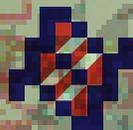


ENCUESTA NACIONAL
de **Salud y Nutrición**

2006

Resultados por entidad federativa

Baja California



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

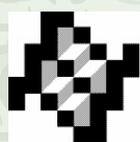
Resultados por entidad federativa, Baja California

ENCUESTA NACIONAL de **Salud y Nutrición**

2006

Resultados por entidad federativa

Baja California



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. **Resultados por entidad federativa, Baja California**

Primera edición, diciembre de 2007

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez. **Edición:** Gabriel Nagore Cázares (Coordinador), Daniel Zetina, José Francisco Reveles Cordero, Susana de Voghel Gutiérrez, Juan Jorge García Letechipia, Claudia Sánchez Rodríguez, Fernando José González Montesinos, Félix Vergara López. **Producción:** Samuel Rivero Vázquez (Coordinador), Liliana Rojas Trejo, Juan Pablo Luna Ramírez, Rubén Arturo Cortés González, Petra Montiel Martínez, Susana de la Rosa Murillo.

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-40-2 (Obra completa)
ISBN 978-970-9874-41-9 (Baja California)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
Resultados por entidad federativa, Baja California

Coordinadores

Mario Henry Rodríguez, Eduardo Lazcano,
Bernardo Hernández Prado, Carlos Oropeza Abúndez

Colaboradores por capítulo

Metodología

Oswaldo Palma Coca, Teresa Shamah Levy,
Rosalba Rojas Martínez, Gustavo Olaiz Fernández,
Ignacio Méndez Ramírez

Salud

Hogar

Oswaldo Palma Coca, Aremis Villalobos Hernández,
Carole Odette Schmitz Basáñez,
Alan Evaristo Hernández Estrada,
Alain López Condado,
María Isidra Hernández Serrato

Niños

Laura R. Mendoza Alvarado, Gabriela Torres Mejía,
Carlos Manuel Guerrero López, Eduardo Lazcano

Adolescentes

Oswaldo Palma Coca,
María Isidra Hernández Serrato,
Aremis Villalobos Hernández, Alain López Condado,
Carole Odette Schmitz Basáñez,
María de Lourdes Campero Cuenca,
Leticia Suárez López

Adultos

Rosalba Rojas Martínez, Ruy López Ridaura,
Claudia Larracilla Camacho,
Luisa María Sánchez Zamorano,
Aída Jiménez Corona, Eduardo Lazcano

Nutrición

Estado nutricional

Lucía Cuevas Nasu, Teresa Shamah Levy,
Juan Rivera Dommarco,
Lidia Beatriz Moreno Macías,
Marco Antonio Ávila Arcos,
Alfonso Jesús Mendoza Ramírez

Anemia

Verónica Mundo Rosas, Teresa Shamah Levy,
Salvador Villalpando Hernández,
Éric Mauricio Rolando López

Servicios de salud

Miguel Ángel González Block,
María de Luz Kageyama, René Leyva,
Irene Parada, Celina Rueda, Veronika Wirtz,
Jesús Vertiz, Guadalupe Ruelas, María Luisa Gontes,
Blanca Pelcastre, Alma Lucila Saucedo, Clara Juárez,
Magali Cuadra, Marta Caballero

Citación sugerida:

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Baja California. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007

Contenido

Prólogo	11
Presentación	13
Metodología	15
1. Salud	25
▶ Hogar	27
▶ Niños	41
▶ Adolescentes	49
▶ Adultos	61
2. Nutrición	73
▶ Estado nutricional	75
▶ Anemia	87
3. Servicios de salud	91
▶ Utilización de servicios de salud	93
▶ Medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete y gastos relacionados	97
▶ Calidad de la atención	101
▶ Utilización del Seguro Popular	105

Prólogo

A partir de la década de los ochenta, la Secretaría de Salud inició la operación de un esquema institucional para la elaboración sistemática de encuestas con aplicación nacional para conocer, de la manera más objetiva posible, el comportamiento de diversas variables y determinantes de la salud. Desde entonces se han llevado a cabo más de 20 ejercicios probabilísticos respecto de las condiciones de salud y nutrición, o sobre diversos temas epidemiológicos. Estos ejercicios culminan en la integración de bases de datos organizados e información relevante que permite identificar tendencias, así como evaluar el impacto y los resultados de las intervenciones, programas y acciones de salud.

Así, un insumo básico para la toma de decisiones es la evidencia científica, y las encuestas constituyen un medio de gran importancia para obtenerla, en particular en el campo de la salud pública. Por este motivo, me complace presentar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) por entidad federativa en México. Esta información fue de invaluable utilidad para la conformación del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Nacional de Salud 2007-2012, y lo será también para la planeación de los servicios de salud en los ámbitos locales y regionales, así como para hacer más eficiente el gasto en salud.

Bajo el liderazgo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el cual coordinó un notable esfuerzo de colaboración interinstitucional en el ámbito nacional e internacional, la ENSANUT 2006 tuvo como principal objetivo recabar información del estado nutricional y de salud de los niños y adultos en México con el propósito de brindar soporte a las políticas públicas que se traducen en acciones que benefician a la población.

Una vez publicados los resultados nacionales de la ENSANUT 2006, ahora se presentan desglosados por entidad federativa: la ENSANUTEF 2006. Éste es un trabajo sin precedente en el ámbito de las encuestas nacionales y, gracias a él, se contará con indicadores de salud y nutrición, cuyas variables tienen representatividad estatal y regional.

Los 32 tomos de la ENSANUTEF 2006 se agrupan en cuatro regiones: Norte, Centro-Occidente, Centro y Sur-Sureste —de acuerdo con la regionalización realizada para el levantamiento original de la encuesta— y constan de tres apartados: salud, nutrición y servicios de salud. La información estatal que presentan incluye, en la primera parte, las características de la población, en cuanto a hogar, vivienda, actividad económica, condición de derechohabiente; problemas de salud por rango de edad como la prevalencia de padecimientos infecciosos y accidentes, así como resultados de los programas de vacunación en niños, conductas de riesgo y salud reproductiva en adolescentes, prevalencia de padecimientos crónicos y evaluación de los programas preventivos en adultos. En la segunda parte, se presentan resultados representativos de la evaluación de estado nutricional, mediante índices antropométricos, y de anemia a partir de muestras de sangre capilar. Por último, la tercera sección prioriza información sobre utilización de servicios basada en la percepción de enfermedad, la prescripción de medicamentos, la calidad de la atención (percepción sobre la mejoría) y diversos aspectos objetivos y subjetivos del programa Seguro Popular.

Además de la publicación, las bases de datos que se conformaron alrededor de la ENSANUTEF 2006 también estarán disponibles en la página electrónica del INSP.

Producto de excelencia que el Instituto Nacional de Salud Pública pone a disposición de los hacedores de políticas en materia de salud, y de la sociedad en su conjunto, la ENSANUTEF 2006 será, sin duda, referencia obligada para las autoridades de cada entidad en la orientación de programas y estrategias que contribuyan a abatir los rezagos ahí identificados. Muestra asimismo la relevancia de la investigación e información como insumo de la acción pública.

La *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa* se financió con recursos que aportaron los estados. La Secretaría de Salud a nivel federal cierra este ciclo con la entrega de sus resultados a los Servicios Estatales de Salud.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Presentación

Las encuestas nacionales de salud son una herramienta sustantiva para generar información basada en evidencia científica que contribuya a proponer y mejorar las políticas públicas de salud. Aplicadas de forma continua, estas encuestas constituyen sistemas de vigilancia epidemiológica que dan cuenta de eventos mórbidos y no mórbidos relacionados con la salud poblacional. Los datos que arrojan permiten identificar la utilidad y el impacto de estrategias públicas en salud y posibilitan compartir los resultados de los programas de salud a nivel local, estatal y nacional, así como compararlos con los de otros países y regiones.

En México, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en colaboración con diversas instituciones académicas y gubernamentales, es un referente indispensable para caracterizar la frecuencia y prevalencia de diversos factores de exposición en todos los grupos poblacionales. A este respecto, luego de haber publicado los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), para nosotros representa una gran satisfacción presentar la edición de la ENSANUT 2006 por entidad federativa (ENSANUTEF 2006); además de los 32 tomos que la constituyen, la base de datos correspondiente estará disponible para consulta de la comunidad académica nacional e internacional en el sitio electrónico del Instituto (www.insp.mx) a partir de noviembre de 2007.

Instrumentos como la ENSANUTEF 2006 rinden diversos frutos en pro del bienestar de la sociedad. Por un lado, hacer frente a los requerimientos de salud de la población con recursos limitados es una tendencia creciente a nivel internacional, que exige el establecimiento de prioridades de forma responsable. Al mismo tiempo, se generan demandas más específicas, como mejorar la seguridad en la práctica de la atención médica y la inclusión de un consentimiento público informado en el proceso de toma de decisiones.

Por otro lado, si se considera que las políticas nacionales de salud deben implementarse en función de la evaluación de su impacto y se toma en cuenta la disponibilidad de recursos humanos, financieros y de infraestructura, surge como prioridad la evaluación, basada en evidencia científica, de las acciones llevadas a cabo. Este curso de acción permite el óptimo ejercicio de los recursos y una rendición de cuentas transparente por parte de los tomadores de decisiones.

Las intervenciones elegidas por los responsables de la salud pública deben orientarse a maximizar la salud de la población general, reducir inequidades en los grupos marginados o vulnerables y a dar respuesta a situaciones de emergencia, pero se necesita de instrumentos como las encuestas nacionales para contener la influencia de criterios no científicos en la toma de decisiones, como aquéllos de índole histórica o política, o los que obedecen a la intuición.

La mejora de los servicios de salud en México debe incluir la rendición de cuentas que acredite, de forma rutinaria, la base científica de las decisiones tomadas. Los profesionales de la salud que justifiquen de esta manera sus acciones en los ámbitos local y regional estarán respondiendo en forma organizada a la gran encomienda que les ha sido conferida.

En todos estos sentidos, estamos seguros de que la ENSANUTEF 2006 constituirá un valioso apoyo.

Dr. Mario Henry Rodríguez
Director General
Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Eduardo Lazcano Ponce
Director del Centro de Investigación
en Salud Poblacional
Instituto Nacional de Salud Pública

Metodología

Después de 20 años de haber realizado las primeras encuestas de salud y nutrición (Encuesta Nacional de Salud 1986 y Encuesta Nacional de Nutrición 1988), y de seis años de haberse aplicado las más recientes (Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y Encuesta Nacional de Salud 2000), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) asumió el compromiso de mantener actualizada la información sobre los principales aspectos sociodemográficos y la situación de salud de la población mexicana.^a En este contexto se convocó, a principios de 2005, a más de 80 investigadores, especialistas y funcionarios públicos a contribuir con sus experiencias e ideas en el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006).

La ENSANUT 2006 es la encuesta más compleja que se ha realizado; el INSP recabó información relacionada al estado de salud y nutrición de la población mexicana, a la prevalencia de algunos padecimientos crónicos e infecciosos, a la calidad y respuesta de los servicios de salud, y al gasto en salud que realizan los hogares mexicanos. Con esta encuesta se pretende, además, evaluar los cambios de prevalencias en la población mexicana, mediante la comparación de estos resultados con los de las encuestas nacionales de Nutrición de 1988 y 1999, y de Salud de 1986, 1994 y 2000.

Los objetivos que se plantearon para el desarrollo de la ENSANUT 2006 son:

1. Estimar la frecuencia y distribución en los ámbitos nacional, regional, urbano y rural, y para cada una de las entidades federativas en México, de indicadores positivos de salud; factores de riesgo de enfermedad, estado nutricional y deficiencias de nutrimentos; enfermedades (agudas y crónicas), y lesiones
2. Contribuir a la evaluación de programas y políticas que inciden en la salud de la población

^a Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: Poder Ejecutivo Federal, 1995.

3. Identificar y conocer los factores socioeconómicos y de estilos de vida asociados con la salud y las enfermedades estudiadas
4. Identificar los factores relacionados con la accesibilidad, utilización y percepción de la calidad de los servicios de salud

La ENSANUT 2006 captó información a nivel estatal, lo que permite diferenciar las características de la población urbana y rural, y distribuir a la población en cuatro estratos de ingreso. La encuesta incluyó a los principales grupos poblacionales (niños, adolescentes y adultos) y fue diseñada para recabar información sobre los siguientes aspectos:

- Estado nutricional de los niños, adolescentes y adultos en México
- Estado de salud de la población mexicana y prevalencia de algunos padecimientos crónicos e infecciosos
- Percepción de la población sobre la calidad y respuesta del sistema de salud en el estado
- El impacto en salud del Programa Oportunidades (*Oportunidades*)

Las unidades de análisis definidas para la encuesta fueron las siguientes:

- Hogar es el conjunto de personas, relacionadas o no por algún grado de parentesco, que habitualmente duermen en una misma vivienda o bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común, aportado por uno o más de los miembros del hogar
- Niños son las personas del hogar entre 0 y 9 años de edad
- Adolescentes son las personas del hogar entre 10 y 19 años de edad
- Adultos son las personas del hogar con 20 años o más de edad
- Utilizadores de servicios de salud son las personas del hogar que buscaron o recibieron atención dentro de los seis meses anteriores a la fecha de la encuesta, ya fuera por enfermedad, lesión o accidente o por prevención y rehabilitación.

Por razones operativas no se incluyeron dentro de la encuesta las viviendas colectivas como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles, asilos y similares.

El diseño muestral de la ENSANUT 2006 es probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La estratificación de las unidades muestrales se realizó tomando en consideración las variables de tamaño de localidad y estatus de incorporación a *Oportunidades* (cuadros A y B).

■ Cuadro A

Estratos por tamaño de localidad. México, ENSANUT 2006

Estrato	Descripción
I. Ciudad o área metropolitana	■ Ciudades y áreas metropolitanas ■ Resto de ciudades de 100 000 y más habitantes y/o capitales de estado
II. Complemento urbano	■ Localidades de 2 500 a 99 999 habitantes
III. Rural	■ Localidades con menos de 2 500 habitantes

■ Cuadro B

Estratos por estatus de incorporación a *Oportunidades*. México, ENSANUT 2006

Estrato	Descripción
I. <i>Oportunidades</i>	■ Localidades incorporadas a <i>Oportunidades</i>
II. No <i>Oportunidades</i>	■ Localidades no incorporadas a <i>Oportunidades</i>

De esta manera, de acuerdo con las características de cada estado, combinando la estratificación por tamaño de localidad y estatus de incorporación a *Oportunidades* se obtuvieron un máximo de seis estratos por entidad federativa.

Para la determinación del tamaño de muestra de la ENSANUT 2006 se consideró que la menor proporción de importancia (prevalencia mínima de interés) que debía estimarse con precisión era 8.1 por ciento. Además, considerando que los estimadores estatales obtenidos por la encuesta deberían tener un error relativo máximo de 25%, un intervalo de confianza de 95%, una tasa de no respuesta de 20% y un efecto de diseño^b de 1.7 se determinó un tamaño de muestra de al menos 1 476 viviendas por estado, usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (1-P)}{r^2 P} \frac{deff}{TR}$$

donde

- n Tamaño de muestra
- P Proporción a estimar
- $Z_{\alpha/2}^2$ Cuantil de una distribución normal asociado con un nivel de confianza deseado
- r Error relativo máximo que se está dispuesto a aceptar
- deff Efecto de diseño, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia de diseño, por tratarse de un diseño complejo
- TR Tasa de respuesta esperada

En 13 entidades el tamaño de muestra se elevó hasta un máximo de 1 620 viviendas, para poder garantizar un mínimo de 300 hogares incorporados a *Oportunidades*. Así, el tamaño de muestra nacional fue de 48 600 viviendas, lo que permite estimar prevalencias de 0.4% y mayores. El número de viviendas incluidas en la muestra en cada estado se presenta en el cuadro C.

■ Cuadro C

Tamaño de muestra de viviendas por entidad federativa. México, ENSANUT 2006

Entidad	Viviendas
Aguascalientes	1 620
Baja California	1 476
Baja California Sur	1 476
Campeche	1 476
Coahuila	1 476
Colima	1 620
Chiapas	1 476
Chihuahua	1 476
Distrito Federal	1 476
Durango	1 548
Guanajuato	1 512
Guerrero	1 476
Hidalgo	1 476
Jalisco	1 620
Estado de México	1 620
Michoacán	1 476
Morelos	1 620
Nayarit	1 584
Nuevo León	1 476
Oaxaca	1 476
Puebla	1 476
Querétaro	1 512
Quintana Roo	1 620
San Luis Potosí	1 476
Sinaloa	1 548
Sonora	1 476
Tabasco	1 476
Tamaulipas	1 476
Tlaxcala	1 548
Veracruz	1 476
Yucatán	1 584
Zacatecas	1 476
Nacional	48 600

^b De acuerdo con estimaciones obtenidas de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y la Encuesta Nacional de Salud 2000.

El diseño de esta encuesta permite estimar el número absoluto de individuos que comparten alguna característica con base en el estudio de una muestra mediante el uso de ponderadores que generen cifras expandidas. A lo largo de esta publicación se presentan las cifras expandidas que han sido generadas considerando el diseño muestral de la encuesta. En algunos casos se presentan indicadores para los cuales el tamaño de muestra en un estado es muy pequeño para obtener estimadores confiables, pero que al mismo tiempo son imprescindibles, dada su relevancia en el contexto de la salud pública; en tales ocasiones se optó por presentar la cifra correspondiente a la región geográfica en que se ubica la entidad. La regionalización utilizada para este fin se presenta en el cuadro D.

Por razones operativas, el esquema de selección fue diferencial entre los estratos de estudio. En los estratos I y II el esquema de selección fue idéntico, mientras que en el estrato III existe una variación.

Estratos I y II

■ Cuadro D

Regionalización en la ENSANUT 2006

Región	Entidad
Norte	Baja California
	Baja California Sur
	Chihuahua
	Coahuila
	Nuevo León
	Sinaloa
	Sonora
	Tamaulipas
Centro	Estado de México
	Distrito Federal
	Hidalgo
	Morelos
	Puebla
	Querétaro
Tlaxcala	
Centro-Occidente	Aguascalientes
	Colima
	Durango
	Guanajuato
	Jalisco
	Michoacán
	Nayarit
	San Luis Potosí
Zacatecas	
Sur-Sureste	Campeche
	Chiapas
	Guerrero
	Oaxaca
	Quintana Roo
	Tabasco
	Veracruz
Yucatán	

- En la primera etapa se seleccionaron áreas geoestadísticas básicas (AGEB) con probabilidad proporcional al tamaño (PPT) definida por el número de viviendas particulares habitadas en el AGEB
- Para cada una de las AGEB seleccionadas se eligieron seis manzanas con probabilidad proporcional a su número de viviendas
- Posteriormente, en cada una de las manzanas seleccionadas se realizó una selección de seis viviendas usando muestreo sistemático con arranque aleatorio
- En cada una de las viviendas seleccionadas, y siempre que la composición del hogar lo permitió, se seleccionaron, mediante el uso de muestreo aleatorio simple, un adulto, un adolescente, un niño y un utilizador de servicios de salud, según las definiciones dadas anteriormente. La encuesta se aplicó en todos los hogares de la vivienda seleccionada
- A cada uno de los individuos seleccionados al interior del hogar se le aplicó la entrevista siguiendo el cuestionario correspondiente

Estrato III

En el caso de las localidades que conforman el estrato III, el esquema de selección fue como sigue:

- Las unidades primarias de muestreo fueron AGEB que contenían localidades que conformaban el estrato III. La probabilidad de seleccionar una AGEB fue proporcional al número de viviendas particulares habitadas en ella. Se seleccionaron tantas AGEB como correspondió al tamaño de muestra del estrato en la entidad
- La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) estuvo constituida por las localidades o conjuntos de localidades que agrupaban un mínimo de 120

viviendas. Estas USM se seleccionaron con probabilidad proporcional al número de viviendas particulares habitadas que conglomeraban

- Para cada localidad o grupo de localidades seleccionadas se extrajo una muestra aleatoria sistemática de tres segmentos de 12 viviendas cada uno
- En cada una de las viviendas que conformaron los segmentos seleccionados se aplicó la encuesta a todos los hogares que éstas incluyeran. Siempre que la composición del hogar lo permitiera, se seleccionaron un adulto, un adolescente, un niño y un utilizador de servicios, según las definiciones dadas anteriormente. Esta selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple

En la figura A se esquematiza el contenido general de los cuestionarios, las variables de interés y el tipo de muestras y mediciones que se realizaron para cada grupo de edad. Se debe señalar que existen diversas líneas generales de la encuesta: en particular, para toda la población se determinaron los patrones de consumo, dieta, actividad física y lesiones. Estos cuatro grupos de preguntas son transversales y se complementan con el resto de los cuestionarios individuales que especifican cada grupo de edad.

Levantamiento de la información

La información en campo se recolectó de octubre de 2005 a mayo de 2006. Para el levantamiento de la ENSANUT 2006, la estrategia de trabajo se dividió en dos fases: la primera de realización de cartografía y la segunda de levantamiento de cuestionarios.

Primera fase

Para la realización de la cartografía de las localidades seleccionadas en los estados se actualizaron listados de hogar, se elaboraron croquis de las manzanas seleccionadas en todas las localidades y se ubicaron las viviendas seleccionadas para la realización del levantamiento de cuestionarios.

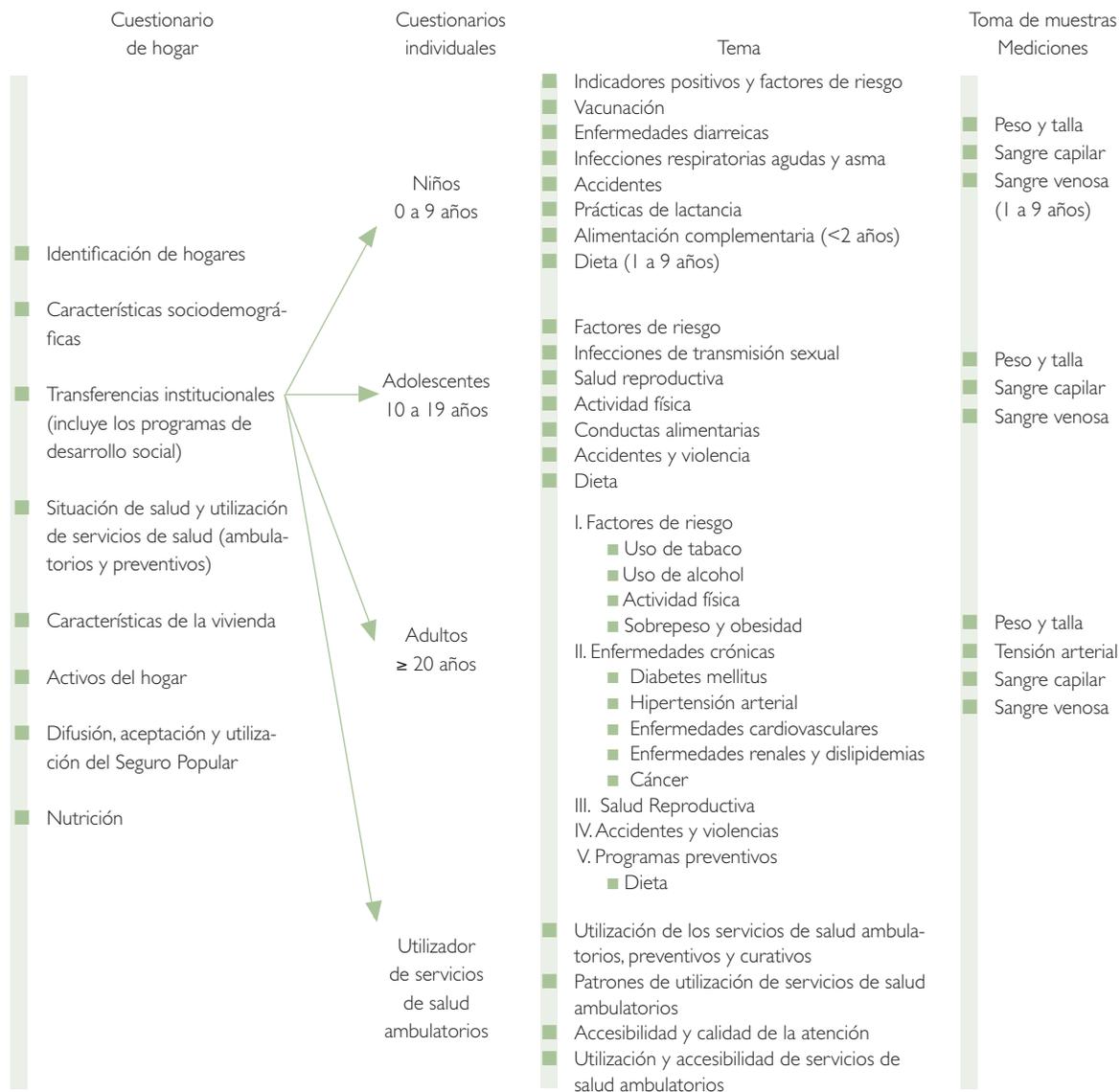
El grupo de cartógrafos visitó cada localidad tres semanas antes de que lo hiciera el equipo a cargo del levantamiento de datos. Una vez seleccionadas las AGEB en cada estado y las manzanas al interior de las AGEB, los cartógrafos realizaron un recorrido sistemático, en el que visitaron todas las viviendas de las manzanas, comenzando por el hogar ubicado más al noroeste.

Al finalizar el recorrido de la AGEB, mediante un programa computarizado, se seleccionaron las viviendas que serían encuestadas

Posteriormente, el cartógrafo regresó a las viviendas seleccionadas para aplicar el cuestionario de actualización de datos del hogar

En cada vivienda seleccionada se identificó a el o los hogares que la conforman y su composición familiar. Esto permitió que más tarde fueran entregadas a los entrevistadores las carátulas de los cuestionarios con la información actualizada sobre dicha composición

Figura A
Contenido general de los cuestionarios de la ENSANUT 2006, México



Finalmente, se colocó en el exterior de la vivienda un banderín color amarillo para ser identificadas por los entrevistadores

Segunda fase

Para el levantamiento de la ENSANUT 2006, la encuesta se dividió en dos componentes: salud y nutrición. El país se dividió en cuatro rutas, en las que el levantamiento se hizo en forma simultánea: no-roeste, noreste, sur y centro del país.

El personal de campo se agrupó en ocho equipos de trabajo: cuatro de nutrición y cuatro de salud.

Los coordinadores de salud y de nutrición recibieron de los cartógrafos las carátulas actualizadas y la cartografía para la realización de la visita a las viviendas. Debe destacarse que para cada grupo de entrevistadores la población a entrevistar fue preseleccionada por el equipo de muestreo, mediante un procedimiento aleatorio y automatizado.

Los entrevistadores trabajaron en equipos de dos, que visitaban y aplicaban la encuesta en las viviendas de las AGEB seleccionadas.

La aplicación de los instrumentos de recolección de información se realizó en computadoras personales tipo laptop. En cada equipo, al cargarse en la computadora la información muestral, se presentó exclusivamente la información de la población por entrevistar, incluyendo la información demográfica básica. Gracias a ello, cada entrevistado fue confirmado en tres ocasiones, la primera en el levantamiento cartográfico y después en los dos operativos, el de salud y el de nutrición.

Equipos de salud

Los instrumentos de recolección de información que fueron aplicados por el personal de salud consistieron en cinco cuestionarios estandarizados, integrados por diferentes secciones.

El cuestionario de hogar permitió el registro de la ubicación de los hogares y la verificación de la información sobre datos generales de la constitución de cada uno de éstos.

El cuestionario de utilizadores de servicios de salud obtuvo información sobre la percepción de la población en cuanto a su salud y a la respuesta de los proveedores de salud ante la demanda de servicios, lo que permite el estudio de la cobertura, la utilización y la calidad de los servicios de salud.

El cuestionario aplicado a niños permite captar los datos generales de su estado de salud mediante la aplicación de los reactivos sobre factores de riesgo, cobertura de los esquemas de vacunación, enfermedad diarreica, infecciones respiratorias agudas y accidentes.

El cuestionario sobre adolescentes proporciona información referida a la población de 10 a 19 años de edad, la cual incluye factores de riesgo, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual, salud reproductiva, accidentes, agresión y violencia.

El cuestionario de adultos provee información sobre la utilización de programas preventivos, así como sobre diversas patologías como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, lesiones ocasionadas por accidentes y violencia, enfermedad cardiovascular y renal, y varios factores de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol.

En los sujetos seleccionados, además de la aplicación del cuestionario correspondiente a su grupo de edad por parte del equipo de salud, el equipo de nutrición obtuvo, mediante punción capilar, una muestra de sangre para determinar concentración de hemoglobina y

medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura). A las mujeres que hubieran dado a luz en el transcurso de los últimos cinco años, se les aplicó un cuestionario sobre atención prenatal y del parto. Además, se aplicó un cuestionario sobre programas de ayuda alimentaria en la familia del sujeto de estudio seleccionado. A todas las familias beneficiarias de *Oportunidades* y del Programa de Abasto Social de Leche Liconsa detectadas en la encuesta se les aplicó una serie de preguntas específicas sobre dichos programas.

Equipos de nutrición

La información en cada hogar se recabó en dos días: en el primero se verificó la composición del hogar de acuerdo con la información proporcionada por los cartógrafos; se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado; se obtuvieron las mediciones antropométricas; la información referente a la frecuencia del consumo de alimentos en el hogar y fuera del hogar; la información referente al bajo peso al nacer en los niños nacidos en los últimos cinco años, y aquella sobre los programas de ayuda alimentaria. Durante la primera visita también se concretó una cita para el día siguiente, generalmente a temprana hora, a fin de obtener las muestras sanguíneas en ayunas. Durante el segundo día, por la mañana, se obtuvieron las muestras sanguíneas y la toma de la presión arterial y se recuperó información faltante del día anterior.

Los días hábiles para ambos equipos fueron de martes a domingo; este último día se empleó para recuperar casos no cubiertos durante la semana.

Consideraciones éticas

Se pidió que el sujeto seleccionado o el responsable del cuidado del menor firmara una carta en la que daba su consentimiento para la entrevista y otra en la que autorizaba la toma de la muestra de sangre. Estos formatos y el proyecto en su conjunto fueron aprobados por los comités de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública.

1.

Salud

El hogar es el conjunto de personas relacionadas o no por algún grado de parentesco, que habitualmente duermen en una misma vivienda o bajo el mismo techo, beneficiándose de un ingreso común, aportado por uno o más de sus miembros.¹ El hogar o unidad doméstica se ha convertido en centro de interés de la investigación en diversas disciplinas, pues la vida cotidiana incorpora elementos que influyen en el comportamiento de aspectos como reproducción, consumo, incorporación al mercado laboral y condiciones de sanidad.²

Los efectos de la inercia demográfica han ocasionado un incremento acelerado del número de personas en edades productivas y reproductivas, de acuerdo con un diagnóstico del Consejo Nacional de Población (Conapo). Como consecuencia, en México el número de hogares se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas, al pasar de 6.8 millones en 1960 a 16.2 en 1990, a 22.7 en 2000 y a 25.4 en 2004^a, y se proyecta que para 2010 habrá en todo el país 29.5 millones de hogares y 28.6 viviendas.³

En relación con las condiciones de la vivienda, la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) mostró que en Baja California 4.6% de las viviendas tenía tierra como material predominante en los pisos, 77.9% de las viviendas contaba con agua entubada en el interior y 13.5% no tenía drenaje.⁴

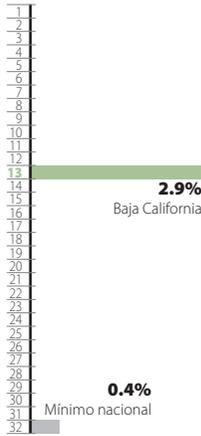
Los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005 mencionan que en Baja California había 2 844 469 habitantes de los cuales 50.3% eran hombres y 49.7% mujeres. Los datos de la ENSA 2000 para Baja California indican que en ese año 49% de la población se encontraba afiliada al IMSS, 6.4% era derechohabiente del ISSSTE, 1.9% contaba con servicios en instituciones privadas y 41.5% no era derechohabiente de instituciones de salud.

La sección del hogar en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) permitió el registro de la ubicación de los hogares y recolectó datos de las características generales y la

^a Consejo Nacional de Población. 1.7 millones de mexicanos viven solos. Comunicado de prensa 73/04, México, DF, 23 de diciembre de 2004.

Figura 1.1

Porcentaje de hogares por estado respecto del total de hogares en el país. México, ENSANUT 2006



el ámbito nacional (7.9%) y los porcentajes máximo y mínimo del conjunto de entidades con agua no entubada (23.1 y 0.7%, respectivamente).

Características de la población

En Baja California se encuestó a 5 232 personas que representaron a 2 841 676 personas, y constituyeron 2.8% de la población total nacional (figura 1.6).

La distribución por sexo de la población en esta entidad fue de 49.2% hombres y 50.8% mujeres. El índice de masculinidad (población de hombres dividido entre la población de mujeres) para Baja California se localizó en la séptima posición, con 96.8 hombres por cada 100 mujeres, por arriba del promedio nacional, estimado en 92.3 (figura 1.7).

En la pirámide poblacional de Baja California (figura 1.8) se identificó mayor concentración en los grupos de adolescentes y una disminución de la población en los grupos que se encontraban en edades laborales, lo que podría sugerir una migración. Al analizar los porcentajes por edad y sexo se obtiene una población joven, más de la mitad (50.3%) de la población estimada tiene menos de 25 años. Asimismo 20.5% son niños menores de nueve años (10.0% en el grupo de 0 a 4 años y 10.5% en el grupo de 5 a 9 años); 21.7% son adolescentes entre 10 y 19 años (11.6% en el grupo de 10 a 14 años y 10.1% en el grupo de 15 a 19 años) y 57.8% de la población es población adulta con 20 años o más (cuadro 1.1). En las figuras 1.9 y 1.10 se presentan los porcentajes que ocuparon los grupos de edad de 0 a 5 años y 65 años o más, donde el estado ocupó las posiciones 7 (con 12%) y 31 (con 4.5%) respectivamente. El primer grupo de edad se localizó por encima y el segundo grupo debajo del promedio nacional (11.3 y 6.9%, en cada caso).

Figura 1.6
Porcentaje de población de Baja California respecto del país. México, ENSANUT 2006

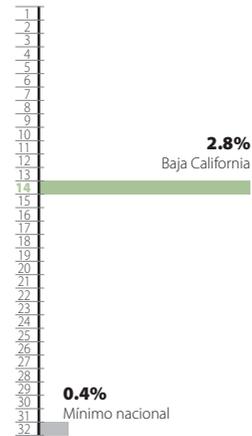


Figura 1.7
Índice de masculinidad. México, ENSANUT 2006

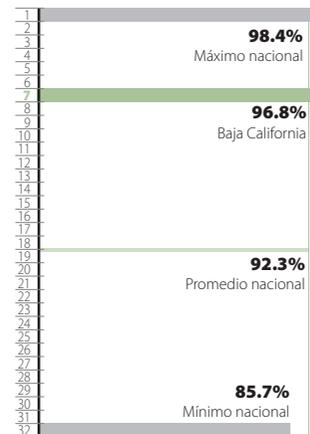


Figura 1.8

Pirámide poblacional de Baja California. México, ENSANUT 2006

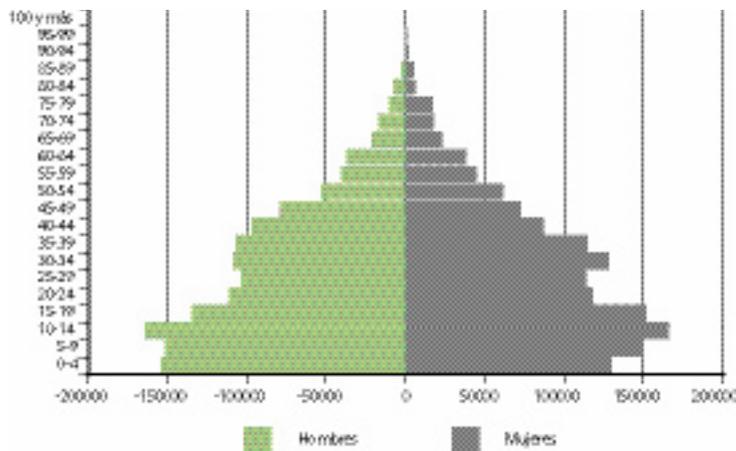
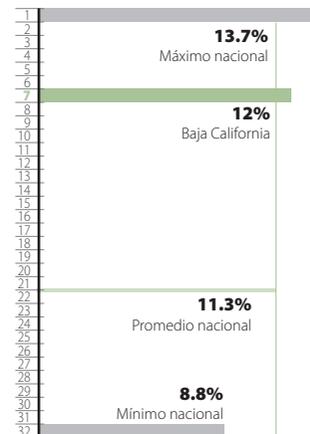


Figura 1.9
Porcentaje de población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 1.1

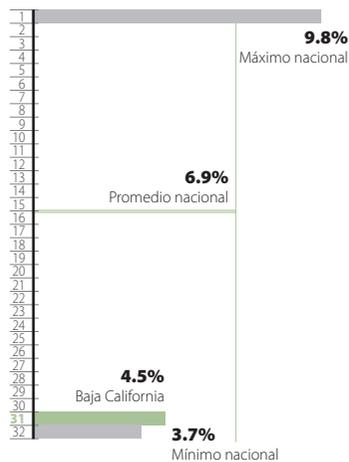
Población según grupos de edad y sexo. Baja California, México

Grupo de edad	Hombres				Mujeres				Total			
	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior
0 a 4 años	154 116	5.4	4.8	6.2	129 596	4.6	3.8	5.4	283 712	10.0	8.9	11.2
5 a 9 años	151 694	5.3	4.6	6.1	147 933	5.2	4.4	6.2	299 627	10.5	9.3	12.0
10 a 14 años	164 069	5.8	5.1	6.5	165 747	5.8	5.2	6.5	329 816	11.6	10.5	12.8
15 a 19 años	134 895	4.7	4.1	5.5	151 392	5.3	4.7	6.0	286 287	10.1	9.2	11.0
20 a 24 años	111 534	3.9	3.4	4.5	118 259	4.2	3.6	4.8	229 793	8.1	7.3	9.0
25 a 29 años	103 522	3.6	3.1	4.3	113 718	4.0	3.4	4.7	217 240	7.6	6.7	8.7
30 a 34 años	108 348	3.8	3.3	4.4	128 071	4.5	3.8	5.3	236 419	8.3	7.4	9.3
35 a 39 años	106 856	3.8	3.1	4.5	114 406	4.0	3.5	4.6	221 262	7.8	6.8	8.9
40 a 44 años	96 398	3.4	2.9	4.0	86 486	3.0	2.6	3.6	182 884	6.4	5.6	7.4
45 a 49 años	78 596	2.8	2.3	3.3	72 522	2.6	2.2	3.0	151 118	5.3	4.7	6.1
50 a 54 años	52 733	1.9	1.5	2.4	61 510	2.2	1.7	2.8	114 243	4.0	3.2	5.0
55 a 59 años	40 281	1.4	1.1	1.7	44 971	1.6	1.2	2.1	85 252	3.0	2.4	3.7
60 a 64 años	37 175	1.3	1.0	1.7	37 767	1.3	1.0	1.8	74 942	2.6	2.1	3.4
65 a 69 años	20 754	0.7	0.5	1.0	22 866	0.8	0.6	1.1	43 620	1.5	1.2	2.0
70 a 74 años	16 339	0.6	0.4	0.9	17 934	0.6	0.4	0.9	34 273	1.2	0.9	1.6
75 a 79 años	10 028	0.4	0.2	0.6	16 773	0.6	0.4	0.9	26 801	0.9	0.7	1.3
80 años o más	10 532	0.4	0.2	0.6	13 855	0.5	0.3	0.8	24 387	0.9	0.6	1.3
Baja California	1 397 870	49	48	50	1 443 806	51	50	52	2 841 676	100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Figura 1.10

Porcentaje de población de 65 años o más. México, ENSANUT 2006



Cabe resaltar que 4.8% de los hombres con 12 años o más declaró no tener instrucción alguna, mientras que 5.2% de las mujeres se encontraba en la misma situación. En cuanto a las variables de escolaridad, las mayores proporciones se ubicaron entre las personas que refirieron tener secundaria o educación técnica, las cuales representaron 34.9% de la población masculina y 37.2% de la población femenina (cuadro 1.2).

En el grupo de 6 a 14 años, 14.8% de los hombres y 11.5% de las mujeres reportaron que no sabían leer ni escribir un recado (cuadro 1.3). Asimismo, 5.0% de la población de 15 años o más (4.8% en hombres y 5.2% en mujeres) declaró que no sabía leer ni escribir (cuadro 1.4), porcentaje inferior al 8.7% encontrado a escala nacional (figura 1.11).

Los resultados de la ENSANUT 2006 permiten conocer datos sobre la asistencia a la escuela al momento de la encuesta en población de entre 7 y 14 años. Aquí se encontró que 5.5% de los hombres y 5.5% de las mujeres no asistía a la escuela, lo que se traduce en 5.5% del total de la población en este rango de edad (cuadro 1.5), un porcentaje mayor al estimado para el nivel nacional de 5.2% (figura 1.12).

En relación con la condición de actividad, 69.3% de los hombres mayores de 12 años declaró haber trabajado la semana previa a

■ Cuadro I.2

Distribución porcentual de la población de 12 años o más, por sexo y nivel de instrucción. Baja California, México

Nivel de instrucción	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sin instrucción	4.8	3.5	6.5	5.2	4.0	6.8	5.0	3.9	6.4
Primaria incompleta	14.9	12.8	17.2	14.3	12.4	16.4	14.6	12.9	16.4
Primaria completa	15.8	13.4	18.6	17.3	14.9	19.9	16.6	14.4	19.1
Secundaria o técnica	34.9	32.1	37.8	37.2	34.2	40.3	36.1	33.7	38.6
Preparatoria, normal o comercial	18.0	15.6	20.7	17.8	15.2	20.7	17.9	15.5	20.5
Licenciatura, maestría o doctorado	10.8	8.2	14.3	7.9	5.8	10.5	9.3	7.1	12.1
No especificado	0.7	0.4	1.3	0.4	0.1	0.9	0.5	0.3	0.9
Baja California	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro I.3

Distribución porcentual de la población de 6 a 14 años, por sexo y aptitud para leer y escribir. Baja California, México

Aptitud para leer	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	84.7	79.9	88.5	88.3	84.6	91.3	86.5	82.9	89.4
No	14.8	11.3	19.2	11.5	8.7	15.1	13.2	10.4	16.6
No responde	0.5	0.1	3.4	0.2	0.0	1.1	0.3	0.1	1.5
Población de 6 a 14 años									
Frecuencia (N)	287 165	250 158	324 172	285 837	245 556	326 118	573 002	502 256	643 748
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro I.4

Distribución porcentual de la población de 15 años o más, por sexo y condición de alfabetismo. Baja California, México

Condición de alfabetismo	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí sabe leer y escribir	94.9	93.2	96.2	94.8	93.2	96.0	94.8	93.5	95.9
No sabe leer ni escribir	4.8	3.5	6.5	5.2	3.9	6.8	5.0	3.9	6.4
No especificado	0.3	0.1	1.1	0.1	0.0	0.4	0.2	0.1	0.7
Población de 15 años o más									
Frecuencia (N)	927 991	887 078	968 904	1 000 530	967 086	1 033 974	1 928 521	1 869 798	1 987 244
Porcentaje	100			100			100		

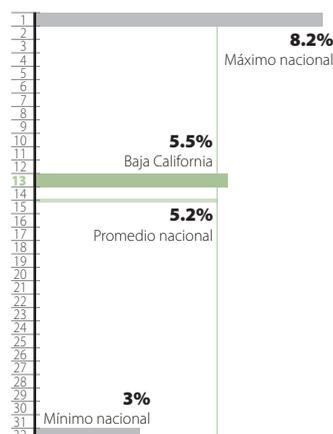
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Figura 1.11

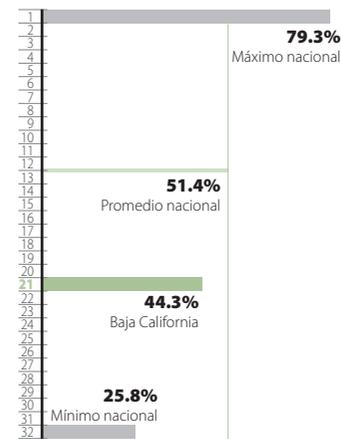
Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir un recado. México, ENSANUT 2006

**Figura 1.12**

Porcentaje de población de 7 a 14 años que no asistiría a la escuela al momento de la encuesta. México, ENSANUT 2006

**Figura 1.13**

Porcentaje de población sin derechohabiencia. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 1.5

Distribución porcentual de la población de 7 a 14 años, por sexo y condiciones de asistencia actual a la escuela. Baja California, México

Asistencia actual a la escuela	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	94.0	91.6	95.7	94.3	90.8	96.5	94.2	92.0	95.8
No	5.5	3.9	7.6	5.5	3.4	8.8	5.5	3.9	7.6
No especificado	0.5	0.1	3.8	0.2	0.0	1.2	0.4	0.1	1.7
Frecuencia (N)									
Frecuencia	258 106	224 988	291 224	260 087	220 894	299 280	518 193	452 832	583 554
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

la encuesta y sólo 41.6% de las mujeres se encontraba en la misma situación. En cambio, en las actividades del hogar se encontró que sólo 1.2% de los hombres, contra 31.2% de las mujeres, participaban en dichas actividades (cuadro 1.6).

Los resultados de la encuesta muestran que 7.5% de la población de 12 a 14 años afirmó participar en actividad económica, mientras que la mayor participación se encontró en el rango de 40 a 44 años con 80.7% (cuadro 1.7).

Se puede observar que 8.4% de los hogares contaba con un ingreso mensual de menos de un salario mínimo y 5.5% de los habitantes estaba en esa misma situación (cuadro 1.8); en cuanto a la distribución por quintiles de ingreso total mensual en el hogar, el intervalo con la mayor concentración de ingreso fue el quinto de más de 10 700 pesos mensuales, con 30.3% de los hogares y 34.1% de los habitantes (cuadro 1.9).

En cuanto a la condición de derechohabiencia, se encontró que en Baja California 40.8% de la población es derechohabiente del IMSS, 6.5% cuenta con Seguro Popular y 5.5% es afiliado del

■ Cuadro 1.6

Distribución porcentual de la población de 12 años o más, por sexo y condición de actividad. Baja California, México

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Trabajó	69.3	67.4	71.2	41.6	39.1	44.2	55.0	53.3	56.7
Apoyó en labores del campo	0.7	0.3	1.8	0.6	0.3	1.2	0.7	0.4	1.2
Tenía trabajo pero no trabajó	1.5	1.0	2.3	0.7	0.4	1.3	1.1	0.8	1.5
Buscó trabajo	1.4	0.9	2.1	0.4	0.2	0.8	0.9	0.6	1.2
Estudiante	14.1	12.7	15.7	16.5	14.5	18.6	15.3	13.9	16.9
Actividades del hogar	1.2	0.7	1.9	31.2	28.9	33.6	16.8	15.5	18.1
Jubilado o pensionado	2.5	1.9	3.4	1.2	0.8	2.0	1.9	1.4	2.5
Discapacitado	1.1	0.8	1.6	0.7	0.4	1.1	0.9	0.6	1.2
No trabaja	7.3	6.2	8.6	6.8	5.7	8.0	7.1	6.2	8.0
No especificado	0.7	0.3	1.5	0.3	0.1	0.8	0.5	0.2	1.0
Población de 12 o más años									
Frecuencia (N)	1 023 975	975 148	1 072 802	1 103 543	1 072 357	1 134 729	2 127 518	2 062 528	2 192 508
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.7

Tasas específicas de participación en la actividad económica,* para población de 12 años o más, por sexo y grupos de edad. Baja California, México

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
12 a 14 años	10.4	6.0	17.5	4.8	2.5	9.0	7.5	5.0	11.1
15 a 19 años	46.2	37.3	55.4	25.6	20.1	32.0	35.3	30.0	41.0
20 a 24 años	80.3	73.0	86.0	49.4	41.2	57.6	64.4	57.7	70.5
25 a 29 años	91.5	87.3	94.4	55.7	46.6	64.5	72.8	67.6	77.3
30 a 34 años	94.6	90.9	96.8	63.9	58.1	69.4	78.0	73.9	81.6
35 a 39 años	95.5	90.4	97.9	60.4	54.0	66.4	77.3	74.0	80.3
40 a 44 años	91.6	87.1	94.6	68.6	59.0	76.9	80.7	76.1	84.7
45 a 49 años	92.7	86.9	96.1	55.6	44.9	65.7	74.9	68.1	80.7
50 a 54 años	93.2	85.7	97.0	47.0	36.9	57.3	68.3	62.8	73.4
55 a 59 años	79.1	68.4	86.9	27.1	18.5	37.9	51.7	44.0	59.3
60 a 69 años	67.2	52.3	79.2	31.2	20.3	44.8	49.1	40.6	57.6
65 y más años	33.3	22.9	45.6	13.2	9.2	18.6	22.2	16.7	28.8
Tasas de participación en la actividad económica									
	73.0	71.2	74.8	43.3	40.7	46.0	57.6	55.9	59.3
Población de 12 años o más con participación en actividad económica									
Frecuencia	747 532			478 238			1 225 770		

* Población económicamente activa entre población de 12 años o más

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

ISSSTE. En contraste, 44.3% no cuenta con protección en salud (cuadro 1.10). Al analizar la población que no es derechohabiente en ninguna institución (figura 1.13), Baja California ocupa el lugar 21 debajo del promedio nacional (51.4%). Además, destaca que

■ Cuadro 1.8

Distribución de los hogares y sus habitantes, según ingreso mensual del hogar en salarios mínimos.* Baja California, México

Ingreso total mensual del hogar en salarios mínimos	Hogares				Habitantes			
	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Menos de 1 salario mínimo	57 643	8.4	6.6	10.6	156 607	5.5	4.2	7.2
1 a 1.9	57 301	8.4	6.5	10.7	186 251	6.6	5.1	8.4
2 a 2.9	76 028	11.1	9.1	13.4	310 413	11.0	8.9	13.4
3 a 4.9	151 630	22.1	19.3	25.2	606 925	21.5	18.7	24.5
5 a 9.9	210 354	30.7	28.2	33.3	971 802	34.4	31.5	37.4
10 o más	132 854	19.4	16.0	23.2	597 077	21.1	17.4	25.4
Baja California	685 810	100			2 829 075	100		

Se excluye 1.5% y 1.4% de no respuesta para hogares y habitantes, respectivamente

* Se tomó el salario mínimo de acuerdo con la zona geográfica: 48.67, 47.16 y 45.81 pesos diarios para las zonas A, B y C, respectivamente, según lo publicado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 1.9

Distribución de los hogares y sus habitantes, por quintiles de ingreso en el hogar.* Baja California, México

Ingreso total mensual del hogar en pesos	Hogares				Habitantes					
	Quintil	Intervalo de ingreso	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
					Inferior	Superior			Inferior	Superior
I	0 a 2 500	98 989	14.4	12.0	17.3	282 729	10.0	8.3	11.9	
II	2 501 a 4 119	82 916	12.1	10.0	14.5	328 158	11.6	9.4	14.2	
III	4 120 a 6 270	115 170	16.8	14.5	19.3	445 302	15.7	13.5	18.3	
IV	6 271 a 10 700	180 645	26.3	24.3	28.5	808 897	28.6	26.4	30.9	
V	>10 701	208 090	30.3	26.8	34.1	963 989	34.1	30.3	38.0	
Baja California		685 810	100			2 829 075	100			

Se excluye 1.5% y 1.4% de no respuesta para hogares y habitantes, respectivamente

* Los puntos de corte para los quintiles se obtuvieron de la ENIGH. Ingreso en pesos

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 1.10

Porcentaje de población, por sexo y condición de derechohabiente.* Baja California, México

Derechohabiente	Hombres			Mujeres			Total		
	Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	39.8	35.3	44.5	41.9	37.0	47.0	40.8	36.3	45.6
Seguro Popular	5.9	4.2	8.3	7.0	5.1	9.4	6.5	4.7	8.8
ISSSTE [‡]	4.7	3.2	6.8	6.2	4.1	9.3	5.5	3.7	8.0
Otras instituciones de seguridad social [§]	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2
Privadas	2.6	1.8	3.8	2.1	1.4	3.1	2.3	1.6	3.4
Otras [#]	1.1	0.6	2.1	1.3	0.6	2.8	1.2	0.6	2.3
Ninguna	46.2	41.6	50.8	42.4	37.8	47.2	44.3	39.8	48.8
No especificado	0.6	0.3	1.2	0.3	0.1	0.6	0.4	0.2	0.8
Baja California	100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabientes

[‡] Incluye ISSSTE estatal[§] PEMEX, SEDENA, SEMAR[#] Otras instituciones sin especificar

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

47.4% de los niños menores de 10 años declararon que no tenían derechohabencia al momento de la encuesta (cuadro 1.11).

La población abierta se compone de 22.0% niños menores de nueve años, 22.9% de adolescentes entre 10 y 19 años y 55.1% de adultos con 20 años o más. Por su parte, la población derechohabiente se integra de 19.5% en el grupo de 0-9 años, 20.5% en el grupo de 10-19 años y 59.9% en el grupo de 20 años o más. Con relación a la composición por sexo, se encontró que 52.7% de la población derechohabiente está compuesta por mujeres, mientras que en la población abierta esta proporción es de 48.7 por ciento. Además, 78.3% de los derechohabientes y 74.9% de la población abierta vive en áreas metropolitanas. En los ingresos mensuales del hogar se obtuvo que 8.6% de la población derechohabiente y el 11.7% de la población abierta vive en hogares con ingresos mensuales de hasta 2 500 pesos (cuadro 1.12).

Conclusiones

Los resultados del cuestionario de hogar de la ENSANUT 2006 dan un panorama general de las condiciones de los hogares y viviendas en Baja California. Los resultados de la encuesta para Baja California muestran mejores condiciones en cuanto a la vivienda respecto de lo encontrado en la ENSA 2000 y lo estimado para el promedio nacional. Así, en 2000 se estimó que 4.6% de las viviendas tenía piso de tierra, mientras que en 2006 la proporción fue de 3.5%, cifra menor a lo encontrado para el ámbito nacional con 8.6 por ciento. En el

■ Cuadro 1.11

Porcentaje de población, por edad y condición de derechohabencia.* Baja California, México

Derechohabencia	0 a 9 años			10 a 19 años			20 años o más			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	37.3	31.5	43.5	37.2	31.6	43.1	43.5	39.1	48.0	40.8	36.3	45.6
Seguro Popular	7.9	5.5	11.3	7.7	5.1	11.5	5.5	4.0	7.4	6.5	4.7	8.8
ISSSTE**	4.8	3.0	7.7	5.7	3.2	10.0	5.6	4.0	7.8	5.5	3.7	8.0
Otras instituciones de seguridad social***	0.1	0.0	0.6				0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.2
Privadas	2.1	1.2	3.5	2.0	1.2	3.4	2.5	1.7	3.8	2.3	1.6	3.4
Otras****	1.4	0.6	3.5	0.7	0.3	1.8	1.2	0.6	2.5	1.2	0.6	2.3
Ninguna	47.4	41.6	53.3	46.8	40.7	53.1	42.2	37.9	46.7	44.3	39.8	48.8
No especificado				0.8	0.3	2.2	0.5	0.3	0.8	0.4	0.2	0.8
Baja California	100			100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabencias

‡ Incluye ISSSTE estatal

§ PEMEX, SEDENA, SEMAR

Otras instituciones sin especificar

Fuente: ENSANUT 2006. México

■ Cuadro I.12

Distribución de la población derechohabiente* y no derechohabiente, según características demográficas. Baja California, México

Factores poblacionales	Población derechohabiente				Población abierta				No especificada				
	Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%		
	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior	
Edad en años													
0-9	306 774	19.5	17.1	22.2	276 565	22.0	19.7	24.5					
10-19	322 717	20.5	18.4	22.8	288 595	22.9	21.1	24.9	4 791	38.9	17.5	65.7	
20 o más	941 724	59.9	56.4	63.4	692 998	55.1	52.6	57.5	7 512	61.1	34.3	82.5	
Total	1 571 215	100.0			1 258 158	100.0			12 303	100.0			
Sexo													
Hombre	743 725	47.3	46.0	48.6	645 725	51.3	49.3	53.4	8 420	68.4	48.1	83.5	
Mujer	827 490	52.7	51.4	54.0	612 433	48.7	46.6	50.7	3 883	31.6	16.5	51.9	
Total	1 571 215	100.0			1 258 158	100.0			12 303	100.0			
Tipo de localidad													
Rural	110 085	7.0	5.7	8.6	124 640	9.9	7.1	13.6	539	4.4	0.5	27.8	
Urbana	230 526	14.7	11.2	19.0	191 410	15.2	11.0	20.7	439	3.6	0.4	23.7	
Área metropolitana	1 230 604	78.3	74.1	82.0	942 108	74.9	69.1	79.9	11 325	92.1	70.2	98.3	
Total	1 571 215	100.0			1 258 158	100.0			12 303	100.0			
Aptitud para leer y escribir (población de 6 a 14 años)													
Sí	280 667	86.4	81.4	90.3	214 022	86.7	82.0	90.3	925	66.7	9.8	97.3	
No	44 064	13.6	9.7	18.6	31 475	12.7	9.5	16.8					
No especificado					1 387	0.6	0.1	4.1	462	33.3	2.7	90.2	
Total	324 731	100.0			246 884	100.0			1 387	100.0			
Alfabeta (población de 15 años o más)													
Sí	1 035 719	95.7	94.0	96.9	783 909	93.9	92.0	95.3	9 221	84.5	54.9	96.1	
No	45 589	4.2	3.0	5.9	50 029	6.0	4.5	7.9	539	4.9	0.6	31.0	
No especificado	1 110	0.1	0.0	0.8	1 249	0.1	0.0	0.6	1 156	10.6	2.1	39.7	
Total	1 082 418	100.0			835 187	100.0			10 916	100.0			
Nivel de instrucción (población de 12 o más años)													
Sin instrucción	48 610	4.1	2.8	5.8	57 590	6.2	4.7	8.2	539	4.6	0.6	28.8	
Primaria incompleta	171 139	14.3	12.3	16.7	136 763	14.8	12.8	17.1	2 035	17.2	3.7	52.8	
Primaria completa	175 930	14.7	12.3	17.6	176 745	19.2	16.3	22.4					
Secundaria técnica	447 996	37.5	34.5	40.7	316 057	34.3	31.2	37.5	4 251	35.9	9.0	76.1	
Preparatoria, normal o comercial	213 500	17.9	15.0	21.2	165 317	17.9	15.2	21.0	1 941	16.4	4.7	43.6	
Licenciatura, maestría o doctorado	132 965	11.1	8.5	14.5	64 240	7.0	4.9	9.9	555	4.7	0.6	27.1	
No especificado	3 074	0.3	0.1	0.7	5 751	0.6	0.3	1.3	2 520	21.3	6.3	52.3	
Total	1 193 214	100.0			922 463	100.0			11 841	100.0			
Condición de actividad (población de 12 o más años)													
Población económicamente activa	716 470	60.0	57.9	62.2	502 183	54.4	51.6	57.2	7 117	60.1	29.2	84.6	
Población económicamente inactiva	475 172	39.8	37.7	42.0	416 396	45.1	42.2	48.2	539	4.6	0.6	28.8	
No especificado	1 572	0.1	0.0	1.0	3 884	0.4	0.1	1.8	4 185	35.3	13.1	66.5	
Total	1 193 214	100.0			922 463	100.0			11 841	100.0			
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)													
Estudiante	188 354	39.6	34.7	44.8	138 011	33.1	29.5	37.0					
Actividades del hogar	188 200	39.6	36.1	43.2	168 834	40.5	36.3	45.0					
Jubilado o pensionado	32 884	6.9	4.9	9.7	6 913	1.7	0.6	4.5					
Discapacitado	13 398	2.8	2.0	3.9	5 370	1.3	0.7	2.2					
No trabaja	52 336	11.0	8.4	14.4	97 268	23.4	20.8	26.2	539	100.0			
Total	475 172	100.0			416 396	100.0			539	100.0			
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos [§]													
Menos de 1 salario mínimo mensual													
1 a 1.9	75 988	4.9	3.5	6.8	78 770	6.3	4.3	9.0	1 849	15.7	4.0	45.7	
2 a 2.9	86 076	5.5	4.1	7.3	100 175	8.0	5.4	11.5					
3 a 4.9	146 278	9.4	7.2	12.2	163 441	13.0	10.1	16.7	694	5.9	0.7	36.0	
5 a 9.9	314 910	20.2	17.4	23.2	289 888	23.1	18.9	27.8	2 127	18.1	4.7	49.6	
10 o más	587 547	37.7	33.4	42.1	380 873	30.3	27.3	33.4	3 382	28.8	9.6	60.7	
Total	349 480	22.4	18.2	27.2	243 901	19.4	14.9	24.9	3 696	31.5	6.4	75.5	
Total	1 560 279	100.0			1 257 048	100.0			11 748	100.0			
Distribución de la población por quintiles de ingreso mensual en pesos en el hogar [§]													
Quintil	Intervalos de ingreso en pesos												
I	0 a 2 500	133 756	8.6	6.6	11.1	147 124	11.7	9.4	14.5	1 849	15.7	4.0	45.7
II	2 501 a 4 119	148 672	9.5	7.2	12.5	179 486	14.3	11.2	18.0				
III	4 120 a 6 270	226 005	14.5	12.3	17.0	217 586	17.3	13.8	21.4	1 711	14.6	4.0	41.2
IV	6 271 a 10 700	485 218	31.1	28.1	34.3	322 014	25.6	22.5	29.0	1 665	14.2	2.8	48.3
V	>10 701	566 628	36.3	32.3	40.6	390 838	31.1	26.5	36.1	6 523	55.5	24.5	82.8
Total		1 560 279	100.0			1 257 048	100.0			11 748	100.0		

* Rural: 1 a 2 499 habitantes; urbano: 2 500 a 99 999 habitantes; área metropolitana: 100 000 habitantes o más, o capital de estado

[§] Se tomó el salario mínimo de acuerdo con la zona geográfica: 48.67, 47.16 y 45.81 pesos diarios para las zonas A, B y C, respectivamente, de acuerdo con lo publicado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (se excluye 1.4% de no respuesta)[§] Los puntos de corte para los quintiles se obtuvieron de la ENIGH. Ingreso en pesos (se excluye 1.4% de no respuesta)

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

caso de las viviendas sin drenaje, la ENSA 2000 registró 13.5%, y la ENSANUT 2006 8.8% para Baja California y 10.2% para el nivel nacional. En lo demográfico, la entidad arrojó un índice de masculinidad de 96.8 hombres por cada 100 mujeres. Respecto a la condición de derechohabiencia de los habitantes en Baja California, en 2000 se estimó que 41.5% no contaba con ella, mientras que para la ENSANUT 2006 esta cifra aumentó a 44.3%. Es importante poner atención en la educación, ya que los resultados encontrados muestran que, en Baja California, 5.0% de la población con 15 años o más declaró que no sabía leer ni escribir un recado, cifra menor a lo encontrado en el ámbito nacional, de 8.7 por ciento. Además, 5.5% de la población en edad escolar, de 7 a 14 años, no asistía a la escuela al momento de realizar la encuesta, cifra mayor al promedio nacional, de 5.2 por ciento.

■ Cuadro 1.13

Resumen de las características poblacionales. Baja California, México

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Edad en años				
0-9	583 339	20.5	18.6	22.6
10-19	616 103	21.7	20.4	23.0
20 o más	1 642 234	57.8	55.4	60.2
Total	2 841 676	100.0		
Sexo				
Hombre	1 397 870	49.2	48.1	50.3
Mujer	1 443 806	50.8	49.7	51.9
Total	2 841 676	100.0		
Tipo de localidad				
Rural	235 264	8.3	7.6	9.0
Urbana	422 375	14.9	13.1	16.9
Área metropolitana	2 184 037	76.9	74.9	78.7
Total	2 841 676	100.0		
Aptitud para leer y escribir (población de 6 a 14 años)				
Sí	495 614	86.5	82.9	89.4
No	75 539	13.2	10.4	16.6
No especificado	1 849	0.3	0.1	1.5
Total	573 002	100.0		
Alfabeta (población de 15 años o más)				
Sí	1 828 849	94.8	93.5	95.9
No	96 157	5.0	3.9	6.4
No especificado	3 515	0.2	0.1	0.7
Total	1 928 521	100.0		
Nivel de instrucción (población de 12 años o más)				
Sin instrucción	106 739	5.0	3.9	6.4
Primaria incompleta	309 937	14.6	12.9	16.4
Primaria completa	352 675	16.6	14.4	19.1
Secundaria técnica	768 304	36.1	33.7	38.6
Preparatoria, normal o comercial	380 758	17.9	15.5	20.5
Licenciatura, maestría o doctorado	197 760	9.3	7.1	12.1
No especificado	11 345	0.5	0.3	0.9
Total	2 127 518	100.0		

Continúa...

Continuación...

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Condición de actividad (población de 12 años o más)				
Población económicamente activa	1 225 770	57.6	55.9	59.3
Población económicamente inactiva	892 107	41.9	40.2	43.7
No especificado	9 641	0.5	0.2	1.0
Total	2 127 518	100.0		
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)				
Estudiante	326 365	36.6	33.7	39.6
Actividades del hogar	357 034	40.0	37.2	42.9
Jubilado o pensionado	39 797	4.5	3.3	6.0
Discapacitado	18 768	2.1	1.5	2.9
No trabaja	150 143	16.8	14.8	19.0
Total	892 107	100.0		
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos [‡]				
Menos de 1 salario mínimo mensual				
1 a 1.9	186 251	6.6	5.1	8.4
2 a 2.9	310 413	11.0	8.9	13.4
3 a 4.9	606 925	21.5	18.7	24.5
5 a 9.9	971 802	34.4	31.5	37.4
10 o más	597 077	21.1	17.4	25.4
Total	2 829 075	100.0		
Distribución de la población por quintiles de ingreso mensual en pesos en el hogar [§]				
Quintil	Intervalos de ingreso en pesos			
I	0 a 2 500	282 729	10.0	8.3
II	2 501 a 4 119	328 158	11.6	9.4
III	4 120 a 6 270	445 302	15.7	13.5
IV	6 271 a 10 700	808 897	28.6	26.4
V	>10 701	963 989	34.1	30.3
Total		2 829 075	100.0	

* Rural: 1 a 2 499 habitantes; urbano: 2 500 a 99 999 habitantes; área metropolitana: 100 000 habitantes o más, o capital de estado

[‡] Se tomó el salario mínimo de acuerdo con la zona geográfica: 48.67, 47.16 y 45.81 pesos diarios para las zonas A, B y C, respectivamente, de acuerdo con lo publicado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (se excluye 1.4% de no respuesta)

[§] Los puntos de corte para los quintiles se obtuvieron de la ENIGH. Ingreso en pesos (se excluye 1.4% de no respuesta)

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Aspectos relevantes

- El porcentaje de viviendas que tienen piso de tierra como material predominante en la vivienda es menor en Baja California que el estimado para el promedio nacional.
- La proporción de viviendas que no cuentan con drenaje es menor en Baja California que el reportado en el ámbito nacional.
- En relación con la disponibilidad del agua, el porcentaje de viviendas con fuente de agua no entubada fue menor en Baja California que lo reportado para todo el país.
- El 2.8% de la población estimada por la ENSANUT 2006 se encuentra en Baja California.
- El índice de masculinidad para Baja California se localizó en la séptima posición, con 96.8, cifra mayor al promedio nacional de 92.3 hombres por cada 100 mujeres.
- El porcentaje de población sin derechohabiencia en Baja California es menor al encontrado para el ámbito nacional.
- El porcentaje de población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir un recado es menor en Baja California que el promedio nacional.
- En relación con la no asistencia a la escuela en el momento de la encuesta en población de edades escolares entre 7 y 14 años, se encontró que la cifra en Baja California es similar al promedio nacional.

Referencias

1. Palma O, Shamah T, Franco A, Olaiz G y Méndez I. Metodología. En: Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:19-23.
2. Téllez M, Los hogares en el Censo del 2000. Datos, Hechos y Lugares. Notas. Revista de información y análisis num. 15,2001.
3. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de los hogares y viviendas 2000-2030, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/01.htm>.
4. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Tapia R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México. Intitulo Nacional de Salud Pública, 2003.
5. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Resultados Definitivos II Conteo de Población y Vivienda 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/default.asp?c=6224>.

En México, tradicionalmente la salud infantil ha sido una prioridad en la salud pública, por lo que se ha puesto especial atención en los programas de salud dirigidos a esa población y en las estrategias para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Actualmente, el Programa Arranque Parejo en la Vida,¹ se centra en mejorar la salud perinatal, de la población femenina de nuestro país y la salud de las niñas y niños desde su gestación hasta los 24 meses de edad. Adicionalmente, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia² integra los programas de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en menores de 10 años.

Se estima que en nuestro país se embarazan al año alrededor de 2.5 millones de mujeres, pero aproximadamente 370 000 partos no son atendidos en instituciones de salud. Lo anterior, aunado a la falta de atención prenatal y a la insuficiente nutrición de las mujeres, contribuye a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, lo que repercute directamente en la salud de los recién nacidos.¹

En cuanto a la salud del niño, en el ámbito mundial la inmunización, junto con los avances en la higiene y el saneamiento, tiene un efecto positivo sobre la salud de este grupo poblacional gracias a la disminución de la mortalidad y la reducción del riesgo de discapacidad por enfermedades infecciosas. En México, a través del Programa de Vacunación Universal³ se ha logrado erradicar la poliomielitis y prácticamente eliminar la difteria, el sarampión y el tétanos neonatal, mientras que otras enfermedades como la tosferina, la rubéola y la parotiditis se han logrado mantener bajo control.^{4,5}

Desde 2003, la cobertura de vacunación nacional se ha mantenido arriba de 95 por ciento. En 2001, la cobertura de vacunación con esquema básico completo en niños de un año de edad fue de 93.6% y al cierre de 2005 de 95.2%, según información del censo nominal del Sistema de Información de Vacunación y Vigilancia Nutricional (PROVAC).⁵

Por otra parte, las estadísticas señalan que en 1990 más de 30% de las muertes en menores de cinco años se debían a infecciones comunes, como diarreas e infecciones respiratorias agudas (IRAS). Actualmente el porcentaje de muertes atribuibles a estas causas es

de 15 por ciento. Pese a lo anterior, las infecciones comunes siguen siendo un problema grave en algunas entidades, particularmente en municipios y localidades más marginados.⁶

Las IRAS ocupan el primer lugar dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en los niños menores de cinco años, a pesar de que su frecuencia ha disminuido en los últimos años. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) muestran que la prevalencia nacional de IRAS durante las dos semanas previas a la entrevista fue de 38.2 por ciento.⁷ El Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica señala que el número de casos de IRAS pasó de 10 601 355 en 2000 a 8 101 918 en 2006.⁸

Otro importante problema de salud en la población de niños son los accidentes de tráfico por vehículo automotor. Lo anterior, debido al efecto que tienen sobre la mortalidad, la discapacidad y sobre la pérdida de actividades cotidianas en esta población y en la de sus tutores. Las estadísticas de mortalidad en México en 2005 señalan que este tipo de accidentes representaba la cuarta causa de muerte en niños de 1 a 4 años. Además, se estima que dichos eventos aumentan después del primer año de vida, y se ubican entre las primeras causas de muerte en los grupos de preescolares y escolares.^{9,10}

Es importante destacar que dentro de las consecuencias de los accidentes sobresale el ausentismo escolar y el ausentismo laboral de los tutores durante la hospitalización y convalecencia; la discapacidad y las secuelas, que en ocasiones son de por vida, requieren de atención prolongada y costosa.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición llevada a cabo en el 2006 (ENSANUT 2006), en su apartado dedicado a la salud de niños de 0 a 9 años, contiene información relacionada con aspectos incluidos en los programas de Arranque Parejo en la Vida y de Atención a la Salud de la Infancia antes mencionados (atención prenatal, atención del parto, vacunación, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y accidentes).

A continuación se describen los principales resultados de la muestra representativa de niños de 0 a 9 años del estado de Baja California. La descripción de la metodología de la encuesta en el ámbito estatal figura en el capítulo correspondiente de esta publicación. Cabe mencionar que los resultados nacionales de la ENSANUT 2006 han sido referidos en un documento previo.¹¹ Además, para cada entidad federativa se ha elaborado un reporte similar al presente.

Resultados

La ENSANUT 2006 contiene información de 24 005 niños menores de 10 años, que al aplicar el factor de expansión representaron 20 213 975 de niños, los cuales comprenden cerca de una cuarta parte del total de los residentes registrados en la encuesta. En Baja California, se obtuvo información de 632 niños de este grupo de edad, que al expandirse dan un total de 583 343 de niños, 51.4% hombres y 48.6% mujeres.

En relación con la atención del embarazo y del parto por personal calificado, la ENSANUT 2006 reporta que en Baja California 95.3% de las mujeres con un hijo menor de un año recibieron al menos una consulta de atención prenatal por parte de un personal de salud. El promedio nacional de este indicador fue de 94.9% y el mínimo de 75.3% (figura 2.1). Los principales proveedores de la atención prenatal en el estado fueron los servicios médicos privados (38.3%), seguidos por la Secretaría de Salud (28.4%) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (19.7%); mientras tanto, el resto de las instituciones de salud brindaron atención prenatal a 13.6% de las mujeres que solicitaron ese servicio (cuadro 2.1). En relación con la atención del parto por un médico, Baja California reporta una cobertura de 99.0%, situación que lo ubica 5.6 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (93.4%) (figura 2.2).

En la ENSANUT 2006, el esquema completo de vacunación al año de edad se definió como el número de dosis de cada una de las vacunas registradas en la Cartilla Nacional de Vacunación (CNV) que debe recibir la población a esa edad. Siguiendo los parámetros que establece la Secretaría de Salud, la estimación del esquema básico de vacunación en población de un año de edad comprendió la aplicación de ocho dosis de vacunas (tres de Sabin, una de BCG, tres de Pentavalente y una de Triple Viral, SRP).¹²

En el país, 83.3% de los tutores de menores de cinco años mostraron la CNV; en Baja California ese documento fue presentado por 70.5% de los tutores de los menores, 22.0% señaló tenerlo pero no lo mostró y 7.6% refirió no disponer de él. Los tutores de los niños de dos años de edad son quienes en mayor medida mostraron la CNV (79.8%). En contraste, los niños menores a un año y los de un año fueron quienes en mayor proporción carecieron de dicho documento (20.8 y 11.0%, respectivamente). Por otra parte, la población de 3 y 4 años ostenta la frecuencia más alta de quienes mencionaron contar con la CNV pero no la mostraron (30.6 y 25.7%, respectivamente) (figura 2.3, cuadro 2.2).

■ Cuadro 2.1

Distribución de mujeres que recibieron atención prenatal, según el lugar en el que se proporcionó la atención. Baja California, México

Lugar de la atención	N*	%	IC95%‡
IMSS -Oportunidades	10.8	19.7	10.2-34.4
SSA/Seguro Popular	15.6	28.4	16.2-44.9
Privado	21.1	38.3	19.8-60.9
Otros/Cruz Roja	5.0	9.0	4.0-18.9
No especificado	2.6	4.7	1.0-19.3
Total	55.1	100.0	-

* N=Frecuencia en miles

‡ IC95%=Intervalo de confianza al 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Figura 2.1
Porcentaje de mujeres con hijo menor de un año que recibieron atención prenatal. México, ENSANUT 2006

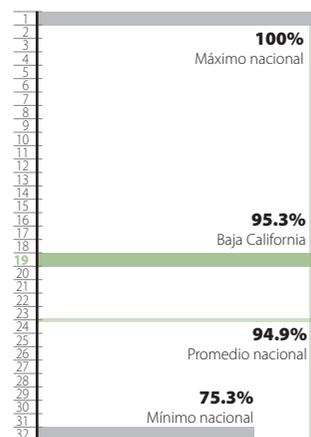


Figura 2.2
Atención de parto por un médico. Mujeres con niños menores de un año. México, ENSANUT 2006

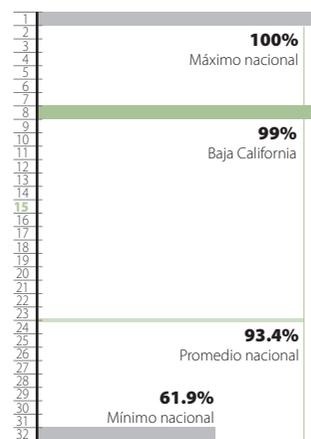
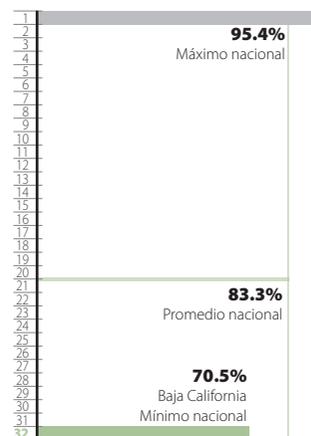


Figura 2.3
Menores de cinco años que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 2.2

Distribución de la población menor de cinco años, según condición de posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación y edad. Baja California, México

Edad	Mostró			Tiene pero no la mostró			No tiene			Total		
	N*	%	IC95% [‡]	N [§]	%	IC95% [‡]	N [#]	%	IC95% [‡]	N ^{&}	%	IC95% [‡]
< 1 año	35.8	65.0	47.1-79.4	7.8	14.2	6.5-28.3	11.5	20.8	7.6-45.5	55.1	18.7	13.7-25.1
1 año	40.0	71.9	51.0-86.3	9.6	17.1	8.6-31.2	6.1	11.0	3.0-32.7	55.7	18.9	13.3-26.1
2 años	43.1	79.8	63.3-90.0	10.5	19.4	9.3-36.1	0.5	0.9	0.1-6.5	54.1	18.4	13.8-24.0
3 años	48.2	67.3	49.9-80.9	22.0	30.6	17.2-48.5	1.5	2.1	0.5-8.2	71.7	24.4	18.9-30.8
4 años	40.2	69.5	57.7-79.2	14.9	25.7	15.1-40.2	2.8	4.8	1.5-14.0	57.8	19.6	15.1-25.2
Total	207.4	70.5	62.2-77.6	64.7	22.0	16.3-28.9	22.3	7.6	4.2-13.3	294.3	100.0	

* N=Frecuencia en miles de los tutores que mostraron la cartilla

‡ IC95%=Intervalo de confianza al 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

§ N=Frecuencia en miles de los tutores que tienen la cartilla pero no la mostraron

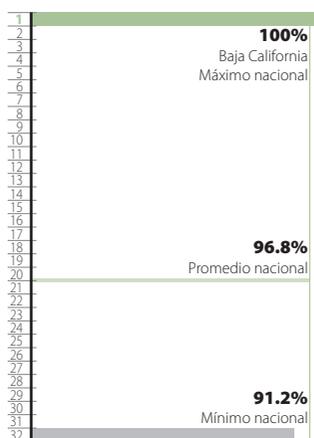
N=Frecuencia en miles de los tutores que no tienen la cartilla

& N=Frecuencia en miles del total de niños por categoría de edad

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Figura 2.4

Niños de un año con cicatriz en brazo por vacuna BCG. México, ENSANUT 2006



En Baja California, todos los niños de un año de edad mostraron la cicatriz de la vacuna BCG, 97.2% tiene la Sabin y el 92.8% la vacuna Pentavalente. La proporción de niños con aplicación de la vacuna Sabin y pentavalente en el estado se mantiene cerca del promedio nacional (figuras 2.4, 2.5 y 2.6).

Por su parte, la vacuna SRP fue la que presentó la menor cobertura en Baja California (88.9%), manteniendo una distancia de 7.7 puntos porcentuales del promedio nacional y de 27 puntos porcentuales respecto del valor mínimo reportado (figura 2.7).

En Baja California 81.8% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 14, arriba de la media nacional (figura 2.8).

Figura 2.5

Niños de un año que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con vacuna Sabin. México, ENSANUT 2006

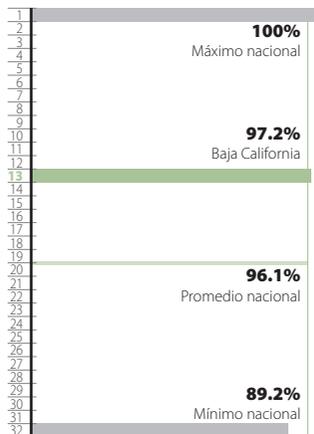


Figura 2.6

Niños de un año que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con vacuna Pentavalente. México, ENSANUT 2006

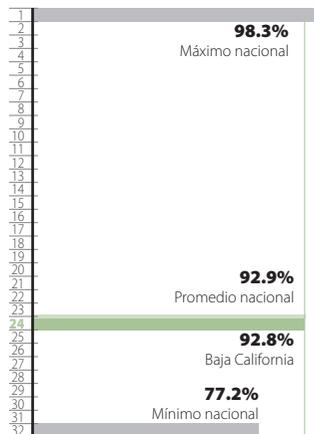
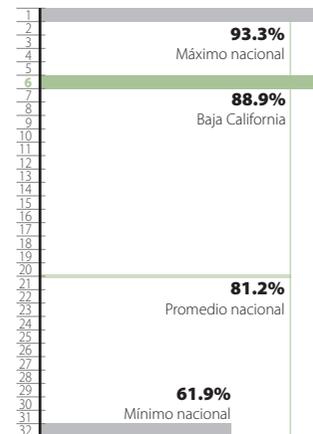


Figura 2.7

Niños de un año que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con vacuna SRP. México, ENSANUT 2006



Es importante señalar que en las 32 entidades del país la cobertura de la vacuna SRP al año de edad fue consistentemente más baja que en el resto de las vacunas, lo que contribuyó principalmente a que el esquema completo de vacunación al año de edad fuera menor a 90% en la mayoría de los estados.

Al revisar el esquema completo de vacunación a los dos años de edad, se observa que el promedio en el país se incrementa a 84.7% y en Baja California a 79.7%, ubicándose en la posición número 26 (figura 2.9).

Los niveles de cobertura de vacunación en México para la mayoría de los biológicos son sobresalientes. Sin embargo, uno de los retos pendientes es lograr que en todas las entidades la cobertura del esquema básico de vacunación en menores de un año sea al menos de 95%, de acuerdo con lo estipulado por la Organización Panamericana de la Salud.

Por otra parte, en Baja California, la prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue ligeramente mayor a la reportada en el ámbito nacional (14.7 vs. 12.9%, respectivamente) (figura 2.10). En el estado, la prevalencia de diarrea fue superior en hombres que en mujeres (17.3 vs. 11.8%). La distribución por edad señala que en los hombres la frecuencia más alta de este padecimiento fue a los tres años (20.8%) y la más baja a los cuatro (13.5%). En las mujeres, también se observa una mayor prevalencia a los tres años (19.3%) y la menor a los cuatro (2.1%) (cuadro 2.3).

La proporción de niños menores de 10 años en Baja California que presentaron enfermedad respiratoria aguda fue de 48.4%, lo que sitúa a la entidad en 26.8 puntos porcentuales del valor mínimo y 5.7 puntos porcentuales por arriba del promedio nacional. Pese a los avances logrados en la atención de este problema de salud, aún persisten grandes diferencias entre las entidades del país. La distancia entre los estados con la mayor y menor prevalencia fue de 40.6 puntos porcentuales (figura 2.11).

■ Cuadro 2.3

Prevalencia de la población menor de cinco años que presentó enfermedad diarreica durante las dos semanas previas a la entrevista, por edad y sexo. Baja California, México

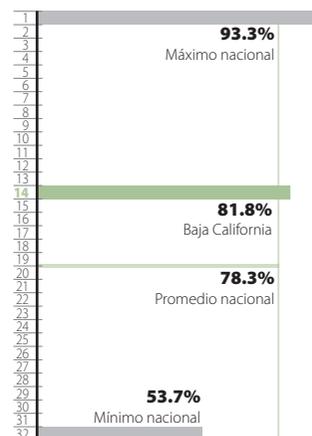
Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	7.1	19.4	9.3-36.2	2.9	15.7	4.0-45.3	10.0	18.2	9.1-32.9
1 año	4.7	15.8	6.7-33.0	2.9	10.7	2.3-37.8	7.6	13.4	5.8-27.8
2 años	3.7	15.6	3.5-48.2	2.9	9.8	3.1-26.9	6.7	12.4	4.9-28.0
3 años	7.1	20.8	7.5-45.9	7.2	19.3	7.7-40.4	14.3	20.0	10.8-33.9
4 años	4.2	13.5	4.2-35.8	0.6	2.1	0.3-13.4	4.7	8.2	2.8-21.3
Total	26.9	17.3	10.3-27.6	16.4	11.8	6.5-20.3	43.3	14.7	10.1-20.8

* N=Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento

‡ IC95%=Intervalo de confianza al 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

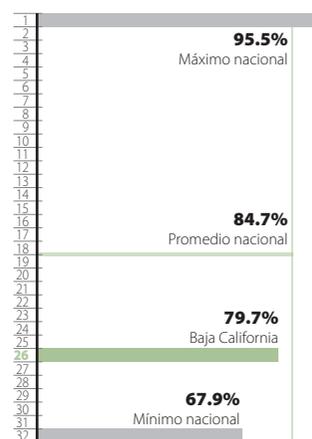
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Figura 2.8
Niños de un año que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con esquema completo de vacunación.* México, ENSANUT 2006



* Considera tres dosis de Sabin, una de BCG, tres de Pentavalente y una de SRP

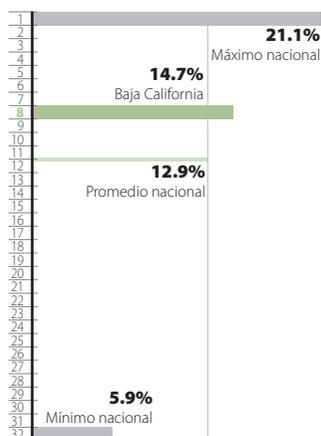
Figura 2.9
Niños de dos años que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con esquema completo de vacunación.* México, ENSANUT 2006



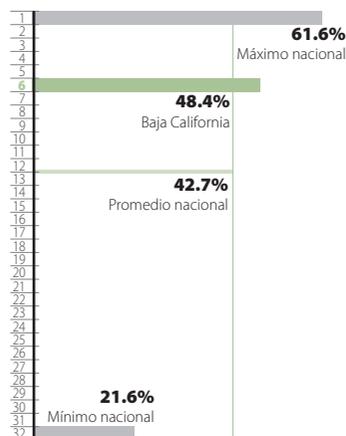
* Considera tres dosis de Sabin, una de BCG, tres de Pentavalente y una de SRP

Figura 2.10

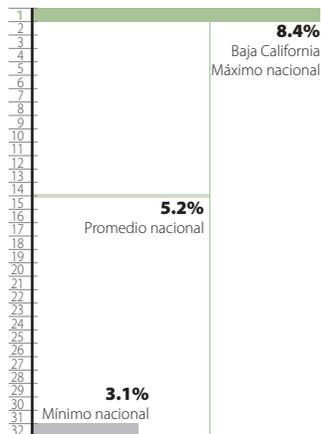
Porcentaje de niños menores de cinco años que presentaron enfermedad diarreica durante las dos semanas previas a la entrevista. México, ENSANUT 2006

**Figura 2.11**

Menores de 10 años con enfermedad respiratoria aguda dos semanas previas a la entrevista. México, ENSANUT 2006

**Figura 2.12**

Menores de 10 años con daño por accidente en el último año. México, ENSANUT 2006



En Baja California, la prevalencia de IRAS según sexo fue de 46.1% en hombres y de 50.7% en mujeres. La distribución por edad y sexo manifiesta diferencias importantes, las más evidentes se ubican en las edades de ocho (43.5% hombres vs. 62.5% mujeres), un año (48.1% hombres vs. 33.2% mujeres) y tres años (44.2% hombres vs. 57.8% mujeres) (cuadro 2.4).

Cabe señalar que la prevalencia de IRAS y diarrea debe ser interpretada con cautela, por tratarse de enfermedades que presentan una tendencia estacional, que se repite año tras año. En este sentido, resulta conveniente mencionar que el acopio de la información en Baja California tuvo lugar durante el mes de octubre de 2005. Regularmente, las máximas frecuencias de las IRAS se presentan en periodos de bajas temperaturas, usualmente durante los meses de noviembre a marzo, mientras que la incidencia de enfermedades diarreicas es mayor durante los meses calientes del año, es decir, en el periodo que va de mayo a agosto.

La prevalencia de daños a la salud a causa de un accidente durante el año previo a la encuesta en Baja California fue superior al promedio nacional en los menores de 10 años (8.4 y 5.2%, respectivamente) (figura 2.12). La distribución por grupos de edad muestra que este evento se presentó un 10.5% en la categoría de 5 a 9 años, mientras que en otras edades su frecuencia fue menor.

Por otra parte, en las mujeres y hombres la probabilidad de experimentar daños a la salud por causa de un accidente fue similar (8.3% hombres, 8.4% mujeres) (cuadro 2.5).

En síntesis, los resultados de la ENSANUT 2006 dan un panorama general de la situación de salud de los niños de Baja California, lo que permite identificar algunas fortalezas y debilidades en su atención. Entre los rubros que expresan buenos resultados, se encuentra

■ Cuadro 2.4

Prevalencia de la población menor de 10 años que presentó enfermedad respiratoria aguda durante las dos semanas previas a la entrevista, por edad y sexo. Baja California, México

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	20.8	56.7	36.1-75.2	10.6	58.0	34.2-78.5	31.5	57.1	41.3-71.6
1 año	14.3	48.1	31.9-64.7	9.0	33.2	13.2-61.9	23.2	41.0	27.1-56.5
2 años	10.8	45.2	23.0-69.6	17.1	56.7	39.5-72.5	27.9	51.6	36.7-66.3
3 años	15.2	44.2	24.4-66.0	21.6	57.8	36.6-76.5	36.8	51.3	35.2-67.1
4 años	14.4	46.8	26.3-68.5	13.1	48.4	30.1-67.1	27.5	47.6	33.8-61.7
5 años	13.6	62.0	40.9-79.3	19.1	66.3	50.1-79.4	32.7	64.4	50.4-76.4
6 años	18.4	60.2	38.8-78.2	18.1	62.8	43.3-78.9	36.5	61.4	46.6-74.4
7 años	8.8	26.9	14.2-45.1	6.3	33.0	17.3-53.8	15.0	29.2	17.9-43.7
8 años	10.7	43.5	24.1-65.1	17.0	62.5	43.5-78.2	27.7	53.4	41.0-65.5
9 años	11.2	32.3	18.7-49.7	12.1	30.4	18.7-45.2	23.3	31.3	22.8-41.1
Total	138.1	46.1	39.5-52.8	143.9	50.7	44.0-57.4	282.1	48.4	43.5-53.2

* N=Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento

‡ IC95%=Intervalo de confianza al 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Aspectos relevantes

- En Baja California 81.8% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 14, arriba de la media nacional.
- La prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue ligeramente mayor a la reportada a escala nacional (14.7 vs. 12.9%, respectivamente).
- La proporción de niños menores de 10 años en Baja California que presentó enfermedad respiratoria aguda fue de 48.4%. Esto sitúa a la entidad en 26.8 puntos porcentuales del valor mínimo y 5.7 puntos porcentuales arriba del promedio nacional.
- En Baja California la prevalencia de accidentes en población menor de 10 años fue superior al promedio nacional (8.4 vs. 5.2%, respectivamente) y ocupa el máximo porcentaje estimado.

■ Cuadro 2.5

Prevalencia de la población menor de 10 años que presentó algún daño a su salud debido a un accidente en el último año, por edad y sexo. Baja California, México

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%†	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	5.2	7.9	3.2-18.1	4.1	9.0	3.4-21.9	9.3	8.3	3.9-16.9
2 - 4 años	5.3	5.9	2.2-14.8	4.0	4.3	1.5-11.3	9.3	5.1	2.5-10.1
5 - 9 años	14.5	10.0	5.5-17.6	15.8	11.0	6.2-18.8	30.3	10.5	6.6-16.3
Total	25.0	8.3	5.3-12.8	23.9	8.4	5.4-13.0	48.9	8.4	6.0-11.7

* N=Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento

† IC95%= Intervalo de confianza al 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

la atención prenatal y la atención del parto por personal de salud. Otras áreas que merecen mayor atención son las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y los accidentes. Además la cobertura del esquema completo de vacunación en la población de un año de edad, debe incrementarse redoblando los esfuerzos en la aplicación de la vacuna SRP. La información sugiere que en el país continúa siendo importante encaminar acciones que promuevan la equidad e incrementen la calidad de vida de la población menor de 10 años, mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. México: SSA, 2002.
2. Secretaría de Salud. Programa de Atención: Infancia. Secretaría de Salud. México 2002.
3. Consejo Nacional de Vacunación. Programa de Vacunación Universal 1995-2000. México, DF: CONAVA, 1995
4. Organización Mundial de la Salud. Vacunas e inmunización: situación mundial. Ginebra: OMS, 2003.
5. Secretaría de Salud. Salud: México 2001 • 2005. Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2006
6. Secretaría de Salud. Salud: México 2004 Información para la rendición de cuentas. México: SSA, 2005
7. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de Salud 2000. Secretaría de Salud
8. Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>
9. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística. Disponible en http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/tabs/m_007.xls
10. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística. Disponible en http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/tabs/m_008.xls
11. Olaiz Fernández, G, Rivera-Domarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006.
12. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano. SSA. México. 2002.

Adolescentes

La adolescencia se le ha considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, sin embargo, cada vez existe más evidencia de que lo que sucede en estos años de vida impacta su salud y afecta a las personas con el paso del tiempo.¹ Aun cuando la morbilidad es baja, los adolescentes, por diversas circunstancias ambientales, familiares e individuales, frecuentemente desarrollan conductas que constituyen factores de riesgo.² Entre las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños a la salud en la vida adulta, se encuentran tabaquismo, alcoholismo, prácticas de sexo inseguro, exposición a ambientes peligrosos y violentos, conductas que, asociadas, potencializan la probabilidad de que los adolescentes se enfrenten a accidentes o al suicidio, entre otros.^{3,4}

Para 2000 se reportó que 9.2% de los adolescentes fumó 100 cigarrillos o más en su vida. La proporción de adolescentes fumadores aumenta conforme se incrementa la edad, llegando a 25% en adolescentes de 19 años. El consumo de bebidas alcohólicas también es común entre los jóvenes. Se calcula que alrededor de 11.3%, han consumido bebidas con alcohol. El consumo de alcohol es mayor en los hombres (16.3%) en comparación con las mujeres (6.2%).⁵

Otras conductas de riesgo en adolescentes están vinculadas con el inicio de las relaciones sexuales, que sin protección pueden llevar a embarazos no planeados y/o a infecciones de transmisión sexual (ITS). En el país, la proporción de adolescentes que tuvo su primera relación sexual para 2000 fue de 16.4 por ciento. En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos, 69% de los jóvenes de 12 a 19 años refieren conocer al menos un método, y se advierte un porcentaje mayor en los de 18 y 19 años.⁶

Es importante mencionar que se construyeron algunas variables para el análisis de los datos. A continuación señalamos las más importantes. Para el conocimiento que los adolescentes tienen sobre las formas de prevención de las ITS se consideró que se trataba de un conocimiento inadecuado de las formas de prevención de las ITS cuando el adolescente respondió que el retiro, tomar pastillas, lavados vaginales, el ritmo o calendario y beber té de hierbas servían para evitar ITS.

Para explorar las conductas alimentarias en los tres meses previos a la encuesta se usó el instrumento desarrollado por Unikel y colaboradores.⁷ Se clasificó como sujetos en riesgo a todos los que contestaron afirmativamente a las categorías de “frecuentemente” y “muy frecuentemente (más de dos veces en una semana)”. Por otro lado, con el objetivo de conocer el número de indicadores clínicos, éstos se clasificaron como presencia de: a) pérdida del control para comer (tiene la sensación de no poder parar de comer), cuando refirieron tener preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control para comer; b) vómito autoinducido; c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas y ejercicio en exceso; y d) las medidas compensatorias: la ingesta de pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso.

A continuación se presentan resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), que dan cuenta de diversas conductas de riesgo que afectan la salud de los adolescentes de Baja California. Se incluyen los principales tabulados a escala estatal, como consumo de tabaco y alcohol, violencia, conocimiento de métodos anticonceptivos, edad a la menarca, inicio de vida sexual, embarazo y prevención de ITS. Es importante señalar que para expandir los resultados se tomó en cuenta el factor de expansión asignado a cada adolescente de acuerdo con el tipo de muestreo de la encuesta.⁸

Figura 3.1

Adolescentes de 10 a 19 años que han fumado por lo menos 100 cigarros. México, ENSANUT 2006

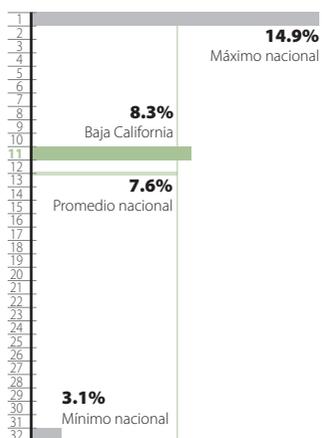
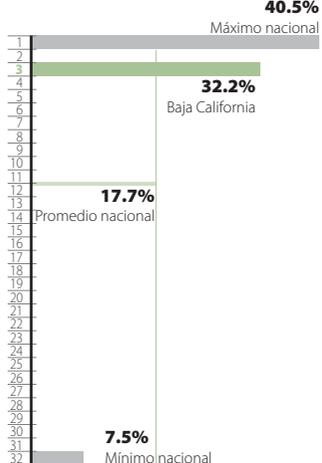


Figura 3.2

Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Adolescentes de 10 a 19 años. México, ENSANUT 2006



Resultados

En Baja California se entrevistó a 633 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales representan 616 116 adolescentes. De éstos, 51.0% son hombres y 49.0% mujeres.

El porcentaje de adolescentes entre 10 y 19 años que han fumado 100 cigarrillos o más en su vida es de 8.3% en Baja California (figura 3.1), es decir, mayor que el promedio nacional de 7.6 por ciento. Un 66.6% reportó nunca haber fumado. También se advierte que la proporción de jóvenes que han fumado 100 cigarrillos o más es mayor en hombres (9.4%), que en mujeres (7.2%), lo que constituye una relación mujer-hombre de 1:1.3 (cuadro 3.1). Con respecto a la edad (cuadro 3.2), 19.9% de los adolescentes de 15 a 19 años y 0.1% de los adolescentes de 10 a 14 años declararon haber fumado cinco cajetillas o más durante su vida.

En relación con el consumo de alcohol en la población de adolescentes de 10 a 19 años, la encuesta permite estimar que 32.2% ha ingerido bebidas que contienen alcohol (figura 3.2). La prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes de Baja California es mayor a la reportada en el país (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos alguna vez en la vida según sexo de los adolescentes, se identifica que en el caso de los hombres, éste es menor (29.3%) que el reportado por las mujeres (35.2%) (cuadro

■ Cuadro 3.1

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de 100 cigarros o más en su vida y sexo. Baja California, México

Sexo	Consumo de 100 cigarros o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	9.4	6.3	13.9	25.6	20.0	32.1	65.0	57.5	71.8	100
Mujer	7.2	4.2	12.0	24.6	19.0	31.1	68.2	61.5	74.3	100
Total	8.3	6.2	11.2	25.1	20.8	29.9	66.6	61.0	71.7	100
Frecuencia (N)	51 416			154 502			410 198			616 116

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.2

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de 100 cigarros o más en su vida y grupos de edad. Baja California. México

Grupo de edad	Consumo de 100 cigarros o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
10-14 años	0.1	0.0	1.0	21.5	16.7	27.2	78.4	72.8	83.1	100
15 a 19 años	19.9	15.1	25.7	30.1	22.7	38.7	50.1	41.4	58.8	100
Total	8.3	6.2	11.2	25.1	20.8	29.9	66.6	61.0	71.7	100
Frecuencia (N)	51 416			154 502			410 198			616 116

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

3.3). Se encontró que 56.9% de los adolescentes de 15 a 19 años y 14.6% de los adolescentes de 10 a 14 años dijo haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (cuadro 3.4).

Dentro de los aspectos de salud reproductiva estudiados entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad, los datos para Baja California señalan que 86.7% de ellos conoce o ha oído hablar de algún método para evitar el embarazo o para no tener hijos (figura 3.3), situación

■ Cuadro 3.3

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y sexo. Baja California. México

Sexo	Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida						Total %
	%	Nunca ha tomado		%	Sí		
		IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	70.7	62.8	77.5	29.3	22.5	37.2	100
Mujer	64.8	58.0	71.1	35.2	28.9	42.0	100
Total	67.8	62.1	73.1	32.2	26.9	37.9	100
Frecuencia (N)	417 814			198 302			616 116

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.4

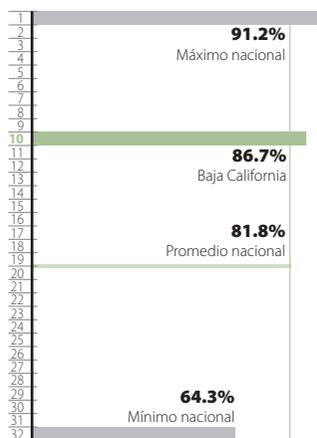
Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y grupos de edad. Baja California, México

Grupos de edad	Consumo de bebidas alcohólicas						Total %
	Nunca ha tomado			Sí			
	%	IC95%		%	IC95%		
	Inferior	Superior		Inferior	Superior		
10-14 años	85.4	78.6	90.3	14.6	9.7	21.4	100
15 a 19 años	43.1	35.8	50.8	56.9	49.2	64.2	100
Total	67.8	62.1	73.1	32.2	26.9	37.9	100
Frecuencia (N)	417 814			198 302			616 116

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.3

Adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo. México, ENSANUT 2006



que ubica a los adolescentes de Baja California con un mayor conocimiento respecto de lo reportado en el país (81.8%). El porcentaje de adolescentes que conoce métodos anticonceptivos es mayor entre mujeres (88.7%) que entre hombres (84.6%) (cuadro 3.5). Al analizar la información por grupo de edad se encontró que en adolescentes de 12 a 14 años, sólo 78.1% conoce algún método; en el grupo de 15 a 19 años, 93.8% ha oído hablar de ellos (cuadro 3.6). Los adolescentes que no cuentan con esta información, tienen mayor riesgo de un embarazo precoz y de contraer una ITS, riesgos considerados como dos de los problemas prioritarios de la salud reproductiva en adolescentes.

A los adolescentes que contestaron saber la forma de evitar un embarazo, se les cuestionó acerca de cuáles métodos habían oído hablar. Los métodos anticonceptivos mayormente mencionados fueron el preservativo (75.8%) y los hormonales orales (pastillas y píldoras) (73.9%). En relación con todos los demás métodos, los adolescentes del estado de Baja California han escuchado hablar de ellos tan sólo 31% o menos, por ejemplo, las inyecciones las mencionan en 31%, el dispositivo intrauterino (DIU) lo mencionan en 20.1%. Se reporta un conocimiento de la anticoncepción de emergencia en 6.2% y en último lugar nombran los métodos naturales (ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro o método de Billings) con 0.9% y el retiro o coito interrumpido en 0.7% (cuadro 3.7). Como se puede

■ Cuadro 3.5

Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años, según si han escuchado hablar de algún método anticonceptivo y sexo. Baja California, México

Sexo	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									Total %
	Sí			No			No responde			
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		
	Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		
Hombre	84.6	78.6	89.1	15.2	10.7	21.2	0.2	0.0	1.8	100
Mujer	88.7	83.8	92.3	10.9	7.3	16.1	0.4	0.0	2.7	100
Total	86.7	83.0	89.7	13.0	10.0	16.7	0.3	0.1	1.3	100
Frecuencia (N)	407 932			61 320			1 433			470 685

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.6

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo y grupos de edad. Baja California, México

Grupo de edad	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									Total %
	%	Sí		%	No		%	No responde		
		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior	
12-14 años	78.1	70.8	84.0	21.2	15.4	28.4	0.7	0.2	2.9	100
15 a 19 años	93.8	89.0	96.6	6.2	3.4	11.0	0.0	0.0	0.0	100
Total	86.7	83.0	89.7	13.0	10.0	16.7	0.3	0.1	1.3	100
Frecuencia (N)	407 932	61 320		1 433		470 685				

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes, México

■ Cuadro 3.7

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años de edad que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo, según método y sexo. Baja California, México

Método/sexo	%	No			%	Sí			Total %
		IC95% Inferior	IC95% Superior	IC95% Inferior		IC95% Superior			
Pastillas o píldoras									
Hombre	38.8		30.8	47.5	61.2	52.5	69.2	100	
Mujer	14.3	9 720	5		85.7	79.5	90.3	100	
Total	26.1		20.9	32.0	73.9	68.0	79.1	100	
Frecuencia (N)	106 329	301 603		407 932					
DIU									
Hombre	87.4	80.8	92.0	12.6	8.0	19.2	100		
Mujer	73.0	65.6	79.4	27.0	20.6	34.4	100		
Total	79.9	74.9	84.1	20.1	15.9	25.1	100		
Frecuencia (N)	326 045	81 887		407 932					
Inyecciones									
Hombre	82.4	74.1	88.5	17.6	11.5	25.9	100		
Mujer	56.6	48.0	64.8	43.4	35.2	52.0	100		
Total	69.0	62.8	74.6	31.0	25.4	37.2	100		
Frecuencia (N)	281 419	126 513		407 932					
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma									
Hombre	94.9	89.7	97.5	5.1	2.5	10.3	100		
Mujer	94.2	89.4	96.9	5.8	3.1	10.6	100		
Total	94.5	91.7	96.4	5.5	3.6	8.3	100		
Frecuencia (N)	385 540	22 392		407 932					
Preservativo o condón									
Hombre	10.4	6.0	17.3	89.6	82.7	94.0	100		
Mujer	36.9	30.2	44.1	63.1	55.9	69.8	100		
Total	24.2	19.5	29.6	75.8	70.4	80.5	100		
Frecuencia (N)	98 671	309 261		407 932					
Operación femenina u OTB									
Hombre	96.0	91.1	98.3	4.0	1.7	8.9	100		
Mujer	96.5	92.5	98.4	3.5	1.6	7.5	100		
Total	96.2	93.3	97.9	3.8	2.1	6.7	100		
Frecuencia (N)	392 618	15 314		407 932					
Operación masculina o vasectomía									
Hombre	95.1	89.5	97.8	4.9	2.2	10.5	100		
Mujer	100.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100		
Total	97.6	94.9	98.9	2.4	1.1	5.1	100		
Frecuencia (N)	398 271	9661		407 932					
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings									
Hombre	98.8	94.0	99.8	1.2	0.2	6.0	100		
Mujer	99.5	97.9	99.9	0.5	0.1	2.1	100		
Total	99.1	97.2	99.7	0.9	0.3	2.8	100		
Frecuencia (N)	404 373	3 559		407 932					
Retiro o coito interrumpido									
Hombre	99.1	93.5	99.9	0.9	0.1	6.5	100		
Mujer	99.5	96.2	99.9	0.5	0.1	3.8	100		
Total	99.3	97.0	99.8	0.7	0.2	3.0	100		
Frecuencia (N)	405 066	2 866		407 932					
Pastilla de emergencia									
Hombre	94.1	87.9	97.2	5.9	2.8	12.1	100		
Mujer	93.6	88.4	96.5	6.4	3.5	11.6	100		
Total	93.8	89.2	96.5	6.2	3.5	10.8	100		
Frecuencia (N)	382 688	25 244		407 932					
Otro									
Hombre	98.7	93.9	99.8	1.3	0.2	6.1	100		
Mujer	99.1	96.5	99.8	0.9	0.2	3.5	100		
Total	98.9	97.0	99.6	1.1	0.4	3.0	100		
Frecuencia (N)	403 626	4 306		407 932					

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes, México

■ Cuadro 3.8

Edad promedio de la primera menstruación. Mujeres de 10 a 19 años.* Baja California, México

Edad promedio (años)	IC95%	
	Inferior	Superior
Edad promedio	12,1	12,3

* Incluye mujeres que han tenido menstruación
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

observar en este mismo cuadro, de los dos métodos más mencionados, una mayor proporción de hombres que de mujeres señaló haber oído hablar del preservativo (89.6% y 63.1% respectivamente) y por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabía de las pastillas (85.7% y 61.2% respectivamente).

Por otro lado, un hecho significativo que determina la iniciación de las mujeres a su vida reproductiva es la edad a la menarca. La edad promedio de inicio de menstruación fue de 12.1 años (cuadro 3.8).

En cuanto a las relaciones sexuales, los resultados de ENSANUT 2006 indican que en el ámbito nacional, 4.1% de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, mientras que en Baja California la proporción es mayor (5.1%), siendo 6.2% en hombres y 4.0% en las mujeres (cuadro 3.9). Se encontró que 57.9% de los adolescentes que al momento de la encuesta tenían 19 años cumplidos iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 19 años de edad (cuadro 3.10).

Con respecto al uso del condón en su primera relación sexual, 59.6% respondió haberlo utilizado, porcentaje mayor al encontrado para el promedio nacional (52.3%) (figura 3.4). Destaca que 55.3%

■ Cuadro 3.9

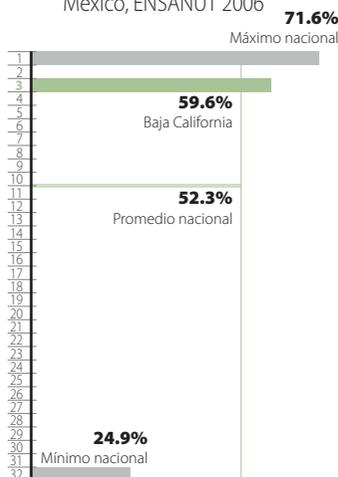
Distribución porcentual de adolescentes de 15 a 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 15 años. Baja California, México*

Sexo	Inicio de vida sexual						Total %
	%	No		%	Sí		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	93.8	87.8	96.9	6.2	3.1	12.2	100
Mujer	96.0	91.7	98.1	4.0	1.9	8.3	100
Total	94.9	91.2	97.1	5.1	2.9	8.8	100
Frecuencia (N)	243 394			13 087			256 481

*Incluye a los adolescentes que declararon haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y los 15 años.
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.4

Uso de condón en primera relación sexual. Adolescentes de 12 a 19 años. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 3.10

Distribución porcentual de los adolescentes de 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 19 años. Baja California, México

Inicio de vida sexual	Frecuencia (N)	Porcentaje	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí*	30 106	57.9	39.4	74.4
No	21 902	42.1	25.6	60.6
Total	52 008	100	100	100

*Incluye a los adolescentes que declararon haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y los 18 años.
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

de los hombres y 65.1% de las mujeres señalaron la utilización del preservativo en su primera relación sexual (cuadro 3.11).

En la región norte, donde se encuentra Baja California, se obtuvo que de las adolescentes de 12 años o más que declararon inicio de vida sexual, 65.7% ha estado embarazada (cuadro 3.12).

Al preguntar a los adolescentes que han iniciado su vida sexual acerca del uso de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, solamente 43.9% declaró utilizar algún método para no tener hijos, 22.2% refirió no tener pareja al momento de la entrevista, 3.1% se encontraba embarazada y 30.8% respondió que no utilizaba ningún método (cuadro 3.13).

■ Cuadro 3.11

Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años, según uso de condón en la primera relación sexual y sexo. Baja California, México

Sexo	Utilizó preservativo o condón						Total %
	%	No		%	Sí		
		IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	44.7	31.1	59.1	55.3	40.9	68.9	100
Mujer	34.9	22.8	49.4	65.1	50.6	77.2	100
Total	40.4	31.4	50.1	59.6	49.9	68.6	100
Frecuencia (N)	42 066			61 997			104 063

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.12

Distribución porcentual de mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según si han estado embarazadas. Región Norte*

Han estado embarazadas	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí	182 533	65.7	59.9	71.1
No	95 221	34.3	28.9	40.1
Total	277 754	100	100	100

* Incluye los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tamaulipas.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.13

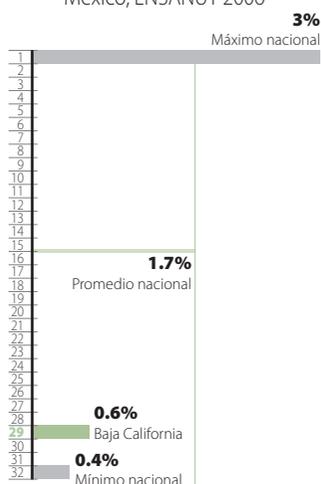
Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según utilización de algún método para no tener hijos y sexo. Baja California, México

Sexo	Actualmente ¿tú o tu pareja están haciendo algo para no tener hijos?												Total %
	%	Sí		No		Está embarazada			No tiene pareja				
		IC95%		IC95%		IC95%			IC95%				
		Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	
Hombre	34.9	20.9	52.1	37.9	25.6	51.9	0.8	0.1	6.2	26.4	15.1	41.9	100
Mujer	55.4	37.2	72.3	21.6	11.1	37.8	6.2	2.2	15.9	16.8	7.2	34.6	100
Total	43.9	31.7	56.8	30.8	21.5	42.0	3.1	1.2	7.9	22.2	13.8	33.8	100
Frecuencia (N)	45 652			32 036			3 259			23 116			104 063

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.5

Conocimiento inadecuado de prevención de infecciones de transmisión sexual. Adolescentes de 12 a 19 años. México, ENSANUT 2006



En relación con el conocimiento que los adolescentes tienen sobre las formas de prevención de las ITS se destaca que en Baja California 0.6% de los adolescentes tiene un conocimiento inadecuado de las ITS, cifra menor a la encontrada nacionalmente de 1.7% (figura 3.5). Además, se observó mayor porcentaje de mujeres con conocimiento inadecuado sobre la prevención de las ITS en relación con los hombres (0.8 vs. 0.4%) (cuadro 3.14).

El método de prevención con el mayor porcentaje de conocimiento acertado para prevenir ITS fue el preservativo (84.6%), seguido de no tener relaciones sexuales (7.2%). Analizado por sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas, pero se muestra una proporción ligeramente mayor de hombres en comparación con mujeres que mencionaron el preservativo como medida de prevención (89.0 y 80.3% respectivamente); en cambio, las mujeres mencionaron más frecuentemente no tener relaciones sexuales como medida de prevención (10.3 y 4.0%, respectivamente) (cuadro 3.14). Los adolescentes de 15 a 19 años señalan principalmente al condón (91.3%) contra 76.5% en el grupo de 12 a 14 años; por su parte, los más jóvenes mencionan no tener relaciones sexuales (10.7% y 4.4%, respectivamente) (cuadro 3.15).

Los resultados de la ENSANUT 2006 permiten explorar actividades que realizan los adolescentes durante la semana. Una de las preguntas que se realizaron fue el número de horas que ven televisión de lunes a viernes sin incluir videojuegos o películas. Destaca

■ Cuadro 3.14

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años, según conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual y sexo. Baja California, México

Sexo	Conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual																		Total %	
	Condón		Conocimiento inadecuado*				Relaciones sólo con tu pareja				No tener relaciones sexuales				Otro		No responde			
	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior		
Hombre	89.0	83.2	93.0	0.4	0.0	2.9	2.5	1.2	5.2	4.0	1.9	8.5	0.2	0.0	1.5	3.8	1.7	8.5	100	
Mujer	80.3	73.9	85.3	0.8	0.3	2.2	3.1	1.3	7.3	10.3	6.9	15.3	0.0	0.0	0.0	5.5	2.8	10.4	100	
Total	84.6	79.7	88.4	0.6	0.2	1.4	2.8	1.7	4.7	7.2	4.7	11.0	0.1	0.0	0.7	4.7	2.7	8.0	100	
Frecuencia (N)	397 974		2 796				13 324				34 102				462		22 027		470 685	

* Incluye retiro o venirse afuera, pastillas o píldoras, lavado vaginal, ritmo o calendario y tomar té de hierbas.
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.15

Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años, según conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual y grupos de edad. Baja California, México

Grupos de edad	Conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual																		Total %	
	Condón		Conocimiento inadecuado*				Relaciones sólo con tu pareja				No tener relaciones sexuales				Otro		No responde			
	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior		
12-14 años	76.5	67.9	83.3	0.7	0.2	2.2	3.5	1.6	7.4	10.7	6.4	17.1	0.2	0.0	1.6	8.5	4.6	15.0	100	
15 a 19 años	91.3	86.5	94.5	0.5	0.1	2.0	2.3	1.1	4.9	4.4	2.6	7.2	0.0	0.0	0.0	1.5	0.3	6.2	100	
Total	84.6	79.7	88.4	0.6	0.2	1.4	2.8	1.7	4.7	7.2	4.7	11.0	0.1	0.0	0.7	4.7	2.7	8.0	100	
Frecuencia (N)	397 974		2 796				13 324				34 102				462		22 027		470 685	

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

que 36.7% de los adolescentes de 10 a 19 años que viven en Baja California ven de una a dos horas de televisión de lunes a viernes y 6.0% declaró que ve más de nueve horas (cuadro 3.16).

Otro aspecto importante y poco estudiado en la población adolescente mexicana, son las acciones de riesgo en relación con las conductas alimentarias. En Baja California destaca que en los tres meses previos a la encuesta, 32.8% de los adolescentes refieren que ha tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 0.8%. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en 0.4% de los adolescentes. Además, 6.1% de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la encuesta, han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso (cuadro 3.17).

Respecto a los daños a la salud ocasionados por un accidente

■ Cuadro 3.16

Distribución porcentual de horas de ver televisión entre semana (de lunes a viernes). Baja California, México

Horas de ver televisión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Nada	32 595	5.3	3.5	8.0
Menos de una hora	53 856	8.7	6.3	11.9
1-2 horas	226 133	36.7	32.1	41.6
3-4 horas	173 689	28.2	24.2	32.6
5-6 horas	68 146	11.1	8.6	14.1
7-8 horas	25 033	4.1	2.8	5.9
9 o más horas	36 664	6.0	3.8	9.2
Total	616 116	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.17

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según conductas alimentarias. Baja California, México

Trastorno	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Ha perdido el control				
No	413 737	67.2	62.9	71.1
Sí	202 379	32.8	28.9	37.1
Vómito autoinducido				
No	611 448	99.2	98.2	99.7
Sí	4 668	0.8	0.3	1.8
Medidas compensatorias*				
No	613 958	99.6	98.8	99.9
Sí	2 158	0.4	0.1	1.2
Prácticas de tipo restrictivo**				
No	578 527	93.9	91.4	95.7
Sí	37 589	6.1	4.3	8.6
Total	616 116	100	100	100

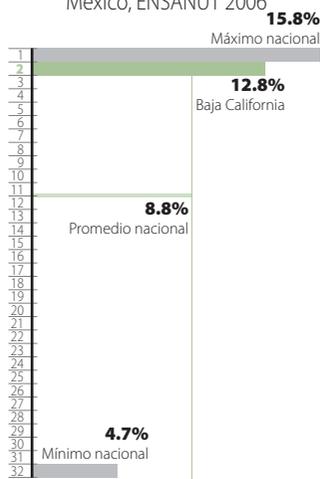
* Incluye uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso

** Incluye si han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso

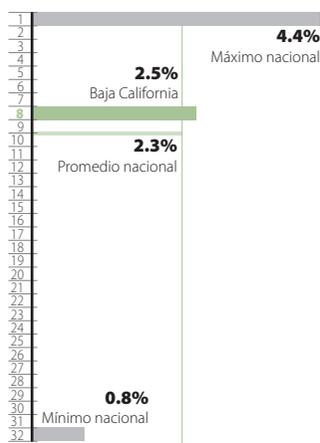
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.6

Daño por accidente en los últimos 12 meses. Adolescentes de 10 a 19 años. México, ENSANUT 2006

**Figura 3.7**

Daño por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses. Adolescentes de 10 a 19 años. México, ENSANUT 2006



ocurrido en los 12 meses previos a la encuesta, se encontró que en Baja California la proporción de adolescentes con daños a la salud por accidentes fue de 12.8%, mientras que el promedio nacional es de 8.8% (figura 3.6). En relación con el tipo de accidente, destacan las caídas con 54%, seguido de los accidentes con fuerzas mecánicas inanimadas con 22.4%, transportes terrestres (21.1%) (cuadro 3.18). Los tres principales lugares donde ocurren el mayor número de accidentes en esta población son: en la vía pública (40.7%), la escuela (30.0%) y el hogar (15.2%) (cuadro 3.19).

Sobre los daños a la salud debidos a robo, agresión o violencia ocurridos en el año previo a la encuesta, destaca que 2.5% sufrió algún daño a la salud, cifra similar a la reportada en el país con 2.3% (figura 3.7). Los principales tipos de agresión reportados fueron

■ Cuadro 3.18

Distribución porcentual de los adolescentes de 10 a 19 años que sufrieron algún accidente en los últimos 12 meses, según tipo de accidente. Baja California, México

Tipo de accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Caída ¹	42 539	54.0	40.2	67.2
Fuerzas mecánicas animadas	1 017	1.3	0.3	5.6
Fuerzas mecánicas inanimadas	17 643	22.4	12.6	36.6
Otro tipo ²	924	1.2	0.3	4.9
Transporte terrestre ³	16 629	21.1	13.7	31.0
Total	78 752	100	100	100

¹ Incluye caída de un mismo nivel y caída de un nivel a otro

² Incluye exposición a fuego, humo y llamas, contacto con calor y sustancias, exposición a fuerzas de la naturaleza, contacto traumático con animales, envenenamiento accidental, ahogamiento y sumersión, otros accidentes que obstruyen, exposición accidental a otros factores

³ Incluye choque entre vehículos, atropellamiento y otros accidentes de transporte

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.19

Distribución porcentual de adolescentes que sufrieron algún accidente en los últimos 12 meses, según lugar del accidente. Baja California, México

Lugar del accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escuela	23 587	30.0	20.5	41.5
Hogar	11 975	15.2	9.0	24.6
Lugar de recreo o deportivo	5 231	6.6	2.1	19.1
Otro *	4 876	6.2	2.3	15.8
Trabajo	1 017	1.3	0.3	5.4
Vía pública	32 066	40.7	30.4	51.9
Total	78 752	100	100	100

* Incluye campo, establecimiento comercial y otro

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

golpes, patadas y puñetazos con 65.3%; le siguen la agresión sexual con 13% y las agresiones con objetos cortantes se reportaron en 8.9% (cuadro 3.20). El 50.7% de las agresiones ocurrieron en la vía pública, 29.9% en el hogar, las menores frecuencias se reportaron en algún lugar de recreo o deportivo con 2.9% (cuadro 3.21).

Acerca del intento de suicidio, la prevalencia entre los adolescentes de Baja California es de 2.3%, la cual es mayor a la reportada en el ámbito nacional (1.1%) (figura 3.8).

Conclusiones

Los resultados de la ENSANUT 2006 ofrecen un panorama general de las conductas de riesgo que afectan a la población de adolescentes en Baja California, lo que permite la adecuación de políticas públicas para la atención de dicho grupo poblacional. Debido a la relevancia de los problemas analizados, se propone continuar no sólo con la caracterización de conductas de riesgo y salud reproductiva en

Figura 3.8
Adolescentes de 10 a 19 años
que han intentado suicidarse.
México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 3.20

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años que sufrieron algún robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, según tipo de agresión. Baja California, México

Tipo de agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Agresión sexual	2 034	13.0	2.4	47.4
Arma de fuego	439	2.8	2.0	4.0
Golpes, patadas, puñetazos	10 237	65.3	34.1	87.3
Objetos cortantes	1 388	8.9	0.9	52.0
Otras agresiones o maltrato	462	2.9	0.3	22.1
Otro	1 110	7.1	0.7	45.9
Total	15 670	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.21

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años que sufrieron algún robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, según lugar de la agresión. Baja California, México

Lugar de la agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escuela	1 176	7.5	5.2	10.6
Establecimiento comercial	1 388	8.9	0.9	52.0
Hogar	4 692	29.9	6.7	71.6
Lugar de recreo o deportivo	462	2.9	0.3	25.2
Vía pública	7 952	50.7	20.6	80.4
Total	15 670	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Aspectos relevantes

- En el país, el porcentaje de adolescentes que consume alcohol ha aumentado en años recientes y en Baja California se observa un consumo mayor al promedio nacional.
- En relación con el promedio nacional, los adolescentes de Baja California tienen un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Aproximadamente 60% de los adolescentes de Baja California utilizó condón en su primera relación sexual.
- El 65.7% de las adolescentes de 12 a 19 años con vida sexual activa de la región norte, reporta haber estado alguna vez embarazada.
- Los adolescentes del estado de Baja California tienen un menor porcentaje de conocimiento inadecuado sobre métodos de prevención de ITS en relación con el promedio nacional.
- El porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad que ha sufrido algún daño a la salud por causa de un accidente es mayor en Baja California que lo encontrado en el ámbito nacional.

ese grupo, sino en el diseño de programas de intervención educativos y de difusión a mediano plazo.

Referencias

1. Juárez F. Salud Reproductiva de los jóvenes: teorías y evidencia. Rabell C, Zavala-de Cosío E, ed. La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, 2002.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998-2001. Washington D,C:OPS/OMS, 1998.
3. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Aviles MA, León-Álvarez GL, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Publica de Mex* 2003; 45 supl 1:S140- S152
4. Pick S, Givaudan M, Saldívar-Garduño A. La Importancia de los Factores Psicosociales en la Educación Sexual de los Adolescentes. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 1996; 2:143-150.
5. Celis-de la Rosa. La salud de adolescentes en cifras. *Salud Publica de Mex* 2003; 45 supl 1:S153- S166
6. González-Garza C, Rosalba Rojas-Martínez, María I Hernández-Serrato, Gustavo Olaiz-Fernández. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Publica de Mex* 2005; 47:209-218
7. Unikel Santoncini Claudia, Bojórquez Chapela Ietza, Villatoro Velázquez Jorge Ameth, Fleiz Bautista Clara M, Medina-Mora Icaza María Elena, Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003, *Rev Invest Clin* 2006; 58(1):15-27
8. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villapando-Hernández S, Hernández Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006

Como reflejo de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, el control relativo de enfermedades infecciosas y el aumento en la esperanza de vida al nacimiento, la población mexicana se encuentra en un claro proceso de envejecimiento. Estos cambios demográficos impactan en el peso que las enfermedades crónicas tienen en la carga global de la enfermedad de adultos mexicanos, así como en el uso de los servicios médicos tanto preventivos como curativos. En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) estableció como uno de sus principales objetivos estimar la prevalencia tanto a escala nacional como estatal de las principales enfermedades crónicas que afectan a la población adulta y su grado de control. Además, recabó información sobre los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de enfermedades crónicas y de la frecuencia de utilización de programas preventivos, especialmente dirigidos a la detección oportuna de enfermedades crónicas.

En el ámbito nacional, uno de los resultados más importantes obtenidos a partir de la ENSANUT 2006¹ es el crecimiento de los programas de detección de enfermedades como resultado del impulso de los programas preventivos del sector salud. Estos resultados muestran que una mayor proporción de la población de 20 años o más acudió en los últimos 12 meses a realizarse pruebas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama en mujeres, así como para pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial en la población general. En comparación con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000),² los incrementos en estas pruebas de detección fueron de 31.8, 69.1, 111.0 y 70.1%, respectivamente.

La vida sedentaria, la modificación acelerada en patrones de dieta y estilo de vida, junto con una probable susceptibilidad genética propia de poblaciones de origen amerindio, han impactado en el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Estos cambios se han acompañado de un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con la obesidad como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y algunos

tipos de cáncer (especialmente cáncer de mama). En el país, dichas tendencias han sido ampliamente documentadas desde la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 (ENEC 1993)³ y corroboradas en los hallazgos de la ENSANUT 2006. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993,¹ 5.8% en 2000 a 7% en 2006, y la de hipertensión arterial, de 10.1% en 1993, 12.5% en 2000 y 15.4% en 2006. El diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia en la población adulta mexicana fue de 6.4% en 2000 y de 8.5% en 2006. El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general.

Como seguimiento al reporte preliminar del análisis nacional publicado recientemente¹, en este nuevo reporte se presentan los resultados de los análisis más relevantes de la información obtenida de la muestra representativa de adultos mayores de 20 años de Baja California. La descripción general de la metodología de la encuesta estatal incluyendo el proceso de la selección de la muestra y la aplicación de los instrumentos y determinación de marcadores biológicos fue descrita en el capítulo correspondiente. Para los indicadores de mayor relevancia se comparan los hallazgos estatales con lo reportado nacionalmente¹ y, en la medida de lo posible, con los hallazgos estatales reportados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000).²

Resultados

En Baja California se visitaron 1 257 hogares y se entrevistó un total de 1 171 adultos de 20 años o más, residentes del estado. Después de aplicar los factores de expansión, esta muestra representa a 1 642 261 adultos residentes de Baja California, 44.2% hombres y 55.8% mujeres.

Programas preventivos

La detección oportuna de enfermedades crónicas, las cuales se caracterizan por periodos asintomáticos prolongados, ha sido una de las herramientas centrales en toda estrategia de prevención secundaria de estas enfermedades. Durante el levantamiento de la ENSANUT 2006, a partir de la aplicación del cuestionario de adultos, se obtuvieron los resultados sobre el uso de servicios preventivos en el año previo a la aplicación de la encuesta para la detección de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes mellitus e hipertensión arterial en Baja California (cuadro 4.1).

El 36.8 % de las mujeres de 20 años o más residentes de Baja California acudió a un servicio médico a realizarse una prueba de Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año

■ Cuadro 4.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Baja California, México

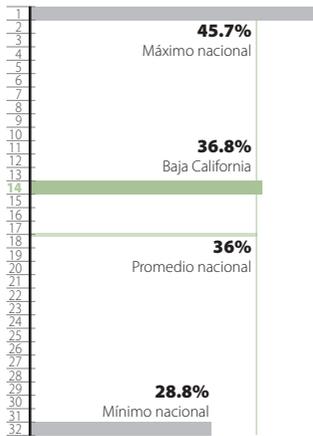
	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Detección de cáncer cervicouterino				
20-39 años	180.9	34.5	28.0	41.7
40-59 años	103.8	37.4	30.0	45.4
60 años o más	50.4	46.1	33.6	59.2
Total	335.1	36.8	32.2	41.6
Detección de cáncer de mama				
20-39 años	85.0	16.1	12.6	20.4
40-59 años	56.3	20.2	15.2	26.3
60 años o más	22.5	20.6	12.1	32.7
Total	163.7	17.9	15.2	21.0
Detección de diabetes mellitus				
Hombres				
20-39 años	45.5	11.1	7.2	16.8
40-59 años	36.3	17.8	12.7	24.4
60 años o más	17.9	28.2	15.9	44.9
Total	99.7	14.7	11.7	18.5
Mujeres				
20-39 años	107.3	21.2	17.0	26.1
40-59 años	89.1	37.3	27.9	47.7
60 años o más	25.4	32.9	21.1	47.4
Total	221.8	27.0	22.5	31.9
Total				
20-39 años	152.8	16.7	13.6	20.3
40-59 años	125.4	28.3	23.0	34.3
60 años o más	43.3	30.8	22.6	40.4
Total	321.5	21.4	18.7	24.5
Detección de hipertensión arterial				
Hombres				
20-39 años	50.4	13.4	9.4	18.8
40-59 años	30.0	15.7	9.9	24.1
60 años o más	14.6	28.3	14.8	47.3
Total	94.9	15.4	11.8	19.8
Mujeres				
20-39 años	96.1	21.2	17.2	25.9
40-59 años	48.9	25.9	18.4	35.0
60 años o más	15.2	32.7	17.5	52.8
Total	160.2	23.3	19.7	27.3
Total				
20-39 años	146.4	17.7	14.5	21.4
40-59 años	78.9	20.8	15.8	26.9
60 años o más	29.8	30.4	18.4	46.0
Total	255.1	19.5	16.7	22.7

* Frecuencia en miles

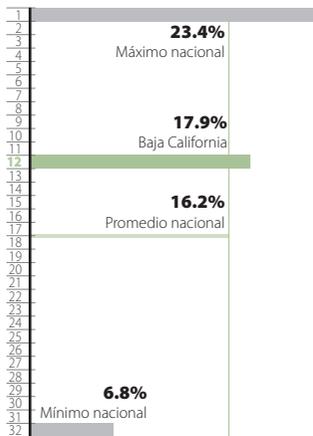
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.1

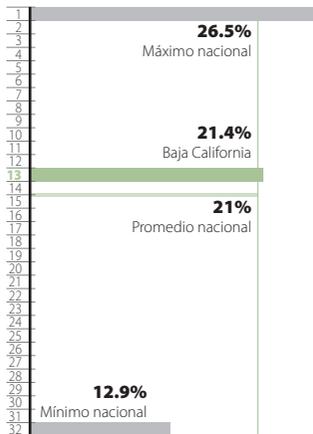
Prueba de Papanicolaou. Mujeres de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.2**

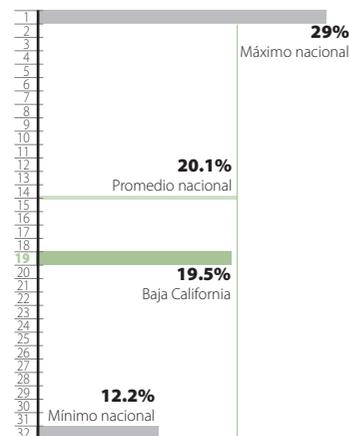
Prueba de cáncer de mama. Mujeres de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.3**

Prueba de detección de diabetes mellitus. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.4**

Detección de hipertensión arterial. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006



previo al levantamiento de la ENSANUT 2006. El grupo de 60 años o más reportó un porcentaje mayor (46.1%). En el caso de la prueba de detección de cáncer de mama, 17.9% de las mujeres de 20 años o más reportó haberse realizado una mastografía en el año previo a la encuesta. Sin embargo, entre las mujeres mayores de 40 años quienes son las candidatas a recibir esta prueba según la recomendación actual, este porcentaje fue ligeramente mayor (20.2 y 20.6% para las mujeres de 40 a 59 años y de 60 años o más, respectivamente).

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial, 21.4% de los adultos de 20 años o más acudió a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar) el año previo de la ENSANUT 2006, mientras que el porcentaje fue de 19.5% en medición de la tensión arterial. Para ambas pruebas hubo tendencia al aumento en la detección en los grupos de mayor edad y mayor detección en mujeres que en hombres, aunque la diferencia no es significativa en esta fase del análisis (cuadro 4.1).

En comparación con los hallazgos nacionales, Baja California se ubica arriba de la media nacional para las pruebas de detección de cáncer cervicouterino, de mama y diabetes mellitus, y debajo para la detección de hipertensión arterial (figuras 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4).

Al igual que lo observado en el ámbito nacional, Baja California presenta incrementos importantes para los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para Baja California, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (36.8 vs. 28.7%) y de mama (17.9 vs. 10.6%) representando incrementos de 28.2 y 68.9% respectivamente. Este incremento fue aun mayor para las pruebas de detección de diabetes mellitus (21.4 vs. 12%) e hipertensión arterial (19.5 vs. 14%) representando aumentos de 78 y 39.1% respectivamente.

Daños a la salud

Durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 se le preguntó a todo adulto de 20 años o más de la muestra si algún médico le había diagnosticado previamente diabetes mellitus, hipertensión arterial o colesterol elevado. El cuadro 4.2 muestra las prevalencias encontradas de cada uno de estos diagnósticos por grupo de edad en Baja California.

La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más para Baja California fue 8.7%, siendo mayor en mujeres (10.2%) que en hombres (6.8%). Para el grupo de edad de 60 años o más esta prevalencia fue de 24.6%. Por otro lado, 20.4% de los adultos reportó el diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, 24.9% en mujeres y 14.8% en hombres, e igualmente estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a ser de 47.4% en adultos de 60 años o más. Finalmente, el diagnóstico médico previo de colesterol elevado fue reportado por 16.2% de los adultos mayores de 20 años y 30.1% de los adultos de 60 años o más. Nuevamente este diagnóstico fue mayor en mujeres que en hombres.

Las prevalencias generales de diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que incluirán los hallazgos durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 por medio de la toma de presión arterial y determinación de glucosa y colesterol, se reportarán una vez que se cuente con el análisis completo de esa información. Esto es especialmente relevante para estas enfermedades de las que el subdiagnóstico es considerablemente alto.

■ Cuadro 4.2

Diagnóstico médico previo de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, según grupos de edad. Baja California, México

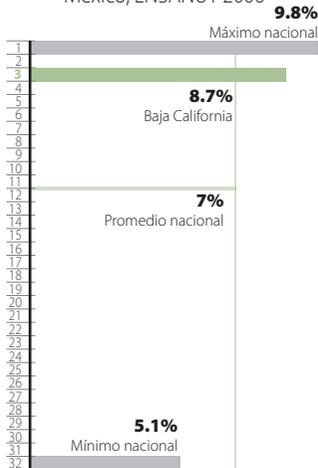
	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Diagnóstico médico previo de diabetes				
20-39 años	28.4	3.0	1.8	5.1
40-59 años	68.9	13.5	9.9	18.0
60 años o más	45.8	24.6	17.4	33.5
Total	143.1	8.7	6.9	10.9
Diagnóstico médico previo de hipertensión				
20-39 años	115.2	12.2	9.8	15.1
40-59 años	131.9	25.8	20.6	31.8
60 años o más	88.4	47.4	38.5	56.6
Total	335.5	20.4	17.9	23.3
Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia				
20-39 años	77.5	8.2	5.8	11.4
40-59 años	133.2	26.0	20.9	31.9
60 años o más	56.1	30.1	21.2	40.9
Total	266.8	16.2	13.8	19.0

* Frecuencia en miles

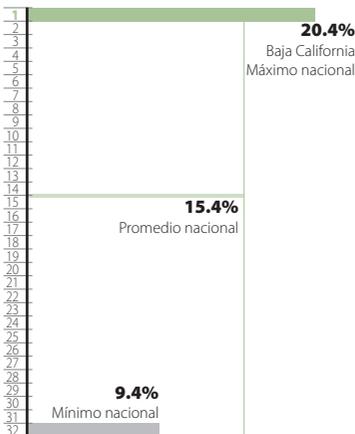
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.5

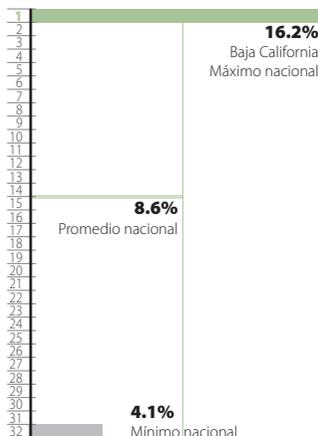
Diabetes mellitus por diagnóstico médico previo. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.6**

Hipertensión arterial por diagnóstico médico previo. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.7**

Hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006



En comparación con las prevalencias en el país, Baja California se ubicó en el primer lugar (el estado con mayor prevalencia) para el caso de hipercolesterolemia e hipertensión arterial, y en el tercer lugar para el caso de diabetes (figuras 4.5 a 4.7).

Comparando con lo reportado en la ENSA 2000, Baja California presentó incrementos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de estas enfermedades: 47.5% de incremento para diabetes mellitus (de 5.9 a 8.7%), 15.3% de incremento para hipertensión arterial (de 17.7 a 20.4%) y 40.9% de incremento para hipercolesterolemia (de 11.5 a 16.2%).

Factores de riesgo

Además de los daños a la salud, la ENSANUT 2006 tuvo como objetivo prioritario conocer el nivel de riesgo que tiene la población adulta de presentar enfermedades crónicas. Uno de los principales factores de riesgo asociados con el perfil epidemiológico actual del país es el problema creciente de sobrepeso y obesidad en las distintas etapas de la vida, el cual se aborda con detalle en el capítulo Nutrición de este mismo reporte. En este capítulo nos enfocamos en otros dos factores de riesgo altamente relevantes en nuestro país: tabaquismo y consumo de alcohol. Al igual que la obesidad, estos factores de riesgo se asocian de forma importante con daños a la salud como cáncer y enfermedad cardiovascular en el caso de tabaco; y accidentes, violencia y hepatopatía crónica en el caso del consumo de alcohol. Otros factores de riesgo como sedentarismo y hábitos dietéticos poco saludables también fueron abordados en la ENSANUT 2006, sin embargo su análisis final-que incluye la transformación de variables primarias-será materia de reportes subsecuentes.

De las respuestas sobre tabaquismo incluidas en la ENSANUT 2006, se estimó que 19.6% de los adultos de 20 años o más de Baja California fumaban al momento de la encuesta y habían fumado más de 100 cigarros en su vida como para considerarlos fumadores (cuadro 4.3). Al compararlo con el estimado nacional, el estado se ubica en el lugar número 12 ligeramente arriba de la media nacional (figura 4.8). Esta proporción fue casi tres veces mayor en hombres que en mujeres (29.3 vs. 11.8%), diferencia que se conservó en todos los grupo de edad. Si a esta proporción de fumadores actuales se le agrega 18.2% de adultos (24.2% hombres, 13.5% mujeres) que habiendo fumado más de 100 cigarros a lo largo de su vida, al momento de la encuesta ya se consideraban ex fumadores, se estima que 25.3% de las mujeres y 53.5% de los hombres adultos de Baja California se han expuesto activamente al humo de tabaco, lo que representa aproximadamente 600 000 adultos en riesgo importante para cáncer, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades crónicas asociadas con el tabaco. Comparando la prevalencia de fumadores actuales detectados en esta encuesta con lo detectado en la ENSA 2000, podemos decir que al

■ Cuadro 4.3

Consumo de tabaco en adultos, según grupos de edad y sexo. Baja California, México

	Fumador actual				Ex fumador				Nunca ha fumado			
	N*	%	IC95%		N*	%	IC95%		N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.
20-39 años												
Hombre	125.6	30.1	24.9	35.9	61.0	14.6	10.5	19.9	230.7	55.3	48.6	61.8
Mujer	56.9	10.8	7.0	16.4	52.0	9.9	7.2	13.3	417.8	79.3	72.7	84.7
Total	182.5	19.3	16.1	23.1	113.0	12.0	9.7	14.7	648.5	68.7	64.4	72.7
40-59 años												
Hombre	66.6	28.8	21.3	37.7	83.5	36.1	27.7	45.4	81.3	35.1	27.9	43.1
Mujer	48.9	17.4	12.9	23.2	39.3	14.0	9.1	21.0	192.2	68.5	59.3	76.6
Total	115.6	22.6	19.2	26.4	122.8	24.0	18.1	31.0	273.5	53.4	46.3	60.5
60 años o más												
Hombre	20.5	26.7	15.5	41.9	31.2	40.5	25.5	57.6	25.2	32.8	22.5	45.0
Mujer	2.5	2.3	0.5	9.3	32.4	29.6	17.3	45.8	74.5	68.1	52.2	80.7
Total	23.0	12.3	6.7	21.6	63.6	34.1	24.5	45.3	99.7	53.5	44.5	62.3
Totales												
Hombre	212.7	29.3	25.5	33.4	175.7	24.2	19.8	29.3	337.3	46.5	41.5	51.6
Mujer	108.3	11.8	9.2	15.1	123.7	13.5	10.7	16.9	684.5	74.7	69.8	79.0
Totales	321.1	19.6	17.4	21.9	299.4	18.2	15.5	21.3	1021.8	62.2	58.7	65.6

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 20006. Cuestionario de Adultos. México

igual que lo observado en el ámbito nacional, ha habido un decremento de 20% siendo éste mayor en las mujeres (19.7%).

En cuanto al consumo de alcohol también se encontraron grandes diferencias entre hombres y mujeres (cuadro 4.4). Mientras 77.8% de las mujeres de 20 años o más se consideraban abstemias al momento de la encuesta (nunca había tomado o actualmente no tomaba), esta proporción sólo fue de 50% en el caso de los hombres. Por otro lado, 19.1% de los adultos de Baja California (33.3% hombres, 8% de las mujeres) reportó haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez en el mes previo a la encuesta, lo que se ha definido como evento de intoxicación con alcohol y refleja un hábito alcohólico intenso. Este indicador ubica a Baja California en el lugar 7 arriba de la media nacional (figura 4.9).

Salud reproductiva

La reducción de morbilidad materna ha sido una de las prioridades de los programas nacionales de salud en las últimas décadas, logrando importantes avances. La planificación familiar y la atención del embarazo y parto han sido algunas de las acciones prioritarias

Figura 4.8
Tabaquismo actual. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

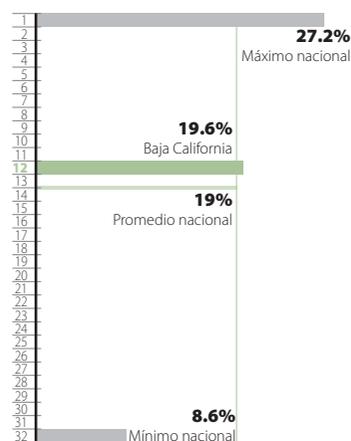


Figura 4.9

Al menos una intoxicación con bebidas alcohólicas en el último mes. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Cuadro 4.4**

Consumo de alcohol en adultos. Baja California, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Nunca ha tomado				
Hombres	116.8	16.1	12.9	19.9
Mujeres	483.7	52.8	47.2	58.3
Total	600.5	36.6	33.1	40.2
Actualmente no toma				
Hombres	246.0	33.9	28.2	40.1
Mujeres	228.8	25.0	20.9	29.5
Total	474.8	28.9	25.3	32.9
Toma, no se intoxicó con alcohol en el último mes				
Hombres	116.1	16.0	12.4	20.5
Mujeres	130.0	14.2	10.8	18.3
Total	246.2	15.0	12.2	18.3
Toma, se intoxicó con alcohol al menos una vez en el último mes				
Hombres	241.4	33.3	28.0	39.0
Mujeres	72.9	8.0	5.2	12.0
Total	314.3	19.1	16.3	22.4
No especificado				
Hombres	5.4	0.8	0.3	2.0
Mujeres	1.1	0.1	0.0	0.9
Total	6.5	0.4	0.2	0.9
Total	1642.3	100.0		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

rias al respecto, y son los aspectos en los que se enfoca este reporte.

De los adultos entre 20 y 49 años de edad de Baja California que reportaron tener vida sexual activa, 49.3% dijo estar usando algún método de planificación familiar (cuadro 4.5). Al compararlo con lo encontrado en el ámbito nacional, Baja California se ubica en el lugar 5 (figura 4.10). Este hallazgo representa un ligero aumento en la utilización de métodos de planificación familiar con respecto a lo reportado en la ENSA 2000, donde Baja California notificó 46.7% de utilización. El grupo de edad con mayor tendencia a la utilización de planificación familiar es el de 30 a 39 años donde 57.1% reportó usar algún método. Para todos los grupos de edad, las mujeres reportaron mayor utilización que los hombres. El método más utilizado fue la operación permanente femenina (oclusión tubaria bilateral) con 41% seguido del uso del condón con 18% y los anticonceptivos orales con 16.1%.

En el ámbito estatal, las mujeres de entre 20 y 49 años de edad que reportaron haber tenido al menos un hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta, recibieron atención prenatal por parte de personal de salud en 94.7 por ciento. La primera revisión de estas mujeres ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en el 86.8% de los casos. El parto se resolvió en 52.8% de los casos por

■ Cuadro 4.5

Adultos de 20 a 49 años según uso actual de algún método de planificación familiar: Baja California, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Grupos de edad				
20-29				
Hombre	66.7	31.5	23.3	40.9
Mujer	109.5	69.8	60.9	77.4
Total	176.1	47.8	40.8	54.9
30-39				
Hombre	106.4	51.8	43.7	59.8
Mujer	160.3	61.3	52.8	69.1
Total	266.7	57.1	50.3	63.7
40-49				
Hombre	58.4	37.3	28.4	47.1
Mujer	70.3	42.0	32.3	52.3
Total	128.7	39.7	33.5	46.2
Totales				
Hombre	231.5	40.3	35.9	44.9
Mujer	340.1	58.0	52.6	63.3
Total	571.6	49.3	45.2	53.3

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

cesárea, 23.6% por cesárea de urgencia y 29.2% programada (cuadro 4.6). Este mismo indicador en el país fue de 37.9%; Baja California ocupó el lugar número 1, es decir es el estado con mayor proporción de cesáreas (figura 4.1). En cuanto a instituciones, 38.8% se atendió en el medio privado, seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la SSA-Seguro Popular con 36.2 y 15.1%, respectivamente. En el ámbito estatal, la institución con el mayor porcentaje de cesáreas fue el medio privado con 66% de los partos, seguida por el ISSSTE, con 55.3%. En comparación con lo encontrado en la ENSA 2000, el porcentaje de cesáreas en Baja California aumentó 51.3% (34.9 a 52.8%). Por último, 98.1% de los partos fueron atendidos por un médico y sólo 0.9% por partera, lo que está debajo de la media nacional de 4.9 por ciento.

Conclusiones

Semejante a lo observado en el país, Baja California presenta incrementos importantes en el uso de los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para Baja California, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (36.8 vs. 28.7%) y de cáncer de mama (17.9 vs. 10.6%),

Figura 4.10
Uso de algún método anticonceptivo.
Adultos de 20 a 49 años.
México, ENSANUT 2006

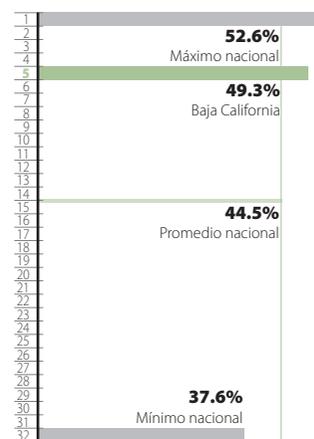


Figura 4.11
Último hijo nacido vivo por cesárea cinco años previos a la entrevista. Mujeres de 20 a 49 años. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 4.6

Distribución porcentual de las mujeres de 20 a 49 años, cuyo último hijo nació vivo cinco años previos a la entrevista, según lugar de atención y tipo de parto. Baja California, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
IMSS				
Parto vaginal	46.1	56.8	44.1	68.8
Cesárea por urgencia	18.3	22.5	12.4	37.4
Cesárea programada	16.7	20.6	11.2	34.9
Total	81.2	100.0		
SSA/Seguro Popular				
Parto vaginal	17.7	52.2	27.0	76.4
Cesárea por urgencia	11.5	34.0	17.1	56.2
Cesárea programada	4.7	13.8	4.1	37.6
Total	33.8	100.0		
ISSSTE. ISSSTE estatal				
Parto vaginal	3.1	44.7	12.3	82.4
Cesárea por urgencia	0.0			
Cesárea programada	3.9	55.3	17.6	87.7
Total	7.0	100.0		
Privado				
Parto vaginal	29.6	34.0	22.6	47.7
Cesárea por urgencia	20.7	23.8	12.9	39.6
Cesárea programada	36.8	42.2	27.6	58.4
Total	87.0	100.0		
Otro lugar**				
Parto vaginal	9.2	61.3	28.6	86.3
Cesárea por urgencia	2.5	16.4	3.3	52.9
Cesárea programada	3.3	22.3	4.9	61.5
Total	15.0	100.0		
Total				
Parto vaginal	105.8	47.2	37.3	57.4
Cesárea por urgencia	52.9	23.6	16.4	32.9
Cesárea programada	65.4	29.2	20.8	39.2
Total	224.1	100.0		

* Frecuencia en miles

** Incluye PEMEX, SEMAR, SEDENA, casa de la partera, de la entrevistada, DIF, INI, Hospital Civil, Cruz Roja y otro lugar

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

lo que representó incrementos de 28.2 y 68.9%, respectivamente.

Este incremento fue aún mayor para las pruebas de detección de diabetes mellitus (21.4 vs. 12%) e hipertensión arterial (19.5 vs. 14%), lo que representó incrementos de 78 y 39.1% respectivamente.

La prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más en Baja California fue de 8.7, 20.4 y 16.2%, respectivamente.

El 19.6% de los adultos de 20 años o más de Baja California son fumadores y 19.1% reportó haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez durante el mes previo a la entrevista.

Aspectos relevantes

- El uso de servicios preventivos para la detección de cáncer cervicouterino entre las mujeres de Baja California se encuentra ligeramente arriba de la media nacional.
- Dos puntos porcentuales arriba de la media nacional se encuentra la realización de mastografías en mujeres adultas para la detección de cáncer de mama.
- La detección de diabetes mellitus en adultos en Baja California se encuentra prácticamente igual a la media nacional.
- La detección de hipertensión arterial en adultos en Baja California ocupa el 19 sitio nacional.
- Las prevalencias de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en Baja California, se encuentran muy por arriba del promedio nacional, ocupando el tercer sitio nacional.
- El estado de Baja California ocupa el primer sitio a nivel nacional en las prevalencias de hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo.
- La prevalencia de tabaquismo actual en adultos residentes de Baja California es ligeramente superior a la media nacional.
- La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en Baja California se encuentra arriba del promedio nacional.
- Baja California se ubica con una proporción mayor al promedio nacional en el uso de métodos de planificación familiar.
- La proporción de cesáreas es mayor a la presentada en el ámbito nacional.

Referencias

1. Rojas R, Palma O, Quintana I. Adultos. En Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
2. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P *et al.* Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. 2003. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
3. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

2.

Nutrición

Estado nutricional

La desnutrición, especialmente durante la gestación y los primeros dos o tres años de vida, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y afecta el crecimiento y el desarrollo mental, lo que se manifiesta mediante la disminución en el desempeño escolar y en el rendimiento intelectual a lo largo de la vida. Además, la desnutrición durante la gestación y el primer año de vida aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta.¹ La obesidad es un grave problema de salud pública, resultante de la ingestión de dietas con alta densidad energética y bajas en fibra, y al elevado consumo de bebidas con aporte energético, en combinación con una escasa actividad física. Esta última se ha asociado con la urbanización, el crecimiento económico, los cambios en la tecnología para la producción de bienes y servicios así como con los actuales estilos de recreación.²

Las alteraciones en el equilibrio entre la ingestión de energía y el gasto energético resultan tanto en desnutrición como en sobrepeso u obesidad. Todas estas condiciones tienen efectos adversos en la salud, dependiendo del tipo de mala nutrición y de la etapa de vida en que se presenten.

En el ámbito poblacional, México cuenta con información de dos Encuestas Nacionales de Nutrición (1988 y 1999),^{3,4} y con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006),⁵ las cuales describen la polarización epidemiológica que actualmente vive nuestro país: por un lado altas cifras de desnutrición y anemia y, por el otro, aumentos sin precedentes en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en niños en edad escolar, adolescentes y adultos.

Los resultados más relevantes de la ENSANUT 2006, a escala nacional, demostraron que, en los últimos 18 años, la desnutrición aguda o emaciación (puntaje *z* de peso para la talla < -2 , de acuerdo con el patrón de referencia OMS/NCHS/CDC) en niños menores de cinco años ha disminuido 4.4 puntos porcentuales o 73% (de 6% en 1988 a 1.6% en 2006), la baja talla (puntaje *z* de talla para la edad < -2 , con el mismo patrón de referencia) disminuyó 10.1 puntos porcentuales o 44% (de 22.8% en 1988 a 12.7% en 2006) y el

bajo peso (puntaje z de peso para la edad < -2 , OMS/NCHS/CDC) aminoró 9.2 puntos porcentuales o 64% (de 14.2% en 1988 a 5% en 2006).

En contraste, desde la infancia se están presentando altas cifras de sobrepeso y obesidad. De acuerdo con la distribución del índice de masa corporal ($IMC = kg/m^2$) para la edad, 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presentan exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso más obesidad. En las personas mayores de 20 años, las prevalencias de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) se han incrementado de manera alarmante; actualmente, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos tienen exceso de peso.

El propósito de este capítulo es dar a conocer los resultados del análisis de estado nutricional de la población preescolar, escolar, adolescente y adulta en Baja California y su distribución por tipo de localidad de residencia: urbana o rural.

Metodología

Durante la recolección de datos para la ENSANUT 2006 se obtuvieron mediciones de peso y talla (longitud en niños menores de dos años) de preescolares, escolares, adolescentes y adultos; adicionalmente, en personas mayores de 20 años se determinó la circunferencia de cintura. Las mediciones antropométricas fueron realizadas por personal capacitado y estandarizado según procedimientos y protocolos convencionales.^{6,7}

La talla o estatura se midió con estadímetros marca Dynatop con capacidad de 2 m y con una precisión de 1 mm. Para la medición de la longitud en los niños pequeños (menores de dos años) se utilizaron infantómetros portátiles de construcción local con igual precisión. El peso corporal se midió utilizando balanzas electrónicas marca Tanita, con una precisión de 100 g y capacidad de 150 kg; por último, para la medición de circunferencia de cintura se utilizaron cintas métricas marca Gulick, con capacidad de hasta 1.5 m y precisión de 1 mm.

Preescolares y escolares

El estado nutricional se evaluó mediante índices antropométricos contruidos a partir de las mediciones de peso, talla o estatura y edad.⁸ Los tres indicadores utilizados en preescolares fueron el peso esperado para la edad, el peso esperado para la talla y la talla esperada para la edad; este último también se utilizó para el análisis de la población escolar y adolescente. Se utilizó la referencia de crecimiento de la OMS/NCHS/CDC (National Center for Health Statistics/Centers for Disease Control), la cual se basa en una población de niños sanos

y bien alimentados de Estados Unidos⁹ para construir los indicadores antropométricos.*

Se clasificó con baja talla a los niños que tenían una talla esperada para la edad abajo de -2 desviaciones estándar (puntaje $z < -2$) de la media de población de referencia internacional antes mencionada. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a periodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad y a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas; a este retardo en el crecimiento lineal se le conoce también como desnutrición crónica o desmedro. Cuando el peso esperado para la talla o el peso esperado para la edad se ubican abajo de -2 desviaciones estándar (unidades z) de la referencia internacional, se clasifica al niño con emaciación o con bajo peso, respectivamente. La emaciación es un indicador de desnutrición aguda. El bajo peso es un indicador mixto, influido tanto por el desmedro como por la emaciación. Para todos los indicadores antropométricos de desnutrición utilizados se esperaría encontrar alrededor de 2.5% de niños abajo de -2 desviaciones estándar en una población bien nutrida, por lo que prevalencias menores a este porcentaje no se consideran problemas de salud pública.⁸

Para los preescolares, se clasificó con sobrepeso a aquellos niños que presentaron puntaje z de peso para la talla arriba de dos desviaciones estándar de la OMS/NCHS/CDC.

Los datos que se consideraron como válidos para el indicador talla para la edad fueron aquellos entre -5.5 y 3.0 puntos z ; para peso para la edad, aquellos entre -5.0 y 5.0 puntos z ; y para peso para la talla, aquellos entre -4.2 y 5.0 puntos z , respecto de la media de la población de referencia. Se eliminó del análisis la información de individuos con datos incompletos en peso o talla. En el caso de la población preescolar, cuando el puntaje z de alguno de los indicadores se ubicó fuera del intervalo de valores válidos, se eliminó toda la serie de puntajes z de dicho individuo.

En la población escolar se calculó, además, el índice de masa corporal ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Este índice es útil para clasificar escolares con sobrepeso u obesidad. Para la clasificación de niños en diversas categorías de estado nutricional se utilizaron las distribuciones de IMC y los criterios propuestos por el International Obesity Task Force (IOTF).¹⁰ Dicho sistema de clasificación emplea valores específicos para edad y sexo, basados en una población internacional de referencia, la cual incluye datos de diversos países. El sistema identifica

* En 2006 la OMS publicó las nuevas normas de crecimiento, las cuales se basan en niños alimentados al seno materno de acuerdo con las recomendaciones de la propia OMS; se optó, sin embargo, por utilizar las normas de la OMS/NCHS/CDC en su versión anterior, en esta publicación, por razones de comparabilidad con los resultados publicados por el INSP para el ámbito nacional. En futuras publicaciones se utilizarán las nuevas referencias.

puntos de corte de IMC específicos para cada edad y sexo, correspondientes a una trayectoria que confluye, a los 18 años de edad, con los valores de IMC de los adultos. Es decir, los puntos de corte específicos para cada edad o sexo en menores de 18 años equivalen a los puntos de corte específicos de IMC empleados en la edad adulta: 25, como valor inferior de la categoría de sobrepeso y 30, como valor inferior de la categoría de obesidad, lo que permite clasificar a los menores de 18 años en las categorías que se utilizan desde hace muchos años en los adultos.

Se consideraron como datos válidos todos los valores de IMC que estuvieran entre 10 y 38 kg/m², y se excluyeron del análisis aquellos que estuvieran fuera de estos límites.

Adolescentes

El estado nutricional de la población de 12 a 19 años se evaluó mediante el cálculo del puntaje z de talla para la edad, con el fin de estimar la prevalencia de baja talla, definida como las tallas abajo de -2 unidades z, de la población de referencia OMS/NCHS/CDC. Cabe aclarar que debido a que esta referencia incluye únicamente a personas menores de 18 años, no fue posible estimar prevalencias de baja talla en adolescentes de 18 y 19 años de edad. También se evaluó la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) de los adolescentes mediante el cálculo del IMC considerando la distribución y puntos de corte propuestos por el IOTF.¹⁰

Se consideraron como datos válidos de talla para la edad aquellos que se encontraron entre -5.5 y 3.0 unidades z, y para el IMC, los datos entre 10 y 58 kg/m². Se eliminaron los datos que estuvieron fuera de los intervalos válidos para ambos indicadores.

Adultos

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años se realizó mediante dos indicadores: el IMC, descrito antes para niños y adolescentes, y la circunferencia de cintura. La clasificación basada en el IMC utilizó como puntos de corte los propuestos por la OMS:¹¹ desnutrición (<18.5 kg/m²), estado nutricional adecuado (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²). Se incluyeron como datos válidos todos aquellos valores de IMC entre 10 y 58 kg/m². Se consideraron como valores válidos de talla los datos comprendidos entre 130 y 200 cm. Se excluyeron del análisis los datos de IMC cuando la talla fue menor de 130 cm. Para el análisis de la circunferencia de cintura se empleó el criterio propuesto por la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés),¹² que considera como obesidad abdominal una circunferencia de cintura >80 cm en mujeres y >90 cm en hombres. Se consideraron como datos válidos para cintura aquellos que estuvieron entre 50 y 180 cm.

Resultados

Preescolares

En el ámbito nacional, se analizó la información de 7 722 menores de cinco años de edad, que al aplicar los factores de expansión representan 9 442 934 niños en todo el país. Del total de evaluados, 5% se clasificó con bajo peso (puntaje z de peso para la edad por debajo de -2) (poco más de 472 mil niños); 12.7% con baja talla o desmedro (puntaje z de talla para la edad abajo de -2) (alrededor de 1 194 805 niños) y 1.6% con emaciación (puntaje z de peso para la talla abajo de -2) (representativos de 153 mil niños). En contraste, 5.3% de estos niños (cerca de 500 mil) presentaron sobrepeso (determinado por el indicador peso para la talla arriba de 2 z).⁵

Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños estudiada representa poco más de 269 mil menores de cinco años de edad; alrededor de 232 mil niños se ubicaron en localidades de residencia urbanas y cerca de 38 mil en localidades rurales. Del total de niños preescolares evaluados en el estado, 2.1% presentó bajo peso, 5.4% tuvo baja talla o desmedro y 3.2% presentó emaciación. La distribución por el tipo de localidad de residencia indica que en las localidades urbanas la prevalencia de baja talla o desmedro es de 6.3%, siendo éste el indicador más prevalente. Para las localidades rurales la emaciación (14.9%) es mayor en comparación con los niños que habitan en localidades de residencia urbana (1.3%) (cuadro 5.1).

En las figuras 5.1 a 5.3 se muestra la ubicación estatal de la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación en población infantil,

■ Cuadro 5.1

Distribución de puntuación z en población menor de cinco años. Baja California, México

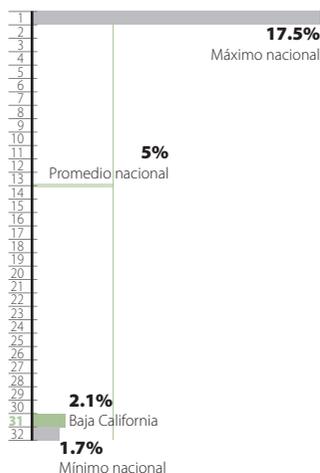
Indicador	<-2z			>=-2z, <=2z			>2z			Total	
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión	
	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%
Estatal											
Peso / Edad	5.7	2.1	(0.4,10.9)	254.2	94.3	(88.0,97.4)	9.7	3.6	(1.6,7.7)	269.6	100
Talla / Edad	14.5	5.4	(1.9,14.3)	238.1	88.3	(80.7,93.2)	17.0	6.3	(3.2,12.1)	269.6	100
Peso / Talla	8.6	3.2	(1.0,9.6)	256.8	95.2	(89.7,97.9)	4.2	1.6	(0.5,4.5)	269.6	100
Localidades urbanas											
Peso / Edad	5.7	2.5	(0.4,12.5)	217.0	93.7	(86.4,97.2)	9.0	3.9	(1.7,8.7)	231.7	100
Talla / Edad	14.5	6.3	(2.2,16.2)	205.2	88.5	(80.4,93.6)	12.1	5.2	(2.7,9.9)	231.7	100
Peso / Talla	3.0	1.3	(0.3,5.2)	224.6	96.9	(93.1,98.6)	4.2	1.8	(0.6,5.2)	231.7	100
Localidades rurales											
Peso / Edad	-	-	-	37.2	98.2	**	0.7	1.8	**	37.8	100
Talla / Edad	-	-	-	32.9	87.0	**	4.9	13.0	**	37.8	100
Peso / Talla	5.6	14.9	**	32.2	85.1	**	-	-	-	37.8	100

** El tamaño de la muestra fue insuficiente para realizar la estimación

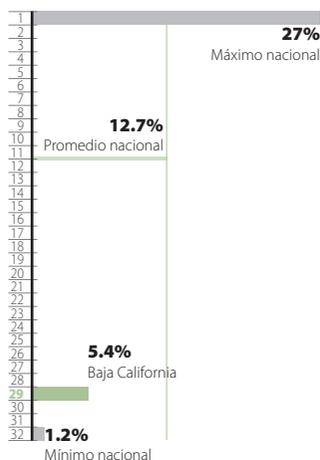
Fuente: ENSANUT 2006. México

Figura 5.1

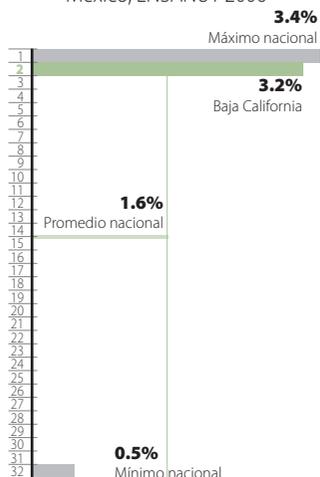
Prevalencia estatal de bajo peso (ZPE<-2) en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 5.2**

Prevalencia estatal de baja talla (ZTE<-2) en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 5.3**

Prevalencia estatal de emaciación (ZPT<-2) en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006



con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país.

Se puede observar que para la prevalencia de bajo peso y baja talla, la entidad se ubica por debajo del promedio nacional, al contrario de la prevalencia de emaciación, que se ubica arriba del promedio nacional.

Por otro lado, la prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en menos de 2% (cuadro 5.1).

Escolares

En el ámbito nacional, se analizó la información de 15 111 niños de 5 a 11 años, que al aplicar los factores de expansión representan a 15 815 600 escolares en todo el país. La prevalencia de baja talla o historia de desmedro en este grupo de población fue 10.4% para niños y 9.5% para niñas. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad fue de alrededor de 26% para los dos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños, lo que representa alrededor de 4 158 800 escolares con exceso de peso en México.⁵

Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños en Baja California se conforma con poco más de 435 mil escolares representativos del estado. La prevalencia de baja talla en el ámbito estatal se ubicó en 4.6%, siendo mayor para los hombres (7.5%) que para las mujeres (1.7 por ciento). La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad se ubicó en alrededor de 35% en el ámbito estatal, con diferencia entre géneros (41.7% hombres y 29.4% mujeres). Sin diferencia entre géneros, la prevalencia de sobrepeso es mayor a la prevalencia de obesidad.

La distribución de acuerdo con el tipo de localidad de residencia mostró que casi 5% de los escolares de localidades urbanas de la entidad tiene talla baja en comparación con los de las localidades rurales (1.3 por ciento). En contraste, la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad, en ambos tipos de localidad de residencia es muy similar a la cifra estatal (35 por ciento). Con respecto a la prevalencia de obesidad, los hombres mantienen porcentajes mayores en comparación con las cifras encontradas en las mujeres (cuadro 5.2).

En las figuras 5.4 y 5.5 se presenta la ubicación de la prevalencia estatal de baja talla y de sobrepeso más obesidad en la población escolar, con respecto a la media nacional y los valores máximos y mínimos encontrados en el país. En el estado, la prevalencia de baja talla en escolares se ubica abajo de la media nacional. En contraste, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor al promedio nacional, cerca del valor máximo encontrado en todo el país.

Adolescentes

La ENSANUT 2006 analizó la información de 14 578 adolescentes (12 a 19 años de edad), que al aplicar los factores de expansión

■ Cuadro 5.2

Prevalencia de baja talla (ZTE <-2), sobrepeso y obesidad en la población de 5-11 años. Baja California, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Total (miles)	Presentan la condición			Total (miles)	Presentan la condición			Total (miles)	Presentan la condición		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Estatal												
Baja talla (<-2 ZTE)	214.1	16.1	7.5	(4.1,13.5)	218.6	3.7	1.7	(0.7,4.2)	432.6	19.8	4.6	(2.7,7.8)
Sobrepeso	214.8	48.8	22.7	(16.5,30.5)	220.8	50.2	22.7	(16.6,30.3)	435.6	99.0	22.7	(18.4,27.8)
Obesidad	214.8	40.8	19.0	(12.5,27.8)	220.8	14.7	6.7	(3.4,12.7)	435.6	55.6	12.8	(9.0,17.7)
Sobrepeso+obesidad	214.8	89.7	41.7	(33.3,50.8)	220.8	64.9	29.4	(22.0,38.0)	435.6	154.6	35.5	(29.8,41.6)
Localidades urbanas												
Baja talla (<-2 ZTE)	190.1	16.1	8.5	(4.7,14.9)	201.4	3.2	1.6	(0.6,4.3)	391.6	19.3	4.9	(2.8,8.4)
Sobrepeso	190.8	43.6	22.9	(16.2,31.2)	203.7	45.7	22.4	(16.1,30.3)	394.5	89.3	22.6	(17.9,28.2)
Obesidad	190.8	37.1	19.5	(12.4,29.2)	203.7	14.0	6.9	(3.4,13.5)	394.5	51.1	13.0	(8.9,18.4)
Sobrepeso+obesidad	190.8	80.8	42.3	(33.6,51.5)	203.7	59.7	29.3	(21.7,38.2)	394.5	140.5	35.6	(29.5,42.3)
Localidades rurales												
Baja talla (<-2 ZTE)	24.0	-	-	-	17.1	0.5	3.2	**	41.1	0.5	1.3	**
Sobrepeso	24.0	5.2	21.8	**	17.1	4.4	25.9	**	41.1	9.7	23.5	**
Obesidad	24.0	3.7	15.4	**	17.1	0.7	4.3	**	41.1	4.4	10.8	**
Sobrepeso+obesidad	24.0	8.9	37.2	**	17.1	5.2	30.2	**	41.1	14.1	34.3	**

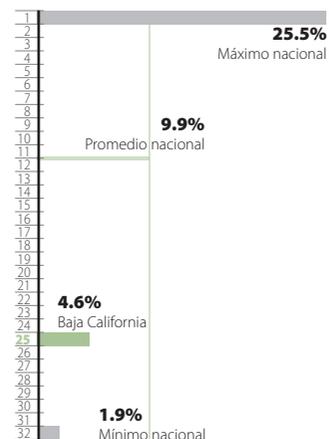
** El tamaño de la muestra fue insuficiente para realizar la estimación
Fuente: ENSANUT 2006. México

representaron a 18 465 136 adolescentes. La prevalencia nacional de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años fue de 12.3 por ciento. Se encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes (hombres o mujeres) presentan exceso de peso, lo que representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país.⁵

En la entidad, de una muestra cuya expansión representa cerca de 444 mil adolescentes, 6.6% presentó baja talla y 34% exceso de peso. Para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue de 33.5% (28.1% para hombres y 37.9% para mujeres) en comparación con 44.7% reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 53.8% para hombres y 28.5% para mujeres (cuadro 5.3).

En la figura 5.6 se presenta la ubicación de la prevalencia estatal de sobrepeso más obesidad en la población de adolescentes, con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país. Se puede observar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes del estado es mayor a la observada en el país.

Figura 5.4
Prevalencia estatal de baja talla (ZTE<-2) en población de 5 a 11 años. México, ENSANUT 2006



Adultos

Se analizó la información de 33 624 hombres y mujeres mayores de 20 años de edad, que al aplicar los factores de expansión representan

■ Cuadro 5.3

Prevalencia de baja talla (ZTE<-2), sobrepeso y obesidad en la población de 12-19 años. Baja California, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%
	Estatal											
Baja talla (<-2 ZTE)	177.2	19.1	10.8	(5.4,20.4)	174.0	4.0	2.3	(0.5,10.3)	351.2	23.1	6.6	(3.2,13.1)
Sobrepeso	206.2	40.9	19.9	(13.0,29.0)	237.7	63.2	26.6	(19.5,35.2)	443.9	104.2	23.5	(18.5,29.3)
Obesidad	206.2	20.7	10.0	(5.7,17.0)	237.7	26.1	11.0	(6.7,17.6)	443.9	46.8	10.5	(7.5,14.6)
Sobrepeso+obesidad	206.2	61.6	29.9	(22.4,38.6)	237.7	89.4	37.6	(28.7,47.4)	443.9	151.0	34.0	(28.4,40.1)
	Localidades urbanas											
Baja talla (<-2 ZTE)	163.2	16.1	9.9	(4.7,19.7)	170.2	4.0	2.3	(0.5,10.5)	333.5	20.1	6.0	(2.7,12.8)
Sobrepeso	192.2	37.3	19.4	(12.5,28.9)	229.8	62.1	27.0	(19.6,35.9)	422.0	99.4	23.6	(18.4,29.6)
Obesidad	192.2	16.8	8.7	(4.9,15.0)	229.8	25.0	10.9	(6.5,17.8)	422.0	41.8	9.9	(7.0,13.9)
Sobrepeso+obesidad	192.2	54.1	28.1	(20.8,37.0)	229.8	87.1	37.9	(28.7,48.0)	422.0	141.2	33.5	(27.7,39.8)
	Localidades rurales											
Baja talla (<-2 ZTE)	14.0	3.0	21.3	**	3.8	-	-	-	17.7	3.0	16.8	**
Sobrepeso	14.0	3.6	25.8	**	7.9	1.2	14.6	**	21.9	4.8	21.8	**
Obesidad	14.0	3.9	28.0	**	7.9	1.1	14.0	**	21.9	5.0	22.9	**
Sobrepeso+obesidad	14.0	7.5	53.8	**	7.9	2.3	28.5	**	21.9	9.8	44.7	**

** El tamaño de la muestra fue insuficiente para realizar la estimación
Fuente: ENSANUT 2006. México

Figura 5.5
Prevalencia estatal de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en población de 5 a 11 años. México, ENSANUT 2006

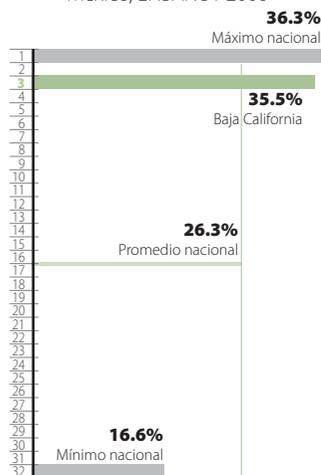
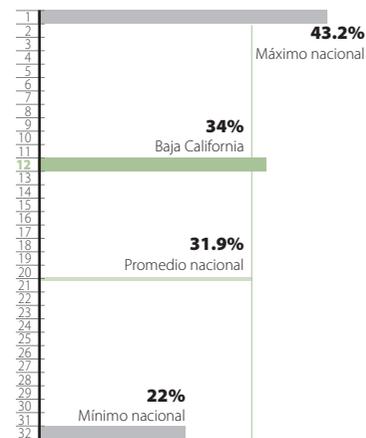


Figura 5.6
Prevalencia estatal de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en población de 12 a 19 años. México, ENSANUT 2006



a 58 942 777 adultos en todo el país. La prevalencia nacional de sobrepeso fue mayor en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2 por ciento). La suma de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los mayores de 20 años fue de 71.9% para las mujeres (alrededor de 24 910 507) y 66.7% de los hombres (alrededor de 16 231 820). La prevalencia de desnutrición (IMC<18.5) en los dos sexos fue menor a 2 por ciento.⁵

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en el estado fue de 67.9% en los adultos mayores de 20 años (64.5% para hombres y 70.5% para mujeres). Al desagregar por tipo de localidad de residencia, la prevalencia en las localidades rurales fue ligeramente mayor (68.5%), en comparación con las localidades urbanas (67.8 por ciento).

Aunado a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue de 78.5%, con una marcada diferencia entre sexos: 68.9% hombres y 85.4% mujeres. No hubo diferencia en la prevalencia de cintura para las localidades urbanas respecto a la cifra estatal, sin embargo, para las localidades rurales la prevalencia es de 83.7 por ciento.

La prevalencia de desnutrición en adultos se ubicó en menos de 2% en el ámbito estatal y para ambos tipos de localidad (cuadro 5.4).

En la figura 5.7 se presenta la ubicación de la prevalencia estatal de sobrepeso más obesidad en la población adulta, con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos del estado de la entidad se ubica ligeramente abajo del promedio nacional.

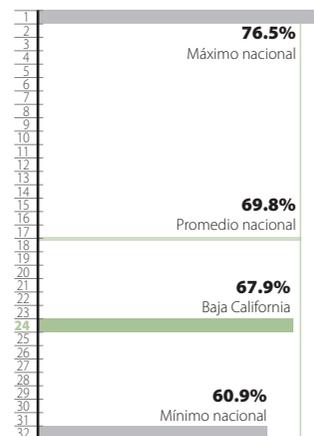
Conclusiones

La información presentada procede de una encuesta nacional probabilística, a partir de la cual es posible hacer inferencias tanto en el ámbito nacional como en el estatal, para los estratos urbanos y rurales, siendo ésta una de las mayores fortalezas de la ENSANUT 2006.

Los resultados mostraron que la prevalencia de baja talla en menores de cinco años es de menos de 6%, lo que ubica a Baja California como uno de los estados con menor prevalencia; sin embargo, todavía existen niños en zonas principalmente urbanas que requieren atención. Es importante implementar acciones para reducir dicha prevalencia al mínimo.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue elevada en los diversos grupos de edad. Poco más de un tercio de los niños en edad escolar, y de los adolescentes la presentan. En el caso de los adultos casi 7 de cada 10 presentan exceso de peso. Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de enfermedades crónicas, es urgente

Figura 5.7
Prevalencia estatal de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en población de 20 años o más. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 5.4

Distribución porcentual del IMC (OMS) en población adulta (mayor a 20 años). Baja California, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Presentan la condición				Presentan la condición				Presentan la condición			
	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%
Estatal												
Desnutrición	707.6	12.9	1.8	(0.8,4.2)	910.7	10.3	1.1	(0.2,5.0)	1618.3	23.2	1.4	(0.6,3.4)
Adecuado	707.6	238.6	33.7	(27.4,40.7)	910.7	258.3	28.4	(23.4,33.9)	1618.3	496.9	30.7	(26.9,34.8)
Sobrepeso	707.6	275.5	38.9	(31.6,46.7)	910.7	306.7	33.7	(28.4,39.4)	1618.3	582.1	36.0	(31.3,40.9)
Obesidad	707.6	180.6	25.5	(18.7,33.9)	910.7	335.5	36.8	(31.2,42.8)	1618.3	516.1	31.9	(27.7,36.4)
Sobrepeso+obesidad	707.6	456.1	64.5	(57.6,70.8)	910.7	642.1	70.5	(65.0,75.5)	1618.3	1098.2	67.9	(63.8,71.7)
Obesidad abdominal	639.1	440.2	68.9	(61.6,75.3)	894.4	763.4	85.4	(80.1,89.4)	1533.4	1203.6	78.5	(73.7,82.6)
Localidades urbanas												
Desnutrición	668.0	10.7	1.6	(0.6,4.1)	827.2	10.3	1.2	(0.3,5.4)	1495.2	21.0	1.4	(0.5,3.6)
Adecuado	668.0	221.2	33.1	(26.5,40.5)	827.2	239.0	28.9	(23.5,34.9)	1495.2	460.3	30.8	(26.7,35.2)
Sobrepeso	668.0	262.3	39.3	(31.6,47.4)	827.2	273.7	33.1	(27.8,38.9)	1495.2	536.0	35.8	(31.1,40.9)
Obesidad	668.0	173.7	26.0	(18.8,34.7)	827.2	304.2	36.8	(30.9,43.1)	1495.2	478.0	32.0	(27.6,36.7)
Sobrepeso+obesidad	668.0	436.0	65.3	(58.1,71.8)	827.2	577.9	69.9	(63.9,75.2)	1495.2	1013.9	67.8	(63.4,71.9)
Obesidad abdominal	599.5	415.7	69.3	(61.8,76.0)	811.2	685.2	84.5	(78.8,88.8)	1410.7	1100.9	78.0	(72.9,82.5)
Localidades rurales												
Desnutrición	39.6	2.2	5.6	**	83.5	-	-	-	123.1	2.2	1.8	**
Adecuado	39.6	17.3	43.7	**	83.5	19.3	23.1	**	123.1	36.6	29.7	**
Sobrepeso	39.6	13.2	33.3	**	83.5	33.0	39.5	**	123.1	46.2	37.5	**
Obesidad	39.6	6.9	17.3	**	83.5	31.2	37.4	**	123.1	38.1	31.0	**
Sobrepeso+obesidad	39.6	20.1	50.7	**	83.5	64.2	76.9	**	123.1	84.3	68.5	**
Obesidad abdominal	39.6	24.5	61.9	**	83.1	78.2	94.1	**	122.7	102.8	83.7	**

** El tamaño de la muestra fue insuficiente para realizar la estimación

Fuente: ENSANUT 2006. México

aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad en estos grupos de edad.

Aspectos relevantes

- En el estado de Baja California, cinco de cada 100 niños y niñas menores de cinco años de edad tienen baja talla.
- Poco más de una tercera parte de los niños en edad escolar y de los adolescentes presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad.
- Seis de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan exceso de peso ($IMC \geq 25$). Asimismo, 78% de la población mayor de 20 años tiene obesidad abdominal.

Referencias

1. Martorell R. Results and implications of the INCAP follow-up study. *J Nutr* 1995;125:1127S-1138S.
2. Popkin B. An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A): 93-103.
3. Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, González-de Cossio T, Hernández-Prado B, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.
4. Rivera J, Sepúlveda-Amor J. Conclusions from the Mexican National Nutrition Survey 1999: Translating results into nutrition policy. *Salud Publica Mex* 2003;45(S4):S565-S575.
5. Rivera-Dommarco J, Cuevas-Nasu L, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Ávila-Arcos MA, Jiménez-Aguilar A. Estado Nutricional. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:85-103.
6. Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, IL: Human Kinetics, 1988.
7. Habicht, JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno (Standardization of anthropometric methods in the field). *PAHO Bull* 1974;76:375-384.
8. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. WHO technical report series 845. Geneva: World Health Organization, 1995.
9. World Health Organization. Measuring change in nutritional status: Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programs. Geneva: World Health Organization, 1983.
10. Cole T, Bellizzi M. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1-6.
11. World Health Organization, Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 2000.
12. International Diabetes Federation. Worldwide definition of the metabolic syndrome [consultado julio 23, 2007]. Disponible en: http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf.

La anemia es un problema mundial de salud pública que afecta principalmente a niños preescolares y a mujeres en edad fértil. En la mayoría de los casos, es causada por deficiencia de hierro, aunque en una proporción menor se produce por deficiencia de otros micronutrientes como el folato o las vitaminas A y B12.¹ Durante los primeros años de vida, la anemia tiene efectos adversos sobre el desarrollo mental, y cuando se presenta en años posteriores disminuye el rendimiento escolar.

México cuenta con información de dos Encuestas Nacionales de Nutrición (1988 y 1999), que ponen de manifiesto la magnitud de la prevalencia de anemia, su distribución geográfica y estratos de edad. Actualmente, con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), se pudo constatar que la anemia disminuyó de 1999 a 2006 15.6% (4.3 puntos porcentuales), es decir, pasó de 28 a 23.7 por ciento. También se observaron disminuciones en la prevalencia de anemia en los escolares, las mujeres adolescentes y mujeres en edad reproductiva.² Cabe destacar que en la ENSANUT 2006, por primera ocasión se cuenta con información probabilística respecto a las prevalencias de anemia en jóvenes y adultos del sexo masculino, grupos no estudiados en encuestas previas.

El propósito de este capítulo es describir la prevalencia y la distribución de la anemia en la población preescolar, escolar, adolescente y adulta en el estado de Baja California, así como su distribución por tipo de localidad de residencia: urbana o rural.

Metodología

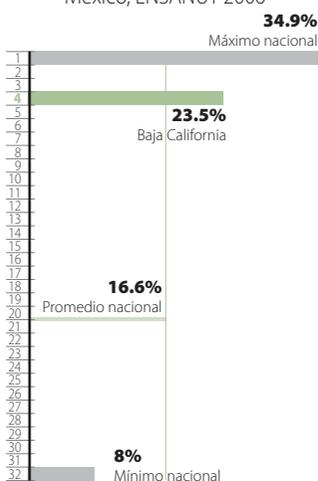
La concentración de hemoglobina fue medida en una muestra de sangre capilar, utilizando un fotómetro portátil marca Hemocue. Se eliminaron los valores menores de 40.0 y mayores de 185.0 g/l observados en niños de 0.5 a 12 años y de mujeres de 12 a 49 años por considerarlos no plausibles. En hombres mayores de 12 años se eliminaron los valores menores de 40.0 y mayores de 200.0 g/l por la misma razón.

Figura 6.1

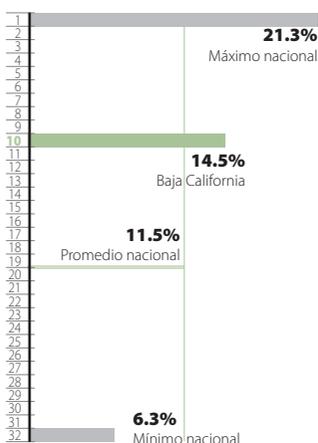
Prevalencia estatal de anemia en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 6.2**

Prevalencia estatal de anemia en población de 5 a 11 años. México, ENSANUT 2006

**Figura 6.3**

Prevalencia estatal de anemia en la población de 12 a 19 años. México, ENSANUT 2006

**Cuadro 6.1**

Puntos de corte utilizados para el diagnóstico de anemia, de acuerdo con el sexo y grupo de edad. Baja California, México

Grupo de población	Grupo de edad	Punto de corte para diagnóstico de anemia (g/l)
Preescolares (ambos sexos)	6 a 11 meses	<95.0
	12 a 59 meses	<110.0
Escolares (ambos sexos)	5 años	<110.0
	6 a 11 años	<120.0
Mujeres en edad reproductiva (no embarazadas)	12 a 49 años	<120.0
Hombres	12 a 14 años	<120.0
	15 o más	<130.0
Mujeres adultas	50 años o más	<120.0

Fuente: ENSANUT 2006. México

Los valores de corte utilizados para clasificar anemia son los propuestos por la OMS³ y se muestran en el cuadro 6.1.

Los puntos de corte se ajustaron de acuerdo con la altura sobre el nivel del mar de la población de residencia de cada sujeto. El ajuste por altura sobre el nivel del mar para los datos de hemoglobina de niños preescolares, escolares y mujeres en edad reproductiva se hizo mediante la ecuación de Ruiz-Argüelles.⁴ Para los hombres mayores de 12 años y mujeres mayores de 49 se utilizó la ecuación propuesta por Cohen y Hass.⁵ No se realizó ningún ajuste en los datos correspondientes a localidades situadas a 1 000 metros o menos sobre el nivel del mar.

Resultados

Preescolares

La prevalencia estatal de anemia observada en el grupo de niños de 1 a 5 años de edad fue de 36.6 por ciento. Dicha prevalencia se expande a 82 826 niños de 1 a 5 años que padecen anemia. Esta prevalencia representa la cifra más alta en todo el territorio nacional, arriba del promedio nacional (23.7%) (figura 6.1).²

La prevalencia de anemia fue de 38.1% en los niños que habitan localidades urbanas y 23.9% en niños de localidades rurales. Estas prevalencias se expanden a 77 114 y 5 712 niños menores de cinco años (cuadro 6.2).

Escolares

A nivel estatal, se observó que 23.5% (102 484) de los niños de 5 a 11 años son anémicos. Esta prevalencia es mayor a la observada en el país (16.6%) (figura 6.2).

Asimismo, 22.9% de los niños que habitan en áreas urbanas (92 127) y 30.7% de los que habitan áreas rurales (10 407) presentaron anemia (cuadro 6.2).

■ Cuadro 6.2

Prevalencia de anemia. Información estratificada por grupos de población, sexo y área de residencia. Baja California, México

Grupo de población	Sexo	Urbana			Rural			Estatad		
		Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%
Niños menores de 5 años	Ambos	202.4	38.1	(27.0, 50.6)	23.9	23.9	(14.4, 36.8)	226.3	36.6	(26.7, 47.7)
Niños de 5-11 años	Hombres	197.7	19.7	(10.9, 33.0)	16.5	30.9	(6.0, 75.7)	214.2	20.6	(11.8, 33.4)
	Mujeres	204.6	25.9	(13.6, 43.8)	17.3	30.6	(26.6, 34.8)	221.9	26.3	(14.6, 42.6)
	Total	402.3	22.9	(14.1, 34.9)	33.9	30.7	(15.9, 51.1)	436.1	23.5	(15.5, 34.0)
Adolescentes de 12 a 19 años	Hombres	208.6	16.9	(8.2, 31.7)	23.5	0.0	(0.0, 0.0)	232.1	15.2	(7.4, 28.8)
	Mujeres	230.0	13.8	(7.2, 24.8)	1.9	0.0	(0.0, 0.0)	231.9	13.7	(7.2, 24.6)
	Total	438.6	15.3	(9.2, 24.3)	25.5	0.0	(0.0, 0.0)	464.0	14.5	(8.8, 22.8)
Adultos de 20-49 años	Hombres	426.5	6.6	(3.3, 12.8)	45.3	0.0	(0.0, 0.0)	471.8	6.0	(3.1, 11.3)
	Mujeres	707.1	9.3	(5.1, 16.6)	50.4	9.3	(1.0, 50.5)	757.6	9.3	(5.4, 15.8)
	Total	1133.6	8.3	(5.0, 13.4)	95.7	4.9	(0.8, 23.7)	1229.3	8.0	(5.0, 12.8)
Adultos de 50 años o más	Hombres	194.3	10.1	(3.7, 24.7)	3.7	65.0	(65.0, 65.0)	198.0	11.1	(3.8, 28.4)
	Mujeres	189.7	32.4	(16.8, 53.3)	33.2	68.1	(18.8, 95.2)	223.0	37.8	(22.4, 56.0)
	Total	384.0	21.1	(11.9, 34.7)	36.9	67.8	(22.0, 94.0)	421.0	25.2	(15.4, 38.5)

Fuente: ENSANUT 2006. México

Adolescentes

La prevalencia de anemia en los adolescentes del estado fue de 14.5% (3.1 puntos porcentuales arriba de la prevalencia nacional). Lo anterior indica que aproximadamente 67 280 tienen anemia (figura 6.3).

Tomando en cuenta el área de residencia, se observa que 15.3% (67 106) de los adolescentes que habitan en áreas urbanas son anémicos. En el caso de las zonas rurales, no se encontraron casos (cuadro 6.2).

Adultos

En el estado, 8% (98 344) de la población de 20 a 49 años de edad, tiene anemia. Esta cifra es menor a la encontrada en el ámbito nacional (figura 6.4). En las localidades urbanas, la prevalencia de anemia fue de 8.3% (6.6% para hombres y 9.3% para mujeres) y en las rurales de 4.9% (9.3% para mujeres, no se encontraron hombres con anemia en este grupo de edad) (cuadro 6.2).

Adultos de 50 años o más

La prevalencia estatal de anemia en los adultos de 50 años o más es de 25.2 por ciento. La cifra anterior se expande a 106 092 adultos mayores de 50 años que son anémicos. Esta cifra es ligeramente mayor a la observada en el ámbito nacional (23.7%) (figura 6.5).

Figura 6.4
Prevalencia estatal de anemia en la población de 20 a 49 años. México, ENSANUT 2006



Aspectos relevantes

- En la entidad, aproximadamente la cuarta parte de la población mayor de 50 años tiene anemia y ésta afecta en mayor medida a las mujeres.
- La población infantil y adolescente del estado tiene prevalencias de anemia superiores al promedio nacional. Éste es un problema de salud pública que debe atenderse.

Al igual que en adultos de 20 a 49 años, la anemia afecta en mayor medida a las mujeres (37.8%) que a los hombres (11.1 por ciento).

La población que habita en las áreas urbanas presentó 21.1% de anemia (32.4% mujeres y 10.1% hombres) en comparación con 67.8% que habita en el área rural (68.1% mujeres y 65.0% hombres) (cuadro 6.2).

Conclusiones

Las mayores prevalencias de anemia se observaron en niños menores de 11 años y en adultos de más de 50, principalmente de áreas rurales. La prevalencia de anemia en niños menores de cinco años rebasa la cifra nacional y coloca al estado en el primer lugar, con mayor prevalencia de anemia en el país. Debido a los efectos adversos sobre el desarrollo psicomotor en niños de esta edad, es necesario emprender acciones para su prevención.

La ENSANUT 2006 obtuvo por primera vez información sobre anemia en adultos de 50 años o más y demostró que ésta constituye un problema importante de salud pública en el ámbito nacional, así como en el estado, por lo que se recomienda implementar acciones efectivas para su prevención y control.

Referencias

1. Iyengar GV, Nair PP. Global outlook on nutrition and the environment: meeting the challenges of the next millennium. *Sci Total Environ* 2000;249:331-346.
2. Villalpando S, Mundo V, Shamah T, Rivera J, Rolando E. Anemia. En: Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:111-121.
3. WHO/UNICEF/UNU, eds. Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers. WHO/NHD/01.3. Geneva: World Health Organization, 2001.
4. Ruiz-Argüelles G, Llorente-Peters A. Predicción algebraica de parámetros de serie roja de adultos sanos residentes en alturas de 0 a 2670 metros. *Rev Invest Clin* 1981;33:191-193.
5. Cohen J, Haas J. Hemoglobin correction factors for estimating the prevalence of iron deficiency anemia in pregnant women residing at high altitudes in Bolivia. *Rev Panam Salud Pública* 1999;6(6):392-399.

Figura 6.5

Prevalencia estatal de anemia en la población de 50 años o más. México, ENSANUT 2006



3. Servicios de salud

Utilización de servicios de salud

La utilización de los servicios de salud es resultado de la interacción de diferentes factores socioculturales y de la disponibilidad de recursos para la atención que, entre otros, definen la necesidad social de utilizarlos. La atención de la enfermedad pareciera el elemento final que conduce a la búsqueda y utilización de servicios de salud, el cual es mediado por la percepción del nivel de gravedad de los problemas; sin embargo, se encuentra ampliamente documentado el importante papel que juega el sistema de autocuidado a la salud y de respuesta a la enfermedad, que no siempre tiene que ver con el sistema formal de salud (particularmente médico) público o privado.¹ Es frecuente que las personas que no utilizan servicios médicos de salud recurran a otras formas de atención como el uso de medicina tradicional, terapias alternativas y automedicación, entre otros.²

La ENSANUT 2006 obtuvo información sociodemográfica, económica y de atención hospitalaria de todos los integrantes de la muestra de hogares. Para indagar sobre la utilización de servicios ambulatorios de salud se observó una submuestra de los integrantes del hogar con datos de utilización.

Resultados

Del total de la población de Baja California, 12.6% (IC: 11.2%, 14.1%)* declaró haber experimentado algún problema de salud en los 15 días previos a la entrevista. La utilización de servicios formales de salud se dirigió principalmente a los servicios médicos privados 36.7% (IC: 29.0%, 45.1%), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 33.1% (IC: 26.2%, 40.8%) y a los servicios de la Secretaría de Salud 18.4% (IC: 12.0%, 27.1%) (cuadro 7.1).

De la población que reportó algún problema de salud pero que no utilizó los servicios médicos formales, 23% (IC: 15.5%, 32.6%) adujo razones económicas como el principal obstáculo.

* Los intervalos de confianza reportados son al 95%.

■ Cuadro 7.1

Utilización general de servicios ambulatorios de salud por instituciones. Baja California, México

Instituciones	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	70.2	33.1	26.2	40.8
SSA‡	39.0	18.4	12.0	27.1
Privados	77.8	36.7	29.0	45.1
Otros§	23.4	11.1	7.1	16.8
No Respuesta	1.5	0.7	0.2	2.9
Total	211.8	100		

* En miles

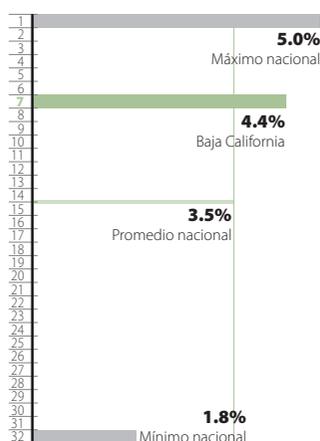
‡ SSA, Hospital Civil y Seguro Popular

§ Incluye DIF, IMSS-Oportunidades, ISSSTE-ISSSTE estatal, INSALUD, Cruz Roja y otras instituciones

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Figura 7.1

Porcentaje de personas hospitalizadas el año previo a la encuesta. México, ENSANUT 2006



La utilización de atención médica formal se analizó en dos componentes: la atención ambulatoria –tanto curativa como preventiva– y la atención hospitalaria. Se estima que 8.4% de la población utilizó los servicios ambulatorios en las dos semanas previas a la entrevista. Se observa que la mayor parte de la población que se atendió con profesionales de salud corresponde al estrato socioeconómico más alto (III, IV y V) 60.5% (IC: 51.2%, 69.2%) (cuadro 7.2). La población del estrato más alto figura también como la más importante entre aquellos que no atendieron su problema de salud 65.8% (IC: 54.3%, 75.8%) (cuadro 7.3).

En Baja California el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas en los 12 meses previos a la entrevista fue de 4.4% (IC: 3.9%, 5.1%), lo que ubica al estado arriba del promedio nacional (3.5%) (figura 7.1). Este porcentaje fue casi el doble para mujeres que para hombres (cuadro 7.4). Del total de la población que se hospitalizó en el último año, 76.6% (IC: 69.3%, 82.6%) sólo se internó una vez.

■ Cuadro 7.2

Población que recibió atención ambulatoria por personal profesional de salud, según estrato socioeconómico. Baja California, México

Estratos*	Frecuencia (N)‡	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
I	38.1	18.0	11.8	26.5
II	45.4	21.4	16.3	27.7
III, IV y V	128.3	60.5	51.2	69.2
Total	211.8	100		

* El estrato I corresponde al nivel socioeconómico más bajo

‡ En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Aspectos relevantes

- El 12% de las personas manifestó haber padecido algún problema de salud durante los 15 días previos a la entrevista.
- Los servicios médicos privados fueron el principal proveedor de la atención ambulatoria.
- La principal razón de no atención médica fue por causa económica.
- La mayor proporción de población que se atendió con profesionales de la salud corresponde al grupo de estratos socioeconómicos más altos.
- Respecto de la atención hospitalaria, el porcentaje de personas hospitalizadas ubicó al estado por arriba de la media nacional y es mayor la proporción de mujeres que se hospitaliza.

■ Cuadro 7.3

Población que no atendió su problema de salud, por estrato socioeconómico.
Baja California, México

Estratos*	Frecuencia (N)‡	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
I	27.6	18.9	12.2	28.2
II	22.3	15.3	10.4	21.8
III, IV y V	96.2	65.8	54.3	75.8
Total	146.1	100		

* El estrato I corresponde al nivel socioeconómico más bajo

‡ En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 7.4

Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios, según sexo.
Baja California, México

Sexo	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Hombre	39.2	2.8	2.2	3.5
Mujer	86.0	6.0	5.0	7.0
Total	125.2	4.4	3.9	5.1

* En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Referencias

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:1-10.
2. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1997;39:442-450.

Medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete y gastos relacionados

Los medicamentos están entre los principales recursos de los sistemas de salud. El tratamiento con medicamentos es la intervención médica más común y una de las más costo-efectivas.¹ Además, la proporción del gasto total en salud para medicamentos es proporcionalmente grande comparada con otros gastos. En México la proporción del gasto total en medicamentos es de 21%.²

El acceso a medicamentos esenciales para todos es una de las estrategias principales de la OMS para garantizar la atención adecuada a la salud y para asegurar los derechos humanos relacionados con la salud.³ El acceso a medicamentos esenciales incluye que éstos sean seguros, efectivos y de buena calidad.³ La disponibilidad de medicamentos es por ello un indicador clave de la calidad de la atención.

El pago que realiza el usuario por concepto de medicamentos es un indicador de la accesibilidad de éstos. Los precios asequibles de medicamentos aseguran el acceso y por esta razón deberían ser metas de una política farmacéutica.⁴ El pago por exámenes de laboratorio y de gabinete, así como otros gastos médicos, también son indicadores que se utilizan para medir la accesibilidad de los servicios de salud porque pueden ser barreras importantes.

Los resultados obtenidos en las encuestas nacionales de salud en sus versiones anteriores han mostrado que el gasto en medicamentos en los servicios públicos varió significativamente entre instituciones, estados y regiones de la República mexicana.⁵ En términos del gasto de bolsillo, la ENSA 2000 concluyó que, con 47%, los medicamentos representaron la proporción más alta del total del gasto para la atención curativa.⁶ Por esto, una meta importante de la administración 2000-2006 fue mejorar la disponibilidad de medicamentos en todas unidades de atención de las instituciones públicas y uno de los objetivos clave del nuevo Sistema de Protección Social en Salud es brindar acceso a medicamentos esenciales sin pago adicional y promover su uso racional.⁷

En comparación con la ENSA 2000, la ENSANUT 2006 incluye más indicadores relacionados con medicamentos que permiten un análisis más detallado sobre la adquisición de los medicamentos y el

Figura 8.1

Porcentaje de usuarios a los que se les recetaron medicamentos durante la consulta. México, ENSANUT 2006

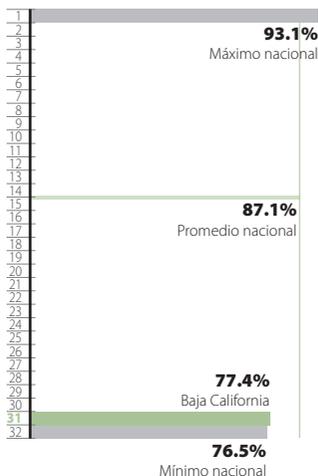


Figura 8.2

Porcentaje de usuarios que consiguieron todos los medicamentos recetados en el lugar de atención. México, ENSANUT 2006

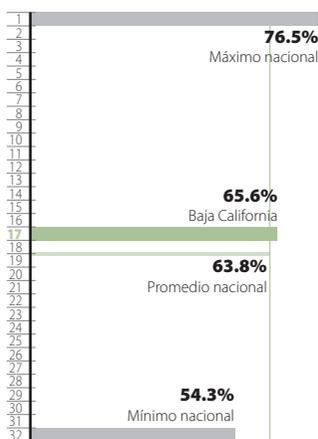
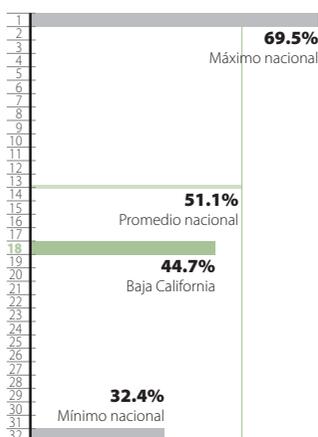


Figura 8.3

Porcentaje de usuarios que pagaron por medicamentos recetados. México, ENSANUT 2006



lugar de adquisición. Este es un avance importante hacia una evaluación de la calidad de atención.

Resultados

Los resultados de la ENSANUT 2006 para el estado de Baja California muestran que en la gran mayoría de las consultas (77.4%) se recetaron medicamentos (figura 8.1), proporción notablemente más baja que la correspondiente a los datos nacionales (87.1%).

De los usuarios de los servicios de salud en el estado de Baja California, el 65.6% consiguió los medicamentos en el lugar de atención; esta cifra es ligeramente superior al promedio nacional, de 63.8% (figura 8.2). Respecto al acceso a medicamentos por institución, se observan diferencias significativas, el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución que presenta el más alto porcentaje 91.8% (IC:85.4%, 95.6%) de usuarios que obtuvieron los medicamentos en el lugar de la consulta. En comparación, el 72.7% (IC: 57.7%, 83.8%) de los usuarios de la Secretaría de Salud obtuvo los medicamentos en el lugar de atención. En el caso de los usuarios de instituciones privadas, el 33.5% (IC: 22.9%, 46.0%) consiguió los medicamentos en el lugar de consulta (cuadro 8.1).

El 44.7% de los usuarios de los servicios de salud en el estado de Baja California pagó por medicamentos (figura 8.3). Esta cifra es notablemente inferior al promedio nacional, de 51.1%.

Respecto a la realización de exámenes de laboratorio o de gabinete, éstos fueron solicitados a 35.7% de los usuarios de los servicios de salud (figura 8.4). Más de la mitad de los usuarios (51.9%) tuvo que pagar por dichos exámenes (figura 8.5).

Cuadro 8.1

Población que consiguió los medicamentos en la institución que brindó la atención⁽¹⁾ Baja California, México

Instituciones	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	54.7	91.8	85.4	95.6
SSA‡	24.7	72.7	57.7	83.8
Privados	22.7	33.5	22.9	46.0
Otros§	19.4	80.3	61.5	91.2
No respuesta	0.5	100.0	0.0	0.0
Total	121.9	65.6	59.1	71.5

⁽¹⁾ Incluye la institución que brindó la atención y otra unidad de la misma institución

* Frecuencia en miles

‡ SSA, Hospital Civil y Seguro Popular

§ DIF, IMSS-Oportunidades, ISSSTE-SSSTE estatal, INSALUD, Cruz Roja y otras instituciones

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Aspectos relevantes

- El 34% de los usuarios de los servicios de salud en el estado de Baja California no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención.
- El 45% de los usuarios de los servicios de salud tuvo que pagar por los medicamentos.
- En el Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Baja California casi todos los usuarios obtuvieron sus medicamentos; en cambio, sólo el 73% de los usuarios de la Secretaría de Salud pudo conseguirlos en el lugar de la consulta.
- Aproximadamente la mitad de los usuarios tuvo que pagar por exámenes de laboratorio o de gabinete.

Conclusiones

El hecho de que el 34% de usuarios de los servicios de salud en el estado de Baja California no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención, y que el 45% de los usuarios tuvo que pagar por medicamentos, son indicadores que expresan la existencia de barreras para el acceso a medicamentos. Esta situación varía para diferentes instituciones de salud: casi todos los derechohabientes del IMSS pudieron conseguir los medicamentos en el lugar de atención, mientras que esto sólo fue el caso para el 73% de los usuarios de la Secretaría de Salud. Semejante a lo ocurrido con los medicamentos, existen barreras para el acceso a exámenes de laboratorio; la mitad de los usuarios tuvo que pagar por ellos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Rational use of medicines: progress in implementing the WHO medicines strategy. Executive board. 118th session. 5.3. EB118/6. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
2. Moise P, Docteur E. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico. Health Working Paper. Paris: OECD, 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. WHO Medicines Strategies. Countries at the core. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
4. Organización Mundial de la Salud. How to develop and implement a national drug policy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
5. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar M de la L, Arredondo A. Prescripción, acceso y gastos en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. Salud Publica Mex 1998; 40: 24-31.
6. Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 1: Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca: INSP/SSA, 2003.
7. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular: Política de Medicamentos del Sistema de Protección Social en Salud de México. México: Secretaría de Salud, 2006.

Figura 8.4

Porcentaje de usuarios a los que se les pidió al menos un examen de laboratorio o de gabinete. México, ENSANUT 2006

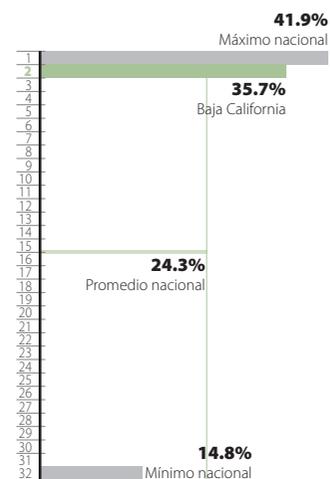
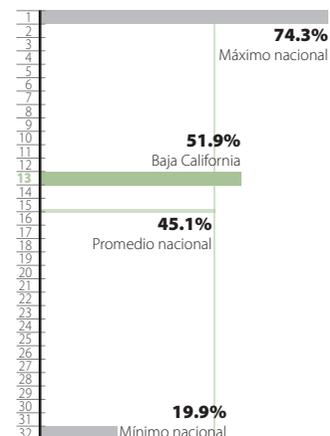


Figura 8.5

Porcentaje de usuarios que pagaron por estudios de laboratorio o de gabinete. México, ENSANUT 2006



Calidad de la atención

La evaluación de la calidad de la atención a la salud está dando cada vez mayor importancia al punto de vista de la población usuaria.¹ Más allá de explorar su nivel de satisfacción, resulta de gran valor conocer su opinión sobre los resultados que atribuyen a la atención recibida, sobre todo si perciben o no mejora en su estado de salud. También es importante conocer la calificación que la población le da a la calidad de la atención, sobre todo indagando sobre la disposición que tienen para volver a la misma unidad de servicio en caso de requerir nuevamente de atención.²⁻⁴

Resultados

Si bien la mayoría de la población que acudió a unidades ambulatorias considera que su salud mejoró o mejoró mucho debido a la atención que recibió (73.3%; IC: 66.5%, 79.2%), destaca que poco más de la cuarta parte (26.7%; IC: 20.8%, 33.5%) percibió que su estado de salud no cambió o incluso empeoró o empeoró mucho (cuadro 9.1). Al comparar los resultados de las 32 entidades federativas respecto al porcentaje de usuarios que percibieron que su salud mejoró o mejoró mucho, Baja California se ubica en el lugar 27, poco más de cinco puntos por debajo del promedio nacional (78.5%) (figura 9.1).

Para 81.5% (IC: 74.0%, 87.2%) de las personas que fueron atendidas en servicios ambulatorios de carácter curativo y para el 91.5%

Cuadro 9.1

Percepción de mejoría en la salud posterior a recibir atención ambulatoria. Baja California, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	174.6	73.3	66.5	79.2
No	63.6	26.7	20.8	33.5
Total	238.2	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Utilizadores. México

Figura 9.1
Servicios ambulatorios. Percepción de mejoría de la salud después de recibir atención médica. México, ENSANUT 2006

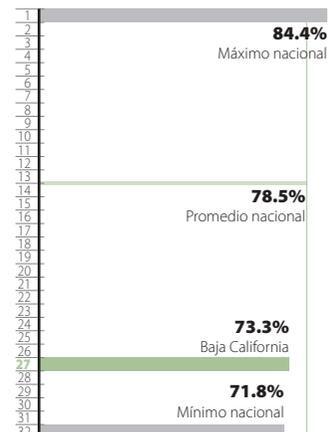
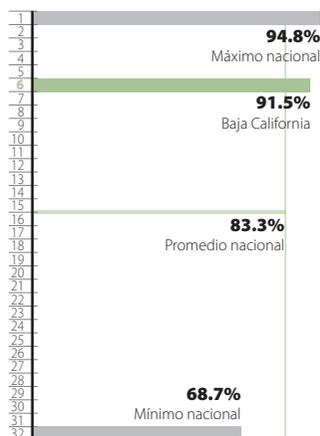


Figura 9.2

Servicios ambulatorios curativos. Percepción de la calidad de la atención recibida como buena y muy buena. México, ENSANUT 2006

**Figura 9.3**

Servicios preventivos. Percepción de la calidad de la atención recibida como buena y muy buena. México, ENSANUT 2006



(IC: 83.6%, 95.8%) de las que recibieron atención ambulatoria preventiva, la calidad de la misma fue percibida como buena y muy buena (cuadro 9.2). Al comparar los resultados de todas las entidades federativas, Baja California ocupa, respectivamente, los lugares 14° y 6°, ubicándose en el primer caso ligeramente por arriba de la media para el país (80.9%), y para los servicios ambulatorios preventivos, más de ocho puntos por arriba de la media nacional correspondiente (83.3%) (figuras 9.2 y 9.3).

En el caso de la atención hospitalaria este porcentaje fue de 76% (IC: 67.8%, 82.7%). También respecto a la atención hospitalaria, es de hacer notar que el 78.4% (IC: 71.7%, 83.8%) de los usuarios respondió que sí regresaría al mismo hospital en el que fue atendido.

Conclusiones

Es claro que en Baja California la mayoría de la población atribuye una mejoría a su estado de salud a partir de la atención, tanto preventiva como curativa, que recibió en unidades ambulatorias. No obstante, será conveniente analizar la situación de un poco más de la cuarta parte de los usuarios atendidos en este tipo de unidades en el estado, la cual no comparte esta opinión.

El porcentaje de personas que muestran una opinión favorable acerca de los servicios ambulatorios curativos y preventivos es mayor que el porcentaje de usuarios que atribuyen su mejora a la atención recibida. Esta diferencia puede representar la capacidad de la población del estado para distinguir cuándo un resultado desfavorable de la atención puede ser atribuido a factores ajenos a la atención médica.

Destaca que, en relación con la atención hospitalaria, menos de 80% de los usuarios emitan una opinión favorable y digan estar dispuestos a regresar a la misma unidad en caso de volver a requerir atención. Esto habla de la necesidad de fortalecer los servicios en estas unidades a modo de que puedan ser más apreciados por la población.

Cuadro 9.2

Percepción de la calidad de atención buena y muy buena, según tipo de servicio. Baja California, México

Tipo de servicio	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios ambulatorios curativos	166.6	81.5	74.0	87.2
Servicios ambulatorios preventivos	31.7	91.5	83.6	95.8
Total de servicios ambulatorios	198.3	83.0	76.6	87.9

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Utilizadores. México

Ocurre lo contrario con respecto a la atención ambulatoria de carácter preventivo, la cual fue calificada favorablemente por más de 90% de los usuarios que la recibieron. Esta fortaleza del sistema de salud en el estado podría ser la base para mejorar la percepción de los servicios curativos, tanto ambulatorios como hospitalarios.

Referencias

1. Romano, M., Alvarez, D. y Grünhut, Y. Estado del arte de las encuestas de satisfacción. 2000. Programa de Investigación Aplicada-Isalud, Instituto Universitario Isalud, Secretaría de Ciencia y Tecnología.
2. Hudak, PL and Wright, J.G. The characteristics of patient satisfaction measures. SPINE Volume 25, Number 24, pp 3167–3177.
3. Little, P, et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. BMJ, doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C.
4. Little, P et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. BMJ, doi:10.1136/bmj.37999.716157.44.

Utilización del Seguro Popular

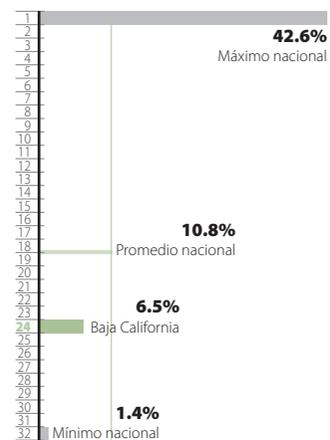
La salud de la población es un requisito indispensable para alcanzar el desarrollo tanto social como económico. Desde su creación en la década de 1940, el sistema mexicano de protección social no se ha adaptado de manera adecuada para responder a las necesidades sociales y de salud de los grupos vulnerables. Por el contrario, el sistema de protección social de México ha tenido una evolución regresiva e insuficiente debido a que su diseño vincula a la población de acuerdo con su inserción en el mercado laboral.

Este panorama ha derivado en la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, un mecanismo mediante el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, combinando intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.¹

Resultados

Del total de la población encuestada (5 232) en Baja California el 6.5% (IC: 4.7%, 8.9%) está afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (cuadro 10.1), por debajo de la media nacional (10.8%) (figura 10.1). Durante el tiempo que estuvieron inscritos al Seguro Popular 67.1% (IC: 58.4%, 74.8%) solicitó algún tipo de atención médica (cuadro 10.2).

Figura 10.1
Población afiliada al Seguro Popular.
México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 10.1

Población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Baja California, México

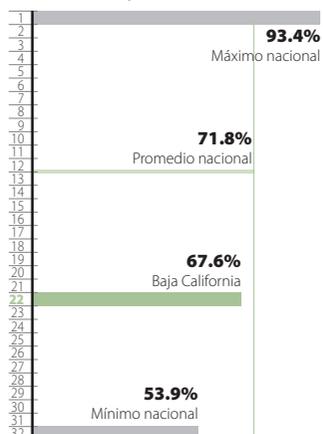
	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	183.6	6.5	4.7	8.9
No	2658.0	93.5	91.1	95.3
Total	2841.7	100		

* Frecuencia en miles

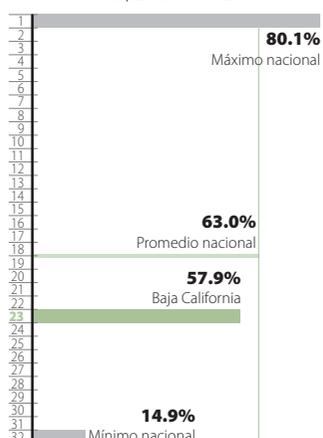
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Figura 10.2

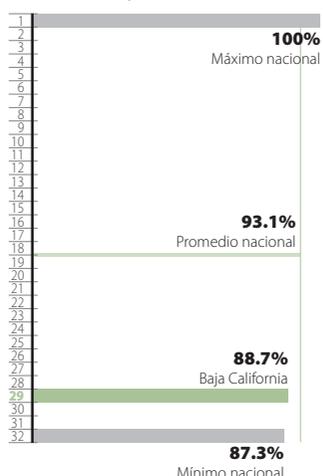
Utilización de servicios ambulatorios curativos por población afiliada al Seguro Popular.
México, ENSANUT 2006

**Figura 10.3**

Obtención de todos y casi todos los medicamentos prescritos.
México, ENSANUT 2006

**Figura 10.4**

Disponibilidad para reinscribirse al Seguro Popular.
México, ENSANUT 2006

**Cuadro 10.2**

Utilización de servicios por población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Baja California, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	52.8	67.1	58.4	74.8
No	25.9	32.9	25.2	41.6
Total	78.7	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

De la población que hizo uso de los servicios un segmento utilizó dos o más de ellos, por lo que la suma total de porcentajes es mayor al 100%. Uno de los aspectos más notables es el hecho de que 67.6% (IC: 54.5%, 78.4%) de la utilización de servicios de salud se concentra en la atención ambulatoria curativa en los centros de salud (cuadro 10.3), ubicándose por debajo de la media nacional (figura 10.2) mientras que sólo 54.0% (IC: 44.5%, 63.1%) es usuario de servicios preventivos y el 44.7% (IC: 33.7%, 56.2%) solicitó algún tipo de servicios hospitalarios (consulta externa, hospitalización o emergencia) (cuadro 10.3).

Al 81.9% (IC: 72.6%, 88.5%) de los usuarios se les prescribió medicamentos (cuadro 10.4). De ellos, 57.9% (IC: 42.1% 72.3%) obtuvo todos o casi todos los medicamentos prescritos. En estas condiciones, Baja California se coloca en el lugar 23 respecto a los otros estados por debajo de la media nacional, en cuanto al acceso a los medicamentos prescritos (figura 10.3).

El 50.0% (IC: 40.0%, 60.1%) no realizó pago alguno por afiliarse. El 60.9% (IC: 45.8%, 74.1%) está subsidiado por el gobierno a través de programas sociales (*Oportunidades* y *Procampo*).

Por último, en cuanto a su disposición a la reinscripción, 88.7% (IC: 81.9%, 93.2%) de los asegurados señala que está dispuesto a reinscribirse, porcentaje inferior al promedio nacional y que deja a Baja California en el lugar 29 en comparación con el resto de los estados (figura 10.4).

Cuadro 10.3

Utilizadores de los servicios del Seguro Popular según tipo de atención. Baja California, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios preventivos	28.5	54.0	44.5	63.1
Consulta externa				
Centro de salud	35.7	67.6	54.5	78.4
Servicios hospitalarios‡	23.6	44.7	33.7	56.2

* En miles

‡ Incluye: consulta externa en hospital, hospitalización y urgencia hospitalaria

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 10.4

Prescripción de medicamentos a utilizadores del Seguro Popular: Baja California, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	43.2	81.9	72.6	88.5
No	9.6	18.1	11.5	27.4
Total	52.8	100		

* En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Conclusiones

Baja California se encuentra por debajo del promedio nacional de afiliación. Sin embargo, los datos obtenidos por la encuesta muestran que el programa aún se encuentra en fase de desarrollo en el estado. Algunos componentes del mismo presentan deficiencias que es necesario atender para lograr el mejor funcionamiento del programa. Ejemplo de ello es la utilización de servicios preventivos, los cuales representan el eje sustantivo del programa. En el componente curativo, el acceso a los medicamentos prescritos representa uno de los indicadores clave, tanto para la población como para la propia funcionalidad del programa.

Referencias

1. <http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs03>. Secretaría de Salud. Subdirección de Regulación para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Resultados por entidad federativa, Baja California

Se terminó de imprimir en diciembre de 2007.
La edición consta de 200 ejemplares y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

