del hijo, circunstancias que hacen delicada esta etapa de la vida de la mujer, por lo que se requiere atención cuidadosa en relación con la salud y específicamente con la anticoncepción. El otorgamiento de método anticonceptivo posparto en Querétaro presentó un porcentaje similar al nacional (61.5%) y similar a lo estimado en 2012 (57.6%).

■ Cuadro 4.13

Resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años de edad con antecedentes de un hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la entrevista. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Resolución del parto	Ensanut 2018			Ensanut 2012		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
Normal (vaginal)	60.3	46.4	37.2,55.8	72.9	49.2	40.6,57.9
Cesárea por urgencia	29.0	22.3	15.8,30.5	46.9	31.6	24.1,40.1
Cesárea programada	40.7	31.3	23.0,40.9	28.5	19.2	13.6,26.5
Total	130.1	100		148.3	100	

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 4.14

Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años de edad a quienes en el último parto les proporcionaron algún método anticonceptivo posevento obstétrico. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

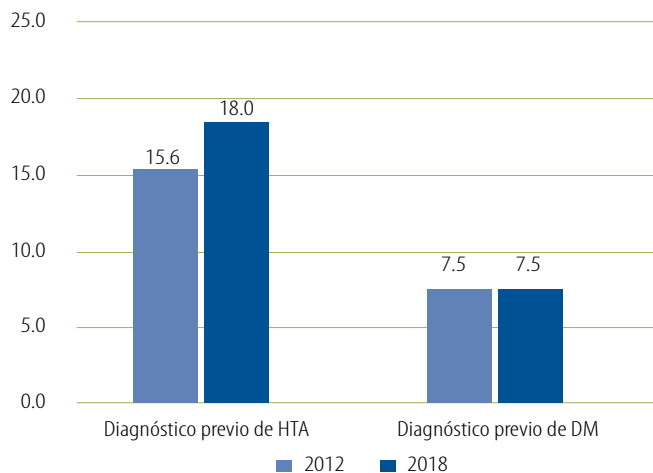
Método anticonceptivo posevento obstétrico	Frecuencia*	%	IC95%
Ensanut 2018			
Sí	215.9	62.1	54.9,68.8
No	130.8	37.6	30.9,44.9
No recuerda	0.8	0.2	0.0,1.6
Total	347.5	100	
Ensanut 2012			
Sí	178.2	53	46.4,59.5
No	157.9	46.9	40.5,53.5
No recuerda, NS / NR	0.3	0.1	0.0,0.6
Total	336.4	100	

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

Hipertensión arterial

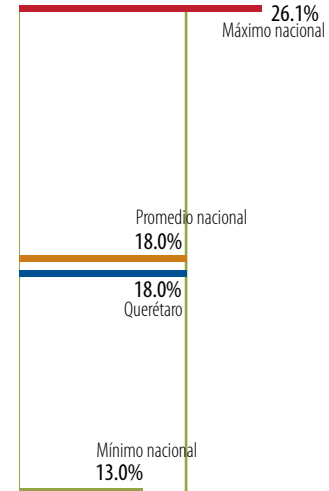
La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en la población de 20 años y más en Querétaro, fue de 18.0%, 19.1% en mujeres y 16.7% en hombres, ligeramente mayor a la observada en la Ensanut 2012 (15.6, 18.7 y 12.0%, respectivamente) (figura 4.11). En la mayoría de los grupos 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 68% en hombres (de 18.4 a 30.9%) y de 110% en mujeres (de 22.2 a 46.6%) de 40 a 59 años de edad en comparación con el grupo de 60 años y más (cuadro 4.15).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en Querétaro se comportó igual que la media nacional (18.0%) (figura 4.10).



■ **Figura 4.10**

Prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018



■ **Figura 4.11**

Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

■ **Cuadro 4.15**

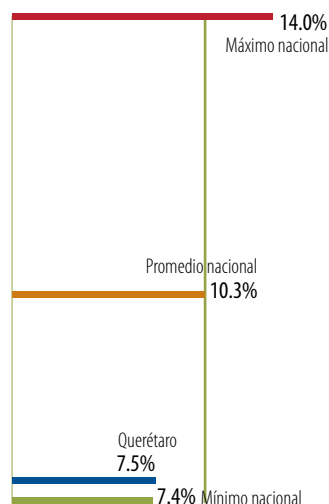
Porcentaje de adultos con diagnóstico médico previo de hipertensión arterial. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 39 años	37.1	11.3	8.0,15.7	20.1	6.0	3.6,9.8	57.1	8.6	6.4,11.4
40 a 59 años	44.2	18.4	13.0,25.4	61.9	22.2	17.0,28.3	106.1	20.4	16.5,25.0
60 a más	30.1	30.9	22.4,40.8	59.8	46.6	37.8,55.6	89.9	39.8	33.8,46.2
Total	111.3	16.7	13.4,20.7	141.7	19.1	16.0,22.6	253.0	18.0	15.6,20.6

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

■ **Figura 4.12**

Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Querétaro, México, Ensanut 2018



Diabetes

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos en Querétaro fue de 7.5%, siendo mayor en mujeres (7.7%) que en hombres (7.4%), e igual a la reportada en la Ensanut 2012 (7.5%). En hombres y mujeres, se observó un incremento de la prevalencia de diabetes conforme aumenta la edad, siendo el grupo de 60 y más años el de la mayor prevalencia en los hombres y en las mujeres (cuadro 4.16 y figura 4.11). En las mujeres la prevalencia presentó un ligero decremento en comparación con lo observado en la Ensanut 2012 (8.0%) y en los hombres se observó un incremento (6.0%).

La prevalencia total de diabetes, que incluye diagnóstico médico previo y hallazgo durante la encuesta, será reportada una vez que se cuente con el análisis de laboratorio de los sueros obtenidos de los participantes.

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Querétaro se ubicó por abajo de la media nacional (10.3%) (figura 4.12).

■ **Cuadro 4.16**

Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 39 años	2.0	0.6	0.2,2.4	2.0	0.7	0.2,2.3	4.5	0.7	0.3,1.5
40 a 59 años	28.3	11.8	7.3,18.4	34.2	12.2	8.7,17.0	62.4	12.0	9.0,15.9
60 años y más	18.7	19.0	11.5,30.4	20.2	15.8	9.4,25.1	38.9	17.2	11.6,24.8
Total	49.0	7.4	5.2,10.2	56.8	7.7	5.8,10.1	105.8	7.5	6.0,9.4

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

El 84.2% de los adultos con diagnóstico médico previo de diabetes en Querétaro siguen algún tratamiento farmacológico, siendo los hipoglucemiantes los más frecuentes (67.7%). El 25.9% 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 diferencia por sexo, donde las mujeres (30.8%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (20.2%). Esta medición para el control de la enfermedad se observó en mayor medida en el grupo de 60 años y más (37.0%) en las mujeres y en el grupo de 40 a 59 años (25.5%) en los hombres (cuadro 4.17).

■ Cuadro 4.17

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó la determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 39 años	0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	
40 a 59 años	7.2	25.5	9.7,52.1	10.0	29.4	15.5,48.6	17.3	27.6	16.0,43.4
60 años y más	2.7	14.4	4.0,40.3	7.5	37.0	18.0,61.1	10.2	26.1	13.3,45.0
Total	9.9	20.2	9.5,38.0	17.5	30.8	19.7,44.7	27.4	25.9	16.9,37.6

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

Al 26.8% de los adultos que viven con diabetes en Querétaro se le realizó al menos una prueba de microalbuminuria en el año previo, mayor en mujeres (30.1%) que en hombres (23.1%). Proporción mayor a lo observado en la Ensanut 2012 (15.0%). No obstante, es evidente que el porcentaje de la población con diabetes que se realiza esta prueba es muy bajo en todos los grupos de edad en ambos sexos.

Al 30.4% de la población de 20 años o más de edad con diagnóstico médico previo de diabetes, se les realizó al menos una revisión de pies en los últimos 12 meses, 31.0% en los hombres y 29.9% en las mujeres. El porcentaje de la revisión de pies más alto en las mujeres fue en el grupo de 20 a 39 años (37.6%), y en los hombres en el grupo de 60 años y más (44.2%) (cuadro 4.18). 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 entre 21 y 44% en todos los grupos de edad, en ambos sexos.

■ Cuadro 4.18

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. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 39 años	0.0	0.0		0.9	37.6	4.7,88.1	0.9	20.7	28.0,97.4
40 a 59 años	6.9	24.4	10.4,47.5	8.5	24.9	11.3,46.1	15.4	24.7	60.5,85.9
60 años y más	8.3	44.2	23.1,67.6	7.6	37.5	21.4,56.9	15.8	40.7	44.7,72.4
Total	15.2	31.0	18.6,46.9	17.0	29.9	19.2,43.4	32.2	30.4	59.4,78.2

*Frecuencia en miles

IC: Intervalo de confianza

Hipercolesterolemia

El 55.6% de la población adulta en Querétaro refirió que se realizó una prueba de determinación de colesterol y triglicéridos, 56.0% de las mujeres y 55.3% de los hombres. De esta población, 68.5% reportó haber tenido un resultado de colesterol normal y 31.5% un resultado elevado. El reporte de un resultado de colesterol elevado fue mayor en la población de 40 a 59 años (35.5%) y en la de 60 años o más (39.3%). Al estratificar por sexo, se observaron mayores porcentajes de población con colesterol alto en el grupo de 40 a 59 años (31.5% en hombres y 38.8% en mujeres) y en el de 60 años o más (38.8% en hombres y 39.6% en mujeres) (cuadro 4.19).

■ Cuadro 4.19

Porcentaje de adultos que reportan colesterol alto, a partir de una medición de colesterol. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupos de edad	Hombres					
	Frec.*	%	IC95%	Frec.*	%	IC95%
	ALTO			NORMAL		
20 a 39 años	42.6	28.5	19.7,39.1	107.1	71.6	60.9,80.3
40 a 59 años	48.1	31.5	24.1,39.9	104.5	68.5	60.1,75.9
60 años y más	24.6	38.8	27.4,51.5	38.9	61.2	48.5,72.6
Total	115.3	31.5	25.6,38.0	250.5	68.5	62.0,74.4
	Mujeres					
20 a 39 años	20.1	15.3	9.6,23.5	111.4	84.7	76.5,90.4
40 a 59 años	72.8	38.8	30.8,47.3	115.0	61.2	52.7,69.2
60 años y más	36.3	39.6	29.9,50.2	55.4	60.4	49.8,70.1
Total	129.2	31.4	26.5,36.8	281.8	68.6	63.2,73.5
	Total					
20 a 39 años	62.7	22.3	16.8,29.0	218.5	77.7	71.0,83.2
40 a 59 años	120.9	35.5	30.1,41.3	219.5	64.5	58.7,69.9
60 años y más	61.0	39.3	31.4,47.8	94.3	60.7	52.2,68.6
Total	244.5	31.5	27.6,35.6	532.3	68.5	64.4,72.4

*Frecuencia en miles
IC: Intervalo de confianza

Sintomatología depresiva de adolescentes y adultos

En los cuadros 4.20 y 4.21 se muestran los porcentajes de adolescentes^c y adultos (20 a 59 años) con un puntaje igual o mayor a 9 y adultos ≥ 60 años con un puntaje igual o mayor a 5 en la escala de sintomatología depresiva.^{9,10} El 5.7% de los adolescentes presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa. Esta prevalencia es de 7.2% para mujeres y de 4.1% en hombres. En relación con las prevalencias de tratamiento y en espe-

^c La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) de 20, 19, 12 y 10 ítem 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 adultos (≥ 9).

■ Cuadro 4.20

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

	Sintomatología depresiva			Diagnóstico de depresión			Adolescentes con diagnóstico de depresión por algún personal de salud que recibieron			Tratamiento de depresión en las últimas dos semanas		
	Expansión			Expansión			Expansión					
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	21.2	5.7	3,8,8.6	11.3	3.0	1,9,4.7	4.0	35.3*	15,3,62.4	1.8	15.8*	4,0,45.8
Sexo												
Hombre	7.4	4.1	2,2,7.4	3.7	2.1	0,8,5.0	1.7	45.3*	11,3,84.3	0.5	14.0*	1,7,60.5
Mujer	13.9	7.2	4,3,11.9	7.5	3.9	2,2,6.8	2.3	30.4*	10,6,61.7	1.3	16.7*	3,7,50.8
Edad												
10 a 14 años	6.9	3.5	1,9,6.4	1.7	0.9	0,3,2.4	0.5	31.9*	3,8,84.8	-	-	-
15 a 19 años	14.3	8.1	4,6,13.9	9.6	5.4	3,3,8.8	3.4	35.9*	14,2,65.4	1.8	18.6*	5,3,48.0
Área												
Urbana	17.9	7.0	4,4,11.1	6.8	2.7	1,5,4.8	2.3	34.3*	11,9,66.8	1.4	21.1*	3,7,65.1
Rural	3.4	2.8	1,4,5.9	4.5	3.8	2,0,7.1	1.7	36.9*	8,1,79.5	0.4	7.8*	0,5,57.7

* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas
IC: Intervalo de confianza

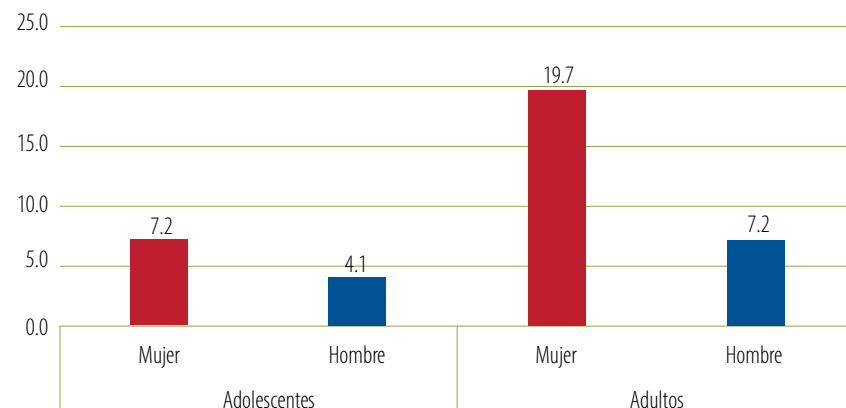
cífico tratamiento para sintomatología depresiva en las dos últimas semanas a nivel estatal, el 35.3 y 15.8% de los adolescentes cuentan con tratamiento y en específico tratamiento en las dos últimas semanas, respectivamente.

Mientras que en adultos el 13.8% presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa, con el 19.7 y 7.2%, para mujeres y hombres, respectivamente. Adicionalmente, el 12.8% de los adultos que viven en área urbana presentan sintomatología depresiva, mientras los adultos de zonas rurales reportan 16.5%.

En general a nivel estatal, la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres adolescentes y adultas es aproximadamente 1.8 y 2.7 veces más que entre los hombres adolescentes y adultos (figura 4.13).

Funcionamiento y discapacidad en adultos/as

El cuadro 4.22 presenta el porcentaje de adultos/as con dificultades severas del funcionamiento. A nivel estatal la prevalencia de dificultades severas



■ Cuadro 4.21

Prevalencia de sintomatología depresiva en adultos. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Sintomatología depresiva		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	194.6	13.8	11,6,16.4
Sexo			
Hombre	48.2	7.2	5,5,9.5
Mujer	146.4	19.7	16,3,23.7
Área			
Urbana	132.0	12.8	10,5,15.6
Rural	62.7	16.5	11,7,22.8

Sintomatología depresiva ≥ 9 para adultos de 20 a 59 años y ≥ 5 para adultos ≥ 60 años
IC: Intervalo de confianza

■ Figura 4.13

Prevalencia de sintomatología depresiva en hombres y mujeres adolescentes y adultos. Querétaro, México, Ensanut 2018

■ **Cuadro 4.22**
Distribución porcentual de dificultades severas de funcionamiento para adultos/as. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Vista			Audición			Caminar			Cognición			Autocuidado			Comunicación			Dificultad del funcionamiento en al menos un dominio		
	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%
Estatal	20.3	1.4	0.9,2.2	13.0	0.9	0.5,1.6	48.2	3.4	2.4,4.9	17.4	1.2	0.8,2.0	7.5	0.5	0.3,1.1	-	-	-	75.9	5.4	4.1,7.1
Sexo																					
Hombre	6.2	0.9	0.4,2.0	5.6	0.8	0.4,1.7	14.7	2.2	1.3,3.6	4.8	0.7	0.3,1.8	1.5	0.2	0.1,0.9	-	-	-	22.8	3.4	2.2,5.2
Mujer	14.1	1.9	1.2,3.0	7.4	1.0	0.4,2.2	33.5	4.5	2.9,6.9	12.6	1.7	0.9,3.0	6.0	0.8	0.4,1.8	-	-	-	53.1	7.2	5.2,9.8
Área																					
Urbana	10.6	1.0	0.6,1.8	10.4	1.0	0.5,1.9	30.4	2.9	1.8,4.7	13.8	1.3	0.8,2.3	2.9	0.3	0.1,0.9	-	-	-	52.1	5.1	3.6,7.0
Rural	9.6	2.5	1.3,5.0	2.6	0.7	0.3,1.7	17.8	4.7	2.6,8.4	3.6	1.0	0.3,2.6	4.6	1.2	0.4,3.2	-	-	-	23.8	6.3	3.8,10.1

IC: Intervalo de confianza

del funcionamiento en hombres es de 3.4% y para mujeres es de 7.2%. En relación al área de residencia, los adultos/as residentes del área urbana tienen una prevalencia de dificultades severas del funcionamiento de 5.1%; mientras que los adultos/as residentes del área rural presentan una prevalencia de 6.3%.

Conclusiones

En Querétaro, las coberturas de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos de 20 a 39 años y contra tétanos y difteria en adultos de 20 a 59 años están por debajo de la meta de nivel óptimo de 95%. Es necesario promover el cumplimiento de las acciones de prevención en este grupo de edad, así como el acceso y llenado de la CNS. Es importante reforzar las acciones de prevención en los servicios de salud con el fin de aumentar las coberturas por biológico y esquema completo en esta población.

Los adultos de Querétaro tienen una prevalencia de consumo de tabaco fumado de 19.7% y de cigarrillos electrónicos de 2.5%. Al igual que en otras encuestas nacionales^{11,12} y globales,¹³ estos hallazgos confirman el problema de salud pública a nivel estatal y nacional, las autoridades locales deben cumplir con lo establecido en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS)¹⁴ y la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en México.¹⁵

En Querétaro, tienen un patrón de consumo de alcohol diario y mensual de 2.5 y 8.2% respectivamente. Al igual que en otras encuestas nacionales^{16,17} y globales,¹⁸ 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 Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol¹⁹ y la Ley General de Salud en México.²⁰

De los resultados sobre salud sexual de hombres y mujeres adultos de 20 a 49 años de edad de Querétaro destacar que un considerable porcentaje de esta población no usó método anticonceptivo en la primera relación sexual, cifra que es aún más elevada 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 de importancia que las personas le dan a su comportamiento sexual, y a la prevención de ITS.

Respecto a la salud reproductiva, 79.7% de las mujeres de este grupo etario alguna vez han estado embarazadas. 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 realiza a todas las mujeres.

La atención del parto fue realizada 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 han incrementado respecto a las de urgencia en esta entidad federativa, 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.

El porcentaje de los adultos de 20 años y más que acudieron a realizarse alguna prueba de detección de cáncer cervicouterino (Papanicolaou), diabetes e hipertensión arterial en el año previo (34.1, 22.8 y 25.6%, respectivamente), disminuyó significativamente en Querétaro, en comparación con los resultados obtenidos con la Ensanut 2012 (41.4, 25.7 y 29.3%, respectivamente).

La prevalencia de hipertensión arterial, por diagnóstico médico previo en esta población aumentó (18%) y la de diabetes (7.5%) no presentó cambios a la observada en la Ensanut 2012 (15.6 y 7.5%, respectivamente).

El porcentaje de los adultos con diagnóstico médico previo de diabetes en Querétaro, a los que se les realizó en los últimos 12 meses, al menos: una determinación de hemoglobina glucosilada, una prueba de microalbuminuria, una revisión de pies, sigue siendo bajo (25.9, 26.8 y 30.4%, respectivamente).

El 55.6% de la población adulta de Querétaro se les realizó alguna vez una prueba de determinación de colesterol, 31.5% de ellos, tuvieron niveles altos.

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.²¹ Por lo anterior es de suma relevancia conocer las prevalencias poblacionales indicativas de depresión. La prevalencia de sintomatología depresiva, sugestiva de depresión moderada o severa, se presenta en el 5.7% de los adolescentes, mientras que en adultos se presenta en el 13.8%. Independientemente de la edad, la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor en mujeres.

Las dificultades en el funcionamiento, aunado a la ausencia de un entorno adaptado, pondría a estas personas en mayor riesgo de tener 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 de funcionamiento en al menos un ámbito corresponde a 5.4%.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Salud Sexual. Ginebra: OMS, 2015 [citado septiembre 25, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
2. Naciones Unidas. World population prospects: The 2012 Revision. Nueva York: NU, 2013.
3. 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. Ginebra: OMS, 2004.
4. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. Ciudad de México: SS, 2001. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>
5. 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/>
6. Welti C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles Poblac. 2005;45(11):143-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300007&lng=es&nrm=iso
7. Organización Mundial de la Salud. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;2(8452):436-7.
8. 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. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación, 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
9. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez- Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. 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.
10. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo GI, 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.
11. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México: INPRFM, 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gik7qz/view>
12. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS, 2017. Disponible en: <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
13. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Mexico, Behavioral Risk, Smoking. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
14. OMS. El Convenio Marco para el Control del Tabaco. Disponible en: https://www.who.int/fctc/text_download/es/
15. Diario Oficial de la Federación. Ley General para el Control de Tabaco en México. México: DOF, 2018. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_150618.pdf
16. 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. Ciudad de México: INPRFM, 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
17. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
18. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Mexico, Behavioral Risk, Alcohol Use. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
19. Organización Mundial de la Salud. La Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. Ginebra 2010. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalsstrategies.pdf
20. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud México. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_241218.pdf
21. Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar A. Depression in adolescence. Lancet. 2012;379(9820):1056-67.

Nutrición

Metodología

Programas de ayuda alimentaria

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.

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 a la 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.¹

Asimismo, la ELCSA ha sido integrada a la Ensanut 2012, 2016 y 2018, 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 dos opciones de respuesta “sí” o “no”, dirigidas al jefe o la 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.² La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías, dependiendo del número de respuestas positivas que se den a las preguntas, 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).

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.³

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

■ Cuadro A

Criterios utilizados para categorizar seguridad e inseguridad alimentaria

■ Cuadro B

Dimensión que mide cada pregunta de la escala de seguridad alimentaria

Pregunta	Dimensión que mide la pregunta	Categoría de inseguridad alimentaria
Preocupación porque los alimentos se acabarán	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	Inseguridad severa
Menores quedan sin un tiempo de comida	Hambre	
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	

Fuente: Adaptado de referencia⁴

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.^{5,6}

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.⁷ Los índices antropométricos fueron transformados a puntajes Z usando la norma de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006.⁸

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) ($\text{IMC}=\text{kg}/\text{m}^2$) 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),⁹ y a los escolares y adolescentes con puntajes Z superiores a +1 y hasta +2 DE para sobrepeso y +2 DE para obesidad.¹⁰ 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 Ensanut 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 IMC y se clasificó de acuerdo con los criterios de la OMS: desnutrición (<18.5 kg/m^2), normal (de 18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (de 25.0 a 29.9 kg/m^2) y obesidad ($\geq 30.0 \text{ kg}/\text{m}^2$). En el análisis estadístico sólo se incluyeron los valores de IMC entre 10 y 58 kg/m^2 y valores de talla ≥ 1.30 m. Las mujeres embarazadas fueron excluidas del análisis. Para evaluar las tendencias en las categorías del estado nutricional, se compararon los resultados de la Ensanut 2012 y la Ensanut 2018.

Hipertensión arterial

La medición de la tensión arterial (TA) se realizó utilizando el esfigmomanómetro digital Omron HEM-907 XL, siguiendo el protocolo recomendado por la *American Heart Association*.¹¹ 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 la Ensanut 2018.

Actividad física

Para generar los indicadores de actividad física y sedentarismo en niños de 10 a 14 años, se utilizaron cinco preguntas previamente validadas.¹² Se interrogó sobre las horas que pasan 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).¹³ 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, siete 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).^{14,15} 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 siete 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 (de 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.¹⁶ Finalmente se describió la media de tiempo que pasan sentados al día 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.¹⁷ En consecuencia, se merma la capacidad para transportar oxígeno a las células que lo requieran, afectando las funciones fisiológicas a 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.¹⁸⁻²⁰

La determinación de hemoglobina, en la presente encuesta, se realizó mediante el análisis de muestras de sangre capilar obtenidas del dedo anular izquierdo, y se empleó el fotómetro portátil HemoCue (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.²¹

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.²²

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).¹⁷

Estos mismos criterios se aplicaron en la Ensanut 2012, con el fin de tener comparaciones válidas con la presente Ensanut 2018. El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico Stata versión 14 College Station, TX: StataCorp LP.

Los cuadros que hacen referencia a las prevalencias de anemia correspondientes a la Ensanut 2018 se presentan estratificados por área urbana y rural, para cada grupo de edad.

■ Cuadro C

Puntos de corte sugeridos por la OMS para clasificar anemia

Grupo de población	Grupo de edad	Punto de corte par 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

Fuente: Organización Mundial de la Salud.¹⁷

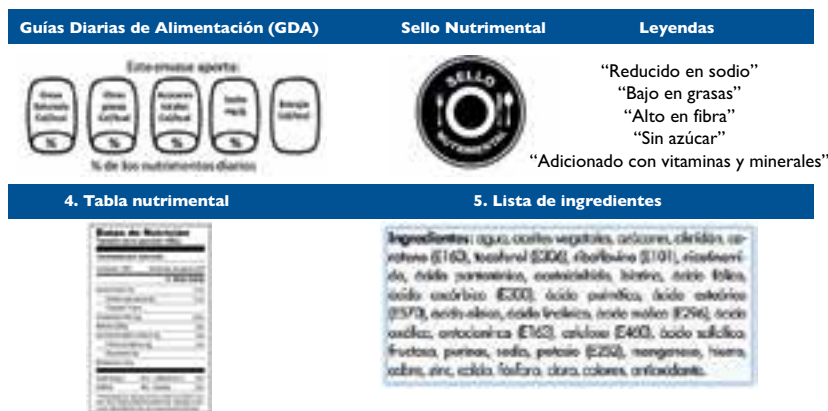
Etiquetado nutrimental de alimentos empacados y bebidas embotelladas

Se obtuvo información a través de un cuestionario semiestructurado, previamente validado y piloteado en población, de diferentes estratos socioeconómicos, grupos de edad y regiones del país²³⁻²⁵ 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 A, se encuentran las diferentes etiquetas que pueden estar presentes en el empaque de un producto industrializado. Se excluyeron a las personas analfabetas debido a que la comprensión de la información que contiene el etiquetado nutrimental actual requiere que la persona sepa leer.



■ **Figura A**

Tipos de etiquetas que puede presentar un producto industrializado

Concentraciones de plomo en sangre y uso de barro vidriado con plomo

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. 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, por lo que ocasiona múltiples efectos adversos en la salud y desarrollo del recién nacido.²⁶⁻²⁸

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 determi-

na 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 en función de la protección a la salud de niños menores de 15 años y mujeres embarazadas en población general, no expuesta ocupacionalmente.²⁹ 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.^{30,31} Una vez que ha ingresado al organismo, la vida media del PbS varía entre uno y dos meses,³² por este motivo el análisis de frecuencia de uso de LBVPb se presenta en las siguientes categorías: 1) “Nunca” si no se utilizó o en caso de haberlo hecho, ocurrió hace más de tres meses y 2) “Frecuente” si se utilizó al menos una vez por semana en los últimos tres meses.

Puesto que la Ensanut 2018 es la primera encuesta de salud con representatividad estatal que mide un biomarcador de salud ambiental, en este caso, concentración de PbS, se presenta únicamente la información transversal que fue colectada en 2018 y que podrá considerarse como punto de referencia para futuras mediciones.

Desarrollo Infantil Temprano

El cuestionario de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) de la Ensanut 2018 busca generar información detallada mediante la creación de indicadores que demuestren diferentes aspectos del desarrollo infantil y educación en niños/as menores de cinco años, así como de sintomatología depresiva en las madres de los mismos. Con la información obtenida, se podrá contar con evidencia científica útil para abogar por el respeto a los derechos infantiles, además de medir los avances logrados, así como los retos y brechas por superar. Lo anterior se plantea que ocurra a través de la generación de evidencia científica que refuerza el diseño institucional y programático de programas de apoyo social y servicios de salud. También se propone que suceda al promover el incremento en la inversión pública en la infancia. Asimismo, los datos arrojados por el Módulo de DIT ofrecerán la posibilidad de evidenciar inequidades regionales y de diversos sectores de la población. Los resultados del Módulo de DIT son una oportunidad para vigilar, monitorear y mejorar la calidad de vida de los niños/as menores de cinco años.

Información dietética

La información sobre dieta se obtuvo al utilizar 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 ENN 1999.³³ Dicho cuestionario fue previamente validado para la estimación de ingesta de energía y nutrimentos en población mexi-

cana.³⁴ 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).

También, 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 tres 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 sola, 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 siete 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 D).³⁵

Limpieza de datos

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 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 área y región. Se imputó la media de consumo por grupo de edad, sexo, área 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 el percentil 99 de la distribución de consumo para cada alimento, grupo de edad, área, 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 a 95%. El análisis estadístico consideró el diseño de la encuesta, con el módulo SVY del paquete estadístico Stata, versión 14.2.

■ Cuadro D

Clasificación de alimentos y bebidas en grupos de alimentos de relevancia

Grupo de alimentos	Alimentos
Frutas	Grupos recomendables para consumo cotidiano
	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
	Chayote
	Chile poblano
	Chile seco promedio
	Col
	Ejotes
	Elote
	Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites)
	Jitomate
	Lechuga
	Nopales
	Pepino
	Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli, coliflor, ejotes
	Verduras envasadas como chícharo, zanahoria, champiñones y ejotes
	Zanahoria
Leguminosas	Frijoles de la olla caseros
	Frijoles refritos caseros
	Frijoles envasados o de lata: de la olla
	Frijoles envasados o de lata: refritos
	Lenteja, garbanzo, haba amarilla o alubia
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 (hígado o molleja)
	Pollo (pierna, muslo, pechuga chica)
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	Antojitos con vegetales como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas (no tacos): fritos
	Antojitos con res, cerdo, pollo, vísceras, etc., como tacos, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, gorditas: fritos

	Hamburguesa
	Hot dog
	Pizza
	Tamal (todo tipo)
Botanas, dulces y postres	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

Resultados

Programas de ayuda alimentaria

Se obtuvo información de 1 372 hogares, los cuales representan a 553 960 hogares, después de aplicar factores de expansión.

En Querétaro, 177 889 hogares (32.1%) informaron recibir apoyo de uno o más programas sociales enfocados a la alimentación, incluyendo distribución de alimentos o suplementos, acceso a servicios de alimentación, o bien, apoyos económicos. De los cuales, 18.2% fueron beneficiarios de un programa, 7.6% de dos programas y 6.3% de tres o más programas.

Los programas sociales con mayor cobertura fueron el Programa de Apoyos monetarios para adultos mayores y el Programa *Prospera*, Programa de inclusión social con 12% y el Programa de Desayunos Escolares del DIF con 11.7%. Por otro lado, se observó que los programas que beneficiaron a un menor porcentaje de hogares en el estado fueron los Comedores comunitarios de Sedesol y los apoyos alimentarios provenientes de las ONG (0.4 y 0.2%, respectivamente).

En el cuadro 5.1 se puede apreciar la cobertura de los programas sociales de alimentación en el estado de Querétaro.

■ Cuadro 5.1

Porcentaje de hogares beneficiarios de programas de ayuda alimentaria. Querétaro, México, Ensanut 2018

Programas de Desarrollo Social	Muestra		Expansión		
	Ensanut 2018	n	N (miles)	%	IC 95%
<i>Prospera</i> Programa de inclusión social		1 372	554.0	12.0	9,6,14,8
Programa social de abasto de leche Liconsa		1 372	554.0	8.2	6,1,10,8
Apoyos monetarios para adultos mayores		379	147.7	12.9	10,16,4
Desayunos para escolares (fríos o calientes) DIF		772	315.7	11.7	9,1,14,9
Alimentos del programa DIF		1 372	554.0	7.3	5,5,9,5
Escuelas de tiempo completo de la SEP		694	282.9	2.7	1,4,4,8
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF		1 370	553.1	0.8	0,4,1,4
Estancias infantiles para madres trabajadoras de Sedesol		359	149.0	0.6	0,2,1,9
Comedores comunitarios del DIF		1 370	553.1	0.4	0,1,1,1
Apoyo de las ONG		1 372	554.0	0.2	0,0,7
Apoyo alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas		694	282.9	-	-
Ensanut 2012					
<i>Prospera</i> Programa de inclusión social (Antes <i>Oportunidades</i>)		1 187	467.3	17.3	14,4, 20,5
Programa social de abasto de leche Liconsa		1 187	467.3	5.3	3,5, 7,2
Apoyos monetarios para adultos mayores		544	212.5	7.1	5,4, 11,2
Desayunos para escolares (fríos o calientes) DIF		728	277.3	14.9	11,3, 19,2
Alimentos del programa DIF		1 186	467.1	4.8	3,4, 6,4
Escuelas de tiempo completo de la SEP*		-	-	-	-
Cocinas o desayunadores comunitarios del DIF		1 186	467.1	3.4	2,4, 4,5
Estancias infantiles para madres trabajadoras de Sedesol*		-	-	-	-
Comedores comunitarios de Sedesol*		-	-	-	-
Apoyo de las ONG		1 187	467.3	0.5	0,2, 1,2
Apoyo alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas		728	277.3	0.8	0,3, 1,8

*Algunos programas evaluados en 2018 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

IC: Intervalo de confianza

Seguridad alimentaria

En esta sección se presentan los resultados del análisis sobre la experiencia de seguridad e inseguridad alimentaria de 1 356 hogares. Estos datos representaron a 548 338 hogares de Querétaro.

En el ámbito estatal, la prevalencia de inseguridad alimentaria, en cualquiera de sus categorías, fue de 44.4%: 29.3% en inseguridad leve, 9.8% en inseguridad moderada y 5.3% en inseguridad severa.

Al aplicar factores de expansión, esta información representó a 243 665 hogares con algún grado de inseguridad alimentaria. Desagregando la información por área de residencia, se observó una tendencia hacia una mayor proporción de hogares en inseguridad alimentaria en las áreas rurales (54.2%: 37.4% en inseguridad leve, 10.2% en moderada y 6.5% en severa) en contraste con las áreas urbanas (39.7%: 25.4% en inseguridad leve, 9.6% en moderada y 4.6% en severa) (cuadro 5.2).

■ Cuadro 5.2

Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria, por tipo de localidad. Querétaro, México, Ensanut 2018

Área	Seguridad alimentaria				Inseguridad leve				Inseguridad moderada				Inseguridad severa			
	n	Expansión			n	Expansión			n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	575	222.0	60.3	57.1,63.4	249	93.5	25.4	22.6,28.3	96	35.5	9.6	7.9,11.6	47	17.0	4.6	3.5,6
Rural	180	82.7	45.8	39.2,52.5	142	67.5	37.4	30.6,44.7	42	18.5	10.2	6.9,14.7	25	11.8	6.5	4.7,8.8
Estatal	755	304.7	55.6	52.4,58.6	391	160.9	29.3	26.3,32.5	138	53.9	9.8	8.2,11.7	72	28.8	5.3	4.2,6.4

IC: Intervalo de confianza

En el cuadro 5.3, se describen las prevalencias comparativas de seguridad/ inseguridad alimentaria de los hogares de acuerdo con los años de encuesta (2012 y 2018). Resalta que, en el transcurso de seis años, la inseguridad alimentaria en cualquiera de sus categorías disminuyó 16.7 puntos porcentuales (pp) y con lo que respecta particularmente a las formas más graves de inseguridad (moderada y severa), la prevalencia disminuyó 5.1 pp en el estado.

■ Cuadro 5.3

Proporción de hogares en las categorías de seguridad o inseguridad alimentaria, por tipo de localidad. Querétaro, México, Ensanut 2018

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	399	180.8	38.9	34.0,43.9	551	190.4	40.9	37.2,44.6	214	58.4	14.9	12.7,17.3	74	24.8	5.3	4.0,7.0
2018	755	304.7	55.6	52.4,58.6	391	160.9	29.3	26.3,32.5	138	53.9	9.8	8.2,11.7	72	28.8	5.3	4.2,6.4

IC: Intervalo de confianza

Niños y niñas menores de 5 años

Desnutrición

La Ensanut incluye cuatro dominios de estudio definidos por cuatro regiones del país. Las regiones se definen de la siguiente manera. **Norte:** Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas. **Centro:** Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro y resto del Estado de México. **Cd. de México:** Ciudad de México y municipios conurbados del Estado de México. **Sur:** Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán. En el estado de Querétaro se analizaron datos de 115 niños y niñas menores de cinco años que, al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 166 030 niños.

El cuadro 5.4 muestra la prevalencia de los diferentes tipos de desnutrición en la población menor de cinco años de edad en 2012 y para la información obtenida en 2018.

Del total de menores de cinco años evaluados en 2018, 11.1% presentó baja talla y 2.6% bajo peso. En 2012, estas prevalencias representaron 11.8, 4.0 y 1.4%, respectivamente.

Las prevalencias de la región centro a la que pertenece el estado de Querétaro, fueron de 16.3% para baja talla, 6.3% bajo peso y 1.6% para emaciación (datos no mostrados).

■ Cuadro 5.4

Comparativo de la prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en población menor de 5 años en Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Categoría/ Condición	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Estatal								
Bajo peso	9	7.0	4.0	1.6,9.9	3	4.3	2.6	0.5,12.5
Baja talla	37	20.6	11.8	7.8,17.7	12	18.4	11.1	5.9,19.9
Emaciación	5	2.5	1.4	0.6,3.5	0	0.0	0.0	**
Sobrepeso y obesidad	25	12.7	7.3	4.9,10.8	7	6.0	3.6	1.9,6.9

IC: Intervalo de confianza

Sobrepeso y obesidad en menores de 5 años

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en los menores de cinco años en el estado de Querétaro en 2018 fue de 3.6% (cuadro 5.4). Con respecto al 2012 la prevalencia fue de 7.3%.

La prevalencia de sobrepeso más obesidad de la región centro a la que pertenece el estado de Querétaro fue de 9.3% (datos no mostrados).

Sobrepeso y obesidad en niños de edad escolar (5-11 años)

Se analizaron datos de 161 niños y niñas en edad escolar que, al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 181 867 individuos. Para el sexo masculino se analizaron 80 observaciones, representativas de 90 837 niños, y para el femenino 81 observaciones, representativas de 91 030 niñas.

El cuadro 5.5 presenta prevalencias de sobrepeso y obesidad, y la suma de estas dos condiciones para el ámbito estatal y por sexo y su comparación con 2012.

En 2018 las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron 23.4 y 10.8% respectivamente (suma de sobrepeso y obesidad, 34.3%). En 2012, 19.6% presentaron sobrepeso y 12.7% obesidad.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, en el ámbito nacional para 2018 se ubicó en 18.1 y 17.5%, respectivamente; la suma de ambas condiciones fue de 35.6% (datos no mostrados).

■ Cuadro 5.5

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad en población de 5 a 11 años, por sexo. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Categoría	Condición	Ensanut 2012				Ensanut 2018				
		Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			
			N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%	
Estatal	Sobrepeso	100	54.4	19.6	15.4,24.7	31	42.6	23.4	16.8,31.5	
	Obesidad	61	35.0	12.7	9.4,16.8	21	19.7	10.8	6.0,18.5	
	SP+O	161	89.4	32.3	26.5,38.7	52	62.3	34.3	26.0,43.5	
Sexo	MASCULINO									
	Sobrepeso	52	28.4	20.7	15.1,27.7	14	19.3	21.2	13.0,32.6	
	Obesidad	38	21.8	15.9	10.9,22.5	13	14.5	16.0	7.8,29.7	
	SP+O	90	50.1	36.6	28.7,45.3	27	33.8	37.2	25.3,50.7	
	FEMENINO									
	Sobrepeso	48	26.0	18.6	13.4,25.2	17	23.3	25.6	15.8,38.7	
	Obesidad	23	13.3	9.5	6.4,13.8	8	5.2	5.7	2.9,10.7	
	SP+O	71	39.3	28.1	22.0,35.1	25	28.5	31.3	21.4,43.2	

SP+O: sumatoria de la prevalencia de sobrepeso más obesidad
IC: Intervalo de confianza

Anemia

Niños de 1 a 4 años

Se obtuvo información de sangre capilar en 93 niños de 1 a 4 años de edad, que representaron a 131 062 niños preescolares. Por área, el tamaño de muestra fue de 39 en la zona urbana que representaron a 87 586 niños, y de 54 en la zona rural, que representaron a 43 476 niños.

La prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años de edad de Querétaro en 2018 fue de 34.5% (IC95% 20.7,51.4), que representaron a 45 188 niños con anemia, en comparación con 23.5% (IC95% 17.9,30.0) reportada en 2012 (cuadro 5.6). La prevalencia nacional de anemia para este grupo de edad fue de 31.1% (IC95% 28.6,33.16).

Por área, los niños de 1 a 4 años habitantes del área rural (30.3%) tuvieron una tendencia de menor prevalencia de anemia en comparación con los del área urbana (36.6%). Estas prevalencias representaron a 13 168 niños de 1 a 4 años con anemia de la zona rural y de 32 019 niños con anemia de la zona urbana (cuadro 5.6).

Al comparar los datos de anemia 2018 con la Ensanut 2012, en zonas urbanas la prevalencia tendió a un aumento de 12.2 puntos porcentuales (pp), y de 8.3 pp en zonas rurales. Debido al tamaño de muestra de ambas encuestas, no hubo suficiente poder estadístico para establecer si los cambios antes descritos de la prevalencia de anemia fueron significativos, por lo que los datos deberán ser interpretados con cautela.

■ Cuadro 5.6

Comparativo de la prevalencia estatal de anemia en niños de 1 a 4 años, por área urbana y rural. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Área	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	137	89.8	24.4	17.0 , 33.5	39	87.6	36.6	18.3,59.7
Rural	124	55.3	22.0	14.3 , 32.1	54	43.5	30.3	15.6,50.5
Estatad	261	145.1	23.5	17.9 , 30.0	93	131.1	34.5	20.7,51.4

IC: Intervalo de confianza

Niños en edad escolar (5-11 años)

Se analizaron datos de sangre capilar en 147 niños de 5 a 11 años, que representaron a 181 865 niños escolares. Por área, el tamaño de muestra fue de 67 niños escolares de la zona urbana que representaron a 110 187 niños y de 80 niños escolares de la zona rural que representaron a 71 678 niños.

La prevalencia de anemia en los niños en edad escolar de Querétaro fue del 16.6% (IC95% 11.3,23.5) representando a 30 107 niños con anemia (cuadro 5.7). La prevalencia nacional de anemia para este grupo de edad fue de 21.2% (IC95% 19.6,23.0).

Por área, se observó una tendencia mayor en la prevalencia de anemia en niños escolares del área rural en comparación con los del área urbana. El 15.5% de los escolares de la zona urbana y 18.2% de la zona rural tuvieron anemia. Estas prevalencias representaron a 17 069 niños escolares de la zona urbana y 13 038 escolares de la zona rural con anemia (cuadro 5.7).

Al comparar los datos de anemia en los escolares de 2012 con la Ensanut 2012, se observó un aumento de 10.0 pp en la prevalencia de anemia de 2018 en Querétaro, siendo este cambio mayor en el área rural (12.1 pp) que en el área urbana (8.6 pp).

Cabe señalar que, debido al tamaño de muestra de ambas encuestas, no hubo suficiente poder estadístico para establecer si los cambios en las prevalencias de anemia antes descritos fueron significativos, por lo que los datos deberán ser interpretados con cautela.

■ Cuadro 5.7

Comparativo de la prevalencia estatal de anemia en niños de 5 a 11 años, por área urbana y rural. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Área	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	253	180.5	6.9	3.5, 12.9	67	110.2	15.5	9.1,25.0
Rural	242	100.4	6.1	3.7, 9.7	80	71.7	18.2	10.5,29.7
Estatal	495	280.9	6.6	4.1, 10.3	147	181.9	16.6	11.3,23.5

IC: Intervalo de confianza

Concentraciones de plomo en sangre y uso de barro vidriado con plomo

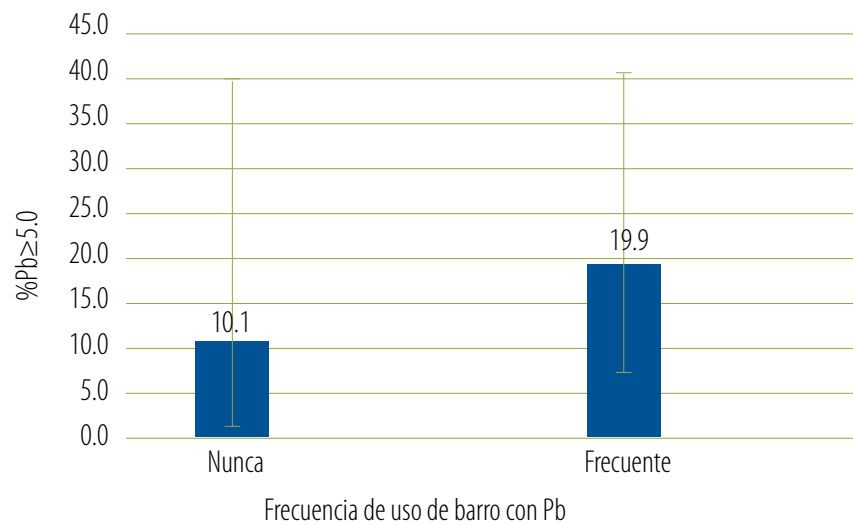
Se obtuvieron mediciones de PbS capilar en 94 menores entre 1 y 4 años de edad, los cuales representan a 119 872 niños del estado. El rango de concentraciones de PbS fue de 3.3 (límite inferior de detección) a 7.9 µg/dL. La prevalencia estatal de concentraciones elevadas fue 9.48%, lo que representa 11 364 de niños y niñas que exceden el valor indicado por la Norma Oficial Mexicana vigente;³⁶ y 29.83% tuvo concentraciones “Moderadas”. No se registraron concentraciones por arriba de los 10 µg/dL / ≥25 µg/dL. La prevalencia de concentraciones elevadas en las zonas urbanas fue de 9.95% (IC95%: 2.7,30.53) y en las zonas rurales de 8.65% (IC95%: 3.2,21.36).

El 55.4% de los participantes reportó haber utilizado LBVPb en los tres meses previos a la encuesta. Del total representado en la muestra, se estima que 63 603 menores entre 1 y 4 años viven en hogares en donde se usó LBVPb en los últimos tres meses.

Las diferencias en los niveles de PbS de acuerdo con el uso de LBVPb no fueron significativas ($p=0.72$). El 19.88% de los menores en cuyos hogares reportaron usar frecuentemente LBVPb en los últimos tres meses tuvieron concentraciones de $PbS \geq 5 \mu\text{g/dL}$ comparado con 10.1% en aquéllos que reportaron nunca usarlo o haberlo hecho a más de tres meses de la entrevista (figura 5.1). En las zonas rurales, estos porcentajes son 21% para quienes usaron LBVPb en los últimos tres meses y 4.39% para quienes no lo usaron; y en las zonas urbanas, los porcentajes son 18.97 y 13.13%, respectivamente.

Figura 5.1

Querétaro. Prevalencia estatal de concentraciones elevadas de Pb en sangre ($\geq 5.0 \mu\text{g/dL}$) por frecuencia de uso de barro vidriado con Pb. Querétaro, México, Ensanut 2018



Cuadro 5.8

Promedio de consultas del niño sano en niños/as menores de 5 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Media	IC95%
Nacional	2.6	2.5,2.8
Querétaro	3.2	2.4,4.1

IC: Intervalo de confianza

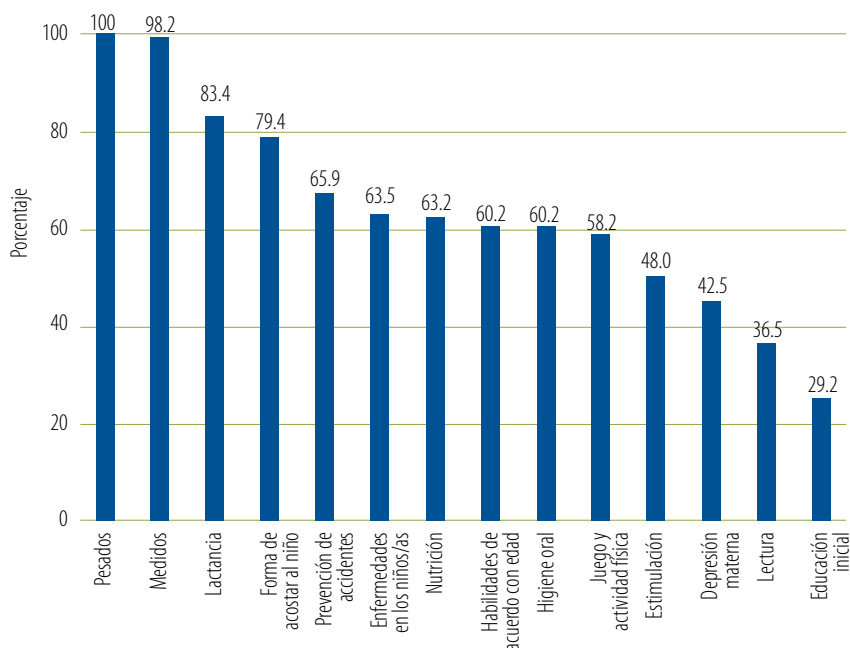
Desarrollo Infantil Temprano

Cobertura y contenido de atención a niño sano

El cuadro 5.8 presenta el promedio de consultas del niño sano a las que los niños y niñas han asistido. El promedio de consultas del niño sano a las que acudieron los niños/as menores de cinco años es de 3.2. Mientras que a nivel nacional el promedio es de 2.6.

Como parte de la consulta del niño sano, la gran mayoría de los niños/as que asistieron a consulta de niño sano fueron pesados 100% y medidos 98.2%. En la figura 5.2 se presenta la consejería que recibieron las madres en la consulta de niño sano sobre: lactancia 83.4%, la forma de acostar al niño/a 79.4%, nutrición 63.2%, higiene oral 60.2% y enfermedades en los niños/as 63.5%.

Adicionalmente las madres recibieron consejería sobre prevención de accidentes 65.9%, juego y actividad física 58.2%, habilidades del niño/a de acuerdo con su edad 60.2%, educación inicial 29.2%, estimulación 48.0%, lectura 36.5% y depresión materna 42.5%.



■ Figura 5.2

Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niños/as menores de 5 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

En relación con la evaluación de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) para el grupo etario, 10.1% de los niños/as tiene el antecedente de al menos una evaluación de 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), 90.1% recibió un resultado de desarrollo adecuado (semáforo verde), 1.9% recibió un resultado de desarrollo no adecuado (semáforo amarillo), mientras que 8.0% recibió un resultado de problemas importantes en el desarrollo (semáforo rojo) (cuadro 5.9).

■ Cuadro 5.9

Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niños/as menores de 5 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Evaluación de DIT	1 670.5	17.3	15.6,19.1	16.2	10.1	4.9,19.6
Resultados de evaluación de DIT						
Desarrollo adecuado (semáforo verde)	893.8	89.4	85.6,92.3	9.9	90.1*	61.1,98.2
Desarrollo no adecuado (semáforo amarillo)	77.3	7.7	5.1,11.7	0.2	1.9*	0.3,11.7
Problemas importantes del desarrollo (semáforo rojo)	27.2	2.7	1.9,3.8	0.9	8.0*	1.0,41.6

*Porcentajes obtenidos con menos de 25 observaciones

IC: Intervalo de confianza

Educación temprana

A nivel estatal, la asistencia de niños/as de 0 a 35 meses a algún programa de cuidado o educación inicial es de 5.3%. Considerando que la asistencia a preescolar en México es obligatoria a partir de los 36 meses, solamente 58.6% de los niños/as de 36 a 59 asiste a preescolar (cuadro 5.10).

En relación con la no asistencia a educación temprana, las principales razones por las que los niños/as de 0 a 35 meses no acuden a algún programa de cuidado o educación inicial son: Está mejor en casa, Está muy pequeño y No hay institución. Para los niños/as de 36 a 59 meses las principales razones por las que no asisten a preescolar son: Está muy pequeño, No tengo tiempo de llevarlo/a y Está mejor en casa (figuras 5.3 y 5.4).

■ Cuadro 5.10

Asistencia de niños/as menores de 5 años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Asistencia a programas de cuidado o educación inicial*	444.1	8.1	6.8,9.5	5.1	5.3	1.9,13.8
Asistencia a preescolar [†]	2 440.5	58.6	54.5,62.6	38.4	58.6	42.7,72.8

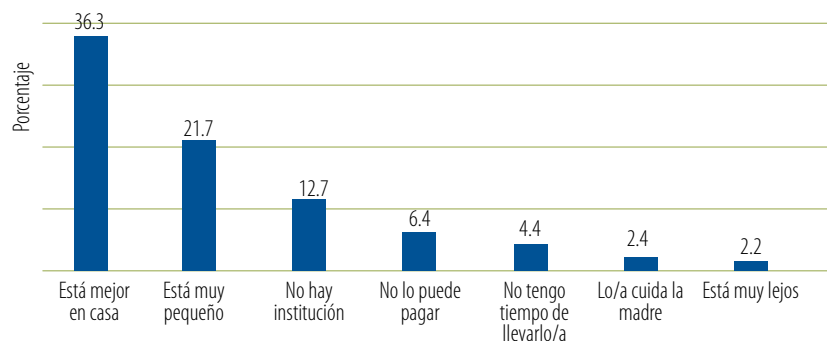
* Niños/as de 0 a 35 meses

[†] Niños/as de 36 a 59 meses

IC: Intervalo de confianza

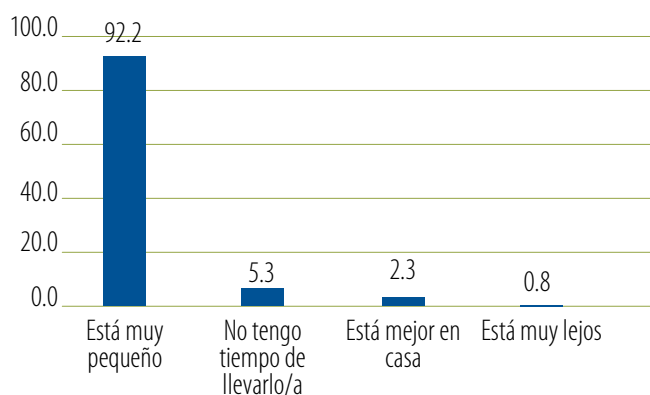
■ Figura 5.3

Razones por las que niños/as de 0 a 35 meses no asisten a servicios de cuidado/educación inicial durante la primera infancia. Querétaro, México, Ensanut 2018



■ Figura 5.4

Razones por las que los niños/as no asisten a preescolar durante la primera infancia. Querétaro, México, Ensanut 2018



Calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano en el hogar

El cuadro 5.11 presenta los indicadores relacionados con la calidad del contexto de Desarrollo Infantil Temprano y materiales de aprendizaje en el hogar. El 61.3% de los niños/as cuenta con apoyo al aprendizaje, entendido como el porcentaje de niños/as menores de cinco años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más en los tres días previos a la entrevista.

En el cuadro 5.11 se aprecia que una gran proporción de niños/as menores de cinco años no cuentan con libros infantiles en sus hogares (37.6%). En consecuencia, el porcentaje de niños/as con por lo menos tres libros infantiles en sus hogares es muy bajo (39.8%).

Con respecto al tipo de juguetes al que tienen acceso los niños/as menores de cinco años, 94.2% juegan con al menos dos tipos de juguetes. Los juguetes más usados son Juguetes de una tienda/manufacturados (97.1%) y Objetos del hogar (84.5%). El uso de juguetes electrónicos (cualquier dispositivo electrónico para jugar) en niños/as menores de cinco años es de (33.6%) (figura 5.5).

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Apoyo al aprendizaje*	6 777.6	70.2	68.1,72.2	98.5	61.3	50.4,71.1
3 libros [†]	2 724.6	28.2	26.2,30.3	64	39.8	29.4,51.2
10 libros [‡]	501.4	5.2	4.3,6.3	13.3	8.3	3.3,19.4
Sin libros [§]	4 449.3	46.1	43.8,48.3	60.4	37.6	27.7,48.7

*Niños/as menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más

[†]Niños/as menores de 5 años con al menos 3 libros infantiles en el hogar

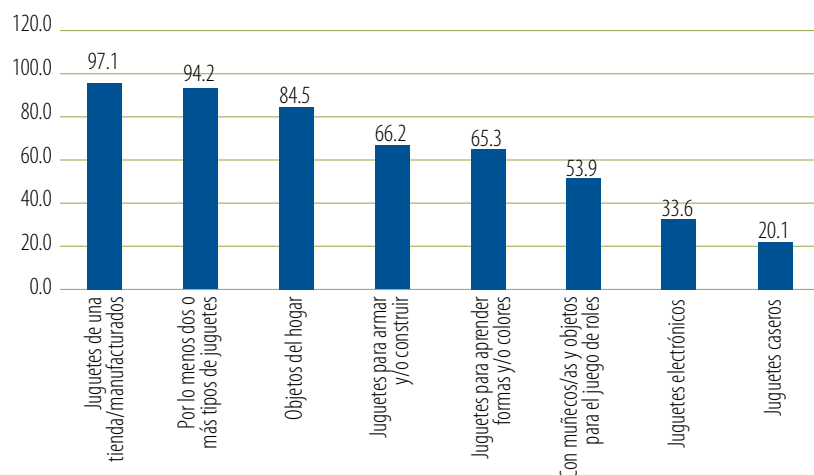
[‡]Niños/as menores de 5 años con al menos 10 libros infantiles en el hogar

[§]Niños/as menores de 5 años sin libros infantiles en el hogar

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 5.11

Actividades de aprendizaje y materiales de aprendizaje en niños/as menores de 5 años. Querétaro, México, Ensanut 2018



■ Figura 5.5

Tipos de juguetes y acceso a por lo menos dos tipos de juguetes en niños/as menores de 5 años. Querétaro, México, Ensanut 2018

Métodos de disciplina y cuidado inadecuado

En el Módulo DIT, 50.1% 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. El 40.4% de los niños/as menores de cinco años fueron sometidos a agresión psicológica y 37.3% 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 3.3% de los niños/as (cuadro 5.12).

■ Cuadro 5.12

Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niños/as menores de 5 años en el último mes. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Disciplina no violenta	3 317.8	34.8	32.7,37.1	64.9	40.4	29.5,52.3
Agresión psicológica	4 294.3	45.1	42.7,47.5	65.0	40.4	29.4,52.6
Cualquier castigo físico	3 726.9	39.1	36.7,41.6	60.0	37.3	27.2,48.6
Castigo físico severo	380.4	4.0	3.2,5.0	5.3	3.3	0.9,11.0
Cualquier método de disciplina violenta	5 333.5	56.0	53.5,58.4	80.6	50.1	37.8,62.4

IC: Intervalo de confianza

A pesar de que los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 5.13 revela que solamente 6.5% 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.

■ Cuadro 5.13

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

	Percepción hacia la disciplina		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	909.5	9.5	8.2,11.1
Querétaro	10.5	6.5	3.0,13.8

IC: Intervalo de confianza

Con relación al cuidado inadecuado, 1.9% de los niños/as menores de cinco años tuvieron cuidado inadecuado en la semana previa a la entrevista. El 1.6% fueron dejados solos en su hogar; mientras que 0.3% fueron dejados al cuidado de otro niño/a menor de 10 años en la semana previa a la entrevista (cuadro 5.14).

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos*	403.3	4.2	3,4,5.1	2.6	1.6	0,5,5.2
Niños/as menores de 5 años que fueron dejados al cuidado de otro menor*	336.4	3.5	2,9,4.2	0.5	0.3	0,0,2.3
Niños/as menores de 5 años con cuidado inadecuado	669.7	6.9	5,9,8.1	3.1	1.9	0,7,5.2

*Al menos una hora en la semana anterior a la encuesta
IC: Intervalo de confianza

Índice de Desarrollo Infantil Temprano

En el cuadro 5.15 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano en niños/as de 36 a 59 meses. Lo anterior, usando el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI, por sus siglas en inglés) de las encuestas de indicadores múltiples de UNICEF. A nivel estatal, 87.5% se están desarrollando a un ritmo adecuado.

	Nacional			Querétaro		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Alfabetización-conocimiento numéricos	974.3	23.9	20,5,27.6	14.4	22.6	11,9,38.8
Físico	3 933.8	96.4	90,8,98.6	63.6	100	---
Socio-emocional	3 152.0	77.2	73,9,80.3	53.2	83.6	74,2,90.1
Aprendizaje	3 997.9	98.0	97,0,98.6	63.6	100	---
Índice de Desarrollo Infantil Temprano*	3 168.4	77.6	73,5,81.3	55.7	87.5	79,2,92.8

*Porcentaje de niños/as que se están desarrollando adecuadamente en al menos tres de los cuatro dominios
IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 5.14

Distribución porcentual de métodos de cuidado usado en niños/as menores de 5 años en la última semana. Querétaro, México, Ensanut 2018

■ Cuadro 5.15

Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI, siglas en inglés) en niños/as de 36 a 59 meses. Querétaro, México, Ensanut 2018

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano

Preescolares

Se obtuvo información plausible del consumo de grupos de alimentos para 77 niños preescolares de 1 a 4 años de edad que representan a 116 646 preescolares del estado de Querétaro.

En el cuadro 5.16 se presenta el porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos. De los grupos recomendables presentados, se observa que 80.4% consumieron agua y 78% consumió lácteos siendo estos los grupos de mayor porcentaje de consumidores.

El grupo de alimentos recomendable con menos consumidores fue huevo, pues sólo 15.8% de la población de preescolares lo consumió.

En cuanto a los grupos no recomendables para consumo cotidiano presentados, el de mayor porcentaje de consumidores fue bebidas no lácteas endulzadas (79%), seguido de botanas, dulces y postres (65.5%). El grupo de alimentos no recomendables menos consumido fue comida rápida y antojitos mexicanos con 2.6% de consumidores.

■ Cuadro 5.16

Porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de alimento	Muestra n	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano			
Frutas	47	64.4	49,2,77.2
Verduras	18	20.0	10,9,33.9
Leguminosas	37	45.0	30,6,60.3
Carnes no procesadas	18	27.5	16,2,42.7
Agua	64	80.4	62,5,91.0
Huevo	13	15.8	7,4,30.7
Lácteos	54	78.0	63,1,88.0
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano			
Carnes procesadas	8	9.9	4,9,19.3
Comida rápida y antojitos mexicanos	4	2.6	0,8,8.8
Cereales dulces	29	33.2	19,4,50.7
Botanas, dulces y postres	46	65.5	49,5,78.6
Bebidas no lácteas endulzadas	63	79.0	65,4,88.3
Bebidas lácteas endulzadas	35	39.2	25,2,55.3

n: 77 participantes entre 1 y 4 años que representan a 116 646 preescolares del estado de Querétaro

Fuente: Ensanut 2018

IC: Intervalo de confianza

Escolares

Se obtuvo información plausible del consumo de grupos de alimentos para 154 escolares de 5 a 11 años de edad, que representan a 261 629 escolares del estado de Querétaro. En el cuadro 5.17 se presenta el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos del estado. De los grupos recomendables presentados, se observa que 85.4% de los escolares consumieron agua, y 55.8% consumió, lácteos, siendo éstos los grupos de mayor consumo. El grupo de alimentos recomendables menos consumido en el estado fue huevo, sólo reportaron consumir este grupo de alimentos 18.3% de la población escolar.

Entre los grupos no recomendables para consumo cotidiano, el de mayor consumo fue bebidas no lácteas endulzadas con un porcentaje de consumidores de 95.0% y el grupo menos consumido de esta categoría fue carnes procesadas (14.4%).

■ Cuadro 5.17

Porcentaje de escolares consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de alimento	Muestra n	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano			
Frutas	71	45.1	33.5,57.3
Verduras	36	25.3	16.7,36.5
Leguminosas	83	51.8	41.4,62.2
Carnes no procesadas	43	36.1	25.5,48.1
Agua	133	85.4	75.6,91.7
Huevo	27	18.3	10.8,29.4
Lácteos	78	55.8	44.2,66.9
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano			
Carnes procesadas	16	14.4	8.0,24.6
Comida rápida y antojitos mexicanos	18	16.3	9.0,27.7
Cereales dulces	82	57.5	47.3,67.2
Botanas, dulces y postres	97	65.1	54.7,74.2
Bebidas no lácteas endulzadas	145	95.0	89.7,97.7
Bebidas lácteas endulzadas	68	48.0	37.3,58.8

n: 154 participantes entre 5 y 11 años que representan a 261 629 escolares del estado de Querétaro

Fuente: Ensanut 2018

IC: Intervalo de confianza

Adolescentes

Sobrepeso y obesidad

Se analizaron datos de 129 adolescentes (12-19 años) que, al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 361 100 individuos. Por sexo, la muestra fue de 65 hombres y 64 mujeres, que representaron a 171 300 y 189 700 adolescentes, respectivamente.

En 2012, 32.8% de los adolescentes hombres y mujeres presentó sobrepeso más obesidad, cifra que se observó en 2018 de 37.5%. La distribución por sexo en 2018 mostró una prevalencia de sobrepeso más obesidad menor para las mujeres (31.4%) en comparación con los hombres (44.2%) (cuadro 5.18).

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, en 2018 en el ámbito nacional se observaron en 23.8% para sobrepeso y 14.6% para obesidad; la suma de ambas condiciones fue de 38.4% (datos no mostrados).

■ Cuadro 5.18

Comparativo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 12 a 19 años, por sexo. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Categoría	Condición	Ensanut 2012				Ensanut 2018				
		Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión			
			N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%	
Estatal	Sobrepeso	82	61.4	20.2	16,0,25.2	38	85.5	23.7	15,6,34.2	
	Obesidad	52	38.2	12.6	9,7,16.1	17	49.9	13.8	8,3,21.9	
	SP+O	134	99.6	32.8	27,6,38,4	55	135,4	37,5	26,0,50,5	
Sexo	Masculino									
	Sobrepeso	37	34.5	22.6	17,0,29,5	18	38,3	22,3	12,5,36,5	
	Obesidad	21	18,1	11,9	7,6,18,1	12	37,5	21,9	11,5,37,5	
	SP+O	58	52,6	34,5	27,1,42,7	30	75,8	44,2	28,1,61,6	
	Femenino									
	Sobrepeso	45	26,9	17,8	12,2,25,1	20	47,3	24,9	14,8,38,6	
	Obesidad	31	20,1	13,3	9,7,17,9	5	12,4	6,5	2,5,15,6	
SP+O	76	47,0	31,0	24,4,38,4	25	59,6	31,4	18,0,48,8		

IC: Intervalo de confianza

SP+O: sumatoria de la prevalencia de sobrepeso más obesidad

Anemia

Se obtuvo información de sangre capilar en 118 adolescentes (12-19 años) de ambos sexos que representaron a 364 483 individuos. Al desagregar la información de acuerdo con el tamaño de la localidad, en las localidades urbanas se estudiaron a 68 adolescentes, que representaron a 239 909 individuos, y 50 adolescentes de localidades rurales, que representaron a 124 574 individuos.

En Querétaro, 9.2% (IC95%: 4.9,16.6) de los adolescentes tuvo anemia, cifra que representó a 33 418 adolescentes a nivel estatal (cuadro 5.19). La cifra anterior fue menor a la reportada a nivel nacional para este grupo de edad, que fue de 14.1% (IC95%: 12.4,16.1).

De acuerdo con el tamaño de localidad, se observó una mayor prevalencia de anemia entre los adolescentes de las localidades rurales (13.4%) en comparación con los de localidades urbanas (7.0). Dichas cifras representaron a 16 723 adolescentes con anemia de localidades urbanas y 16 695 adolescentes de localidades rurales (cuadro 5.19).

Al comparar las prevalencias de anemia en adolescentes reportadas en la presente Ensanut (2018) con la Ensanut 2012, se observó un aumento de 5.9 puntos porcentuales (pp) en el ámbito estatal, de 3.5 pp en las localidades urbanas y de 10.7 pp en las rurales. Es importante hacer notar que, debido al tamaño de muestra de ambas encuestas, no hubo suficiente poder estadístico para establecer si los cambios en las prevalencias de anemia fueron significativos; motivo por el cual los datos deben de ser interpretados con cautela.

■ Cuadro 5.19

Comparativo de la prevalencia de anemia en la población de adolescentes de 12 a 19 años, por tamaño de localidad urbana y rural. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Área	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	231	210.2	3.5	1,8,6,7	68	239,909	7.0	2,9,15,6
Rural	174	94.3	2.7	0,9,7,6	50	124,574	13.4	5,3,29,8
Estatal	405	304.5	3.3	1,8,5,6	118	364,483	9.2	4,9,16,6

IC: Intervalo de confianza

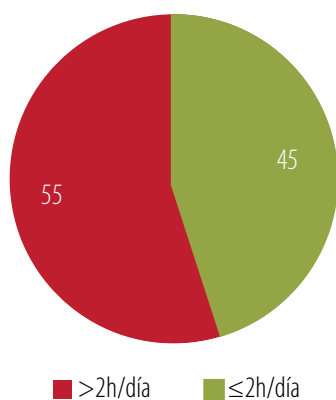
■ Actividad física

Escolares de 10 a 14 años

Se obtuvo información de 274 niños de este grupo de edad que representaron a una población de 199 386 individuos. De los encuestados en Querétaro 43.8% reportó no haber realizado alguna actividad de tipo competitivo durante los 12 meses previos a la encuesta, y 45.0% informó haber cumplido con la recomendación de pasar máximo dos horas diarias frente a una pantalla (figura 5.6). Finalmente, 11.0% de los niños cumplen con la recomendación de actividad física (figura 5.7).

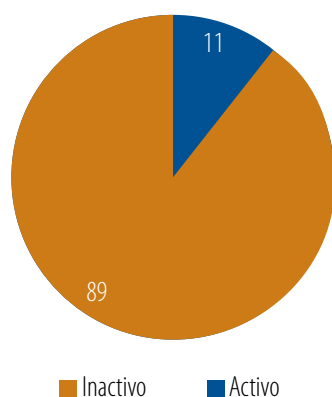
■ Figura 5.6

Prevalencia de tiempo frente a pantalla en niños y adolescentes de 10 a 14 años. Querétaro, México, Ensanut 2018



■ Figura 5.7

Prevalencia de actividad física en niños y adolescentes de 10 a 14 años. Querétaro, México, Ensanut 2018



Adolescentes de 15 a 19 años

Se obtuvo información de 253 adolescentes de 15-19 años que representaron a 172 612 individuos en el ámbito estatal.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, 58.8% de los adolescentes cumplen con la recomendación de actividad física. En cuanto a sedentarismo, los adolescentes pasan en promedio 345.2 minutos sentados al día.

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para el consumo cotidiano

Se obtuvo información plausible del consumo de grupos de alimentos para 121 adolescentes de 12 a 19 años de edad que representan a 283 633 adolescentes del estado de Querétaro, 60 (45%) hombres y 61 (54.9%) mujeres. En el cuadro 5.20 se muestran los porcentajes de la población adolescente que consumió cada uno de los grupos de alimentos. A nivel estatal, los grupos de alimentos recomendables más consumidos fueron: agua (74.3%), lácteos (57.1%) y frutas (42.6%), el consumo de agua fue mayor en hombres con 84.6%, mientras que en mujeres fue de 65.8%. En tanto que, el grupo de alimentos recomendables menos consumido fue huevo (10.0%) con porcentaje de consumidores de 14.5% en hombres y 6.3% en mujeres.

Por otro lado, el consumo de los grupos de alimentos no recomendables fue elevado entre los y las adolescentes, el más consumido fue bebidas no lácteas endulzadas (84.7%), el cual fue mayor en hombres con un porcentaje de 89.5% en comparación con mujeres que fue de 80.7%, seguido de botanas, dulces y postres (60.0%), con porcentajes de consumidores de 57.8% en hombres y 61.8% en mujeres.

■ Cuadro 5.20

Porcentaje de adolescentes consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano, por sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de alimento	Estatal			Hombres			Mujeres		
	Muestra n	%	IC95%	Muestra n	%	IC95%	Muestra n	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano									
Frutas	53	42.6	31.8,54.2	30	55.0	40.7,68.6	23	32.5	19.9,48.2
Verduras	34	25.1	17.0,35.4	21	32.3	18.2,50.6	13	19.2	10.0,33.6
Leguminosas	49	37.5	27.8,48.2	28	43.3	31.6,55.8	21	32.7	19.6,49.1
Carnes no procesadas	46	34.7	25.4,45.3	28	48.8	35.9,61.8	18	23.2	13.3,37.3
Agua	92	74.3	61.6,83.8	49	84.6	71.7,92.2	43	65.8	46.1,81.2
Huevo	18	10.0	5.9,16.3	12	14.5	7.0,27.6	6	6.3	2.5,14.9
Lácteos	68	57.1	43.3,69.8	36	54.2	37.1,70.4	32	59.4	40.3,76.0
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano									
Carnes procesadas	11	6.4	3.5,11.5	6	7.9	3.2,18.2	5	5.2	2.0,13.0
Comida rápida y antojitos mexicanos	20	20.3	12.9,30.5	9	19.7	9.4,36.9	11	20.8	9.8,38.8
Cereales dulces	48	43.4	31.5,56.1	28	47.3	33.1,62.1	20	40.2	23.9,59.0
Botanas, dulces y postres	69	60.0	47.4,71.4	32	57.8	40.0,73.8	37	61.8	42.9,77.7
Bebidas no lácteas endulzadas	107	84.7	70.5,92.7	53	89.5	77.2,95.6	54	80.7	56.9,93.0
Bebidas lácteas endulzadas	13	10.5	4.6,22.2	8	10.0	4.3,21.4	5	10.9	2.9,33.3

n: 121 participantes entre 12 y 19 años que representan a 283 633 adolescentes de Querétaro

Fuente: Ensanut 2018

IC: Intervalo de confianza

Adultos

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 407 participantes, que representaron a 1 361 600 adultos residentes en el estado. Por tipo de localidad, se incluyeron a 231 residentes en zonas urbanas (que representaban a 998 500 adultos) y a 176 residentes en zonas rurales (que representaban a 363 100 adultos).

El cuadro 5.21 muestra la prevalencia total de sobrepeso y obesidad, estratificando por sexo y localidad. En este cuadro se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) fue de 73.1% en mujeres y 68.7% en hombres. Al comparar solamente la prevalencia de obesidad, esta fue 19.3% más alta en mujeres (40.0%) que en hombres (20.7%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue 14.9% mayor en hombres (48.0) que en mujeres (33.1%).

En el ámbito nacional, en 2018, la prevalencia de sobrepeso fue de 39.1 (hombres: 42.5; mujeres: 36.6) y de obesidad de 36.1 (hombres: 30.5; mujeres: 40.2). La suma de ambas categorías de estado de nutrición fue de 75.2 (hombres: 73.0; mujeres: 76.8) (datos no mostrados).

No se hicieron comparaciones estadísticas por tipo de localidad, debido a que no hubo poder estadístico para hacer esta estratificación y establecer si las diferencias fueron significativas.

En la figura 5.8 se muestran las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el periodo de 2012 a 2018. La prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en este periodo disminuyó 8.9% en los hombres y 11.1% en las mujeres. Al comparar solamente la prevalencia de obesidad, se observa que en los hombres hubo un decremento de 1.2% entre el año 2012 (21.9%) y 2018 (20.7%); mientras que en las mujeres hubo un incremento de 11.6% en el periodo de 2012 (28.4%) a 2018 (40.0%).

Hipertensión arterial

Para 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 368 participantes, que representaron a 1 187 300 adultos residentes en el estado de Querétaro. Por tipo de localidad, se incluyeron a 206 residentes en zonas urbanas (que representaban a 858 200 adultos) y a 162 residentes en zonas rurales (que representaban a 329 100 adultos).

El cuadro 5.22 muestra la prevalencia total de hipertensión arterial, estratificando por sexo y localidad. En este cuadro se observa que la prevalencia de hipertensión arterial en mujeres fue de 31.7% (IC95% 23.2,41.6) y en hombres 39.4% (IC95% 30.3,49.2).

En la figura 5.9 se muestran las prevalencias nacionales de hipertensión arterial en el periodo de 2012 a 2018. La prevalencia de hipertensión arterial en este periodo, se mantuvo sin cambios significativos ($p > 0.05$) tanto en hombres (Ensanut 2012, 32.3% vs. Ensanut 2018, 34.2%) como en mujeres (Ensanut 2012, 30.7% vs. Ensanut 2018, 34.1%).

■ Cuadro 5.21

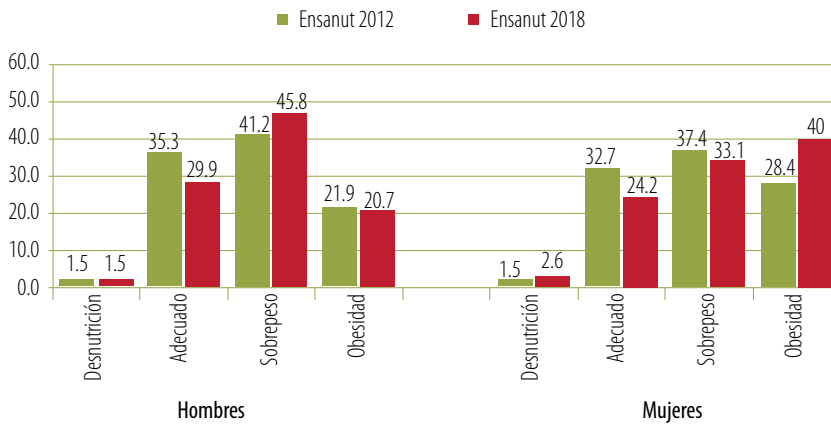
Comparación del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo con la clasificación del índice de masa corporal* por sexo y por tipo de localidad. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Categoría / Condición	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Estatal								
Sobrepeso								
Hombres	212	210.3	41.2	36.0,46.7	85	318.4	48	38.1,58.0
Mujeres	255	214.3	37.4	33.1,41.9	81	231	33.1	25.5,41.8
Ambos	467	424.6	39.2	35.7,42.8	166	549.4	40.3	34.0,47.1
Obesidad								
Hombres	103	112.0	22.0	17.7,27.0	44	137.4	20.7	14.7,28.3
Mujeres	200	162.7	28.4	24.2,33.0	80	279.4	40	31.8,48.8
Ambos	303	274.7	25.4	22.3,28.7	124	416.8	30.6	25.4,36.4
Localidades urbanas								
Sobrepeso								
Hombres	135	160.0	42.0	35.5,48.7	53	247.2	50.4	37.9,62.8
Mujeres	148	151.9	37.8	32.3,43.6	48	170	33.5	24.2,44.2
Ambos	283	311.9	39.8	35.3,44.5	101	417.2	41.8	33.9,50.1
Obesidad								
Hombres	71	84.5	22.2	16.8,28.6	22	83.2	17	10.3,26.6
Mujeres	121	113.5	28.2	22.8,34.3	45	209	41.2	30.7,52.4
Ambos	192	198.0	25.3	21.4,29.5	67	292.2	29.3	22.6,36.9
Localidades rurales								
Sobrepeso								
Hombres	77	50.4	39.1	†	32	71.2	41.1	29.2,54.1
Mujeres	107	62.4	36.5	†	33	61	32.1	19.3,48.4
Ambos	184	112.7	37.6	†	65	132.2	36.4	26.9,47.2
Obesidad								
Hombres	32	27.5	21.3	†	22	54.2	31.3	20.5,44.5
Mujeres	79	49.2	28.8	†	35	70.4	37	25.6,50.2
Ambos	111	76.7	25.6	†	57	124.6	34.3	27.7,41.5

*Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m², y obesidad ≥30 kg/m²

†La muestra fue insuficiente para realizar la estimación de los intervalos de confianza

IC: Intervalo de confianza



■ **Figura 5.8**

Comparación del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo con la clasificación del índice de masa corporal.* Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

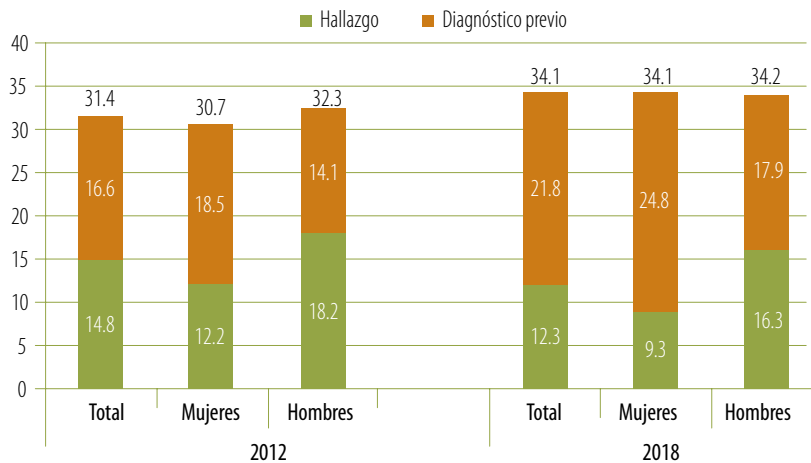
*Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²

Hipertensión	Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
Estatal				
Hombres	70	229.8	39.4	30.3,49.2
Mujeres	64	191.1	31.7	23.2,41.6
Ambos	134	420.8	35.4	29.2,42.3
Localidades urbanas				
Hombres	37	166.3	39.2	27.5,52.4
Mujeres	33	129.9	29.9	19.1,43.5
Ambos	70	296.2	34.5	26.4,43.7
Localidades rurales				
Hombres	33	63.5	39.7	29.2,51.1
Mujeres	31	61.1	36.2	25.8,48.0
Ambos	64	124.6	37.9	29.9,46.5

■ **Cuadro 5.22**

Prevalencia de hipertensión arterial en adultos ≥20 años, por sexo y por tipo de localidad. Querétaro, México, Ensanut 2018

*Puntos de corte propuestos por la American Heart Association. Hipertensión arterial = Diagnóstico médico previo de HTA, o tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg.
IC: Intervalo de confianza



■ **Figura 5.9**

Tendencia de la prevalencia nacional de hipertensión arterial en adultos ≥20 años. Ensanut 2012 y 2018

*Puntos de corte propuestos por la American Heart Association. Hipertensión arterial = Diagnóstico médico previo de HTA, o tensión arterial sistólica ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg.
Ensanut 2012: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; Ensanut 2018: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018

Anemia en adultos de 20 a 59 años

Se obtuvo información de sangre capilar en 326 adultos, hombres y mujeres, de 20 a 59 años de edad, los cuales representaron a 1 161 722 adultos entre 20 y 59 años, ambos sexos, en toda la entidad.

La prevalencia global de anemia en los adultos fue de 5.1% (IC95% 3.0,8.5) en el estado de Querétaro, representando a 59 424 adultos con anemia en todo el estado. La prevalencia reportada de anemia a nivel nacional para este grupo de edad fue de 13.3% (IC95% 12.4,14.3).

Por área, la población rural presentó una prevalencia de anemia mayor que la urbana (10.5 y 3.3%, respectivamente) (cuadro 5.23).

Al comparar los datos de anemia en los adultos de 2018 con la Ensanut 2012, se observó una tendencia de disminución de 2.7 pp en la prevalencia estatal en los últimos seis años, siendo de 4.7 pp en la zona urbana y aumento de 3.2 pp en la zona rural.

Estas diferencias observadas entre encuestas deben interpretarse con cautela debido a que no se contó con suficiente poder estadístico para establecer si los cambios observados fueron significativos.

■ Cuadro 5.23

Comparativo de la prevalencia de anemia en adultos de 20 a 59 años, por área urbana y rural. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Área	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	589	686.3	8.0	5.7,11.2	188	863.1	3.3	1.3,7.6
Rural	389	255.8	7.3	5.4,9.9	138	298.6	10.5	6.0,17.6
Estatal	978	942.1	7.8	6.0,10.1	326	1 161.7	5.1	3.0,8.5

IC: Intervalo de confianza

Anemia en adultos de 60 años o más

Se obtuvo información de sangre capilar en 81 adultos, hombres y mujeres de 60 años y más, quienes representaron a 216 209 adultos de 60 años o más de ambos sexos, en toda la entidad.

El 30.6% (IC95% 20.1,43.5) de los adultos de 60 años y más presentaron anemia, la cual afectó a 66 060 adultos mayores de ambos sexos en el estado de Querétaro (cuadro 5.24). La prevalencia de anemia a nivel nacional en los adultos mayores fue de 28.7% (IC95% 26.1,31.5).

Por área, los adultos mayores del área urbana tuvieron una tendencia de mayor prevalencia de anemia (32.7%) en comparación con los del área rural (25.7% IC95% 15.6,39.3) (cuadro 5.24).

Al comparar los datos de anemia en los adultos mayores de la encuesta 2018 con la Ensanut 2012, se observó un aumento en los últimos seis años (11.6% en 2012 vs. 30.6% en 2018). Este cambio fue mayor en el área rural (20.9 pp) en comparación con el área urbana (18.6 pp).

Estas diferencias observadas entre ambas encuestas deben de interpretarse con cautela, debido a que no hubo suficiente poder estadístico para establecer si los cambios antes descritos entre periodos y entre área urbano rural fueron significativos.

■ Cuadro 5.24

Comparativo de la prevalencia estatal de anemia en adultos de 60 años o más, por área urbana y rural. Querétaro, México, Ensanut 2012 y 2018

Área	Ensanut 2012				Ensanut 2018			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	109	104.3	14.1	7.2, 25.6	45	149.4	32.7	18.950.4
Rural	78	37.6	4.8	1.8, 11.6	36	66.8	25.7	15.6,39.3
Estatal	187	141.8	11.6	6.5, 19.8	81	216.2	30.6	20.1,43.5

IC: Intervalo de confianza

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para el consumo cotidiano

Se analizó información plausible de 391 individuos que representan 1 352 085 adultos de 20 años y más en el estado de Querétaro, 187 (49.7%) hombres y 204 (50.3%) mujeres. En el cuadro 5.25 se puede observar el porcentaje de consumidores por grupo de alimento del estado. Empezando con los grupos de alimentos considerados recomendables, se observa que el grupo con mayor porcentaje de consumidores fue agua (87.0%), su porcentaje fue diferente entre hombres (81.9%) y mujeres (92.2%), seguido del grupo de carnes no procesadas (59.4%), cuyo consumo fue mucho mayor en hombres (70.4%) que en mujeres (48.4%). El grupo de alimentos menos consumido en el estado, considerado como recomendable, fue el huevo, sólo reportaron consumir este grupo de alimentos 18% de la población adulta, y su consumo fue mayor en hombres (23.2%) que en mujeres (12.9%).

De los grupos de alimentos considerados como no recomendables para consumo cotidiano, el grupo de alimentos de mayor consumo fue el de bebidas no lácteas endulzadas con 87.0% de consumidores, su consumo fue mayor en mujeres (88.9%) que en hombres (85%), seguido del grupo de cereales dulces con 45.6% de consumidores, dicho consumo fue mayor en hombres (50.4%) que en mujeres (40.9%). Por último, el grupo de alimentos no recomendable con menor porcentaje de consumidores en el estado fue el de carnes procesadas (5.8%), el cual fue más consumido por mujeres (5.9%) que por hombres (5.6%).

■ Cuadro 5.25

Porcentaje de adultos consumidores de los grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano, por sexo. Querétaro, México, Ensanut 2018

Grupo de alimento	Estatal			Hombres			Mujeres		
	Muestra n	%	IC95%	Muestra n	%	IC95%	Muestra n	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano									
Frutas	194	51.7	45.2,58.1	94	52.7	43.1,62.1	100	50.7	42.6,58.8
Verduras	165	47.0	40.0,54.2	88	54.0	45.8,62.0	77	40.1	30.8,50.1
Leguminosas	229	47.7	40.5,54.9	108	47.9	37.7,58.2	121	47.5	38.5,56.7
Carnes no procesadas	205	59.4	52.5,65.9	118	70.4	62.1,77.6	87	48.4	38.6,58.3
Agua	347	87.0	81.8,90.9	161	81.9	73.2,88.1	186	92.2	86.2,95.7
Huevo	58	18.0	13.1,24.4	33	23.2	15.6,33.0	25	12.9	7.6,21.1
Lácteos	164	45.9	38.8,53.2	71	40.5	30.3,51.5	93	51.3	42.1,60.3
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano									
Carnes procesadas	25	5.8	3.7,8.9	12	5.6	2.9,10.4	13	5.9	2.9,11.6
Comida rápida y antojitos mexicanos	48	15.9	11.6,21.3	30	19.5	13.1,28.1	18	12.3	6.9,20.8
Cereales dulces	168	45.6	38.5,52.9	88	50.4	40.3,60.4	80	40.9	32.3,50.0
Botanas, dulces y postres	124	33.5	27.2,40.4	69	35.6	26.3,46.2	55	31.3	23.7,40.2
Bebidas no lácteas endulzadas	343	87.0	81.0,91.3	162	85.0	74.8,91.6	181	88.9	81.9,93.5
Bebidas lácteas endulzadas	83	18.4	13.7,24.2	42	20.8	13.9,29.8	41	16.0	11.3,22.3

n: 391 participantes de 20 años y más que representan a 1 352 085 adultos de Querétaro

Fuente: Ensanut 2018

IC: Intervalo de confianza

Actividad física

En total se encuestó a 1 228 adultos de 20-69 años para la sección de actividad física, lo que representó a 1 301 110 de adultos.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, aproximadamente 9.7% de los habitantes son clasificados como físicamente inactivos, 9.3% moderadamente activos, es decir, realizaban el mínimo de AF sugerido por la OMS, y 81% muy activos. Por otro lado, los adultos pasan en promedio 242.3 minutos sentados al día.

Etiquetado de alimentos y bebidas industrializados

A nivel internacional, se han implementado diversas estrategias para mejorar las condiciones ambientales que influyen en el consumo de alimentos y bebidas de la población y que están relacionadas con el aumento en la prevalencia del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El etiquetado de alimentos y bebidas industrializadas se encuentra entre las principales estrategias para combatir estos problemas de salud, dado que reduce el consumo de productos industrializados con alto contenido energético y baja calidad nutrimental. El etiquetado frontal nutrimental tiene como propósito orientar al consumidor, en el punto de venta y de esta manera influir en la selección de alimentos y bebidas saludables.

Los resultados disponibles de investigaciones realizadas en México, dejan claro que las personas tienen dificultades para comprender el etiquetado nutrimental actual y que prefieren una forma más sencilla para evaluar de manera rápida la calidad nutrimental de un producto. Los resultados son consistentes con la evidencia científica a nivel internacional, la cual muestra que los formatos de etiquetado frontal nutrimental más sencillos son más apropiados en los entornos comerciales en donde la elección de un producto es rápida. Las investigaciones muestran que los consumidores pueden interpretar y seleccionar productos saludables con etiquetados sencillos y que los etiquetados que contienen información numérica, son más difíciles de interpretar.

En total se entrevistaron a 1 340 personas de 20 años y más, al aplicar los factores de expansión, éstos representan a un total de 1 408 767 adultos de Querétaro. El porcentaje de mujeres entrevistadas fue 52.7%, de las cuales 16.1% son del grupo de edad 60 y más.

Del total de entrevistados, 5.5% reportó que el consumo de calorías que debe consumir una persona sana, de su misma edad y sexo, en un día son menos de 500 calorías, 0.3% reportó que más de 4 000 calorías y 69.4% No sabe o no respondió la pregunta (cuadro 5.26). Del total de personas entrevistadas, 6.8% no sabe escribir ni leer un recado.

Con respecto a la información obtenida sobre el uso de la información que viene en los productos industrializados, se encontró que 83.8% sabe que los alimentos empacados y las bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutrimental y que 66.5% lee la información nutrimental de los productos industrializados que compra. Del total de entrevistados, 59.3% reportó leer el etiquetado nutrimental Guías Diarias de Alimentación (GDA) y 65.1% mencionó que lee la tabla de información nutrimental.

Sobre la comprensión de la información nutricional que se encuentra al frente de los empaques, 31.2% mencionó que era muy comprensible y 5.7% dijeron que era nada comprensible. El 35.0% de los entrevistados, reportó que al momento de realizar la compra de alimentos empacados y/o bebidas embotelladas Nunca los elige por la información de los empaques; mientras que 7.5% dijo que *Siempre* los elige por la información que viene en los empaques.

■ Cuadro 5.26

Cantidad de calorías reportadas que se deben consumir en promedio al día. Querétaro, México, Ensanut 2018

	Calorías	Muestra (número)	Número (miles)	Expansión (%)	IC95%
Querétaro	Menos de 500 calorías	68	78 110	5.5	4,1,7,4
	De 500 a 1 000 calorías	55	66 925	4.8	3,6,6,3
	De 1 001 a 1 500 calorías	93	105 396	7.5	5,8,9,5
	De 1 501 a 2 000 calorías	118	128 337	9.1	7,4,11,2
	De 2 001 a 3 000 calorías	41	42 433	3	2,2,4,2
	De 3 001 a 4 000 calorías	4	5 521	0.4	0,1,1,1
	Más de 4 000 calorías	3	4 475	0.3	0,1,1,2
	No sabe/No responde	958	977 570	69.4	65,3,73,2
	Total	1 340	1 408 767	100	100,100
Urbano	Menos de 500 calorías	46	54 676	5.3	3,8,7,3
	De 500 a 1 000 calorías	48	55 944	5.4	4,7,3
	De 1 001 a 1 500 calorías	85	96 958	9.4	7,4,1,2
	De 1 501 a 2 000 calorías	90	101 357	9.8	7,8,12,3
	De 2 001 a 3 000 calorías	33	34 570	3.4	2,3,4,8
	De 3 001 a 4 000 calorías	4	5 521	0.5	0,2,1,5
	Más de 4 000 calorías	2	1 759	0.2	0,0,7
	No sabe/No responde	644	679 109	65.9	61,4,70,2
	Total	952	1 029 894	100	100,100
Rural	Menos de 500 calorías	22	23 434	6.2	3,4,11,1
	De 500 a 1 000 calorías	7	10 981	2.9	1,5,5,5
	De 1 001 a 1 500 calorías	8	8 438	2.2	1,4,9
	De 1 501 a 2 000 calorías	28	26 980	7.1	4,5,11,1
	De 2 001 a 3 000 calorías	8	7 863	2.1	1,4,3
	De 3 001 a 4 000 calorías	0	0	0	0
	Más de 4 000 calorías	1	2 716	0.7	0,1,4,4
	No sabe/No responde	314	298 461	78.8	70,1,85,4
	Total	388	378 873	100	100,100

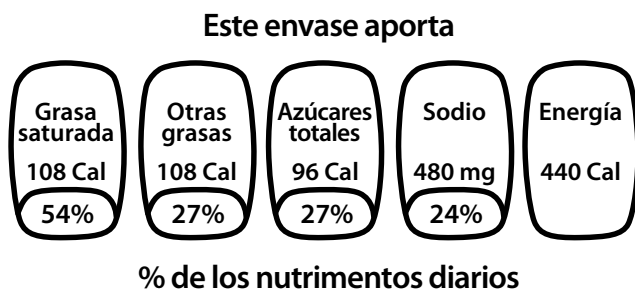
IC: Intervalo de confianza

Por otro lado, 33.9% respondieron que *Nunca* utiliza la etiquetan nutrimental para saber si un producto es más saludable que otro y 10.5% respondieron que *Casi siempre* la utilizan.

El 22.0% de los entrevistados piensa que el etiquetado GDA *siempre ayuda* a las personas a elegir productos más saludables porque se entiende; en tanto que 18.7% reportaron que la razón es porque *siempre es confiable*, un menor porcentaje, 16.9%, señaló que siempre ayuda porque es *demasiada información*.

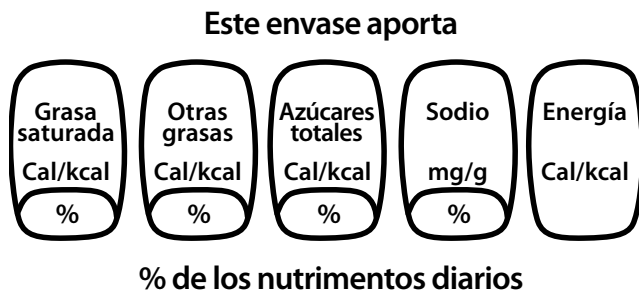
En general, 28.9% destina *Menos de 30 segundos* para observar el etiquetado GDA de un alimento empacado o bebida embotellada al momento de la compra y 14.0% reportó que le dedica *Más de 1 minuto*. El 29.0% señaló que el etiquetado GDA le ha servido para elegir los alimentos y bebidas que compra, mientras que 40.8% mencionó que usa la información de la tabla nutrimental.

En el ejercicio que se realizó para mencionar si un producto es saludable o no, solamente con la información que viene en la etiqueta GDA (figura 5.10), 1.6% respondió que era muy saludable y 26.7% dijo que era nada saludable. Utilizando la información del mismo producto, 45.4% respondió que el contenido total de sodio era alto y 7.5% señaló que el contenido de sodio era adecuado. Con la misma figura, 0.3% de los entrevistados mencionó que la energía que tenía el producto era de 108 calorías y 77.3% respondieron que el total de energía era de 440 calorías.



■ **Figura 5.10**

Contenido nutricional de un producto seleccionado al azar



■ **Figura 5.11**

Componentes del etiquetado Guías Diarias de Alimentación.



■ **Figura 5.12**

Sellos de advertencia

Los entrevistados respondieron que ellos creen que 87.2% de las personas utilizan el etiquetado GDA de los alimentos empacados y bebidas embotelladas por salud, por enfermedad o por nutrición. El 88.7% señaló que la razón es porque llevan una dieta o régimen de alimentación y 74.2% que la razón de porqué las personas lo utilizan es para revisar la calidad del producto. Por otro lado, entre las razones que mencionaron para que las personas no utilicen el etiquetado GDA se encuentran las siguientes: 54.1% mencionó que porque las personas *no tienen tiempo*, otro porcentaje, 84.2%, señaló que porque *no les interesa*, 50.3% dijeron que porque *no es visible*, 66.9% *no confían en ellas*, 83.4% *no le entienden o no las interpretan* y porque 77.7% *no las consideran de utilidad*.

Para conocer a cuál de los componentes del etiquetado GDA (figura 5.11), las personas le dan mayor importancia al momento de comprar un producto, les pedimos a los entrevistados que ordenarán del 1 al 5, en dónde 1 es el de mayor importancia y 5 el de menor importancia. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: 24.5% para energía (kcal); 10.2% para sodio; 35.1% para azúcares totales; 3.5% para otras grasas y 26.7% para grasas saturadas.

Finalmente, 40.9% de los entrevistados respondieron que el etiquetado GDA (figura 5.11) ayudaría a las mamás y a los papás a elegir un producto más saludable para sus hijos; mientras que 59.1% señaló que el etiquetado de advertencia (figura 5.12) es la mejor opción.

Conclusiones

En Querétaro, 32.1% de los hogares fue beneficiario de algún programa de ayuda alimentaria. El programa de apoyos monetarios para adultos mayores fue el de mayor cobertura en el estado (12.9%); mientras que los apoyos alimentarios provenientes de las ONG fueron los de menor cobertura (0.2%).

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 México³⁶ y en el desarrollo y supervisión de la política pública en América Latina,^{37,38} pues permite identificar a los grupos de población que presentan carencia en el cumplimiento de sus derechos sociales, entre ellos la alimentación.³⁹

Al igual que lo que ocurrió con otros indicadores de vulnerabilidad nutricia y de desarrollo social, los hogares de áreas rurales tuvieron mayor prevalencia de inseguridad alimentaria comparados con los hogares de áreas urbanas.

A pesar de que en el estado de Querétaro hubo una disminución importante, en los últimos seis años, en el porcentaje de hogares con 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,⁴⁰ lo cual es de suma importancia en México en la búsqueda de cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

Niños y niñas menores de 5 años

En el ámbito estatal, 11 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años presentan talla baja. Esta situación los condiciona a mayores desventajas en su salud, incluyendo menor desarrollo psicomotor y bajo desempeño intelectual lo que se traduce en desventajas de por vida para el desarrollo de capacidades en la vida adulta.

Por otro lado, continúan cifras de exceso de peso en los menores de cinco años de edad en el ámbito estatal (la sumatoria de sobrepeso más obesidad), que podrían significar problemas de salud en el corto plazo.

La alta prevalencia de anemia observada en este grupo de población, la posiciona como un problema nutricional serio y no resuelto en el estado de Querétaro, especialmente en los niños menores de cinco años, y muy en particular en el grupo de 12 a los 24 meses de edad. La prevalencia de anemia tuvo una tendencia de aumento entre ambos períodos, sin cambios significativos en los últimos seis años; por lo cual, los datos deben de ser considerados con cautela debido al tamaño muestral analizado y a un potencial error de medición de la Hb. La anemia, se ha considerado un grueso indicador de la deficiencia de hierro y siendo este grupo de edad el más vulnerable, son necesarias acciones de prevención y de intervención oportuna para propiciar un crecimiento y desarrollo óptimo del niño.^{18,19,41}

Los resultados de plomo en sangre muestran un panorama de exposición moderada a este metal, con fuentes de exposición a Pb mixta, que está explicada parcialmente por el uso de LBVPb. El 10.1% de la población de estudio que reportó no haber utilizado LBVPb y que presenta niveles elevados de PbS sugiere la presencia de otras fuentes de exposición que no fueron incluidas en este estudio y que se deben caracterizar en futuros estudios.

A nivel nacional la NOM-031-SSA2-1999⁴² en conjunto con los lineamientos técnicos de Desarrollo Infantil Temprano⁴³ estipulan las condiciones y periodicidad de la atención al desarrollo infantil temprano que los niños y niñas menores de cinco años deben de recibir. Sin embargo, el promedio de consultas del niño sano es de 3.2, mientras que el porcentaje de evaluación de desarrollo infantil temprano es de 10.1%. Existe amplia evidencia sobre la costo-efectividad de paquetes de atención enfocadas en DIT.⁴⁴ Por lo anterior, es relevante garantizar el acceso adecuado, 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 58.6% de los niños/as de 36 a 59 meses 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 desarrollo infantil temprano.⁴⁵ No obstante, 39.8 y 94.2% de los niños y niñas cuentan con por lo menos tres libros infantiles y dos o más tipos de juguetes, respectivamente. Adicionalmente, 61.3% tiene acceso a oportunidades de estimulación en el hogar.

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de los niños/as a corto y a largo plazo.^{46,47} No obstante, la mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas; 50.1% 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 87.5% 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.⁴⁸

El grupo de alimentos recomendable con mayor número de consumidores entre los preescolares fue el agua sola, seguida de los lácteos. Las verduras fueron el grupo con menor porcentaje de consumidores. De los alimentos no recomendables para consumo cotidiano las bebidas no lácteas endulzadas presentaron el mayor porcentaje de consumidores, seguidas de las botanas, dulces y postres. El consumo elevado de estos alimentos 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

Niños y niñas escolares

Los resultados de las mediciones de peso y talla mostraron que 34 de cada 100 escolares presentó exceso de peso, esto es mayor para los niños que para las niñas de Querétaro. Se requiere reforzar estrategias para su contención y atención a fin de evitar las graves consecuencias en el corto y largo plazo.

En cuanto a anemia, se observó una tendencia de aumento durante los seis años transcurridos entre las encuestas, sin embargo, estos datos deben ser tomados con precaución debido al insuficiente poder estadístico derivado del tamaño muestral en ambas encuestas y a un potencial error de medición de la Hb. La anemia en la etapa escolar tiene repercusiones sobre el rendimiento escolar y crecimiento, por lo que son necesarias acciones de prevención para un adecuado desarrollo del niño.¹⁸

Para la población de niños escolares se identificó un alto porcentaje de consumo de agua sola, seguido del grupo de leguminosas y lácteos. Así mismo, se pudo observar un menor porcentaje de consumo en el grupo de verduras. Las bebidas no lácteas endulzadas, un alimento no recomendable para su consumo cotidiano, se encontraron dentro del grupo más consumido por los escolares. El consumo de bebidas endulzadas debe disminuirse dado que ha sido asociado con obesidad en niños y por el contrario se debe fomentar el consumo de grupos recomendables como frutas y verduras en este grupo de edad.

En relación con la actividad física, los resultados nacionales indicaron que únicamente 11.0% de los niños cumplió con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como físicamente activos. Estos datos fueron menores con los obtenidos en el ámbito nacional. Además, 43.8% de los niños reportó no haber realizado alguna actividad de tipo competitivo durante los 12 meses previos a la encuesta. Un alto porcentaje de niños destinó más de dos horas diarias frente a una pantalla (55.0%). Lo que indica que los escolares son físicamente inactivos y destinan mucho tiempo frente a pantalla.

Adolescentes

En el caso de los adolescentes, 37 de cada 100 tuvieron exceso de peso, es decir, sobrepeso más obesidad, cifra mayor a la observada hace seis años (32.8%). Es importante atenuar la tendencia del incremento de peso en los adolescentes para evitar los daños a la salud y al desempeño de los jóvenes en el ciclo de vida.

Aunque la proporción de adolescentes que padecen anemia en el estado no es tan grande como en otros grupos de edad como niños y mujeres en edad reproductiva, es de suma importancia tomar en cuenta que la prevalencia de anemia en los adolescentes tuvo un aumento importante en los últimos seis años. 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.⁴⁹ 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.

Así mismo, se recomienda para este grupo en particular la creación o aplicación de programas que promuevan el consumo de alimentos ricos en hierro y el control de las parasitosis, tomando en cuenta las características culturales, demográficas y de salud de la población a quien van dirigidos.⁵⁰

El consumo de bebidas no lácteas endulzadas y botanas, dulces y postres sigue siendo elevado entre las y los adolescentes, por lo que es necesaria la implementación de estrategias que desincentiven su consumo y que al mismo tiempo promuevan el aumento de agua sola y frutas y verduras, ya que estos últimos se siguen manteniendo entre los consumos más bajos en este grupo de población.

Los resultados para el estado indicaron que 41.2% de los adolescentes fueron clasificados como físicamente inactivos. Estos datos fueron menores a los reportados en el ámbito nacional.

Adultos

En el estado, el sobrepeso y la obesidad afectan a 71.0% de adultos de 20 o más años. Esta prevalencia en el estado es 5.6% menor a la reportada a nivel nacional. En el periodo 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 64.5%.

Una tercera parte de los adultos en el estado de Querétaro tiene hipertensión arterial. Esta prevalencia en el estado es similar a la reportada a nivel nacional, pero es superior al promedio mundial.

En el periodo de 2012 a 2018, la prevalencia nacional de hipertensión arterial se mantuvo sin cambios significativos tanto en hombres como en mujeres.

La anemia en la población adulta de 20 a 59 años de edad afecta principalmente a población del área rural vs. urbana. Durante esta etapa de vida, la anemia disminuye considerablemente la fuerza muscular, la productividad y la calidad de vida, situaciones que repercuten en pérdidas económicas tanto a nivel individual como a nivel nacional.^{18,19} Identificar a la población a mayor riesgo (ej. mujeres, área rural, nivel socioeconómico bajo, etc.), resulta crucial para el diseño de intervenciones oportunas, donde se atiendan las principales causas asociadas y evitar el ciclo intergeneracional de la desnutrición.

La anemia en la población adulta mayor (≥ 60 años) representa un serio problema de salud pública. Se asocia con un estado de fragilidad y una menor capacidad para realizar actividades físicas y de movilidad, situación que confiere un mayor riesgo a la dependencia funcional del adulto mayor.^{45,51} Es necesario identificar las causas asociadas a la anemia en este grupo de población y diseñar acciones *ad hoc* para su prevención y control.

Al respecto, es importante señalar que los cambios observados de los datos de anemia entre encuestas deben de ser interpretados con cautela debido al tamaño muestral analizado y a un posible error de medición de la Hb.

A nivel estatal podemos observar que la población adulta no está tomando suficiente agua sola, pues a pesar de ser el grupo recomendable más consumido, este no alcanza el 100% de consumidores, aunado a esto el consumo de otros alimentos recomendables como frutas y verduras es muy bajo, por lo que se debe incentivar su consumo. Por el contrario, es necesario disminuir el consumo de bebidas no lácteas endulzadas cuyo consumo es muy elevado, así como el de los demás grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, de manera que estas modificaciones sean para mejorar la alimentación y salud de este grupo poblacional.

En adultos, 9.7% de la población no cumplió con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como físicamente activos. Por otro lado, los adultos pasan más de cuatro horas sentados al día.

Si bien un porcentaje importante de la población fue clasificada como físicamente activa, de acuerdo con el criterio de la OMS, vale la pena mencionar, que de acuerdo con un estudio de validación en población mexicana usando el mismo instrumento, mostró que cuando el cuestionario es aplicado por segunda vez, el porcentaje de personas clasificadas como físicamente activas disminuía.⁵² Este resultado sugiere que la prevalencia podría ser menor. 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, aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión.

Por lo anterior, es importante promover no sólo la práctica de actividad física moderada y vigorosa, que incluye actividades deportivas, 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.

Referencias

- 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.
- Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez-Uribe 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;117-34.
- Melgar-Quiñonez H, Alvarez-Uribe MC, Fonseca-Centeno ZY, Bermúdez O, Palma de Fulladolsa P, Fulladolsa A. Psychometric characteristics of the food security scale (ELCSA) applied in Colombia, Guatemala and Mexico. *Seguranca Alimentar e Nutricional*. 2010;17(1):48-60.
- Melgar-Quiñonez H, Samayoa L. Prevalencia de inseguridad alimentaria del hogar en Guatemala. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 (ENCOVI). Guatemala: SESAN/INE/FAO, 2012.
- Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books, 1988.
- Habicht JP. Standardization of anthropometric methods in the field. *PAHO Bull.* 1974;76:375-84.
- Organización Mundial de la Salud. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Ginebra: OMS, 1995.
- Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil. OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/childdgrowth/software/es/>
- 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. Geneva: WHO, 2006.
- De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007;85(9):660-7.
- 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):142-61.
- Pereira MA, FitzGerald SJ, Gregg EW, Joswiak ML, Ryan WJ, Suminski RR, *et al.* A collection of physical activity questionnaires for health-related research. *Med Sci Sports Exerc.* 1997;29(6 suppl):S1-205.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics.* 2001;107(2):423-6.
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström 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):1381-95.
- 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):21-8.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010.
- 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
- Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378(9809):2123-35.
- 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):1684-90.
- 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(5):737-43.

21. 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.
22. Cohen JH, Haas JD. 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):392-9.
23. 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):267-84.
24. 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. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.
25. 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' behaviors towards food labels. 2014 [unpublished manuscript].
26. Edwards M. Fetal death and reduced birth rates associated with exposure to lead-contaminated drinking water. *Environ Sci Technol*. 2014;48(1):739-46.
27. 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):894-9.
28. Marcus DK, Fulton JJ, Clarke EJ. Lead and conduct problems: A meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39(2):234-41.
29. 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.
30. Romieu I, Palazuelos E, Hernandez-Avila M, Rios C, Muñoz I, Jimenez C, Cahero G. Sources of lead exposure in Mexico City. *Environ Health Perspect*. 1994;102(4):384-9.
31. Téllez-Rojo MM, Bautista-Arredondo LF, Richardson V, Estrada-Sánchez D, Ávila-Jiménez L, Ríos C, *et al*. Intoxicación por plomo y nivel de marginación en recién nacidos de Morelos, México. *Salud Publica Mex*. 2017;59(3): 218-26.
32. Centers for Disease Control and Prevention. Biomonitoring Summary. Atlanta: CDC, 2017.
33. Barquera S, Rivera JA, Safdie M, Flores M, Campos-Nonato I, Campirano F. Energy and nutrient intake in preschool and school age Mexican children: National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex*. 2003;45(suppl 4):S540-50.
34. Denova-Gutiérrez E, Ramírez-Silva I, Rodríguez-Ramírez S, Jiménez-Aguilar A, Shamah-Levy T, Rivera-Dommarco JA. Validity of a food frequency questionnaire to assess food intake in Mexican adolescent and adult population. *Salud Publica Mex*. 2016;58(6):617-28.
35. Gaona-Pineda EB, Martínez-Tapia, 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):272-82.
36. 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.
37. Pérez-Escamilla R, Dessalines M, Finnigan M, Pachón H, Hromi-Fiedler A, Gupta N. Household food insecurity is associated with childhood malaria in rural Haiti. *J Nutr*. 2009;139(11):2132-8.
38. Segall-Correa AM, Panigass G, Sampaio-Archanjo M de F, Marin-León L, Pérez-Escamilla 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 en Nutrición Humana*. 2007:89-102.
39. 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.
40. Pérez-Escamilla R. Can experience-based household food security scales help improve food security governance? *Global Food Security*. 2012;1(2):120-5.
41. Organización Mundial de la Salud. Metas globales 2025: Póster. Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2012 [citado septiembre 25, 2019]. Disponible en: www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es
42. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999: Para la atención a la salud del niño. Ciudad México: Diario Oficial de la Federación, 1999. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
43. Secretaría de Salud. Desarrollo Infantil Temprano: Lineamientos técnicos 2017. Ciudad de México: SS, 2017 [citado enero, 2017]. Disponible en: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/infancia/lineamiento/Lineamientos2017.pdf>
44. Tamburlini G, Manetti S, Toffol G. Primary health care and early childhood development. *Lancet*. 2011;378(9807):e16.
45. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, *et al*. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91-102.
46. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: A longitudinal study of two nationally representative age cohorts. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2009;18(5):459-83.
47. Schneider MW, Ross A, Graham JC, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? *Child Abuse Negl*. 2005;29(5):513-32.
48. Daelmans B, Darmstadt GL, Lombardi J, Black MM, Britto PR, Lye S, *et al*. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet*. 2017;389(10064): 9-11.
49. 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):1381-6.
50. 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. Disponible en: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/La_anemia_entre_adolescentes_y_muje_341.pdf
51. Esquinas-Requena JL, Lozoya-Moreno S, García-Nogueras I, Atienzar-Núñez P, Sánchez-Jurado PM, Abizanda P. Anemia increases mortality risk associated with frailty or disability in older adults. The FRADEA Study. *Aten Primaria*. 2019.
52. Pols MA, Peeters PH, Bueno-De-Mesquita HB, Ocké MC, Wentink CA, Kemper HC, Collette HJ. Validity and repeatability of a modified Baecke questionnaire on physical activity. *Int J Epidemiol*. 1995;24(2):381-8.

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.¹⁻⁵ En este capítulo se analiza, a partir de la Ensanut 2018, la utilización de los servicios ambulatorios y hospitalarios en Querétaro.

La utilización de servicios ambulatorios curativos fue definida como la atención por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente que no haya requerido hospitalización en las dos semanas previas a la encuesta. 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”.

La Ensanut 2018 indica que, en Querétaro, el porcentaje de utilización de servicios ambulatorios en los quince días previos a la encuesta fue de 9.0%, mayor respecto a la nacional (6.5%)

De acuerdo con la respuesta del informante del hogar, se estimó que 5.6% de la población de Querétaro utilizó los servicios hospitalarios en el año previo a la entrevista (cuadro 6.1), proporción mayor respecto de la nacional (4.6%).

Utilizadores de servicios ambulatorios			Utilizadores de servicios hospitalarios		
N ^s	%	IC95%	N ^s	%	IC95%
192.5	9.0	8.1,10.0	119.9	5.6	5.0,6.4

*En las dos últimas semanas

†En el último año

‡Cantidad en miles

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 6.1

Porcentaje de utilización de servicios de salud ambulatorios* y hospitalización.† Querétaro, México, Ensanut 2018

Utilización de servicios ambulatorios según institución de salud

Menos de la mitad de los usuarios de servicios ambulatorios de Querétaro fueron atendidos en el sector público (48.9%), incluyendo la seguridad social, en tanto que el sector privado aportó 51.1% del total de consultas (cuadro 6.2). En los servicios públicos, los proporcionados por los Servicios de Salud Estatales (SESA) concentraron 24.0% de las consultas. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) otorgó 22.7% de las consultas. Los datos de utilización de la Ensanut 2018 muestran un aumento en la participación de servicios privados en comparación con lo reportado en la Ensanut 2012, con 32.9 y 51.1%, respectivamente.

■ Cuadro 6.2

Distribución porcentual de utilizadores de servicios de salud ambulatorios en el último mes por institución que proporciona la atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Institución que proporciona la atención	Frecuencia (N)*	%	IC95%
IMSS	39.3	22.7	18.1,28.0
Servicios de Salud Estatales [‡]	41.6	24.0	18.9,29.9
Institución privada [§]	88.6	51.1	44.8,57.4
Otra institución [#]	3.9	2.2	1.0,5.1
Total	173.4	100.0	

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[‡]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

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

[#]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Población que utilizó servicios hospitalarios según institución

El principal proveedor de servicios hospitalarios fueron los SESA, con 37.6% (cuadro 6.3). El IMSS fue reportado como sitio de hospitalización por 34.1% de los usuarios de ese servicio y 25.1% acudió a hospitales privados. El resto (3.1%) utilizó servicios hospitalarios de otras instituciones públicas (cuadro 6.3).

■ Cuadro 6.3

Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios en el último año por institución que proporciona la atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Institución que proporciona la atención	Frecuencia (N)*	%	IC95%
IMSS	40.9	34.1	27.6,41.3
Servicios de Salud Estatales [‡]	45.1	37.6	31.1,44.7
Institución privada [§]	30.1	25.1	19.8,31.4
Otra institución [#]	3.8	3.1	1.6,6.2
Total	119.9	100	

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[‡]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

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

[#]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Prescripción, surtimiento y pago de bolsillo de medicamentos

La obtención de un medicamento está determinada básicamente por dos factores. Por un lado, la identificación de una necesidad de salud es generalmente realizada por un médico, quien prescribe una receta para conseguir determinado medicamento. También depende de la capacidad resolutoria de una unidad de atención en el sector público para proporcionar los medicamentos recetados y de la capacidad de pago de los usuarios para adquirirlos en el sector privado.^{6,7}

La Ensanut 2018 obtuvo información sobre la prescripción y surtimiento de medicamentos recetados por institución tanto en el sector público como en el privado, así como los gastos de bolsillo en que incurrieron los usuarios para la obtención de los mismos.

En Querétaro, 89.8% de los utilizadores de servicios de consulta médica ambulatoria recibieron una prescripción de medicamentos. De ellos, 54.3% 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 quince días previos a la encuesta, 80.4% refirieron haber recibido todos los medicamentos recetados (cuadro 6.4).

Los usuarios que recibieron receta y que acudieron a los Servicios Estales de Salud (SESA) y otras instituciones públicas refirieron menor porcentaje de surtimiento de recetas que lo reportado para el IMSS; 54.2 y 48.0% respectivamente de los utilizadores que recibieron receta lograron el surtimiento completo dentro de la institución donde se dio el servicio. Los servicios privados y los consultorios dependientes de farmacias surten todos los medicamentos en la misma farmacia en 43.3% de los casos.

■ Cuadro 6.4

Prescripción y surtimiento de medicamentos, por lugar de atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Institución que proporciona la atención	Le recetaron medicamentos			Consiguió todos los medicamentos en el lugar de atención		
	Frecuencia (N)*	%	IC95%	Frecuencia (N)*	%	IC95%
IMSS	35.8	91.3	82.9,95.7	28.8	80.4	68.8,88.5
Servicios de Salud Estatales [†]	34.6	83.2	73.8,89.7	18.8	54.2	42.8,65.2
Institución privada [‡]	82.4	92.9	86.4,96.5	35.6	43.3	34.2,52.8
Otra institución [§]	2.9	75.6	25.5,96.6	1.4	48.0	12.0,86.2
Total	155.7	89.8	85.4,93.1	84.6	54.3	47.3,61.2

Institución que proporciona la atención	Consiguió todos los medicamentos fuera del lugar de atención			Consiguió algunos o ninguno de los medicamentos		
	Frecuencia (N)*	%	IC95%	Frecuencia (N)*	%	IC95%
IMSS	4.3	11.9	6.2,21.6	2.8	7.7	3.3,16.8
Servicios de Salud Estatales [†]	7.6	21.9	13.2,34.2	8.3	23.9	15.1,35.6
Institución privada [‡]	46	55.8	46.4,64.9	0.7	0.9	0.2,3.7
Otra institución [§]	0.8	27.0	5.6,69.7	0.7	25.0	3.4,76.1
Total	58.6	37.6	31.4,44.3	12.5	8.0	5.3,11.9

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[†]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

[‡]Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

[§]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Comparado con 2012, en Querétaro el porcentaje que consiguió todos los medicamentos disminuyó de 64.3 a 54.3%. En los pacientes del IMSS fue similar el porcentaje de 80.5 y 80.4% entre 2012 y 2018, mientras que en los de la SESA descendió de 66.6 a 54.2. En los que recibieron todos sus medicamentos en el sector privado se redujo de 54.2 a 43.3% en el mismo periodo.

En relación al gasto de bolsillo por medicamentos, 60% de los usuarios reportó que pagó por los medicamentos que requería (cuadro 6.5). La mediana de gasto fue de 325 pesos para quienes incurrieron en este rubro. Como es de esperar, la proporción más alta de quienes realizaron pago fue para quienes acudieron a servicios privados (92.7%, mediana de 380 pesos). La proporción de personas que pagó fue menor para quienes acudieron al IMSS, aunque éstas realizaron mayor gasto por medicamentos (mediana de gasto 400 pesos).

■ Cuadro 6.5

Pago por medicamentos, por institución. Querétaro, México, Ensanut 2018

Institución que proporciona la atención	Pago por medicamentos			Mediana de cantidad pagada (pesos)
	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
IMSS	2.4	6.8	3.0,14.5	400
Servicios de Salud Estatales [‡]	11.6	36.4	24.5,50.3	186
Institución privada [§]	76.4	92.7	86.5,96.2	380
Otra institución [¶]	0.8	28.7	5.9,72.0	330
Total	91.2	60	53.4,66.2	325

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[‡]Incluye: Centro de salud u hospital de la SS

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

[¶]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Calidad de la atención ambulatoria

La evaluación de la calidad de la atención es un elemento fundamental para conocer el desempeño de los servicios de salud y es una valiosa herramienta en la toma de decisiones dirigidas a la mejora de los mismos. Uno de los indicadores centrales para su medición en la dimensión interpersonal es la percepción que los usuarios expresan sobre el grado de satisfacción en la calidad de la atención recibida y también sobre la mejoría en su estado de salud posterior a la utilización del servicio.

El conocimiento de estos aspectos permite identificar las expectativas de las personas al demandar un servicio de salud, sus experiencias al recibirlo, los problemas surgidos durante el proceso y la satisfacción con la atención brindada.

Es por ello que, en la atención ambulatoria, ámbito de primer contacto entre usuarios y proveedores, el análisis de la calidad de atención, desde la perspectiva de la dimensión humana, es crítico para la definición de las acciones que aseguren una respuesta integral de los servicios de salud mediante el trato apropiado a los usuarios.⁸⁻¹¹

Tiempo de espera

El tiempo de espera se define como el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario llega a la unidad de atención y el momento en que recibe la consulta.

El promedio de tiempo de espera para que el usuario sea atendido en los servicios curativos de Querétaro fue de 47.3 minutos. Los SESA presentaron el promedio más alto de espera, con 79.7 minutos y mediana de 40 minutos, seguido del IMSS, con 71.6 minutos. Los servicios privados tuvieron el menor tiempo de espera, con un promedio de 20.3 minutos (cuadro 6.6).

Institución que proporciona la atención	Frecuencia (N)*	Minutos (promedio)	Minutos (mediana)
IMSS	39.3	71.6	30
Servicios de Salud Estatales [†]	41.6	79.7	40
Institución privada [‡]	88.6	20.3	10
Otra institución [§]	3.9	47.7	60
Total	173.4	47.3	20

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[†]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

[‡]Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

[§]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 6.6

Tiempo promedio de espera para la consulta en los servicios de salud ambulatoria por institución que proporciona la atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Percepción de mejoría en salud después de haber recibido atención ambulatoria

Sobre la percepción de mejoría en salud después de haber recibido atención ambulatoria, la mayoría de la población encuestada en Querétaro (80.8%) consideró que su salud efectivamente había mejorado con la atención que recibió (cuadro 6.7), y 19.2% no percibió mejoría alguna, proporción inferior a la reportada para 2012 (22.8%). Los servicios de salud sobre los que se reporta mayor percepción de mejoría son los privados, que incluyen médicos privados y consultorios dependientes de farmacias, con 87.7%. Los servicios de los SESA se reportan con un nivel de mejoría de la salud percibida por los usuarios de 82.2% y los del IMSS con 65.8%.

Institución que proporciona la atención	Frecuencia (N)*	%	IC95%
IMSS	25.9	65.8	52.6,77.0
Servicios de Salud Estatales [†]	34.2	82.2	72.8,88.8
Institución privada [‡]	77.8	87.7	81.6,92.0
Otra institución [§]	2.2	56.7	18.0,88.6
Total	140	80.8	76.2,84.6

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018

*Cantidad en miles

[†]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

[‡]Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

[§]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

■ Cuadro 6.7

Percepción de mejoría en la salud posterior a recibir atención ambulatoria por institución que proporciona la atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Percepción de la calidad de la atención ambulatoria

Del total de personas que en Querétaro recibieron atención ambulatoria en salud, 89.8% percibió la calidad de la atención como “muy buena y buena” (cuadro 6.8). La percepción de la calidad de la atención como “muy buena y buena” fue menor en los usuarios de los servicios de la SESA (87.9%) que la de los servicios privados (91.4%).

En Querétaro, el mayor porcentaje de usuarios que estarían dispuestos a regresar al mismo lugar de la atención correspondió a quienes utilizaron los servicios privados (92.2%) y los SESA (84.8%) (cuadro 6.8).

■ Cuadro 6.8

Percepción de la calidad de la atención ambulatoria por institución que proporciona la atención. Querétaro, México, Ensanut 2018

Institución que proporciona la atención	Frecuencia (N)*	Percepción de la calidad de la atención ambulatoria						Usuarios que regresarían a la misma institución de atención	
		Buena y muy buena		Regular		Mala y muy mala		%	IC95%
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%		
IMSS	34.2	87.0	75.4,93.6	8.5	3.3,20.5	4.5	1.7,11.5	78.4	67.0,86.6
Servicios de Salud Estatales [†]	36.5	87.9	78.7,93.4	7.8	3.6,16.1	4.3	1.3,13.5	84.8	73.3,91.9
Institución privada [‡]	81.1	91.4	85.7,95.0	7.6	4.1,13.4	1.0	0.3,3.8	92.5	82.6,97.0
Otra institución [§]	3.9	100						100	
Total	155.6	89.8	85.4,92.9	7.7	5.0,11.6	2.6	1.2,5.3	87.6	82.3,91.5

Fuente: INEGI, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018.

*Cantidad en miles

[†]Incluye: Centro de salud u Hospital de la SS

[‡]Incluye: Consultorios dependientes de farmacias, consultorio, clínica u hospital privado

[§]Incluye: ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Prospera, otro lugar

IC: Intervalo de confianza

Conclusiones

La mayor utilización de servicios ambulatorios y de hospitalización en Querétaro respecto a la frecuencia Nacional ameritan un mayor análisis para identificar la necesidad del fortalecimiento de la capacidad resolutoria en la atención primaria. El notorio incremento en el uso de servicios ambulatorios privados respecto a 2012 puede reflejar la percepción de deficiencia en la calidad de la atención de los servicios públicos por parte de los usuarios.

El surtimiento completo de medicamentos recetados sigue siendo un reto para los servicios públicos de salud en México. En Querétaro, la disminución considerable de surtimiento completo en los SESA respecto a 2012, con niveles en 2018 de sólo la mitad de las prescripciones, amerita una urgente revisión en la gestión para el abasto de medicamentos.

En Querétaro, los servicios de salud públicos presentan retos importantes en indicadores de calidad personal, con tiempos de espera muy por arriba del tiempo de espera óptimo (30 minutos o menos), a diferencia de los servicios privados que cumplieron con tal criterio.

La mayoría de la población en Querétaro percibió una mejora en su salud después de haber recibido atención ambulatoria, aunque permanece el reto de una quinta parte de la población que no percibió mejoría después de haber recibido este tipo de atención. Además, resultó significativo que sean los servicios privados de atención a la salud ambulatoria donde los usuarios tuvieron mayor percepción de mejoría. Lo anterior evidencia la necesidad de destinar esfuerzos si bien el resto de instituciones públicas también reportó resultados favorables, a excepción del IMSS donde una tercera parte de sus usuarios no percibieron mejoría. Es destacable que 84.8% de los usuarios de los SESA en Querétaro estarían dispuestos a regresar a esa institución, aunque hubo una mejor calificación para los servicios privados en este aspecto.

Referencias

1. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med.* 2000;50(9):1197-208.
2. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan JE, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* 2000;49(2):147-52.
3. Elster A, Jarosik J, VanGeest J, Fleming M. Racial and ethnic disparities in health care for adolescents: A systematic review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157(9):867-74.
4. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Mental.* 2010;33(5):397-408.
5. Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. How people respond to illness in Mexico: Self-care or medical care? *Health Policy.* 2001;57(1):15-26.
6. Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(supl 2):S112-22.
7. Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar M de L. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006. *Salud Publica Mex.* 2010;52(1):30-8.
8. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academies Press, 2001.
9. World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.* Geneva: WHO/OECD/IBRD, 2018 [citado julio 11, 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Organización Mundial de la Salud. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.* Ginebra: OMS, 2006.
11. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, Pérez-Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Publica Mex.* 2013;55(supl 2):S100-5.



Se terminó de imprimir en 2020
La edición consta de 40 ejemplares y estuvo a cargo de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública