



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023

RESULTADOS NACIONALES



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional
de Salud Pública

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales

Primera edición, 2024

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

ISBN: 978-607-511-242-8

Hecho en México
Made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez.

Edición: Francisco Reveles (coordinador), Ana Tlapale Vázquez, Fernanda Mendoza.

Diseño y formación: Andrea Montiel Bautista.

Citación sugerida: Shamah-Levy T, Lazcano-Ponce EC, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Mendoza-Alvarado LR, Méndez-Gómez-Humarán I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2024.

Directorio

Coordinación General

Teresa Shamah Levy, Eduardo César Lazcano Ponce

Coordinación Operativa

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

Autores por tema

Metodología

Martín Romero Martínez, Lucía Cuevas Nasu, Elsa Berenice Gaona Pineda, Luz María Gómez Acosta, Laura Rosario Mendoza Alvarado, Teresa Shamah Levy

Hogar

Características de la población

Norma Isela Vizuet Vega, Ignacio Méndez Gómez Humarán y Erika Mayorga Borbolla

Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud

Adriana Vargas Flores, M. Arantxa Colchero, Sergio A. Bautista Arredondo

Apoyo de programas alimentarios

María del Carmen Morales Ruán, Araceli A. Salazar Coronel

Inseguridad alimentaria en los hogares

Norma Isela Vizuet Vega, Verónica Mundo Rosas, María de los Angeles Torres Valencia, Jesús Martínez Domínguez

Inseguridad del agua en los hogares

Alicia Muñoz Espinosa, Corín Palafox Hernández, Norma Isela Vizuet Vega, Verónica Mundo Rosas, Jesús Martínez Domínguez, Teresa Shamah Levy

Suministro de agua

José Luis Figueroa, Alejandra Rodríguez Atristain, Faith Cole, Talia Gordon, Juan Carlos Figueroa Morales, Brisa Sánchez, Martha María Téllez Rojo, Sergio Bautista Arredondo, Elizabeth F. S. Roberts

Utilización de servicios de salud

Utilización de servicios de salud

Adriana Vargas Flores, M. Arantxa Colchero, Sergio A. Bautista Arredondo

Covid-19

Casos positivos a Covid-19 (Cascada de secuelas por Covid-19)

Adriana Vargas Flores, M. Arantxa Colchero, Sergio A. Bautista Arredondo

Salud

Vacunación de niños

Lourdes García García, Norma Mongua-Rodríguez, Elizabeth Ferreira Guerrero, Leticia, Ferreyra Reyes, Guadalupe Delgado Sánchez, Arturo Cruz, Norma Aracely Téllez Vázquez, Sergio Cenizales Quintero

Vacunación en adolescentes y adultos

Lourdes García García, Norma Mongua-Rodríguez, Guadalupe Delgado Sánchez, Elizabeth Ferreira Guerrero, Leticia Ferreyra

Reyes, Arturo Cruz, Sergio Cenizales Quintero, Norma Aracely Téllez Vázquez

Vacunación en adultos

Lourdes García García, Norma Mongua-Rodríguez, Leticia Ferreyra Reyes, MSP, Guadalupe Delgado Sánchez, Elizabeth Ferreira Guerrero, Maribel Martínez Hernández, Sergio Cenizales Quintero, Norma Aracely Téllez Vázquez

Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de desarrollo infantil temprano

Ruth Argelia Vázquez Salas, Mishel Unar Munguía, Aremis Villalobos Hernández, Celia Hubert López, María del Rocío Pérez Reyes, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Anabelle Bonvecchio Arenas

Educación, Desarrollo infantil temprano

Ruth Argelia Vázquez Salas, Aremis Villalobos Hernández, Celia Hubert López, María del Rocío Pérez Reyes, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Calidad del contexto

Ruth Argelia Vázquez Salas, Aremis Villalobos Hernández, María del Rocío Pérez Reyes, Celia Hubert López, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas

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

Accidentes

Elisa Hidalgo Solórzano, José Arturo Valdés Méndez, Martha Híjar.

Funcionamiento y discapacidad

Ruth Argelia Vázquez Salas, Celia Hubert López, Aremis Lital Villalobos Hernández, María del Rocío Pérez Reyes, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Eduardo César Lazcano Ponce

Consumo de tabaco

David A. Barrera Núñez, Nancy López Olmedo, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez.

Consumo de alcohol

Yenisei Ramírez Toscano, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Nancy López Olmedo

Salud sexual y reproductiva en adolescentes

Elvia de la Vara-Salazar, Celia Hubert, Leticia Suárez-López, Aremis Villalobos, Tonatiuh Barrientos

Salud sexual y reproductiva en adultos

Leticia Suárez-López, Aremis Villalobos, Elvia de la Vara-Salazar, Celia Hubert, Tonatiuh Barrientos

Violencia e intento de suicidio

Rosario Valdez y Aremis Villalobos

Sintomatología depresiva

R. Argelia Vázquez Salas, Aremis Villalobos Hernández, Celia Hubert López, María del Rocío Pérez Reyes, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Disciplina

R. Argelia Vázquez Salas, Celia Hubert López, Aremis Litaí Villalobos Hernández, María del Rocío Pérez Reyes, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Conductas alimentarias

Claudia Unikel, Aremis Villalobos, María I. Hernández Serrato

Sustancias adictivas en adolescentes y adultos

Andrés Sánchez-Pájaro, Martha Carnalla, Tonatiuh Barrientos-Gutiérrez

Programas preventivos, Diagnóstico previo de enfermedades crónicas y Antecedentes hereditarios

Consuelo Escamilla Núñez, Rosalba Rojas Martínez

Indicadores de envejecimiento

Betty Manrique Espinoza, Ana Rivera Almaraz, Vanessa de la Cruz Góngora, Aarón Salinas Rodríguez

Nutrición

Estado de nutrición de preescolares, escolares y adolescentes

Lucía Cuevas Nasu, Alicia Muñoz Espinosa, Marco A. Ávila Arcos

Concentraciones de plomo en sangre y fuente de exposición

Martha María Téllez-Rojo, Luis F. Bautista-Arredondo, Belem Trejo-Valdivia, Edsson Hernández-Bolaños, Luz María Gómez Acosta, Martín Romero-Martínez, Lucía Cuevas Nasu.

Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil

Luz Dinorah González Castell, Mishel Unar Munguía.

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

Elsa Berenice Gaona Pineda, Brenda Martínez Tapia, María Concepción Medina Zacarías, Danae Gabriela Valenzuela Bravo, Andrea Arango Angarita, Sonia Rodríguez Ramírez

Anemia en preescolares, escolares

Vanessa De la Cruz Góngora, Salvador Villalpando Hernández, Teresa Shamah Levy

Deficiencias de micronutrientes en preescolares y escolares

Vanessa De la Cruz Góngora, Salvador Villalpando, Armando García Guerra, Raymundo Valdez Echeverría, Teresa Shamah Levy

Anemia y deficiencias de micronutrientes en mujeres en edad reproductiva

Fabiola Mejía-Rodríguez, Teresa Shamah-Levy, Verónica Mundo-Rosas, Armando García-Guerra, Eric Rolando Mauricio-López, Raymundo Valdez-Echeverría, Salvador Villalpando

Actividad física en adolescentes y adultos

Catalina Medina, Alejandra Jáuregui, Simón Barquera

Sobrepeso y obesidad, Tensión arterial en adultos

Ismael Campos-Nonato, Lucía Hernández, Cecilia Oviedo, Simón Barquera

Etiquetado frontal de alimentos empacados y bebidas embotelladas

Lizbeth Tolentino Mayo, Janine Sagaceta-Mejía, Carlos Cruz-Casarrubias, Ana Munguía, Víctor Ríos Cortázar, Alejandra Jauregui, Simón Barquera

Responsables de áreas de apoyo

Coordinación del trabajo de campo

Luz María Gómez Acosta, Laura Rosario Mendoza Alvarado, Norma Isela Vizuet Vega, Miguel Ángel Gaytán Colin, Nohemí Hernández Carapia, Raquel García Feregrino, María de los Ángeles Torres Valencia

Supervisores regionales del trabajo de campo

Lourdes Arroyo Carrillo, Miguel Ángel Austria Carlos, Norma Cambrón Morales, María del Socorro Jaimes Terán, Verónica Alejandra Jasso Gil, Melchisedec Maldonado López, Roberto Olea Enríquez, Hilario Alejandro Oviedo Jurado, Susana Segoviano Herrera, Rosalba Torres Espinosa

Programación e informática

Fernando Zapata, Lester Carballo Pérez, Eduardo Antonio Montoya Arvizu, Marco Antonio Ávila Arcos, Jesús Martínez Domínguez, Eric Rolando Mauricio López

Revisión e integración del informe

Elsa Berenice Gaona Pineda, Corin Hernández Palafox, Lucía Cuevas Nasu, Teresa Shamah Levy

Apoyo administrativo y secretarial

Gabriela Eguiza Tamayo, Sandra Martínez López, Laura Ivette García Herrera, Claudia Flores Oropeza, María Magdalena Díaz Espinosa, Violeta Ramos Martínez, Martha Villalobos Olgún, Angélica Denisse García Beltrán

Contenido

Presentación	6
Resumen ejecutivo	7
Metodología	12
Hogar	19
Utilización de los servicios de salud	44
Covid-19	50
Salud	53
▪ Niños	
▪ Adolescentes	
▪ Adultos	
Nutrición	162
▪ Niños	
▪ Adolescentes	
▪ Adultos	

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) es una herramienta esencial para la rendición de cuentas y la planificación en el Sector Salud de México. Desde su inicio en 2006, ha proporcionado datos cruciales sobre la salud y nutrición de la población. En 2020, la Secretaría de Salud Federal y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) consolidaron la Ensanut Continua para recolectar datos anuales y ofrecer estimaciones más actualizadas, con el fin de que en 2024 se pueda obtener información con alcance estatal.

La Ensanut Continua 2020, afectada por la pandemia de Covid-19, se centró en la crisis sanitaria y en un conjunto básico de indicadores de salud sobre este tema. Con la reducción de la mortalidad por Covid-19 y la expansión de la vacunación en años posteriores, la Ensanut Continua 2023 ha retomado sus objetivos iniciales, de generar información actualizada y confiable sobre indicadores selectos de salud y nutrición de la población mexicana.

En la Ensanut Continua 2023, se encuestó a los habitantes de viviendas particulares en México, por área de residencia urbana y rural y por nivel de condiciones de bienestar. La población objetivo de la encuesta consideró a todos los habitantes de las viviendas particulares habitadas y se excluyeron áreas en donde la población está confinada, como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles o asilos; además, se excluyeron a las áreas que no fue posible visitar, principalmente por motivos de seguridad. Los resultados muestran que la distribución de la muestra es comparable con el Censo de Población y Vivienda 2020.

Se encontró que un porcentaje significativo de la población reportó necesidades de salud en los tres meses previos a la entrevista, con la mayoría buscando y recibiendo atención. Sin embargo, una parte notable de la población se atendió en servicios privados, destacando la atención de Consultorios adyacentes a farmacias y a viviendas. Además, una proporción relevante de los hogares recibe apoyo de programas sociales, como pensiones y becas.

En cuanto a la seguridad alimentaria, la encuesta identificó que una parte de los hogares enfrenta inseguridad alimentaria, mientras que otros tienen problemas relacionados con el suministro de agua.

En relación con el Covid-19, un pequeño porcentaje de la población reportó diagnóstico y secuelas a largo plazo, para el año 2023. La cobertura del Programa de Vacunación Universal en niños mostró una mejoría; además en esta edición de la Ensanut Continua se obtuvo información sobre desarrollo infantil para los menores.

La encuesta también proporciona información sobre la salud y nutrición en adolescentes y adultos, destacando aspectos como la vacunación, el consumo de tabaco y alcohol, y la actualización en las prevalencias de sobrepeso y obesidad. En cuanto al comportamiento alimentario, se observó un alto consumo de bebidas endulzadas y alimentos no saludables; también se describen los cambios en las prevalencias de la lactancia materna y la diversidad alimentaria en la primera infancia.

La Ensanut Continua 2023 ofrece una visión integral y actualizada del estado de salud y nutrición en México. Por ello, considero que este informe es un recurso valioso para investigadores, profesionales de la salud y responsables de políticas, facilitando una comprensión profunda de las necesidades y desafíos en salud y nutrición en México.

Finalmente, agradezco a las autoridades de salud, tanto federales como estatales, su interés y apoyo para poder llevar a cabo la Ensanut Continua 2023 y a la población participante en la encuesta por su generosidad con el tiempo dedicado a la misma y por brindarnos la información solicitada.

Dr. Eduardo Lazcano Ponce

Director General

Resumen ejecutivo

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud y se ha constituido como un instrumento fundamental para la rendición de cuentas y la planeación del Sector Salud. Hasta el año 2018, se habían realizado cuatro encuestas Ensanut (2006, 2012, 2016, 2018) y a partir del 2020, la Secretaría de Salud Federal apoyó la propuesta del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de llevar a cabo la Ensanut Continua de manera anual, esto es, con la finalidad de obtener información por un periodo de cinco años para hacer inferencias anuales con representatividad nacional, regional, urbana y rural; y adicionalmente, hacer inferencias con representatividad estatal al finalizar 2024.

El primer levantamiento de la Ensanut Continua (Ensanut 2020 Covid-19) ocurrió en el año 2020; sin embargo, ante la grave situación que atravesaba México derivado de la pandemia por Covid-19, la encuesta enfocó sus esfuerzos en el estudio de aspectos relacionados con la misma y un conjunto mínimo de indicadores sobre de salud, nutrición y desempeño del sistema de salud. Afortunadamente, en los años 2021 y 2022 se observó un descenso en la mortalidad por Covid-19 y se desarrolló un amplio programa de vacunación. Por ello, la Ensanut continua 2023 retomó sus objetivos iniciales de acumular información para generar estimaciones para las 32 entidades federativas en el año 2024.

La población objetivo de la Ensanut Continua 2023 estuvo compuesta por todos los habitantes de las viviendas particulares habitadas del estado. Se excluyó a los habitantes de viviendas colectivas como son: instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles o asilos; además, se excluyeron las áreas geográficas que no fueron posible visitar por motivos de seguridad o salud de los entrevistadores.

Hogar

Dentro de los principales hallazgos, la Ensanut Continua 2023 mostró que la distribución de la muestra fue similar a la del Censo de Población y Vivienda 2020, indicando un índice de masculinidad del 0.95. El 20.2% de los hogares se encontraron en localidades rurales y el 34.6% contaba con jefatura femenina. En el 9.6% de los hogares se utiliza otro material combustible diferente a gas o electricidad, 1.4% tienen piso de tierra y 0.8% no cuentan con energía eléctrica. La escolaridad promedio de la población de 15 años y más fue de 12.7 años; el 51.9% de la población de 15 a 24 años de edad y el 97.4% de 6 a 14 años asisten a la escuela. El 59.1% de la población económicamente activa son empleados.

En relación con las necesidades de salud presentadas durante los tres meses previos a la entrevista, el 22.8% de la población entrevistada reportó haber tenido alguna necesidad de salud; de ellos, el 90% buscó atención y el 89% la recibió, pero sólo 46% se atendió en los servicios públicos de salud. La principal necesidad de salud fue por eventos agudos (41%). El 22.7% de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 27% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se atendieron en servicios privados; mientras que para la población en general esta proporción fue del 49.1 por ciento.

En el 42.1% de los hogares reportaron que al menos alguno de sus integrantes recibe algún programa social, siendo en mayor proporción la Pensión para el Adulto mayor (83.8%), seguido del Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (17.9%) y el Programa de Abasto Social de Leche Liconsa (5.4%).

Otras de las características estudiadas en el ámbito del hogar fue la inseguridad alimentaria, la inseguridad hídrica y el suministro de agua. En cuanto a la inseguridad alimentaria, se encontró que el 44.6% presentaron algún nivel de inseguridad alimentaria; siendo 25.8% leve, 9.7% moderada y 9.0% severa. Por otra parte, el 15.5% de los hogares entrevistados fueron clasificados con inseguridad agua y 59.3% de los hogares mexicanos sufren algún nivel de intermitencia en el suministro o ni siquiera están conectados a la red de agua potable (3.3%).

Utilizadores de servicios de salud

Sobre la utilización de servicios de salud, de 2 148 individuos que reportaron haber tenido una necesidad de salud y usarlos, el 23.5% se atendió en el IMSS, 20% en centro de salud u hospital de la SSA, 20% en consultorios en domicilio particular, 18% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 5% en el ISSSTE, 5% en consultorio dentro de un hospital privado, 4% en otros privados, y 1% en otros públicos. Los motivos para acudir a esos servicios fueron principalmente la afiliación (32%) y la cercanía (24%). Al 91% de los usuarios le recetaron medicamentos y al 37% les solicitaron estudios o exámenes. La media de gastos asociados a la atención recibida en traslados fue de 100 pesos; en atención 150 pesos; en medicamentos 450 pesos; en estudios 777 pesos, y 500 pesos en otros gastos médicos.

Covid-19

El 1.1% de la población entrevistada fue diagnosticada con Covid-19; de esta proporción el 9.9% tuvo secuelas por más de tres meses; el 7.7% buscó atención médica y el 4% reportó tener síntomas que le impidieran cuidarse.

Salud

Salud de la población de 0 a 9 años

Respecto al Programa de Vacunación Universal, en los niños y niñas de 12 a 35 meses se encontraron esquemas de vacunación completos hasta el año cumplido del 49.4% y hasta los dos años del 41.7%. Mientras que, en el esquema de cuatro vacunas hasta el año cumplido fue del 51% y hasta los dos años del 45.9%. Sobre la atención prenatal de las madres de menores de dos años de edad, el 89.2% indicaron que contaron con un control adecuado de mínimo cinco consultas y el 99.9% tuvieron un parto atendido por personal del área médica. En la atención de la salud a niñas y niños menores de cinco años, el 30% de los niños y niñas cuenta con al menos una evaluación de desarrollo infantil temprano (DIT). El 91% de los menores que acudieron a consulta fueron pesados, al 90.3% se le realizó la medición de talla y sólo el 61.6% recibieron suplementos con hierro y vitaminas. En

cuanto a educación, el 59.1% de la población de 36 a 59 meses asiste a educación preescolar, y de los que no asisten, la principal razón señalada por las madres de familia fue que está muy pequeño(a) (67.9%). En la población de 24 a 59 meses de edad se observó una prevalencia de DIT adecuado en el 79.5%. En los menores de cinco años se encontró que el porcentaje con participación en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje fue del 86.0%, 39.3% cuenta con al menos 3 libros infantiles, 89.5% juegan con juguetes de manufactura o comprados en tiendas, 72.8% con objetos del hogar o fuera de él y el 35.9% con juguetes caseros. Es relevante que el 46.1% de los niños y niñas en este grupo de edad son disciplinados con algún método violento. Por otra parte, la prevalencia de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en menores de cinco años fue de 7.1%; mientras que de infección respiratoria aguda fue del 23.3 por ciento.

En población menor de 10 años se identificó que el 3.37% sufrió alguna lesión provocada por un accidente en los últimos 12 meses, el tipo de accidente más frecuente fueron caídas (61.63%), siendo el hogar el lugar donde más se presentan los accidentes de este grupo de edad (56.44%).

Salud de la población adolescente de 10 a 19 años

Las prevalencias estimadas de cobertura de vacunación en adolescentes fueron para sarampión del 21.1%, tétanos 31.2%, hepatitis B 9.4% y VPH en adolescentes mujeres 52.1%. Dentro de los factores de riesgo para la salud de esta población se encontró que la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en la población de 10 a 19 años fue de 3.1%, el 2.4% indicó ser fumador ocasional. El 2.8% fueron exfumadores, el 94.1% nunca han fumado, mientras que el 4.3% usaban cigarro electrónico. El consumo actual de alcohol en este grupo de edad, definido como el consumo de al menos una copa de alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, fue de 21.0%, el 13.9% reportó un consumo excesivo en al menos una ocasión en los últimos 12 meses y el consumo excesivo en los últimos 30 días se encontró en el 3.4%. Sobre la salud sexual de esta población se encontró que el 85.1% reportó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivos, pero sólo el 52.4% identifica que el condón masculino es útil para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual. El 19.4% de los adolescentes de 12 a 19 años han iniciado vida sexual. El 10.9% reportó no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual y el 8.4% no utilizó algún método anticonceptivo en su última relación sexual. El 29.7% de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años, reportó haber estado alguna vez embarazada.

La población adolescente que reportó algún daño a la salud por accidentes en los 12 meses previos a la entrevista fue del 6.45%, el tipo de accidentes más frecuentes fueron caídas con el 67.34%, seguido de los accidentes de tránsito con el 14.21%, y los lugares donde se registraron los accidentes fueron la vía pública (36.48%), la escuela (30.70%) y en el centro recreativo o deportivo (18.39%). El 2.5% reportó haber sufrido un ataque o violencia en los últimos 12 meses y el 4.4% de la población reportó alguna vez en la vida haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida. En la población de 2 a 17 años se encontró una prevalencia de 17.0% de dificultades funcionales en al menos un ámbito

El 52.0% de las niñas y niños de 1 a 14 años fueron sometidos a cualquier método de disciplina violenta. En este sentido, el 11.8% de las y los adolescentes encuestados piensan que el castigo físico es necesario para educarlos apropiadamente. En cuanto a conductas alimentarias, casi el 1% de la población adolescente tienen un riesgo alto de tener un trastorno de la conducta alimentaria. Finalmente, sobre el tema de las sustancias adictivas, el 67.6% en la población adolescente tienen conocimiento del uso del fentanilo y el 4.3% indicó que alguna vez en la vida ha usado drogas ilícitas, siendo la marihuana la más usada.

Salud del adulto de 20 años o más

Las coberturas de vacunación estimadas en población adulta fueron de 57.7% contra la influenza, 30.4% contra el neumococo y el 52.94% contra toxoide diftérico y tetánico. Respecto a la detección oportuna de padecimientos crónicos, sólo el 28.1% de las mujeres de 20 años o más se realizaron el Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo a la entrevista, y el 25.8% se realizó una exploración clínica de senos. Los adultos que acudieron a detección de diabetes e hipertensión fueron de 25.0 y 23.5%, respectivamente. El consumo actual de tabaco fumado en la población adulta fue de 19.6%; siendo principalmente ocasional (11.6%). El 17.1% de la población adulta reportó ser exfumadora, mientras que el 63.2% nunca ha fumado. El 2.2% de la población adulta es usuaria de cigarro electrónico. En relación con el consumo de alcohol en esta población fue de 55.5%, el 41.9% reportó una frecuencia de consumo excesivo en los últimos 12 meses y 19.3% consumo excesivo en los últimos 30 días.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva en la población de 20 a 49 años, 92% reportó haber iniciado vida sexual. Asimismo, 36.0% de los hombres y 45.3% mujeres informó no haber utilizado algún método anticonceptivo en la última relación sexual. En salud materna, se encontró que el 81.1% de las mujeres de 20 a 49 años señalaron haber estado alguna vez embarazadas, el 99.1% recibió atención médica con el último hijo nacido vivo. Dentro de la atención prenatal la detección de sífilis se realizó en el 70.9% de las mujeres, la prueba de VIH al 83.1% y la prescripción de ácido fólico al 98.7%; el porcentaje de cesáreas fue de 54.1% y al 68.4% de las mujeres se les proporcionaron algún método anticonceptivo.

El 7.42% de las personas de 20 años y más en México reportó haber sufrido alguna lesión no intencional en el año previo a la encuesta y de ellas el 27.9% reportó consecuencias permanentes en su estado de salud. El tipo de lesiones no intencionales más reportado fueron las caídas (35.15%) y accidentes viales (30.70%); el lugar más reportado de incidencias fue la vía pública en el 48.24%. El 2.5% de este mismo rango de edad sufrió un evento violento o ataque en el año previo a la entrevista, el tipo de violencia experimentada predominantemente fueron los golpes, patadas y puñetazos (53.2%), el motivo principal más reportado fue por robo o asalto (56.4%).

El 14.9% de la población adulta presentó sintomatología depresiva moderada o severa, observando que la prevalencia es más elevada en mujeres que hombres (18.7 vs. 10.8%, respectivamente). La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre las personas adulta es de 6.8%. En cuanto a enfermedades crónicas por diagnóstico médico previo se encontró una prevalencia de 11.0% para diabetes (27.6% en adultos de 60 años y más), 17.4% de hipertensión, 30.4% de hipercolesterolemia, enfermedad renal con 20.7% y enfermedad cardiovascular 4.4%. El 40.7% de los adultos señaló que al menos uno de sus padres tiene diabetes y 44.9% hipertensión.

Sobre el uso de drogas ilícitas, el 67.6% de la población adulta tienen conocimiento sobre el uso del fentanilo. El 16.5% señaló haber usado alguna vez en su vida un tipo de droga, siendo la marihuana las más utilizada (14.9%).

En cuanto a los indicadores de envejecimiento en la población de 60 años y más, casi una tercera parte (27.4%) de las personas mayores presentó dependencia en al menos un dominio de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como manejar el dinero, usar el transporte, capacidad para tomar, en caso necesario, sus medicamentos, usar el teléfono, cocinar, realizar labores dentro del hogar, y lavar la ropa; mientras que en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

como comer, usar el retrete, contener esfínteres, asearse, vestirse y caminar el 10.4% de la población adulta presenta dependencia parcial y el 2.5% son dependientes

Nutrición

En niñas y niños menores de cinco años se encontró una prevalencia del 16.2% para baja talla, 3.5% de bajo peso, 0.9% de emaciación, y el 6.7% presentaron sobrepeso u obesidad. En la población escolar de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue del 34.2 por ciento.

La prevalencia de intoxicación por plomo en niños de 1-4 años de edad fue de 17.7%, presentando un poco de variación por tipo de localidades (19.5% en rural y 17% en urbana). En cuanto al tema de lactancia materna y prácticas de alimentación, en menores de seis meses el 34.2% tiene lactancia exclusiva 68.8% y de 6 a 23 meses el 66.3% tienen diversidad alimentaria mínima y 41.7% consumo de alimentos no saludables.

En cuanto al consumo de alimentos recomendables y no recomendables para población de 1 a 4 años, se reportó un 80.6% de consumidores de bebidas endulzadas 54.8% y botanas, dulces y postres; mientras que el porcentaje de consumidores de frutas y verduras fue de 57.4 y 27.1%, respectivamente. Para la población escolar, estos datos fueron de 86.1% para bebidas endulzadas y 55.9% botanas dulces y postres; mientras que, el porcentaje de consumidores de frutas y verduras en este grupo de edad fue de 51.3 y 28.4%, respectivamente.

Por otra parte, en población preescolar y escolar la prevalencia nacional de anemia fue de 11.9% en niños de 1-4 años, y de 2.5% en niños de 5-11 años. Mientras que la deficiencia de vitamina B12 y vitamina D fue de 26.2 y 11.7% en niños de 1 a 4 años y de 22.9 y 30.3% en niños de 5 a 11 años.

En la población adolescente (de 12 a 19 años) la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró en 38.1%. El consumo habitual de bebidas endulzadas en esta población fue de 90.6%, la cual fue mayor a la encontrada que para el consumo de agua (83.2%). El 32.6% de la población de 10 a 14 años acumula en promedio 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa, al menos cuatro días por semana clasificándolos como activos y el 76.4% pasa más de dos horas frente a la pantalla diariamente. Mientras que en la población de 15 a 19 años casi la mitad (49.9%) son activos y 92.5% pasan más de dos horas frente a pantalla diariamente.

En mujeres de 12 a 49 años de edad no embarazadas el 10% presentó anemia, el 35.5% deficiencia de hierro, el 40% valores bajos de vitamina B12, el 43.8% deficiencia de vitamina D y el 34.7% valores elevados de folato.

En población de 20 años y más, la prevalencia de sobrepeso más obesidad se encontró en 76.2% (76.3% en mujeres y 76.2% en hombres) y la de hipertensión arterial total en el 31.1% (considerando el hallazgo en encuesta y el diagnóstico médico previo), 26.8% para mujeres y 35.8% para hombres. En cuanto al consumo de grupo de alimentos, de manera habitual se encontró que una importante proporción consume bebidas endulzadas (73.0%). En relación con el etiquetado de alimentos empaquetados se encontró que el 92.7% reportaron haber visto los sellos de advertencia, 71.2% las leyendas precautorias y 59.9% los sellos numéricos. Por último, con respecto a la actividad física, se encontró que 21.6% de la población de 20 años y más se clasificaron como inactivos y el 17.9% pasa más de siete horas sentado diariamente.

Metodología

Antecedentes

La adecuada salud y alimentación son un derecho constitucional de todos los mexicanos y es responsabilidad del estado generar los ambientes idóneos para lograrlo, por lo que es necesario trabajar en el diagnóstico, implementación de políticas públicas, evaluación y reestructuración de estrategias. Para poder lograr este objetivo son necesarios protocolos de vigilancia nutricional, conformados por procesos basados en el análisis de datos sectoriales y multisectoriales de utilidad para el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional, cuya vertebra son las encuestas nacionales.

El Sistema Nacional de Encuestas en México inició en 1986 con la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) y dos años después se implementó la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) que en una visión de integración y con el fin de poder hacer eficientes los recursos se amalgamaron en lo que se conoce hoy en día como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) en su primer edición en 2006 que junto a sus ediciones posteriores (2012, 2016, 2018-19) han sido un referente fundamental para la vigilancia, seguimiento y evaluación del desempeño de las políticas sociales y del sistema de salud para nuestros gobernantes, es por ello que su levantamiento solía llevarse a cabo cada seis años. El operativo de campo para el levantamiento de la información de la Ensanut involucraba grandes tamaños de muestra y en un esfuerzo entre el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud, desde el 2020 se aprobó pasar a un modelo de Ensanut continua (anual) con una muestra más pequeña respetando los objetivos originales y con un alcance a nivel nacional, regional, urbano y rural y, al finalizar el sexenio serán posibles las estimaciones a nivel estatal.

La Ensanut Continua en su primera edición y en marco de la pandemia por la Covid-19 (Ensanut 2020 sobre Covid-19), analizó el impacto de la pandemia en salud, nutrición y bienestar de la población, donde se obtuvieron seroprevalencias de anticuerpos contra SARS-CoV-2, lo que permitió cuantificar el porcentaje de la población positiva a coronavirus y describir los cambios ocurridos en temas de seguridad alimentaria, alimentación, actividad física y la atención a la salud. En la subsecuente, Ensanut Continua 2021, se mantuvo el módulo sobre Covid-19, brindando información sobre los efectos en el ingreso, seguridad alimentaria, calidad de la dieta, acceso a servicios de salud y seroprevalencia de SARS-CoV-2 (Estimación de la población expuesta al coronavirus y/o vacunación). Gracias a la Ensanut Continua 2022, se actualizó la información con el objetivo de describir la situación de indicadores de salud y nutrición en la población mexicana, mismo objetivo que se pretende seguir para esta nueva emisión 2023.

La información generada por esta encuesta permitirá identificar avances y prioridades de salud y nutrición para los próximos años que fortalecerá la agenda de salud pública de México.

Las encuestas nacionales de salud son una estrategia epidemiológica que genera información para el diseño, evaluación y reorientación de las políticas públicas y programas sociales en el país. Necesidad cubierta con la creación hace más de 30 años del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) como iniciativa de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Federal

en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) y gobiernos estatales a partir de la integración de un marco muestral maestro constituido por 500 000 viviendas seleccionadas en todo el país¹ y cuyo objetivo ha sido obtener información periódica y confiable de las condiciones de salud y nutrición de la población mexicana, y en general, documentar el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

El inicio del SNES fue con la Ensa en 1986 con el objetivo sencillo de conocer las condiciones de la salud de los mexicanos y gracias al éxito obtenido se realizaron dos emisiones más en 1994 y 2000. De manera casi simultánea, en 1988/99 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN), para conocer el estado de nutrición de la población mexicana, principalmente de la población vulnerable (niños menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva). Ambas encuestas contribuyeron fuertemente en la toma de decisiones del país en términos de salud y nutrición. Analizando las valiosas aportaciones de ambas encuestas y en un esfuerzo intersectorial de integración de estrategias de recolección de datos y utilizar de manera eficiente los recursos, se amalgamaron en 2006 en lo que se conoce como Ensanut para generar información sobre ambas esferas, misma que se ha repetido en 2012, 2016 y 2018-19. Cabe resaltar que, gracias a los resultados de estas encuestas, ha sido posible estudiar el perfil epidemiológico de salud y nutrición en México a través del tiempo mediante la medición puntual de indicadores nacionales e internacionales y con apoyo activo de una respuesta social organizada.

A través de la Ensanut Continua 2020-2024 se consolidará la muestra a nivel estatal. En este informe se presentará la información del año 2023.

Objetivos

General

1. Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores relevantes sobre condiciones de salud y nutrición y sus determinantes sociales.
2. Colectar información para generar estimaciones sobre el estado de salud y nutrición de las poblaciones de las 32 entidades federativas al finalizar los años 2023 y 2024.

Específicos

1. Examinar la respuesta social organizada frente a los problemas de salud y nutrición de la población, en particular, examinar la cobertura, utilización y calidad percibida de los servicios de salud.
2. Determinar el estado de nutrición de la población, y cuantificar la magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición y de la obesidad para individuos con edad desde los 4 hasta los 19 años.
3. Cuantificar las prevalencias y distribución de enfermedades crónico-degenerativas en los adultos mexicanos (personas de 20 años en adelante).
4. Estudiar factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, incluyendo patrones dietéticos y otros relacionados con estilos de vida en la población para todos los grupos de interés.

5. Estudiar las prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria) en menores de 36 meses.
6. Cuantificar las prevalencias de anemia en la población seleccionada.
7. Estimar la seroprevalencia a polio, sarampión y tétanos por la vacunación en menores de 18 años.
8. Cuantificar las deficiencias de los micronutrientes en la población de 1 a 11 años de edad y mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad.
9. Cuantificar los niveles de plomo (Pb) por medio de la medición de la concentración en sangre capilar en los grupos poblacionales más vulnerables a la intoxicación por este metal: niños de 1-4 años y mujeres embarazadas.
10. Estimar la prevalencia de uso y frecuencia de uso de loza de barro vidriado (BV), y analizar su asociación con la concentración de Pb en sangre.
11. Generar información primaria para analizar las tendencias de los niveles de sulfuro de plomo (PbS) a nivel poblacional y aportar evidencia para la implementación de la estrategia nacional dirigida a controlar la exposición a plomo por el uso de BV.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis de la Ensanut Continua 2023 son:

- Hogar: es el conjunto de personas relacionadas por algún parentesco o no, que habitualmente duermen en una vivienda bajo el mismo techo. Estas personas se benefician de un ingreso común aportado por uno o más de los miembros del hogar.
- Utilizadores de servicios de salud: son las personas del hogar que recibieron atención ambulatoria en los tres últimos meses a la fecha de la entrevista por necesidad de salud a cualquier síntoma que generó malestar físico u emocional en el entrevistado, además de consultas programadas y servicios de medicina preventiva.
- Preescolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, con edades de 0 a 4 años.
- Escolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, de 5 a 9 años.
- Adolescentes: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 10 a 19 años.
- Adultos: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 20 años o mayores.

Diseño de la muestra y selección de las unidades de análisis

El procedimiento de muestreo fue probabilístico;¹ es decir, a cada habitante de las viviendas particulares de México se le asignó una probabilidad (π_i) conocida y diferente de cero, la cual es utilizada para el proceso de inferencia. El procedimiento de muestreo de viviendas fue similar al de las Ensanut Continua 2020,² 2021³ y 2022, primero, se asignó un tamaño de muestra por estrato de urbanidad de las 32 entidades; los estratos urbanidad fueron: Metropolitano (localidades con más de 99 999 habitantes), Urbano (localidades con más de 2 499 y menos de 100 000 habitantes) y Rural (localidades con menos de 2 500 habitantes). Luego, se seleccionó de modo secuencial a:

Áreas Geoadministrativas Básicas (AGEB) definidas por el INEGI, manzanas, localidades rurales y viviendas, buscando que las viviendas en cada estado tuvieran la misma probabilidad de selección. En una segunda etapa se seleccionó a personas dentro de las viviendas del modo siguiente; en cada hogar de las viviendas se dividió a la población en cinco grupos etarios y se seleccionó a: todos los niños de 0-4 años, un niño de 5-9 años, un adolescente de 10-19 años, un adulto de 20 a 44 años, y un adulto de 45 y más años. Adicionalmente, se seleccionaron hasta 2 utilizadores en las siguientes fracciones de hogares: Colima (80%), Nayarit (100%), Quintana Roo (100%), Sinaloa (80%), Sonora (100%), Tamaulipas (100%); en el resto de los estados, la fracción de selección de hogares fue del 50%; se usaron diferentes fracciones de muestreo por estado para tratar de completar al menos 275 cuestionarios de utilizadores por entidad en el periodo 2020-2023. Finalmente, en la tercera etapa, se seleccionaron las submuestras niños, adolescentes y adultos para los cuestionarios de nutrición; las fracciones de muestreo de nutrición pueden ser consultadas en el cuadro 1.

■ **Cuadro 1.** Número de cuestionarios/mediciones obtenidos por la Ensanut Continua 2023

Cuestionario	Grupo de edad	Fracción de muestreo*	Tasa respuesta [†]	Completos
Hogares Completos			74%	5 965
Niños	0-4 años		93%	1 228
Niños	5-9 años		93%	1 262
Adolescentes	10 a 19 años		82%	1 924
Adultos	20 y más años		83%	6 772
Utilizadores	0 y más años		88%	2 184
Antropometría	0 y más años	100%	71%	9 404
Actividad física	10 a 69 años	77%	60%	4 545
Frecuencia de consumo de alimentos	≥1 año	31%	67%	3 356
Recordatorio de 24 horas	0 y más años	23%	69%	2 114
Etiquetado	20 años y más	79%	66%	4 282
Plomo	1-4 años y embarazadas	100%	63%	688
Lactancia	0 a 2 años	100%	59%	426
Sangre venosa para enfermedades crónicas	20 años y más	35%	52%	1 503
Micronutrientes niños	1 a 11 años	40%	48%	568
Micronutrientes mujeres	12 a 49 años	39%	49%	715
Anemia	≥1 año excluyendo hombres 12-19 años	42%	53%	2 707
Sangre capilar para sarampión y tétanos	≥1 año	52%	61%	4 182
Sangre venosa para seroprevalencia de poliomielitis	1 a 18 años excluyendo hombres 12-18 años	41%	48%	741

* La fracción de muestreo se calculó respecto de las personas seleccionadas para los cuestionarios de salud (Adultos, Adolescentes, Escolares y Preescolares)

† La tasa de respuesta se calculó respecto de las personas seleccionadas

Tamaño de muestra

Al iniciar la Ensanut 2023 se propuso un tamaño de muestra por estado que buscara homogeneizar el tamaño de muestra acumulado por estado en los años 2020-2022; esto es, los estados con mayor tamaño de muestra acumulado hasta 2022 fueron aquellos con menores tamaños en la Ensanut 2023. Luego, durante el trabajo de campo, se encontraron dificultades de implementación, que impidieron visitar la muestra planeada,⁴ entonces, con los recursos disponibles, se decidió visitar las 32 entidades federativas aunque en 14 estados sólo se visitó una Unidad Primaria de Muestreo (UPM). Las entidades con sólo una UPM fueron: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Colima, Chiapas, Durango, Guerrero, Nuevo León, Oaxaca, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz y Zacatecas. La selección de UPM visitadas se hizo mediante un muestreo sistemático y probabilístico de las UPM en la muestra original de la Ensanut; en consecuencia, la muestra de viviendas visitada es válida para hacer inferencias nacionales en el año 2023. De modo general, el tamaño de muestra planeado, en número de entrevistas de hogar completas paso de 11 720 a 6 004 (reducción del 51%) entrevistas de hogar completas.

Sobremuestra en los estados de Guanajuato, Sinaloa

Los estados de Guanajuato y Sinaloa tuvieron un tamaño de muestra de 1 000 entrevistas de hogares completos debido a que financiaron sus respectivas sobremuestras. Debido a limitaciones de costos en las sobremuestras de Guanajuato y Sinaloa no se aplicaron los cuestionarios de: actividad física, recordatorio de 24 horas de alimentos, muestras de sangre para seroprevalencia de sarampión, tétanos, poliomielitis, micronutrientes en niños 1 a 11 años y micronutrientes en mujeres 12 a 49 años.

Alcance

La Ensanut Continua 2023 es una encuesta probabilística, al igual que las Ensanut Continua previas; entonces, será posible combinar las estimaciones de las Ensanut Continua 2020-2023 del modo siguiente. Si $P(2020)$, $P(2021)$, $P(2022)$ y $P(2023)$ representan las poblaciones objetivo de las Ensanut Continua 2020-2023, entonces, el total de $Y (Y_{2020} + Y_{2021} + Y_{2022} + Y_{2023})$ en la unión de $P(2020)$, $P(2021)$, $P(2022)$ y $P(2023)$ puede estimarse mediante la suma de los estimadores del total Y en las encuestas, esto es, $\hat{Y} = \sum_{i=2020}^{2023} \hat{Y}_i$, donde \hat{Y}_i es el estimador del total para el año i .

Los cuestionarios se diseñaron para ser comparables con las Ensanut Continua previas, esto es, si un tema se repite en alguna Ensanut Continua, en general, las preguntas que estudian el tema se repiten. Además, los entrevistadores fueron capacitados durante tres semanas y los/as especialistas en antropometría y en obtención de muestras biológicas fueron capacitados y estandarizados en mediciones antropométricas durante cuatro semanas. Esto con el propósito de garantizar que los cuestionarios y mediciones se realizaran de modo uniforme en toda la encuesta.

El cuadro 1 presenta los cuestionarios o mediciones que se obtuvieron en los 8 049 hogares visitados por la Ensanut Continua 2023. De las 5 965 entrevistas de hogar completas, 1 419 (23%) se obtuvieron en las localidades rurales, tamaño de muestra que se considera apropiado para realizar

inferencias útiles a nivel rural, ya que 1 419 es un número cercano al número promedio de hogares por estado en las Ensanut 2006, 2012, 2018 ($n_{2006}=1\ 473$, $n_{2012}=1\ 579$, $n_{2018}=1\ 394$).

Con la Ensanut Continua 2023, será posible presentar estimaciones anuales de los parámetros más importantes para la Salud Pública de México; estimaciones que pueden ser utilizada para tomar decisiones oportunas (cada año). Por otra parte, esta edición, proporciona entrevistas de hogar, que podrán ser agregadas para iniciar la generación de estimaciones estatales con una periodicidad anual.

Logística de campo

Se conformaron 14 equipos de trabajo a nivel nacional para el componente de salud y 14 para el componente de nutrición. Dichos grupos de trabajo estaban conformados por entrevistadores y/o antropometristas, supervisores y operadores de vehículos. Cada uno fue capacitado y estandarizado, en la aplicación de cuestionarios y mediciones biológicas para garantizar la calidad de los datos recabados.

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

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

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

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

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

3. Se realizaron las mediciones antropométricas, de tensión arterial y obtención de las muestras de sangre capilar (casual).
4. En otra visita al hogar se recolectaron las muestras de sangre venosa (en ayuno).
5. Además, se aplicaron a los integrantes seleccionados los cuestionarios correspondientes a cada edad para frecuencia de consumo de alimentos, recordatorio de 24 horas, etiquetado de alimentos empaquetados, actividad física y prácticas de lactancia materna y alimentación infantil.

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

Hogar

1.1 Características sociodemográficas de los integrantes

Se realizaron estimaciones de medias, totales y proporciones por medio del paquete estadístico Stata 16.1, usando los comandos para encuestas complejas. Se construyó un índice de bienestar a partir de las características de las viviendas, bienes y servicios disponibles. Se seleccionaron 8 variables que son: los materiales de construcción del piso, las paredes y el techo, el número de cuartos que se usan para dormir, la disposición de agua, la posesión de automóvil, el número de bienes domésticos (refrigerador, lavadora, microondas, estufa y boiler) y el número de aparatos eléctricos (TV, cable, radio, teléfono celular y computadora). El índice se construyó por medio del Análisis de Componentes Principales (ACP), dado que la mayoría de las variables son categóricas, se utilizó una matriz de correlaciones policóricas. Se seleccionó como índice el primer componente que acumula el 47.7% de la variabilidad total, con un valor propio (lambda) de 3.8. Finalmente, se clasificó el índice en tres categorías ordinales de nivel de bienestar, utilizando como puntos de corte los terciles del índice.

Características sociodemográficas de los integrantes

Para la salud pública es muy importante conocer las diferentes características de los hogares en los que se desarrolla su población, debido a que la calidad y condiciones de vivienda pueden ser determinantes o predictores de problemáticas en salud, ya sea por contaminación ambiental, o bien, un ambiente social poco favorecedor que contribuyen al deterioro del estado de salud de las personas.

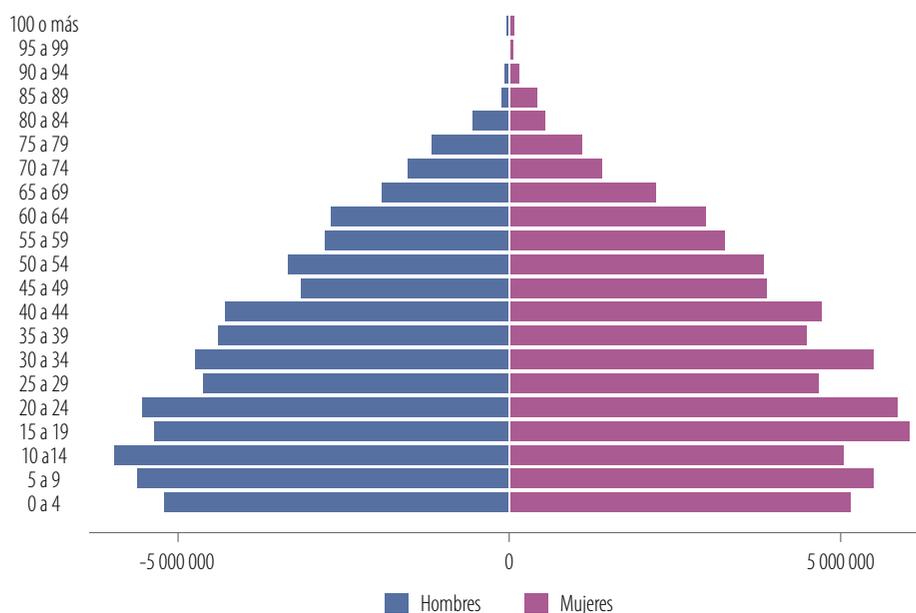
El escaso acceso al agua potable en las viviendas, así como gases tóxicos que se originan producto de combustibles sólidos para cocinar o calentar la vivienda son responsables de diversas enfermedades diarreicas y respiratorias, causantes de la mortalidad de los integrantes del hogar. Asimismo, el hacinamiento aumenta el riesgo de propagación de enfermedades virales entre sus habitantes.⁵

Es por ello que las condiciones del hogar son un factor fundamental en las condiciones de salud de la población, y si bien todas las personas pueden estar expuestas a estos riesgos, las personas de nivel socioeconómico bajo están en mayor riesgo de deterioro de su salud, por una mayor exposición a condiciones de vivienda deficientes que no ayudan a prevenir enfermedades derivadas de una vivienda poco salubre. De ahí que indagar acerca de las características de ésta, proporciona un panorama de las condiciones de salud y nutrición de la población en general.

Población

Durante el levantamiento del trabajo de campo de la Ensanut Continua 2023, se obtuvo información de 5 965 hogares, los cuales representan a 37 753 585 hogares en todo el país. El promedio de individuos que habitan estos hogares fue de 3.3, representando a 125 236 678 millones de mexicanos en hogares particulares, donde el 48.8% (IC95% 47.9,49.6) eran hombres y el 51.2% (IC95% 50.4,52.1) mujeres (figura 1.1.1), datos similares a lo reportado en el Censo de Población y Vivienda

■ **Figura 1.1.1.** Pirámide poblacional ponderada (población por 100 000). México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

2020 (48.6% hombres y 51.4% mujeres),² con un índice de masculinidad de 0.95. En estos hogares se identificó que la jefatura del hogar corresponde en 34.6% a las mujeres.

En el cuadro 1.1.1 se muestra la distribución de los hogares según el tipo de localidad, observándose un mayor número de hogares en el área urbano (79.8%).

■ **Cuadro 1.1.1.** Número de hogares por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de localidad	Hogares		
	Muestral	Expandido	% (IC95%)
Urbano	4 546	30 118 166	79.8 (72.9,85.2)
Rural	1 419	7 635 419	20.2 (14.8,27.1)
Total	5 965	37 753 585	100.00

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

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

■ **Cuadro 1.1.2.** Población por tercil socioeconómico. México, Ensanut Continua 2023

Tercil	%	IC95%
I	33.0	(27.6,38.8)
II	30.4	(27.7,33.3)
III	36.6	(31.8,41.8)

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

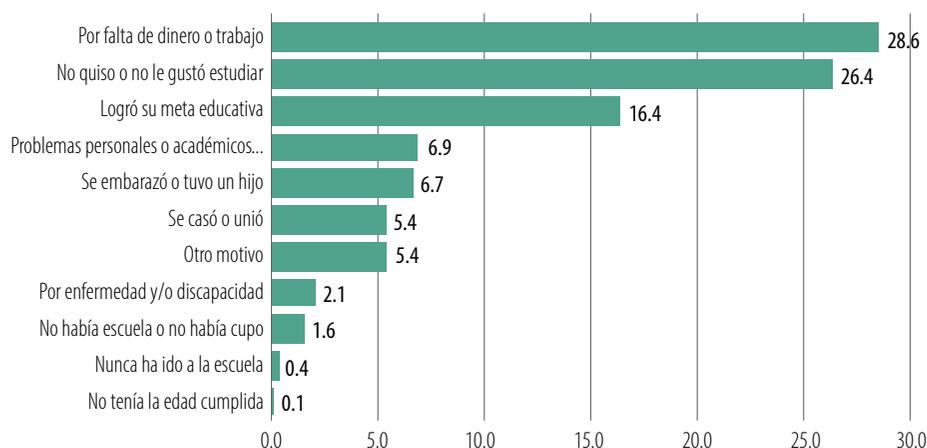
Fuente: Ensanut Continua 2023

Educación

En lo que respecta a la educación, se identificó que el 97.4% (IC95% 95.8,98.5) de los niños de 6 a 14 años asiste a la escuela, mientras que, entre los individuos de 15 a 24 años, este porcentaje fue de 51.9% (IC95% 47.9,55.9). En la figura 1.1.2. se presentan las razones por las que la población de 15 y más años no asiste actualmente a la escuela, observándose que las tres principales razones son: 1) por falta de dinero o trabajo (28.6%); 2) porque no quiere o no le gustó estudiar (26.4%), y 3) logró su meta educativa (16.4%).

En cuanto a la condición analfabetismo, el 3.5% (IC95% 2.8,4.3) reportó no saber leer ni escribir un recado. El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más fue de 12.7 años. Asimismo, 4.1% (IC95% 2.1,7.7) de la población de cinco años o más habla una lengua indígena, de la cual 94.1% habla también español.

■ **Figura 1.1.2.** Razones por las que la población de 15 y más años no asiste actualmente a la escuela. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

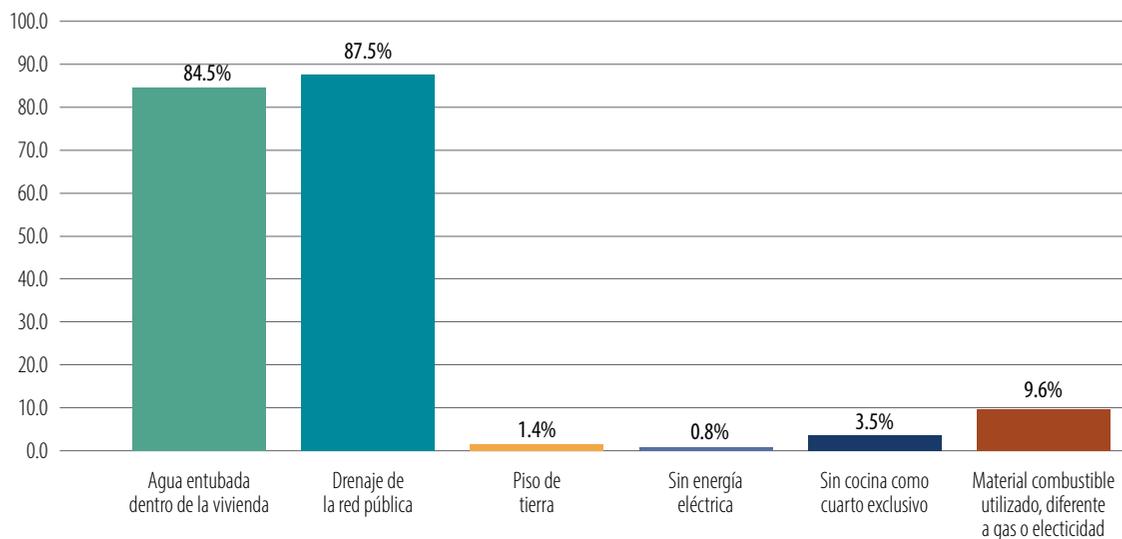
Vivienda

Observando la información sobre las condiciones de la vivienda, según los datos proporcionados por el informante del hogar, el 1.4% (IC95% 0.8,2.3) de las viviendas tienen piso de tierra, el 0.8% (IC95% 0.6,1.1) no tienen luz eléctrica, y el 0.3% (IC95% 0.2,0.8) de hogares no tienen servicio sanitario, y de los que si cuentan con este servicio, el 1.3% (IC95% 0.6,2.6) tiene un servicio sanitario seco, al que no se le puede echar agua. Sobre un cuarto exclusivo para cocinar, el 3.5% (IC95% 2.4,4.9) informó no tenerlo y el 9.6% de los hogares reportó que usan leña o carbón como combustible para cocinar.

Referente a la tenencia de la vivienda, el 74.9%, refirió que algún integrante del hogar es propietario de la vivienda, de ellos, el 6.2% (IC95% 4.7,8.2) la está pagando, el 15.3% (IC95% 13.2,17.6) informó que renta la vivienda donde habita y el 8.8% (IC95% 7.5,10.2) ocupa una vivienda prestada. El 87.5% (IC95% 82.2,91.4) de las viviendas tiene una conexión de drenaje a la red pública, pero aún encontramos un 0.7% (IC95% 0.4,1.5) que no tiene ningún tipo de drenaje. El 84.5% (IC95% 80.2,88.1) cuenta con agua entubada dentro de la vivienda, el 12.1% (IC95% 9.2,15.7) la

tiene únicamente en el terreno y el 3.3% (IC95% 2.2,5.0) no tiene agua entubada; el 56.6% (IC95% 40.3,71.6) de esta población obtienen el agua acarreándola desde un pozo (figura 1.1.2).

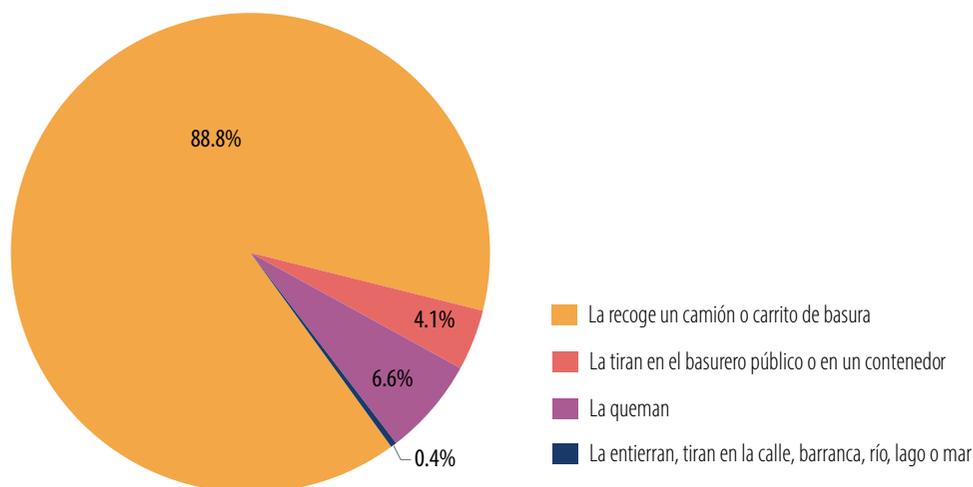
■ **Figura 1.1.3.** Distribución en porcentajes de las características de las viviendas. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

En cuanto a la recolección de la basura, en el 88.8% (IC95% 84.6,92.0) de las viviendas hay un camión o carrito que la recoge; sin embargo, se encontró que un 6.6% (IC95% 4.0,10.7) queman la basura (figura 1.1.3).

■ **Figura 1.1.4.** Distribución en porcentajes de la eliminación de la basura. México, Ensanut Continua 2023

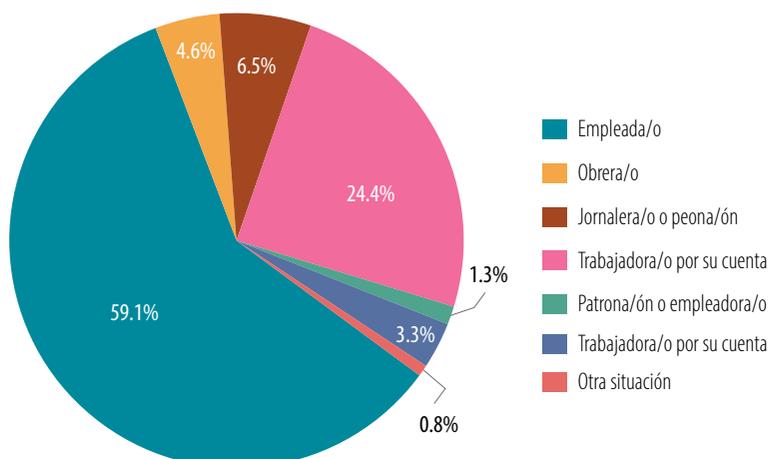


Fuente: Ensanut Continua 2023

Ocupación laboral

En cuanto a la ocupación laboral de la semana previa a la entrevista el 56.2% (IC95% 54.7,57.7) refirió haber trabajado al menos una hora. La principal ocupación reportada fue ser empleada o empleada en un 59.1% (IC95% 55.8,62.3), seguido de ser trabajador por su cuenta con un 24.4% (IC95% 22.0,27.0) (figura 1.1.4).

■ **Figura 1.1.5.** Ocupación laboral durante la semana previa a la entrevista. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

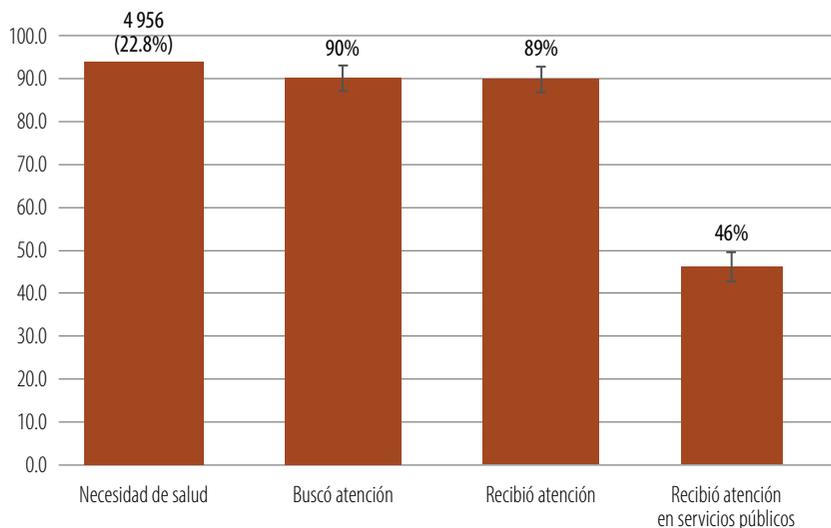
1.2 Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud

La cascada de atención permite conocer la proporción de la población que tuvo alguna necesidad de salud en los últimos tres meses; saber si buscó atención, si fue atendida y si lo hizo en servicios públicos de salud. La encuesta permite conocer la necesidad de salud, la derechohabiencia, el lugar de atención y los motivos por los cuales la población no busca atención médica.

En la figura 1.2.1 se presenta la cascada de atención. De 20 018 individuos entrevistados, 22.8% reportó haber tenido una necesidad de salud (enfermedades, lesiones, malestares psicológicos, servicios de medicina preventiva, no importa si fue o no a buscar atención médica), de éstos, 90% buscó atención, 89% fue atendido por un profesional de la salud y 46% se atendió en servicios públicos.

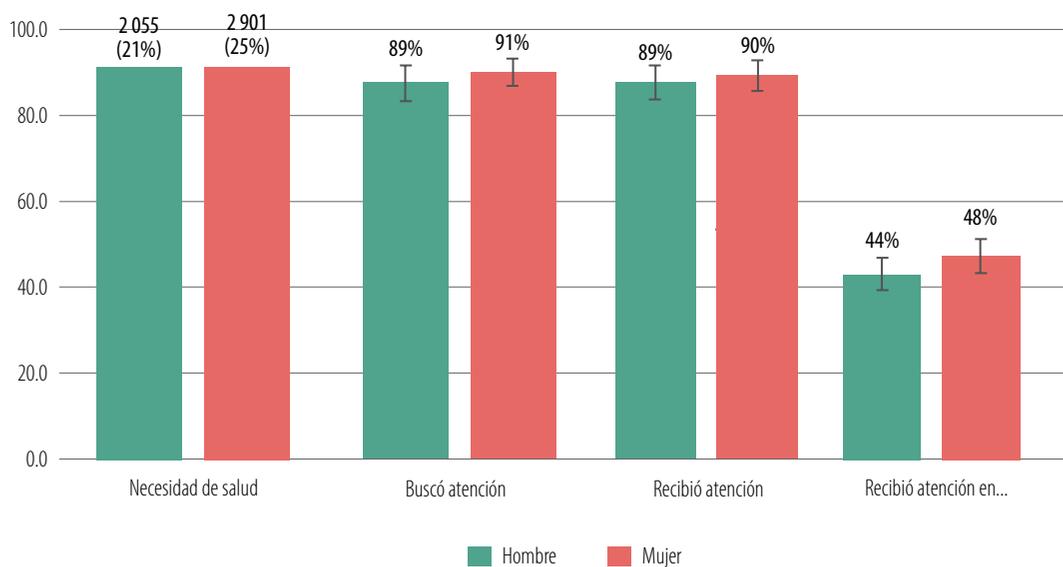
La figura 1.2.2 muestra que un mayor porcentaje de mujeres reportó haber tenido una necesidad de salud (25%) comparado con hombres (21%), de igual forma, en mayor proporción buscaron y recibieron atención. Un mayor porcentaje de mujeres se atendieron en servicios públicos de salud (48% en mujeres vs. 44% en hombres).

■ **Figura 1.2.1.** Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2023. México, Ensanut Continua 2023



Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

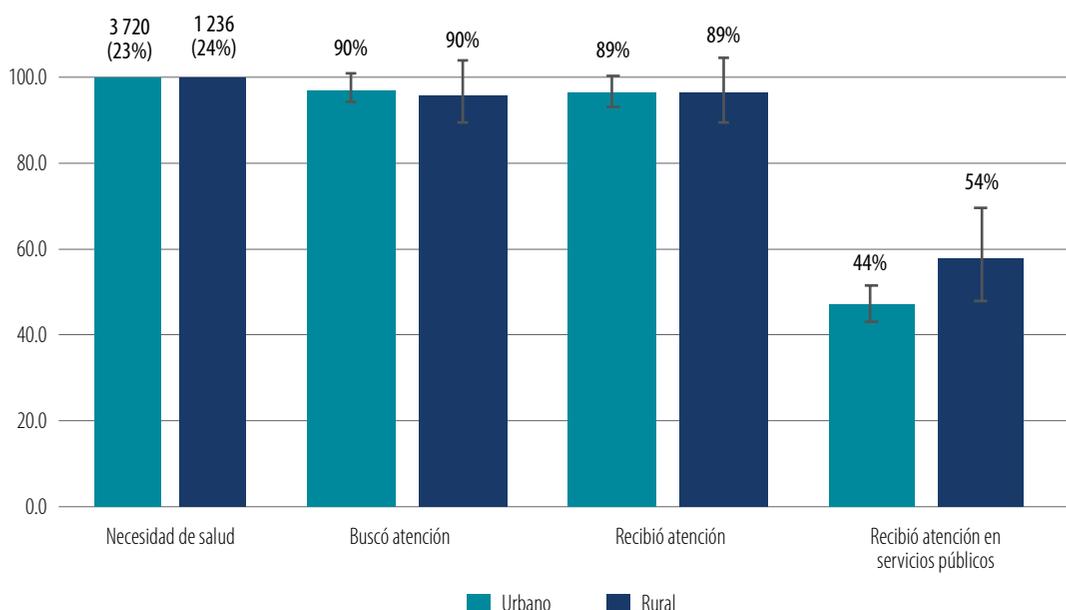
■ **Figura 1.2.2.** Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2023, por sexo. México, Ensanut Continua 2023



Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Existen diferencias estadísticamente significativas para la proporción que tuvo una necesidad de salud, que buscó atención, que recibió atención y que utilizó los servicios públicos de salud
Fuente: Ensanut Continua 2023

La figura 1.2.3 muestra la cascada de atención por tipo de localidad. No se ven diferencias importantes: en áreas rurales 24% de la población reportó haber tenido una necesidad de salud y 23% en áreas urbanas. En proporciones iguales, áreas urbanas y rurales buscaron y recibieron atención, 90 y 89%, respectivamente. Sin embargo, una mayor proporción se atendió en servicios públicos en áreas rurales (54 vs. 44% en áreas urbanas).

■ **Figura 1.2.3.** Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2023, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

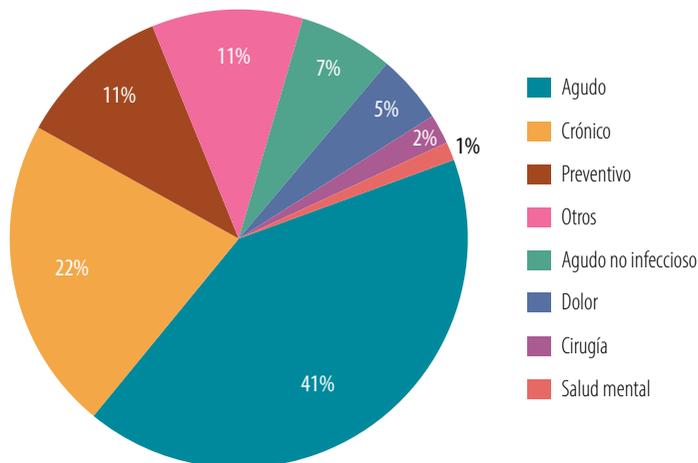


Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Existen diferencias estadísticamente significativas para la proporción que buscó atención
Fuente: Ensanut Continua 2023

La figura 1.2.4 muestra la distribución de las necesidades de salud reportadas. El 41% corresponden a eventos agudos, 22% a enfermedades crónicas, 11% a servicios preventivos, 11% a otros eventos, 7% a enfermedades agudas no infecciosas, 5% a dolor, 2% a cirugías y 1% a salud mental. Por sexo, la distribución de necesidades de salud muestra algunas diferencias (figura 1.2.5). Los hombres reportaron mayor proporción de eventos agudos, mientras que las mujeres reportaron mayor proporción de enfermedades crónicas y servicios preventivos. Por tipo de localidad, hubo una mayor proporción de eventos agudos y de salud mental en áreas rurales, mientras que en áreas urbanas hubo una mayor proporción de enfermedades crónicas (figura 1.2.6).

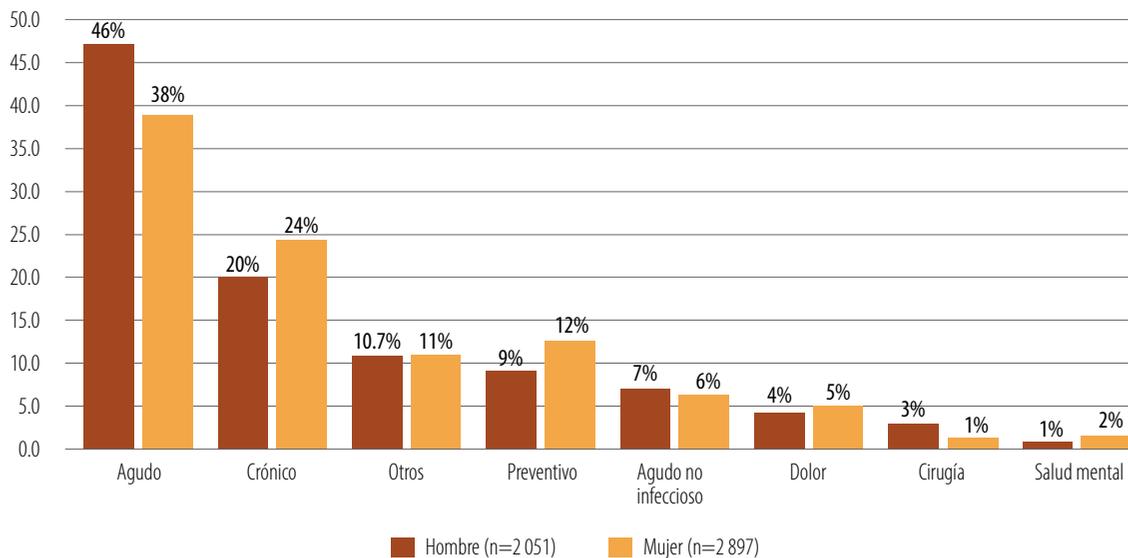
La figura 1.2.7 muestra el lugar de atención de la población que reportó una necesidad de salud. El 26% se atendió en el IMSS; 21% en los consultorios en domicilio particular de médico privado; 19% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 19% en clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud; 5% en el ISSSTE; 3% en consultorios dentro de un hospital privado; 3% en otros privados; 2% en otros públicos; 1% en torre de consultorios privados, y 1% en área de urgencias/hospitalización de hospitales privados.

■ **Figura 1.2.4.** Distribución de las necesidades de salud reportadas a nivel nacional (n=4 948). México, Ensanut Continua 2023



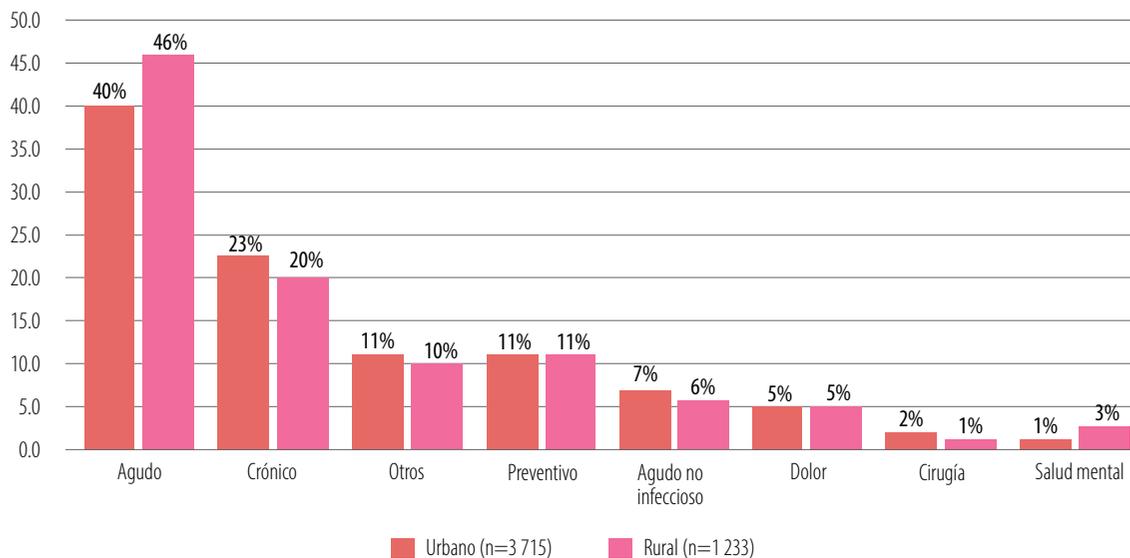
Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 1.2.5.** Distribución de las necesidades de salud reportadas, por sexo. México, Ensanut Continua 2023



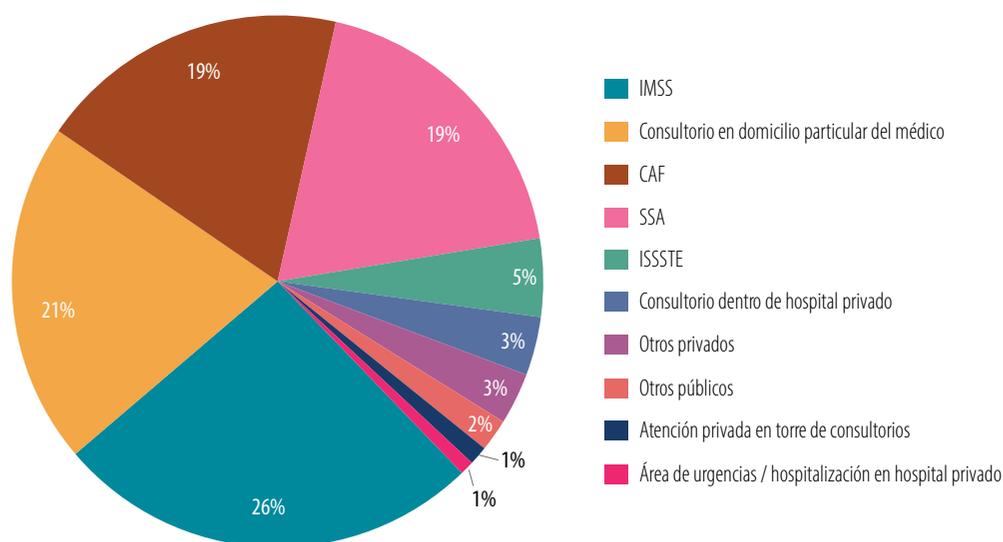
Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 1.2.6.** Distribución de las necesidades de salud reportadas, por tipo localidad. México, Ensanut Continua 2023



Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

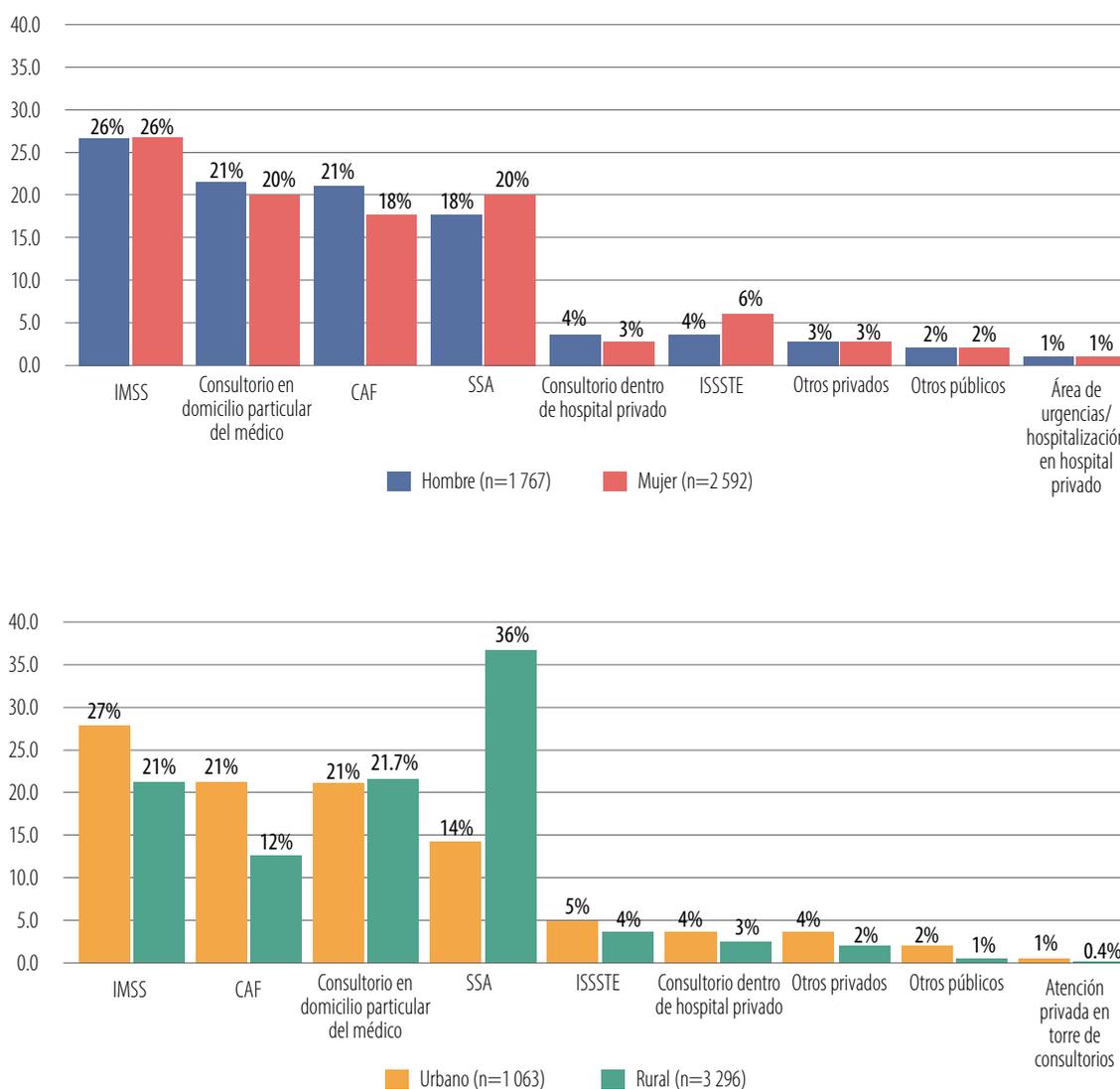
■ **Figura 1.2.7.** Lugar dónde se atendió por la necesidad de salud reportada (n=4 359). México, Ensanut Continua 2023



Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias, Otros públicos incluyen los servicios de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Secretaría de Marina (Semar) y del Desarrollo Integral de las Familias (DIF), y Otros privados incluyen a organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en mi domicilio, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista)
Fuente: Ensanut Continua 2023

Existen pocas diferencias en la distribución de lugar de atención por sexo (figura 1.2.8). En mayor proporción las mujeres se atendieron en clínicas u hospitales de SSA e ISSSTE, mientras que los hombres se atendieron en mayor proporción en CAF. Por tipo de localidad, un porcentaje mayor de población de áreas urbanas, comparado con áreas rurales, reportó que se atendió en IMSS, CAF e ISSSTE. En contraste, en las localidades rurales fue mayor el porcentaje que se atendió en unidades de SSA.

■ **Figura 1.2.8.** Lugar dónde se atendió por la necesidad de salud reportada, por sexo y localidad.
México, Ensanut Continua 2023



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias; Otros públicos incluyen los servicios de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Secretaría de Marina (Semar) y del Desarrollo Integral de las Familias (DIF), y Otros privados incluyen a organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en mi domicilio, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista)

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 1.2.1 muestra la distribución de motivos por los cuales la población no buscó atención, según la necesidad de salud reportada. A nivel nacional, destaca que el 63% consideró no asistir porque la necesidad “no era tan grave”; 11% porque no tuvo tiempo; 6% porque el personal que le brinda atención no le brinda confianza o no es amable, y 5% porque no había servicio en el horario que lo necesitaba. La distribución por sexo y localidad es muy similar al nivel nacional.

■ **Cuadro 1.2.1.** Motivos de no búsqueda de atención, a nivel nacional, por sexo y por localidad. México, Ensanut Continua 2023

Motivo	Nacional (n=558)	Hombre (n=272)	Mujer (n=286)	Urbano (n=392)	Rural (n=166)
Decidió que no era necesario buscar atención porque no era tan grave	63%	64%	62%	64%	59%
No tuvo tiempo	11%	10%	13%	11%	12%
Quien brinda la atención no me inspira confianza / no es amable	6%	8%	3%	6%	6%
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	5%	6%	4%	5%	6%
Es caro / no tenía dinero	3%	2%	4%	3%	1%
No hay dónde atenderse	3%	4%	1%	2%	5%
Me reprogramaron la cita	2%	2%	3%	2%	4%
Los trámites son muy tardados	2%	1%	2%	0.4%	6%
Está muy lejos	2%	0%	3%	2%	0.1%
No tuvo quién lo/a llevara o acompañara	1%	0.2%	1%	1%	0%
Miedo a contraer Covid-19 / miedo a salir	0.5%	0.9%	0%	0.6%	0.19%
El tiempo de espera para pasar a consulta, por lo común, es muy largo	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0%
Otro	2%	2%	3%	3%	0.4%

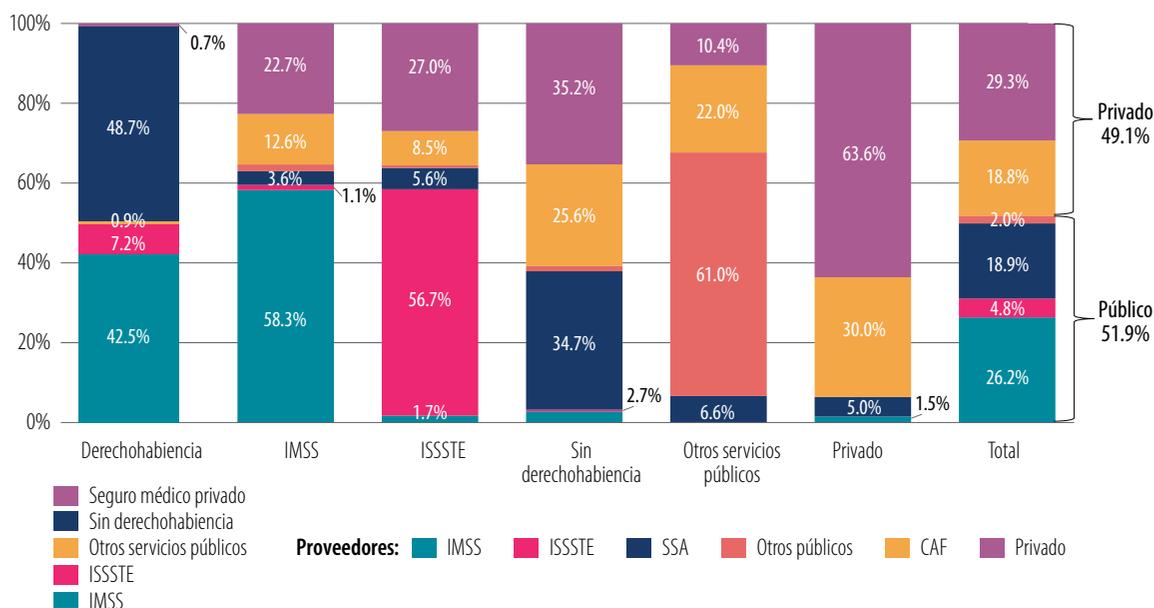
Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

Las figuras 1.2.9 y 1.2.10 muestran la distribución de la derechohabiencia y el lugar de atención. La primera columna es la distribución de la derechohabiencia, en las columnas centrales se encuentra el contraste entre la derechohabiencia y el lugar donde fue atendido por la necesidad de salud reportada, y la última columna muestra el agregado de la distribución del lugar dónde se atendió.

A nivel nacional, 48.7% reportó no tener derechohabiencia; 42.5% es derechohabiente a IMSS; 7.3% está afiliado a ISSSTE; 0.9% está afiliado a otros servicios públicos como Pemex, Sedena o Semar, y 0.7% tiene seguro médico privado. Destaca que de los derechohabientes al IMSS, el 60% se atendió donde le corresponde (IMSS); el 22.7% en servicios privados, y 12.6% en CAF. Quienes tienen ISSSTE muestran una distribución de atención similar a quienes tienen IMSS. Quienes tienen ISSSTE, el 57% se atendió en las unidades que les corresponde; 27% acudió a servicios privados; 8.5% a CAF, y 5.6% a servicios de la SSA. En cuanto a la población sin derechohabiencia, el 34% se atendió en donde le corresponde, clínicas u hospitales de la SSA; 35.2% en servicios privados, y 25.6% en CAF. Los afiliados a otros servicios públicos 61% se atiende en las instituciones de Pemex,

Sedena o Semar y 22% en CAF. De quienes tienen seguro privado de salud, el 63.6% se atiende donde le corresponde y 30% en CAF. En general el 51.9% se atendió en servicios públicos y 49.1% en servicios privados (figura 1.2.9).

■ **Figura 1.2.9.** Derechohabiencia vs. lugar dónde se atendió a nivel nacional, 2023 (n=4 327). México, Ensanut Continua 2023



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias; Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Desarrollo integral de la familia
Fuente: Ensanut Continua 2023

Por sexo, una mayor proporción de hombres es derechohabiente al IMSS en comparación con las mujeres, sin embargo, ambos sexos muestran proporciones similares para quienes no son derechohabientes. Destaca que las mujeres que tienen IMSS asisten en mayor proporción al IMSS, que los hombres; lo mismo sucede para quienes son afiliados al ISSSTE u otros servicios públicos, las mujeres asisten más a servicios que les corresponde en comparación con los hombres. Para quienes no tienen derechohabiencia la distribución de atención es similar en hombres y mujeres. Las mujeres que tienen servicios privados de salud asisten en mayor proporción a donde les corresponde, en contraste con los hombres. Los hombres que tienen servicios privados asisten en mayor proporción a CAF que las mujeres. En general, las mujeres se atendieron más en servicios públicos, en comparación con los hombres (figura 1.2.10, panel A y B).

En cuanto a la localidad, las áreas urbanas tienen mayor afiliación al IMSS e ISSSTE en comparación con las áreas rurales; en contraste, las áreas rurales tienen mayor proporción de población sin derechohabiencia que las áreas urbanas; en las áreas urbanas hay una mayor afiliación a servicios de Pemex, Sedena o Semar, que en las áreas rurales. Quienes tienen IMSS, en las áreas rurales una mayor proporción asiste a servicios del IMSS, que en las localidades urbanas.

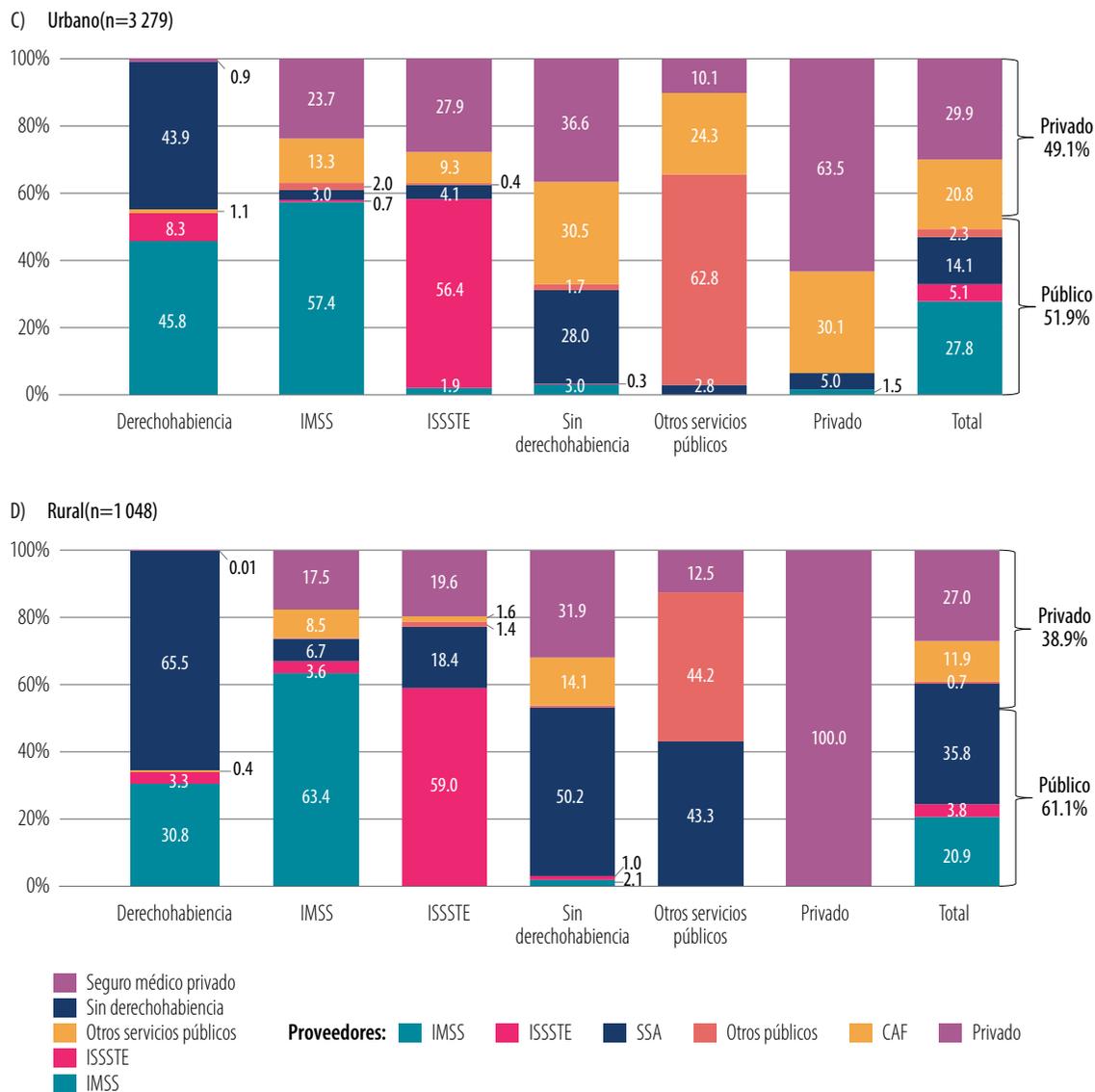
■ **Figura 1.2.10.** Derechohabiencia vs. lugar dónde se atendió por sexo. México, Ensanut Continua 2023



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias; Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Desarrollo integral de la familia.
Fuente: Ensanut Continua 2023

Quienes son derechohabientes al ISSSTE, la proporción de asistencia al lugar que le corresponde es similar. Quienes no tienen derechohabiencia, una mayor proporción asiste a los servicios de SSA en las áreas rurales que en las urbanas; en las áreas urbanas una mayor proporción asiste a CAF, en comparación con las áreas rurales. Quienes cuentan con otros servicios públicos, en las áreas urbanas un mayor porcentaje asiste a donde les corresponde, que en las áreas rurales; las áreas rurales asisten más a servicios de la SSA que las áreas urbanas, mientras que en las áreas

■ **Figura 1.2.11.** Derechohabiencia vs. lugar dónde se atendió por localidad. México, Ensanut Continua 2023



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias; Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Desarrollo Integral de la Familia
 Fuente: Ensanut Continua 2023

urbanas asisten más a CAF que en las áreas rurales. Quienes tienen servicios privados de salud, en las áreas urbanas asisten a donde les corresponde y a CAF, mientras que, en las áreas rurales, en su totalidad asisten a los servicios privados de salud. En general, la población de las áreas rurales asiste en mayor proporción a los servicios públicos, en comparación con las localidades urbanas (figura 1.2.11, panel C y D).

1.3 Apoyo de programas sociales

El objetivo de esta sección de la Ensanut 2023 fue documentar la presencia de los programas sociales en los hogares mexicanos. Para tal fin, se recabo información mediante la aplicación de un instrumento diseñado especialmente para ello. En el hogar, se preguntó al informante seleccionado si algún miembro recibía algún apoyo de cualquier programa de ayuda alimentaria, fuera o no gubernamental. En caso de que la respuesta fuera afirmativa se solicitó información sobre los programas y beneficios que recibían.

Se obtuvo información de 5 965 hogares que representan a 37 353 585 hogares mexicanos. De estos, 42.1% informaron que alguno de sus integrantes recibe apoyo de algún programa social. Al observar la información por tipo de localidad, la proporción es mayor en el medio rural (58.4%) en comparación con el urbano (37.9%).

A nivel nacional el 4.2% de los hogares reciben dos programas, y menos del 1% tres o más. El Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores es el de mayor cobertura ya que 83.8% de los hogares con adultos mayores lo recibe. En menor medida, se encuentran el Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (17.9%) y el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa SA de CV (5.4%). El Programa de Alimentación Escolar del DIF en sus modalidades de desayunos fríos y calientes se encuentra en 7.3 y 3.3% de los hogares respectivamente. Los programas con coberturas menores a 0.5% son: el Programa para el Bienestar de las Niñas y los Niños Hijos de Madres Trabajadoras, el Programa de comedores populares del DIF, el programa de albergues y/o comedores escolares indígenas y los programas provenientes de organizaciones no gubernamentales (cuadro 1.3.1).

Se observó que 1 018 811 hogares reciben la Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente y 25 612 reciben algún beneficio del Programa de Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días (datos no mostrados).

■ **Cuadro 1.3.1.** Porcentaje de hogares que reciben programas sociales a nivel nacional. México, Ensanut Continua 2023

Programa social	Muestra n*	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche a cargo de Liconsa SA de CV	5 964	37 746.9	5.4	4.5,6.4
Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores	1 542	10 374.6	83.4	80.9,85.5
Programa Despensas de Alimentos del DIF	5 965	37 753.6	3.3	2.6,3.9
Programa Alimentación Escolar (modalidad fría) del DIF	2 487	14 213.4	7.3	5.8,8.9
Programa Alimentación Escolar (modalidad caliente) del DIF	2 486	14 212.4	3.3	2.2,4.6
Programa Comedores Populares del DIF	5 964	37 746.9	0.3	0.1,0.5
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	5 965	37 753.6	0.4	0.2,0.7
Programa Alimentario de Albergues y/o Comedores Escolares Indígenas	3 474	20 792.0	0.1	0.0,0.4
Programa Jóvenes Construyendo el Futuro	2 497	14 993.3	1.3	0.8,1.9
Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez	3 980	23 888.4	17.9	16.2,19.6
Programa Para el Bienestar de las Niñas y los Niños Hijos de Madres Trabajadoras	1 390	7 872.2	0.3	0.1,0.8

* Número de hogares elegibles para cada programa de acuerdo con las características de sus integrantes

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Al comparar la información por tipo de localidad, se observa que la presencia de estos programas es mayor en el medio rural en comparación con el medio urbano. En el caso del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, es de 90.3% en localidades rurales y de 81.2% en urbanas. Se observa una diferencia significativa en la distribución del Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez ya que se encuentra presente en el 33.5% de los hogares del medio rural, en comparación del 13.6% en el medio urbano; esta diferencia también se observa en el Programa de Alimentación Escolar del DIF en la modalidad de desayunos fríos (11.8% rural vs. 5.9% urbano) y calientes (6.9 vs. 2.2%) (cuadro 1.3.2).

■ **Cuadro 1.3.2.** Porcentaje de hogares que reciben programas sociales por tipo de localidad urbano rural. México, Ensanut Continua 2023

Programa Social	Rural				Urbano			
	Muestra n*	Expansión N (miles)	%	IC95%	Muestra n	Expansión N (miles)	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche a cargo de Liconsa SA de CV	1 419	7 635.4	4.6	2,7,7.3	4 545	30 111.4	5.6	4,7,6.7
Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores	416	2 519.8	90.3	85,9,93.4	1 126	7 854.9	81.2	78,3,83.6
Programa Despensas de alimentos del DIF	1 419	7 635.4	4.8	3,2,7.0	4 546	30 118.2	2.9	2,2,3.6
Programa de Alimentación Escolar (modalidad fría) del DIF	623	3 270.9	11.8	9,1,15.1	1 864	10 942.5	5.9	4,3,7.9
Programa de Alimentación Escolar (modalidad caliente) del DIF	622	3 270.2	6.9	3,7,12.1	1 864	10 942.2	2.2	1,4,3.3
Programa Comedores Populares del DIF	1 419	7 635.4	0.1	0,0,0.6	4 545	30 078.3	0.3	0,1,0.6
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	1 419	7 635.4	0.2	0,0,0.3	4 546	30 118.2	0.5	0,2,0.9
Programa Alimentario de Albergues y/o Comedores Escolares Indígenas	850	4 725.3	0.3	0,0,1.9	2 624	16 066.8	0.0	0,0,0.2
Programa Jóvenes Construyendo el Futuro	543	2 840.4	1.9	0,7,5	1 954	12 152.9	1.1	0,6,1.7
Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez	933	5 108.8	33.5	28,3,39	3 047	18 779.6	13.6	12,2,15.1
Programa Para el Bienestar de las Niñas y los Niños Hijos de Madres Trabajadoras	349	1 766.0	0.4	0,1,1.3	1 041	6 106.2	0.3	0,0,1.0

* Número de hogares elegibles para cada programa de acuerdo con las características de sus integrantes

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

1.4 Inseguridad alimentaria en los hogares

La inseguridad alimentaria que viven los habitantes de estos hogares se estimó a partir de los datos obtenidos en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) armonizada para México.⁶

La ELCSA se aplicó a la persona encargada de la compra, preparación o administración de los alimentos en el hogar. Contiene 15 preguntas (P) con opciones de respuesta “sí” y “no”, divididas en dos secciones: la primera se compone de 8 preguntas que se refieren exclusivamente a los adultos del hogar (P1 a P8), y la segunda de 7 preguntas que hacen referencia a las condiciones que afectan a los menores de 18 años de ese mismo hogar (P9 a P15). Cada pregunta cuestiona sobre las vivencias en los tres meses anteriores a la fecha de entrevista, respecto a las dimensiones de la inseguridad alimentaria como son la calidad, cantidad y hambre, debido a la falta de dinero u otros recursos.⁷

La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías: seguridad alimentaria, inseguridad alimentaria leve, moderada y severa, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años.⁸ Los puntajes utilizados para cada categoría por tipo de hogar, se encuentra descritos en el cuadro 1.4.1.

■ **Cuadro 1.4.1.** Puntos de corte para la clasificación de la inseguridad alimentaria con y sin integrantes menores de 18 años

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

La categoría de seguridad alimentaria indica que ninguno de los integrantes del hogar sacrificó la calidad o cantidad de los alimentos que habitualmente consumen y tampoco omitió tiempos de comida o dejó de comer en todo un día. Los hogares clasificados en inseguridad alimentaria leve experimentan primero preocupación por el acceso a los alimentos y, si la falta de acceso a los alimentos se prolonga, sacrifican la calidad de la dieta. Los hogares que se encuentran en inseguridad alimentaria moderada reportan restricciones en la cantidad de los alimentos consumidos mientras que los hogares en inseguridad alimentaria severa presentan situaciones donde alguno de los integrantes omite tiempos de comida o deja de comer en todo un día debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos. Este tipo de experiencias ocurren primero en adultos y finalmente en niños.⁹

A nivel nacional se obtuvo información de 5 892 hogares que representan a 37 363 831 hogares del país. Los resultados destacan que, en el ámbito nacional, el 55.4% de la población se encuentra en seguridad alimentaria, en contraste la prevalencia de inseguridad alimentaria en sus tres niveles fue de 44.6%, donde se encontró que el 25.8% de los hogares mexicanos se encuentran en situación de inseguridad alimentaria leve, mientras que el 9.7% en inseguridad alimentaria moderada, y el 9.0% en inseguridad alimentaria severa (cuadro 1.4.2).

■ **Cuadro 1.4.2.** Proporción de hogares, en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria a nivel nacional. México, Ensanut Continua 2023

Nivel de seguridad alimentaria	Muestra Numérico	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
Seguridad alimentaria	2 938	20 709.2	55.4	53.5,57.2
Inseguridad Leve	1 754	9 656.5	25.8	24.5,27.1
Inseguridad Moderada	683	3 628.4	9.7	8.9,10.5
Inseguridad Severa	517	3 369.8	9.0	8.0,10.0
Total	5 892	37 363.8	100.0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 1.4.3 describe la proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria de acuerdo con el tamaño de la localidad donde se ubican los hogares, la mayor proporción de inseguridad alimentaria se presentó en localidades rurales con 57.0% en sus tres niveles (31.5% en inseguridad leve, 12.3% en moderada y 13.1% en severa). Para el área urbana, se encontró el 45.2% de inseguridad alimentaria (25.2% en inseguridad leve, 10.8% en moderada y 9.3% en severa). En cambio, los hogares metropolitanos, presentan 39.5% de inseguridad alimentaria (24.0% en inseguridad leve, 8.2% moderada y 7.3% en severa).

■ **Cuadro 1.4.3.** Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria de acuerdo con el tamaño de localidad de residencia. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de localidad	Nivel de seguridad alimentaria	n muestral	Expansión		
			N (miles)	%	IC95%
Rural (<2 500 Hab)	Seguridad alimentaria	593	3 224.7	43.0	40.0,46.0
	Inseguridad Leve	481	2 362.4	31.5	28.9,34.2
	Inseguridad Moderada	174	922.9	12.3	10.6,14.1
	Inseguridad Severa	150	982.2	13.1	11.1,15.4
	Total	1 398	7 492.2	100.0	
Urbano (2 500-99 999 Hab)	Seguridad alimentaria	997	5 535.1	54.8	51.7,57.7
	Inseguridad Leve	582	2 543.5	25.2	23.2,27.1
	Inseguridad Moderada	240	1 093.6	10.8	9.7,12.0
	Inseguridad Severa	170	935.3	9.3	7.5,11.2
	Total	1 989	10 107.6	100.0	
Metropolitano (100mil y + Hab)	Seguridad alimentaria	1 348	1 1949.3	60.5	57.6,63.2
	Inseguridad Leve	691	4 750.6	24.0	22.0,26.1
	Inseguridad Moderada	269	1 611.9	8.2	7.0,9.4
	Inseguridad Severa	197	1 452.3	7.3	6.0,8.8
	Total	2 505	19 764.1	100.0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

1.5 Inseguridad del agua en los hogares

La inseguridad del agua es definida como la incapacidad de acceder y beneficiarse de agua asequible, adecuada, confiable y segura para el bienestar y una vida saludable.¹⁰ A partir del año 2021, la Ensanut obtiene información sobre las experiencias de inseguridad del agua en hogares mexicanos, utilizando la versión traducida y adecuada al español de la Escala de Experiencias de Inseguridad del Agua en los Hogares (*The Household Water Insecurity Experiences*, HWISE por sus siglas en inglés).¹¹

La escala contiene 12 preguntas que indagan sobre experiencias negativas relacionadas con la inseguridad del agua en el hogar durante las cuatro semanas previas a la fecha de entrevista como: sentir preocupación, alterar las actividades diarias, dormir con sed o sentir vergüenza debido a la falta de agua. Las preguntas de la escala están dirigidas al jefe o jefa de la familia, y en su ausencia a una persona mayor de 18 años que conozca las condiciones del hogar. Cada una de las opciones de respuesta está relacionada con la frecuencia en que ocurrieron en el periodo señalado y se le asigna un puntaje: “Nunca” (0 veces=0), “Raramente” (1-2 veces=1), “A veces” (3-10 veces=2), “Frecuentemente” (11-20 veces=3) y “Siempre” (más de 20 veces=3). Cuando la respuesta a alguna de las preguntas es “no sé” o “no aplica”, no se genera puntuación al hogar y el registro es eliminado. El puntaje de la escala varía de 0 a 36,¹² el valor más alto indica mayor inseguridad del agua en el hogar.

De acuerdo con estudios previos, los hogares con una puntuación de 12 o más se consideran en inseguridad de agua, puesto que este punto de corte se relaciona con una menor satisfacción con su situación hídrica, así como con una mayor percepción de estrés en comparación con los hogares clasificados con seguridad del agua.¹³ Este punto de corte es el que se utiliza en la Ensanut para estimar las proporciones de inseguridad de agua en los hogares mexicanos.

Se obtuvo información completa de 5 875 hogares, los cuales representan a 37 064 123 hogares de México. El cuadro 1.5.1 muestra que 15.5% de los hogares entrevistados fueron clasificados con inseguridad del agua. Esta proporción equivale a poco más de 5 747 781 hogares de México que han experimentado eventos negativos relacionados con el acceso, disponibilidad, utilización, aceptabilidad y confiabilidad del agua.

■ **Cuadro 1.5.1.** Proporción de hogares en México, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua. México, Ensanut Continua 2023

Clasificación	Expansión			
	n muestral	N (miles)	%	IC95%
Seguridad del agua	4 983	31 316.3	84.5	82.3,86.4
Inseguridad del agua	892	5 747.8	15.5	13.5,17.6
Total	5 875	37 064.1	100.0	

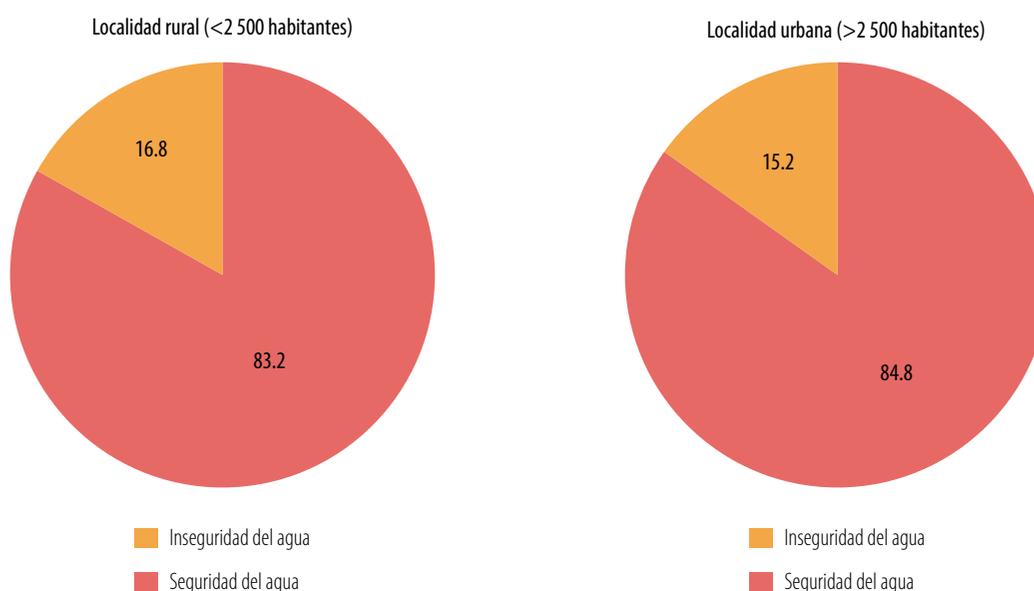
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

De acuerdo con el tamaño de localidad, los hogares ubicados en localidades rurales presentan mayor proporción de inseguridad del agua (16.8%) en comparación con los hogares de localidades urbanas (15.2%) (figura 1.5.1).

■ **Figura 1.5.1.** Proporción de hogares en México, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua según el tamaño de localidad. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

1.6 Suministro de agua

A pesar de que uno de los grandes logros de salud pública en las últimas décadas ha sido incrementar substancialmente el número de personas conectadas a alguna red pública, se estima que más de mil millones de personas en el mundo no tienen acceso a agua potable de manera continua.¹⁴ Monitorear la prevalencia y severidad del suministro es, por tanto, clave para dimensionar mejor el problema del acceso efectivo al agua en la población.

Desde 2022, la Ensanut ha recolectado información sobre la intermitencia del agua en los hogares mexicanos. El objetivo de estas preguntas ha sido evaluar la frecuencia en el suministro de agua que llega al hogar, más allá de medidas dicotómicas de acceso para medir si el hogar está conectado o no a la red de agua.¹⁵ Esta información es clave para el diseño de políticas públicas que permitan mejorar el acceso efectivo al agua en el país. Pero, también, desde el punto de vista de salud pública, podría ayudar a estudiar mejor el papel que juega el acceso al agua en el desarrollo de algunas enfermedades.

La falta de agua potable se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades que derivan de la falta de condiciones higiénicas, como diarreas o ciertas enfermedades transmisibles.¹⁶ Sin embargo, la intermitencia podría también explicar el desarrollo de hábitos no saludables que pueden afectar la salud en el largo plazo. Estudios llevados a cabo en familias de la Ciudad de México, por ejemplo, han mostrado que la falta de un suministro constante lleva a las familias a desconfiar en la calidad del agua que llega a través de la red pública, sustituyendo el consumo de agua para beber por el con-

sumo de bebidas azucaradas,^{17,18} las cuales, han sido identificadas como factor clave en el desarrollo de enfermedades como la diabetes.

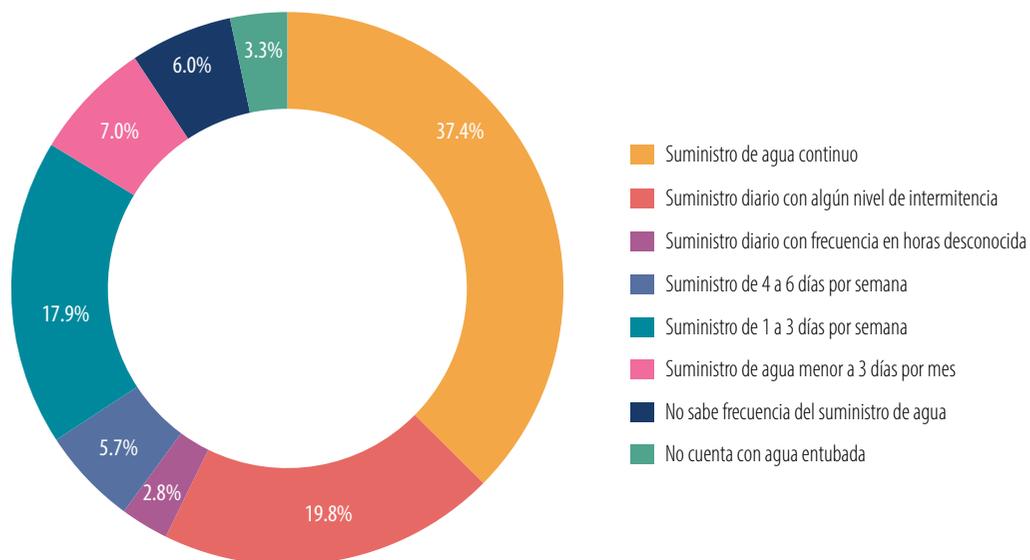
La Ensanut 2022 y ahora la reciente edición 2023, representan el mayor esfuerzo en el país para documentar patrones de intermitencia en los hogares mexicanos. Al igual que la pasada edición, el principal objetivo de este apartado en la Ensanut 2023 es documentar la prevalencia de la falta de agua y clasificar a los hogares en términos de la severidad de la intermitencia. Al mismo tiempo, los datos proveen una radiografía de los medios de almacenaje que usan los hogares al enfrentarse a la falta de agua, incluyendo el uso de tinacos, cisternas y medios menos duraderos como tambos, piletas o cubetas.

La principal variable de análisis de este apartado se construyó a partir de información respecto a la frecuencia en la que llega el suministro de agua a los hogares (en días y horas). Basado en el autorreporte de frecuencia del suministro promedio (típico) en las últimas cuatro semanas, los hogares se categorizaron en: 1) hogares con suministro de agua continuo (recibieron agua siete días por semana, las 24 horas al día); 2) hogares con suministro diario, pero con algún nivel de intermitencia por horas a lo largo del día; 3) suministro diario con frecuencia en horas desconocida; 4) suministro de 4 a 6 días por semana; 5) suministro de 1 a 3 días por semana; 6) suministro de agua menor a tres días por mes; 7) hogares que no saben o no recordaron la frecuencia del suministro de agua, y finalmente, 8) hogares que no estaban conectados a la red de agua potable.

Asimismo, los hogares también se clasificaron de acuerdo a sus principales medios de almacenaje de agua en: 1) hogares que no almacenan agua; 2) hogares que almacenan en tinaco y cisterna; 3) hogares que almacenan sólo en tinacos; 4) hogares que almacenan en cisterna y otros contenedores; 5) hogares que almacenan en tinaco y otros contenedores, y 6) hogares que almacenan en contenedores que no incluyen ni tinacos ni cisternas. Dentro de éstos últimos se incluyen, por ejemplo, tambos, pilas, piletas y/o cubetas, entre otros. Todas las estimaciones reportadas consideran el diseño de la encuesta y se obtuvieron usando los ponderadores de muestreo a nivel hogar.

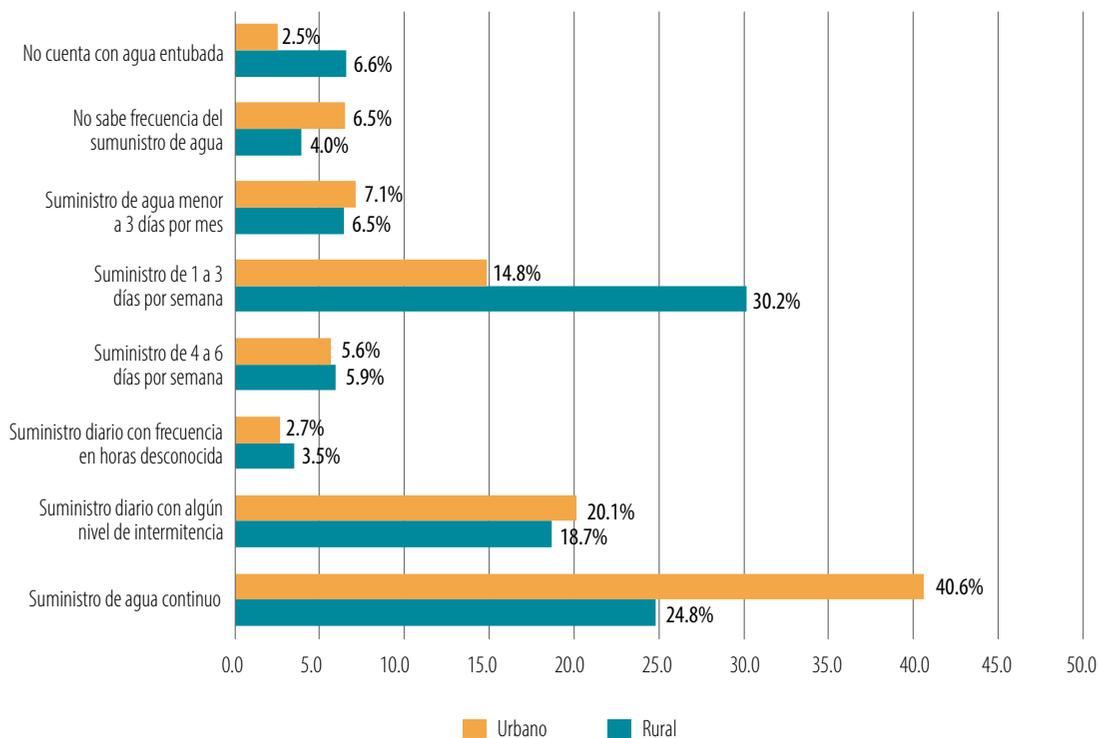
Los resultados muestran que a nivel nacional 37.4% de los hogares mexicanos reporta haber recibido agua de forma continua (24/7) durante las cuatro semanas previas a la entrevista (figura 1.6.1). El resto de los hogares (59.3%) sufren algún nivel de intermitencia en el suministro o ni siquiera están conectados a la red de agua potable (3.3%). Dentro de los hogares que reciben agua de las distintas redes de agua potable pero con algún nivel de intermitencia, el 19.8% reciben agua a diario con interrupciones a lo largo del día, 2.8% de los hogares reciben agua a diario, pero desconocen la frecuencia en horas, 5.7% reciben agua de 4 a 6 días por semana, 17.9% lo reciben entre 1 y 3 días por semana, y 7% de los hogares sufren una intermitencia severa ya que recibieron agua de la red pública menos de tres veces durante las últimas cuatro semanas. Algunos de los hogares entrevistados reconocieron no saber o no recordar la frecuencia en las que llega el agua a sus hogares (6%). Al comparar patrones de suministro por lugar de residencia (figura 1.6.2), los resultados muestran una mayor proporción de hogares urbanos con suministro continuos en comparación con aquellos ubicados en zonas rurales (40.6 vs. 24.8%). Estos patrones son similares cuando se comparan hogares por categorías que indican la falta de suministro. Por ejemplo, en áreas urbanas el 14.8% de los hogares entrevistados reportaron haber recibido agua de 1 a 3 días por semana, mientras que en áreas rurales el porcentaje fue de 30.2% y lo mismo ocurre al observar el porcentaje de hogares que no cuentan con conexión de agua (6.6% en zonas rurales vs. 2.5% en áreas urbanas).

■ **Figura 1.6.1.** Frecuencia en el suministro de agua en los hogares durante las últimas cuatro semanas. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

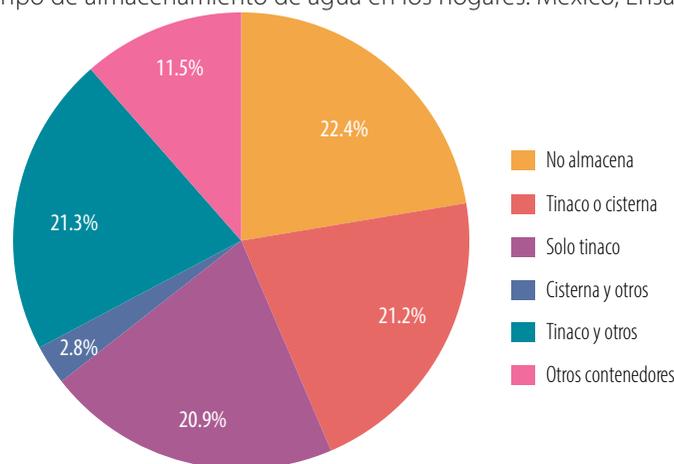
■ **Figura 1.6.2.** Frecuencia en el suministro de agua en los hogares durante las últimas cuatro semanas por tamaño de localidad. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Por otro lado, la intermitencia va asociada al desarrollo de estrategias de almacenamiento por parte de las familias. En 2023, 77.6% de los hogares tuvieron que almacenar agua de alguna forma (figura 1.6.3). En total, 66.2% de los hogares recurren a cisternas, tinacos, otros tipos de contenedores, o alguna combinación de estas tres, para almacenar agua de manera regular dada la falta de agua de forma continua. Más aún, un 11.5% de los hogares que tienen que almacenar sólo lo hacen a través de contenedores que no requieren infraestructura como las cisternas o los tinacos.

■ **Figura 1.6.3.** Tipo de almacenamiento de agua en los hogares. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Conclusiones Hogar

Los resultados de Ensanut Continua 2023 son representativos de la distribución poblacional entre hombres y mujeres y por tipo de localidad, donde se observa que la mayoría vive en zonas urbanas. En materia de educación, la asistencia escolar en el grupo de edad de 6 a 14 años es casi del 100% en tanto que en los de 15 a 24 años ronda el 50%. Por otro lado, el promedio de años completos de escolaridad en mayores de 15 años es de aproximadamente 13 años. Aunque prevalece la importancia de la asistencia escolar entre la población de 6 a 14 años de edad, es importante analizar los factores relacionados a la deserción escolar en mayores de 15 años para identificar los elementos que permitan minimizarla.

Por otro lado, como bien sabemos, las características de las viviendas impactan directamente sobre la calidad de la salud de sus habitantes. Este impacto puede ser positivo favoreciendo la calidad de una buena salud, o negativo afectando en los padecimientos o enfermedades que presente la población. Hoy en día tenemos gente que habita en viviendas sin luz, sin drenaje, sin agua dentro de la vivienda o dentro de su terreno y sin un servicio sanitario; familias que carecen de un servicio recolector de basura, donde sus habitantes deciden quemar sus desechos, poniendo en riesgo su salud y con consecuencias negativas para el medio ambiente por la liberación de distintos gases. Es importante continuar trabajando con el planteamiento de estrategias a corto plazo, que sean fun-

cionales para estos hogares, y que puedan crear condiciones que permitan a las familias mexicanas vivir lo más saludable posible en el corto, mediano y largo plazo.

En relación con la situación de salud y uso de servicios de la población entrevistada, el 22.8% reportó haber tenido una necesidad de salud, de ellos el 90% buscó atención, el 89% recibió atención y 46% se atendió en servicios públicos. De las necesidades de salud reportadas, 41% fueron infecciones agudas y 22%, enfermedades crónicas. Cerca del 52% de la población se atendió en servicios públicos y 49% en servicios privados. Entre los principales motivos de no búsqueda de atención destaca que el entrevistado consideró que la necesidad no era grave, no tuvo tiempo y quien le brinda la atención no le inspira confianza o considera que no es amable.

Se registró que el 42% de los hogares reciben el apoyo de algún programa social, destaca la presencia de estos en las localidades rurales, donde 6 de cada 10 hogares reciben algún tipo de apoyo. El programa de mayor cobertura es el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, lo cual se esperaría dado su carácter de universal.

En los últimos años el país ha experimentado un retroceso en el progreso por mejorar la seguridad alimentaria de los hogares, principalmente en los grupos de población más vulnerables que continúa siendo un problema prioritario en las agendas de nuestro gobierno.

Durante el 2023, encontramos que 4 de cada 10 hogares tienen algún tipo de inseguridad alimentaria y alrededor de dos de esos hogares se encuentra en inseguridad moderada o severa. Los hogares que habitan en las áreas rurales son los más afectados por ese problema, que se agrava cuando tenemos una población con ingresos bajos, falta de acceso a los servicios básicos de la vivienda y baja o nula escolaridad. Estos determinantes llevan a consecuencias graves de salud afectando principalmente el estado nutricional de los niños, niñas y adultos.¹⁹

Para afrontar la inseguridad alimentaria de la población, es necesario promover la participación de los gobiernos y actores locales (asociaciones de productores, organizaciones de mujeres, miembros del sector privado local, grupos religiosos y la población) en la inversión, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y programas en favor de la seguridad alimentaria.¹⁹ Además de formular políticas y programas que garanticen el derecho a la alimentación y al agua, considerando las características sociales, económicas, ambientales, culturales e institucionales y que estén acompañados de estrategias de orientación alimentaria y acceso a servicios básicos.^{20,21} Así mismo, es necesario promover el consumo de dietas saludables impulsando la regulación de la industria de la alimentación y la comercialización de alimentos, y la aplicación de políticas que respalden la educación en materia de nutrición y el consumo sostenible de alimentos.²¹

Por último, debido a que urbanización va en aumento, es indispensable impulsar la agricultura urbana invirtiendo en tecnología e innovación y fortaleciendo el vínculo entre políticas, inversiones y legislación orientadas a mejorar los vínculos de los sistemas agroalimentarios que existen entre las áreas rurales y urbanas.²²

Lo anterior, permitirá avanzar en el cumplimiento del Segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible que pretende poner fin al hambre y lograr la seguridad alimentaria y mejora de la nutrición para todos.

En cuanto a los resultados sobre inseguridad del agua, se demuestra que alrededor de 6 millones de hogares en México tienen problemas graves para el acceso y disponibilidad a agua segura.²³

Lo anterior, es la consecuencia del calentamiento global, la sobreexplotación de aguas subterráneas, la contaminación de fuentes de agua, fugas y la mala utilización y distribución del recurso. Además, la Comisión Nacional del Agua (Conagua), a través del Sistema Nacional de Información del Agua (SINA) reportó en el año 2023 anomalías en la precipitación pluvial por zonas geográficas que se tradujo en lluvias arriba del promedio o déficit de lluvia.²⁴ Además, en la segunda mitad del 2023 se registraron condiciones anormalmente secas y sequías extremas en la mayor parte del país desequilibrando las fuentes de abastecimiento.²⁵

Las consecuencias que resultan de la inseguridad hídrica incluyen afectaciones en la adecuada alimentación y nutrición;^{26,27} en la salud física y mental;²⁸⁻³⁰ en los derechos fundamentales³¹ y, en la paz entre los individuos.³²

Ante este panorama, México necesita implementar estrategias para afrontar la grave e inminente crisis hídrica y actuar de manera pronta y efectiva en todos los niveles, así como en los diversos sectores involucrados. En este sentido, las recomendaciones emitidas en la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre el Agua de 2023, podrían ser de utilidad:³³

- Aportar más fondos: ya que se requiere atraer nuevas inversiones y aprovechar las finanzas existentes de un modo más eficiente y eficaz.
- Reforzar los sistemas nacionales de seguimiento, elaboración de informes y difusión de datos de modo que incluyan todos los indicadores mundiales del ODS 6 con el fin de mejorar la toma de decisiones y reducir las desigualdades.
- Fomentar la colaboración con el sector educativo y los empleadores para promover la “alfabetización” en materia de agua y saneamiento en los planes de estudio y llevar a cabo evaluaciones y estudios de la fuerza de trabajo a nivel nacional para determinar las competencias más demandadas en el futuro y el uso de las tecnologías emergentes.
- Acelerar y ampliar los enfoques innovadores a través de políticas de apoyo, uso de tecnologías y su adaptación a los contextos locales.
- Maximizar la cooperación entre los diferentes sectores y a través de las fronteras nacionales con el fin de aumentar la eficacia de la gestión del agua y el saneamiento además de contribuir a la cohesión social y la paz internacional.

Por otro lado, medir la frecuencia en el suministro del agua, en lugar de medir únicamente el acceso a agua entubada en la vivienda, nos permite conocer de manera más específica la disponibilidad de agua en los hogares y entender el potencial efecto de la falta de agua en el bienestar de las familias. Asimismo, hace posible analizar las posibles inequidades que se derivan de la falta de acceso a este recurso vital. A pesar de que a nivel Nacional sólo 3.3% de los hogares no cuentan con acceso a agua entubada en su vivienda, más del 50% de los hogares reportan algún grado de intermitencia en el suministro de agua. Cabe destacar que, sin importar la frecuencia en el suministro de agua, 8 de cada 10 hogares almacena el agua que llega a la vivienda. Por ello, es necesario analizar los posibles efectos de los diferentes tipos de almacenamiento en la calidad del agua, e identificar soluciones que garanticen el acceso a agua inocua al interior de los hogares.

Utilización de los servicios de salud

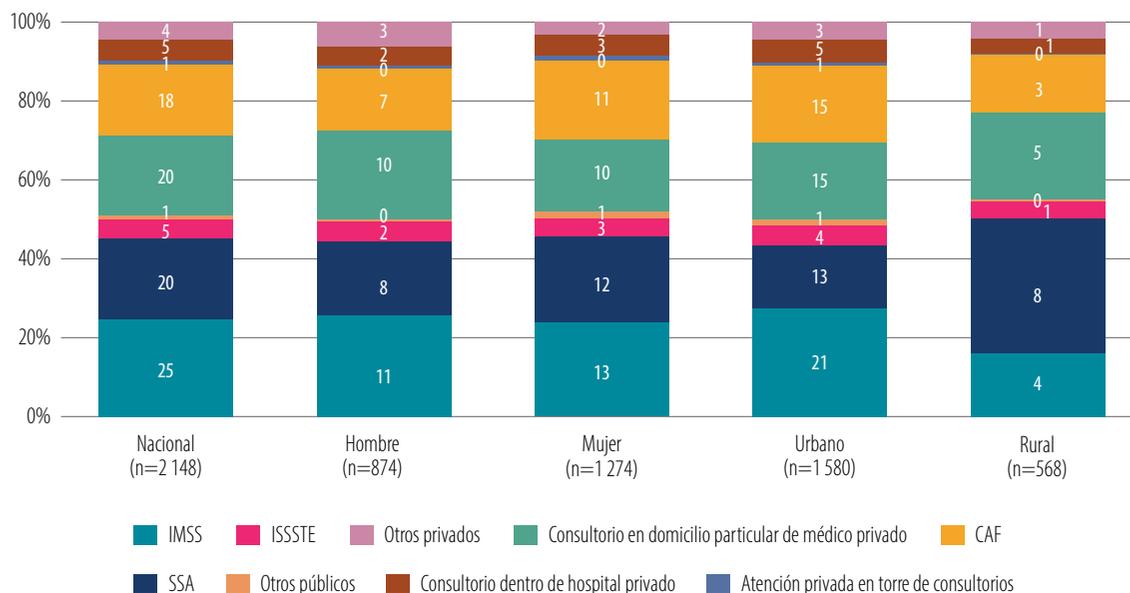
2.1 Utilización de los servicios de salud

Se entrevistó a una submuestra de 2 148 individuos que reportó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses y que fue atendida. Esta sección tiene como objetivo conocer el lugar donde la población se atendió; los motivos que tuvo para elegir el lugar de atención; los motivos que tuvo para no atenderse en el lugar de su derechohabencia o en servicios de la SSA; las condiciones que deberían cumplirse para que la población asista al lugar de derechohabencia o a SSA; los tiempos para llegar al lugar de atención, para ser atendido y duración de consulta, y los gastos asociados con la atención (transporte para llegar, consulta, medicamentos, estudios/laboratorios y otros gastos).

La figura 2.1.1 muestra el lugar donde se atendieron por la necesidad de salud reportada. A nivel nacional, 23.5% se atendió en el IMSS; 20% en el centro de salud u hospitales de la SSA; 20% en consultorios en domicilio particular de médico privado; 18% en CAF; 5% en el ISSSTE; 5% en consultorio dentro de un hospital privado, 4% en otros privados, y 1% en otros públicos. Por sexo, la distribución del lugar de atención es similar, aunque las mujeres asistieron más a CAF que los hombres. Por tipo de localidad, destaca que, en las áreas urbanas en comparación con las áreas rurales, asistieron más al IMSS y a CAF. En las áreas rurales asistieron más a servicios de la SSA en comparación con las áreas urbanas.

El cuadro 2.1.1 muestra los motivos por los cuáles la población eligió el lugar de atención. Por motivos de acceso, destaca que a nivel nacional el 32% lo hizo porque tiene afiliación; 24% por la cercanía; 7% porque la unidad ofrece el servicio que necesita; 6% por el bajo o nulo costo; 5% porque no necesario agendar cita; 5% porque el horario de atención es amplio. Por motivos de calidad, eligieron el sitio de atención porque le atienden rápido (4%) y le gusta cómo le atienden (4%). Por sexo y tipo de localidad, los patrones de distribución de motivos son similares, aunque destaca que en las localidades rurales sólo el 21% eligió el lugar porque tiene afiliación, siendo cercanía la razón más importante (23%) (cuadro 2.1.1).

■ **Figura 2.1.1.** Institución de salud dónde se atendió por la necesidad de salud reportada a nivel nacional, sexo y localidad. México, Ensanut Continua 2023



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SSA: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios adyacentes a farmacias; Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Desarrollo integral de la familia, y Otros privados incluyen a organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en mi domicilio, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista). Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 2.1.1.** Motivos de elección del lugar dónde se atendió a nivel nacional, por sexo y por localidad.* México, Ensanut Continua 2023

Motivo	Nacional (n=2 146)	Hombre (n=873) [‡]	Mujer (n=1 273)	Urbano (n=1 578) [§]	Rural (n=568)
Acceso (total)	88%	87%	89%	87%	92%
Tiene afiliación	32%	31%	33%	35%	21%
Está cerca	24%	24%	24%	25%	23%
Esta unidad ofrece el servicio que necesito	7%	6%	8%	6%	9%
Es barato/ no cuesta	6%	5%	7%	5%	12%
No es necesario agendar cita	5%	4%	5%	4%	8%
El horario de atención es amplio	5%	6%	4%	3%	10%
No tuve otra opción	4%	4%	3%	3%	5%
Se tardan poco en dar cita	3%	3%	3%	3%	3%
Es fácil agendar una cita	2%	2%	2%	2%	1%
Calidad (total)	12%	13%	11%	13%	8%
Le atienden rápido	4%	6%	3%	5%	3%
Le gusta cómo lo/a atienden	4%	4%	4%	5%	2%
Otros de calidad [#]	1.3%	1.7%	1.1%	1.4%	1.1%
Otro	2%	1%	3%	2%	1.7%

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Se consideró el primer motivo de elección. [‡] Diferencia no estadísticamente significativa entre hombre y mujer (valor $p=0.902$). [§] Diferencia estadísticamente significativa entre urbano y rural (valor $p<0.001$). [#] Incluye conoce al prestador de servicios de salud, recomendación del lugar/prestador, ya tenía cita
Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 2.1.2 muestra los motivos por los cuales la población no se atendió en el lugar de derechohabencia o en los servicios de la SSA. A nivel nacional, el 75% tuvo motivos relacionados con el acceso a los servicios; el 24% tuvo motivos relacionados con la calidad, y 1% otros motivos. En cuanto a los motivos de acceso destaca la distancia al lugar que le corresponde (24%) seguido de la asignación de una cita después de mucho tiempo (20%), el no contar con el servicio en el horario que lo necesitaba (9%) y la falta del servicio que necesitaba (8%). Respecto a los motivos de calidad, el principal motivo es el disgusto por la atención o el hecho de que el personal de atención no es amable (10%), también reportaron que no asisten porque la necesidad de salud está siendo atendida por un médico privado (5%), y por el largo tiempo de espera para pasar a consulta (4%) (cuadro 2.1.2).

Por sexo y por localidad, en general la distribución de motivos es similar que a nivel nacional. Para las mujeres y las localidades urbanas, la distribución de motivos es similar que a nivel nacional. Para los hombres, el principal motivo (22%) de acceso fue que le asignan una cita dentro de mucho tiempo, seguido de la distancia a donde le toca asistir (17%) y la falta de derechohabencia (10%). En las áreas rurales, los principales motivos fueron que les dan cita dentro de mucho tiempo (20%), no había servicio en el horario que lo necesitaban (18%) y la lejanía al lugar que les correspondía (17%) (cuadro 2.1.2).

■ **Cuadro 2.1.2.** Motivos para no atenderse en el lugar de derechohabencia o en la Secretaría de Salud, a nivel nacional, por sexo y por localidad.* México, Ensanut Continua 2023

Motivos	Nacional (n=1 012)	Hombre (n=423) [†]	Mujer (n=589)	Urbano (n=733) [§]	Rural (n=279)
Acceso (total)	75%	79%	72%	74%	79%
Está muy lejos el lugar donde me toca ir	24%	17%	30%	26%	17%
Me dan cita dentro de mucho tiempo	20%	22%	18%	20%	20%
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	9%	12%	6%	6%	18%
No tienen el servicio que necesito	8%	9%	8%	7%	14%
Me tengo que formar para recibir una ficha para que me den cita	6%	6%	6%	7%	1%
No tiene derechohabencia	6%	10%	3%	6%	7%
Desconocimiento de la existencia del servicio	1%	2%	0.1%	2%	0.04%
Trámites (no cumplimiento)	0.03%	0.05%	0.02%	0.04%	0%
Otros de acceso [‡]	1%	1%	1%	0%	2%
Calidad (total)	24%	21%	27%	25%	20%
No me gusta la atención que dan / no son amables	10%	11%	9%	10%	8%
Mi necesidad de salud ya está siendo atendida por un médico privado [§]	5%	4%	6%	6%	3%
El tiempo de espera para pasar a consulta es muy largo	4%	3%	4%	3%	7%
No dedican suficiente tiempo a la consulta	2%	1%	4%	3%	0.5%
En general no confío en el diagnóstico / tratamiento	2%	1%	4%	3%	1%
No me gustan las instalaciones	1%	1%	0.2%	0.5%	1%
Otro	1%	0.4%	1%	1%	0.2%

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Población que contestó la primera opción de motivo. † Diferencia no estadísticamente significativa entre hombre y mujer (valor $p=0.668$). § Diferencia estadísticamente significativa entre las localidades urbano y rural (valor $p<0.05$). ‡ Incluye pago de consultas, medicamentos, laboratorios, otros pagos y costo. § De la población que atendió su necesidad de salud con un médico privado: 52% no tenía derechohabencia, 39% era derechohabiente al Instituto Mexicano del Seguro Social y 7% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 2.1.3 muestra las condiciones que deberían cumplirse para que la población atienda su necesidad de salud en el lugar de su derechohabencia o en los servicios de la Secretaría de Salud. A nivel nacional, las principales condiciones de acceso fueron que les den una cita pronto (28%); que el sitio de atención estuviera más cerca (23%), y si hubiera servicio en el horario que lo necesita (12%). En cuanto a las condiciones de calidad, destacan si fueran amables (7%) y si el tiempo de espera para pasar a consulta no fuera tan largo (3%). Por sexo y localidad, la distribución de las condiciones fue similar que a nivel nacional. En general, la proporción de las condiciones de acceso es mayor que las condiciones de calidad (cuadro 2.1.3).

■ **Cuadro 2.1.3.** Condiciones que deberían cumplirse para atenderse en el lugar de derechohabencia o en la Secretaría de Salud, a nivel nacional, por sexo y por localidad.* México, Ensanut Continua 2023

Condiciones [†]	Nacional (n=1 028)	Hombre (n=429)	Mujer (n=599)	Urbano (n=743)	Rural (n=285)
Acceso (total)	83%	83%	84%	82%	87%
Si me dieran una cita pronto	28%	27%	28%	29%	24%
Si hubiera una clínica / hospital / centro de salud más cerca para atenderme	23%	19%	27%	23%	24%
Si hubiera el servicio en el horario en que lo necesito	12%	11%	13%	10%	18%
Si tuvieran el servicio que necesito	7%	9%	5%	6%	8%
Si no tuviera que formarme para recibir una ficha para que me den cita	6%	7%	5%	6%	6%
Si mi necesidad de salud pudiera ser atendida como lo está haciendo mi médico privado	4%	5%	3%	3%	5%
Si tuviera derechohabencia	3%	5%	1%	3%	1%
Trámite (cumplimiento)	0.1%	0.02%	0.1%	0.1%	0%
Otros de acceso [§]	1%	0.4%	2%	1%	2%
Calidad (total)	16%	16%	15%	16%	13%
Si fueran amables	7%	7%	6%	7%	3%
Si el tiempo de espera para pasar a consulta no fuera muy largo	3%	4%	3%	3%	4%
Si dieran un buen diagnóstico / tratamiento	2%	3%	2%	2%	2%
Si dedicaran suficiente tiempo a la consulta	2%	1%	2%	2%	0.3%
Si las instalaciones / equipo del lugar estuvieran bien	2%	1%	2%	1%	3%
No acudiría en ninguna circunstancia	1%	1%	0.4%	1%	0.1%
Otro	0.4%	0.1%	1%	1%	0.1%

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Población que contestó la primera opción de condición. [§] Diferencia no estadísticamente significativa entre hombre y mujer (valor p=0.850) y entre localidades urbanas y rurales (valor p=0.588). [†] Incluye sino tuviera que pagar consultas, medicamentos, laboratorios, otros pagos
Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 2.1.4 muestra los tiempos que reportó el entrevistado sobre el traslado de la casa a la unidad de salud, de espera para ser atendido y de la duración de la consulta. A nivel nacional, en promedio hicieron 32 minutos de traslado; esperaron 50 minutos para ser atendidos y duró 28 minutos la consulta. Los tiempos son similares por sexo y tipo de localidad, aunque en localidades rurales el tiempo de traslado fue mayor y el de espera fue ligeramente menor (cuadro 2.1.4).

■ **Cuadro 2.1.4.** Tiempos promedio de traslado a la unidad de servicio, de espera para ser atendido y de consulta a nivel nacional, por sexo y por localidad. México, Ensanut Continua 2023

Tiempo	Nacional		Hombre		Mujer		Urbano		Rural	
	min	n	min	n	min	n	min	n	min	n
De traslado de la casa a la unidad de salud	32.3	2 128	31.6	870	32.9	1 258	30.0	1 563	38.9	565
De espera en unidad antes de ser atendido en consulta	50.4	2 107	52.0	855	49.3	1 252	52.3	1 555	45.1	552
De consulta	28.2	2 080	29.6	844	27.2	1 236	27.6	1 529	29.6	551

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Los tiempos fueron restringidos a menos de 500 minutos; min: minutos
Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 2.1.5 muestra los gastos asociados a la atención recibida de los individuos, la proporción que reportó tener gastos y el monto que gastó. A nivel nacional, la mediana de gasto en traslados fue de 100 pesos; en atención 150 pesos; en medicamentos 450 pesos; en estudios 777 pesos, y 500 pesos en otros gastos médicos. Destaca que las mujeres gastaron menos que los hombres y que en áreas rurales los gastos fueron mayores en traslado, atención y medicamentos, que en áreas urbanas.

■ **Cuadro 2.1.10.** Gastos asociados con la atención recibida (proporción que gastó y monto) a nivel nacional, sexo y localidad. México, Ensanut Continua 2023

		Traslado	Atención	Medicamentos	Estudios	Otros gastos médicos
Nacional	Proporción	65%	51%	73%	65%	13%
	n	1 476	923	1 239	392	256
	Mediana	\$100	\$150	\$450	\$777	\$500
Hombre	Proporción	28%	22%	32%	30%	6%
	n	584	387	504	143	105
	Mediana	\$100	\$150	\$450	\$764	\$500
Mujer	Proporción	37%	28%	40%	35%	7%
	n	892	536	735	249	151
	Mediana	\$80	\$125	\$400	\$777	\$500
Urbano	Proporción	48%	37%	56%	16%	10%
	n	1 052	665	892	292	178
	Mediana	\$80	\$100	\$424	\$777	\$506
Rural	Proporción	17%	13%	16%	16%	3%
	n	424	258	347	100	78
	Mediana	\$100	\$200	\$450	\$777	\$300

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 2.1.6 muestra que, a nivel nacional, al 91% le prescribieron medicamentos, de éstos, el 85% consiguió todos y el 73% los consiguió en el mismo lugar dónde se atendió. Al 37% de los utilizadores de salud les solicitaron estudios o exámenes de laboratorio, de éstos, el 72% se realizó todos y el 50% lo hizo en el mismo sitio.

■ **Cuadro 2.1.6.** Proporción de la población atendida a la que le recetaron medicamentos, cuántos obtuvieron y en qué lugar. México, Ensanut Continua 2023

	Medicamentos	Estudios/laboratorios
Proporción con solicitud	91.0%	36.8%
Proporción que consiguió / realizó		
Todos	84.8%	71.6%
Algunos	10.7%	5.1%
Ninguno	4.5%	23.3%
Dónde los consiguieron		
Mismo sitio	73.1%	50.7%
Otro sitio, misma institución	1.1%	9.3%
Farmacia / laboratorio particular	25.8%	33.5%
Laboratorio de otra institución	No aplica	6.5%

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta
Fuente: Ensanut Continua 2023

Conclusiones Utilización de servicios de salud

El 25% de los utilizadores se atendió en el IMSS y del 49% que se atendió en el sector privado, destacan los consultorios en domicilio particular de médico privado y CAF. Tener afiliación, cercanía con un servicio de salud y ofrecer el servicio que se necesita, explican las principales razones por escoger el lugar dónde se atendió la población por una necesidad de salud. La distancia al lugar que le corresponde, el darles cita dentro de mucho tiempo, no tener el servicio que se necesita y no ser amables en la atención, son los motivos por los cuales la población no acude al lugar de su derechohabencia o a la SSA.

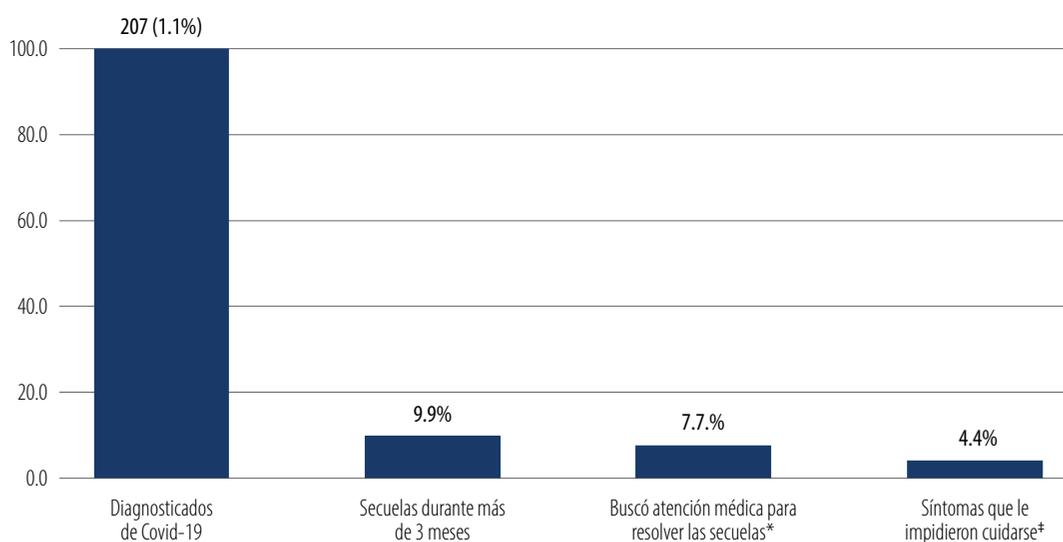
Covid-19

3.1 Casos positivos a Covid-19 (Cascada de secuelas por Covid-19)

El objetivo de esta sección es mostrar la población que fue diagnosticada con Covid-19 y la proporción que tuvo complicaciones por secuelas que duraron más de tres meses.

Las figuras 3.1.1 y 3.1.2 muestran la proporción de los entrevistados que fueron diagnosticados con Covid-19 de enero a la fecha de la entrevista de 2023, si presentó secuelas por más de tres meses, si buscó atención y si los síntomas le impidieron cuidarse. El 1.1% de la población entrevistada fue diagnosticada con Covid-19; de esta proporción el 9.9% tuvo secuelas por más de tres meses; el 7.7% buscó atención médica y el 4% reportó tener síntomas que le impidieran cuidarse.

■ **Figura 3.1.1.** Cascada de atención Covid-19 (n=207). México, Ensanut Continua 2023

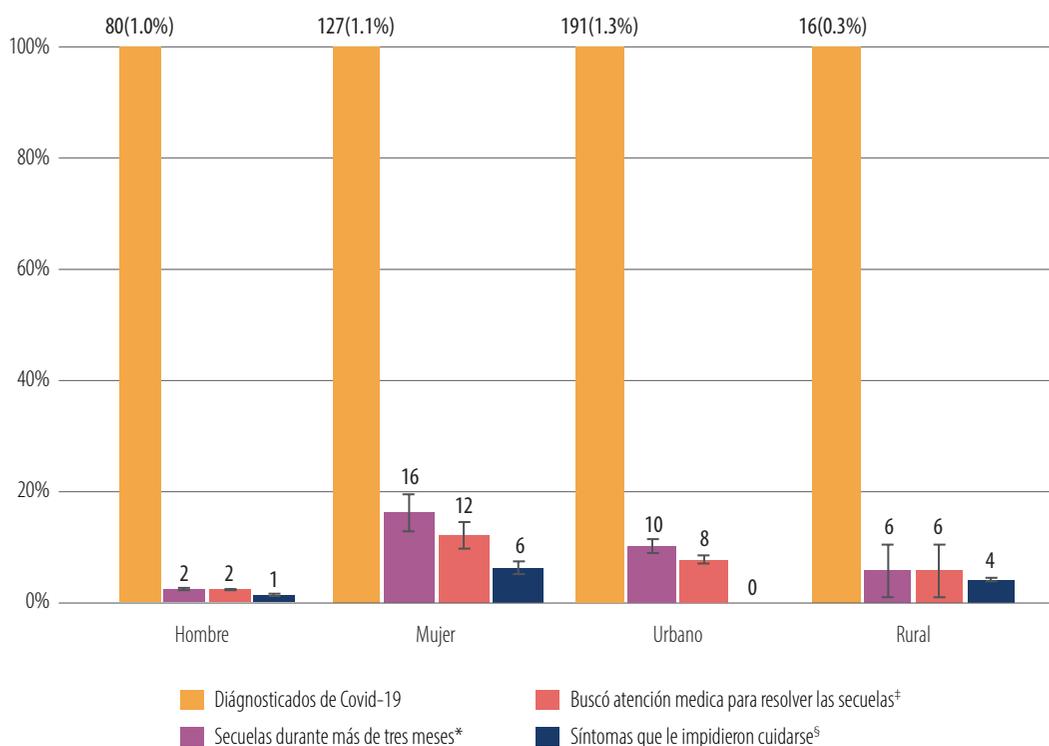


Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Estimación obtenida con 20 observaciones. ‡ Estimación obtenida con 7 observaciones
Fuente: Ensanut Continua 2023

Por sexo, el 1% de hombres y mujeres reportaron haber tenido diagnóstico de Covid-19 en 2023, en mayor proporción las mujeres reportaron tener secuelas por más de tres meses (16%) y en haber buscado atención médica para solucionarlas (12%), en comparación con los hombres (2 y 2%, respectivamente). El 6% de las mujeres y el 1% de los hombres, tuvieron síntomas que les impidieron cuidarse. Por localidad, en las áreas urbanas hubo una mayor proporción de diagnóstico de Covid-19 (10%), en comparación con áreas rurales (6%), lo mismo sucedió para quienes buscaron atención,

hubo una mayor proporción en localidades urbanas (8%) que en localidades rurales (6%). Sólo en áreas rurales tuvieron síntomas que les impidieron cuidarse (4%).

■ **Figura 3.1.2.** Cascada de atención Covid-19, por sexo y por localidad.
México, Ensanut Continua 2023



Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Estimaciones con 8 observaciones para hombre, 18 observaciones para mujer, 3 observaciones para urbano y 23 observaciones para rural. † Estimaciones con 7 observaciones para hombre, 13 observaciones para mujer, 17 observaciones para urbano y 3 observaciones para rural. ‡ Estimaciones con 2 observaciones para hombre, 5 observaciones para mujer, 7 observaciones para rural. Entre hombres y mujeres, existen diferencias estadísticamente significativas para la proporción que buscó atención y que tuvo síntomas que le impidió cuidarse. Entre localidades urbanas y rurales existen diferencias estadísticamente significativas para la proporción que fue diagnosticada por Covid-19, que buscó atención y que tuvo síntomas que le impidió cuidarse

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 3.1.1 muestra las secuelas de Covid-19 que prevalecieron durante tres meses. A nivel nacional, las principales secuelas fueron tos, fatiga, dificultad para respirar, y dolores en músculos o articulaciones. Por sexo, los síntomas que más tuvieron los hombres fueron tos, dolores en músculos/articulaciones, dolor de cabeza y fatiga; los síntomas que más tuvieron las mujeres fueron tos y fatiga. En las localidades urbanas, tuvieron más tos y fatiga, mientras que, en las localidades rurales, tuvieron más síntomas en pérdida o disminución del gusto y olfato.

■ **Cuadro 3.1.1.** Secuelas por más de tres meses en la población que tuvo Covid-19, a nivel nacional, sexo y localidad. México, Ensanut Continua 2023

Síntomas	Nacional	Hombre	Mujer	Urbano	Rural
Tos	79%	84%	78%	81%	30%
Fatiga	66%	69%	65%	68%	0%
Dificultad para respirar	50%	64%	48%	51%	30%
Dolores en músculos o articulaciones	49%	84%	45%	50%	30%
Dolor de cabeza	37%	74%	32%	38%	0%
Dolor en el pecho	34%	63%	31%	36%	0%
Falta de aire	33%	50%	31%	35%	0%
Fiebre	29%	0%	32%	30%	0%
Mareo	26%	54%	22%	26%	0%
Dificultad para pensar / concentrarse	20%	7%	22%	21%	0%
Pérdida o disminución del gusto	12%	12%	11%	9%	70%
Falta de hambre	10%	61%	4%	10%	0%
Ansiedad	6%	57%	0%	7%	0%
Insomnio	6%	57%	0%	7%	0%
Pérdida de peso	6%	57%	0%	7%	0%
Pérdida o disminución del olfato	4%	18%	2%	2%	70%
Depresión	3%	7%	3%	3%	0%

Nota: los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. A nivel nacional, estimaciones obtenidas con 26 observaciones. Por sexo, las estimaciones se hicieron con 8 observaciones para hombres y 18 observaciones para mujer. Por localidad, las estimaciones en áreas urbanas fueron 23 con observaciones y en áreas rurales con 3 observaciones
Fuente: Ensanut Continua 2023

Conclusiones Covid-19 (Cascada de secuelas por Covid-19)

El 1.1% de la población entrevistada fue diagnosticada con Covid-19 durante 2023, de los cuáles 9.9% manifestó tener secuelas por más de tres meses, 7.7% buscó atención médica para resolverlas, y 4% tuvo síntomas que le impidieron cuidarse. Quienes experimentaron secuelas por largo tiempo, las principales fueron tos, fatiga y dificultad para respirar.

Niños

4.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de Ensanut Continua 2023 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México, que establece para cada grupo de edad, los biológicos, el número e intervalo de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas para cada dosis,³⁴ así como los factores que influyen en la respuesta inmune y, por tanto, en la eficacia de las vacunas.

Algunas excepciones en el cálculo de la cobertura de vacunación obedecieron a la inclusión más reciente del biológico en el esquema de vacunación (vacuna antineumocócica) y al uso de diferentes esquemas para un mismo biológico (antirrotavirus).

Biológico: Se refiere a las vacunas. Contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y humoral.

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

Forma de medición de las coberturas de vacunación en niños y niñas de 12 a 35 meses de edad

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

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

- *BCG:* Dosis única; la edad mínima permitida es desde el primer día de nacido; sin embargo, se consideró como válida si se aplicó en algún momento durante el primer año de vida.
- *Anti-hepatitis B (HB):* Tres dosis, aplicadas durante el primer año de vida, con intervalo de tiempo mínimo de cuatro semanas entre la primera y la segunda dosis; y de ocho semanas entre la segunda y la tercera dosis. Las edades mínimas permitidas de la primera, segunda y tercera dosis son recién nacido, a las cuatro y a las 24 semanas de vida, respectivamente.

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

Cobertura de vacunación estimada con el Biológico “X”:

Número de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad que recibieron el biológico “X” durante el primer año de vida acreditado mediante CNS o DP

Total de niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad que acreditaron vacunación mediante CNA o DP.

Forma de medición de las coberturas de vacunación en niños y niñas de 5 a 6 años de edad

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

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

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

Resultados de cobertura de vacunación

Se obtuvo una muestra de 463 y 499 menores, que representan a 3 632 870 y 4 430 347 niños y niñas de 12 a 35 meses y de 5 a 6 años de edad, respectivamente. Al momento de la encuesta, la mitad (49.7%) de los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad contaban con algún tipo de documento con información para probar su estado de vacunación (CNS, CNV, DP); pese a que otro 34.0% refirió contar con el documento, pero no lo pudo mostrar al momento de la encuesta (cuadro 4.1.1).

El no contar con CNS fue más frecuente entre los niños de mayor edad (4.2% en niños y niñas de un año vs. 12.0% en los niños de cuatro años de edad) (cuadro 4.1.1).

■ **Cuadro 4.1.1.** Porcentaje estimado de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niñas y niños de 0 a 4 años de edad. México, Ensanut Continua 2023

Edad	Mostró		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No específica		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
0	1 466.2	49.4	518.5	26.2	41.4	2.1	115.9	5.9	325.7	16.5	1 980.4	100.0
1	1 753.8	57.0	672.5	35.3	5.8	0.3	80.8	4.2	61.8	3.2	1 907.5	100.0
2	1 451.6	45.4	702.9	40.7	7.0	0.4	143.2	8.3	88.8	5.1	1 725.4	100.0
3	1 849.3	41.4	973.0	41.2	5.1	0.2	212.4	9.0	192.9	8.2	2 359.7	100.0
4	1 812.3	55.9	591.7	26.8	1.0	0.0	265.6	12.0	116.8	5.3	2 211.4	100.0
Total	8 333.3	49.7	3 458.7	34.0	60.2	0.6	817.9	8.0	786.0	7.7	10 184.4	100.0

CNS: Cartilla Nacional de Salud
N (miles): Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut Continua 2023

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

■ Por biológico

La cobertura de vacunación estimada para BCG a nivel nacional alcanzó la meta de cobertura útil con 95.6% promedio global y comportamiento similar tanto en localidades urbanas como rurales (93.7 y 99.6%, respectivamente). Las otras vacunas que componen el esquema de vacunación mexicano antes de cumplir el primer año de vida tuvieron coberturas estimadas de 66.9% (IC95% 53.94,77.64) para tercera dosis de hepatitis B, 67.6% (IC95% 56.26,77.19) para tercera dosis de hexavalente, 84.8% (IC95% 76.29,90.62) para segunda dosis de rotavirus y 85.0% (IC95% 73.13,92.14) para segunda dosis de neumococo (cuadro 4.1.2). La cobertura de vacunación estimada para primera dosis triple viral, planeada al cumplir el primer año de vida, es de 72.1% (IC95% 60.15,81.48) (cuadro 4.1.2).

No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de cobertura de vacunación entre localidades urbanas y rurales. Por año de medición se aprecia el incremento en la estimación de cobertura de BCG entre 2022 y 2023 (78.5 y 95.57%, respectivamente) (figura 4.1.1).

■ **Cuadro 4.1.2.** Cobertura estimada de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de 1 y 2 años de edad,* según tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Zona de residencia	BCG		Hepatitis B (HB)		Pentavalente /Hexavalente (HV-PV)		Neumocócica (PCV)		Rotavirus (RV)		Triple Viral (SRP)		Esquemas al año cumplido		Esquemas hasta los dos años					
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	Completo [†]	Cuatro vacunas [‡]	Completo [†]	Cuatro vacunas [‡]				
													%	IC95%	%	IC95%				
Rural	99.6	98.06,99.92	59.5	46.32,71.51	63.1	48.71,75.41	77.3	55.42,90.32	76.7	63.39,86.23	76.4	60.26,87.39	13.7	3.03,44.78	21.0	6.55,50.16	25.2	12.93,43.41	37.9	21.47,57.71
Urbana [§]	93.7	84.35,97.65	70.2	52.35,83.42	69.7	54.49,81.48	88.4	73.89,95.37	88.4	77.87,94.33	70.1	53.84,82.44	59.7	41.51,75.51	59.7	41.51,75.51	49.1	33.69,64.75	49.5	34.04,64.97
Nacional	95.6	89.03,98.28	66.9	53.94,77.64	67.6	56.26,77.19	85.0	73.13,92.14	84.8	76.29,90.62	72.1	60.15,81.48	49.4	32.38,66.47	51.0	34.16,67.57	41.7	29.25,55.29	45.9	33.46,58.79

* Incluye a quienes presentaron Cartilla Nacional de Vacunación, Cartilla Nacional de Salud o algún documento probatorio de la vacunación

[†] Incluye BCG (dosis única), hepatitis B (3 dosis), pentavalente (3 dosis) o hexavalente (3 dosis), Anti-neumocócica (2 dosis), Antirrotavirus (2 dosis) y Triple viral-SRP (1 dosis)

[‡] Incluye BCG (dosis única), hepatitis B (3 dosis), pentavalente (3 dosis) o hexavalente (3 dosis) y triple viral-SRP (1 dosis)

[§] Incluye el área metropolitana

BCG: Vacuna Bacilo Calmette-Guérin

PV: Vacuna pentavalente contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la meningitis o neumonía por *haemophilus influenzae* tipo b y la poliomielitis

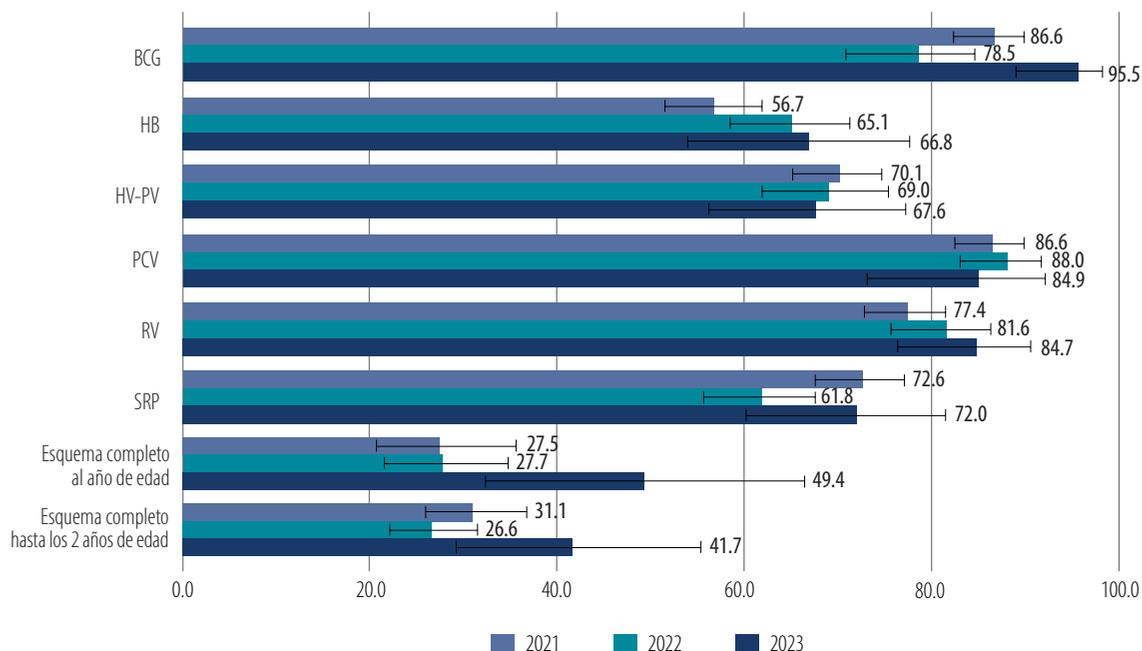
HV: Vacuna hexavalente contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la meningitis o neumonía por *haemophilus influenzae* tipo b, la poliomielitis y la hepatitis B

SRP: Vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Cuestionario de niños, Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.1.1.** Cobertura estimada de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de 1 y 2 años de edad. México, Ensanut Continua 2021-2023



■ *Por esquema de vacunación*

El 49.4% (IC95% 32.38,66.47) de los niños y niñas de un año de edad tuvieron esquema completo y en cuanto a los niños y niñas de uno y hasta dos años cumplidos. El 41.7% (IC95% 29.25,55.29) tuvieron esquema completo (cuadro 4.1.2). La tercera parte de los niños de uno y de dos años de edad tuvieron esquema de cuatro vacunas (cuadro 4.1.2).

No se identifican diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de cobertura por esquema completo en niños y niñas de un año de edad, entre localidades urbanas y rurales, aunque la prevalencia promedio puntual es menor en las localidades rurales (13.7% respecto de 59.7%, rural y urbano, respectivamente).

En general, en el 2023 se aprecia un incremento promedio del cumplimiento de esquema de vacunación completo respecto de lo alcanzado en 2022, aunque no son diferencias estadísticamente significativas (figura 4.1.1).

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

Las coberturas de vacunación con el esquema de cuatro vacunas se habían mantenido en cifras cercanas al 30% entre los años 2018 y 2022. En 2023, el esquema de cuatro vacunas tiene una prevalencia estimada de cobertura de vacunación de 51.0 y 45.9% en los niños y niñas de un año de edad y de hasta dos años de edad, respectivamente (estimaciones obtenidas con 235 observaciones) (figura 4.1.2).

Coberturas de vacunación en los niños y niñas de 5 y 6 años de edad

Similar a lo encontrado en los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad, el 43.8% de los padres o cuidadores de los niños y niñas de 5 a 6 años de edad pudieron documentar la vacunación mediante CNS, CNV o DP, seguido de un 39.9% que pese a tener el documento no le fue posible mostrarlo al momento de la encuesta (cuadro 4.1.3).

■ **Cuadro 4.1.3.** Distribución de la población de 5 y 6 años de edad, según posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut Continua 2023

Edad	Mostró		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No especifica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	878.4	42.8	995.0	48.5	32.7	1.6	137.7	6.7	8.8	0.4	2 052.5	100.0
6	1 060.3	44.6	773.2	32.5	7.9	0.3	339.6	14.3	196.9	8.3	2 377.8	100.0
Total	1 938.7	43.8	1 768.2	39.9	40.6	0.9	477.2	10.8	205.7	4.6	4 430.3	100.0

* Algún documento probatorio de la vacunación

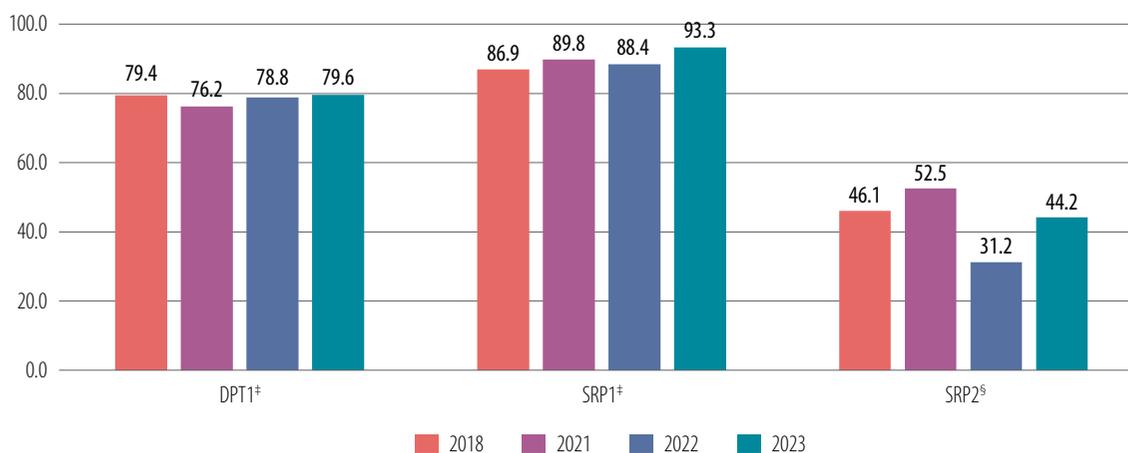
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Cuestionario de niños, Ensanut Continua 2023

■ Por biológico

En 2023, la cobertura de vacunación estimada en niños y niñas de 5 a 6 años es de 79.6% (IC95% 65.78,88.76), 93.3% (IC95% 84.92,97.21), y 44.2% (IC95% 30.51,58.85) para DPT primera dosis, SRP primera dosis y SRP segunda dosis, respectivamente. La diferencia tan amplia de cobertura entre la primera y la segunda dosis de SRP está en la amplia ventana de oportunidad de tiempo para recibir la primera dosis (desde el año de edad y hasta los cinco años), en tanto que para la segunda dosis se midió considerando dos años de oportunidad para vacunarse (figura 4.1.3).

■ **Figura 4.1.3.** Cobertura estimada de vacunación para DPT y SRP en niños y niñas de 5 a 6 años y 11 meses de edad que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación.* México, Ensanut Continua 2023



* Incluye a quienes mostraron algún documento probatorio de la vacunación

* Una dosis

^s Dos dosis

DPT: Vacuna triple bacteriana contra la difteria, la tos ferina y el tétanos; SRP: Vacuna triple viral contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis

Fuente: Ensanut-100K 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

Para el grupo de niños y niñas de 5 a 6 años de edad no se identificaron variaciones estadísticamente significativas en la tendencia de la cobertura de vacunación en el último quinquenio (figura 4.1.3).

4.2 Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de desarrollo infantil temprano

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, la salud maternoinfantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Adicionalmente es una condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.³⁵

Los primeros 1 000 días de vida, desde el embarazo hasta los dos años, son un periodo crítico para lograr el óptimo desarrollo y contribuye a la salud a lo largo de la vida. Por lo anterior, se debe promover la atención de las mujeres embarazadas y de las niñas y niños durante este periodo, con la finalidad de contribuir a la disminución de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años, así como mejorar la salud y nutrición maternoinfantil.

La NOM-007-SSA2-2016 establece al menos cinco consultas prenatales y la suplementación con ácido fólico y micronutrientes desde los tres meses previos al embarazo y durante toda la gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda proporcionar hierro elemental y ácido fólico, para prevenir anemia, sepsis puerperal, parto prematuro y, en la persona recién nacida, bajo peso al nacer y defectos del tubo neural.³⁶ La evidencia más reciente sugiere que, si la suplementación con hierro y ácido fólico se otorga con otros micronutrientes múltiples, se pueden mejorar otros resultados de salud infantil, y reducir el riesgo de mortalidad neonatal.³⁷

Se debe otorgar consejería sobre lactancia materna durante el embarazo, posparto y hasta 24 meses o más después del nacimiento, en al menos seis ocasiones de acuerdo con la OMS,³⁸ así como promover una ganancia adecuada de peso en el embarazo a través de una alimentación saludable y de la actividad física,³⁶ para evitar complicaciones en el parto y efectos negativos en la salud de la madre y la niña/o.³⁹

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño⁴⁰ estipula las condiciones y periodicidad de la atención integrada a las niñas/os menores de cinco años. En relación a la periodicidad la NOM establece que el neonato debe recibir dos consultas médicas, la niña/o menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses, mientras que las niñas/os de uno a cuatro años deben recibir una consulta cada seis meses.⁴⁰ La atención para niñas/os menores de cinco años considera la vigilancia de vacunación, atención del motivo de consulta, atención médica del niño sano (vigilancia de crecimiento y desarrollo en forma periódica), vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre. Adicionalmente estipula el contenido de las consultas de control de niño sano como consejería sobre los siguientes temas: lactancia, la forma de acostar a la niña/o, nutrición, higiene oral, enfermedades en las niñas/os, prevención de accidentes, juego y actividad física, habilidades de la niña/o de acuerdo con su edad, educación inicial, estimulación, lectura y depresión materna, etc. A la consulta del niño sano se debe integrar el diagnóstico de deficiencias de micronutrientes.⁴¹ La OMS recomienda la suplementación de hierro y micronutrientes a partir

de los seis meses de edad para prevenir, controlar y reducir la anemia y deficiencias de vitaminas y minerales.³⁷

En relación a la medición del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), el lineamiento de operación 2020 del componente Desarrollo en la Infancia⁴² estipula como objetivo general el promover el desarrollo integral de niñas/os en las instituciones públicas, privadas y en la comunidad; además en uno de sus objetivos específicos se detalla la evaluación del DIT mediante tamizaje para la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo y hacer referencia, así como tratamiento y rehabilitación de las niñas y los niños.

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

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

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

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Entrega de suplementos con ácido fólico durante el embarazo o posparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de dos años que recibieron tabletas con ácido fólico durante el embarazo o posparto	Número de madres de niñas/os menores de dos años que reportaron recibir tabletas con ácido fólico por personal de salud durante el embarazo o posparto	Número total de madres de niñas/os menores de dos años
Asistencia a consulta del niño sano	Porcentaje de niñas/os mayores de 11 meses con al menos ocho consultas del niño sano en el primer año de vida	Número de niñas/os mayores de 11 meses con al menos ocho consultas del niño sano en el primer año de vida	Número total de niñas/os de 1 a 4 años
Monitoreo de talla en niñas/os menores de cinco años	Porcentaje niñas/os menores de cinco años con monitoreo de talla	Número de niñas/os con monitoreo de talla	Número de niñas/os menores de cinco años
Monitoreo del peso en niñas/os menores de cinco años	Porcentaje de niñas/os menores de cinco años con monitoreo de peso	Número de niñas/os con monitoreo de peso	Número de niñas/os menores de cinco años
Entrega de suplementos con hierro y vitaminas a niñas/os de 6 a 59 meses	Porcentaje de niñas/os de 6 a 59 meses que recibieron polvos, tabletas, jarabes o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número de niñas/os de 6 a 59 meses que recibieron polvos, tabletas, jarabes o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número total de niñas/os de 6 a 59 meses
Evaluación de DIT en atención a la salud	Porcentaje de niñas/os menores de cinco años con al menos una evaluación de DIT, por ejemplo, la prueba EDI u otra prueba de evaluación de DIT	Número de niñas/os menores de cinco años con al menos una evaluación de DIT	Número total de niñas/os menores de cinco años

Para las estimaciones de control prenatal y suplementación en el embarazo de madres con niñas/os menores de dos años se utilizó una muestra de 444 observaciones, mientras que, para suplementación con hierro se consideraron 1 130 niñas/os de 6 a 59 meses, que es el rango de edad recomendado. Para consejería sobre lactancia materna se consideró la información de 939 mujeres con niñas/os menores de cinco años. Para el indicador de consulta del niño sano se consideró una muestra de 1 019 niñas/os mayores de 11 meses; adicionalmente, para monitoreo de talla y peso, así como evaluación del desarrollo infantil temprano y consejería en consulta se utilizó una muestra de 1 228 niñas/os menores de cinco años.

Salud materna

El cuadro 4.2.1 presenta los indicadores de atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas/os menores de dos años. El 66.2% de las madres de niñas/os menores de dos años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación, mientras que 89.2% de estas mujeres reportaron un control prenatal adecuado considerando un mínimo de cinco consultas prenatales y atención por personal del área médica. Adicionalmente, el 99.9% de estas mujeres fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. Las mujeres que residen en localidades urbanas tienen mayor prevalencia de control prenatal oportuno que aquellas que residen en localidades rurales (71.1 vs. 50.5%). No se observan diferencias estadísticamente significativas para el resto de los indicadores por sexo de la hija o hijo, escolaridad materna y tipo de localidad.

La figura 4.2.1 presenta la consejería otorgada a las madres de niñas/os menores de dos años ya sea en las consultas prenatales o durante la atención del parto. Las principales recomendaciones que recibieron estas mujeres fueron en relación con el uso de métodos anticonceptivos (88.3%), como tomar suplementos de hierro y ácido fólico (86.0%), dar leche materna y no dar fórmula

(86.0%), alimentación saludable en el embarazo y lactancia (85.2%), dar lactancia materna (82.7%) y complicaciones del embarazo (81.7%). Mientras que las recomendaciones menos frecuentes fueron información acerca de hacer actividad física en el embarazo y lactancia (72.0%), la ganancia de peso durante el embarazo (71.9%), y acerca de la depresión o la ansiedad posparto (62.1%).

■ **Cuadro 4.2.1.** Atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas y niños menores de dos años. México, Ensanut Continua 2023

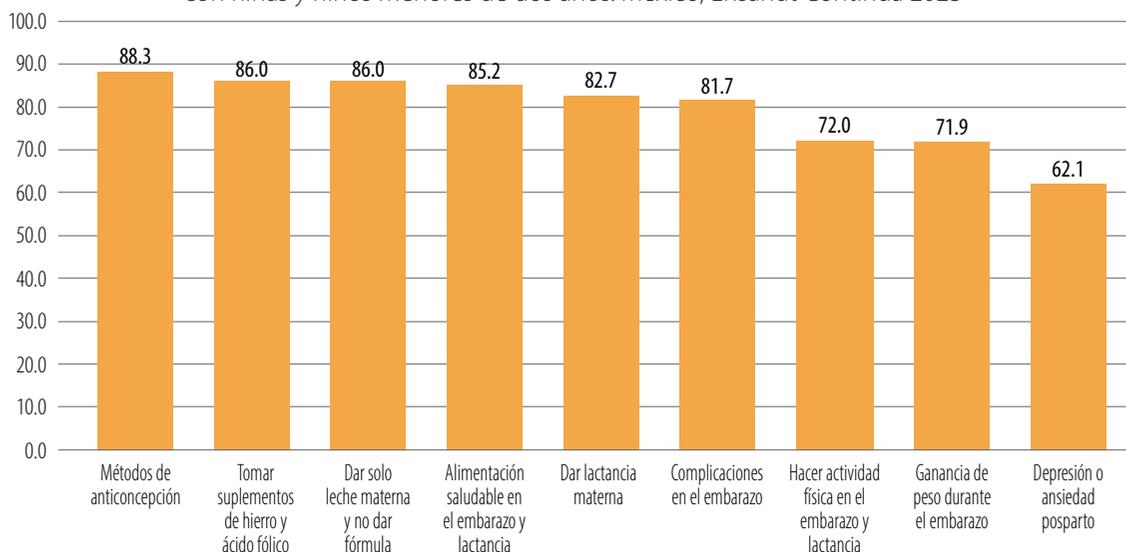
	Control prenatal oportuno			Control prenatal adecuado			Atención del parto por personal del área médica		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 553.8	66.2	60.9,71.1	3 508.4	89.2	85.4,92.2	3 920.8	99.9	99.6,100.0
Sexo									
Hombre	1 294.1	64.4	56.6,71.4	1 806.8	89.8	84.7,93.3	2 011.2	99.9	99.4,100.0
Mujer	1 259.7	68.2	62.4,73.5	1 701.7	88.7	82.2,93.0	1 909.6	99.9	99.3,100.0
Escolaridad materna									
Primaria o menos	431.7	55.2	43.3,66.6	704.7	89.3	83.0,93.4	781.4	100.0	-
Secundaria	813.7	62.8	55.9,69.2	1 174.1	89.2	84.9,92.4	1 316.4	100.0	-
Media superior	1 282.5	73.3	63.4,81.3	1 599.7	91.3	82.9,95.8	1 749.3	99.8	99.2,100.0
Tipo de localidad									
Rural	462.0	50.5	44.7,56.3	781.3	83.9	74.1,90.5	921.3	99.8	98.7,100.0
Urbana	2 091.8	71.1	64.5,76.9	2 727.2	90.9	86.7,93.8	2 999.5	99.9	99.6,100.0

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

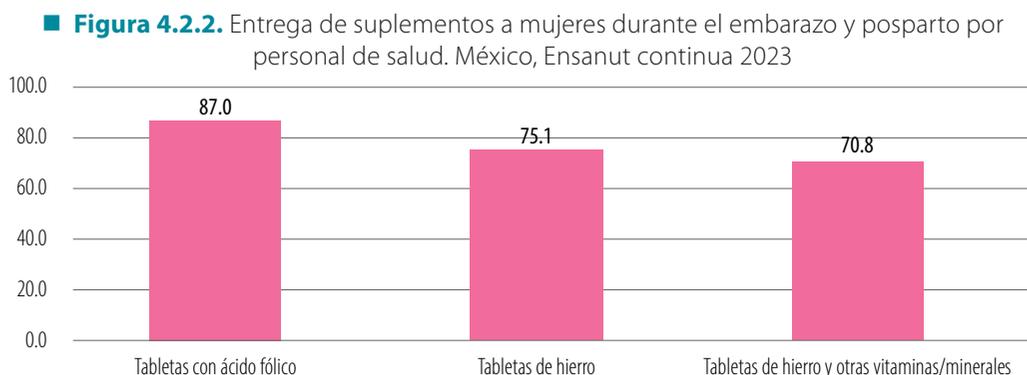
Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.2.1.** Consejería durante el embarazo o la atención del parto de mujeres con niñas y niños menores de dos años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

El porcentaje de entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo o posparto se muestra en la figura 4.2.2. El 87.0% de las mujeres recibieron tabletas de ácido fólico, 75.1% recibieron tabletas sólo con hierro y 70.8% tabletas con hierro y otras vitaminas/minerales.



Fuente: Ensanut Continua 2023

Salud infantil

El cuadro 4.2.2 presenta la prevalencia de niñas/os con por lo menos ocho consultas del niño sano en el primer año de vida. El 22.8% de las niñas/os mayores de 11 meses asistieron por lo menos a ocho consultas del niño sano durante su primer año de vida, siendo mayor la prevalencia para las hijas/os de madres con escolaridad media superior comparadas con aquellas hijas/os de madres con escolaridad primaria o menos (28.2 vs. 16.0%). No se observan diferencias significativas por sexo o tipo de localidad.

■ **Cuadro 4.2.2.** Prevalencia de niñas/os con por lo menos ocho consultas del niño sano en el primer año de vida. México, Ensanut Continua 2023

	Por lo menos 8 consultas del niño sano en el primer año de vida*		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 902.2	22.8	20.1,25.8
Sexo			
Hombre	978.6	23.3	19.1,28.1
Mujer	923.6	22.4	18.3,27.2
Escolaridad materna			
Primaria o menos	329.5	16.0	12.2,20.7
Secundaria	577.0	21.3	16.4,27.2
Media superior	958.2	28.2	23.4,33.7
Tipo de localidad			
Rural	481.5	22.3	17.7,27.7
Urbana	1 420.7	23.0	19.8,26.6

* Niñas/os mayores de 11 meses con por lo menos ocho consultas del niño sano de acuerdo con la recomendación de la NOM-031-SSA2-1999

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 4.2.3 presenta la prevalencia de por lo menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en niñas/os menores de cinco años, y el 30.0% de las niñas/os del país cuenta con al menos una evaluación de DIT. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, escolaridad materna o tipo de localidad para el indicador de evaluación de DIT.

■ **Cuadro 4.2.3.** Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023

	Evaluación de DIT		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	3 107.5	30.0	26.3,34.0
Sexo			
Hombre	1 661.3	31.8	26.8,37.1
Mujer	1 446.2	28.2	22.7,34.6
Edad			
0-11 meses	442.6	21.9	16.6,28.2
12 a 59 meses	2 664.9	32.0	27.7,36.6
Escolaridad materna			
Primaria o menos	830.5	35.1	28.9,41.9
Secundaria	1 028.6	31.0	24.6,38.2
Media superior	1 195.2	26.7	22.0,32.1
Tipo de localidad			
Rural	748.0	28.1	23.5,33.2
Urbana	2 359.5	30.7	26.1,35.8

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En el cuadro 4.2.4 se muestra que la gran mayoría de las niñas/os menores de cinco años que asistieron a consulta del niño sano fueron pesados (91.0%) y medidos (90.3%). De las niñas y niños de 6 a 59 meses, sólo el 61.6% recibió suplementos con hierro y vitaminas. La presentación más común del suplemento fue en jarabes o gotas (48.5%), seguido de polvos de micronutrientes (7.5%) y tabletas o gomitas (4.8%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad, escolaridad materna o tipo de localidad para los indicadores de medición de talla y peso, así como para entrega de suplementos con hierro.

Adicionalmente, la figura 4.2.3 presenta el porcentaje de las madres que recibieron consejería en la consulta del niño sano sobre la lactancia materna (79.0%), la forma de acostar a la niña/o (75.1%), nutrición (73.7%), higiene oral (71.8%), enfermedades en las niñas/os (70.5%), juego y actividad física (70.5%), habilidades del niño/a de acuerdo con edad (67.9%) y estimulación (67.1%). Adicionalmente los temas menos trabajados en la consejería de la consulta del niño sano fueron prevención de accidentes (67.0%), desnutrición, retraso del crecimiento y anemia (63.1%), sobrepeso o ganancia acelerada de peso (61.2%), lectura (57.8%), depresión materna (55.9%), educación inicial (55.5%), y evaluación de DIT (30%).

■ **Cuadro 4.2.4.** Porcentaje de monitoreo de talla, peso y entrega de suplementos a niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023

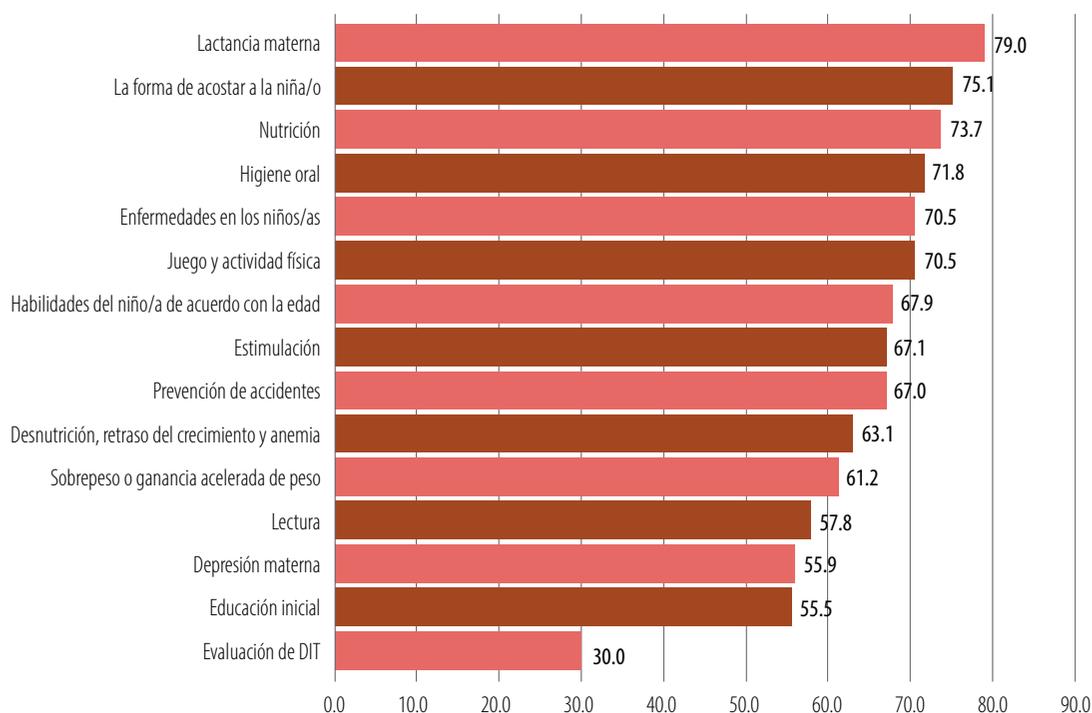
	Monitoreo de talla			Monitoreo del peso			Entrega de suplementos con hierro		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	9 342.6	90.3	87.7,92.3	9 414.0	91.0	88.3,93.0	9 246.7	61.6	57.4,65.6
Sexo									
Hombre	4 785.1	91.5	88.2,93.9	4 851.3	92.8	88.2,95.6	4 654.2	65.5	60.4,70.2
Mujer	4 557.6	89.0	84.9,92.1	4 562.7	89.1	85.3,92.0	4 592.5	57.7	50.9,64.1
Edad									
0-11 meses	1 755.0	86.7	78.5,92.1	1 759.1	86.9	77.3,92.8	921.1	47.8	37.3,58.4
12 a 59 meses	7 587.6	91.1	88.6,93.2	7 654.9	91.9	89.8,93.7	8 325.6	63.1	58.7,67.3
Escolaridad materna									
Primaria o menos	2 156.0	91.2	88.5,93.2	2 122.7	89.8	87.5,91.6	2 180.9	62.2	55.3,68.7
Secundaria	2 945.4	88.8	84.4,92.0	2 995.2	90.3	86.1,93.3	3 090.2	59.4	51.5,66.8
Media superior	4 068.3	91.0	85.8,94.5	4 123.3	92.3	86.7,95.6	3 803.5	62.0	55.4,68.2
Tipo de localidad									
Rural	2 323.1	87.3	85.8,88.6	2 356.3	88.5	83.9,91.9	2 362.3	60.6	52.0,68.5
Urbana	7 019.6	91.3	87.8,93.9	7 057.7	91.8	88.4,94.3	6 884.4	61.9	57.1,66.5

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.2.3.** Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Las mujeres con niñas/os menores de cinco años reportan que el personal de salud le habló de lactancia en promedio en 3.7 consultas desde que nació su bebé. En la figura 4.2.4 se presenta la información que el personal de salud les ha dado sobre lactancia materna y alimentación complementaria. El 87.5% de las mujeres refiere que le explicaron por cuánto tiempo dar sólo pecho al niño/a, al 85.3% le explicaron hasta qué edad amamantar al niño/a además de dar otros alimentos, al 75.9% le explicaron cómo iniciar la alimentación complementaria. Sólo al 71.4% le preguntaron si tenía algún problema para amamantar y le dieron alguna recomendación y al 59.4% le explicaron cómo dar suplementos de vitaminas, hierro y otros minerales a su niña/o.

■ **Figura 4.2.4.** Información sobre lactancia materna y alimentación complementaria a mujeres con niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

4.3 Educación

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

Desde la reforma educativa de 2019, la educación inicial es obligatoria ya que es un derecho de la niñez y se establece que el Estado la impartirá y garantizará como parte de la educación básica. La educación inicial se imparte en tres modalidades: escolarizada, semiescolarizada y no escolarizada.⁴³ El propósito de la educación inicial es propiciar el desarrollo cognitivo, físico, afectivo y social de las niñas/os; adicionalmente, se brinda orientación a las madres y padres de familia o a los cuidadores como guía en la educación de niñas y niños.⁴⁴

En México, la educación preescolar es obligatoria y forma parte de la educación básica que atiende a niñas y niños de 3 a 5 años desde 2002; principalmente se ofrece en las modalidades general

(jardines de niños), indígena (currículum intercultural bilingüe) y comunitaria (localidades rurales con menos de 500 habitantes). A nivel nacional, el programa de estudios se basa en competencias que las niñas/os deben desarrollar y se organiza en seis campos formativos: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, desarrollo físico y salud, desarrollo personal y social, así como expresión y apreciación artística.⁴⁵

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

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

Adicionalmente, se presentan figuras de barras que ilustran la prevalencia de las razones de no asistencia a programas de cuidado o educación para la primera infancia y preescolar. Para las estimaciones de asistencia a programas de cuidado o educación inicial se consideró una muestra de 673 niñas/os de 0 a 35 meses, mientras que para las estimaciones de asistencia a preescolar se utilizó una muestra de 555 niñas/os de 36 a 59 meses.

A nivel nacional, el 10.2% de las niñas/os de 0 a 35 meses asiste a algún programa de cuidado o educación inicial, mientras que el 59.1% de las niñas/os de 36 a 59 meses asiste a preescolar (cuadro 4.3.1). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo o tipo de localidad para ambos indicadores.

■ **Cuadro 4.3.1.** Asistencia de niñas/os menores de cinco años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia. México, Ensanut Continua 2023

	Asistencia a programas de cuidado o educación inicial (niños/as de 0 a 35 meses)			Asistencia a preescolar (niños/as de 36 a 59 meses)		
	Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	580.0	10.2	7.5,13.9	2 767.4	59.1	53.4,64.5
Sexo						
Hombre	324.5	11.3	7.0,17.8	1 439.7	61.2	53.5,68.4
Mujer	255.5	9.2	5.9,14.0	1 327.7	56.9	49.8,63.7
Tipo de Localidad						
Rural	163.7	10.9	7.1,16.4	643.1	55.3	45.8,64.3
Urbana	416.2	10.0	6.6,14.9	2 124.3	60.3	53.5,66.7

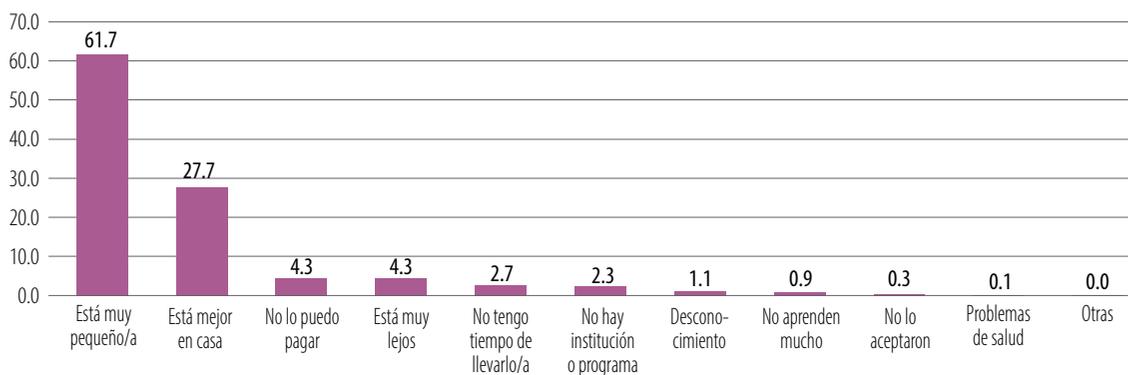
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

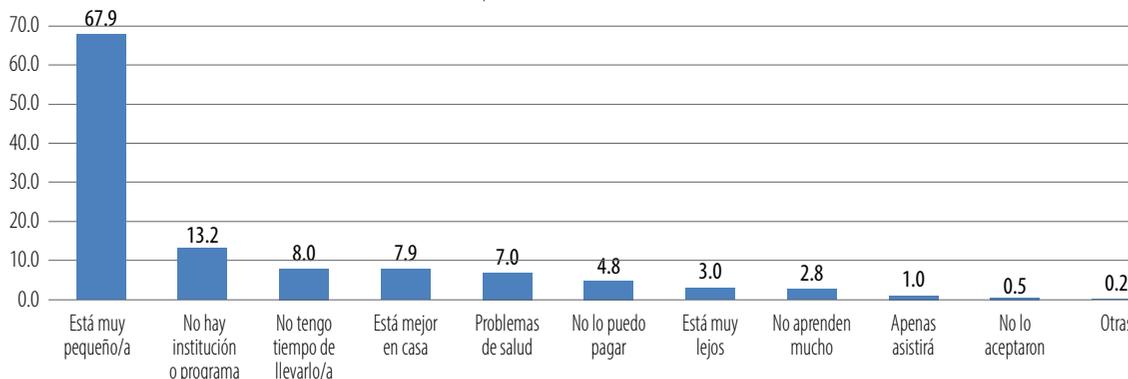
La figura 4.3.1 presenta las principales razones por las que las niñas/os de 0 a 35 meses no acuden a algún programa de cuidado o educación inicial. Las principales razones de no asistencia son: está muy pequeño para asistir (61.74%) y está mejor en casa (27.69%). La figura 4.3.2 presenta las principales razones de no asistencia a preescolar para las niñas/os de 36 a 59 meses; las principales razones son: está muy pequeño para asistir (67.87%), no hay institución o programa (13.20%) y no tengo tiempo (7.99%).

■ **Figura 4.3.1.** Razones por las que niñas/os de 0 a 35 meses no asisten a servicios de cuidado/ educación inicial. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.3.2.** Razones por las que niñas/os de 36 a 59 meses no asisten a preescolar. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

4.4 Desarrollo Infantil Temprano

El Desarrollo Infantil Temprano es el proceso ordenado y predecible a lo largo del cual una niña/o aprende a manejar niveles más complejos de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás. Los dominios vitales para el desarrollo general de las niñas/os son el crecimiento físico, las habilidades de alfabetización y conocimientos numéricos, el desarrollo socioemocional y la

disposición de aprender.⁴⁶ Dada la importancia del tema se incluyó en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en específico el indicador 4.2.1, que estipula la medición del porcentaje de niñas/os menores de cinco años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.⁴⁷

Para la medición del indicador 4.2.1 de los ODS se usa el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI 2030). Para calcular el ECDI 2030, se utilizó un módulo de 20 preguntas desarrollado y validado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en donde madres o cuidadores primarios informan sobre el comportamiento, habilidades y conocimientos de sus hijas/os. El ECDI 2030 mide el porcentaje de niñas/os de 24 a 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.⁴⁸

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

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

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

Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña/o tiene un Desarrollo Infantil Temprano adecuado en alguno de los tres dominios evaluados por separado, ya que el instrumento no fue diseñado para ser utilizado a nivel individual o con fines diagnósticos.⁴⁸ Para las estimaciones del porcentaje de niñas/os con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial se contó con una muestra de 784 niñas/os de 24 a 59 meses.

En el cuadro 4.4.1 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano de niñas y niños de 24 a 59 meses. A nivel nacional, el 79.5% de las niñas/os tiene un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. Las niñas y niños de 24 a 35 meses tienen una proporción mayor de desarrollo adecuado en los dominios evaluados que las niñas y niños de 48 a 59 meses (85.6 vs. 70.8%). Asimismo, las niñas y niños en localidades urbanas presentan una mayor proporción de desarrollo adecuado (81.1%), comparados con sus pares en localidades rurales (75.2%). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, asistencia a programas de educación inicial o preescolar ni escolaridad materna.

■ **Cuadro 4.4.1.** Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI2030) en niñas/os de 24 a 59 meses. México, Ensanut Continua 2023

	Índice de Desarrollo Infantil Temprano		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	5 103.7	79.5	76.3,82.4
Sexo			
Hombre	2 466.8	76.7	71.6,81.0
Mujer	2 636.9	82.4	77.8,86.2
Edad			
24-35 meses	1 482.2	85.6	77.7,91.0
36-47 meses	1 980.1	83.7	78.1,88.0
48-59 meses	1 641.4	70.8	64.7,76.2
Asistencia a educación temprana			
No asiste	2 569.6	77.3	71.3,82.4
Asiste	2 534.0	81.9	77.8,85.3
Escolaridad materna			
Primaria o menos	1 173.7	74.5	66.7,81.0
Secundaria	1 560.8	78.0	72.4,82.7
Media superior o más	2 254.8	83.0	77.7,87.3
Tipo de localidad			
Rural	1 301.4	75.2	71.0,78.9
Urbana	3 802.3	81.1	76.9,84.7

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

4.5 Calidad en el contexto

Durante la primera infancia el cerebro se desarrolla rápidamente, por lo que la exposición a contextos e interacciones de calidad constituye uno de los principales determinantes del desarrollo de la niña/o.^{49,50} Adicionalmente, las prácticas de crianza, que forman parte de la calidad del contexto, incluyen el manejo del comportamiento de las niñas/os y el uso de distintos métodos de disciplina, como métodos no violentos y violentos. Los primeros incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas/os y adultos, mientras que los métodos de disciplina violentos incluyen estrategias punitivas basadas en el castigo físico y la intimidación verbal.

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas/os a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.⁵¹⁻⁵³ La meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establece como uno de sus indicadores de monitoreo

a la proporción de niñas/os entre 1 y 17 años que ha experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes.

Por otra parte, se ha comprobado que dejar a las niñas/os solos o en presencia de otras niñas/os pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.⁵⁴

Algunos indicadores importantes de la calidad del contexto en el hogar son la presencia de libros infantiles en el hogar, la participación de los adultos en el hogar en actividades de estimulación y aprendizaje con la niña/o, así como el acceso a diferentes tipos de juguetes disponibles en el hogar. Además, en la Ensanut Continua 2023 a nivel nacional se midió la exposición a métodos violentos de disciplina para la población de 1 a 4 años y se utilizó el Módulo de Disciplina de las encuestas MICS de Unicef, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disciplina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. También se incluyeron en el cuestionario de niños de 0 a 9 años dos preguntas para identificar si las niñas/os menores de cinco años fueron dejados solos en el hogar o al cuidado de otras niñas/os menores de 10 años en la semana previa a la entrevista. Todas las preguntas se aplicaron a las madres de las niñas/os, o cuidadoras/es primarias cuando la madre no formaba parte del hogar.

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

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

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

* Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés)

Adicionalmente, se presentan dos gráficas de barras sobre el tipo de juguetes que usa la niña/o, por ejemplo, juguetes caseros, comprados en una tienda/manufacturados, objetos del hogar (platos, ollas, etc.) o que se encuentran fuera del hogar (como palos, piedras y hojas) y el promedio de tipos de juguetes con los que juegan las niñas/os de acuerdo con el grupo de edad. Para las estimaciones de exposición a métodos de disciplina se utilizó una muestra de 1 019 niñas/os de uno a cuatro años, mientras que para las estimaciones del resto de indicadores se usó una muestra de 1 228 niñas/os de cero a cuatro años.

El cuadro 4.5.1 presenta las actividades de estimulación y los materiales de aprendizaje disponibles, para niñas/os menores de cinco años. El 86.0% de las niñas/os menores de cinco años participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje. En promedio, algún adulto miembro del hogar realizó 7.2 actividades de estimulación con la niña/o menor de cinco años. El menor porcentaje de niñas/os con apoyo al aprendizaje es en niñas/os de 0 a 35 meses (80.6%) y residentes de localidades rurales (80.0%). Adicionalmente, el 39.3% de las niñas/os menores de cinco años cuentan con por lo menos tres libros infantiles en el hogar, mientras sólo el 8.6% cuentan con 10 libros infantiles o más, y el 37.4% de las niñas/os menores de cinco años no cuentan con libros infantiles en el hogar. El mayor porcentaje de niñas/os sin libros infantiles es en las niñas/os de 0 a 35 meses (51.5%) y residentes de localidades rurales (46.9%). No se observan diferencias estadísticamente significativas en el resto de los indicadores por sexo o escolaridad materna.

El cuadro 4.5.2 muestra los tipos de juguetes con los cuales juegan las niñas/os en diferentes edades. Pocas niñas/os de 0 a 11 meses tienen juguetes de cualquier tipo, el 13.1% de las niñas/os juega con juguetes manufacturados o comprados en una tienda. Entre las niñas/os de 12 a 23 meses los tipos de juguetes más usados son los objetos del hogar u objetos encontrados fuera del hogar (21.2%). El 22.0% de las niñas/os de 24 a 35 meses juegan con juguetes caseros; mientras que el 27.0% de las niñas/os de 36 a 47 meses juega con objetos del hogar y el 25.1% de las niñas/os de 48 a 59 meses juegan con juguetes caseros.

■ **Cuadro 4.5.1.** Actividades de estimulación y materiales de aprendizaje en niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023

	Niños/as menores de cinco años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más			Promedio de actividades que realizaron los niños/as menores de cinco años con al menos un miembro adulto del hogar			Niños/as menores de cinco años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar			Niños/as menores de cinco años sin libros infantiles en el hogar				
	N (miles)	%	IC95%	Media	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	8 899.0	86.0	83,987.8	7.2	6.85,7.45	4 069.9	39.3	35,143.7	894.7	8.6	6.1,12.1	3 869.2	37.4	34,240.7
Sexo														
Hombre	4 636.8	88.7	86,090.8	7.0	6.70,7.39	1 961.9	37.5	33,142.2	376.5	7.2	4.6,11.1	1 874.2	35.8	31,340.7
Mujer	4 262.2	83.3	79,886.2	7.3	6.83,7.69	2 108.0	41.2	35,247.4	518.3	10.1	7.2,14.1	1 995.0	39.0	34,943.2
Edad (meses)														
0-35	4 563.8	80.6	77,583.3	6.5	6.16,6.92	1 391.1	24.6	20,029.8	286.2	5.1	3.5,7.3	2 916.4	51.5	46,956.1
36-47	2 163.7	91.4	87,994.0	7.8	7.40,8.29	1 314.9	55.6	48,962.0	266.8	11.3	6.7,18.3	561.3	23.7	18,529.9
48-59	2 171.5	93.6	89,796.1	7.9	7.25,8.63	1 363.8	58.8	50,866.4	341.8	14.7	9.4,22.3	391.5	16.9	12,422.6
Escolaridad materna														
Primaria o menos	2 007.5	84.9	80,788.3	6.9	6.50,7.34	932.6	39.4	31,747.8	340.5	14.4	8,224.0	959.0	40.6	34,247.2
Secundaria	2 737.4	82.5	78,386.0	6.8	6.29,7.37	1 087.7	32.8	26,839.4	137.4	4.1	2,27.5	1 382.5	41.7	36,547.1
Media superior o más	4 001.1	89.5	85,392.7	7.6	7.15,8.04	1 987.5	44.5	38,151.1	391.7	8.8	5,912.8	1 450.9	32.5	27,637.8
Tipo de localidad														
Rural	2 128.6	80.0	77,482.3	6.5	6.07,6.86	820.8	30.8	27,034.9	93.6	3.5	2,45.1	1 247.7	46.9	43,450.3
Urbana	6 770.4	88.1	85,490.3	7.4	7.02,7.75	3 249.0	42.3	36,847.9	801.2	10.4	7,115.0	2 621.5	34.1	30,238.2

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
 IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
 Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 4.5.2.** Tipos de juguetes con los que juegan los niños/as de acuerdo con la edad al momento de la entrevista. México, Ensanut Continua 2023

Edad	Juguetes de una tienda/ manufacturados			Objetos del hogar/objetos encontrados fuera del hogar			Juguetes caseros		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
0 a 11 meses	1 213.3	13.1	10.7,16.0	489.7	6.5	4.7,8.9	340.2	9.2	6.4,13.1
12 a 23 meses	1 818.4	19.6	17.3,22.2	1 596.6	21.2	18.1,24.7	706.7	19.0	15.8,22.8
24 a 35 meses	1 640.1	17.7	14.8,21.1	1 542.9	20.5	17.1,24.4	815.4	22.0	17.3,27.5
36 a 47 meses	2 309.7	24.9	22.1,27.9	2 030.3	27.0	23.4,30.9	918.6	24.8	20.0,30.3
48 a 59 meses	2 282.5	24.6	21.6,28.0	1 871.7	24.9	21.5,28.5	930.3	25.1	20.4,30.4

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

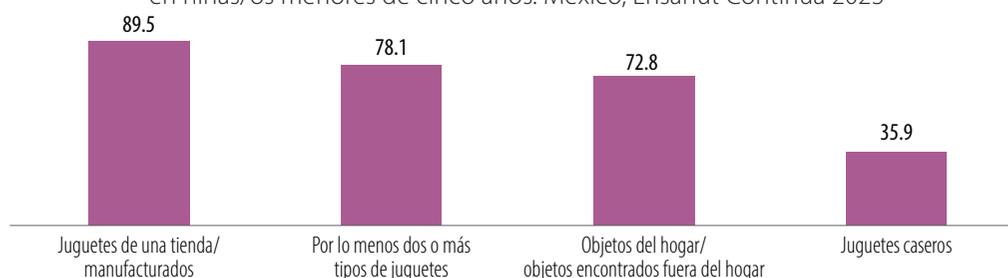
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En la figura 4.5.1 se observa que 89.5% de las niñas/os menores de cinco años juegan con juguetes manufacturados o comprados en tienda, 72.8% juega con objetos del hogar o encontrados fuera del hogar y 35.9% juegan con juguetes caseros. El 78.1% de las niñas/os menores de cinco años juegan con dos o más tipos de juguetes.

En la figura 4.5.2 se observa que las niñas/os de 0 a 11 meses en promedio juegan con un sólo tipo de juguete mientras que en los demás grupos de edad (entre menores de cinco años) juegan con dos tipos de juguetes.

■ **Figura 4.5.1.** Tipos de juguetes y acceso a por lo menos dos tipos de juguetes en niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.5.2.** Promedio de tipo de juguetes con los que juegan las niñas/os menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

En el cuadro 4.5.3 se observa que el 36.8% de las niñas/os fueron expuestas exclusivamente a métodos de disciplina no violenta. El 35.3% de las niñas/os sufre agresión psicológica dentro del hogar y el 31.4% de las niñas/os reciben algún castigo físico; mientras que el 3.5% de las niñas/os reciben castigo físico severo. El mayor porcentaje de niñas/os expuestas a cualquier castigo físico (38.7%) y castigo físico severo (9.3%) se presenta en las niñas/os residentes de localidades rurales. El 46.1% de las niñas/os son disciplinados mediante algún método violento (ya sea física o psicológica). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo o escolaridad materna para ninguno de los indicadores.

El cuadro 4.5.4 presenta las actitudes de aceptación de los métodos de disciplina violenta usados en niñas/os de 1 a 4 años. El 9.5% de las madres aceptan que los métodos de disciplina violenta se utilicen en las niñas/os de 1 a 4 años. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, escolaridad materna o tipo de localidad para este indicador.

■ **Cuadro 4.5.4.** Actitudes de aceptación hacia los métodos de disciplina violenta usados en niñas/os de uno a cuatro años. México, Ensanut Continua 2023

	Actitudes hacia la disciplina violenta		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	787.3	9.5	7.9,11.3
Sexo			
Hombre	408.9	9.7	8.3,11.3
Mujer	378.5	9.2	6.5,12.9
Escolaridad materna			
Primaria o menos	205.7	10.0	7.2,13.7
Secundaria	227.2	8.4	5.1,13.6
Media superior o más	354.4	10.4	7.9,13.7
Tipo de localidad			
Rural	241.4	11.2	9.4,13.3
Urbana	545.9	8.9	6.9,11.3

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El cuadro 4.5.5 presenta la distribución de los métodos de cuidado usados en niñas/os menores de cinco años en la última semana. El 5.9% de las niñas/os menores de cinco años fueron dejados solos durante la última semana y el 3.9% de las niñas/os fueron dejados al cuidado de una niña/o menor de 10 años en la última semana. El 8.5% de las niñas/os recibieron cuidado inadecuado (los dejaron solos o al cuidado de otra niña/o menor de 10 años) en la última semana.

■ **Cuadro 4.5.3.** Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas/os de 1 a 4 años en el último mes. México, Ensanut Continua 2023

	Disciplina no violenta			Agresión psicológica			Cualquier castigo físico			Castigo físico severo			Cualquier método violento de disciplina		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sexo															
Hombre	1 470.9	35.0	30.9,39.2	1 433.1	34.1	29.5,38.9	1 546.9	36.8	31.7,42.2	77.0	1.8	0.8,4.2	2 071.2	49.2	44.2,54.3
Mujer	1 592.9	38.7	32.7,45.0	1 502.6	36.5	30.8,42.6	1 069.4	26.0	20.9,31.8	213.0	5.2	2.9,9.2	1 767.7	42.9	36.8,49.2
Escolaridad materna															
Primaria o menos	762.8	37.0	29.6,45.2	659.3	32.0	25.3,39.6	549.8	26.7	18.5,36.9	39.5	1.9	1.5,2.5	862.1	41.9	33.9,50.3
Secundaria	1 087.4	40.2	33.8,46.9	746.2	27.6	21.9,34.0	901.5	33.3	27.8,39.3	120.8	4.5	1.6,11.9	1 156.7	42.7	37.0,48.7
Media superior o más	1 195.3	35.2	29.9,40.9	1 464.1	43.2	37.5,49.0	1 134.3	33.4	27.8,39.6	119.9	3.5	2.1,5.9	1 749.9	51.6	45.7,57.4
Tipo de localidad															
Rural	769.8	35.7	31.7,39.8	710.7	32.9	29.0,37.2	834.7	38.7	34.8,42.7	201.2	9.3	6.0,14.2	998.4	46.3	42.0,50.6
Urbana	2 294.1	37.2	32.7,42.0	2 225.1	36.1	31.4,41.1	1 781.6	28.9	24.4,33.8	88.8	1.4	0.6,3.5	2 840.6	46.1	41.1,51.1

N (miles); Frecuencia expandida/1 000
 IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
 Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 4.5.5.** Distribución porcentual de métodos de cuidado usados en niñas/os menores de cinco años en la última semana. México, Ensanut Continua 2023

	Niños/as menores de cinco años que fueron dejados solos			Niños/as menores de cinco años que fueron dejados al cuidado de otro menor			Niños/as menores de cinco años con cuidado inadecuado		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	610.1	5.9	3.5,9.6	399.3	3.9	2.7,5.6	881.9	8.5	5.8,12.3
Sexo									
Hombre	252.1	4.8	2.6,8.8	209.3	4.0	2.4,6.5	397.9	7.6	4.5,12.5
Mujer	357.9	7.0	3.4,13.7	190.0	3.7	2.4,5.7	484.0	9.5	5.7,15.4
Edad (meses)									
0-11	48.1	2.4	0.8,6.7	117.2	5.8	2.5,12.7	129.7	6.4	3.0,13.2
12-59	562.0	6.8	3.9,11.3	282.0	3.4	2.4,4.8	752.2	9.0	6.1,13.3
Escolaridad materna									
Primaria o menos	207.8	8.8	4.1,17.9	57.8	2.4	0.9,6.4	225.3	9.5	4.7,18.4
Secundaria	208.1	6.3	2.7,13.7	152.0	4.6	2.7,7.6	300.5	9.1	5.1,15.6
Media superior o más	194.2	4.3	2.2,8.6	184.3	4.1	2.3,7.3	350.9	7.9	5.0,12.0
Tipo de localidad									
Rural	214.6	8.1	2.5,22.8	69.4	2.6	1.5,4.4	260.4	9.8	3.8,23.1
Urbana	395.4	5.1	3.2,8.2	329.8	4.3	2.8,6.6	621.5	8.1	5.6,11.5

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

4.6 Enfermedades diarreicas

Se evaluaron los episodios de EDA que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años durante las dos semanas previas a la entrevista, así como información relacionada, contenida en la sección Enfermedades diarreicas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la Ensanut Continua 2023. La información sobre la ocurrencia de este episodio se recabó de la siguiente pregunta “¿Ha tenido diarrea (nombre) en las últimas dos semanas?”, y se consideraron las categorías “Sí” y “No”. Se estimó el porcentaje de esta ocurrencia. También se estimó el porcentaje de acuerdo con el tipo de localidad: rural si la localidad tenía menos de 2 500 habitantes y urbana si tenía 2 500 o más. Las estimaciones a nivel nacional y por tipo de localidad se compararon con las estimaciones reportadas en la Ensanut 2018 y las Ensanut 2021 y 2022. También se estimaron porcentajes de ocurrencia de acuerdo con las siguientes regiones: Norte, Centro y Sur, y los estados de Guanajuato y Sinaloa.

Se estimaron las prevalencias de EDA por año cumplido y sexo. Las estimaciones por sexo se compararon con las estimaciones de la Ensa 2000, Ensanut 2006, 2012 y 2018, y con las Ensanut Continua 2021 y 2022. La información sobre la cantidad de alimentos proporcionados durante el episodio de EDA se recabó con la pregunta “Sin considerar la leche, ¿Ahora que (nombre) ha tenido (o tuvo) diarrea...”, con las siguientes categorías de respuesta: 1) continuó dando la misma cantidad

de alimentos?; 2) le dio más cantidad de alimentos; 3) le dio menos cantidad de alimentos; 4) suspendió todos los alimentos, y 5) aun no le da otro tipo de alimentos. Se compararon los resultados con los de las encuestas mencionadas en la variable previa.

Para este reporte se analizaron datos de 1 214 niñas y niños, que representan a una población estimada de 10 179 627 niñas y niños en México (cuadro 4.6.1).

■ **Cuadro 4.6.1.** Tamaño muestral y población expandida para el análisis de enfermedad diarreica en niñas y niños menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	207	1 980 449
1 año	234	1 899 713
2 años	229	1 733 158
3 años	256	2 316 426
4 años	288	2 249 881
Total	1 214	10 179 627

En la Ensanut Continua 2023 se estimó que 7.1% de las niñas y los niños menores de cinco años presentaron enfermedad diarreica durante las dos semanas previas a la entrevista, en comparación con el año 2018, en que se estimó en 11.8%. El porcentaje estimado fue mayor en localidades urbanas (7.8%) que en las rurales (5.2%), mientras que en los años 2018, 2021 y 2022 el porcentaje fue mayor en las localidades rurales (figura 4.6.1).

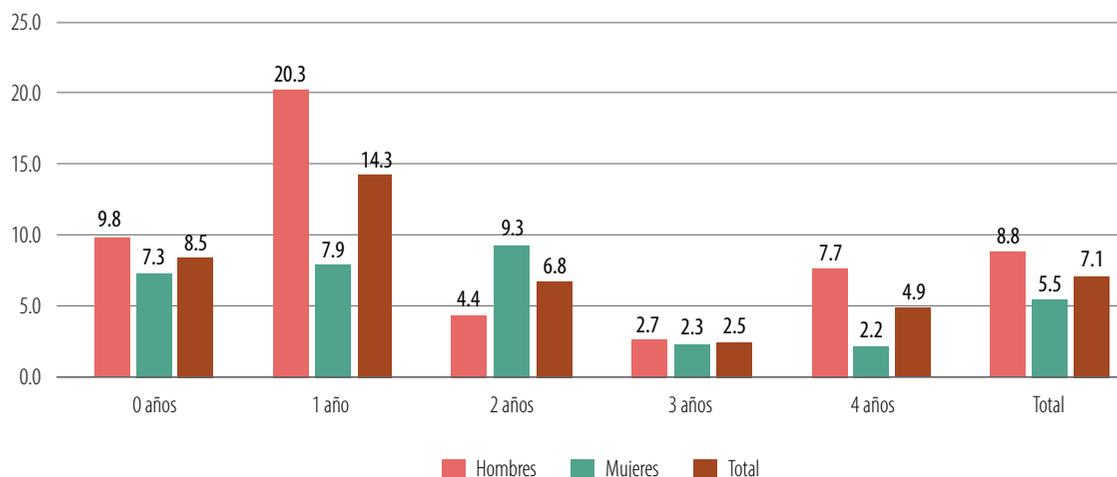
■ **Figura 4.6.1.** Porcentaje estimado de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años según tipo de localidad.



Fuente: Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

Se estimó que 8.8% de los niños y 5.5% de las niñas presentaron enfermedad diarreica las dos semanas previas a la entrevista. Las prevalencias más elevadas se estimaron en niños de un año (20.3%) y las niñas de dos años (9.3%) (figura 4.6.3).

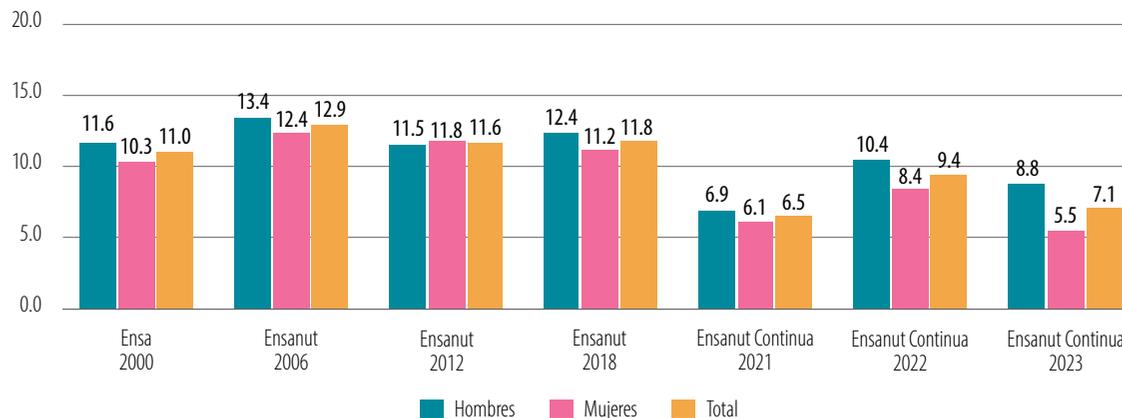
■ **Figura 4.6.2.** Porcentaje estimado de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años según edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Del 2000 al 2023, de acuerdo con las encuestas nacionales, el porcentaje de niñas y niños con enfermedad diarreica aguda ha sido similar en ambos sexos. Sólo en el 2022 y el 2023 se observan pequeñas diferencias (figura 4.6.3).

■ **Figura 4.6.3.** Prevalencia estimada de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años según edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensa 2006, Ensanut 2006, 2012 y 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

En cuanto a las prácticas de alimentación, las personas cuidadoras de las niñas y los niños menores de cinco años que presentaron enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista, las prácticas autorreportadas como más frecuentes fueron administrar la misma cantidad de alimentos (49.4%) y administrar menos cantidad (45.9%). En menor proporción, aún no le daban otro tipo de alimentos (3.5%) o administraban una mayor cantidad (1.2%). Ninguna persona reportó haber suspendido todos los alimentos (cuadro 4.6.2).

■ **Cuadro 4.6.2.** Cantidad de alimentos administrados a niñas y niños menores de cinco años durante el episodio de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista. México, Ensanut Continua 2023

Cantidad de alimentos	n muestra	Total		
		Porcentaje estimado		
		N (miles)	%	IC95%
La misma cantidad	59	356.7	49.4	29.2,71.9
Más cantidad	4	8.8	1.2	0.3,4.5
Menos cantidad	45	331.9	45.9	27.4,65.7
Suspendió todos los alimentos	0	0.0	----	----
Aun no le da otro tipo de alimentos	3	254.4	3.5	0.4,23.6

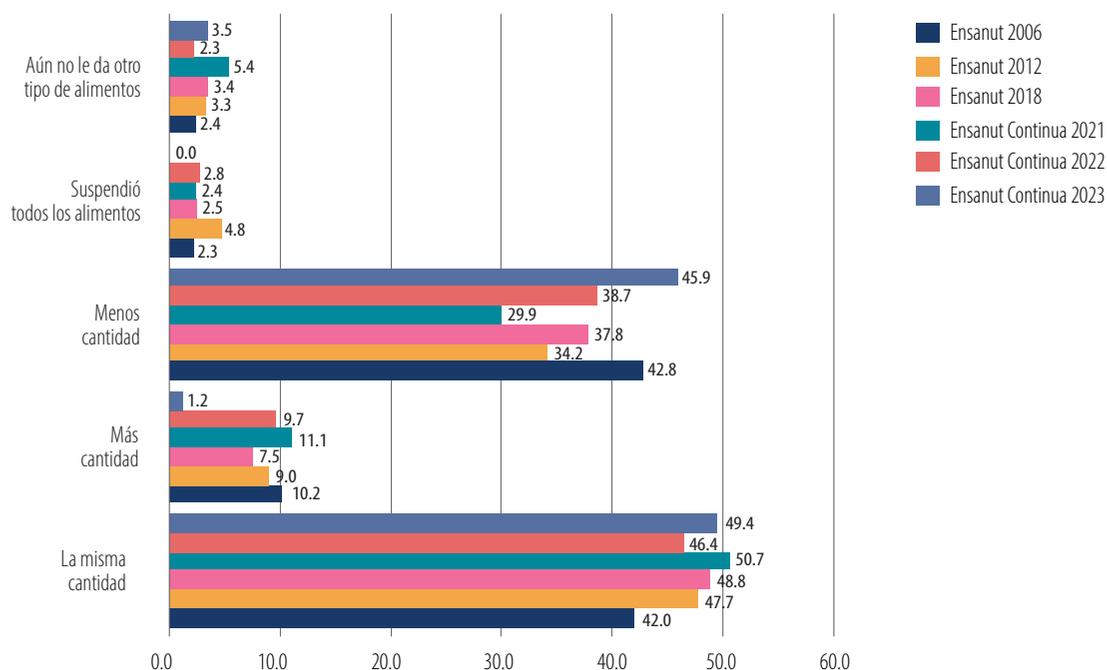
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En comparación con los resultados de las encuestas previas, administrar la misma cantidad de alimentos sigue siendo la práctica más común; seguido de administrar menos cantidad. Sin embargo, en el 2023, la estimación en esta última fue mayor (45.9%) respecto de años anteriores y similar a la estimación del 2006 (42.8%). En el 2023, el porcentaje estimado para administrar más cantidad de alimentos ha sido el más bajo, en comparación con los años previos. Del 2006 al 2023, entre 2.3 y 5.4% de las madres y personas cuidadoras, reportaron que aún no le daban algún alimento diferente a la leche a las niñas y niños (figura 4.6.4).

■ **Figura 4.6.4.** Porcentaje estimado de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años según la cantidad de alimentos administrados. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2006, 2012 y 2018, Ensanut continua 2021, 2022 y 2023

4.7 Infecciones respiratorias agudas

Se estimó el porcentaje de los episodios de infección respiratoria aguda que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años durante las dos semanas previas a la entrevista. La información fue recabada mediante autorreporte de las madres y personas cuidadoras en la sección Infecciones respiratorias agudas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la Ensanut Continua 2023. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta “¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos (nombre) en las últimas dos semanas?”; se consideraron las categorías “Sí” y “No”. Se compararon los resultados de la Ensanut Continua 2023 con los obtenidos de las encuestas previas: Ensanut 2012 y 2018, Ensanut 2021 sobre Covid-19 y Ensanut Continua 2022. Se estimaron porcentajes de acuerdo el tipo de localidad: rural, si tenía menos de 2 500 habitantes, y urbana, si tenía 2 500 o más habitantes. Se compararon las estimaciones de la Ensanut Continua 2023 con las de la Ensanut 2018, Ensanut 2021 sobre Covid-19 y Ensanut Continua 2022. Asimismo, de acuerdo con las siguientes regiones: norte, centro y sur, y los estados de Guanajuato y Sinaloa. Se estimaron las prevalencias por año cumplido y sexo. La información sobre la identificación de signos de alarma en niñas y niños menores de cinco años debido a la infección respiratoria aguda por la madre o persona cuidadora, se recabó con la pregunta “¿Qué molestias debe tener (nombre) cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo/a lleve inmediatamente al médico?”, con las siguientes categorías de respuesta, con la posibilidad de que se seleccionaran hasta cinco opciones de respuesta: 1) respira rápido; 2) tiene dificultad para respirar; 3) no come, ni bebe; 4) se pone frío; 5) se ve más enfermo; 6) más de tres días con calentura; 7) le salga pus del oído, 8) le aparecieron puntos blancos en la garganta; 9) otras molestias; 10) no responde, y 11) no sabe. Las estimaciones de la identificación de signos de alarma se compararon con las observadas en las Ensanut 2012 y 2018, la Ensanut 2021 sobre Covid-19 y la Ensanut Continua 2022.

Para este reporte se analizaron datos de 1 210 niñas y niños, que representan a una población estimada de 10 105 278 niñas y niños en México (cuadro 4.7.1).

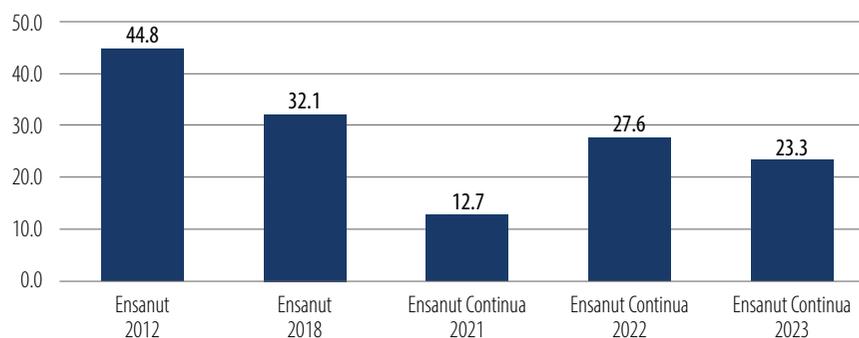
■ **Cuadro 4.7.1.** Tamaño muestral y población expandida para el análisis de infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años. México, Ensanut Continua 2023

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	206	1 974 243
1 año	233	1 867 378
2 años	229	1 733 158
3 años	255	2 290 462
4 años	287	2 240 037
Total	1 210	10 105 278

De acuerdo con la Ensanut Continua 2023, se estimó que 23.3% de las niñas y los niños menores de cinco años presentó al menos un episodio de infección respiratoria aguda durante las dos semanas previas a la encuesta. En comparación con el porcentaje estimado en la Ensanut 2012 (44.8%), se

observa que en el 2023 es menor. La prevalencia puntual de menor magnitud fue la estimada en la Ensanut 2021 (figura 4.7.1).

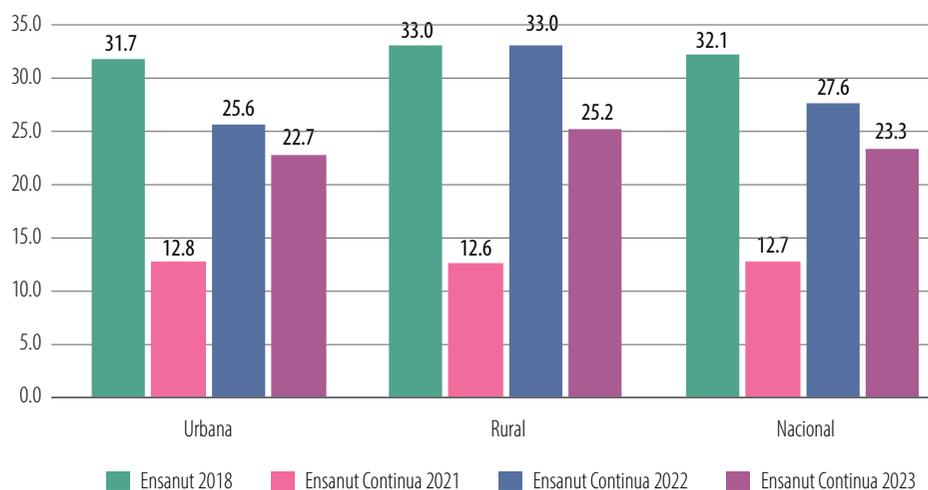
■ **Figura 4.7.1.** Porcentaje estimado de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años por año de encuesta. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2012 y 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

En el 2023, el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años que presentaron infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista fue similar en localidades urbanas (22.7%) y rurales (25.2%). Las estimaciones en las encuestas previas también han sido similares en ambos tipos de localidades (figura 4.7.2).

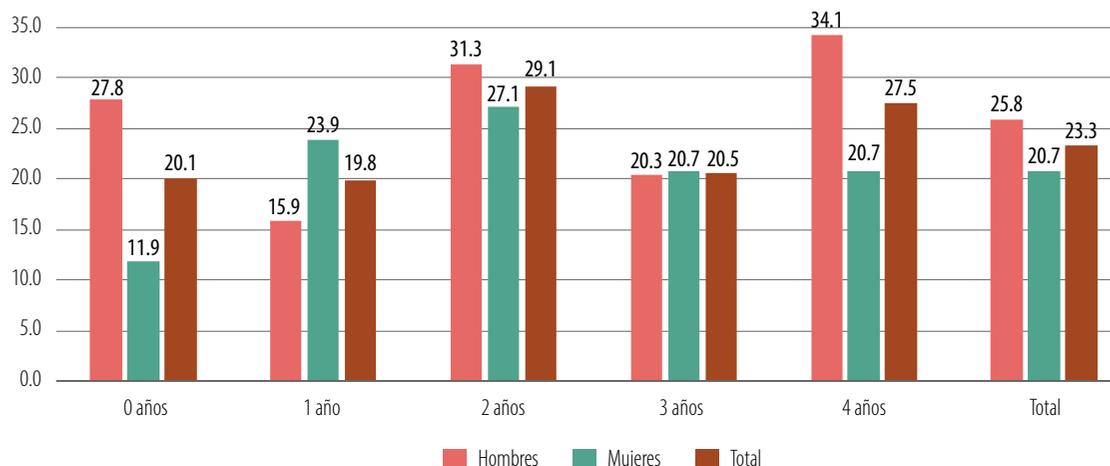
■ **Figura 4.7.2.** Porcentaje estimado de niñas y niños menores de cinco años que presentó infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista según tipo de localidad, por año de encuesta. México Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

La infección respiratoria aguda ocurrida en las dos semanas previas a la entrevista fue más frecuente en niñas y niños de dos (29.1%) y cuatro años (27.5%), similar tanto en hombres (25.8%) como en mujeres (20.7%). Al diferenciar por sexo, se observa que entre los niños, el porcentaje puntual fue mayor en el grupo de cuatro años, mientras que entre las niñas, fue mayor en el grupo de dos años (figura 4.7.3).

■ **Figura 4.7.3.** Porcentaje estimado de infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista en niñas y niños menores de cinco años según edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

La identificación de signos de alarma en casos de infección respiratoria aguda, por las madres y personas cuidadoras de las niñas y los niños menores de cinco años que presentaron esta infección en las dos semanas previas a la entrevista, fue variada. Un 36.1% identificó el tener dificultad para respirar; 35.9%, el respirar rápido; 23.7%, verse más enfermo; 22.9%, tener más de tres días con calentura; 21.9%, el no comer ni beber; 11.2%, ponerse frío; 3.4%, aparecer puntos blancos en la garganta; 2.1%, salir pus del oído. En los distintos grupos de edad, los signos de alarma más identificados fueron la dificultad para respirar y respirar rápido (cuadro 4.7.2).

Asimismo, al comparar las estimaciones de la Ensanut Continua 2023 con las estimadas en las encuestas previas, se observa que los signos más frecuentemente identificados son la dificultad para respirar y respirar rápido, seguidos por verse más enfermo y tener calentura por más de tres días. Y se identifican con menor porcentaje el no comer ni beber, ponerse frío, aparecer puntos blancos en la garganta y salir pus del oído (figura 4.7.4).

■ **Cuadro 4.7.2.** Porcentaje estimado de identificación de los signos de alarma* por madres o personas cuidadoras de niñas y niños menores de cinco con infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista según grupo etario. México, Ensanut Continua 2023

Signos de alarma*	0 años			1 año			2 años			3 años			4 años			Total								
	n [†]	N (miles)	%	n [†]	N (miles)	%	n [†]	N (miles)	%	n [†]	N (miles)	%	n [†]	N (miles)	%	n [†]	N (miles)	%						
Respira rápido	59	794.0	40.2	28,353.4	72	488.6	26.1	175,372.2	72	762.1	44.0	33,355.2	63	779.3	34.0	254,439.9	87	802.5	35.8	272,455.5	353	3,626.5	35.9	306,415.5
Tiene dificultad para respirar	81	806.4	40.9	30,352.3	88	705.3	37.8	288,476.6	88	706.3	40.8	29,553.1	76	634.8	27.7	203,366.6	98	798.6	35.7	280,441.1	431	3,651.4	36.1	309,417.7
No come ni bebe	35	334.7	17.0	9,728.1	52	532.9	28.5	20,438.4	44	314.0	18.1	12,226.0	54	526.3	23.0	155,327.7	53	501.4	22.4	15,431.4	238	2,209.4	21.9	18,425.8
Se pone frío	22	298.6	15.1	8,924.5	14	113.2	6.1	2,414.2	23	194.6	11.1	4,824.2	26	260.9	11.4	5,721.5	29	265.0	11.8	6,520.7	114	8,972.9	11.2	81,154.4
Se ve más enfermo	55	358.3	18.2	12,126.3	69	414.3	22.2	14,532.4	69	492.1	28.4	18,740.5	73	528.9	23.1	150,339.9	73	596.3	26.6	182,371.1	339	2,389.9	23.7	18,729.4
Más de tres días con calentura	44	358.6	18.2	11,028.5	52	401.6	21.5	13,233.1	58	480.2	27.7	17,141.6	62	468.9	20.5	145,285.5	66	600.6	26.8	172,393.3	282	2,309.9	22.9	18,727.7
Le sale pus del oído	5	26.7	1.4	0,539.9	3	13.2	0.7	0,227.7	3	74.8	4.3	1,016.9	4	85.3	3.7	0,913.7	3	16.7	0.7	0,227.7	18	216.7	2.1	1,045.5
Le aparecen puntos blancos en la garganta	2	2.3	0.1	0,005.5	2	7.1	0.4	0,117.7	8	82.2	4.7	20,107.7	11	203.1	8.9	4,118.3	4	45.0	2.0	0,661.1	27	339.8	3.4	1,959.9
No responde	1	4.6	0.2	0,017.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	32.4	1.4	0,277.7	1	1.7	0.1	0,006.6	4	38.7	0.4	0,116.6
No sabe	6	57.1	2.9	0,711.2	5	55.4	3.0	2,044.4	5	8.3	0.5	0,212.2	2	8.1	0.4	0,115.5	4	12.9	0.6	0,217.7	22	141.7	1.4	0,728.8

* Se admitió más de una opción de respuesta

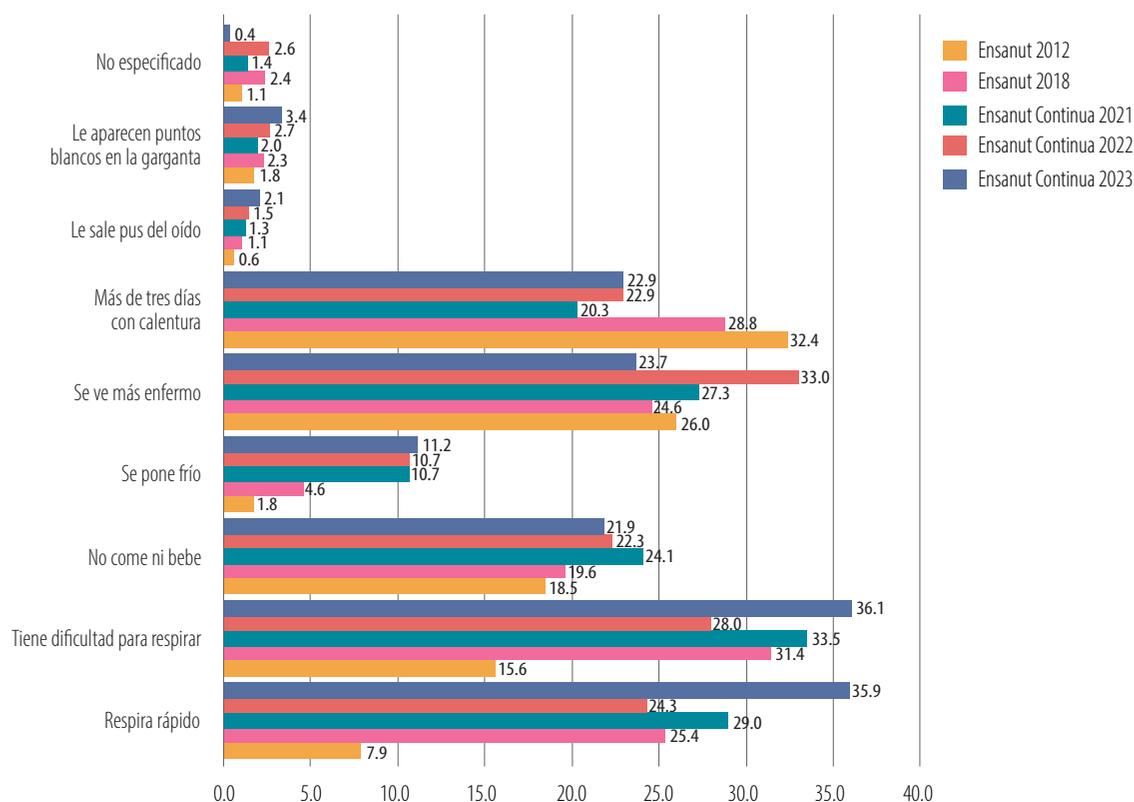
† n muestra

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.7.4.** Porcentaje estimado de identificación de los signos de alarma* por las madres o personas cuidadoras de niñas y niños menores de cinco con infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista, por año de encuesta. México, Ensanut Continua 2023



* Se admitió más de una opción de respuesta

Fuente: Ensanut 2012 y 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

4.8 Accidentes

Los accidentes, catalogados como lesiones no intencionales, son un problema de salud pública importante en nuestro país, debido al elevado número de defunciones y discapacidad⁵⁵ que producen. El INEGI reportó para el 2022, 37 450 personas fallecidas por esta causa, lo que representa el 4.4% del total de defunciones a nivel nacional.⁵⁶

Desde hace más de dos décadas, la información generada por las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (Ensanut) ha sido un elemento fundamental para conocer la magnitud y características de personas que sufren lesiones no intencionales no fatales. Para el 2021 la Ensanut Continua estimó que 4.29% de la población mexicana reportó haber sufrido daños a su salud a causa de una lesión no intencional (LNI), esto significa que alrededor de 5 497 453 personas presentaron una lesión durante el año previo a la encuesta.⁵⁷ Para 2022 la prevalencia aumentó a 5.74% significando que cerca de 7.4 millones de personas reportaron lesiones no intencionales.⁵⁸ Los mecanismos de lesiones no intencionales más frecuentemente reportadas fueron: las caídas, los siniestros viales, las

quemaduras, asfixias, envenenamientos e intoxicaciones, ahogamientos por sumersión entre otras causas, las cuales ocurren principalmente en el hogar y la vía pública.^{57,59}

El objetivo principal de este documento fue estimar la prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) en población mexicana. La metodología empleada para la estimación del indicador (prevalencia), tiene como base las siguientes preguntas:

Autorreporte de accidentes:

La información sobre lesiones no intencionales (LNI) no fatales durante los 12 meses previos a la encuesta se obtuvo por autorreporte, utilizando los cuestionarios de salud para población infantil, adolescente, y adulta.

Objetivo: Estimar la prevalencia de lesiones no intencionales durante el año previo a la encuesta.

Diseño de la pregunta: ¿Sufrió algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?, tuvo cuatro opciones de respuesta: sí, no, no sabe o no responde.

Conceptos y definiciones:

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

Mecanismo que produjo la lesión: descrito en el cuestionario como “Tipo de accidente (causa externa)”:

Sólo en quienes contestaron afirmativamente la pregunta previa, se exploró más a detalle el mecanismo (tipo de accidente), que permite caracterizar las principales causas externas que producen las lesiones.

Objetivo: Estimar la prevalencia específica por mecanismo que produjo la lesión durante el año previo a la encuesta y la proporción que representan del total de personas que viven en México.

Diseño de la pregunta: ¿Cómo fue que se accidentó? La pregunta tuvo distintas opciones de respuesta, tomando como referencia las principales categorías del Capítulo 20 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10):⁶⁰

- Choque entre vehículos de cuatro o más ruedas
- Choque en motocicleta
- Choque o atropellamiento como ciclista
- Atropellado como peatón
- Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha
- Caída a nivel de piso
- Golpe con objeto, equipo o maquinaria
- Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.
- Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.)
- Exposición a corriente eléctrica, radiación
- Exposición al humo o fuego
- Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras)
- Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo
- Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas

- Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos
- Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna
- Otros accidentes que obstruyen la respiración (objeto extraño, alimento)
- Exposición accidental a otros factores
- No sabe / no responde

Conceptos y definiciones:

Mecanismo que produjo la lesión: porcentaje de la población que reporta haber sufrido daños a su salud por alguna lesión no intencional en el año previo a la encuesta, por causa externa específica.

Ámbito de ocurrencia de las lesiones

Permite establecer el lugar específico donde se encontraba la persona al momento en que se produjo la lesión. Se exploró en los tres cuestionarios etarios: población infantil, población adolescente y población adulta.

Objetivo: Determinar los lugares más frecuentes donde ocurren las lesiones no intencionales en el país.

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

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

Conceptos y definiciones:

Lugar de ocurrencia: identifica los sitios específicos en los que es preciso trabajar para disminuir los riesgos de, y la ocurrencia de lesiones no intencionales no fatales en México.

Utilización de servicios de salud por lesiones no intencionales:

Esta variable permite identificar la utilización de servicios de salud como consecuencia de una lesión no intencional, incluyendo servicios de salud formales y no formales.

Objetivo: Caracterizar el uso de distintos servicios formales y no formales de salud para la atención de las lesiones no intencionales en México.

Diseño de la pregunta:

¿Dónde atendieron a (nombre) cuando ocurrió el accidente? (población infantil)

¿Dónde lo atendieron cuando ocurrió el accidente? (para adolescentes y adultos)

Conceptos y definiciones:

La utilización de servicios de salud permite estimar la carga^{61,62} que las lesiones no intencionales imponen en el sistema de salud y para la generación de evidencia para la planeación y organización de dichos servicios.

Exposición al alcohol y otras drogas en personas que sufrieron lesiones no intencionales

En los cuestionarios dirigidos a adolescentes (pregunta 7.8) y personas adultas (pregunta 11.8), se exploró la exposición al alcohol y otras drogas en quienes sufrieron una lesión no intencional durante el año previo a la encuesta. En el cuestionario para menores (pregunta 8.7), se exploró si la persona encargada del cuidado del menor estaba bajo los efectos del alcohol y otras drogas al momento de la ocurrencia de la lesión. Se ha documentado ampliamente cómo la exposición al alcohol y otras drogas incrementan el riesgo de sufrir lesiones por diversos mecanismos.⁶³

Objetivo: Estimar el porcentaje de personas adolescentes y adultas que sufrieron una lesión no intencional bajo los efectos del alcohol y otras drogas. Estimar la proporción de menores que sufrieron una lesión no intencional mientras la persona encargada de su cuidado estaba bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

Diseño de la pregunta: Para adolescentes y personas adultas “¿Cuándo sufrió el accidente estaba bajo los efectos de... alcohol? ... drogas? ... ambos?”

Para menores de 0 a 9 años: “¿Cuándo (nombre) se accidentó la persona que le cuidaba estaba bajo los efectos de: alcohol? ... drogas? ... ambos?”

Conceptos y definiciones:

Porcentaje de personas que reportaron estar bajo los efectos del alcohol y/u otras drogas al sufrir una lesión no intencional el año previo a la encuesta.

Consecuencias permanentes de las lesiones no intencionales.

Las lesiones no intencionales son una causa frecuente de discapacidad.⁶⁴ El identificar si éstas, han producido efectos ya sea temporales o permanentes en el estado de salud de personas lesionadas, permite tener elementos para cuantificar tanto su severidad como sus consecuencias.

Esto se exploró en las preguntas 8.8 del cuestionario de población de 0 a 9 años, 7.9 del cuestionario dirigido a población adolescente y 11.9 del cuestionario dirigido a población adulta.

Objetivo: Estimar el porcentaje de población menor de 10 años, adolescente y adulta que sufrieron una lesión no intencional y que reporta consecuencias permanentes en su estado de salud.

Diseño de la pregunta: ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó a (nombre) este accidente? ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?

Las consecuencias permanentes derivadas de lesiones no intencionales se refieren a afectaciones en la capacidad funcional de la persona ya sea en la marcha o en la movilidad de las manos o brazos, así como disminución parcial o pérdida total de las capacidades sensoriales como el oído, el habla, la vista y/o alteraciones mentales.

Conceptos y definiciones:

Prevalencia de consecuencias permanentes en el estado de salud de personas que tuvieron una lesión no intencional durante el año previo a la encuesta.

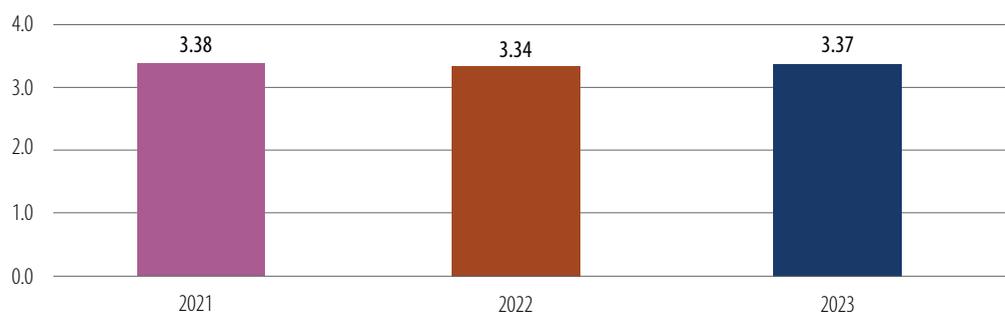
Lesiones no intencionales (accidentes) en población infantil

Las lesiones no intencionales (LNI) son un importante problema de salud pública que afecta a la población infantil, debido al alto número de defunciones⁶⁵ y de casos de niños y niñas que sufren lesiones severas y/o discapacidad pero que no mueren.^{66,67} Esto afecta de manera importante el cumplimiento de los compromisos adquiridos por el país en lo referente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en las metas 3.2, 3.6, 3.9 y 12.4;⁶⁸ ya que las LNI son potencialmente prevenibles.⁵⁷ La prevalencia de LNI no fatales en población infantil, se estimó a partir del reporte de la persona responsable del cuidado del/la menor.

Un total de 721 945 niños y niñas sufrieron alguna lesión accidental durante el año previo a la encuesta, lo que representa el 3.37% del total de la población infantil en el país. Este porcentaje fue prácticamente igual en niños (3.35%) y niñas (3.38%); el grupo de edad más afectado fue el de 5 a 9 años (cuadro 4.8.1).

Al analizar la prevalencia y comparar las ediciones 2021 y 2022 de Ensanut continua con la actual se observa que la prevalencia se ha mantenido igual en los tres años (figura 4.8.1).

■ **Figura 4.8.1.** Prevalencia de LNI no fatales en menores de 10 años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

■ **Cuadro 4.8.1.** Prevalencia de lesiones no intencionales en el último año en población infantil, por grupo de edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
0 a 1	1.2	0.06	0.01,0.45	89.9	4.71	1.58,13.18	91.2	2.32	0.80,6.56
2 a 4	128.6	4.00	1.96,7.98	68.5	2.14	0.75,5.95	197.1	3.07	1.69,5.51
5 a 9	233.9	4.17	2.33,7.33	199.6	3.65	1.91,6.86	433.6	3.91	2.56,5.94
Total	363.7	3.35	2.16,5.18	358.1	3.38	2.08,5.46	721.9	3.37	2.38,4.74

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

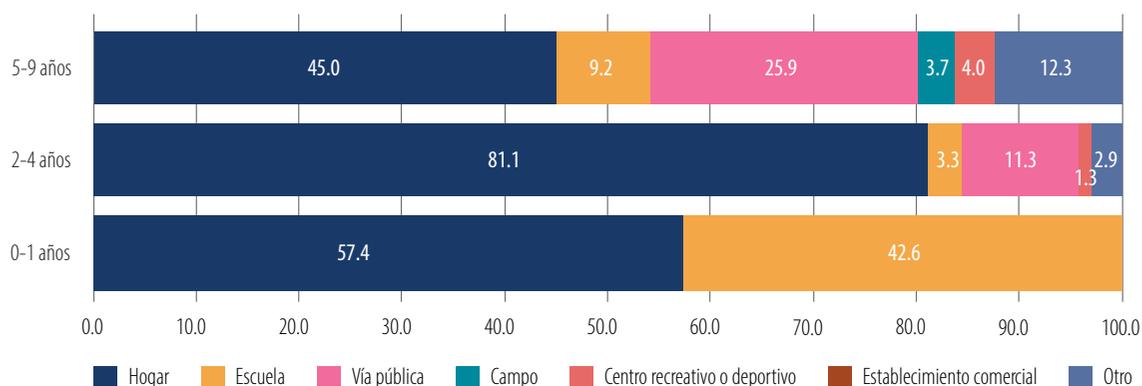
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Entre los espacios donde ocurrió la mayor parte de las lesiones no intencionales (LNI) se encuentra el hogar con 56.44%, seguido en importancia por la vía pública con 18.63% y la escuela con

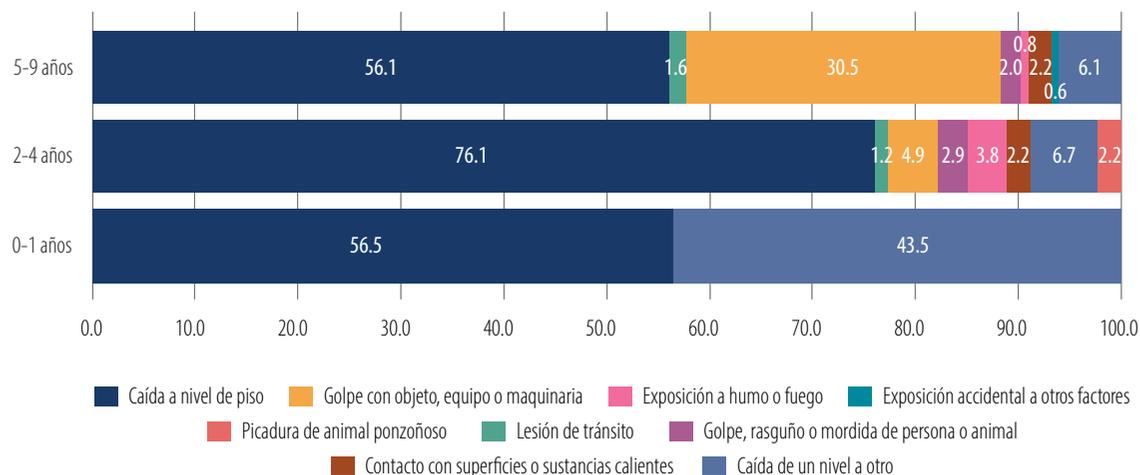
11.81%. En la figura 4.8.2 se puede observar la distribución del lugar de ocurrencia por subgrupos de edad, notando que en todos los casos el principal sitio de ocurrencia fue el hogar. Las caídas a nivel de piso fueron el principal mecanismo que produjo las lesiones en población infantil con 61.63%, seguido de los golpes con objeto, equipo o maquinaria (19.67%) y las caídas de un nivel a otro (11%). En la figura se puede apreciar la distribución del mecanismo por subgrupo de edad (figura 4.8.3).

■ **Figura 4.8.2.** Lugar donde ocurrieron las LNI en población de 0 a 9 años.
México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 4.8.3.** Principales mecanismos de LNI en población de 0 a 9 años.
México, Ensanut Continua 2023



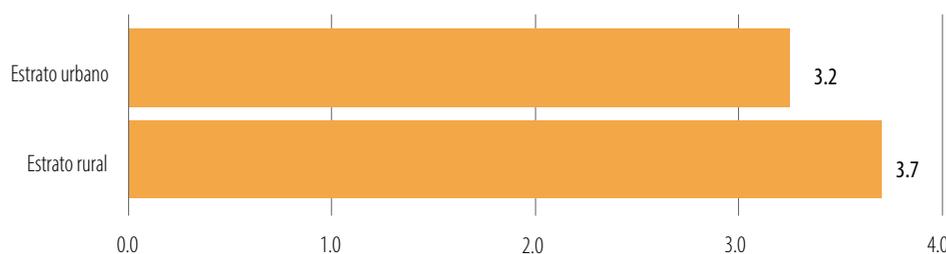
Fuente: Ensanut Continua 2023

Un alto porcentaje de la población infantil que sufrió una lesión no intencional (LNI) utilizó servicios de atención médica en instituciones salud públicas y privadas (73.52%), esto significa aproximadamente 530 722 lesionados que utilizaron algún tipo de servicio de salud. Es importante mencionar, que se

exploró para este grupo de edad, si al momento en que se lesionó el/la menor, la persona encargada de su cuidado se encontraba bajo los efectos del alcohol y otras drogas. Del total de lesionados, en 1% se reportó que la persona encargada de su cuidado se encontraba bajo los efectos del alcohol.

La figura 4.8.4 presenta la prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) según el estrato de residencia, observando que para este grupo de edad la prevalencia fue similar tanto en zonas urbanas como en rurales.

■ **Figura 4.8.4.** Prevalencia de LNI en población infantil según estrato de residencia. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Adolescentes

5.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de Ensanut Continua 2023 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México,³⁴ que establece los biológicos que debe recibir la población entre 12 y 19 años de edad, a partir del recuerdo que tiene cada entrevistado sobre las vacunas que recibió en la infancia (particularmente contra hepatitis B, sarampión, tétanos y VPH), para determinar las dosis de vacuna faltantes y asegurar la protección durante la adolescencia.

Biológico: Se refiere a la vacuna, algunas contienen antígenos, otras contienen toxoides, en todos los casos el objetivo es estimular el sistema inmune, y producir una respuesta celular y una humoral que prepare al organismo para enfrentar a los patógenos desencadenantes de enfermedades inmunoprevenibles y de esta manera evitar la aparición de complicaciones que requieran hospitalización, o que generen discapacidad o causen la muerte en las y los adolescentes.

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

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

De acuerdo con resultados de ediciones previas de Ensanut, se ha evidenciado que menos del 15% de las y los adolescentes cuentan con algún documento probatorio de vacunación (Cartilla Nacional

de Salud-CNS, Cartilla Nacional de Vacunación-CNV) disponible y con información sobre el estado de vacunación al momento de la encuesta, por lo que fue necesario medir el indicador mediante recordatorio de memoria expresado por el/la adolescente a partir de preguntas sobre el antecedente de vacunación y el número de dosis recibidas para las vacunas: anti-hepatitis B, toxoide tetánico, anti-sarampión, y anti-VPH.

- **HB:** Adolescentes que refirieron haber recibido al menos una dosis de vacuna a partir de los 11 años de edad (numerador), en adolescentes que no cuentan con antecedente vacunal contra HB antes de los 11 años de edad, o lo desconocen o no lo recuerdan (denominador). Las preguntas realizadas fueron: “Antes de los 11 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra la hepatitis B?”, “¿Cuántas veces te la han aplicado?”, “...A partir de los 11 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra la hepatitis B?”, “¿Cuántas veces te la han aplicado?”.
- **SR:** Adolescentes que refirieron haber recibido al menos una dosis de SR aplicada después de los 10 años de edad (numerador), del total de adolescentes que refirieron tener antecedente de una o de ninguna dosis de SR o SRP en la infancia, o que no recuerdan o desconocen el propio estado de vacunación contra SR antes de los 10 años de edad (denominador). Las preguntas realizadas fueron: “Antes de los 10 años de edad, ¿Te aplicaron la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) o la SRP?”, “¿Cuántas veces te la aplicaron?”, “...A partir de los 10 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR)?”, “¿Cuántas veces te la han aplicado?”.
- **Toxide diftérico y tetánico (Td):** Adolescentes que recibieron al menos una dosis de Td en cualquier momento entre los 10 y 19 años (parte “A” del numerador), del total de adolescentes con esquemas incompletos de Td (menos de cinco dosis de vacunas que protejan contra tétanos en la infancia), o que no recuerdan o desconocen su estado de vacunación con Td antes de los 10 años (Parte “A” del denominador). Todos los adolescentes de 15 años de edad o más, que recibieron al menos una dosis de Td (parte “B” del numerador); del total de adolescentes de 15 a 19 años que refirieron contar con esquema de vacunación de Td completo en la infancia (parte “B” del denominador).
Las preguntas realizadas fueron: “Antes de los 10 años de edad, ¿Te aplicaron la vacuna contra el tétanos (Td)?”, “¿Cuántas veces te la aplicaron?”, “...A partir de los 10 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra el tétanos (Td)?”, “¿Cuántas veces te la han aplicado?”.
- **VPH:** Las adolescentes que refirieron recibir al menos una dosis de vacuna VPH entre los 10 y los 19 años de edad (numerador), del total de niñas entre 10 y 19 años de edad (denominador). Las preguntas realizadas fueron: ¿Te han aplicado la vacuna contra el VPH (Infección por el Virus del Papiloma Humano)?”, “¿Cuántas veces te la han aplicado?”.
- **Esquema con al menos una dosis de los biológicos:** Se consideró a quienes refirieron haber recibido al menos una dosis de HB, SR, Td, VPH.

Cobertura de vacunación estimada con el Biológico “X”, alguno de los biológicos antes mencionados:

Número de adolescentes que refirieron recibir el biológico “X” en algún momento de su adolescencia

Total de adolescentes que de acuerdo a su antecedente de vacunación de la infancia necesitan al menos una dosis durante la adolescencia

Se encuestaron 1 899 adolescentes que representan 22 228 480 individuos entre 12 y 19 años de edad, de los cuales 49.4% fueron mujeres. El 11.1% de los adolescentes al momento de la encuesta contaban con CNS o CNV disponible y con información sobre estado de vacunación, no hubo variaciones significativas por edad (cuadro 5.1.1).

■ **Cuadro 5.1.1.** Distribución de la población de 10 a 19 años, según posesión de algún tipo de cartilla de vacunación por edad. México, Ensanut Continua 2023

Edad	Mostró CNS o CNV o DP con información referente a vacunación		Tenía CNS, CNV o documento probatorio, pero no lo mostró		Mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación		No tenía CNS, ni CNV, ni DP		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
10	232.8	13.2	685.6	38.9	226.7	12.9	617.9	35.1	1763.0	100.0
11	268.2	11.2	902.2	37.5	114.4	4.8	1 119.2	46.6	2 403.9	100.0
12	276.2	13.4	831.1	40.4	116.8	5.7	834.4	40.5	2 058.6	100.0
13	310.7	11.5	1 197.5	44.2	301.2	11.1	901.7	33.3	2 711.1	100.0
14	212.8	10.8	677.0	34.5	136.5	7.0	937.0	47.7	1 963.3	100.0
15	450.2	15.4	976.3	33.3	140.0	4.8	1 362.4	46.5	2 929.0	100.0
16	168.0	8.7	1034.3	53.6	45.5	2.4	681.2	35.3	1 928.9	100.0
17	234.3	10.3	951.2	41.6	107.0	4.7	993.7	43.5	2 286.2	100.0
18	201.3	8.3	1 113.5	46.1	99.5	4.1	1 000.8	41.4	2 415.1	100.0
19	105.0	5.9	885.1	50.0	149.1	8.4	630.2	35.6	1 769.4	100.0
Total	2 459.4	11.1	9 253.7	41.6	1 436.8	6.5	9 078.5	40.8	22 228.5	100.0

CNS: Cartilla Nacional de Salud. CNV: Cartilla Nacional de Vacunación. DP: Documento Probatorio

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Las prevalencias estimadas de cobertura de vacunación en adolescentes fueron para sarampión 21.1% (IC95% 17.07,25.8), tétanos 31.2% (IC95% 26.94,35.81), hepatitis B 9.4% (IC95% 5.97,14.57) y VPH en adolescentes mujeres 52.1% (IC95% 46.06,58.1) (cuadro 5.1.2). No hubo variaciones significativas en la prevalencia de cobertura de vacunación entre hombres y mujeres, comportamiento similar en todos los biológicos: SR 19.4 y 22.8%; Td, 30.8 y 31.6%; hepatitis B 10.7 y 8.2%; en mujeres y hombres, respectivamente (cuadro 5.1.2).

De acuerdo con la localidad de residencia se estimó menor prevalencia significativa de cobertura de vacunación con Td en los residentes de localidades rurales 20.9% respecto de localidades urbanas o áreas metropolitanas 34.5% (cuadro 5.1.2). Por edades simples las y los adolescentes de menor edad tienden a tener menor cobertura que las y los adolescentes de más edad, incluso por debajo de la cobertura promedio, es el caso Td con 10%, VPH con 27.6% en adolescentes de 10 años de edad y de hepatitis B con 1.2% en adolescentes de 12 años de edad (cuadro 5.1.2).

■ **Cuadro 5.1.2.** Cobertura estimada de vacunación en adolescentes por características sociodemográficas, según autorreporte de memoria. México, Ensanut Continua 2023

Características	Vacunas											
	VPH			Hepatitis B			Td			SR		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sexo												
Hom-bres	-	-	-	365.1	8.2	4.18,15.39	3 498.3	31.6	24.93,39.21	1 900.5	22.8	16.72,30.32
Muje-res	5 725.2	52.1	46.06,58.1	459.8	10.7	5.88,18.79	3 377.7	30.8	25.66,36.4	1 588.8	19.4	14.62,25.21
Edad (años)												
10	229.6	27.6	15.28,44.71	-	-	-	169.3	10.0	4.57,20.54	161.5	14.6	6.20,30.76
11	258.4	29.4	14.69,50.27	58.0	4.8	1.37,15.55	386.7	16.1	8.46,28.44	174.4	9.2	3.45,22.16
12	542.7	50.2	31.88,68.42	13.7	1.2	0.30,4.773	405.5	19.7	12.68,29.29	250.5	15.9	8.40,28.09
13	554.7	41.9	24.65,61.3	75.5	6.6	1.02,32.54	694.4	25.6	14.89,40.41	344.2	18.5	8.48,35.77
14	493.7	56.1	39.43,71.47	92.4	13.1	4.56,32.06	644.7	33.4	21.04,48.59	293.7	21.5	12.09,35.17
15	784.4	51.7	32.34,70.53	63.8	4.9	1.83,12.65	995.2	34.7	24.59,46.42	509.1	23.0	10.37,43.42
16	667.0	67.4	51.19,80.33	96.0	11.9	5.07,25.27	795.5	41.3	30.16,53.36	327.9	22.5	14.71,32.82
17	758.7	59.7	45.82,72.22	152.3	18.6	4.95,50.23	990.3	43.4	31.35,56.22	658.3	35.8	21.31,53.49
18	931.1	62.7	44.66,77.84	191.7	19.1	6.97,42.55	726.6	30.1	20.29,42.11	404.9	21.9	13.36,33.8
19	504.9	69.3	52.01,82.42	81.6	12.8	5.49,27.19	1 067.7	61.1	47.07,73.48	364.9	26.9	12.94,47.59
Total	5 725.2	52.1	46.06,58.1	824.9	9.4	5.97,14.57	6 876.0	31.2	26.94,35.81	3 489.3	21.1	17.07,25.8
Zona de residencia												
Rural	1 254.8	48.99	40.07,57.97	159.1	6.3	2.53,14.84	1 103.9	20.9	16.66,25.86	607.6	13.9	9.06,20.83
Urba-na	4 470.4	53.06	45.72,60.27	665.8	10.7	6.44,17.25	5 772.1	34.5	29.2,40.13	2 881.7	23.7	18.68,29.51

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.2 Consumo de tabaco

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

1. *Fumador actual*: Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un periodo de 30 días) fuma tabaco.
2. *Fumador diario*: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.
3. *Fumador ocasional*: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.
4. *Exfumador*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma.
5. *Exfumador diario*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.

6. *Exfumador ocasional*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.
7. *Nunca ha fumado*: Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma.
8. *Uso de cigarro electrónico*: Porcentaje de la población que actualmente usa cigarrillos electrónicos.

En México, el 3.1% (689 996 personas) de la población adolescente entre 10 y 19 años reportaron fumar tabaco en 2023. Al analizar por sexo, los hombres presentaron una prevalencia mayor, en comparación con las mujeres; 4.8 y 1.3%, respectivamente. En cuanto a frecuencia de consumo, el 2.4% de las y los adolescentes (3.8% de los hombres, 1% de las mujeres) reportaron consumir tabaco de manera ocasional, mientras que 0.7% (1.1% de los hombres, 0.3% de las mujeres) reportaron fumar todos los días. Por otro lado, el 2.8% (617 858 personas) de la población adolescente reportó fumar tabaco en el pasado y no hacerlo actualmente (4.0% de los hombres, 1.6% de las mujeres). La mayoría, 2.7%, eran exfumadores ocasionales (3.7% de los hombres, 1.6% de las mujeres), mientras que 0.3% de los hombres reportó ser exfumador diario. El 94.1% (20 758 287 personas) de la población adolescente mencionó nunca haber fumado (91.2% de los hombres, 97.1% de las mujeres). Por último, el 4.3% de las y los adolescentes eran usuarios de cigarrillos electrónicos (5.8% de los hombres, 2.7% de las mujeres) (cuadro 5.3.1).

■ **Cuadro 5.2.1.** Consumo de tabaco fumado en población de 10 a 19 años.
México, Ensanut Continua 2023

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Fumador actual	690	3.1	2,4,4.0	543.5	4.8	3,6,6.4	146.5	1.3	0,7,2.5
Fumador diario	153.1	0.7	0,4,1.3	118.6	1.1	0,5,2.4	34.5	0.3	0,3,0.4
Fumador ocasional	536.9	2.4	1,8,3.2	424.9	3.8	2,9,4.9	112	1.0	0,5,2.2
Exfumador	617.9	2.8	2,1,3.7	446.7	4.0	2,8,5.7	171.1	1.6	1,0,2.5
Exfumador diario	32.4	0.1	0,0,0.6	32.4	0.3	0,1,1.2	0	0.0	--
Exfumador ocasional	585.4	2.7	2,0,3.6	414.3	3.7	2,5,5.3	171.1	1.6	1,0,2.5
Nunca fumador	20 758.3	94.1	92,6,95.2	10 222.8	91.2	88,6,93.2	10 535.5	97.1	95,7,98.0
Cigarro electrónico	955.9	4.3	2,7,6.8	659.2	5.8	2,9,11.4	296.7	2.7	1,9,3.8

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

Fumador diario: porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco diario

Fumador ocasional: porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente

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

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

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

Nunca fumador: porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma tabaco

Cigarro electrónico: porcentaje de la población que actualmente usa cigarrillos electrónicos

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.3 Consumo de alcohol

La muestra de estudio consistió en población adolescente de 10 a 19 años (n=1 924). Se analizaron tres indicadores de consumo de alcohol en adolescentes: consumo actual de alcohol, consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses y consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días. El denominador para todos los indicadores fue la muestra total de estudio.

- *Consumo actual de alcohol.* Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una bebida estándar de alcohol* en los últimos 12 meses.

*Una bebida estándar contiene aproximadamente 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, o 40 ml de destilados.⁶⁹

- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses.* Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol en el caso de los hombres y cuatro bebidas estándar o más en el caso de las mujeres, en al menos una ocasión en los últimos 12 meses.
- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.* En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,⁷⁰ se estimó el porcentaje de adolescentes que reportaron consumir cinco bebidas estándar o más en el caso de los hombres y de cuatro bebidas estándar o más en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adolescente fue de 21.0%, representando 4 699 006 personas en este grupo de edad. El 13.9% de adolescentes reportaron haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los últimos 12 meses y 3.4% en los 30 días previos a la encuesta. No se observaron diferencias en la prevalencia de consumo actual y consumo excesivo entre hombres y mujeres (cuadro 5.3.1).

■ **Cuadro 5.3.1.** Prevalencias de consumo actual y consumo excesivo de alcohol en población de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	4 699.0	21.0	17.8,24.6	2 448.8	21.6	17.1,26.9	2 250.2	20.4	16.9,24.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses	3 115.3	13.9	11.4,16.9	1 842.2	16.2	12.7,20.6	1 273.1	11.5	8.5,15.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	758.0	3.4	2.6,4.4	551.9	4.9*	3.5,6.7	206.1	1.9 [‡]	1.1,3.0

* Estimación obtenida con 57 observaciones en el numerador

[‡] Estimación obtenida con 23 observaciones en el numerador

Consumo actual de alcohol: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una bebida estándar de alcohol^a en los últimos 12 meses^b

Consumo excesivo de alcohol: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol^a por ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más bebidas estándar en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días^b

^a Una bebida estándar contiene aproximadamente 13g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino o 40 ml de destilados

^b El denominador en todos los indicadores fue la muestra total de estudio

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.4 Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁷¹ la meta siete del objetivo tres sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, es fundamental para alcanzar la Agenda 2030. Misma en la que se plantea la necesidad de garantizar la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales de cada país.⁷² La posibilidad de que la población pueda ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva es un prerrequisito para contribuir al cumplimiento de los ODS. La planificación familiar es una de las mejores estrategias costo efectivas ya que coadyuva a tomar decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva que permiten a las personas desarrollarse en todas las esferas de la vida.⁷³

Para el cálculo de los indicadores de salud sexual y reproductiva nacionales se parte de una muestra de 1 924 adolescentes de 10 a 19 años. Los indicadores estimados en la Ensanut Continua 2023 son:

- *Adolescentes con conocimiento de algún método anticonceptivo.* Con este indicador se obtiene la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento de algún método anticonceptivo, independientemente de si han o no iniciado vida sexual.
- *Adolescentes con conocimiento del número de veces que se puede utilizar el condón.* Este indicador permite conocer la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento correcto del uso del condón masculino.
- *Adolescentes con conocimiento sobre la utilidad del condón masculino.* Este indicador permite conocer la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento correcto sobre la funcionalidad de este método.
- *Edad a la primera relación sexual.* Este indicador permite conocer la proporción y edad de inicio de vida sexual de adolescentes de 12 a 19 años. Se consideran estimaciones válidas con límite inferior de 6 años.
- *Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.*
- *Uso de anticonceptivos en la última relación sexual.* Este indicador se calcula siempre y cuando la/ el adolescente señale que tuvo más de una relación sexual.
- *Mujeres alguna vez embarazadas.* Proporción de mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que alguna vez han estado embarazadas, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo, nació muerto o fue aborto.

Los siguientes indicadores se calcularon en mujeres adolescentes que reportaron haber tenido un hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta:

- *Atención prenatal.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años que recibió atención médica para vigilar la evolución del embarazo del último hijo nacido vivo.
- *Atención prenatal oportuna.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años que recibió atención médica en el primer trimestre del embarazo del último hijo nacido vivo.
- *Prueba de detección de sífilis.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años a las que se les realizó esta prueba.
- *Prueba de detección del VIH.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años a las que se les efectuó esta prueba.

- *Consumo de ácido fólico.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años a las que se le prescribió esta vitamina.
- *Resolución del parto.* Proporción de mujeres embarazadas de 12 a 19 años según vía de expulsión o extracción del bebé del vientre materno, la cual puede ser vaginal o abdominal (cesárea).
- *Anticoncepción posparto.* Porcentaje de mujeres de 12 a 19 años que recibieron un método anticonceptivo durante el puerperio.

La adolescencia es una etapa fundamental de la vida en la que las personas necesitan recibir atención en salud para lograr un desarrollo integral,⁷⁴ reforzar sus capacidades y máximo potencial.⁷⁵ En general en la adolescencia la mayoría de las personas tiene buena salud, sin embargo la salud sexual y reproductiva en estas edades cobra relevancia por los riesgos y complicaciones que esta población puede tener cuando inicia relaciones sexuales a temprana edad, sin protección anticonceptiva, numerosas parejas sexuales, consumo de sustancias y drogas, entre otras; lo cual puede derivar en embarazos no deseados / no planeados, complicaciones en el embarazo y parto, mortinatos y abortos, hijos/as con bajo peso al nacer. Todo esto afecta la capacidad de crecimiento físico y desarrollo personal que pone en peligro no sólo su salud actual, sino la de su vida adulta.⁷⁶ En este sentido, las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro, al tratarse de una de las etapas de transición más importantes.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de que sean experiencias placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.⁷⁷

La salud reproductiva se refiere a la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, la libertad de tener hijos cuando se desea, de manera responsable e informada. Adicionalmente, ésta supone el derecho de las personas a contar con acceso a servicios de salud, información de métodos anticonceptivos adecuados, eficaces y asequibles, cursar embarazos y partos sin riesgo y maximizar la posibilidad de tener hijos sanos.^{77,78} Estas acciones son relevantes dado que la población adolescente está expuesta a riesgos distintos a los de la población adulta y la prevención en estas edades se vuelve un asunto prioritario, en donde las diferencias por sexo, orientación sexual, condición social y económica, enfoque de género y perspectiva de derechos humanos deben ser consideradas para asegurar una buena salud sexual y reproductiva a lo largo del curso de vida.⁷¹ Cuando se lleva a cabo una transición saludable hacia la edad adulta, las expectativas a futuro se amplían.⁷⁹

Lo anteriormente planteado muestra la necesidad de dar un seguimiento al estado de salud de las personas, por lo que un monitoreo regular de indicadores es fundamental para identificar las tendencias y mejorar o planear estrategias que contribuyan al logro de las metas planteadas.⁷¹ Una fuente de información a nivel nacional que permite conocer la situación de algunos indicadores de salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes es la Ensanut Continua 2023.

En relación con los métodos anticonceptivos, 85.1% de la población adolescente de 12 a 19 años reportó haber escuchado hablar de alguno. Cabe destacar que el hecho de que las/os adolescentes reporten haber escuchado hablar de métodos anticonceptivos no necesariamente significa que tengan el conocimiento adecuado sobre el uso correcto de los mismos. Por lo que es necesario ampliar y reforzar la información de manera completa, correcta y oportuna.

Se ha documentado que el condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado por la población adolescente⁸⁰ por lo que es indispensable indagar acerca del conocimiento funcional que las/os adolescentes tienen. Sobre esto se preguntó ¿cuántas veces se puede usar un condón? Dando como resultado que 87.9% de las/os adolescentes respondió correctamente —“una sola vez”—, sin diferencia estadística por sexo (88.6% en hombres y 87.2% en mujeres). Respecto a la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, se obtuvo que 52.4% de la población adolescente respondió de manera correcta y el conocimiento de las mujeres fue mayor que el de los hombres (57.9 vs. 46.9%). Esta situación es preocupante ya que cerca de la mitad de esta población (46.3%) no tiene los conocimientos básicos sobre la utilidad del condón masculino para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual (cuadro 5.4.1).

■ **Cuadro 5.4.1.** Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con conocimientos correctos del uso del condón masculino por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Conocimiento del uso del condón	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Conocen el número de veces que se puede usar un condón masculino									
Sí	6 431.6	88.6	84,9,91.5	6 284.0	87.2	81,8,91.2	12 715.5	87.9	84,9,90.4
No	826.7	11.4	8,5,15.1	919.5	12.8	8,8,18.2	1 746.2	12.1	9,6,15.1
Total	7 258.2			7 203.5			14 461.7		
Conocen que el condón masculino se usa para prevenir embarazos e ITS									
Sí	3 403.3	46.9	43,1,50.7	4 168.0	57.9	50,7,64.7	7 571.3	52.4	48,7,56.0
No	3 726.2	51.3	47,6,55.1	2 966.7	41.2	34,3,48.4	6 692.9	46.3	42,6,50.0
No responde	128.7	1.8	1,0,3.2	68.7	1.0	0,5,1.8	197.4	1.4	0,8,2.3
Total	7 258.2			7 203.5			14 461.7		

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

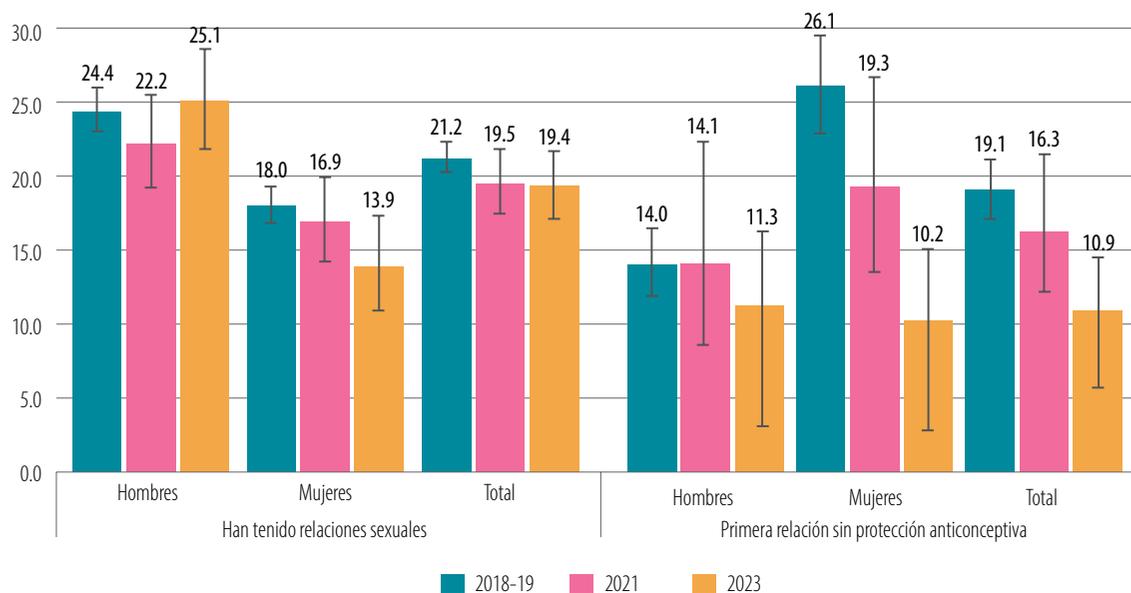
IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El inicio sexual es un hito que tiene implicaciones a lo largo de la vida de las personas, que se refleja en nuevos roles y patrones sociales de comportamiento y tienen efectos en la salud sexual y reproductiva. De los adolescentes de 12 a 19 años, incluyendo aquellos que iniciaron vida sexual pero no recordaron la edad, el 19.4% inició vida sexual, con diferencias significativas por sexo (25.1% hombres y 13.9% mujeres) (figura 5.4.1).

Para un inicio de vida sexual saludable es fundamental el uso informado, adecuado y oportuno de métodos anticonceptivos a fin de prevenir embarazos y planificar el momento y el número de hijos deseados. Dentro de la gama de anticonceptivos, es importante saber cuáles son adecuados para cada persona de acuerdo con sus necesidades reproductivas y circunstancias de vida. El método anticonceptivo más apropiado debe circunscribirse a la situación de salud general de la persona, edad, frecuencia de la actividad sexual, número de parejas sexuales, deseo de tener hijos en el futuro y antecedentes familiares de determinadas enfermedades.⁸¹ Un elemento importante para garantizar la utilización de métodos anticonceptivos es la erradicación de barreras de acceso a los servicios y satisfacer las necesidades anticonceptivas.⁸²

■ **Figura 5.4.1.** Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual y de adolescentes que en la primera relación sexual no usaron ningún método anticonceptivo. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2018-19, 2021 Covid-19 y Continua 2023

En esta encuesta se indagó sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual. En relación con la primera, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años que reportaron haber iniciado vida sexual, 10.9% no utilizó métodos anticonceptivos, sin diferencias por sexo (11.3% hombres y 10.2% mujeres) (figura 5.4.1). De los que usaron algún método, 76.8% usó condón masculino, sin diferencias por sexo (73.8% hombres y 82.0% mujeres) (cuadro 5.4.2).

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, el 8.4% de los adolescentes con más de una relación sexual reportó no haber utilizado ningún método anticonceptivo (9.3% hombres y 6.9% mujeres); mientras que el 78.3% utilizó el condón masculino (77.8% hombres y 79.3% mujeres). Los datos presentados muestran un bajo uso de este método, particularmente en la última relación sexual. Los métodos hormonales fueron reportados por 10.1% (10.2% hombres y 9.8% mujeres) (cuadro 5.4.2). Llama la atención la proporción similar de personas de cada sexo que no utilizan ningún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual.

En cuanto a la salud materna, 29.7% de las mujeres de 12 a 19 años con inicio de vida sexual declaró haber estado alguna vez embarazada, y 18.4% señaló estar embarazada al momento de la encuesta (cuadro 5.4.3). Respecto a la atención prenatal de mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta, 98.3% señaló haberla recibido, y de estas 60.5% recibió atención médica oportuna (figura 5.4.2).

■ **Cuadro 5.4.2.** Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual por tipo de método anticonceptivo usado en la primera y última relación sexual por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Métodos anticonceptivos	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	Total			Total		
	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%
Total						
Condón	2 706.5	76.8	70.5,82.0	1 843.7	78.3	72.0,83.4
Hormonales [‡]	303.0	8.6	6.0,12.2	355.2	10.1	7.6,13.2
Otro [§]	278.4	7.9	4.8,12.8	101.0	2.9	1.3,6.0
Nada	384.4	10.9	7.3,15.9	296.9	8.4	5.3,13.1
No recuerda / no responde	150.8	4.3	3.1,5.9	7.1	0.3	0.0,2.1
Hombres						
Condón	1 656.0	73.8	65.6,80.6	1 266.9	77.8	69.4,84.4
Hormonales [‡]	122.6	5.5	2.6,11.0	229.1	10.2	7.3,14.1
Otro [§]	204.4	9.1	5.1,15.6	57.6	2.6	1.0,6.6
Nada	254.2	11.3	6.3,19.5	208.1	9.3	5.1,16.4
No recuerda / no responde	149.4	6.7	4.8,9.2	0.0	0.0	
Mujeres						
Condón	1 050.4	82.0	72.9,88.6	576.8	79.3	62.2,89.9
Hormonales [‡]	180.4	14.1	8.6,22.1	126.1	9.8	5.7,16.5
Otro [§]	74.0	5.8	2.1,15.2	43.3	3.4	1.0,10.7
Nada	130.1	10.2	5.3,18.6	88.7	6.9	2.9,15.7
No recuerda / no responde	1.4	0.1	0.0,0.8	7.1	1.0	0.1,6.8

* El porcentaje puede sumar más de 100% debido a que algunas mujeres o parejas usan más de un método anticonceptivo al mismo tiempo

[‡] Incluye Pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

[§] Para la primera relación sexual incluye condón femenino, DIU, óvulos, jaleas, espuma o diafragma, ritmo, calendario, retiro y otro. Para la última relación sexual incluye OTB, vasectomía, condón femenino, DIU, óvulos, jaleas, espuma o diafragma, ritmo, calendario, retiro y otro

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 5.4.3.** Distribución porcentual de mujeres adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, alguna vez embarazadas y embarazadas al momento de la encuesta. México, Ensanut Continua 2023

	N (miles)	%	IC95%
Alguna vez embarazada*			
Sí	379.9	29.7	19,642.1
No	900.8	70.3	57,980.4
Total	1 280.7		
Embarazadas al momento de la encuesta[‡]			
Sí	70.1	18.4	8,934.2
No	309.9	81.6	65,891.1
Total	379.9		

* Estimación obtenida con 135 observaciones de mujeres que declararon inicio de vida sexual

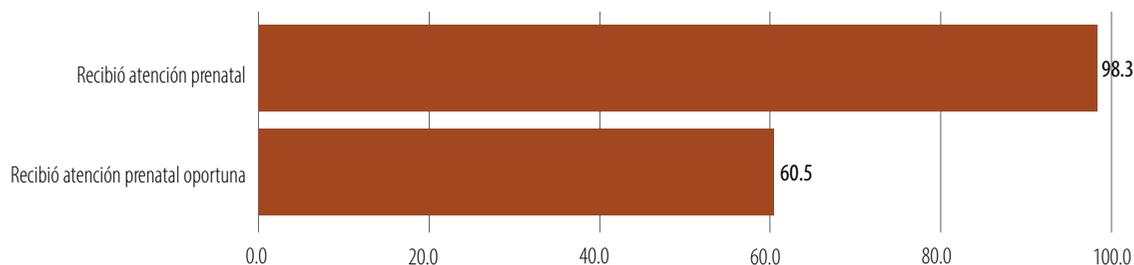
[‡] Estimación obtenida con 48 observaciones de mujeres con inicio de vida sexual que declararon haber estado alguna vez embarazadas

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 5.4.2.** Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que recibió atención prenatal del último hijo nacido vivo y atención prenatal oportuna. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Para dar seguimiento a la salud de las mujeres embarazadas, durante la atención prenatal se deben realizar algunas pruebas básicas como la de sífilis y del VIH, así como la prescripción de ácido fólico. La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,⁸³ es el lineamiento que guía las acciones y procedimientos para el control prenatal. Los resultados muestran que 64.0% de las mujeres de 12 a 19 años señalaron que se les realizó la prueba de detección de sífilis, 83.2% la prueba del VIH, y 100.0% prescripción de ácido fólico (cuadro 5.4.4). Estas cifras muestran una atención prenatal diferencial que puede repercutir en la salud del binomio madre-bebé.

■ **Cuadro 5.4.4.** Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con último hijo nacido vivo por prueba de detección de sífilis, del VIH y consumo de ácido fólico durante el embarazo. México, Ensanut Continua 2023

Realización de pruebas y consumo de ácido fólico	Detección de Sífilis (VDRL)			Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)			Prescripción de ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	198.4	64.0	41.8,81.4	258.0	83.2	61.5,93.9	310.2	100.0	---
No	74.6	24.0	10.5,46.0	52.2	16.8	6.1,38.5	0.0	0.0	---
No responde	37.2	12.0	3.0,37.3	0.0	0.0		0.0	0.0	---
Total	310.2			310.2			0.0		

Nota: Estimaciones obtenidas con 37 observaciones

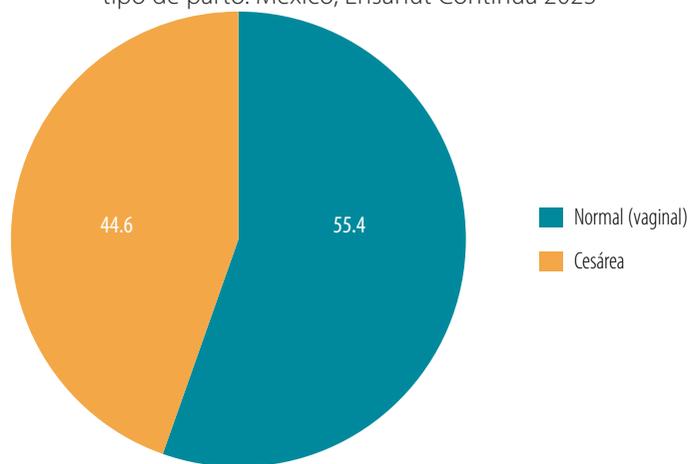
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En relación con la resolución del parto de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta, 55.4% tuvo parto vía vaginal y 44.6% cesárea (figura 5.4.3). Este resultado rebasa los límites recomendados por la normatividad nacional⁸³ e internacional.⁸⁴

■ **Figura 5.4.3.** Distribución porcentual de mujeres de 12 a 19 años con último hijo nacido vivo, por tipo de parto. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

El uso de anticoncepción en el posparto de mujeres adolescentes que tuvieron un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue declarado por el 45.5% (cuadro 5.4.5). La utilización de anticoncepción posparto repercute positivamente en la salud de las mujeres, ya que permite prevenir embarazos subsecuentes, embarazos no deseados / no planeados e intervalos intergenésicos cortos,⁸⁵ así como riesgos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil.⁸⁶ Además, conocer la cobertura anticonceptiva puede ser una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.

■ **Cuadro 5.4.5.** Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años por otorgamiento de método anticonceptivo posparto. México, Ensanut Continua 2023

Recibió método anticonceptivo	N (miles)	%	IC95%
Sí	143.5	45.5	25.4,67.1
No	172.1	54.5	32.9,74.6
Total	315.7		

Nota: Estimación obtenida con 38 observaciones

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

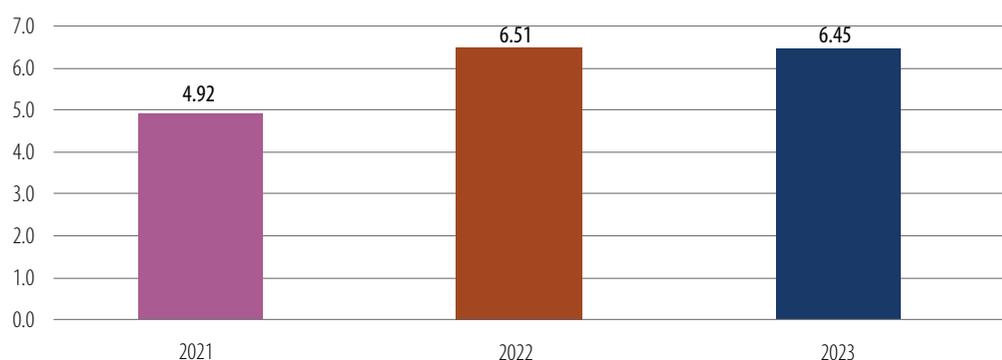
5.5 Accidentes

Lesiones no intencionales (accidentes) en población adolescente

Siguiendo la metodología descrita en la sección 4.8, en la población adolescente se estimó la prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) en el año previo a la encuesta a partir de autorreporte. Un total de 1 443 976 adolescentes refirieron haber sufrido una LNI durante el año previo. Esto

representa el 6.45% del total de adolescentes en México, cuya cifra es similar a la estimada en 2022 (6.51%)⁵⁸ (figura 5.5.1). La prevalencia fue mayor en hombres (8.93%) que en mujeres (3.90%) (cuadro 5.5.1) y el subgrupo de edad más afectado fue el de 10 a 12 años. Del total de adolescentes que reportaron una lesión no intencional, 10.40% (150 229) indicó tener consecuencias permanentes en su estado de salud.

■ **Figura 5.5.1.** Prevalencia de LNI no fatales de la población de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 5.5.1.** Prevalencia de lesiones no intencionales en el último año en población de 10 a 19 años, por grupo de edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
10 a 12	357.5	10.16	4.27,22.25	120.7	4.30	2.01,8.93	478.2	7.55	3.86,14.27
13 a 15	363.3	9.32	4.21,19.37	116.2	3.11	1.33,7.11	479.5	6.28	3.33,11.53
16 a 19	292.1	7.45	4.75,11.48	194.0	4.30	2.23,8.13	486.2	5.76	3.83,8.59
Total	1 013.0	8.93	5.08,15.22	430.9	3.90	2.52,5.98	1 443.9	6.45	4.23,9.70

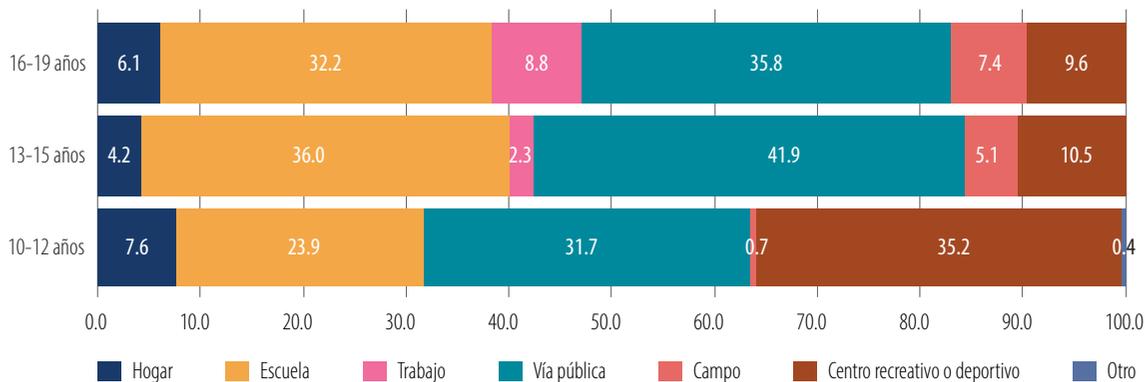
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

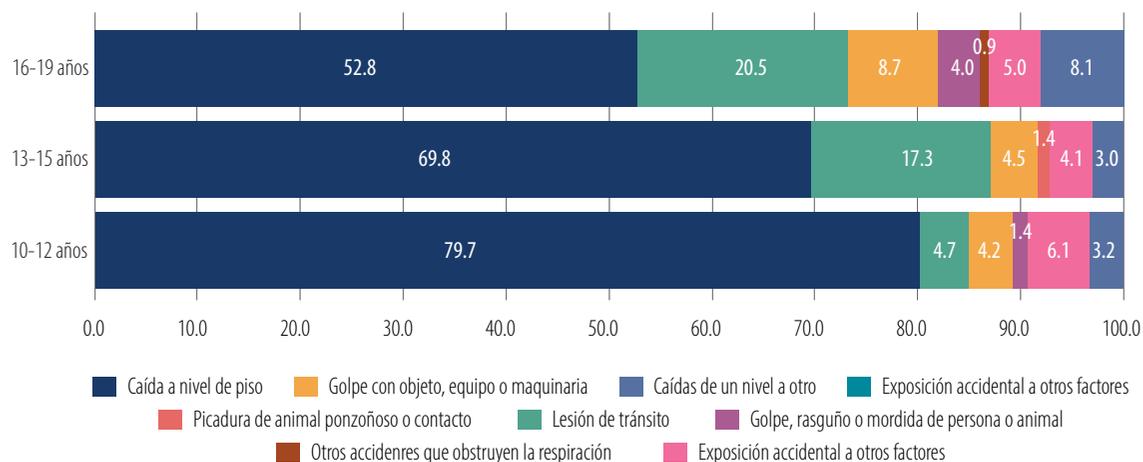
La mayor parte de las lesiones ocurrieron en la vía pública (36.48%), la escuela (30.70%) y en centro recreativo o deportivo (18.39%), notándose algunas diferencias en la distribución por subgrupos de edad (figura 5.5.2). Las caídas a nivel de piso fueron la principal causa de lesiones con 67.34%, las lesiones de tránsito ocupan un segundo lugar con 14.21% y los golpes con equipo o maquinaria el tercero con 5.81%. En el grupo de 16 a 19 años la proporción de caídas es menor, aunque sigue siendo la principal causa y se observa un incremento en la proporción de lesiones de tránsito (figura 5.5.3).

Figura 5.5.2. Lugar de ocurrencia de las LNI en población de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

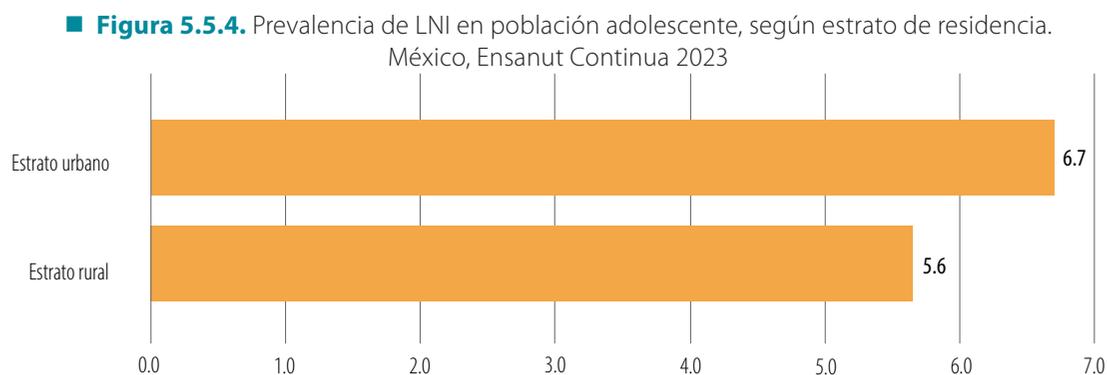
Figura 5.5.3. Principales mecanismos de LNI en población de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Un alto porcentaje de adolescentes que sufrió una LNI solicitó atención médica (42.67%, equivalente a 616 172 adolescentes), 15.60% recibieron otro tipo de atención y 40.66% no recibieron algún tipo de atención. Se hace notar que, del total de adolescentes lesionados, 0.99% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento; 1.65% consumió alcohol y otras drogas.

La figura 5.5.4 presenta la prevalencia de lesiones accidentales según el estrato de residencia, observándose que es un punto porcentual mayor en la zona urbana.



Fuente: Ensanut Continua 2023

5.6 Ataque o violencia

En 1996, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.⁸⁷

Existen muchas definiciones de violencia, sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública nos apegamos a la propuesta por la OMS, la cual la define como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.⁸⁷ Esta definición resalta el hecho de que existe una intencionalidad en la comisión del acto mismo, esta es una característica que la diferencia de las lesiones no intencionales independientemente de las consecuencias que se producen. Además, se resalta el uso del “poder”, lo cual posibilita la inclusión de acciones y omisiones incluidas las amenazas y la intimidación, visibilizando así aquellos actos menos evidentes.

La OMS cuenta con una familia de clasificaciones, ratificadas por la Asamblea de la Salud, entre la que se encuentra la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, cuya versión más actual es la 10 (CIE-10).⁸⁸

Los indicadores presentados en esta temática corresponden a:

- *Prevalencia de violencia:* porcentaje de la población por grupo de edad y sexo, que reporta haber sufrido algún evento violento en el año previo a la encuesta, obtenido a partir de la pregunta En los últimos 12 meses, ¿sufriste algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia? Para los casos que respondieron haber sufrido violencia se pregunta el tipo, motivo y lugar de la agresión o violencia.

- **Prevalencia de intento de suicidio:** se define como una: conducta autolesiva que se realiza con la finalidad de morir pero que no logra su propósito. Para la medición del intento de suicidio, se utilizó la pregunta de encuestas Ensanut anteriores, “¿Alguna vez a propósito te has herido- cortado- intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?”, la cual contempla tres posibles respuestas: 1) Sí, una vez; 2) Sí, dos o más veces, y 3) Nunca. A partir de las opciones de respuesta 1 y 2, se estimó la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida.

Daños a la salud por un evento violento en los últimos 12 meses

El 2.3% de la población adolescente reportó haber experimentado daños a la salud por un evento violento en los últimos 12 meses. Mayor frecuencia se reporta en hombres de 16-19 años (3.6%) (cuadro.5.6.1).

Principalmente se reportan golpes, patadas y puñetazos (73%) y agresiones verbales (25.1%). Los motivos principales reportados fueron el robo o asalto en la vía pública (37.5%) en la vía pública (51.5%) (cuadro.5.6.2).

Conductas suicidas en adolescentes alguna vez en la vida

El 4.4% de la población adolescente reportó alguna vez en la vida haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida, mayor en mujeres (7.7%) en comparación con los hombres (1.2%). Al preguntar si el intento de suicidio fue en los últimos 12 meses, destaca que el 50.2% del total de adolescentes lo realizó en el último año (cuadro 5.6.3).

- **Cuadro 5.6.1.** Distribución de adolescentes por reporte de daños a la salud por ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	Sufrió ataque o violencia								
	Sí			No			No sabe / no responde		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	508.4	2.3	1.5,3.3	21 893.2	97.7	96.7,98.4	4	0	0.0,0.1
Mujeres									
10-12 años	51.1	1.8	0.4,7.5	2 769.0	98.2	92.5,99.6	0.0	0	
13-15 años	111.2	3.0	1.3,6.9	3 616.7	97.0	93.1,98.7	0.0	0	
16-19 años	80.3	1.8	0.7,4.4	4 352.9	98.2	95.6,99.3	0.0	0	
Total	242.5	2.2	1.2,3.9	10 738.6	97.8	96.1,98.8	0.0	0	
Hombres									
10-12 años	36.1	1.0	0.2,4.2	3 472.4	98.9	95.9,99.7	4.0	0.1	0.0,0.8
13-15 años	83.3	2.1	1.4,3.4	3 803.1	97.9	96.6,98.6	0.0	0.0	
16-19 años	146.6	3.6	1.5,8.4	3 879.1	96.4	91.6,98.5	0.0	0.0	
Total	265.9	2.3	1.4,3.9	11 154.5	97.6	96.1,98.6	4	0	0.0,0.3

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 5.6.2.** Población adolescente de 10 a 19 años que sufrió daños a la salud por ataque o violencia en los últimos 12 meses, por tipo, motivo principal y sexo. México, Ensanut Continua 2023

	Hombre		Mujer		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Tipo de violencia						
Agresiones con sustancias*	15.4	12.3,19.1	0		8.1	7.2,9.0
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento*	15.4	12.3,19.1	18.3	16.0,20.8	16.8	15.1,18.7
Arma de fuego*	0		1.2	0.1,9.7	0.6	0.1,4.7
Objetos cortantes*	0.5	0.4,0.6	19.4	16.2,23.0	9.5	8.0,11.2
Empujón desde lugar elevado*	1.1	0.2,5.0	21.3	16.4,27.2	10.7	8.2,14.0
Golpes, patadas, puñetazos	94.6	87.5,97.8	50.4	42.8,58.0	73.5	67.4,78.9
Otras agresiones o maltrato*						
Agresiones verbales*	4.3	1.4,12.3	47.9	38.3,57.6	25.1	19.2,32.1
Motivo principal						
Robo o asalto*	65.2	50.0,77.8	7.1	2.2,20.6	37.5	32.3,43.0
Incidente de tránsito*	0		18.3	16.0,20.8	8.7	7.8,9.7
Riña extraescolar	19.2	5.1,51.3	19.5	14.2,26.3	19.4	9.7,35.0
Violencia con familiares*	7.8	1.2,37.2	11.8	7.6,17.8	9.7	4.3,20.6
Violencia con pareja*	0		1.3	0.2,10.2	0.6	0.1,5.6
Otro*						
Lugar del ataque	7.8	1.9,27.0	42	32.4,52.3	24.1	17.4,32.4
Hogar*	7.4	1.3,32.4	9.9	1.8,40.5	8.6	2.5,25.3
Escuela*	20	6.0,49.5	53.5	27.0,78.1	36	18.3,58.5
Trabajo*	0.5	0.1,3.8	3.5	0.5,22.4	2	0.3,10.5
Transporte público*	0.5	0.1,3.7	1.2	0.2,8.7	0.8	0.2,3.8
Vía pública	70.6	43.7,88.2	30.6	14.7,52.9	51.5	32.2,70.4
Centro recreativo o deportivo*	1	0.2,4.5	1.3	0.2,9.5	1.2	0.3,4.3

* Cifras que se basan en menos de 20 casos muestrales

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 5.6.3.** Población adolescente de 10 a 19 años que reporta intento de suicidio por grupos de edad, según si fue en el último año. México, Ensanut Continua 2023

	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Intento de suicidio alguna vez en la vida									
Sí	139.8	1.2	0.6,2.3	844.4	7.7	6.1,9.7	984.2	4.4	3.5,5.4
No	11 284.6	98.8	97.7,99.4	10 136.8	92.3	90.3,93.9	21 421.3	95.6	94.6,96.5
Total	11 424.4			10 981.2			22 405.6		
Intento de suicidio fue en el último año*									
Sí	69.3	49.6	20.1,79.4	424.4	50.3	39.0,61.5	493.7	50.2	40.9,59.4
No	70.5	50.4	20.6,79.9	420	49.7	38.5,61.0	490.5	49.8	40.6,59.1
Total	139.8			844.4			984.2		

* Incluye adolescentes que alguna vez han intentado suicidarse

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalos de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.7 Sintomatología depresiva

La Ensanut Continua 2023 incluyó la medición de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 años y más. La depresión y la sintomatología depresiva, que incluye tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño, afecta negativamente las vidas de las/os adolescentes y adultos, de sus hijas/os y de sus familias.

Para medir sintomatología depresiva entre los adolescentes y adultos se usó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), una versión abreviada de siete reactivos, a partir de la Escala CES-D,⁸⁹ que evalúa la frecuencia con la que los adolescentes y adultos han experimentado síntomas de depresión en la última semana. La CESD de 20, 19, 12 y 10 ítems se han validado para adolescentes en China, Estados Unidos, Canadá y Taiwán, encontrándose que es una herramienta adecuada para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes. En México no se cuenta con validación del punto de corte de la CESD de siete ítems específica para adolescentes, por lo que se usó de manera provisional el punto de corte de nueve puntos. La CESD-7 se validó en población mexicana adulta^{90,91} y los puntos de corte para identificar la presencia de sintomatología depresiva moderada o severa son nueve puntos para adultos de 20 a 59 años y cinco puntos para adultos de 60 años y más.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Sintomatología depresiva de adolescentes	Porcentaje de adolescentes con sintomatología depresiva	Número de adolescentes con indicación de depresión moderada o severa	Número total de adolescentes
Sintomatología depresiva de adultos	Porcentaje de adultos con sintomatología depresiva	Número de adultos con indicación de depresión moderada o severa	Número total de adultos

Para las estimaciones de los indicadores de sintomatología depresiva se consideraron a 1 924 adolescentes y 6 772 adultos.

En el cuadro 5.7.1 se muestra el porcentaje de adolescentes de acuerdo con los síntomas depresivos en la última semana y la frecuencia con que se tuvieron. Destaca que los problemas de sueño son los más frecuentes entre la población adolescente, el 7.3% declaró que un número considerable de veces y el 20.3% que todo el tiempo o la mayoría del tiempo no durmieron bien. El 7.0% de los adolescentes presentaron un puntaje de nueve puntos o más.

5.8 Funcionamiento

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

La definición de discapacidad ha cambiado con el tiempo. La definición médica de la discapacidad identifica a las personas de acuerdo con su diagnóstico y se enfoca en trastornos, enfermedades o condiciones (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.) entendidos como las causas de la discapacidad. El pensamiento sobre la discapacidad ha evolucionado hacia una definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. Es decir, en lugar de enfocarse en las causas se enfatizan los problemas que encuentran las personas en términos de su funcionamiento cotidiano; esta definición toma en cuenta la interacción entre la condición del individuo y el contexto.⁹²⁻⁹⁴ Este nuevo paradigma biopsicosocial, en sintonía con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, enmarca el abordaje metodológico de la medición poblacional de la discapacidad, el cual se describe a continuación.

En la Ensanut Continua 2023 se utilizó el módulo de preguntas sobre funcionamiento desarrollado por Unicef y el Grupo Washington para la medición de la discapacidad en la niñez y adolescencia,⁹⁵ así como el módulo para adultos⁹⁶ desarrollado por el Grupo Washington. Dichos módulos fueron diseñados para identificar a las niñas, niños, adolescentes y adultos con dificultades en el funcionamiento, los cuales, ante la ausencia de un entorno adaptado a sus necesidades, se encuentran en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Los módulos sobre funcionamiento se incluyeron en los cuestionarios de niños de 0 a 9 años, adolescentes y adultos. La batería de preguntas se aplicó a las madres de las niñas y niños de 2 a 9 años y directamente a las niñas y niños de 10 años y más, así como adolescentes y adultos. Dependiendo del grupo de edad (2-4 años, 5-17 años o 18 años y más), el módulo incluye 16, 24 o 10 preguntas con respuestas categóricas que evalúan dificultades de funcionamiento en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad, así como emociones, entre otras.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial de discapacidad, los módulos se enfocan en la presencia y el grado de severidad de las dificultades en el funcionamiento. Los módulos fueron diseñados para capturar el continuo de habilidades en el funcionamiento a través de varias áreas. Para generar los indicadores que se presentan en esta sección, se combinaron respuestas de preguntas individuales para desarrollar estimaciones del número de niñas, niños, adolescentes y adultos en riesgo de tener una participación muy limitada o restringida en la sociedad, de acuerdo con los ámbitos de interés. Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña, niño, adolescente o adulto tenga discapacidad ya que el instrumento no fue diseñado con la intención de ser utilizado como herramienta diagnóstica.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años*	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años con dificultades severas del funcionamiento	Número de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años que tiene dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito ⁴⁵	Número total de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años

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

* Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS, por sus siglas en inglés) de Unicef

[†] Los ámbitos considerados para los niños/as de 2 a 4 años son: visión, audición, caminar, motor fino, comunicación, aprendizaje, jugar y control del comportamiento

[‡] Los ámbitos considerados para los niños/as de 5 a 17 años son: visión, audición, caminar, autocuidado, comunicación, aprendizaje, recuerdo, concentración, aceptación del cambio, control del comportamiento, hacer amigos, ansiedad y depresión

[‡] Los ámbitos considerados para los adultos (18 años o mayores) son: visión, audición, caminar, cognición, autocuidado y comunicación

■ **Cuadro 5.7.1.** Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023

	Rara vez o nunca			Pocas veces			Un número considerable de veces			Todo el tiempo/la mayoría del tiempo		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Durante la semana pasada...												
Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza	17 470.4	78.0	75.0,80.7	3 898.7	17.4	14.7,20.4	668.0	3.0	2.2,4.0	368.4	1.6	1.1,2.5
Le costó trabajar concentrarse	14 383.1	64.2	61.2,67.1	5 571.3	24.9	22.4,27.5	2 005.1	8.9	6.9,11.5	446.1	2.0	1.4,2.8
Se sintió deprimido o deprimida	16 783.2	74.9	72.0,77.6	4 234.6	18.9	16.6,21.4	1 011.1	4.5	3.1,6.4	376.7	1.7	1.1,2.5
Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	14 964.4	66.8	63.8,69.7	5 065.3	22.6	19.8,25.7	1 619.0	7.2	5.8,9.0	757.0	3.4	2.5,4.5
No durmió bien	12 497.7	55.8	52.1,59.4	3 728.9	16.6	14.2,19.4	1 630.4	7.3	6.4,8.3	4 548.7	20.3	17.7,23.2
Se sintió triste	15 700.4	70.1	66.6,73.4	4 908.8	21.9	18.9,25.2	1 252.8	5.6	4.1,7.6	543.6	2.4	1.7,3.5
Disfrutó de la vida	2 219.8	9.9	8.2,11.9	1 418.7	6.3	4.9,8.1	1 893.4	8.5	6.7,10.7	16 873.7	75.3	72.0,78.4
Sintomatología depresiva ≥ 9	1 572.3	7.0	5.2,9.4									

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Para las estimaciones de dificultades severas del funcionamiento en niñas y niños de 2 a 4 años se consideraron 785 observaciones, mientras que para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años se consideraron 2 854 observaciones. Por lo que en el rango de 2 a 17 años se analizó información de 3 639 niñas, niños y adolescentes. Finalmente para la estimación de prevalencias de dificultades severas del funcionamiento y discapacidad en adultos se consideraron 6 301 observaciones.

Funcionamiento y discapacidad en niñas/os y adolescentes de 2 a 17 años

El cuadro 5.8.1 presenta la prevalencia de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. En este grupo etario el 17.0% de las niñas, niños y adolescentes tiene dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. Mientras que el 4.3% de las niñas/os de 2 a 4 años y el 19.8% de los niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo o tipo de localidad para ninguno de los indicadores.

■ **Cuadro 5.8.1.** Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultad de funcionamiento en al menos un ámbito. México, Ensanut Continua 2023

	Niños/as de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños/as de 5 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños/as de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	275.5	4.3	2,6,7.0	5 782.3	19.8	17,9,21.8	6 057.8	17.0	15,4,18.7
Sexo									
Hombre	164.0	5.1	2,9,8.9	2 867.0	19.0	16,9,21.4	3 030.9	16.6	14,8,18.5
Mujer	111.5	3.5	1,3,9.0	2 915.3	20.5	17,9,23.4	3 026.9	17.4	15,1,19.9
Tipo de localidad									
Rural	43.1	2.5	0,6,9.5	1 523.1	20.6	16,9,24.8	1 566.1	17.1	14,3,20.3
Urbana	232.4	5.0	2,9,8.4	4 259.2	19.5	17,3,21.8	4 491.6	16.9	15,1,18.9

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.9 Disciplina

En todas las culturas, las prácticas de crianza incluyen el manejo del comportamiento de las niñas/os y el uso de distintos métodos de disciplina. Los métodos de disciplina no violentos incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas/os y adultos. Los métodos de disciplina violentos incluyen el empleo de estrategias punitivas basados en el castigo físico y la intimidación verbal. La evidencia científica^{51,53} ha señalado que la exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las

niñas/os, a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.

La meta 16.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niñas/os de 1 a 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. En la Ensanut Continua 2023, se midió la exposición a métodos violentos y no violentos de disciplina, para toda la población de 1 a 14 años. Para las niñas/os de 1 a 14 años, se utilizó el Módulo de Disciplina de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de Unicef, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disciplina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. El módulo se aplicó a las madres de las niñas/os menores de 10 años, y directamente a las niñas/os y adolescentes de 10 a 14 años.

Para el cálculo de los indicadores de métodos de disciplina se cuenta con una muestra de 3 295 niñas/os de 1 a 14 años. Para la construcción de los indicadores de disciplina violenta se consideraron las siguientes definiciones:

Indicador	Cuestionario	Numerador	Denominador
Sólo disciplina no violenta	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que no experimentaron agresión psicológica ni castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años
Agresión psicológica	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron agresión psicológica durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años
Castigo físico	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años
Castigo físico severo	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron castigo físico severo durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años
Disciplina violenta	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años

En 2023, a nivel nacional, el 52.0% de las niñas y niños de 1 a 14 años fueron sometidos a al menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta. Asimismo, por edad, se aprecia una menor proporción de niñas/os de 1 a 4 años (46.1%) castigados con estos métodos, comparado con el 54.2% de las niñas/os de 5 a 14 años.

La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas. Mientras que 44.2% de las niñas/os fueron sometidos a agresión psicológica, 32.2% fueron sometidos a castigo físico, de éstos 4.7% fueron castigados con las formas más severas de castigo físico (golpes en la cabeza, las orejas o la cara, así como golpes con fuerza y repetidamente). Cabe mencionar que 35.8% de las niñas/os fueron disciplinados únicamente con métodos no violentos (cuadro 5.9.1).

■ **Cuadro 5.9.1.** Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas, niños y adolescentes de 1 a 14 años. México, Ensanut Continua 2023

	Solo disciplina no violenta			Agresión psicológica			Cualquiera			Castigo físico			Cualquier método de disciplina violento		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	10 898.2	35.8	33.8,37.9	13 449.9	44.2	42.1,46.4	9 784.6	32.2	29.7,34.7	1 427.9	4.7	3.7,6.0	15 801.5	52.0	49.8,54.2
Sexo															
Hombre	5 273.5	33.4	30.7,36.2	7 326.1	46.4	43.5,49.3	5 515.7	34.9	32.4,37.5	663.7	4.2	3.0,5.9	8 816.4	55.8	52.8,58.8
Mujer	5 624.7	38.5	35.5,41.5	6 123.8	41.9	38.8,45.1	4 268.9	29.2	25.5,33.2	764.2	5.2	3.5,7.6	6 985.1	47.8	44.5,51.1
Edad															
1 a 4 años	3 063.9	36.8	33.4,40.4	2 935.7	35.3	31.7,39.0	2 616.3	31.4	27.8,35.3	290.1	3.5	2.3,5.3	3 838.9	46.1	42.3,50.0
5 a 14 años	7 834.3	35.5	33.0,38.0	10 514.2	47.6	44.9,50.4	7 168.3	32.5	29.8,35.2	1 137.8	5.2	3.8,7.0	11 962.6	54.2	51.4,56.9
Tipo de localidad															
Rural	2 870.7	36.6	33.8,39.6	3 363.5	42.9	39.2,46.7	3 124.4	39.9	35.3,44.6	580.1	7.4	5.8,9.3	4 027.7	51.4	48.2,54.6
Urbana	8 027.5	35.6	33.0,38.2	10 086.4	44.7	42.1,47.3	6 660.3	29.5	26.7,32.5	847.8	3.8	2.5,5.6	11 773.8	52.2	49.4,54.9

* El castigo físico severo incluye: 1) Golpear en la cara, la cabeza o las orejas o 2) Dar una paliza, es decir, golpear una y otra vez tan fuerte como se pueda

N (miles); Frecuencia expandida/1 000

IC95%. Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el cuadro 5.9.2 revela que 9.8% de las madres que respondieron el cuestionario de niños de 0 a 9 años cree que el castigo físico es necesario para educar a las niñas/os. Adicionalmente, el cuadro 5.9.3 muestra que únicamente el 11.8% de las y los adolescentes encuestados piensan que el castigo físico es necesario para educarlos apropiadamente.

■ **Cuadro 5.9.2.** Porcentaje de informantes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña/o apropiadamente. México, Ensanut Continua 2023

	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 071.4	9.8	8.0,11.8
Sexo			
Hombre	1 076.5	10.0	8.0,12.5
Mujer	994.9	9.6	7.3,12.3
Tipo de localidad			
Rural	659.9	12.0	9.5,14.9
Urbana	1 411.5	9.0	6.9,11.7

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 5.9.3.** Porcentaje de adolescentes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña/o apropiadamente. México, Ensanut Continua 2023

	N (miles)	%	IC95%
Nacional	1 083.8	11.8	10.1,13.6
Sexo			
Hombre	798.4	15.9	13.2,19.0
Mujer	285.4	6.8	5.0,9.2
Tipo de localidad			
Rural	397.6	17.2	13.5,21.6
Urbana	686.1	9.9	8.2,11.9

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
Fuente: Ensanut Continua 2023

5.10 Conductas alimentarias

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre mujeres y hombres jóvenes. Si bien los trastornos definidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés),⁹⁷ son anorexia nervosa, bulimia nervosa, y trastorno por atracón, tienen prevalencias bajas, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes. Las conductas alimentarias de riesgo incluyen todas las manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) —como son conductas restrictivas, purgativas y atracones—⁹⁸ pero con menor intensidad y frecuencia.⁹⁹

La información para la medición de conductas alimentarias de riesgo en la Ensanut Continua 2023 se captó utilizando un cuestionario breve propuesto por Unikel y colaboradores apegado a los criterios establecidos en el DSM-IV. Se trata de una batería de 10 preguntas, que considera una conducta de riesgo cuando el puntaje obtenido es mayor a 10 puntos.¹⁰⁰

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población de adolescentes mexicanos fueron: comer demasiado, preocupación por engordar y perder el control sobre lo que se come. Se reportaron las respuestas de frecuentemente y muy frecuentemente haber comido demasiado (7.4 y 2.7%), así como la preocupación por engordar (6.9 y 2.4%, respectivamente). Los hombres reportaron frecuentemente haber comido demasiado (7.4%), y las mujeres reportaron la preocupación por engordar (6.9%).

En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes (cuadro 5.10.1).

■ **Cuadro 5.10.1.** Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años. México, Ensanut Continua 2023

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres												
¿Te ha preocupado engordar?	8 265.1	72.3	69,0,75.4	2 294.1	20.1	17,6,22.8	673.1	5.9	4,2,8.2	192.1	1.7	0,8,3.7
¿has comido demasiado?	6733	58.9	54,5,63.3	3 344.1	29.3	25,9,32.8	928.6	8.1	5,3,12.3	418.7	3.7	2,0,6.5
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	9 316.7	81.6	78,1,84.6	1 658.9	14.5	11,6,18.1	211.7	1.9	1,1,3.2	237.1	2.1	1,2,3.5
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	11 272.9	98.7	97,7,99.2	151	1.3	0,8,2.3	0	0		0.5	0	
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	1 1201	98	96,9,98.8	222.8	2	1,2,3.1	0	0		0.5	0	
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	10 553.1	92.4	90,7,93.7	757.9	6.6	5,3,8.2	95.3	0.8	0,4,1.9	18.1	0.2	0,0,1.1
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	10 230.4	89.5	87,4,91.4	1 055.5	9.2	7,5,11.4	100.1	0.9	0,4,1.7	38.4	0.3	0,1,1.0
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	11 218.7	98.2	96,6,99.1	194.1	1.7	0,9,3.4	11	0.1	0,0,0.5	0.5	0	
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	11 263.3	98.6	98,0,99.0	131.1	1.1	0,8,1.6	29.4	0.3	0,1,0.9	0.5	0	
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	11 316.2	99.1	98,4,99.5	107.7	0.9	0,5,1.6	0	0		0.5	0	
Mujeres												
¿Te ha preocupado engordar?	6 897.7	62.8	58,4,67.1	2 869.7	26.1	21,9,30.8	869.6	7.9	5,7,11.0	344.2	3.1	2,3,4.3
¿has comido demasiado?	6 644.1	60.5	56,5,64.4	3 434.7	31.3	27,5,35.3	727	6.6	5,3,8.2	175.4	1.6	1,1,2.3
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	8 728	79.5	75,8,82.7	1 753.8	16	13,1,19.4	318	2.9	2,3,3.6	181.3	1.7	0,9,2.9
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	10 717.4	97.6	95,3,98.8	248.4	2.3	1,1,4.6	15.4	0.1	0,0,0.5	0	0	
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	10 358.3	94.3	92,5,95.7	522.6	4.8	3,5,6.5	90.5	0.8	0,4,1.8	9.7	0.1	0,0,0.3
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	9 975	90.8	88,7,92.6	706	6.4	4,9,8.4	277.8	2.5	1,6,4.1	22.4	0.2	0,1,0.5
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	10 117.5	92.1	89,2,94.3	660.9	6	4,2,8.5	168	1.5	0,7,3.2	34.8	0.3	0,1,0.9
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	10 864.2	98.9	98,0,99.4	88.1	0.8	0,4,1.7	26.2	0.2	0,1,0.9	2.7	0	0,0,0.1
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	10 788.7	98.2	96,4,99.2	148.2	1.3	0,7,2.7	42.8	0.4	0,1,1.5	1.5	0	0,0,0.1
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	10 833.8	98.7	97,6,99.3	130.9	1.2	0,6,2.3	15	0.1	0,0,0.6	1.5	0	0,0,0.1

Continúa/

/continuación.

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Total												
¿Te ha preocupado engordar?	15 162.8	67.7	64,9,70.3	5 163.8	23	20,5,25.8	1 542.7	6.9	5,3,8.8	536.3	2.4	1,7,3.4
¿has comido demasiado?	13 377.1	59.7	56,5,62.8	6 778.8	30.3	27,6,33.0	1 655.7	7.4	5,5,9.9	594	2.7	1,7,4.0
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	18 044.7	80.5	77,9,83.0	3 412.7	15.2	13,0,17.8	529.8	2.4	1,8,3.1	418.4	1.9	1,3,2.7
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	21 990.3	98.1	96,9,98.9	399.3	1.8	1,0,3.1	15.4	0.1	0,0,0.2	0.5	0	
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	21 559.3	96.2	95,1,97.1	745.4	3.3	2,5,4.4	90.5	0.4	0,2,0.9	10.3	0	0,0,0.1
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	20 528	91.6	90,3,92.8	1 463.9	6.5	5,4,7.8	373.2	1.7	1,1,2.5	40.5	0.2	0,1,0.5
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	20 347.9	90.8	89,1,92.3	1 716.4	7.7	6,4,9.1	268.1	1.2	0,7,2.0	73.2	0.3	0,1,0.7
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	22 082.9	98.6	97,7,99.1	282.2	1.3	0,7,2.1	37.2	0.2	0,1,0.5	3.2	0	
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	22 052	98.4	97,6,99.0	279.3	1.2	0,8,1.9	72.3	0.3	0,1,0.8	2	0	
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	22 150	98.9	98,3,99.2	238.5	1.1	0,7,1.6	15	0.1	0,0,0.3	2	0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

La proporción de adolescentes que participó en la Ensanut 2023 y que estaban en riesgo de tener un trastorno de la conducta alimentaria (>10 puntos del cuestionario aplicado), fue de 0.8% (1.1% en mujeres y 0.4% en hombres). Entre los adolescentes de mayor edad (14-19 años) la prevalencia de tener un posible trastorno es de 1.1% superior a 0.3% estimado para el grupo de 10-13 años (cuadro 5.10.2)

■ **Cuadro 5.10.2.** Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo. Adolescentes. México, Ensanut Continua 2023

	Conductas alimentarias de riesgo					
	Sin riesgo		Riesgo moderado		Riesgo alto	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Total	95.8	94,7,96,7	3.5	2,7,4,4	0.8	0,4,1,4
Sexo						
Hombre	96.4	94,8,97,5	3.2	2,2,4,7	0.4	0,1,1,3
Mujer	95.2	93,5,96,4	3.7	2,8,4,9	1.1	0,5,2,4
Grupo de edad						
10-13 años	96.4	95,1,97,4	3.4	2,4,4,6	0.3	0,1,0,9
14-19 años	95.4	93,7,96,6	3.5	2,5,5,0	1.1	0,6,2,2

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

5.11 Sustancias adictivas

Las sustancias adictivas deterioran la salud mental y física de las y los adolescentes que las consumen.¹⁰¹ Estas sustancias se dividen en drogas ilícitas y drogas de uso médico. Las drogas ilícitas de mayor preocupación son la marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico.¹⁰¹ En México, en 2016-17 en población de 12 a 17 años, el uso alguna vez la vida de drogas ilícitas fue de 6.2% y el uso de drogas médicas fue de 0.6%.¹⁰² Las drogas de uso médico se clasifican en opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes.¹⁰³ Una de las drogas médicas de mayor preocupación es el fentanilo, un opiáceo altamente adictivo y letal.

Se incluyó información de 1 520 adolescentes de 12 a 19 años de edad. Los indicadores de uso de drogas médicas e ilícitas se construyeron igual que en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17,³ para facilitar la comparación (cuadro 5.11.1). Además, se construyó un indicador de conocimiento sobre fentanilo mediante la pregunta “¿Conoces o has escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?”.

■ **Cuadro 5.11.1.** Indicadores de uso de sustancias adictivas. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Conocimiento sobre fentanilo	Porcentaje de la población de 12 a 19 años que conoce o ha escuchado hablar sobre el fentanilo	Número de adolescentes de 12 a 19 años que conoce o ha escuchado hablar sobre fentanilo, de la muestra de adolescentes	Número total de adolescentes de 12 a 19 años en la muestra de adolescentes
Uso de drogas médicas por adolescentes	Porcentaje de la población de 12 a 19 años que ha usado drogas médicas (opiáceos, tranquilizantes, sedantes o estimulantes) alguna vez en la vida	Número de adolescentes de 12 a 19 años que ha usado alguna droga médica (opiáceos, tranquilizantes, sedantes o estimulantes) en su vida, de la muestra de adolescentes	
Uso de drogas ilícitas por adolescentes	Porcentaje de la población de 12 a 19 años que ha usado drogas ilícitas (marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, ketamina, GHB o estimulantes tipo anfetamínico) alguna vez en la vida	Número de adolescentes de 12 a 19 años que ha usado alguna droga ilícita (marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, ketamina, GHB o estimulantes tipo anfetamínico) en su vida, de la muestra de adolescentes	

La prevalencia de conocimiento de fentanilo fue 67.6% en la población adolescente (IC95% 64.0,70.9; N=12 278 394). La prevalencia de uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida en esta población fue 4.3% (IC95% 3.2,5.8; N=782 309). La droga ilícita más usada fue la marihuana, con una prevalencia de uso alguna vez en la vida de 4.1% (IC95% 3.1,5.6; N=753 314). Por la baja prevalencia no fue posible hacer estimaciones de otras drogas o desagregar por variables sociodemográficas. La prevalencia de uso de drogas médicas alguna vez en la vida en la población adolescente fue de 5.2% (IC95% 3.0,8.9; N=940 394).

■ **Cuadro 5.11.2.** Prevalencia de conocimiento sobre fentanilo y uso alguna vez en la vida de drogas ilícitas en adolescentes. México, Ensanut Continua 2023

n muestral	1 520
N ponderada	18 173 655
Indicador	% (IC95%)
Conocimiento sobre fentanilo	67.6 (64.0,70.9)
Uso de drogas ilícitas	4.3 (3.2,5.8)
Marihuana	4.1 (3.1,5.6)

Drogas ilícitas: marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Adultos

6.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de Ensanut Continua 2023 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México,³⁴ que establece los biológicos que debe recibir la población mayor de 20 años de edad, a partir del recuerdo que tiene cada entrevistado sobre las vacunas que ha recibido desde los 20 años de edad (particularmente contra sarampión y tétanos).

- *Biológico:* Se refiere a la vacuna, algunas contienen antígenos, otras contienen toxoides, en todos los casos el objetivo es estimular el sistema inmune, y producir una respuesta celular y una humoral que prepare al organismo para enfrentar a los patógenos desencadenantes de enfermedades inmunoprevenibles y de esta manera evitar la aparición de complicaciones que requieran hospitalización, o que generen discapacidad o la muerte en las y los adultos.
- *Esquema de vacunación:* Conjunto de biológicos y número de dosis recomendadas para cada grupo de población blanco.

Coberturas de vacunación en adultos:

De acuerdo con resultados de Ensanut Continua 2021-2023, se ha evidenciado que menos del 10% de los adultos al momento de la encuesta cuentan con algún documento probatorio de vacunación (Cartilla Nacional de Salud [CNS], Cartilla Nacional de Vacunación [CNV]) disponible y con información sobre el estado de vacunación, por lo que fue necesario medir el indicador de cobertura (toxoiide tetánico y anti-sarampión en los adultos de 20 a 59 años de edad y anti-neumococo, Td e influenza para adultos de 60 años o más) mediante recordatorio de memoria expresado por el participante a partir de preguntas sobre el antecedente de vacunación.

El numerador son los adultos que respondieron haber recibido al menos una dosis de las vacunas; a partir de las preguntas que les fueron formuladas durante la encuesta, como se indica a continuación:

- **SR:** Pregunta realizada a población entre 20 y 59 años de edad; “Desde sus 20 años de edad, ¿le han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR)? (para personas entre 20 a 39 años). ¿Cuántas veces se la han aplicado?”.
- **Toxide diftérico y tetánico (Td):** Pregunta realizada a población mayor de 20 años; “...En los últimos 10 años, ¿le han aplicado la vacuna contra el tétanos? ¿Cuántas veces se la han aplicado?”.
- **Neumococo:** Pregunta realizada a población adulta de 60 años o más; “...¿Le han aplicado la vacuna contra el neumococo?. ¿Cuántas veces le han aplicado la vacuna contra el neumococo?”.
- **Influenza:** Pregunta realizada a población adulta de 60 años o más; “... A partir de septiembre del año pasado y hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la Influenza?”.

Cobertura de vacunación estimada con el Biológico “X”:

Número de adultos de 20 a 59 años de edad que refirieron haber recibido el biológico “X”

Total de adultos de 20 a 59 años de edad (o de 20 a 39 años, en el caso de SR) entrevistados.

Adultos de 20 a 29 años de edad

Se entrevistaron 5,086 adultos, que representan a 54 515 491 individuos entre 20 y 59 años de edad, 52.95% fueron mujeres, 80.27% fueron residentes de localidades urbanas o metropolitanas.

La estimación de la prevalencia de cobertura de vacunación en adultos se documentó mediante autorreporte, en razón a que el 7% de los entrevistados podían acreditar su estado de vacunación mediante CNS disponible y con información al momento de la encuesta.

Tener algún documento probatorio de vacunación fue más frecuente en mujeres respecto de los hombres (10.0 vs. 3.6%). El 45.8% de los participantes no tenía ningún documento probatorio de vacunación (cuadro 6.1.1).

- **Cuadro 6.1.1.** Proporción estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según sexo en adultos de 20 a 59 años de edad. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	Mostró CNS o DP con información referente a vacunación		Tenía CNS, pero no la mostró		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía CNS		Sin especificar		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%
Hombre	1 148.1	3.6	14 532.7	45.96	693.0	2.2	15 224.3	48.1	23.8	0.1	31 621.9	100
Mujer	3 565.3	10.0	15 692.2	44.09	704.7	2.0	15 587.8	43.8	43.7	0.1	35 593.6	100
Total	4 713.4	7.0	30 224.8	44.97	1 397.7	2.1	30 812.1	45.8	67.5	0.1	67 215.5	100

CNS: Cartilla Nacional de Salud. CNV: Cartilla Nacional de Vacunación. DP: Documento Probatorio

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Las prevalencias de cobertura de vacunación estimada en población adulta son de 62.23% (IC95% 58.33,66.0) para Td en hombres y mujeres de 20 a 59 años de edad y 30.4% (IC95% 26.5,34.49) para SR en hombres y mujeres de 20 a 39 años de edad (cuadro 6.1.2).

La prevalencia de cobertura de vacunación estimada contra sarampión en mujeres en edad fértil (20 a 49 años de edad) fue de 22% (IC95% 19.14,25.24), más baja en población de 20 a 39 años (cuadro 6.1.2). No se identificaron diferencias en la cobertura por sexo, localidad de residencia, ni en hablantes de lengua indígena (cuadro 6.1.2).

■ **Cuadro 6.1.2.** Prevalencia estimada de Cobertura de vacunación por características socio-demográficas en población adulta, según autorreporte de memoria. México, Ensanut Continua 2023

Características	SRP o SR*			Td†		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Sexo						
Hombres	5 439.0	29.1	23.93,34.93	19 482.8	61.6	57.05,65.98
Mujeres	6 245.1	31.5	27.28,36.04	22 491.0	63.2	59.49,66.73
Localidad						
Rural	2 499 095	32.2	25.69,39.56	8 160 305	61.53	56.05,66.73
Urbano	9 185 035	29.9	25.43,34.72	33 813 496	62.67	59.29,65.94
Hablante de Lengua Indígena						
Sí	466 047	25.3	17.55,34.97	1 184 929	64.27	44.16,80.36
No	11 218 084	30.6	26.64,34.87	22 774 763	62.13	58.08,66.01
Total	11 684 130	30.4	26.5,34.49	23 959 692	62.23	58.3,66.0

* SRP: Vacuna con antígenos contra sarampión, rubéola y parotiditis administrada en población de 20 a 39 años de edad

† Td: Vacuna anti-difteria y anti-tétanos administrada en población de 20 a 59 años de edad

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Adultos de 60 años o más años de edad

Se entrevistaron 1 562 adultos mayores, que representan a 16 930 810 de individuos, 48.66% fueron mujeres, 80.27% fueron residentes de localidades urbanas o metropolitanas.

Al igual que en los adultos de 20 a 59 años de edad, en éste segmento de la población también fue necesario documentar la vacunación mediante autorreporte, el 8.5% de los entrevistados podían acreditar su estado de vacunación mediante CNS disponible y con información al momento de la encuesta.

No hubo diferencias significativas en entre hombres y mujeres respecto de contar con documento probatorio de vacunación (9.2% en hombres vs. 7.7% en mujeres). El 49.0% de los participantes no tenía ningún documento probatorio de vacunación (cuadro 6.1.3).

Las prevalencias de cobertura de vacunación estimada en población adulta mayor son de 57.7% (IC95% 52.57,62.65) para anti-influenza, 30.4% (IC95% 26.4,34.7) para anti-neumococo y 52.94% (IC95% 48.68,57.16) para Td (cuadro 6.1.4). No se identificaron diferencias en la cobertura por sexo, localidad de residencia, ni en hablantes de lengua indígena (cuadro 6.1.4).

■ **Cuadro 6.1.3.** Proporción estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio, según sexo en población adulta mayor. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	Mostró CNS o DP con información referente a vacunación		Tenía CNS, pero no la mostró		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía CNS		Sin especificar		Total	
	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%	N (miles)	%		%	N (miles)	%
Hombre	799.8	9.2	3 289.7	37.84	90.0	1.0	4 495.2	51.7	18.3	0.2	8 693.0	100
Mujer	631.0	7.7	3 683.9	44.72	107.6	1.3	3 804.2	46.2	11.2	0.1	8 237.8	100
Total	1 430.8	8.5	6 973.6	41.19	197.6	1.2	8 299.4	49.0	29.5	0.2	16 930.8	100

CNS: Cartilla Nacional de Salud. CNV: Cartilla Nacional de Vacunación. DP: Documento Probatorio

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 6.1.4.** Prevalencia estimada de Cobertura de vacunación según características sociodemográficas de la población adulta mayor, según autorreporte de memoria. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	Td			Anti-Neumococo			Influenza		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Hombres	4 741.7	54.6	47.72,61.21	2 278.4	26.2	21.26,31.84	4 938.5	56.8	49.75,63.61
Mujeres	4 221.8	51.3	45.98,56.49	2 861.6	34.7	29.94,39.87	4 829.2	58.6	51.71,65.21
Localidad									
Rural	1 653.3	47.5	40.08,55.04	1 012.1	29.1	19.34,41.21	2 012.1	57.7	52.12,63.02
Urbano	7 310.1	54.4	49.33,59.28	4 128.0	30.7	26.42,35.32	7 755.6	57.8	44.98,69.66
Hablante de Lengua Indígena									
Sí	310.1	44.0	24.61,65.32	117.3	16.6	6.182,37.63	315.8	44.8	25.19,66.1
No	8 653.4	53.3	48.82,57.79	5 022.8	31.0	27.01,35.21	9 451.9	58.3	53.23,63.11
Total	8 963.5	52.9	48.68,57.16	5 140.0	30.4	26.35,34.7	9 767.7	57.7	52.57,62.65

Td: Vacuna anti-difteria y anti-tétanos

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.2 Programas preventivos

Con el fin de identificar personas asintomáticas con enfermedades crónicas no diagnosticadas se realizan pruebas de detección o tamizaje en servicios de salud públicos y privados. El resultado de dichas pruebas permite establecer medidas preventivas para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y reducir sus complicaciones, modificando el estilo de vida del paciente o aplicando medidas terapéuticas como en el caso de la diabetes,¹⁰⁴ hipertensión, dislipidemias y obesidad. Si la prueba de detección resulta positiva, los individuos deberán ser enviados a confirmación diagnóstica

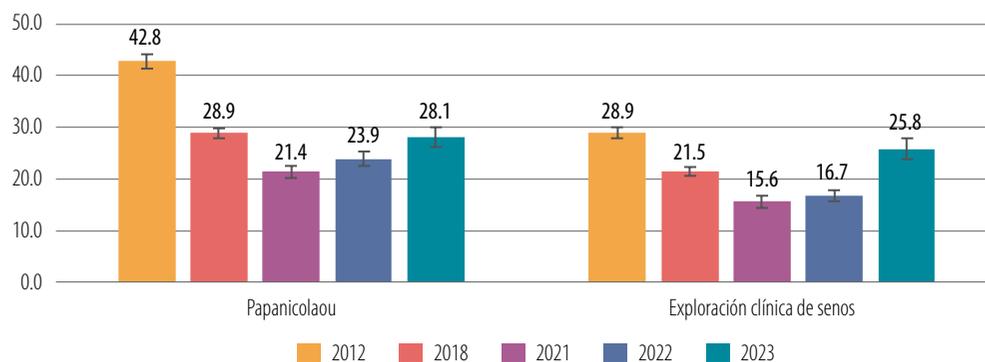
de la enfermedad¹⁰⁵ y en su caso a tratamiento en etapas tempranas. Dependiendo de la presencia de factores de riesgo de estas enfermedades, la periodicidad de la detección recomendada en las normas oficiales mexicanas llega a ser anual.

Durante el año previo al levantamiento de la Ensanut Continua 2023, acudió 28.1% de las mujeres de 20 años o más de edad a que les realizaran una prueba de papanicolaou. Acudieron a exploración clínica de senos 25.8% de las mujeres. Tanto en la prueba de papanicolaou como en la exploración clínica de senos, asistieron en mayor proporción las mujeres de 40 a 59 años de edad, 35.5 y 33.7%, respectivamente (cuadro 6.2.1).

La proporción de adultos que durante el año previo al levantamiento de esta encuesta, acudieron a que les realizaran una prueba de detección de diabetes fue del 25.0%, de hipertensión 23.5%, de dislipidemia 15.7% y de sobrepeso u obesidad 19.7%. Los adultos menores de 40 años fueron quienes acudieron en menor proporción a detección de estas enfermedades; entre 19.3 y 20.5% de los menores de 40 años acudieron a detección de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión, y a detección de dislipidemias, acudió 11.8% (cuadro 6.2.1). Por sexo, se puede observar que las mujeres acudieron en mayor proporción a los servicios de detección de diabetes, hipertensión y dislipidemias, en comparación con los hombres. Mientras que los hombres lo hicieron en mayor porcentaje a detección de sobrepeso y obesidad, en relación con las mujeres. Los adultos de entre 40 y 59 años de edad acudieron en mayor proporción a detección de diabetes y de hipertensión (cuadro 6.2.1).

Los resultados de las Ensanut 2012, 2018 y 2021 mostraron un decremento en la proporción de las mujeres que acudieron a que les realizaran pruebas de papanicolaou, exploración de senos y de adultos a quienes les detectaron diabetes e hipertensión en México.¹⁰⁶ En 2012 42.8% de las mujeres adultas les realizaron una prueba de papanicolaou en el año previo, este porcentaje disminuyó a 28.9% en el 2018 y a 21.4% en el 2021, se incrementó a 23.9% en el 2022 y llegando a 28.1% en el 2023. Similar comportamiento puede observarse en el caso de la exploración clínica de senos, que en 2012 fue del 28.9%, en 2018 de 21.5%, en el 2021 de 15.6%, en el 2022 de 16.7% y en 2023 de 25.8% (figura 6.2.1).

■ **Figura 6.2.1.** Pruebas de detección de Papanicolaou y exploración clínica de senos en mujeres. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2012, 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

■ **Cuadro 6.2.1.** Uso de servicios médicos preventivos según sexo y grupo de edad.
México, Ensanut Continua 2023

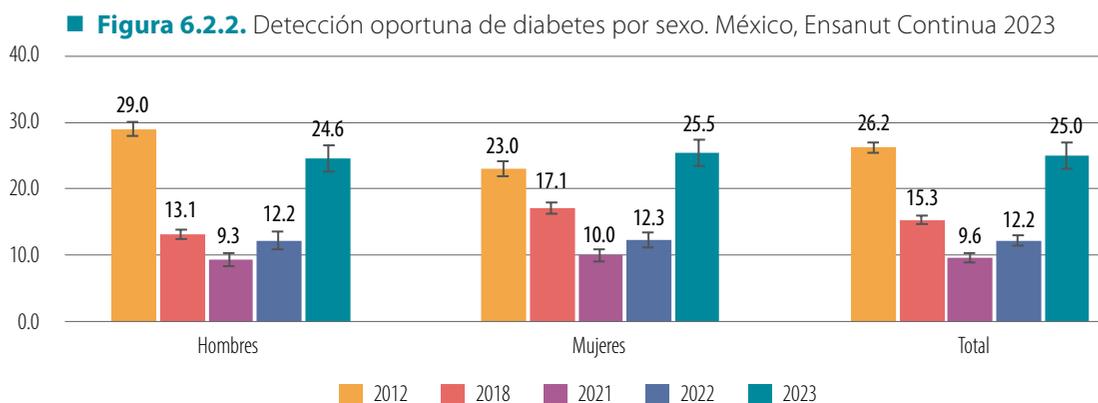
Estudio	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)
Tamaño de muestra	2 723		4 049		6 772	
Frecuencia en miles	41 096		44 870		85 966	
Prueba de Papanicolaou						
20-39			5 018	24.7 (22.0,27.7)		
40-59			5 700	35.5 (32.3,38.9)		
60 años y más			1 912	22.4 (18.4,26.9)		
Total			12 630	28.1 (26.0,30.4)		
Exploración clínica de senos						
20-39			4 181	20.6 (17.0,24.7)		
40-59			5 405	33.7 (30.4,37.2)		
60 años y más			2 000	23.4 (19.6,27.7)		
Total			11 586	25.8 (23.1,28.7)		
Detección de diabetes mellitus						
20-39	4 127	21.9 (18.6,25.6)	3 313	16.9 (14.6,19.5)	7 441	19.4 (17.1,21.8)
40-59	2 814	24.2 (20.4,28.4)	4 770	35.1 (30.9,39.4)	7 583	30.0 (27.1,33.2)
60 años y más	2 176	33.0 (27.5,38.9)	1 891	31.5 (26.9,36.6)	4 067	32.3 (28.2,36.6)
Total	9 117	24.6 (22.2,27.1)	9 974	25.4 (23.2,27.9)	19 091	25.0 (23.1,27.0)
Detección de hipertensión arterial						
20-39	3 795	21.2 (18.7,24.0)	3 724	19.8 (16.4,23.6)	7 518	20.5 (18.0,23.1)
40-59	2 338	21.1 (17.8,24.7)	3 678	30.2 (25.9,34.8)	6 015	25.8 (22.9,29.0)
60 años y más	1 699	30.2 (24.3,36.7)	1 339	28.2 (22.9,34.2)	3 038	29.3 (25.2,33.7)
Total	7 832	22.6 (20.7,24.6)	8 741	24.4 (21.6,27.5)	16 571	23.5 (21.6,25.6)
Detección de triglicéridos o colesterol alto						
20-39	1 958	11.8 (9.4,14.7)	2 140	11.8 (9.6,14.5)	4 098	11.8 (9.9,14.0)
40-59	1 573	15.1 (12.5,18.2)	2 160	18.1 (15.5,21.1)	3 733	16.7 (14.7,19.0)
60 años y más	1 597	24.4 (19.3,30.3)	1 423	25.3 (20.9,30.4)	3 020	24.8 (21.6,28.4)
Total	5 128	15.3 (13.5,17.2)	5 723	16.0 (14.2,18.0)	10 851	15.7 (14.3,17.1)
Detección de obesidad o sobrepeso						
20-39	4 173	21.9 (17.8,26.6)	3 404	16.8 (13.8,20.3)	7 578	19.3 (16.3,22.5)
40-59	2 624	19.9 (16.8,23.5)	3 201	19.9 (17.0,23.2)	5 825	19.9 (17.5,22.6)
60 años y más	1 882	21.2 (16.4,27.0)	1 681	19.7 (15.0,25.3)	3 563	20.5 (17.1,24.3)
Total	8 679	21.1 (18.7,23.7)	8 286	18.5 (16.2,21.0)	16 966	19.7 (17.8,21.8)

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

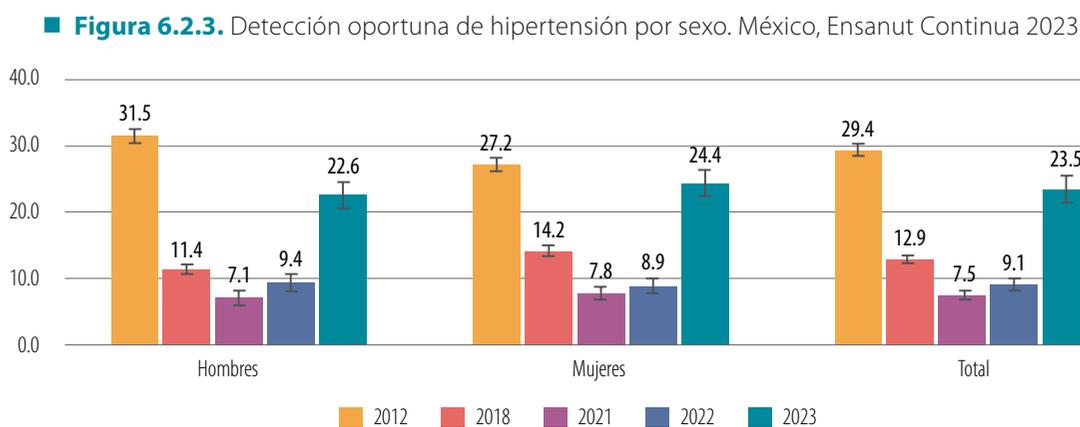
Fuente: Ensanut Continua 2023

Con respecto a las pruebas de detección de diabetes, en 2012, 26.2% de los adultos de 20 años y más (29.0% de los hombres y 23.0% de las mujeres) acudieron a realizarse esta prueba. Esta proporción mostró una disminución progresiva del 2012 al 2021; bajo a 15.3% (13.1% en hombres y 17.1% en mujeres) en 2018 y, en 2021 disminuyó a 9.6% (9.3% en hombres y 10.0% en mujeres), aumentó en 2022 a 12.2% (12.2% en hombres y 12.3% en mujeres). En contraste, los resultados obtenidos de la Ensanut Continua 2023, muestran un incremento significativo en la detección de diabetes, llegando a porcentajes de 25.0% en población de 20 años y más, 24.6% en el grupo de hombres y 25.4% en mujeres (figura 6.2.2).



Fuente: Ensanut 2012, 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

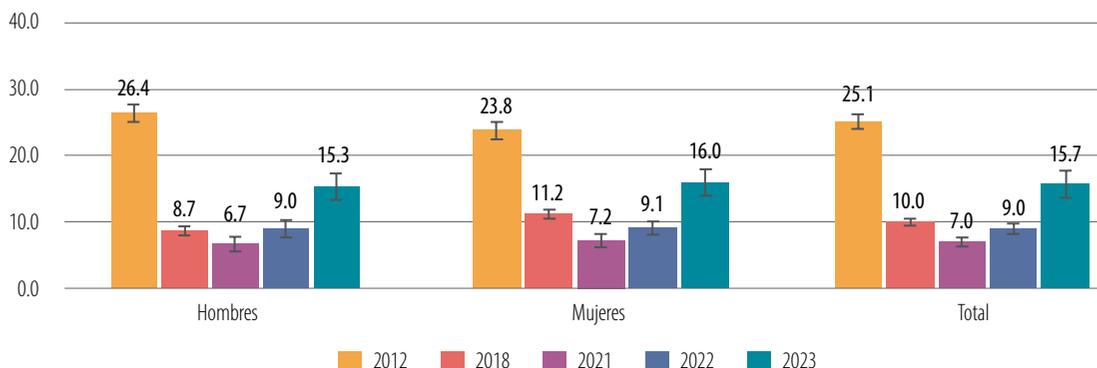
La detección de hipertensión arterial presentó un decremento en su aplicación en la población adulta de nuestro país, entre las Ensanut 2012, 2018 y 2021. De 29.4% (31.5% en hombres y 27.2% en mujeres), a 12.9% (11.4% en hombres y 14.2% en mujeres) y 7.5% (7.1% en hombres y 7.8% en mujeres), respectivamente. En la Ensanut Continua 2022 se obtuvo un incremento (9.1, 9.4 y 8.9%, total, hombres y mujeres, respectivamente) y en la Ensanut Continua 2023 un incremento mayor y significativo en esta detección llegando a 23.5%, 22.6% en hombres y 24.4% en mujeres (figura 6.2.3).



Fuente: Ensanut 2012, 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

Con respecto al uso de las pruebas para la medición de triglicéridos o colesterol altos, hubo una reducción entre 2012 y 2021, al pasar de 25.1% en 2012, 10% en 2018 y 7.0% en 2021. Posteriormente, en 2022 hubo un incremento en la detección, llegando a 9% y en 2023 se obtuvo un incremento significativo, alcanzando 15.7% (figura 6.2.4).

■ **Figura 6.2.4.** Detección oportuna de dislipidemia por sexo. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2012, 2018, Ensanut Continua 2021, 2022 y 2023

Los incrementos en la realización de las detecciones presentadas, se observaron en todas las instituciones. De los adultos que acuden regularmente a atención médica a alguna unidad del IMSS al 21.2% les realizaron una prueba para detectar diabetes y al 15.3% les midieron la tensión arterial en el 2022. En tanto que les realizaron estas mediciones al 26.8% y al 23.5%, respectivamente, en el 2023. En los adultos que acuden regularmente al ISSSTE, la detección de diabetes se incrementó de 15.5% en el 2022 a 26.8% en el 2023 y para detección de hipertensión de 16.1 a 26.3%, respectivamente. En cuanto a los adultos que acuden regularmente a unidades de la Secretaría de Salud, la detección de diabetes se realizó en 10.9% en 2022 y en 22.8% en 2023 y de hipertensión en 6.1% en 2022 y 22.4% en 2023 (datos no mostrados).

6.3 Consumo de tabaco

Los indicadores analizados para determinar el consumo de tabaco en adultos de 20 años y más fueron los siguientes:

1. *Fumador actual*: Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un periodo de 30 días) fuma tabaco.
2. *Fumador diario*: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco a diario.
3. *Fumador ocasional*: Porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente.
4. *Exfumador*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma.
5. *Exfumador diario*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado diariamente y actualmente no fuma tabaco.
6. *Exfumador ocasional*: Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado ocasionalmente y actualmente no fuma tabaco.

7. *Nunca ha fumado*: Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma.
8. *Uso de cigarro electrónico*: Porcentaje de la población que actualmente usa cigarrillos electrónicos.

En México, el 19.6% de la población con 20 años y más (16 835 864 personas) consumía tabaco fumado al momento de la encuesta, con mayor consumo en los hombres (28.4%) que en las mujeres (11.6%) dentro de este rango de edad. Entre las personas que fuman tabaco, el 8.5% (12.3% de los hombres, 5.1% de las mujeres) reportó hacerlo de manera diaria, mientras que el 11.1% (16.1% de los hombres, 6.5% de las mujeres) lo hacían de manera ocasional. En cuanto al consumo previo de tabaco, el 17.1% de los adultos mexicanos (14 647 307 de personas) refirió fumar tabaco en el pasado y no hacerlo actualmente, mientras que el 63.2% (54 027 967) mencionó nunca haber fumado. Por último, el 2.2% de las y los adultos en México (3.5% de los hombres, 0.9% de las mujeres) reportó usar cigarrillos electrónicos (cuadro 6.3.1).

■ **Cuadro 6.3.1.** Consumo de tabaco fumado en población de 20 años y más.
México, Ensanut Continua 2023

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Fumador actual	16 835.9	19.6	18,2,21.1	11 667.6	28.4	26,3,30.6	5 168.2	11.6	10,1,13.2
Fumador diario	7 305	8.5	7,5,9.7	5 040.5	12.3	10,8,13.9	2 264.5	5.1	4,0,6.4
Fumador ocasional	9 530.8	11.1	10,1,12.2	6 627.1	16.1	14,6,17.8	2 903.7	6.5	5,4,7.7
Exfumador	14 647.3	17.1	15,9,18.4	9 885.1	24.1	22,1,26.2	4 762.2	10.7	9,6,11.9
Exfumador diario	4 043.3	4.7	4,0,5.5	2 706.4	6.6	5,4,8.0	1 336.9	3.0	2,4,3.7
Exfumador ocasional	10 604	12.4	11,4,13.5	7 178.7	17.5	15,9,19.2	3 425.3	7.7	6,7,8.8
Nunca fumador	54 028	63.2	61,3,65.1	19 504.4	47.5	44,8,50.2	34 523.6	77.7	75,9,79.4
Cigarro electrónico	1 854.8	2.2	1,7,2.7	1 438.6	3.5	2,6,4.7	416.3	0.9	0,7,1.2

Fumador actual: porcentaje de la población que actualmente (en los 30 días previos a la encuesta) fuma tabaco

Fumador diario: porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco diario

Fumador ocasional: porcentaje de la población que actualmente fuma tabaco ocasionalmente

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

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

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

Nunca fumador: porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma tabaco

Cigarro electrónico: porcentaje de la población que actualmente usa cigarrillos electrónicos

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.4 Consumo de alcohol

La muestra de estudio consistió en población adulta de 20 años y más (n= 6 772). Se analizaron tres indicadores de consumo de alcohol en adultos: consumo actual de alcohol, consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses y consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días. El denominador en todos los indicadores fue la muestra total de estudio.

- *Consumo actual de alcohol.* Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una bebida estándar de alcohol* en los últimos 12 meses.
*Una bebida estándar contiene aproximadamente 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, o 40 ml de destilados.⁶⁹
- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses.* Porcentaje de adultos que reportaron consumir cinco bebidas estándar de alcohol o más en el caso de los hombres y cuatro bebidas estándar o más en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses.
- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.* En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,⁷⁰ adicionalmente se estimó el porcentaje de adultos que reportaron consumir cinco bebidas estándar o más en el caso de los hombres y de cuatro bebidas estándar o más en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adulta fue de 55.5%, representando 47 725 201 personas. En específico, el 41.9% reportó un consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses y 19.3% en los 30 días previos a la encuesta. Las prevalencias de consumo actual como de consumo excesivo fueron mayores en hombres que en mujeres (cuadro 6.4.1).

■ **Cuadro 6.4.1.** Prevalencias de consumo actual y consumo excesivo de alcohol en población de 20 años y más. México, Ensanut Continua 2023

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	47 725.2	55.5	53.7,57.3	27 989.4	68.1	65.9,70.2	19 735.8	44.0	41.8,46.2
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses	36 002.7	41.9	40.4,43.4	23 246.3	56.6	54.3,58.8	12 756.4	28.4	26.5,30.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	16 633.1	19.3	18.2,20.6	11 407.7	27.8	25.7,29.9	5 225.4	11.6	10.0,13.5

Consumo actual de alcohol: Porcentaje de adultos que reportaron consumir al menos una bebida estándar de alcohol* en los últimos 12 meses[†]

Consumo excesivo de alcohol: Porcentaje de adultos que reportaron consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol* por ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más bebidas estándar en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días[†]

* Una bebida estándar contiene aproximadamente 13g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino o 40 ml de destilados

[†] El denominador en todos los indicadores fue la muestra total de estudio

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.5 Salud sexual y reproductiva

Para analizar la salud sexual y reproductiva de la población adulta del país se estimaron indicadores básicos que dan a conocer la situación actual, a partir de una muestra de 3 975 personas adultas de 20 a 49 años. Los indicadores estimados son:

- *Edad a la primera relación sexual.* Proporción de adultas/os de 20 a 49 años que iniciaron vida sexual. Para su cálculo se consideran estimaciones válidas del inicio de vida sexual a partir de los seis años.
- *Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.* Proporción de personas adultas de 20 a 49 años que utilizaron algún método anticonceptivo en la primera experiencia sexual
- *Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.* Proporción de personas adultas de 20 a 49 años que utilizaron algún método anticonceptivo en la última experiencia sexual
- *Prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Proporción de población adulta que se realiza la prueba para detectar VIH.
- *Conocimiento del resultado de la prueba del VIH.* Proporción de la población adulta que se realizó la prueba del VIH y conoce el resultado.
- *Mujeres alguna vez embarazadas.* Proporción de mujeres de 20 a 49 años con inicio de vida sexual que alguna vez han estado embarazadas, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo, nació muerto o fue aborto.

Los siguientes indicadores se calcularon en mujeres adultas que reportaron haber tenido un hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta:

- *Atención prenatal.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años que recibió atención médica para vigilar la evolución del embarazo del último hijo nacido vivo.
- *Atención prenatal oportuna.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años que recibió atención médica en el primer trimestre del embarazo del último hijo nacido vivo.
- *Prueba de detección de sífilis.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años a las que se les realizó esta prueba.
- *Prueba de detección del VIH.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años a las que se les efectuó esta prueba.
- *Consumo de ácido fólico.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años a las que se le prescribió esta vitamina.
- *Resolución del parto.* Proporción de mujeres embarazadas de 20 a 49 años según vía de expulsión o extracción del bebé del vientre materno, la cual puede ser vaginal o abdominal (cesárea).
- *Anticoncepción posparto.* Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que recibieron un método anticonceptivo durante el puerperio.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho fundamental en la vida de las personas que contribuye al desarrollo físico y emocional saludable. Esto presupone que las personas puedan elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, tener acceso a servicios de salud adecuados, embarazos y partos sin riesgos y la máxima posibilidad de tener hijos sanos.⁷⁷ En este derecho queda implícito que mujeres y hombres reciban información adecuada, completa y oportuna.^{107,108}

La SSR es relevante porque permite a las personas satisfacer necesidades de salud y ejercer el derecho a elegir sobre su propio cuerpo y futuro, lo que repercute en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones. En este aspecto de la vida es necesario considerar el contexto social como determinante de comportamientos y prácticas sexuales y reproductivas.¹⁰⁹

Con el fin de conocer la situación actual de la SSR en la población adulta es necesario el seguimiento continuo de los indicadores prioritarios, para identificar tendencias y proponer acciones que contribuyan al logro de las metas planeadas en beneficio de la población. La Ensanut Continua 2023 constituye una fuente de información relevante para alcanzar este objetivo. A continuación se presentan los indicadores para el año 2023.

En relación con el inicio de vida sexual, se obtuvo que, del total de personas adultas de 20 a 49 años, 92.0% reportaron haberla iniciado (91.9% hombres y 92.1% mujeres) (cuadro 6.5.1).

■ **Cuadro 6.5.1.** Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años por inicio de vida sexual y sexo. México, Ensanut Continua 2023

Inicio de vida sexual	Sexo								
	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	24 545.4	91.9	89.9,93.5	26 662.2	92.1	90.4,93.6	51 207.6	92.0	91.0,92.9
No	1 739.4	6.5	4.9,8.6	1 858.7	6.4	5.2,8.0	3 598.1	6.5	5.6,7.4
No responde	423.2	1.6	0.9,2.7	415.8	1.4	1.1,2.0	838.9	1.5	1.1,2.1
Total	26 708.0	100.0		28 936.7	100.0		55 644.7	100.0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observa que 32.7% hombres y 44.5% mujeres no utilizó ninguno. Por grupos de edad, las personas de más edad son las que en mayor proporción reportaron no haber utilizado ningún método en el inicio sexual (46.3% hombres de 40-49 vs. 24.2% de 20-29; 65.1% mujeres de 40-49 vs. 27.3% de 20-29). De las personas que reportaron haber utilizado algún método, 64.0% hombres y 49.2% mujeres usó condón masculino. Tanto los hombres como las mujeres más jóvenes reportaron en mayor porcentaje el uso del condón masculino (74.3% hombres de 20-29 vs. 51.9% de 40-49; 65.8% mujeres de 20-29 vs. 28.9% de 40-49). Los métodos hormonales ocupan el segundo lugar de utilización, 4.0% hombres y 5.1% mujeres. Por grupos de edad, 6.7% hombres de 30-39 y 6.3% mujeres de 20-29 fueron los que en mayor cantidad los utilizaron (cuadro 6.5.2). La utilización de anticonceptivos en este momento de la vida es un precedente importante para el uso posterior.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, 36.0% hombres y 45.3% mujeres informó no haber usado alguno. Se observa que las personas de mayor edad son las que en mayor proporción reportaron no haber utilizado ningún método en la última relación sexual (48.8% hombres de 40-49 vs. 23.6% de 20-29; 56.2% mujeres de 40-49 vs. 36.8% de 20-29). De la población que sí los utilizó, 51.5% hombres y 32.0% mujeres reportaron el uso de condón masculino. Tanto los hombres como las mujeres más jóvenes reportaron en mayor porcentaje el uso del condón masculino (69.2% hombres de 20-29 vs. 34.3% de 40-49; 41.7% mujeres de 20-29 vs. 22.8% de 40-49). La utilización de oclusión tubaria bilateral/vasectomía fue mencionada por 4.7% hombres y 10.7% mujeres; se observan diferencias en la proporción de uso de estos métodos entre las personas de mayor y menor edad (8.3% hombres 40-49 vs. 1.6% 20-29; 16.4% mujeres 40-49 vs. 3.8% 20-29). Los métodos hormonales fueron reportados por 5.6% de los hombres y 9.2% de las mujeres. Por grupos de edad, 6.5% hombres de 30-39 y 17.9% mujeres de 20-29 fueron los que en

mayor porcentaje los utilizaron. El Dispositivo Intrauterino (DIU) fue señalado por 3.7% hombres y 5.5% mujeres. Las mujeres de 30-39 reportan en mayor proporción su uso en comparación con la de mayor edad (7.3 vs. 2.3%) (cuadro 6.5.3). Llama la atención la proporción similar de personas de cada sexo que no utilizan ningún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual.

■ **Cuadro 6.5.2.** Porcentaje de población de 20 a 49 años con inicio de vida sexual por uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, sexo y grupos de edad. México, Ensanut Continua 2023

Métodos anticonceptivos	Grupos de edad									Total		
	20-29			30-39			40-49			N (miles)	%*	IC95%
	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%			
Hombres												
Condón masculino	6 485.1	74.3	68.6,79.2	5 380.3	64.1	58.0,69.8	3 851.1	51.9	45.7,57.9	15 716.5	64.0	60.8,67.2
Hormonales [‡]	309.4	3.5	2.2,5.6	565.3	6.7	3.5,12.4	108.7	1.5	1.2,1.7	983.4	4.0	2.7,5.9
Otro [§]	64.9	0.7	0.4,1.5	122.1	1.5	0.4,5.1	124.4	1.7	1.1,2.6	311.3	1.3	0.7,2.2
Nada	2 117.2	24.2	19.4,29.8	2 462.8	29.4	23.5,36.0	3 435.0	46.3	40.2,52.4	8 015.0	32.7	29.6,35.8
Mujeres												
Condón masculino	5 922.2	65.8	61.3,70.0	4 795.4	51.4	45.9,56.9	2 402.2	28.9	24.0,34.2	13 119.8	49.2	46.1,52.3
Hormonales [‡]	569.6	6.3	4.5,8.8	524.6	5.6	3.6,8.8	277.3	3.3	2.5,4.4	1 371.5	5.1	4.1,6.4
Otro [§]	168.9	1.9	0.9,3.7	169.6	1.8	0.9,3.7	145.9	1.8	1.0,3.1	484.4	1.8	1.2,2.7
Nada	2 457.9	27.3	23.6,31.3	3 990.4	42.8	37.8,47.8	5 416.9	65.1	59.3,70.4	11 865.1	44.5	41.5,47.5

* El porcentaje puede sumar más de 100% debido a que algunas mujeres o parejas usan más de un método anticonceptivo al mismo tiempo

[‡] Incluye Pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

[§] Incluye condón femenino, DIU, óvulos, jaleas, espumas, diafragma, ritmo, calendario, billings, retiro y otros

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 6.5.3.** Porcentaje de población de 20 a 49 años con inicio de vida sexual por uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, sexo y grupos de edad. México, Ensanut Continua 2023

Métodos anticonceptivos	Grupos de edad									Total		
	20-29			30-39			40-49			N (miles)	%*	IC95%
	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%			
Hombres												
Condón masculino	6 041.4	69.2	64.8,73.2	4 045.3	48.2	43.8,52.6	2 543.2	34.3	29.4,39.5	12 629.9	51.5	48.4,54.5
Hormonales [‡]	468.5	5.4	3.7,7.6	543.1	6.5	3.8,10.8	355.1	4.8	2.7,8.3	1 366.6	5.6	4.3,7.2
Dispositivo intrauterino	330.3	3.8	2.2,6.3	319.2	3.8	2.0,7.0	256.9	3.5	1.6,7.5	906.5	3.7	2.5,5.4
OTB/ Vasectomía	143.8	1.6	0.5,5.1	391.0	4.7	3.1,7.0	617.4	8.3	6.7,10.3	1 152.2	4.7	3.8,5.8
Otro [§]	231.9	2.7	1.7,4.2	223.5	2.7	1.4,5.2	278.1	3.7	2.6,5.4	733.5	3.0	2.2,4.1
Nada	2 063.5	23.6	19.9,27.8	3 144.8	37.5	32.3,43.0	3 623.7	48.8	42.8,54.8	8 832.0	36.0	32.8,39.3

Continúa/

/continuación.

Métodos anticonceptivos	Grupos de edad									Total		
	20-29			30-39			40-49			N (miles)	%*	IC95%
	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%	N (miles)	%*	IC95%			
Mujeres												
Condón masculino	3 754.0	41.7	36.5,47.1	2 878.8	30.8	26.8,35.2	1 895.7	22.8	18.7,27.5	8 528.5	32.0	29.9,34.2
Hormonales [‡]	1 608.4	17.9	12.8,24.3	629.3	6.7	4.9,9.3	211.9	2.5	1.8,3.6	2 449.7	9.2	7.4,11.3
Dispositivo intrauterino	591.1	6.6	4.3,9.8	685.8	7.3	4.8,11.1	194.5	2.3	1.4,3.8	1 471.4	5.5	4.1,7.3
OTB/ Vasectomía	338.2	3.8	2.1,6.8	1 149.9	12.3	9.5,15.8	1 366.4	16.4	12.7,20.9	2 854.5	10.7	8.8,13.0
Otro [§]	218.9	2.4	1.4,4.3	215.2	2.3	1.6,3.4	277.9	3.3	2.1,5.3	711.9	2.7	2.0,3.5
Nada	3 308.9	36.8	31.5,42.3	4 082.7	43.7	39.3,48.3	4 682.2	56.2	50.9,61.4	12 073.8	45.3	42.1,48.5

* El porcentaje puede sumar más de 100% debido a que algunas mujeres o parejas usan más de un método anticonceptivo al mismo tiempo

‡ Incluye Pastilla de anticoncepción de emergencia, pastillas, inyecciones, parche e implantes

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

OTB: Oclusión Tubaria Bilateral

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Respecto a la prueba del VIH realizada alguna vez en la vida en mujeres y hombres de 20 a 49 años, 19.0% reportó su realización (17.7% hombres y 20.2% mujeres); de las cuales 88.6% de las personas expresó conocer el resultado de la prueba (84.5% hombres y 92.0% mujeres) (cuadro 6.5.4). Esta información es esencial para conocer la situación actual y planear estrategias efectivas que permitan a la población tener prácticas preventivas de salud sexual.

■ **Cuadro 6.5.4.** Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años que se ha realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida y conoce el resultado por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Realización de la prueba del VIH	Prueba del VIH			Conoce el resultado de la prueba del VIH		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Total						
Sí	10 584.6	19.0	17.6,20.5	9 381.7	88.6	85.0,91.5
No	44 790.5	80.5	78.9,82.0	1 192.4	11.3	8.4,15.0
No responde	269.7	0.5	0.3,0.7	10.4	0.1	0.0,0.4
Total	55 644.7	100.0		10 584.6	100.0	
Hombres						
Sí	4 735.0	17.7	15.5,20.2	4 003.1	84.5	78.3,89.2
No	21 780.6	81.6	79.1,83.8	727.5	15.4	10.7,21.6
No responde	192.4	0.7	0.5,1.1	4.5	0.1	0.0,0.7
Total	26 708.0	100.0		4 735.0	100.0	
Mujeres						
Sí	5 849.5	20.2	17.9,22.7	5 378.7	92.0	88.1,94.7
No	23 009.9	79.5	77.0,81.8	464.9	7.9	5.3,11.9
No responde	77.3	0.3	0.1,0.6	5.9	0.1	0.0,0.7
Total	28 936.7	100.0		5 849.5	100.0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En cuanto a la salud materna, 81.1% de las mujeres de 20 a 49 años señaló haber estado alguna vez embarazada. Respecto a la atención prenatal, 99.1% de las mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista la recibió (figura 6.5.1). En relación con la atención prenatal oportuna, 84.1% de las mujeres dijo haber recibido atención médica (73.8% en áreas rurales y 87.0% en urbanas) (cuadro 6.5.5).

■ **Cuadro 6.5.5.** Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta, que recibieron atención prenatal oportuna por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de localidad	N (miles)	%	IC95%
Rural	1 196.3	73.8	65.8,80.6
Urbana	5 044.6	87.0	82.0,90.7
Total	6 240.9	84.1	79.8,87.6

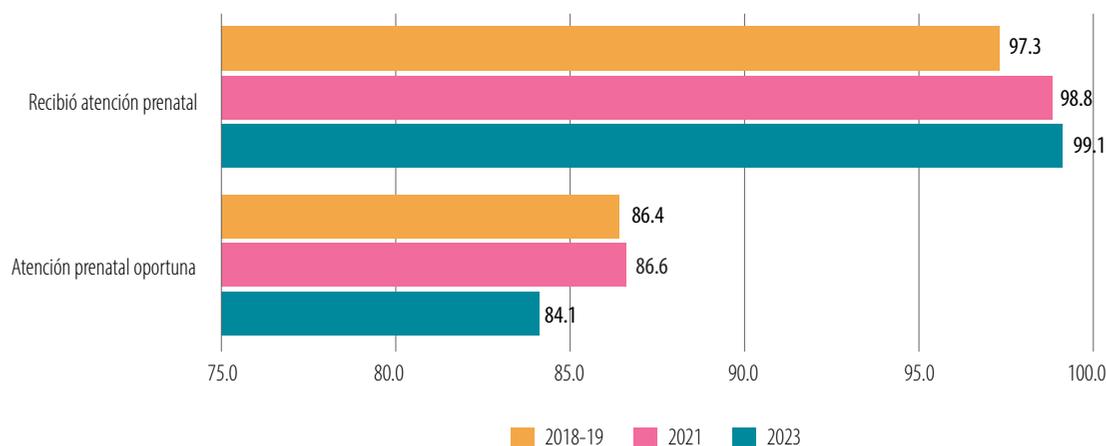
N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

La evolución de la atención prenatal y la atención prenatal oportuna de 2018-19 a 2023 muestra proporciones similares de mujeres que reportaron recibirla (figura 6.5.1). Cabe destacar que, aunque cerca de la totalidad de mujeres recibe atención prenatal, alrededor de un 15% de las mujeres no tiene una atención prenatal oportuna.

■ **Figura 6.5.1.** Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años que recibió atención prenatal del último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta y atención prenatal oportuna. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut 2018-19, 2021 Covid-19 y Continua 2023

Para dar seguimiento a la salud de las mujeres embarazadas, durante la atención prenatal se deben realizar algunas pruebas básicas como la de sífilis y del VIH, así como la prescripción de ácido fólico. La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,⁸³ es el lineamiento que guía las acciones

y procedimientos para el control prenatal. Los resultados muestran que 70.9% de las mujeres de 20 a 49 años señalaron que se les realizó la prueba de detección de sífilis, 83.1% la prueba del VIH, y 98.7% prescripción de ácido fólico (cuadro 6.5.6). Estas cifras muestran una atención prenatal diferencial que puede repercutir en la salud del binomio madre-bebé.

■ **Cuadro 6.5.6.** Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta por prueba de detección de sífilis, del VIH y prescripción de ácido fólico durante el embarazo. México, Ensanut Continua 2023

Prueba de detección de sífilis y del VIH y prescripción de ácido fólico	Prueba de detección de sífilis			Prueba de detección del VIH			Prescripción de ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	5 292.1	70.9	65.7,75.6	6 201.4	83.1	78.6,86.8	7 368.0	98.7	95.6,99.6
No	1 834.8	24.6	20.2,29.6	1 209.5	16.2	12.9,20.2	97.3	1.3	0.4,4.4
No responde	338.4	4.5	2.9,6.9	54.3	0.7	0.1,4.1	0.0	0.0	---
Total	7 465.3	100.0		7 465.3	100.0		7 465.3	100.0	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En relación con la resolución del parto de mujeres adultas que tuvieron un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta, 45.9% tuvo parto vía vaginal y 54.1% cesárea. Se observan diferencias por grupos de edad en la proporción de mujeres que declararon realización de cesárea en el último parto (36.6% de 25-29 vs. 79.9% de 35-39 y 72.6% de 40-49) (cuadro 6.5.7). Este resultado rebasa los límites recomendados por la normatividad nacional⁸³ e internacional.⁸⁴

■ **Cuadro 6.5.7.** Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta por tipo de parto y grupos de edad. México, Ensanut Continua 2023

Grupos de edad	Normal (vaginal)			Cesárea			Total	
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%
20-24	950.0	47.6	40.0,55.3	1 045.0	52.4	44.7,60.0	1 995.0	100.0
25-29	1 244.8	63.4	51.3,74.0	718.4	36.6	26.0,48.7	1 963.2	100.0
30-34	867.1	47.3	37.5,57.3	965.4	52.7	42.7,62.5	1 832.5	100.0
35-39	242.8	20.1	8.7,39.9	967.3	79.9	60.1,91.3	1 210.2	100.0
40-49	133.8	27.4	11.7,51.7	354.7	72.6	48.3,88.3	488.5	100.0
Total	3 438.5	45.9	39.6,52.4	4 050.9	54.1	47.6,60.4	7 489.4	100.0

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El uso de anticoncepción en el posparto de mujeres adultas que tuvieron un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue declarado por 68.4% (72.1% en áreas rurales y 67.4% en urbanas) (cuadro 6.5.8). La utilización de anticoncepción posparto repercute positivamente en la salud de las mujeres, ya que permite prevenir embarazos subsecuentes, embarazos no deseados/no

planeados e intervalos intergenésicos cortos,⁸⁵ así como riesgos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil.⁸⁶ Además, conocer la cobertura anticonceptiva puede ser una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.

■ **Cuadro 6.5.8.** Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta que utilizaron método anticonceptivo en el posparto. México Ensanut Continua 2023

Método anticonceptivo en el posparto	N (miles)	%	IC95%
Tipo de localidad			
Rural	1 181.6	72.1	64.9,78.3
Urbana	3 961.9	67.4	61.1,73.1
Total	5 143.5	68.4	63.3,73.1

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

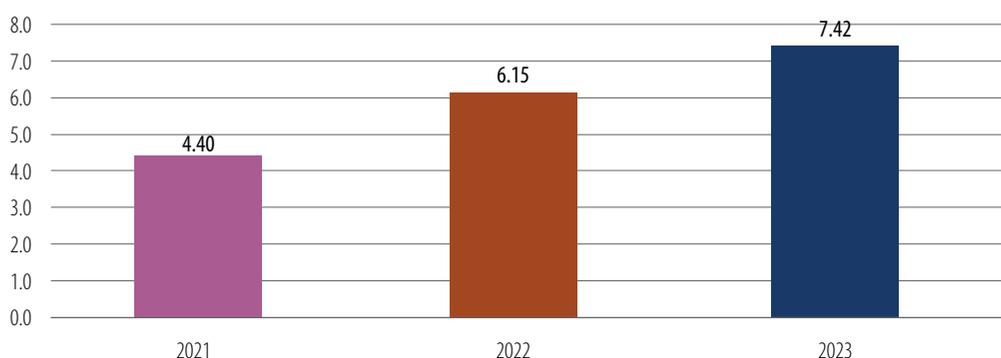
Fuente: Ensanut Continua 2023

6.6. Accidentes

Lesiones no intencionales (accidentes) en personas adultas

Siguiendo la metodología descrita en la sección 4.8 del presente informe, los datos generados con esta encuesta nacional permiten documentar un incremento en la prevalencia de las lesiones no intencionales en este grupo, donde el 7.42% de las personas adultas en México reportó haber sufrido alguna lesión no intencional en el año previo a la encuesta. Esto equivale a cerca de 6.3 millones de personas de 20 y más años. Esta cifra es un punto porcentual más alta que la observada en 2022 que fue¹¹⁰ 6.15%⁵⁸ y tres puntos por arriba de lo reportado para 2021 (figura 6.6.1). Al igual que en población adolescente, la prevalencia fue mayor en hombres (9.54%) que en mujeres (5.46%). El subgrupo de edad más afectado fue diferente en hombres (de 30-39 y 70-79 años), que en mujeres (50-59 años) (cuadro 6.6.1). De las personas adultas que sufrieron una lesión no intencional, 27.99% (1 780 938) reportó consecuencias permanentes en su estado de salud.

■ **Figura 6.6.1.** Prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) no fatales de la población de 20 años o más. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 6.6.1.** Prevalencia de lesiones no intencionales en el último año en población de 20 años o más, por grupo de edad y sexo. México, Ensanut Continua 2023

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
20 a 29	1 116.1	10.80	6.23,18.09	400.9	3.87	2.13,6.93	1 517.0	7.34	4.88,10.90
30 a 39	975.5	11.16	6.99,17.35	382.2	3.85	2.02,7.22	1 357.8	7.28	5.01,10.46
40 a 49	598.2	7.83	4.56,13.12	550.3	6.35	3.68,10.75	1 148.5	7.04	4.52,10.81
50 a 59	452.6	8.23	4.94,13.43	562.5	7.73	4.82,12.18	1 015.2	7.95	5.54,11.27
60 a 69	396.3	7.69	4.60,12.58	382.5	7.31	4.26,12.28	778.8	7.50	5.32,10.48
70 a 79	319.8	11.18	5.48,21.47	99.5	4.28	2.27,7.93	419.3	8.09	4.54,14.02
80 a más	60.8	7.25	2.04,22.66	66.3	6.71	3.12,13.85	127.2	6.96	3.52,13.31
Total	3 919.6	9.54	7.64,11.86	2444.3	5.46	4.30,6.92	6 363.9	7.42	6.27,8.75

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

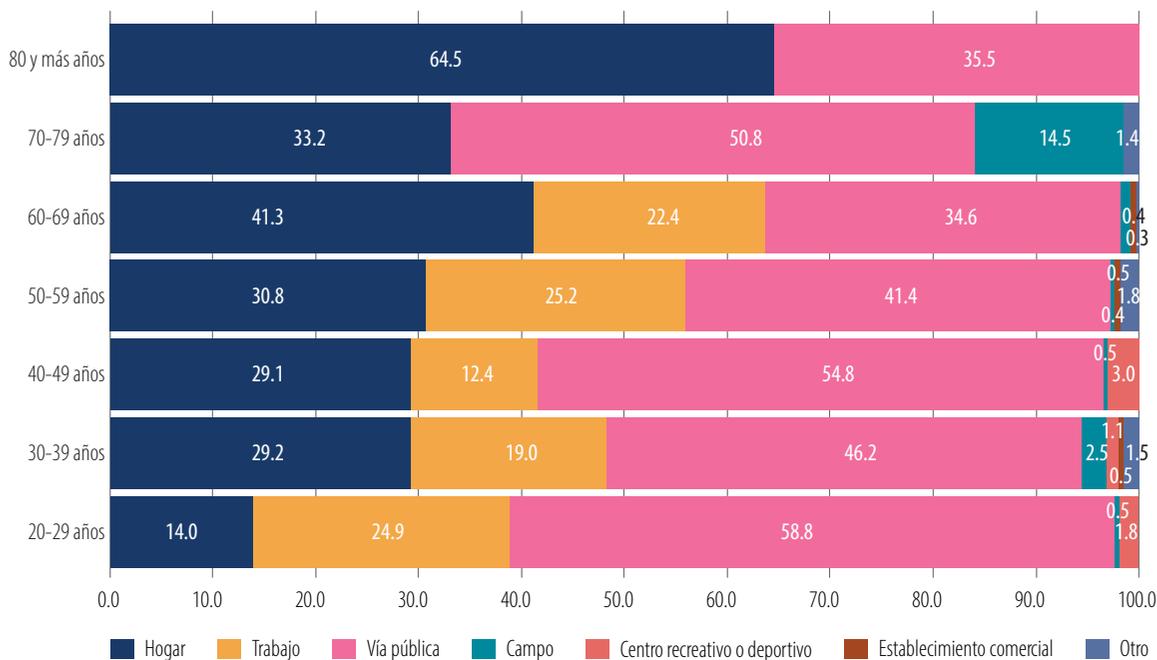
La amplitud de los rangos de edad que incluye este grupo que va, desde jóvenes de 20 años hasta adultos mayores de 80, presenta un panorama diverso en el tema de los mecanismos y sitios de ocurrencia de las LNI, dependiendo de dichos grupos etarios. Al igual que en los adolescentes, la mayor parte de las lesiones no intencionales ocurre en la vía pública (48.24%), en el hogar (27.99%) y en una proporción importante en el trabajo (16.43%). Para el subgrupo de 20 a 29 años, la vía pública seguido del trabajo fueron los principales sitios de ocurrencia (figura 6.6.2). Se observa claramente como el sitio de ocurrencia se va moviendo a través de los grupos, así a medida que avanza la edad, el hogar vuelve a ser el sitio de mayor prevalencia de LNI. Las caídas a nivel de piso fueron la principal causa de lesiones en población adulta (35.15%), seguido de las lesiones de tránsito con 30.70% y en tercer lugar los golpes con objeto, equipo o maquinaria con 12.75%. Las lesiones de tránsito fueron la causa principal de en el grupo de 20 a 29 con 55.5% y a partir de los 60 años las caídas a nivel de piso con más de 60% (figura 6.6.3).

Como resultado de las lesiones, 75.52% de las personas acudió a servicios de salud públicos y privados para recibir atención médica, estimándose en 4.8 millones de personas.

Del total de personas adultas lesionadas, 5.87% refirió haber consumido alcohol durante las seis horas previas al evento y 0.37% alcohol y otras drogas, lo que significa que alrededor de 396 859 personas sufrieron una lesión accidental bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

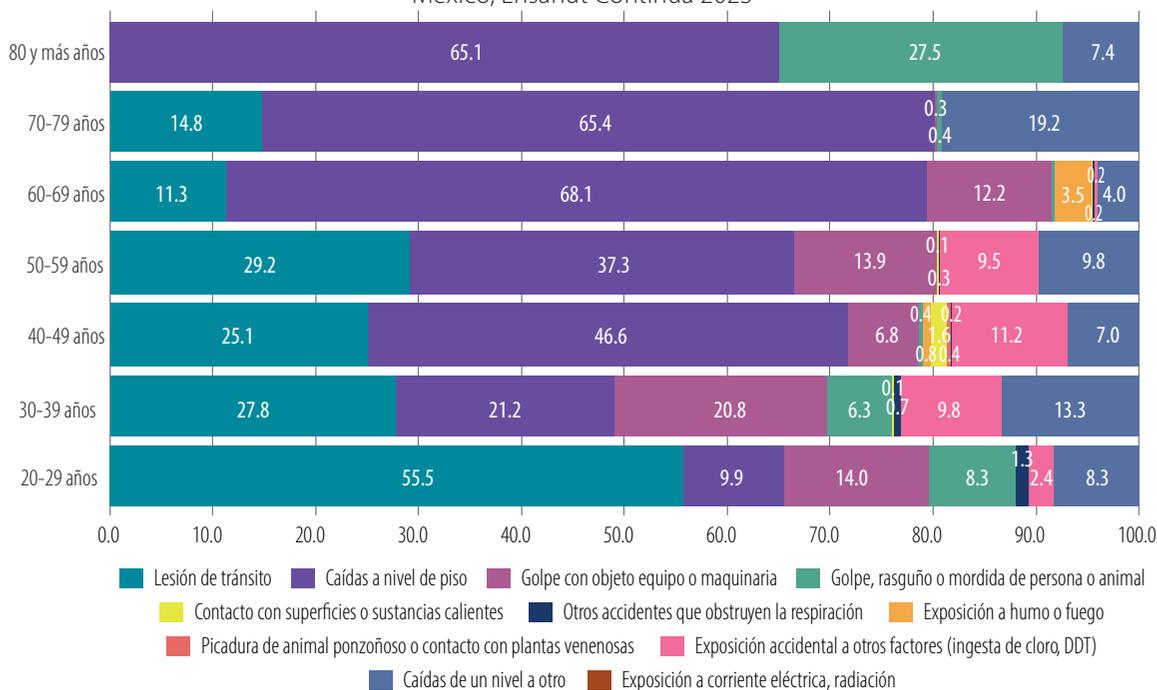
En la figura 6.6.4 se presenta la prevalencia de LNI en población adulta según el estrato de residencia, observándose que la prevalencia es un punto porcentual más alta en zonas urbanas.

Figura 6.6.2. Lugar de ocurrencia de lesiones no intencionales (LNI) en población adulta. México, Ensanut Continua 2023



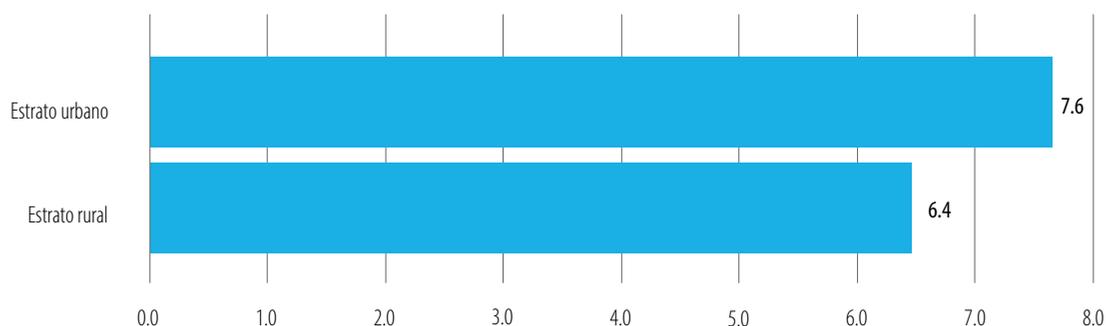
Fuente: Ensanut Continua 2023

Figura 6.6.3. Principales mecanismos de lesiones no intencionales (LNI) en población adulta. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 6.6.3.** Prevalencia de lesiones no intencionales (LNI) en población adulta, según estrato de residencia. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

6.7 Ataque y violencia

En 1996, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.⁴¹

Existen muchas definiciones de violencia, sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública nos apegamos a la propuesta por la OMS, la cual la define como: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.⁴¹ Esta definición resalta el hecho de que existe una intencionalidad en la comisión del acto mismo, esta es una característica que la diferencia de las lesiones no intencionales independientemente de las consecuencias que se producen. Además, se resalta el uso del “poder”, lo cual posibilita la inclusión de acciones y omisiones incluidas las amenazas e intimidación, visibilizando así aquellos actos menos evidentes.

La OMS cuenta con una familia de clasificaciones, ratificadas por la Asamblea de la Salud, entre la que se encuentra la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, cuya versión más actual es la 10 (CIE-10).²⁷

Los indicadores presentados en esta temática corresponden a:

- *Prevalencia de violencia.* Porcentaje de la población por grupo de edad y sexo, que reporta haber sufrido algún evento violento en el año previo a la encuesta, obtenido a partir de la pregunta: En los últimos 12 meses, ¿sufrió algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia?
- Para los casos que respondieron positivamente, se exploró el tipo, motivo y lugar del evento violento.

Evento violento en los últimos 12 meses

El 2.5% de las personas de 20 años y más, reportaron haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses previos a la encuesta. En hombres el reporte fue de 2.3%, mientras que en las mujeres 2.7% (cuadro 6.7.1).

■ **Cuadro 6.7.1.** Porcentaje de adultos que sufrió algún daño a su salud por ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	Grupos de edad								
	Sí			No			No sabe / no responde		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Nacional	2 163.8	2.5	2.0,3.2	8 3730.2	97.4	96.7,97.9	72.5	0.1	0.0,0.2
Mujeres									
20-29 años	381.6	3.7	1.5,8.8	9 956.5	96.1	91.1,98.3	23.9	0.2	0.0,1.6
30-39 años	394.2	4.0	2.6,6.2	9 431.1	96.0	93.8,97.4	0.0	0.0	
40-49 años	180.7	2.1	0.7,5.6	8 540.3	97.6	94.2,99.0	28.3	0.3	0.1,1.1
50-59 años	100.2	1.4	0.9,2.1	7 255.3	98.6	97.9,99.1	0.0	0.0	
60 y más	148.1	1.7	1.0,3.0	8 430.3	98.3	97.0,99.0	0.0	0.0	
Total	1 204.8	2.7	2.0,3.6	43 613.5	97.2	96.3,97.9	52.2	0.1	0.0,0.3
Hombres									
20-29 años	175.3	1.7	0.6,4.7	9 969.6	98.1	95.2,99.3	17.6	0.2	0.0,1.2
30-39 años	179.8	2.0	0.8,4.8	8 764.5	98.0	95.2,99.2	0.0	0.0	
40-49 años	266.7	3.5	2.7,4.6	7 331.8	96.5	95.3,97.3	2.7	0	0.0,0.3
50-59 años	151	2.7	1.7,4.3	5 469.5	97.3	95.7,98.3	0	0	
60 y más	186.2	2.1	1.2,3.9	8 581.2	97.9	96.1,98.8	0	0	
Total	959	2.3	1.7,3.1	40 116.7	97.6	96.8,98.2	20.3	0	0.0,0.3

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

En relación con el tipo de violencia experimentada por esta población, predominan los golpes, patadas y puñetazos (54.4% en hombres y 52.3% en mujeres), seguidos de agresiones verbales en mujeres (16.5%) y herida por arma de fuego en hombres (16.7%). El motivo principal más reportado fue el robo o asalto (56.4%). Con relación al lugar de ocurrencia, en los hombres destaca la vía pública (57.2%), y el hogar (10.1%), en las mujeres destaca la vía pública (48.0%) y el hogar (39.9%). Entre los resultados destaca que 69.2% de las mujeres no recibieron atención médica en ninguna institución de salud (cuadro 6.7.2).

■ **Cuadro 6.7.2.** Población de 20 y más años que sufrió violencia en el último año por tipo de violencia, motivo y lugar de ocurrencia, según sexo. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de violencia	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Agresiones con sustancias*	9.3	1	0.2,4.2	10.3	0.9	0.2,4.2	19.6	0.9	0.3,2.7
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento*	5.9	0.6	0.1,4.5	13.6	1.1	0.2,5.0	19.5	0.9	0.3,3.0
Herida por arma de fuego*	160.4	16.7	6.0,38.5	95.4	7.9	6.1,10.3	255.8	11.8	5.9,22.2
Herida por arma punzocortante*	36.9	3.8	1.6,9.0	23.9	2	0.7,5.7	60.8	2.8	1.4,5.5
Empujón desde un lugar elevado*	21.1	2.2	0.3,13.8	156.9	13	6.3,24.9	178	8.2	4.3,15.3
Golpes, patadas, puñetazos	521.3	54.4	41.4,66.8	630	52.3	33.9,70.1	1 151.4	53.2	42.3,63.8
Agresión sexual*	0	0		103.4	8.6	6.5,11.3	103.4	4.8	3.9,5.9
Agresiones verbales	40.4	4.2	2.0,8.7	198.9	16.5	6.1,37.4	239.3	11.1	4.7,23.9
Motivo principal									
Robo o asalto	694.6	72.4	60.4,81.9	525.5	43.6	25.9,63.2	1 220.1	56.4	43.8,68.2
Incidente de tránsito*	3.9	0.4	0.1,2.9	95.4	7.9	6.1,10.3	99.2	4.6	3.7,5.6
Riña con desconocidos	66.9	7	2.8,16.5	43.7	3.6	0.9,13.9	110.6	5.1	2.2,11.4
Riña con conocidos	88.1	9.2	6.6,12.6	36.9	3.1	1.0,9.3	125	5.8	4.1,8.1
Secuestro*	27.3	2.8	0.4,18.8	5.5	0.5	0.1,3.3	32.8	1.5	0.3,7.3
Detención*	4.6	0.5	0.1,3.5	0	0		4.6	0.2	0.0,1.6
Violencia con familiares*	4.6	0.5	0.4,0.6	153.9	12.8	5.0,28.9	158.5	7.3	3.2,15.7
Violencia con novio/pareja/esposo*	53.9	5.6	3.9,8.0	108.3	9	4.3,17.8	162.2	7.5	4.5,12.2
Intento de homicidio*	2.3	0.2	0.0,1.8	12.7	1.1	0.1,7.8	15	0.7	0.1,3.9
Otro*	8.4	0.9	0.2,4.1	222.9	18.5	4.4,52.6	231.4	10.7	2.7,34.2
No sabe / no responde*	4.3	0.5	0.1,3.3	0	0		4.3	0.2	0.0,1.5
Lugar de la agresión o violencia									
Hogar	96.6	10.1	6.4,15.5	480.3	39.9	21.7,61.3	576.8	26.7	16.2,40.6
Escuela*	0.0	0.0		3.3	0.3	0.0,1.9	3.3	0.2	0.0,1.1
Trabajo*	166.3	17.3	10.0,28.3	36.8	3.1	0.6,15.2	203.1	9.4	5.3,16.2
Transporte público*	49.1	5.1	1.6,15.2	92.3	7.7	2.2,23.6	141.4	6.5	2.6,15.7
Vía pública	548.6	57.2	43.6,69.8	578.0	48.0	29.0,67.6	1 126.6	52.1	40.2,63.7
Campo*	5.9	0.6	0.1,4.4	1.5	0.1	0.0,0.9	7.4	0.3	0.1,1.7
Antro, bar*	4.4	0.5	0.1,3.2	0.0	0.0		4.4	0.2	0.0,1.5
Otro*	2.3	0.2	0.0,1.8	12.6	1.0	0.3,3.3	15.0	0.7	0.2,1.9
No sabe / no responde*	85.8	8.9	1.3,41.8	0.0	0.0		85.8	4.0	0.6,23.4
Institución de atención									
Ninguna	595.5	62.1	47.2,75.0	834.0	69.2	53.3,81.6	1 429.5	66.1	53.9,76.4
Institución de Seguridad social*	126.2	13.2	9.0,18.9	86.9	7.2	4.1,12.3	213.1	9.8	7.0,13.6
Secretaría de Salud*	95.6	10.0	4.7,19.8	19.8	1.6	0.6,4.8	115.5	5.3	2.7,10.4
Privada*	10.7	1.1	0.3,4.2	149.9	12.4	6.4,22.8	160.6	7.4	4.0,13.4
Otro lugar*	130.9	13.7	3.9,38.4	98.5	8.2	2.1,27.2	229.5	10.6	4.3,24.0
No sabe / no recuerda*	0.0	0.0		15.6	1.3	0.2,8.8	15.6	0.7	0.1,5.0
Total	959.0			1 204.8			2 163.8		

* Cifras que se basan en menos de 20 casos no ponderados

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.8 Sintomatología depresiva

Siguiendo la metodología de la sección 5.7, en el cuadro 6.8.1 se muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas. El 14.9% presentaron sintomatología depresiva moderada o severa, se observa una prevalencia más elevada entre las mujeres (18.7%) que entre los hombres (10.8%).

■ **Cuadro 6.8.1.** Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas. México, Ensanut Continua 2023

	Sintomatología depresiva		
	N (miles)	%	IC95%
Nacional	12 830.9	14.9	13.8,16.2
Sexo			
Hombre	4 430.4	10.8	9.8,11.9
Mujer	8 400.5	18.7	16.9,20.7
Tipo de localidad			
Rural	3 085.5	18.1	14.6,22.2
Urbana	9 745.4	14.1	13.0,15.4

Sintomatología depresiva ≥ 9 para adultos de 20 a 59 años y ≥ 5 para adultos de 60 años y más
 N (miles): Frecuencia expandida/1 000
 IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
 Fuente: Ensanut Continua 2023

6.9 Funcionamiento

Siguiendo la metodología del punto 5.8, el cuadro 6.9.1 presenta el porcentaje de personas adultas (18 años y más) con dificultades severas de funcionamiento. La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre personas adultas es de 6.8%. La prevalencia de problemas de funcionamiento en la vista es de 1.9% mientras de audición es de 0.9%. El 2.8% de las personas adultas tiene problemas para caminar, mientras que el 2.2% de las personas adultas tiene dificultades de cognición, el 0.4% de autocuidado y un 0.2% de comunicación.

■ **Cuadro 6.9.1.** Porcentaje de personas adultas con dificultades severas de funcionamiento por dominio. México, Ensanut Continua 2023

	Hombres			Mujeres			Nacional		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Vista	655.9	1.7	1.2,2.4	919.5	2.2	1.5,3.0	1 575.4	1.9	1.5,2.5
Audición	378.8	1.0	0.6,1.6	389.6	0.9	0.6,1.5	768.4	0.9	0.7,1.4
Caminar	1 108.2	2.9	2.2,3.7	1 202.4	2.8	2.1,3.8	2 310.6	2.8	2.3,3.5
Autocuidado	256.7	0.7	0.5,0.9	101.5	0.2	0.1,0.4	358.2	0.4	0.3,0.6
Comunicación	85.1	0.2	0.1,0.7	89.9	0.2	0.1,0.4	175.1	0.2	0.1,0.4
Cognición	708.1	1.8	1.2,2.7	1 048.9	2.5	1.7,3.5	1 757.0	2.2	1.7,2.8
Dificultades del funcionamiento en al menos un dominio	2 448.1	6.3	5.4,7.5	3 093.7	7.3	5.9,8.8	5 541.8	6.8	5.9,7.9

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
 IC95%: Intervalo de Confianza al 95%
 Fuente: Ensanut Continua 2023

6.10 Diagnóstico previo de enfermedades crónicas

Las prevalencias de prediabetes, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedad renal y cardiovascular por diagnóstico médico previo en la población de 20 años y más, se obtuvieron a partir de las respuestas obtenidas en el cuestionario de adultos, cuando se le preguntó al entrevistado “¿Algún médico le ha dicho que tiene...?” cada una de estas enfermedades crónicas. El cálculo por sexo y grupo de edad se obtiene sobre el total de población de la encuesta de 20 años y más, de hombres, mujeres y de cada grupo de edad.

Diagnóstico médico previo de prediabetes

En el cuestionario de la Ensanut Continua 2023 se incluyó por primera ocasión la pregunta: ¿Algún médico le ha dicho que tiene / tuvo prediabetes? La prevalencia de prediabetes por autorreporte a nivel nacional fue de 8.1% que representa a 6.8 millones de adultos con diagnóstico de diabetes, 7.8% en hombres y 8.4% en mujeres. La mayor prevalencia se encontró en el grupo de edad de 60 años y más con 14.3% (cuadro 6.10.1).

Diagnóstico médico previo de diabetes

Los resultados obtenidos en la Ensanut Continua 2023 muestran una prevalencia de diabetes por diagnóstico médico en los adultos de 11.0%, 9.8% en hombres y 12.1% en mujeres. La mayor prevalencia se encuentra en los adultos de 60 años y más de edad (27.6%). De aquellos adultos que tenían diabetes diagnosticada 92.8% contestaron que actualmente siguen algún tratamiento farmacológico para controlar la enfermedad, 94.1% de hombres y 91.9% de mujeres. Aquellos con 60 años y más de edad fueron quienes siguen en mayor proporción (95.9%) algún tratamiento farmacológico para controlar la diabetes y los jóvenes entre los 20 y 39 años de edad son quienes siguen en menor proporción (83.9%) algún tratamiento farmacológico para controlar su enfermedad (cuadro 6.10.1).

Diagnóstico médico previo de hipertensión

La prevalencia de hipertensión por diagnóstico previo se obtuvo por autorreporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, quienes contestaron Sí a la pregunta ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta? En la Ensanut Continua 2023 se encontró que 17.4% de adultos de 20 años y más tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial, 15.5% hombres y 19.2% mujeres. Los adultos de 60 años y más de edad fueron quienes mostraron la mayor prevalencia de hipertensión por diagnóstico previo, 40.0%. De los adultos con hipertensión arterial diagnosticada 79.8% contestaron que actualmente siguen algún tratamiento farmacológico para controlar la enfermedad, 76.3% de hombres y 82.3% de mujeres. Los adultos con hipertensión diagnosticada que en mayor proporción contestaron que seguían algún tratamiento farmacológico para controlar la hipertensión, se encuentran en el grupo de edad de 60 años y más de edad (93.0%). Mientras que los de 20 a 39 años fueron los que menos seguían algún tratamiento farmacológico para controlar la hipertensión (39.3%) (cuadro 6.10.1).

Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia

De la población adulta que participó en la Ensanut Continua 2023, 30.4% refirió haberse realizado alguna vez una prueba de determinación de colesterol y haber recibido un diagnóstico médico

previo de colesterol alto. Siendo mayor en las mujeres (30.9%) que en los hombres (29.8%) . En el grupo de edad de 60 años y más, se observó la mayor la prevalencia en comparación con el resto de la población (38.9%). Dentro de las acciones para controlar el colesterol alto, 47.2% de los adultos con diagnóstico previo de colesterol alto, contestó que seguían algún tratamiento farmacológico, 44.2% de hombres y 49.6% de mujeres y 57.5% del grupo de edad de 60 años y más de edad (cuadro 6.10.1).

Diagnóstico médico previo de enfermedad renal

La prevalencia de enfermedad renal (20.7%) se obtuvo por autorreporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó tener al menos un diagnóstico médico previo de alguna de las siguientes enfermedades renales: infección de vías urinarias en más de una ocasión, cálculos renales o insuficiencia renal o enfermedad renal crónica.

La prevalencia de enfermedad renal fue mayor en mujeres (27.0%) que en hombres (13.9%). Dentro de los grupos de edad la prevalencia fue mayor en el grupo de 40 a 59 años de edad (23.2%) (cuadro 6.10.1).

Diagnóstico médico previo de enfermedad cardiovascular

La prevalencia de enfermedad cardiovascular se obtuvo del reporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó tener al menos uno de los siguientes diagnósticos médicos: infarto, angina de pecho, insuficiencia cardiaca o haber presentado una embolia o infarto cerebral.

La prevalencia de la enfermedad cardiovascular a partir de un diagnóstico médico previo fue de 4.4% en la población total, 4.9% en hombres y 4.0% en mujeres. La mayor prevalencia se encontró en los de 60 años y más de edad (7.3%) (cuadro 6.10.1).

■ **Cuadro 6.10.1.** Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles por diagnóstico previo y en tratamiento farmacológico por sexo, edad y tamaño de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Enfermedad CNT	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)
Pre-diabetes mellitus tipo 2					
Tamaño de muestra, adultos	6 712	603			
Total, miles	84 939	6 858	8.1 (7.2,9.0)		
Sexo					
Hombres	40 662	3 160	7.8 (6.5,9.3)		
Mujeres	44 277	3 698	8.4 (7.3,9.5)		
Grupo de edad					
20-39	38 933	1 705	4.4 (3.4,5.6)		
40-59	28 779	2 684	9.3 (8.1,10.8)		
60 años y más	17 227	2 469	14.3 (12.1,16.8)		
Localidad					
Rural	16 753	1 086	6.5 (5.1,8.3)		
Urbana	68 187	5 772	8.5 (7.4,9.6)		

Continúa/

/continuación/

Enfermedad CNT	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)
Diabetes mellitus tipo 2					
Tamaño de muestra, adultos	6 750	857		779	
Total, miles	85 712	9 438	11.0 (10.1,12.0)	8 763	92.8 (90.5,94.6)
Sexo					
Hombres	41 096	4 021	9.8 (8.6,11.2)	3 784	94.1 (90.6,96.4)
Mujeres	44 616	5 418	12.1 (11.0,13.4)	4 979	91.9 (88.6,94.3)
Grupo de edad					
20-39	39 100	676	1.7 (1.3,2.3)	568	83.9 (61.4,94.5)
40-59	29 202	3 951	13.5 (12.0,15.2)	3 584	90.7 (86.8,93.5)
60 años y más	17 411	4 810	27.6 (25.2,30.2)	4 611	95.9 (93.0,97.6)
Localidad					
Rural	17 008	2 206	13.0 (11.4,14.7)	2 005	90.9 (85.7,94.3)
Urbana	68 704	7 232	10.5 (9.5,11.7)	6 758	93.4 (90.6,95.5)
Hipertensión					
Tamaño de muestra, adultos	6 728	1 385		1 121	
Total, miles	85 471	14 868	17.4 (16.2,18.7)	11 859	79.8 (76.9,82.4)
Sexo					
Hombres	41 096	6 350	15.5 (14.1,16.9)	4 845	76.3 (70.7,81.1)
Mujeres	44 375	8 518	19.2 (17.5,21.0)	7 013	82.3 (79.4,85.0)
Grupo de edad					
20-39	38 883	2 117	5.4 (4.4,6.8)	832	39.3 (29.3,50.3)
40-59	29 177	5 793	19.9 (18.1,21.8)	4 555	78.6 (74.1,82.5)
60 años y más	17 411	6 959	40.0 (36.8,43.2)	6 472	93.0 (90.2,95.1)
Localidad					
Rural	16 881	3 007	17.8 (15.7,20.1)	2 221	73.8 (66.1,80.4)
Urbana	68 589	11 861	17.3 (15.8,18.8)	9 638	81.3 (78.2,84.0)
Hipercolesterolemia					
Tamaño de muestra, adultos	3 312	1 081		508	
Total, miles	40 854	12 424	30.4 (28.1,32.8)	5 862	47.2 (42.9,51.5)
Sexo					
Hombres	18 469	5 497	29.8 (26.7,33.0)	2 429	44.2 (38.2,50.4)
Mujeres	22 385	6 926	30.9 (27.8,34.3)	3 434	49.6 (43.6,55.6)
Grupo de edad					
20-39	15 068	2 694	17.9 (14.4,22.0)	1 027	38.1 (29.4,47.7)
40-59	14 957	5 520	36.9 (33.3,40.6)	2 416	43.8 (37.0,50.8)
60 años y más	10 829	4 210	38.9 (34.0,44.0)	2 419	57.5 (50.3,64.3)
Localidad					
Rural	7 524	2 402	31.9 (27.5,36.7)	1 007	41.9 (33.5,50.8)
Urbana	33 331	10 022	30.1 (27.5,32.8)	4 856	48.5 (43.6,53.3)

/continúa/

/continuación.

Enfermedad CNT	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)
Enfermedad renal					
Tamaño de muestra, adultos	6 772	1 627			
Total, miles	85 966	17 825	20.7 (19.5,22.1)		
Sexo					
Hombres	41 096	5 705	13.9 (12.2,15.7)		
Mujeres	44 870	12 120	27.0 (25.1,29.1)		
Grupo de edad					
20-39	39 353	7 043	17.9 (16.2,19.8)		
40-59	29 203	6 778	23.2 (21.0,25.5)		
60 años y más	17 411	4 004	23.0 (20.5,25.7)		
Localidad					
Rural	17 018	3 519	20.7 (18.3,23.2)		
Urbana	68 948	14 306	20.7 (19.3,22.3)		
Enfermedad cardiovascular					
Tamaño de muestra, adultos	6 772	355			
Total, miles	85 966	3 805	4.4 (3.7,5.2)		
Sexo					
Hombres	41 096	2 017	4.9 (3.8,6.3)		
Mujeres	44 870	1 788	4.0 (3.3,4.7)		
Grupo de edad					
20-39	39 353	1 060	2.7 (1.9,3.7)		
40-59	29 203	1 468	5.0 (3.9,6.5)		
60 años y más	17 411	1 277	7.3 (6.1,8.8)		
Localidad					
Rural	17 018	826	4.9 (3.4,6.9)		
Urbana	68 948	2 980	4.3 (3.6,5.2)		

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.11 Antecedentes heredofamiliares

Dentro de los factores de riesgo no modificables que incrementan la probabilidad de presentar diabetes e hipertensión arterial se encuentra tener padres con diabetes o con hipertensión arterial.

En esta sección, se presenta la información obtenida de los adultos sobre si alguno de sus padres tiene o tuvo diabetes o hipertensión, y en donde, 40.7% contestó que al menos uno de sus padres tiene o tuvo diabetes y 8.9% mencionó que ambos. Con respecto al antecedente de hipertensión en sus padres, 44.9% mencionó que al menos uno de sus padres la tienen o la tuvieron y 10.7% refirió que ambos padres la tienen o tuvieron (cuadro 6.11.1).

■ **Cuadro 6.11.1.** Porcentaje de adultos que reportan padres con diabetes o hipertensión. México, Ensanut Continua 2023

Grupos de edad	Total	Con antecedente de padres con diabetes				Con antecedente de padres con hipertensión			
		Padre o madre		Ambos padres		Padre o madre		Ambos padres	
		N (miles)	N (miles) % (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)	N (miles)	% (IC95%)
Hombres									
Tamaño de muestra, adultos	2 708	1 084		226		1 128		280	
20-39	19 001	7 173	37.8 (34.4,41.2)	1 345	7.1 (5.0,10.0)	8 062	42.4 (38.3,46.7)	1 575	8.3 (6.3,10.9)
40-59	13 148	6 436	48.9 (45.4,52.5)	1 645	12.5 (10.4,15.0)	7 210	55.2 (50.7,59.7)	1 791	13.7 (11.4,16.4)
60 años y más	8 759	3 041	34.7 (30.5,39.2)	665	7.6 (5.1,11.1)	3 049	34.8 (30.7,39.2)	988	11.3 (8.5,14.8)
Total, miles	40 908	16 650	40.7 (38.5,42.9)	3 655	8.9 (7.5,10.6)	18 321	44.9 (42.2,47.7)	4 354	10.7 (9.3,12.2)
Mujeres									
Tamaño de muestra, adultos	4 020	1 683		321		1 862		463	
20-39	20 251	7 858	38.8 (35.1,42.6)	1 532	7.6 (6.1,9.3)	8 516	42.1 (38.9,45.4)	1 730	8.6 (6.7,10.8)
40-59	15 973	8 281	51.8 (48.1,55.6)	1 959	12.3 (9.7,15.3)	8 793	55.3 (51.4,59.2)	3 041	19.1 (16.4,22.2)
60 años y más	8 299	2 888	34.8 (31.2,38.5)	472	5.7 (3.9,8.3)	3 225	39.1 (34.8,43.6)	680	8.2 (6.3,10.7)
Total, miles	44 523	19 026	42.7 (40.3,45.2)	3 963	8.9 (7.6,10.4)	20 534	46.3 (44.1,48.4)	5 451	12.3 (10.7,14.0)
Total									
Tamaño de muestra, adultos	6 728	2 767		547		2 990		743	
20-39	39 252	15 031	38.3 (35.5,41.2)	2 877	7.3 (6.1,8.8)	16 577	42.3 (39.5,45.1)	3 305	8.4 (6.9,10.3)
40-59	29 121	14 716	50.5 (47.9,53.2)	3 604	12.4 (10.8,14.2)	16 004	55.3 (52.4,58.2)	4 832	16.7 (14.8,18.8)
60 años y más	17 058	5 929	34.8 (32.1,37.6)	1 137	6.7 (5.2,8.6)	6 274	36.9 (34.1,39.8)	1 668	9.8 (8.2,11.8)
Total, miles	85 431	35 676	41.8 (40.1,43.5)	7 618	8.9 (8.0,9.9)	38 855	45.6 (43.6,47.6)	9 805	11.5 (10.4,12.8)

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

6.12 Sustancias adictivas

Las drogas ilícitas y las drogas de uso médico¹⁰³ pueden desencadenar dependencia y tener consecuencias negativas en las personas, sus familias y personas cercanas.¹⁰¹ En 2017, el uso de drogas ilícitas y médicas alguna vez en la vida de en la población de 12 a 65 años en México era de 9.9 y 1.3%, respectivamente. Las drogas ilícitas de mayor uso eran marihuana (8.6%) y cocaína (3.5%).¹⁰² Entre las drogas médicas, el fentanilo es de especial interés por ser altamente adictivo y letal.¹⁰¹

Se incluyó información de 5 817 personas adultas de 20 a 65 años. Los indicadores de uso de drogas ilícitas y médicas se construyeron igual que en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17,³ para facilitar la comparación (cuadro 6.12.1). Además, se construyó un indicador de conocimiento sobre fentanilo mediante la pregunta “¿Conoce o ha escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?”. Se estimó la prevalencia de uso de cada droga cuando la prevalencia estimada tuvo un coeficiente de variación <25%.¹¹¹

■ **Cuadro 6.12.1.** Indicadores de uso de sustancias adictivas en población adulta, México 2023

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Conocimiento sobre fentanilo	Porcentaje de la población de 20 a 65 años que conoce o ha escuchado hablar sobre el fentanilo	Número de personas de 20 a 65 años que conoce o ha escuchado hablar sobre fentanilo, de la muestra de personas adultas	Número total de personas de 20 a 65 años en la muestra de personas adultas
Uso de drogas médicas por personas adultas	Porcentaje de la población de 20 a 65 años que ha usado drogas médicas (opiáceos, tranquilizantes, sedantes o estimulantes) alguna vez en la vida	Número de personas de 20 a 65 años que ha usado alguna droga médica (opiáceos, tranquilizantes, sedantes o estimulantes) en su vida, de la muestra de personas adultas	
Uso de drogas ilícitas por personas adultas	Porcentaje de la población de 20 a 65 años que ha usado drogas ilícitas (marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, ketamina, GHB o estimulantes tipo anfetamínico) alguna vez en la vida	Número de personas de 20 a 65 años que ha usado alguna droga ilícita (marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, ketamina, GHB o estimulantes tipo anfetamínico) en su vida, de la muestra de personas adultas	

■ **Cuadro 6.12.2.** Prevalencia de conocimiento sobre fentanilo y uso alguna vez en la vida de drogas ilícitas y médicas en personas de 20 a 65 años. México, Ensanut Continua 2023

n muestral	5 817
N ponderada	75 883 989
Indicador	% (IC95%)
Conocimiento sobre fentanilo	64.5 (62.5,66.5)
Uso de drogas ilícitas	16.5 (15.4,17.7)
Mariguana	14.9 (13.7,16)
Cocaína	4.0 (3.5,4.7)
Crack	0.8 (0.6,1.2)
Alucinógenos	1.2 (0.8,2.0)
Estimulantes tipo anfetamínico	0.5 (0.4,0.8)
Otras drogas	1.3 (0.9,1.7)
Uso de drogas médicas	6.7 (6.0,7.5)
Opiáceos	1.1 (0.8,1.5)
Tranquilizantes	4.2 (3.6,4.9)
Sedantes	1.8 (1.4,2.4)
Anfetaminas o estimulantes	0.7 (0.5,1.0)

Drogas ilícitas: Marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico. Otras drogas: inhalables, heroína, marihuana sintética, ketamina, GHB. Drogas médicas: opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos y estimulantes

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

La prevalencia de conocimiento de fentanilo fue 64.5% (IC95% 62.5,66.5) en la población adulta de 20 a 65 años, representando 48,974,634 personas. La prevalencia de uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida en esta población fue 16.5% (IC95% 13.7,16.0), representando 12 499 552 personas. La marihuana fue la droga ilícita más usada, con una prevalencia de uso alguna vez en la vida de 14.9% (IC95% 13.7,16.0). Seguido del uso de cocaína con 4.0% [7.7% (IC95% 6.7,9.0) en hombres, N=2 788 613; 0.7% (IC95% 0.4,1.2) en mujeres, N=279 022] y uso de alucinógenos con 1.2%. La prevalencia de uso de crack y estimulantes tipo anfetamínico fue menor al 1.0%. La prevalencia de uso de otras drogas (inhalables, heroína, marihuana sintética, ketamina, GHB) fue de 1.3% (IC95% 0.9,1.7) (cuadro 6.12.2). La prevalencia de uso de drogas médicas alguna vez en la vida fue de 6.7% (IC95% 6.0,7.5), representando 5 079 246 personas. Entre las drogas médicas, el uso alguna vez en la vida de tranquilizantes (benzodiazepinas) fue el más común, con una prevalencia de 4.2% (IC95% 3.6,4.9), seguido de sedantes con 1.8% (IC95% 1.4,2.4), y el uso de opiáceos con 1.1% (IC95% 0.8,1.5).

■ **Cuadro 6.12.3.** Prevalencia de uso de marihuana alguna vez en la vida en personas de 20 a 65 años por grupo de edad, sexo y urbanidad. México, Ensanut Continua 2023

n muestral	5 817
N ponderada	75 883 989
Indicador	% (IC95%)
Prevalencia nacional	14.9 (13.7,16)
Grupo de edad	
20 a 29 años	20.9 (18.2,23.9)
30 a 39 años	15.3 (13.7,17.1)
40 a 65 años	7.8 (6.2,9.8)
Sexo	
Hombre	24.0 (21.9,26.2)
Mujer	6.6 (5.5,7.8)
Estrato	
Rural	10.7 (8.8,12.8)
Urbano/Metropolitano	15.9 (14.6,17.2)

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

El uso de marihuana alguna vez en la vida fue distinto por grupo de edad, sexo y urbanidad. El uso alguna vez en la vida fue 20.9% (IC95% 18.2,23.9; N=4 327 134) entre personas de 20 a 29 años, 15.3% (IC95% 13.7, 17.1; N=5 362 290) entre personas de 30 a 39 años y 7.8% (IC95% 6.2,9.8; N=1 580 333) en personas de 40 a 65 años. El uso en hombres fue mayor en que en mujeres (24.0% IC95% 21.9,26.2; N=8 648 225, vs. 6.6% IC95% 5.5,7.8; N=2 621 531). El uso en estrato rural fue de 10.7% (IC95% 8.8,12.8; N=1 559 107), y en urbano/metropolitano fue de 15.9% (IC95% 14.6,17.2; N=9 710 649).

6.13 Indicadores de envejecimiento

La Ensanut Continua 2023 recabó información de 1 594 hombres y mujeres de 60 años o más, que al aplicar los factores de expansión representan a 17 345 762 PM en el país, lo que representó 13.4% de la población estimada del país. Si bien el proceso de envejecimiento es una realidad nacional, las condiciones en las que se envejece varía según condiciones económicas, sociales y hasta por lugar de residencia.

En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de la población tiene un bajo nivel de escolaridad (11.0% informó no tener estudios, 39.7% completó la primaria, 24.7% completó la secundaria y 24.6% tienen estudios de preparatoria o más) y su lugar de residencia es predominantemente urbana (79.3%). En cuanto a su situación conyugal, la mayoría tiene pareja o está casada (61.4%); siguen en proporción los viudos (22.1%) (cuadro 6.13.1).

■ **Cuadro 6.13.1.** Distribución de la población de 60 años y más de acuerdo con características demográficas. México, Ensanut Continua 2023

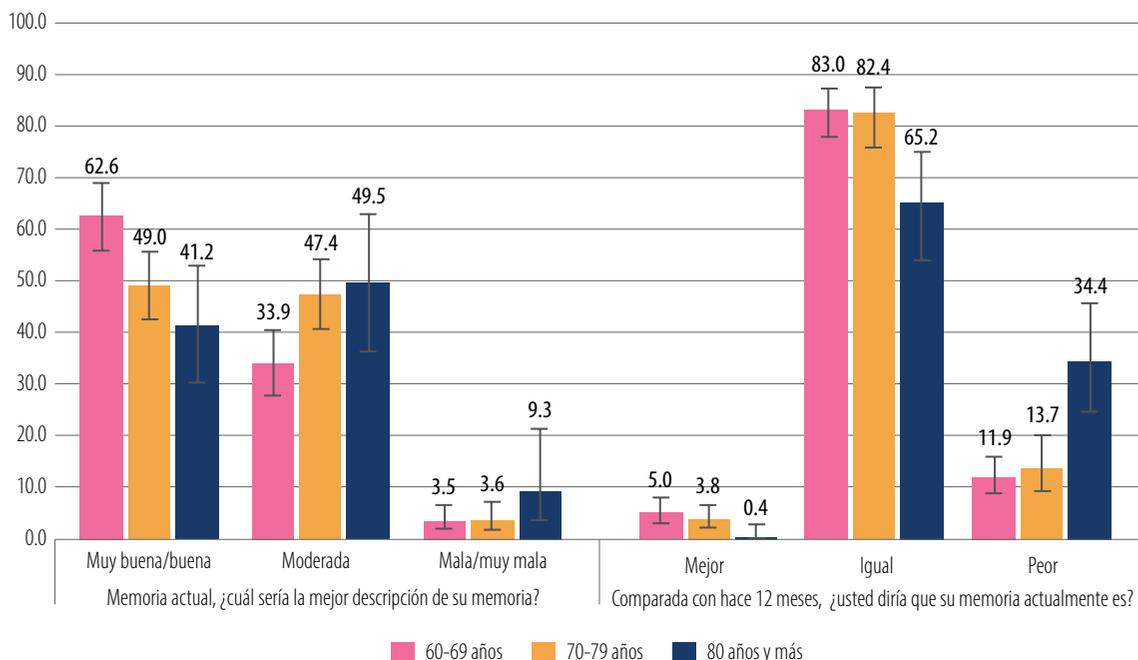
	N (miles)	%
Grupos de edad		
60-69	10 394.5	59.9
70-79	5 163.9	29.8
80+	1 787.3	10.3
Área de residencia		
Urbana	13 755.1	79.3
Rural	3 590.7	20.7
Nivel de escolaridad		
Ninguna	1 908	11.0
Primaria completa	6 887.5	39.7
Secundaria completa	4 278.9	24.7
Preparatoria o más	4 271.4	24.6
Estado conyugal		
Casado o unido	10 656.2	61.4
Separado o divorciado	1 356.9	7.8
Viudo	3 838.2	22.1
Soltero	1 494.4	8.6

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Memoria

La función cognitiva es parte importante del estado de salud de las personas mayores, con el incremento de la edad puede ocurrir un declive de esta función y las personas mayores pueden iniciar con quejas respecto a su memoria. El 56.4% (IC95% 51.6,61.0) de las PM informó que su memoria actual es buena o muy buena; se observa una disminución conforme avanza la edad (62.6% para 60-69 años, 49.0% para 70-79 años y 41.2% para 80+). Por el contrario, al comparar la memoria actual con la de hace 12 meses, se observa un incremento de peor memoria a medida que se incrementa la edad: 11.9% para 60-69 años, 13.7% para 70-79 años y 34.4% para las personas de 80 años o más (figura 6.13.1).

■ **Figura 6.13.1.** Memoria actual y pasada en adultos de 60 años o más, por grupo de edad. México, Ensanut Continua 2023



Funcionalidad

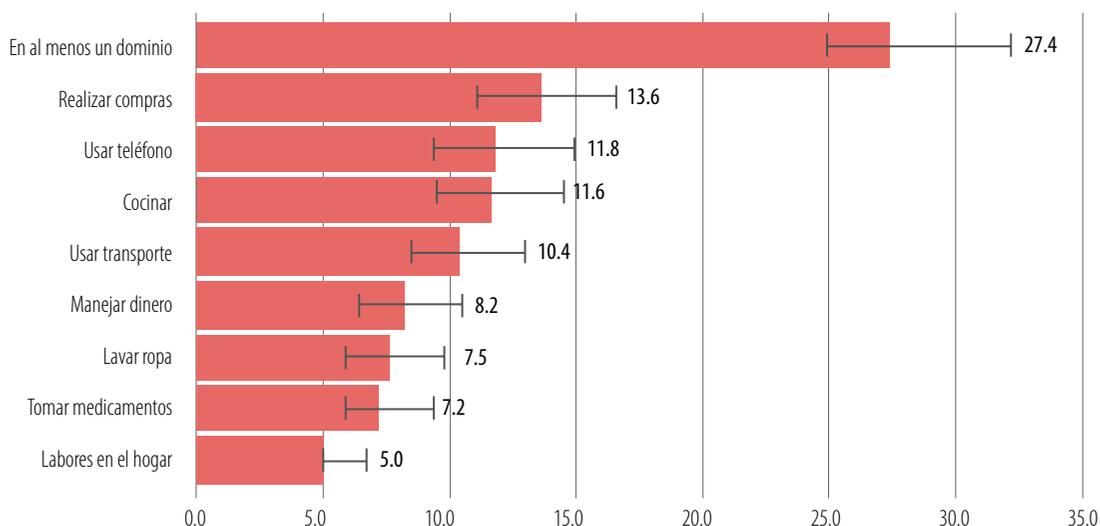
La funcionalidad de las personas mayores se evaluó utilizando diferentes escalas que miden la capacidad que tienen las personas para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD, respectivamente). Las ABVD se refieren a aquellas actividades dirigidas al autocuidado que permiten vivir en sociedad y están vinculadas con el bienestar de las personas;¹¹² la medición de este parámetro incluye las capacidades de autocuidado más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, caminar), que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Las AIVD, son actividades necesarias para vivir tanto dentro del hogar como en la comunidad, permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluye ocho competencias como realizar compras, manejar el dinero, usar el transporte, capacidad para tomar, en caso necesario, sus medicamentos, usar el teléfono, cocinar, realizar labores dentro del hogar, y lavar la ropa.¹¹³ Por su parte, el cuestionario de Washington Group¹¹⁴ comprende dificultades en seis dominios: visión, audición, caminar, cognición, autocuidado y comunicación; se estimó la dificultad severa en al menos uno de los dominios. Las ABVD y la escala de Washington se aplicaron en una submuestra de PM.

La Ensanut Continua 2023 indagó sobre la capacidad que tienen las PM para realizar, sin ayuda, tanto ABVD como AIVD, estimando la prevalencia de ambas condiciones, las cuales se reflejan en el estado de independencia de las personas mayores. Para las AIVD, se consideró independiente si realiza las actividades sin ayuda o poca ayuda; por ejemplo, realiza las compras necesarias independientemente, viaja solo en transporte público o conduce su propio coche, es capaz de tomar su medicamento a la hora y dosis correcta, etc. Mientras que la dependencia incluyó categorías de respuestas como:

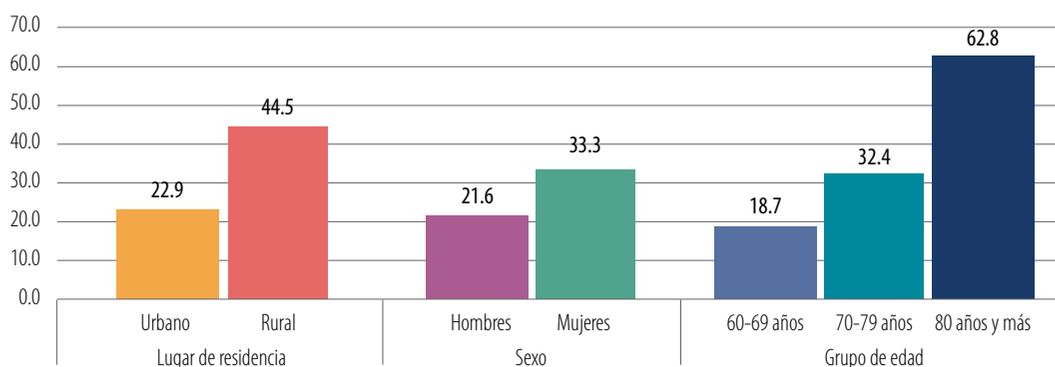
le cuesta mucho trabajo realizar o definitivamente no realiza la actividad; por ejemplo, no utiliza el teléfono, necesita ayuda en todas las labores de la casa, no participa en las labores de la casa, etc.¹¹²

En la figura 6.13.2 y figura 6.13.3, se muestra la dependencia en al menos un dominio de las AIVD por lugar de residencia, sexo y grupo de edad. En el ámbito nacional, casi una tercera parte (27.4%) de las personas mayores presentó dependencia en al menos un dominio de las AIVD. Las actividades con mayor prevalencia fueron: realizar compras (13.6%), usar el teléfono (11.8%), cocinar (11.6%) y usar el transporte (10.4%). La dependencia en AIVD es más prevalente en las mujeres (33.3% para mujeres y 21.6% para los hombres), los de mayor de edad y los residentes de áreas rurales. En los residentes de áreas rurales se observó casi el doble de dependencia en AIVD en comparación con los residentes de áreas urbanas (44.5 y 22.9%, respectivamente). Los adultos de 80 años y más presentaron mayor dependencia (62.8%), seguido por los de 70-79 años (32.4%) y en menor proporción en los más jóvenes (18.7%).

■ **Figura 6.13.2.** Dependencia en las AIVD para adultos de 60 años o más.
México, Ensanut Continua 2023



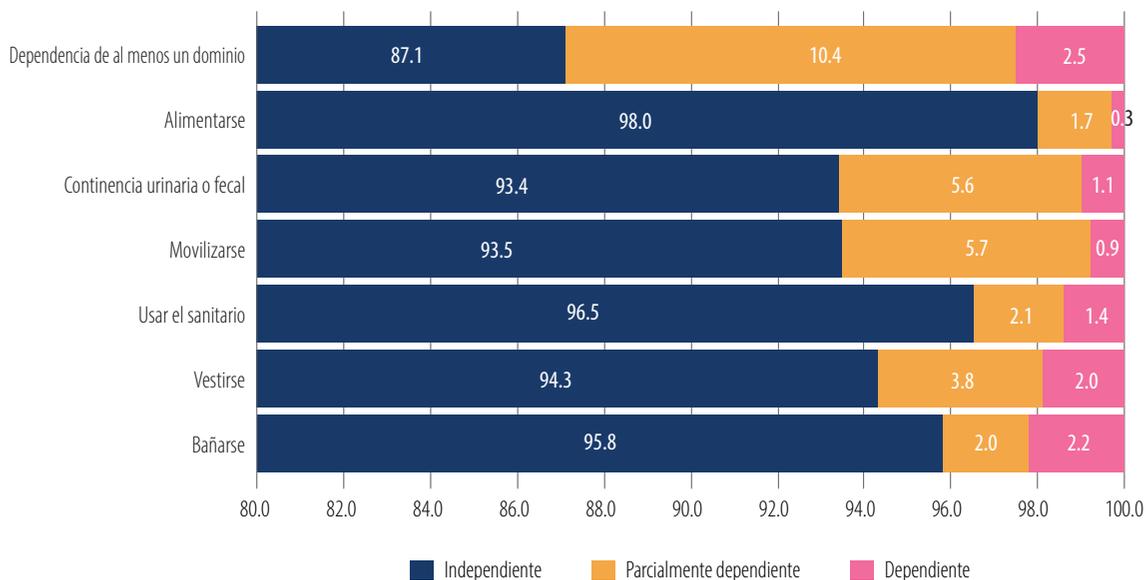
■ **Figura 6.13.3.** Porcentaje de dependencia en las AIVD en al menos un dominio en adulto de 60 años o más. México, Ensanut Continua 2023



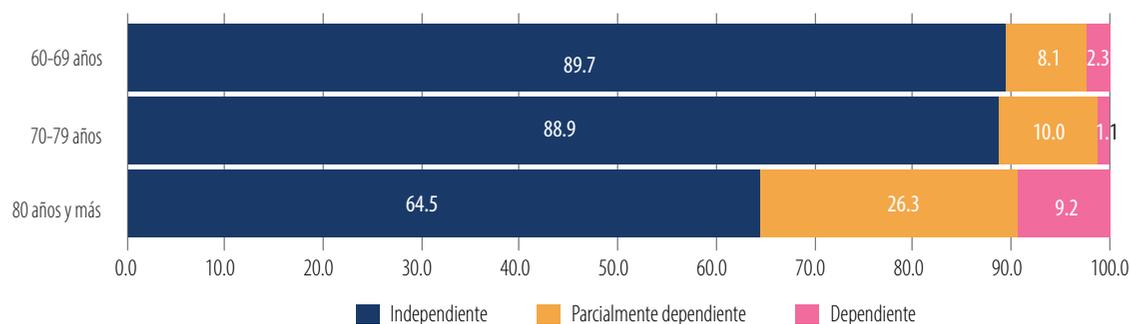
Para las ABVD, en cada una de las seis actividades, se consideró tres categorías: totalmente independientes, parcialmente dependientes y los dependientes (categoría 3 de las respuestas). Se calificó como dependiente si requiere ayuda o no puede realizar la actividad; por ejemplo, recibe total asistencia para ir al sanitario, no se levanta de la cama; etc. Parcialmente dependiente fue aquel que recibía cierto nivel de asistencia, pero en mayor medida realizaba la actividad por sí solo, por ejemplo: requiere ayuda sólo para enjabonar la espalda o una extremidad, se viste sin asistencia excepto para atar los cordones de sus zapatos, etc.; mientras que la categoría independiente se refiere a las PM que pueden realizar las actividades sin ayuda.¹¹² En el ámbito nacional, el 87% de las personas mayores son independientes para realizar al menos un dominio de las ABVD, 10.4% presenta dependencia parcial, mientras que el 2.5% son dependientes, lo que representa a 435 690 personas mayores; mientras que el número de PM que presentan alguna dependencia (parcial o completa) haciendo aproximadamente a 2 237 603 en México. Por otro lado, se observa una disminución de la independencia conforme avanza la edad (89.7% en el grupo 60-64, 88.9% en las PM de 70-79 y 64.5% en las PM de 80 años o más) (figura 6.13.4 y figura 6.13.5).

En la figura 6.13.6 observamos el porcentaje de dificultades severas del funcionamiento para cada dominio, y en al menos un dominio para las personas de 60 años o más. La prevalencia de dificultad severa en al menos un dominio fue de 16.0% (IC95% 12.5,20.3). El 11.7% (IC95% 8.7,15.6) de las personas mayores presentó dificultad para caminar, siendo este el dominio con mayor prevalencia, seguido por 4.9% de personas mayores que presentan dificultades en la vista y 2.6% de audición.

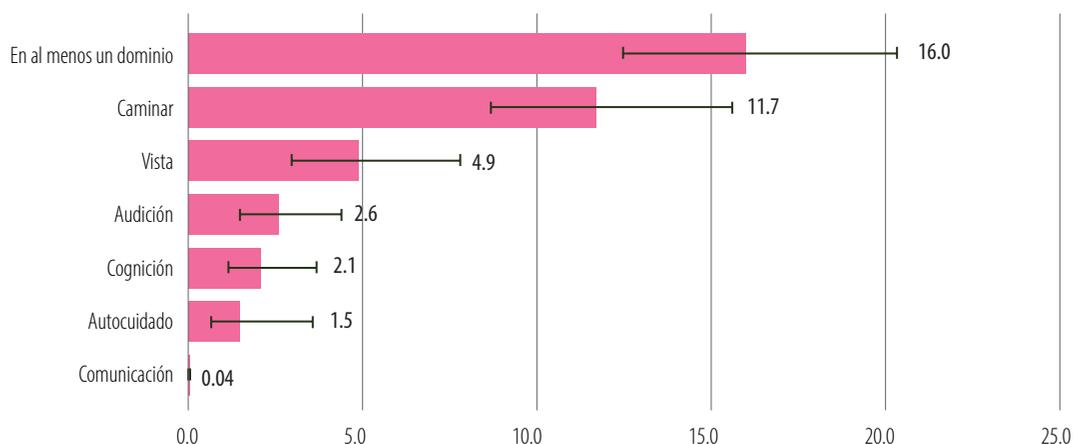
■ **Figura 6.13.4.** Dependencia en las ABVD para adultos de 60 años o más.
México, Ensanut Continua 2023



■ **Figura 6.13.5.** Dependencia en al menos un dominio de las ABVD para adultos de 60 años o más por grupo de edad. México, Ensanut Continua 2023



■ **Figura 6.13.6.** Porcentaje de dificultades severas de funcionamiento para adultos de 60 años o más por grupo de edad. México, Ensanut Continua 2023



Caídas y fracturas

En general, las caídas representan un problema para las personas mayores, quien ha caído una vez tiene mayor riesgo de caer nuevamente, las caídas se relacionan con el aumento de la discapacidad o dependencia; las personas mayores que experimentan una caída pueden ver limitada su movilidad por temor de volver a caer, lo que provoca disminución en la participación de actividades físicas y sociales. En el cuadro 6.13.2 se observa el porcentaje de caídas y fracturas de las personas mayores en los últimos 12 meses, además del autorreporte de diagnóstico médico de osteoporosis.

El 19.6% de las personas de 60 años o más en México reportó haber caído en el último año; de estos una tercera parte (32.1%) buscó atención médica. El 3.2% (IC95% 1.5,6.5) de las personas mayores reportó haber sufrido alguna fractura en el último año; mientras que la prevalencia de diagnóstico médico de osteoporosis fue de 6.9% (IC95% 5.1,9.2).

■ **Cuadro 6.13.2.** Reporte de caídas, osteoporosis y fracturas en las personas de 60 años y más. México, Ensanut Continua 2023

	N (miles)	%	IC95%
Caídas en los últimos 12 meses	3 397.3	19.6	16.6,23.0
Buscó atención médica a consecuencia de la caída	1 090.6	32.1	25.2,39.9
Fracturas en los últimos 12 meses	551.2	3.2	1.5,6.5
Diagnóstico médico de osteoporosis	1 193.3	6.9	5.1,9.2

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023

Sarcopenia

Finalmente, la prevalencia de sarcopenia se presenta en el cuadro 6.13.3. La sarcopenia se define como la disminución de la masa muscular esquelética y de la fuerza muscular; este declive puede ocurrir con la edad, y se asocia con el desarrollo de fragilidad y discapacidad, y por lo tanto incrementa las necesidades de atención y costos en salud.¹¹⁵ Para la Ensanut Continua 2023, la sarcopenia se midió con el instrumento SARC que evalúa cinco componentes: fuerza, asistencia al caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y el antecedente de caídas.¹¹⁶ Las PM con un punto de corte de cuatro o más son clasificados con sarcopenia.¹¹⁶

■ **Cuadro 6.13.3.** Porcentajes de Sarcopenia en adultos de 60 años o más. México, Ensanut Continua 2023

	Sin sarcopenia		Con sarcopenia	
	N (miles)	%	N (miles)	%
Lugar de residencia				
Urbano	12 026.1	87.4	1 729.0	12.6
Rural	2 966.4	82.6	624.3	17.4
Sexo				
Hombres	7 962.7	90.8	804.7	9.2
Mujeres	7 029.8	81.9	1 548.5	18.1
Grupo de edad				
60-69 años	9 367.8	90.1	1 026.7	9.9
70-79 años	4 490.5	87.0	673.4	13.0
80 años y más	1 134.2	63.5	653.1	36.5

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

La prevalencia de sarcopenia fue mayor en las mujeres en comparación con los hombres (18.1 y 9.2%, respectivamente). Se observa un gradiente conforme incrementa la edad de las personas mayores (9.9% para 60-69 años, 13.0% para 70-79 años y 36.5% para 80+ años de edad). Los residentes de áreas rurales presentaron en mayor porcentaje sarcopenia en comparación con los urbanos (17.4 y 12.6%, respectivamente).

Conclusiones Salud

Niños

De acuerdo con los resultados de la Ensanut Continua 2023, Poco menos del 50% de los cuidadores pudieron acreditar la vacunación mediante la CNS/CNV/ DP. Existe un porcentaje similar que pese a tener los documentos no los pudieron mostrar al momento de la encuesta. La cobertura de vacunación con BCG alcanza la meta del 95% en promedio, incluso en localidades rurales, incrementa significativamente respecto de 2022 y 2021. En los demás biológicos que conforman el esquema de vacunación mexicano dispuesto para los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad, no se evidencian variaciones estadísticamente significativas en la tendencia de las coberturas entre 2021 y 2023. Al respecto, se deben continuar los esfuerzos para subir las coberturas de vacunación y que los niños y niñas reciban las dosis de vacuna oportunamente durante el primer año de vida. En las demás vacunas, pese a los retos que impuso la pandemia Covid-19 las coberturas de vacunación para la mayor parte de los biológicos han persistido estacionarias.

El 66.2% de las madres de niñas/os menores de dos años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación y el 89.2% de estas reportaron un control prenatal adecuado; además el 99.9% de ellas fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. Durante el embarazo y posparto, 86.0% de las mujeres recibieron consejería para dar sólo leche materna a su bebé, 87.0% recibieron suplementos con ácido fólico y 70.8% suplementos con hierro y otros micronutrientes.

En relación con la salud infantil, el 22.8% de las niñas/os mayores de 11 meses asistieron por lo menos a ocho consultas del niño sano durante su primer año de vida, el 90.3 y 91.0% recibieron monitoreo de talla y peso respectivamente, únicamente 61.6% de los niños/as entre 6 y 59 meses recibió suplementos con hierro y vitaminas, el 79% de las mamás recibieron consejería sobre lactancia materna, mientras que 30.0% de las niñas/os cuentan con al menos una evaluación de DIT. Los resultados muestran que hay oportunidades para fortalecer la atención de la salud maternoinfantil a nivel nacional. Es esencial garantizar que las mujeres embarazadas y niños/as menores de cinco años reciban los servicios básicos de salud maternoinfantil, y recuperar los niveles de cobertura que se tenían antes de la pandemia por Covid-19.¹¹⁷ Una cobertura adecuada de estos servicios de salud y nutrición desde el embarazo y particularmente en los primeros 1 000 días es indispensable para mitigar el potencial efecto negativo en la desnutrición y mortalidad infantil por la reducción de ingresos y el aumento en la inseguridad alimentaria de la población más vulnerable que dejó la pandemia,¹¹⁸ y que se exagera por las múltiples crisis, incluyendo el aumento de precios por la invasión de Rusia a Ucrania, los conflictos armados a nivel mundial y los desastres naturales cada vez más frecuentes por el cambio climático.¹¹⁹

A nivel a nacional solamente 10.2% de las niñas/os de 0 a 35 meses asiste a programas de cuidado o educación inicial, mientras que 59.1% de las niñas/os de 36 a 59 meses asiste a preescolar. Lo anterior a pesar de que tanto la educación inicial como el preescolar son parte de la educación básica y obligatorias. Por otra parte, el 79.5% de las niñas y niños de 24 a 59 meses tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.

En relación con la calidad del contexto para las niñas/os menores de cinco años el 86.0% de las niñas/os participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje, además el 39.3% contaba con por lo menos tres libros infantiles en el hogar; mientras que el 78.1% de las niñas/os menores de cinco años juegan con dos o más tipos de juguetes. Con respecto a los métodos de disciplina, el 35.3% y el 31.4% de las niñas/os sufre agresión psicológica dentro del hogar y algún castigo físico, respectivamente y un 46.1% de las niñas/os está expuesto a cualquier método de disciplina violento. El 8.5% de las niñas/os recibieron cuidado inadecuado la semana previa a la entrevista.

A pesar de que pareciera haber disminuido el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años que presentaron enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista, las cifras se mantienen similares, con una estimación puntual de 7.1% en el 2023. De acuerdo con los resultados, es necesario fortalecer las estrategias de prevención y de promoción de la salud referentes al cuidado y atención de la niña y el niño sano en todo el país, principalmente en Guanajuato, Sinaloa y las regiones sur y centro del país. Asimismo, es necesario enfatizar que las medidas de prevención son las mismas para niñas y niños, y que no se dispone de evidencia que refiera mayor o menor cuidado según el sexo. En cuanto a prácticas de alimentación, el personal de salud requiere reforzar las estrategias de educación para la salud sobre la enfermedad diarreica con las madres o personas cuidadoras, prioritariamente en niñas y niños en el grupo de edad de estudio; principalmente, se debe explicar por qué no se debe administrar menor ni mayor cantidad de alimentos.

Alrededor de una de cada cuatro niñas y niños menores de cinco años presentaron infección respiratoria aguda en las dos semanas previas a la entrevista; similar en localidades urbanas y rurales; así como por sexo. Los signos de alarma más identificados por las madres y personas cuidadoras de niñas y niños que presentaron infección respiratoria aguda fueron la dificultad para respirar y respirar rápido. Se requiere fortalecer las estrategias de prevención primaria y secundaria mediante promoción de la salud, reforzadas por el personal de salud y dirigidas principalmente a las madres y personas cuidadoras de niñas y niños menores de cinco años.

Es fundamental continuar promoviendo las acciones de prevención de lesiones, dirigidas principalmente a las ocurridas en el hogar en este grupo de edad. Más del 70% de las lesiones reportadas en población infantil, son causa de demanda de atención médica y fueron a consecuencia de caídas, las cuales contribuyen de forma importante a la carga de la enfermedad en México.^{120,121} Asimismo, es necesario dar continuidad a las estrategias propuestas en el modelo integral para la prevención de lesiones, concretamente para caídas en grupos de edad específicos, como la infancia y adolescencia,¹²² así como en sus redes de apoyo.^{123,124}

Adolescentes

Alrededor de la décima parte de las y los adolescentes cuentan con algún tipo de documento de seguimiento a su estado de vacunación. Las coberturas de vacunación promedio estimadas en adolescentes

oscilan entre 9.4 y 52.1%; es decir, se encuentran por debajo de la meta de cobertura útil de 95%, siendo más bajas en el caso particular de anti-hepatitis B. Por otra parte, Menos de la tercera parte de las y los adolescentes recuerdan haber sido vacunados contra sarampión durante la adolescencia a pesar de referir no contar con el esquema completo de dos dosis de vacuna SR durante la infancia. Poco menos de la mitad de las y los adolescentes no han sido vacunadas contra VPH.

En México, se estima que 700 mil adolescentes, la mayoría menores de edad, fuman tabaco pese a las prohibiciones de venta a menores de edad y la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio, incluida la exhibición en puntos de venta establecidas en la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT).¹²⁵ En cuanto al uso de cigarros electrónicos, se estima que cerca de 1 millón de adolescentes usan cigarros electrónicos a pesar de las prohibiciones de importación, exportación y comercialización de estos productos.^{126,127} Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en encuestas nacionales e internacionales previas,¹²⁸⁻¹³² resaltando que el uso de cigarros electrónicos representa un problema de salud pública en este grupo poblacional, pues son “puerta de entrada” al consumo de productos combustibles y uso dual entre la población adolescente.¹³³ Con una perspectiva de salud pública y protección a las generaciones futuras, se recomienda a las y los tomadores de decisiones, fortalecer la implementación completa del plan de medidas MPOWER¹³⁴ y las provisiones del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT de la OMS),¹³⁵ particularmente incrementando los impuestos a los productos de tabaco y prohibiendo los saborizantes y aditivos, medidas altamente efectivas para evitar el inicio del consumo de tabaco entre la población adolescente.

Por otra parte, un poco más de 750 mil adolescentes mexicanos consumieron alcohol de manera excesiva en los últimos 30 días. Estos resultados llaman a tomadores de decisiones, particularmente a las áreas de regulación sanitaria para proteger a esta población vulnerable conforme lo establece la Ley General de Salud (LGS) en México (Artículo 220: en ningún caso y de ninguna forma se podrán expendir o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad).¹³⁶ Asimismo, se debe priorizar el fortalecimiento e implementación de todas las medidas establecidas en la estrategia SAFER, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir y reducir el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias sociales, económicas y en salud.^{137,138} Particularmente el incremento de precios a través de los impuestos a las bebidas alcohólicas, la restricción en la disponibilidad y las estrategias de tamizaje a nivel escolar medio y superior. El trabajo conjunto de las autoridades con la sociedad (padres de familia, profesores, académicos) es fundamental para prevenir la iniciación del consumo de alcohol en los adolescentes.¹³⁹ La implementación de programas nacionales como la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA) y la campaña “Juntos por la Paz” deben fortalecerse a través del tiempo.¹⁴⁰

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes, destaca el conocimiento correcto que la mayoría de esta población tiene sobre el número de veces que se puede usar un condón masculino, sin embargo, sólo cerca de la mitad de las/os adolescentes saben que utilizar el condón masculino puede evitar un embarazo e infecciones de transmisión sexual. Otros aspectos relevantes observados a partir de la información recabada es que alrededor de una quinta parte de las/os adolescentes ya inició vida sexual. Sobre el uso del condón masculino cerca de tres cuartas partes lo utiliza en la primera y última relación sexual. No obstante, estas cifras muestran la necesidad de seguir realizando acciones para lograr que toda la población adolescente esté protegida.

En cuanto a la salud materna, llama la atención que el 30% de las adolescentes reporta haber cursado un embarazo. Esta cifra muestra los retos que aún deben ser atendidos para alcanzar las metas plantadas en la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

En relación con la atención prenatal y del parto destaca que sólo tres quintas partes de las embarazadas reportaron haber recibido atención prenatal oportuna de su último hijo nacido vivo. De las acciones básicas realizadas en esta etapa, la prueba de detección de sífilis y del VIH requieren ser prescritas a un mayor número de embarazadas de acuerdo con lo que la normatividad recomienda. Esto muestra la necesidad de integrar acciones que fortalezcan la oferta en este servicio y el seguimiento de las usuarias para la atención continua de la salud materna. Asimismo, se observa un alto porcentaje de realización de cesáreas, hecho que es preocupante debido a que la práctica excesiva de cesáreas puede generar complicaciones al binomio madre-persona recién nacida. En cuanto a la cobertura de anticoncepción posparto, más de la mitad de las adolescentes reporta no utilizarla, aun cuando la evidencia muestra que su uso contribuye a una vida sexual plena.

Las acciones de prevención de lesiones en adolescentes son clave para evitar la aparición de secuelas que incrementen la proporción de personas que viven con discapacidad. Es claro que el ámbito de ocurrencia de las lesiones en este grupo ya no es el hogar sino la vía pública, la escuela y los sitios de recreación lo que requiere de medidas de prevención diferenciadas según el sitio y mecanismo de ocurrencia, con medidas basadas en evidencia y difundidas en los manuales publicados por la OMS y en los Programas de acción específicos que contienen las estrategias y modelos de prevención integral de lesiones en grupos vulnerables implementados por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA).¹⁴¹ Es importante hacer notar, que se reporta consumo de bebidas alcohólicas y uso de drogas en las seis horas previas a la ocurrencia de una lesión en estas edades, siendo la ocurrencia de lesiones en vía pública una de las repercusiones del consumo de estas sustancias. Finalmente, la prevalencia de LNI continúa siendo más alta en hombres y que es de vital importancia seguir desarrollando esfuerzos para prevenir lesiones en grupos en los que se identifican los mayores riesgos, con un enfoque de género.¹⁴¹

La sintomatología depresiva puede llevar a alteraciones en el funcionamiento y se ha asociado con una variedad de problemas de salud, incluidos problemas de salud mental.¹⁴² Por lo anterior, es de suma importancia conocer las prevalencias poblacionales de sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva se presentó en el 14.9% de la población adulta y es mayor en las mujeres que en hombres.

En cuanto al tema de funcionamiento, el 17.0% de las niñas, niños y adolescentes de dos a 17 años a nivel nacional tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. La exposición a la disciplina violenta tiene serias consecuencias en el desarrollo psicológico y emocional a largo plazo.^{51,53} A pesar de esto, se observa todavía, que más de la mitad de los hogares (52.0%) emplea algún método violento de disciplina. Aun cuando sólo una minoría de las madres (9.8%) considera necesario el castigo físico para educar adecuadamente.

En cuanto a las conductas alimentarias en adolescentes, los resultados de la Ensanut Continua 2023 son útiles para diseñar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en los grupos poblacionales con mayor riesgo como las mujeres y los adolescentes de mayor edad.

Dos terceras partes de la población adolescente del país conoce o ha escuchado hablar del fentanilo. En población de 12 a 19 años, el uso de drogas ilícitas fue de 4.3%, y el uso de drogas de uso médico fue 5.2%. Las estimaciones de uso de drogas de uso médico tienen poca precisión, por lo que los resultados deberán considerar esta limitación en su interpretación. El indicador de uso de drogas médicas no mide si las drogas fueron prescritas por personal médico o no. Adicionalmente, debido al estigma asociado al uso de sustancias adictivas, existe la posibilidad de subestimación por sesgo de reporte.

Adultos

Existen dificultades para el seguimiento documentado del antecedente de vacunación en población adulta, en razón a que muy poca población cuenta con las Cartillas Nacionales de Salud o de vacunación recomendadas en la política nacional. Las coberturas de vacunación en población adulta de 20 a 59 años se encuentran por debajo de la meta de cobertura útil de 95%. En cuanto a la cobertura estimada de vacunación contra sarampión es significativamente más baja en mujeres en edad fértil que en adultos hombres y mujeres de 20 a 39 años de edad. La mitad de los adultos mayores refirieron haber recibido las vacunas contra influenza en el último invierno y la tercera parte de los adultos mayores refirieron haber recibido vacunación contra neumococo después de cumplir los sesenta años de edad.

Los resultados de la Ensanut Continua 2023 muestran que la detección de Papanicolaou y la exploración clínica de senos en mujeres se incrementó con respecto a los resultados de la Ensanut 2021 y 2022. La detección de diabetes se duplicó y la de hipertensión se incrementó en dos veces y medio tanto en los hombres como en las mujeres, al compararla con los resultados obtenidos en 2022.

El consumo de tabaco continúa siendo el principal factor de riesgo prevenible de enfermedad y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación se observa a pesar de la reciente reforma a la Ley General para el Control de Tabaco (LGCT) en México que entró en vigor en 2023 implementando ambientes 100% libres de humo de tabaco y emisiones y prohíbe totalmente la publicidad, promoción y patrocinio, incluyendo la exhibición en puntos de venta.¹²⁵ Se recomienda a las y los tomadores de decisiones la implementación completa y sinérgica de la LGCT,¹²⁵ el Plan de medidas MPOWER¹³⁴ y el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT de la OMS).¹³⁵ Así mismo, en el año 2023, la OMS en alianza con la Agencia Internacional para Investigación sobre el cáncer (IARC) publicó el “Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer” que invita a la población a no usar productos de tabaco, a buscar ayuda para dejar de usarlos, a crear hogares libres de humo de tabaco y a respetar las legislaciones vigentes de ambientes libres de humo de tabaco y emisiones para cuidar la salud de toda la población.¹⁴³

Por último, en cuanto al uso de cigarro electrónico en los adultos, es importante destacar las leyes vigentes que prohíben la importación, exportación y comercialización de estos productos.^{125,126} Adicional a las medidas poblacionales, es fundamental que los usuarios de tabaco y nicotina se acerquen a los profesionales de la salud para conocer las opciones de tratamiento con eficacia clínica documentada que se encuentran disponibles en México, como los programas de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama);¹⁴⁴ así como del Centro de Atención ciudadana: “Línea de la Vida”.¹⁴⁵

Las altas prevalencias de consumo de alcohol observadas en población adulta reiteran la necesidad de reforzar el cumplimiento de la protección a la salud, como lo indica la Ley General de Salud, y la Norma Oficial Mexicana Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.^{136,146} Asimismo, se debe priorizar el fortalecimiento e implementación del paquete de medidas SAFER recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³⁸ con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y sus consecuencias sociales, económicas y en salud.

El consumo de alcohol es un importante factor de riesgo prevenible de la carga de enfermedad y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles; así como de otras consecuencias nocivas en salud mental, accidentes de tránsito, muertes violentas e impactos negativos a nivel económico y social en la población. Por esta razón la OMS ha actualizado el Plan de acción (2022-2030) para la implementación efectiva de la estrategia Global para reducir el consumo nocivo de alcohol;¹⁴⁷ De igual manera, en el año 2023, la OMS en alianza con la Agencia Internacional para Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) publicó el “Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer” que invita a la población a evitar el consumo de bebidas alcohólicas para ayudar a prevenir varios tipos de cáncer.¹⁴⁸

Entre los hallazgos más relevantes sobre salud sexual y reproductiva a nivel nacional, se observa que alrededor de un tercio de los hombres y menos de la mitad de las mujeres no utilizaron protección anticonceptiva en la primera y en la última relación sexual. Lo anterior muestra que un importante número de personas tiene prácticas sexuales sin protección, lo que los expone a riesgos sexuales y reproductivos. El uso del condón en la primera y última relación sexual es el método más reportado por hombres y mujeres adultos y en las personas más jóvenes, aunque con mayor proporción en hombres que en mujeres. Destaca una menor proporción de personas de los dos sexos que lo utiliza en la última relación sexual. Una situación más crítica se observa en la baja cobertura de realización de la prueba del VIH alguna vez en la vida de alrededor de una quinta parte. Esto debe considerarse como una oportunidad para fortalecer la promoción de los beneficios de esta prueba.

En cuanto a la atención prenatal se observa una cobertura cercana a la totalidad de las mujeres embarazadas. Sin embargo, de las acciones básicas realizadas en esta etapa, la prueba de detección de sífilis y del VIH requieren ser prescritas a un mayor número de embarazadas de acuerdo con lo que la normatividad recomienda. Esto muestra la necesidad de integrar acciones que fortalezcan la oferta en este servicio y el seguimiento de las usuarias para la atención continua de la salud materna. Destaca el alto porcentaje de realización de cesáreas, resultado que es preocupante debido a que la práctica excesiva de cesáreas puede generar complicaciones al binomio madre-persona recién nacida. En cuanto a la cobertura de anticoncepción posparto, alrededor de una tercera parte de las mujeres no utiliza esta protección, aun cuando la evidencia muestra que su uso contribuye a una vida sexual plena.

El análisis de las lesiones no intencionales, harían necesario una estratificación diferente de los grupos de edad que permitiera dar cuenta de lo que ocurre de manera puntual con los jóvenes, los adultos y los adultos mayores, con el fin de hacer propuestas concretas en términos de definición de las medidas de prevención y los sitios de ocurrencia a implementarlas. Sin embargo, es posible identificar que el número de personas adultas que reportaron lesiones es realmente alto y ha ido al aumento en los últimos tres años. La demanda de atención médica está por arriba de 75%, siendo las caídas y las lesiones de tránsito, las principales causas; contribuyendo, como ha sido documentado,

a incrementar la carga por años de vida saludables perdidos.^{120,121} Las actividades de promoción de la salud y las estrategias de prevención son un elemento fundamental para coadyuvar el impacto que tiene en las familias y en el sistema de salud.

La sintomatología depresiva puede llevar a alteraciones en el funcionamiento y se ha asociado con una variedad de problemas de salud, incluidos problemas de salud mental.¹⁴² Por lo anterior, es de suma importancia conocer las prevalencias poblacionales de sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva se presentó en el 14.9% de la población adulta y es mayor en las mujeres que en hombres.

Con respecto a las personas adultas (18 años y más), el 6.8% presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. La prevalencia por diagnóstico previo de prediabetes fue de 8.1%, de diabetes de 11.0%, de hipertensión arterial de 17.4%, de hipercolesterolemia de 30.4%. El 92.8% de los adultos con diagnóstico de diabetes, 79.8% de los adultos con diagnóstico de hipertensión y 47.2% de los adultos con hipercolesterolemia siguen algún tratamiento farmacológico para controlar su enfermedad.

Casi dos terceras partes de la población adulta del país conoce o ha escuchado hablar del fentanilo. Una de cada seis personas adultas usó drogas ilícitas alguna vez en la vida, siendo la droga más común la marihuana, que fue usada por uno de cada cuatro hombres y por una de cada cinco personas de 20 a 29 años de edad. La segunda droga más usada fue la cocaína, una de cada veinticinco personas la usó alguna vez en su vida. La prevalencia de uso de otras drogas (inhalables, heroína, marihuana sintética, ketamina, GHB) fue más baja que el alcance de la encuesta por lo que se reportaron de forma agrupada. Las prevalencias pueden estar subestimadas por sesgo de reporte debido al estigma asociado al uso de sustancias adictivas.

Nutrición

Niños

7.1 Estado de nutrición de preescolares

Se obtuvo el peso y la longitud o talla en niñas, niños y adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200 kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La medición de la longitud para menores de dos años se realizó con un infantómetro, marca Seca, modelo 416, de fabricación alemana. Su longitud es de 100 centímetros y tiene una precisión milimétrica, lo que significa que la lectura de la longitud se realiza en centímetros y milímetros. La determinación de la talla (mayores de dos años) se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de niñas, niños y adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales.¹⁴⁹

Desnutrición

Los datos de peso y talla/longitud, de los menores de cinco años, se transformaron para obtener puntajes Z de peso y talla con relación a la edad y de peso con relación a la talla para determinar el estado de nutrición. Se calcularon los indicadores peso y talla para la edad y peso para la talla, determinando bajo peso, baja talla y emaciación, por debajo de -2 desviaciones estándar del promedio de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006.¹⁵⁰

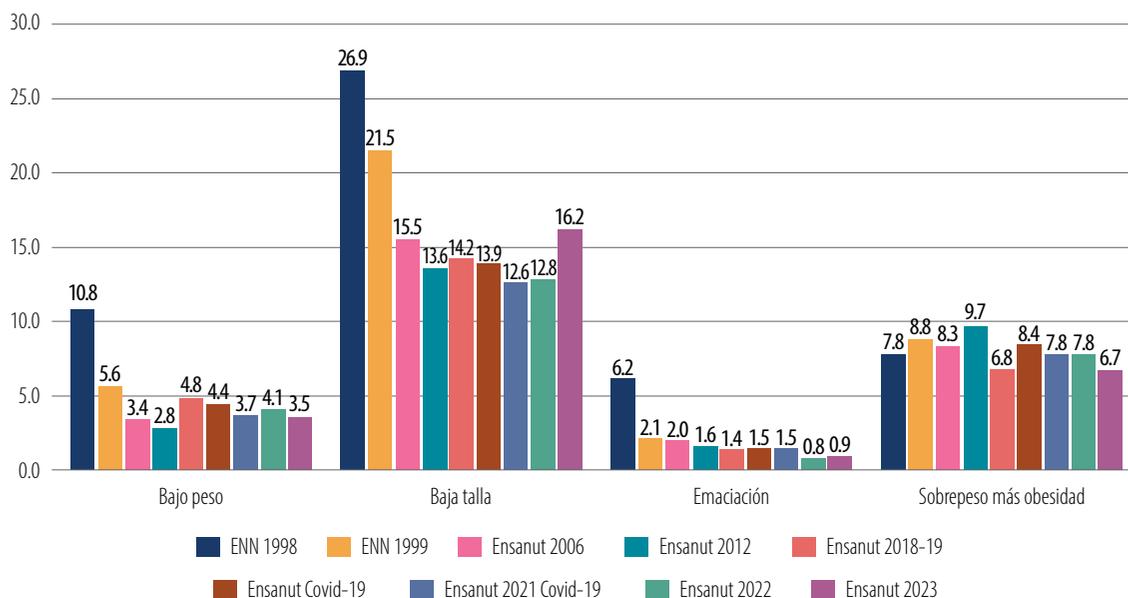
Sobrepeso y obesidad

En menores de cinco años, el indicador de sobrepeso más obesidad se consideró arriba de dos desviaciones estándar del promedio del puntaje Z del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, del mismo patrón de referencia OMS 2006. Para los escolares, también se consideró el puntaje Z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 DE y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS de 2007.¹⁵¹

Con la información completa de 962 niñas y niños menores de cinco años, que representan a 9 876 319 menores en México, se obtuvieron las prevalencias de cuatro indicadores del estado de nutrición: bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad (SP+O). En la figura 7.1.1 se presentan las prevalencias de estos indicadores, en cada una de las diferentes Ensanut, hasta la fecha. El indicador de exceso de peso, que suma las categorías de sobrepeso más obesidad se encon-

tró prevalente en 6.7% de los preescolares, aproximadamente 660 509 menores de cinco años. La prevalencia de emaciación se encontró en menos del 1% de los menores, y la de bajo peso en 3.5%. La baja talla se observó en 16.2% en 2023.

■ **Figura 7.1.1.** Comparativo de la prevalencia nacional de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso más obesidad en menores de cinco años de la ENN 1988 y 99, Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y Ensanut Continua 2020, 2021, 2022 y 2023. México, Ensanut Continua 2023

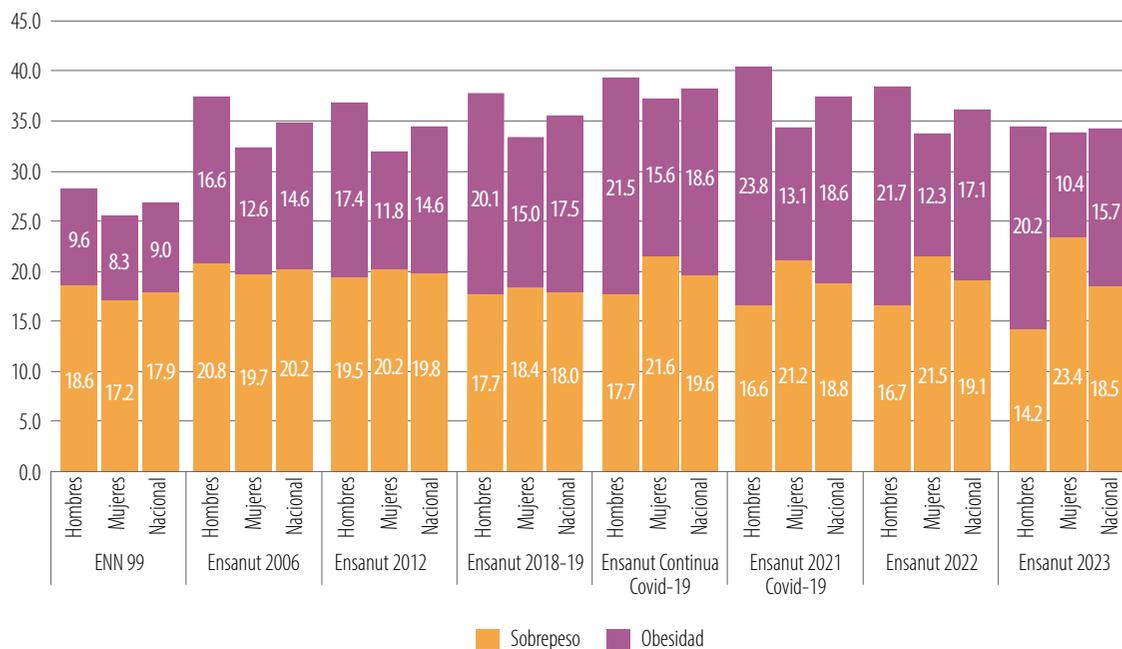


7.2 Estado de nutrición de escolares

Siguiendo la metodología descrita en el punto 7.1 y con información completa de 1 413 niñas y niños de 5 a 11 años (representan alrededor de 15 619 300 escolares) se estimó la prevalencia nacional de sobrepeso (18.5%), en niños esta prevalencia fue de 14.2% y en niñas de 23.4%. La prevalencia de obesidad se encontró en 15.7% de los escolares, 20.2% en niños y 10.4% en niñas. (figura 7.2.1).

De acuerdo con el tipo de localidad en la que viven las niñas y niños en edad escolar, la prevalencia de sobrepeso fue de 17.8% en localidades urbanas (14.2% en niños y 21.9% en niñas) y 20.4% en localidades rurales (14.2% en niños y 27.9% en niñas). La prevalencia de obesidad en las localidades urbanas fue de 12.7% (17.2% en niños y 7.6% en niñas) y en las localidades rurales fue de 23.9% (28.6% en niños y 18.3% en niñas) (cuadro 7.2.1).

■ **Figura 7.2.1.** Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años, de la ENN-1999, Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y Ensanut Continua 2020, 2022 y 2023 por sexo. México, Ensanut Continua 2023



■ **Cuadro 7.2.1.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 5 a 11 años, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de localidad		Total		Sobrepeso		Obesidad		SP + OB	
		n	N (miles)	%	IC95	%	IC95	%	IC95
Urbana	Hombres	516	6 154.0	14.2	10.8,18.4	17.2	12.6,23.0	31.4	25.5,38.0
	Mujeres	491	5 399.1	21.9	17.7,26.7	7.6	5.7,10.2	29.5	25.0,34.5
	Total	1 007	11 553.1	17.8	15.1,20.9	12.7	10.1,16.0	30.5	26.8,34.6
Rural	Hombres	211	2 226.9	14.2	10.5,18.8	28.6	22.0,36.2	42.8	34.6,51.3
	Mujeres	195	1 839.3	27.9	13.0,50.0	18.3	15.6,21.4	46.2	28.6,64.8
	Total	406	4 066.2	20.4	12.7,31.0	23.9	19.4,29.1	44.3	39.1,49.7

Fuente: Ensanut Continua 2023

7.3 Plomo

El plomo (Pb) es un metal tóxico para la salud humana, con múltiples efectos adversos documentados en los sistemas neurológico, cardiovascular, renal, hematológico, inmunológico y reproductivo.¹⁵² La población infantil se reconoce como una de las más vulnerables a los efectos de la exposición a Pb,¹⁵³

principalmente por sus impactos negativos en el sistema nervioso y el cerebro, que se manifiestan como alteraciones en las funciones cognitivas, motoras y de comportamiento.¹⁵²⁻¹⁵⁴

Con el objetivo de conocer la dimensión de la exposición a Pb a nivel nacional, se midió la concentración de plomo en sangre capilar (PbS) en una muestra de niñas y niños de entre 1 y 4 años participantes en la Ensanut 2023. Para llevar a cabo este análisis, se utilizó el equipo portátil LeadCare II (Magellan Diagnostics, North Billerica, MA, EE.UU.), el cual tiene la capacidad para determinar la concentración de PbS en un rango de detección de 3.3 a 65 microgramos (μg) de Pb por decilitro (dL) de sangre.

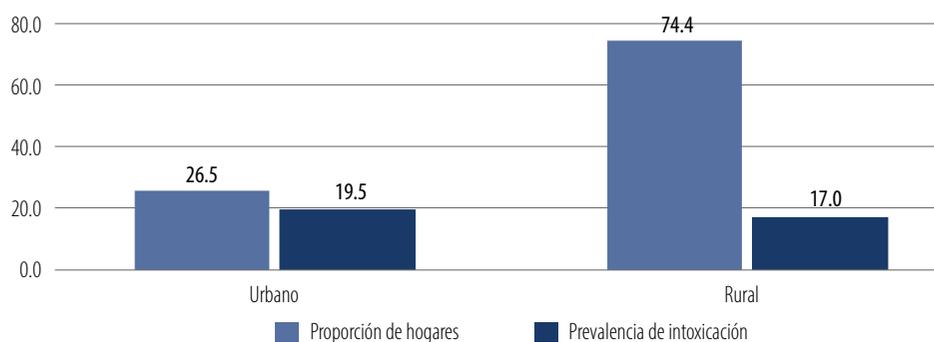
Las concentraciones de PbS $\geq 5 \mu\text{g/dL}$ se consideraron como indicador de intoxicación, de acuerdo con el valor criterio que establece la Norma Oficial Mexicana 199-SSA1-2000, Salud ambiental de 2017 para realizar acciones de protección a la salud de menores de 15 años y mujeres embarazadas en población general no expuesta ocupacionalmente.¹⁵⁵ En las mediciones donde se detectó una concentración $\geq 25 \mu\text{g/dL}$, se obtuvo la medición por duplicado para descartar la posibilidad de contaminación de la muestra durante su manipulación.

Mediante la aplicación de un cuestionario, se recopiló información acerca del reporte de exposición al Pb en los tres meses previos a la entrevista, proveniente de tres tipos de fuentes potenciales: a) el uso de loza de barro vidriado con plomo (LBVPb) en la preparación, almacenamiento y consumo de alimentos, ya que constituye la principal fuente de exposición a Pb documentada en población general;¹⁵⁶ b) la exposición para-ocupacional entendida como aquella que ocurre cuando algún miembro que reside en el hogar trabaja en un sitio con exposición documentada a Pb y a través de sus ropas o su persona lleva la exposición del lugar de trabajo al hogar (alfarería de BV, soldadora, herrería, pintura, reciclaje de baterías de auto [acumuladores], reciclaje de aparatos electrónicos o eléctricos, minería de metales, fundición de metales, imprenta, elaboración de vidrio soplado, vitrales, emplomado o joyería), y c) la exposición ambiental definida por la proximidad del hogar a sitios o establecimientos con exposición potencial a Pb: i) existencia de posibles focos de exposición a plomo cercanos al hogar donde vive el menor, incluyendo minas o jales/relaves mineros, sitios de fabricación o reciclaje de baterías (acumuladores), taller de alfarería de BV, fundidoras de metales, talleres mecánicos o de pintura (para auto o carpintería); ii) identificación de la persona entrevistada de que en su hogar haya tubería de plomo; iii) uso de óxido de plomo (azarcón, greta o litargirio) como remedio casero, y iv) actividad del menor de edad seleccionado para el estudio en áreas de juegos infantiles de espacios públicos, escuelas o guarderías.¹⁵³

La muestra analítica nacional de niñas y niños de 1 a 4 años de edad para el estudio fue de 688 infantes. Se realizó la medición de PbS capilar en 616 de ellos, quienes representan un total de 7 627 433 preescolares en el país. En los menores restantes (10.5%), no fue posible realizar la medición debido a limitaciones logísticas. La proporción de menores con valores detectables de plomo en sangre ($\text{Pb} \geq 3.3$) fue de 29.2%, mientras que el 0.5% presentó concentraciones por encima del límite de detección del LeadCare II ($\geq 65 \mu\text{g/dL}$) las cuales fueron validadas por duplicado. El rango observado, dentro de los límites de detección del LeadCare II, para las mediciones en muestra fue de 3.3 a 22.2 $\mu\text{g/dL}$. La prevalencia estimada de intoxicación por plomo ($\geq 5 \mu\text{g/dL}$) a nivel nacional fue de 17.7% (IC95% 12.7,24.1), lo que implica que aproximadamente 1 347 758 de infantes en el país actualmente presentan niveles de intoxicación por Pb de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana en vigor.¹⁵⁵

De acuerdo con la figura 7.3.1, la prevalencia de intoxicación presenta variaciones de acuerdo con el estrato de residencia, alcanzando un 19.5% (IC95% 11.4,31.4) en zona rural y 17% (IC95% 11.1,25.1) en zona urbana, con una distribución general de los hogares del 25.6 y 74.4%, respectivamente.

■ **Figura 7.3.1.** Proporción de hogares y prevalencia de intoxicación según tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

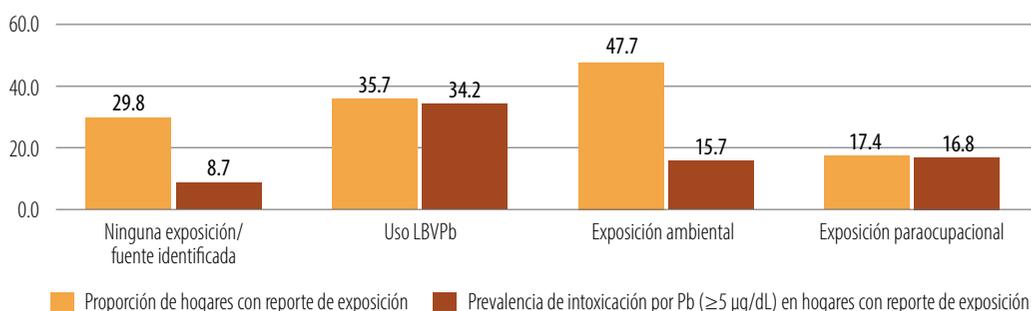


Fuente: Ensanut Continua 2023

Los resultados del reporte de exposición muestran que el 70.2% de los hogares indicó estar expuesto al menos a una de las fuentes incluidas en este estudio. El reporte de fuentes de exposición específica fue de 35.7% para uso reciente de LBVPb, 47.7% para exposición ambiental y 17.4% en el caso de exposición para-ocupacional (figura 7.3.2).

La prevalencia de intoxicación observada entre usuarios de LBVPb fue 34.2% (IC95% 23.0,47.5), mientras que en los hogares con exposición ambiental y para-ocupacional fueron 15.7% (IC95% 7.2,30.8) y 16.8% (IC95% 10.6,25.4), respectivamente. Destaca que los hogares que no identifican alguna fuente de exposición presentaron una prevalencia de intoxicación de 8.7% (IC95% 3.6,19.8) (figura 7.3.2).

■ **Figura 7.3.2.** Proporción de exposición y prevalencia de intoxicación por Pb. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Los resultados del número de fuentes de exposición reportadas con la prevalencia correspondiente de intoxicación se presentan en el cuadro 7.3.1. Aquellos hogares que informaron no estar expuestos a ninguna fuente tienen la menor prevalencia, con un 8.7% (IC95% 3.6,19.8). En contraste, aquellos que indicaron estar expuestos a dos tipos de fuentes incluidas en el estudio muestran la mayor prevalencia, alcanzando el 26.3% (IC95% 16.0,40.0).

■ **Cuadro 7.3.1.** Reporte de exposición combinada y prevalencia de intoxicación por plomo. México, Ensanut Continua 2023

Número de fuentes de exposición reportadas	Porcentaje de hogares con reporte de exposición	Prevalencia de intoxicación por Pb* (IC95%)
0	29.8	8.7 (3.6,19.8)
1	43.0	20.6 (11.9,33.4)
2	23.4	26.3 (16.0,40.0)
3	3.8	19.8 (4.7,55.0)
Total	100	17.7 (12.7,24.1)

* $Pb \geq 5 \mu g/dL$

Fuente: Ensanut Continua 2023

7.4 Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil

La muestra estudiada está conformada por hijos de mujeres de 12-59 años que participaron en las Ensanut 2021, 2022 y 2023 para contar con un mayor tamaño de muestra. Como en otras ediciones de la Ensanut, la información de lactancia materna y de alimentación complementaria, se recolectó con el método del día anterior (*statu quo*) y de igual manera, los indicadores se calcularon bajo la recomendación de OMS-Unicef 2021¹⁵⁷ Estos indicadores se refieren sólo al hecho de si consumió o no el alimento, pero no a la cantidad consumida, por lo que no pueden usarse para el cálculo de adecuación de cantidades consumidas. Se presentan indicadores para lactancia materna (cuadro 7.4.1). Porcentaje de menores: 1) Alguna vez amamantados 0 a 23 meses (me); 2) Inicio temprano de la lactancia materna 0 a 23 me, menores puestos al seno materno en la primera hora de vida; 3) Lactancia materna exclusiva 0 a 5 me, menores alimentados sólo con leche materna y se permiten medicamentos, vitaminas, minerales o sales de rehidratación oral; e indicadores de alimentación complementaria; 4) Lactancia materna exclusiva en los tres primeros días de vida 0 a 23 me; 5) Lactancia materna mixta 0 a 5 me; menores alimentados con leche materna y otras leches y/o fórmula, y 6) Lactancia materna continua 12 a 23 me. En cuanto a la alimentación complementaria (cuadro 7.4.2), los indicadores son los siguientes: 7) Uso de biberón (cualquier alimento) 0 a 23 me, alimentación de semisólidos o cualquier líquido incluyendo leche materna con biberón; 8) Introducción de sólidos, semisólidos y suaves 6 a 8 me, introducción oportuna de alimentos y continuar con lactancia materna; 9) Frecuencia mínima 6 a 23 me, consumo mínimo de grupos de alimentos adecuados a la edad y práctica de lactancia; 10) Diversidad alimentaria mínima 6 a 23 me; 11) Consumo de carnes y/o huevo 6 a 23 me; 12) Cero consumo de frutas o verduras 6

a 23 me; 13) Consumo de bebidas azucaradas 6 a 23; ya sea bebidas naturales o artificiales como jugos o hechos en casa como té endulzados; 14) Consumo de alimentos no saludables 6 a 23 me, quienes consumieron frituras, galletas, dulces, pastelitos o sopas instantáneas. Finalmente, en el cuadro 7.4.3 se presenta la prevalencia de la lactancia a libre demanda según grupos de edad en niñas/os menores de 24 meses. Para obtener esta información, se indagó si la madre daba pecho cada vez que lo pedía su hijo/a. La comparación entre encuestas e intraclase (urbano vs. rural) se hizo por medio de la prueba de diferencia de proporciones para muestras independientes. Los estadísticos de prueba incluyen información del diseño de cada encuesta, ajustando los errores estándar y aplicando una corrección por continuidad.¹⁵⁸ Los factores de expansión se dividieron entre el número de años analizado para que los totales poblacionales sean similares al promedio de los totales de las poblaciones analizadas.

En los cuadros 7.4.1 y 7.4.2 se observa que en suma entre 2021 y 2023 se obtuvo un tamaño de muestra total de n=1 588 menores de 24 meses. Más del 95% de niñas/os es amamantado alguna vez, es decir casi la población en su totalidad. El inicio temprano de la lactancia materna, tiende a incrementar según el tipo de localidad comparado con Ensanut 2018 (cuadro 7.4.1).

También, se conserva la tendencia al incremento en la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niñas/os menores de seis meses (LME<6m) de 28.6% a 34.2%. De forma similar a como se reportó en Ensanut 2021, a través del recordatorio de la madre o informante, las dos terceras partes (64.5%) de ellas mencionan que dieron lactancia materna exclusiva en los tres primeros días de vida de sus hijas/os. Por otro lado, poco más de una quinta parte (23.5%) de niñas/os menores de seis meses, son alimentados con la lactancia materna mixta. Finalmente, menos de la mitad de niñas/os continúan siendo amamantados en su segundo año de vida (43.0%).

■ **Cuadro 7.4.1.** Indicadores de lactancia materna.
Comparativo Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2021-2023

Indicador	Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	Ensanut 2018			Ensanut Continua 2021-2023				
			n muestral	Expansión			n muestral	Expansión		
				N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Alguna vez amamantados	0 a 23	Urbano	987	2 716.8	95.3	93.1,96.8	1 102	2 590.9	94.9	92.3,96.7
		Rural	600	1 019.5	96.3	93.8,97.9	486	987.2	95.3	91.8,97.3
		Nacional	1 587	3 736.4	95.6	93.9,96.8	1 588	3 578.2	95.0	93.0,96.5
Inicio temprano de la lactancia materna	0 a 23	Urbano	932	2 568.8	46.0	41.6,50.5	1 073	2 490.7	52.5*	47.3,57.6
		Rural	574	978.9	52.1	45.8,58.4	463	949.9	61.5*	53.9,68.6
		Nacional	1 506	3 547.7	47.7	44.1,51.4	1 536	3 440.7	55.0	50.7,59.2
Lactancia materna exclusiva	0 a 5	Urbano	220	619.4	25.2	17.7,34.4	269	630.4	37.1	28.9,46.0
		Rural	130	238.8	37.4	26.6,49.6	119	265.8	27.2	16.0,42.3
		Nacional	350	858.2	28.6	22.1,36.0	388	896.2	34.2	27.2,41.9
Lactancia materna exclusiva en los 3 primeros días de vida [†]	0 a 23	Urbano					1 102	2 591.0	63.4	58.7,68.0
		Rural					486	987.2	67.4	60.1,73.4
		Nacional					1 588	3 578.2	64.5	60.6,68.2

Continúa/

/continuación

Indicador	Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	Ensanut 2018			Ensanut Continua 2021-2023			
			n muestral	Expansión		n muestral	Expansión		
				N (miles)	%		IC95%	N (miles)	%
Lactancia materna mixta [‡]	0 a 5	Urbano				269	630.4	24.3	17.5,32.6
		Rural				119	265.8	21.7	9.6,42.1
		Nacional				388	896.2	23.5	17.2,31.4
Lactancia materna continua [‡]	12 a 23	Urbano				575	1 319.2	41.2	34.3,48.4
		Rural				241	495.4	47.8	38.8,57.0
		Nacional				816	1 814.6	43.0	37.4,48.8

Diferencia entre zona Urbano/Rural para cada encuesta. * p<0.1; p<0.05; p<0.01

[‡] Cálculo de indicador se modificó o es nuevo según la OMS-Unicef 2021

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2021-2023

En contraposición con los indicadores de lactancia, los de alimentación complementaria suelen ser mejores en medio urbano, i.e.; los niños tienen dietas más variadas, más consumo de carnes y huevo pero por otro lado; se consumen alimentos más frecuentemente en el medio rural, siendo significativa dicha diferencia ($P < 0.05$) (cuadro 7.4.2).

La población de mujeres o cuidadores de la alimentación de niñas/os reporta un menor uso del biberón para el consumo de cualquier alimento y este descenso es estadísticamente significativo comparando Ensanut 2018 vs. 2021-2023. La frecuencia mínima de consumo de grupos de alimentos ha incrementado de forma significativa para el ámbito nacional y zona rural del país.

El porcentaje de menores que reportaron consumir algún tipo de carne y/o huevo el día previo a la entrevista es estadísticamente más alto en la zona urbana, incluso mayor que el porcentaje nacional (73.8 vs. 71.5%). Menos de la cuarta parte de niñas/os no consumieron frutas o verduras el día previo a la entrevista. Por otro lado, el consumo de bebidas azucaradas en niñas/os entre 6 y 23 meses de edad, es mayor en localidades rurales vs. urbanas. Finalmente, el consumo de alimentos no saludables lo reporta más de una tercera parte de los menores entre 6 y 23 meses, sin diferencias entre área rural vs. urbana.

En el cuadro 7.4.3 se observa que 9 de cada 10 mujeres dice amamantar a libre demanda a su hija/o menor de seis meses.

■ **Cuadro 7.4.2.** Indicadores de alimentación complementaria.
Comparativo Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2021-2023

Indicador	Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	Ensanut 2018				Ensanut 2021-2023			
			n muestral	Expansión			n muestral	Expansión		
				N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Uso de biberón (cualquier alimento)	0 a 23	Urbano	987	2 716.8	42.7	38.1,47.5	1101	2 588.7	26.1	22.1,30.5
		Rural	600	1 019.5	37.1*	31.9,42.7	486	987.2	24.6	19.2,30.8
		Nacional	1 587	3 736.4	41.2	37.5,45.0	1587	3 575.9	25.7	22.4,29.2
Introducción de sólidos, semisólidos y suaves	6 a 8	Urbano	124	346.7	91.1	80.9,96.3	118	263.9	88.7	73.4,95.7
		Rural	74	167.4	91.4*	77.1,97.1	59	107.2	91.4	72.8,97.7
		Nacional	198	514.1	91.2	83.2,95.6	177	371.1	89.5	78.3,95.2
Frecuencia mínima	6 a 23	Urbano	767	2 097.4	55.8	50.8,60.7	833	1 960.6	63.3	58.3,68.0
		Rural	470	780.7	52.5	47,58	367	721.4	69.5	61.3,76.6
		Nacional	1 237	2 878.2	54.9	51.0,58.8	1200	2 682.0	64.9	60.7,68.9
Diversidad alimentaria mínima [§]	6 a 23	Urbano					833	1 960.6	66.9	61.0,72.2
		Rural					367	721.4	64.9	57.1,72.0
		Nacional					1200	2 682.0	66.3	61.6,70.8
Consumo de Carnes y/o huevo [§]	6 a 23	Urbano					833	1960.6	73.8*	68.5,78.5
		Rural					367	721.4	65.2	56.8,72.8
		Nacional					1200	2 682.0	71.5	67.1,75.5
Cero consumo de frutas o verduras [§]	6 a 23	Urbano					833	1 960.6	24.8	20.1,30.0
		Rural					367	721.4	24.1	18.1,31.3
		Nacional					1200	2 682.0	24.6	20.8,28.8
Consumo de bebidas azucaradas [§]	6 a 23	Urbano					833	1 960.6	47.0	41.9,52.1
		Rural					367	721.4	58.3 [‡]	50.8,65.4
		Nacional					1 200	2 682.0	50.0	45.7,54.3
Consumo de alimentos no saludables [§]	6 a 23	Urbano					833	1 960.6	42.6	37.3,47.9
		Rural					367	721.4	39.4	31.4,48.0
		Nacional					1 200	2 682.0	41.7	37.3,46.3

Diferencia entre zona Urbano/Rural para cada encuesta.* p<0.1; † p<0.05; ‡ p<0.01

§ Cálculo de indicador se modificó o es nuevo según la OMS-Unicef 2021

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2021-2023

■ **Cuadro 7.4.3.** Lactancia materna a libre demanda* en menores de 24 meses.
México, Ensanut Continua 2021-2023

Grupo edad (meses)	Tipo de localidad	n muestral	Ensanut 2021-2023 Covid-19		
			Expansión		
			N (miles)	%	IC95%
0 a 5	Urbano	207	1 517.8	90.1	77.1,96.5
	Rural	94	622.5	94.9	77.2,99.0
	Nacional	301	2 140.3	92.0	81.5,96.7
6 a 11	Urbano	150	1 125.2	88.9	73.0,96.0
	Rural	87	449.5	93.8	84.6,97.6
	Nacional	237	1 574.7	90.3	79.0,95.8
12 a 23	Urbano	380	2 602.6	84.7	78.2,89.5
	Rural	156	996.8	85.0	77.3,90.5
	Nacional	536	3 599.4	84.8	79.8,88.7

* N=1 074 niñas y niños menores de 24 meses que aún eran alimentados al seno materno

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2021-2023

7.5 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano en preescolares

Se analizó información dietética de población preescolar (1-4 años de edad), escolar (5-11 años), adolescente (12-19 años) y adulta (20 años y más).

La información sobre dieta se obtuvo utilizando un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos de los siete días previos a la entrevista, que incluye 144 alimentos y bebidas, los cuales fueron seleccionados a partir de aquellos más consumidos por la población mexicana en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999.¹⁵⁹ Dicho cuestionario fue previamente validado para la estimación de la ingesta de energía y nutrientes en población mexicana.¹⁶⁰ El procedimiento consistió en preguntar por los días de consumo, veces de consumo al día, tamaño de porción consumida y número de porciones consumidas de cada alimento y bebida por cada vez de consumo.

Se clasificaron los alimentos y bebidas en 13 grupos, de acuerdo con sus características nutricionales y su relevancia para desenlaces de salud:¹⁶¹ frutas, verduras, leguminosas, agua sola, huevo, carnes no procesadas, lácteos, nueces y semillas, carnes procesadas, comida rápida y antojitos mexicanos fritos o con grasa, botanas, dulces y postres, cereales dulces y bebidas endulzadas (cuadro A). Se consideró que un grupo de alimentos fue consumido si se reportó su consumo tres o más días de la semana, para los alimentos con una ingesta mínima de 10 gramos. En el caso de agua, frutas y verduras, se consideró como consumo si se reportó su consumo los siete días de la semana (≥ 10 g/d).

■ Cuadro A. Clasificación de alimentos y bebidas en grupos de alimentos de relevancia

Grupos recomendables para consumo cotidiano	Alimentos	
Frutas	<ul style="list-style-type: none"> Durazno/melocotón Fresa Guayaba Jícama Limón, por ejemplo, en ensaladas, caldos o carnes Mango Manzana o pera 	<ul style="list-style-type: none"> Melón o sandía Naranja o mandarina Papaya Piña Plátano Toronja Uvas
Verduras	<ul style="list-style-type: none"> Aguacate Brócoli o coliflor Calabacita Cebolla, por ejemplo, en ensaladas, antojitos o comida rápida Chayote Chile poblano Chile seco promedio Col Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites) Elote 	<ul style="list-style-type: none"> Jitomate Lechuga Nopales Pepino Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli, coliflor, ejotes Verduras envasadas como chícharo, zanahoria, champiñones y ejotes Zanahoria Ejotes
Leguminosas	<ul style="list-style-type: none"> Frijoles de la olla caseros Frijoles refritos caseros Frijoles envasados o de lata: de la olla 	<ul style="list-style-type: none"> Frijoles envasados o de lata: refritos Lenteja, garbanzo, haba amarilla o alubia Haba, garbanzo o lenteja como botana
Agua	<ul style="list-style-type: none"> Agua sola 	
Huevo	<ul style="list-style-type: none"> Huevo frito, estrellado o revuelto Huevo tibio o cocido 	
Carnes no procesadas	<ul style="list-style-type: none"> Algún marisco (camarón, ostión, etc.) Atún y sardina (en tomate, agua o aceite) Carne de puerco Carne de res Carne de res seca (machaca) 	<ul style="list-style-type: none"> Pescado fresco Pescado seco (charales, bacalao) Pollo (ala, patas) Pollo (higadito o molleja) Pollo (pierna, muslo, pechuga)
Lácteos	<ul style="list-style-type: none"> Leche sola Queso panela, fresco o cottage Quesos madurados (chihuahua, manchego, gouda, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Yogurt de vaso entero con frutas Yogurt de vaso entero natural Yogurt de vaso bajo en grasa o light natural o con fruta
Nueces y semillas	<ul style="list-style-type: none"> Nuez, almendra, avellana, cacahuates, semilla de calabaza (pepita) o de girasol, pistache, piñón, etc. 	
Grupos no recomendables para consumo cotidiano	Alimentos	
Carnes procesadas	<ul style="list-style-type: none"> Longaniza o chorizo Salchicha de puerco, pavo o combinado, jamón de puerco o pavo o mortadela (incluyendo la cantidad promedio que forma parte de preparaciones como torta, sándwich y hot dog) 	
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	<ul style="list-style-type: none"> Antojitos con vegetales como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas (no tacos): fritos Antojitos con res, cerdo, pollo, vísceras, etc., como tacos, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, gorditas: fritos 	<ul style="list-style-type: none"> Hamburguesa Hot dog Pizza Tamal (todo tipo)

Continúa/

/continuación.

Grupos no recomendables para consumo cotidiano	Alimentos	
Botanas, dulces y postres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chocolate ▪ Postre lácteo o similar ▪ Dulce (caramelos, paletas) ▪ Dulces enchilados ▪ Frituras (todos tipos, incluyendo cacahuates japoneses) ▪ Frutas cristalizadas o secas ▪ Helado y paletas de leche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frutas en almíbar ▪ Gelatina, flan ▪ Paletas y dulces de malvavisco ▪ Palomitas de maíz de microondas o del cine (todo tipo, excepto acarameladas) ▪ Pastel o pay ▪ Helado, nieves y paletas de agua
Cereales dulces	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barras de cereal ▪ Donas y churros de panadería ▪ Galletas dulces (todo tipo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pan dulce (excepto donas y churros) ▪ Pastelillos y donas industrializadas ▪ Cereales de caja
Bebidas endulzadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aguas de fruta natural con azúcar ▪ Atole de maíz con agua ▪ Bebidas o aguas de sabor industrializadas con azúcar ▪ Café con azúcar agregada, con o sin leche agregada (cualquier tipo de leche) ▪ Jugos naturales con azúcar ▪ Néctares de frutas o pulpa de frutas industrializados con azúcar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bebida láctea con lactobacilos ▪ Atole de maíz con leche ▪ Leche con azúcar o chocolate agregados ▪ Leche preparada de sabor (chocolate u otro) ▪ Yogurt para beber entero con fruta ▪ Yogurt para beber entero natural ▪ Refresco normal ▪ Té con azúcar agregada

Para el análisis se consideraron los cuestionarios que presentaban información completa de alimentos y bebidas. Se excluyeron a las mujeres embarazadas o lactantes (n=8 adolescentes y 43 adultas). Se realizó limpieza de los datos excluyendo a los participantes que tuvieron ≥ 7 alimentos con valores extremos en cantidad en gramos (>4 desviaciones estándar de la media de consumo para cada grupo de edad), lo que resultó en la exclusión de un escolar. Se excluyeron participantes que no presentaron consumo de los grupos de alimentos analizados (1 preescolar, 2 escolares y 4 adultos). Se estimó el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos por grupo de edad con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se presentan los resultados por grupo de edad, sexo (excepto en preescolares) y tipo de localidad de residencia, urbana (localidades con ≥ 2 500 habitantes) y rural (con < 2 500 habitantes). El análisis estadístico consideró el diseño de la encuesta, con el módulo SVY del paquete estadístico Stata, versión 14.2.

Se analizó una muestra de 544 niños y niñas entre 1 a 4 años que representan a 8 147 998 preescolares a nivel nacional. Con respecto a los grupos de alimentos recomendables, se observó que alrededor del 90% consumió agua, cerca del 65% lácteos y un 57.4%, frutas. Un tercio de los preescolares consumió carnes no procesadas y huevo, mientras que menos del 30% consumió verduras.

Con respecto a los grupos no recomendables, 8 de cada 10 consumieron bebidas endulzadas; alrededor del 55% botanas, dulces y postres y cerca del 46% cereales dulces (cuadro 7.5.1).

En cuanto al porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos considerados, por tipo de localidad, no se observaron diferencias en el consumo, excepto para los lácteos y las botanas, dulces y postres, donde el mayor porcentaje de consumidores se presentó en las áreas urbanas (54.0 vs. 68.8% y 42.7 vs. 58.8%, respectivamente).

■ **Cuadro 7.5.1.** Porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos de relevancia para la salud a nivel nacional. México, Ensanut Continua 2023

	Nacional			
	n muestral	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	298	4 676.5	57.4	47.9,66.4
Verduras	154	2 207.4	27.1	20.6,34.8
Leguminosas	54	660.4	(8.1)	4.7,13.6
Agua	500	7 292.8	89.5	85.0,92.8
Huevo	207	2 843.5	34.9	28.7,41.7
Carnes no procesadas	190	2 744.7	33.7	27.2,40.8
Lácteos	348	5 254.9	64.5	56.9,71.4
Nueces y semillas	10	117.4	(1.4)	0.6,3.5
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	84	785.3	(9.6)	6.7,13.8
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	23	422.8	5.2	2.6,10.2
Botanas, dulces y postres	294	4 463.1	54.8	47.8,61.6
Cereales dulces	253	3 741.5	45.9	39.0,53.0
Bebidas endulzadas	448	6 568.3	80.6	75.5,84.9

n= 544 participantes entre 1 a 4 años que representan a 8 147 998 preescolares

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 7.5.2.** Porcentaje de preescolares consumidores de los grupos de alimentos de relevancia para la salud, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

	Rural				Urbano			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	87	1 150.6	56.2	42.7,68.8	211	3 525.9	57.8	45.9,68.9
Verduras	37	469.1	22.9	13.0,37.2	117	1 738.3	28.5	20.7,37.9
Leguminosas	11	55.1	(2.7)	1.0,7.0	43	605.3	(9.9)	5.6,16.9
Agua	141	1 739.4	84.9	73.5,91.9	359	5 553.4	91.1	86.3,94.3
Huevo	54	598.4	29.2	18.2,43.3	153	2 245.1	36.8	29.2,45.1
Carnes no procesadas	49	644.2	31.4	21.6,43.3	141	2 100.5	34.4	26.5,43.4
Lácteos	86	1 105.9	54.0	38.8,68.4	262	4 149	68.0	59.7,75.3
Nueces y semillas	7	94.4	(4.6)	1.6,12.6	3	22.9	(0.4)	0.1,1.4
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	25	135.5	(6.6)	3.1,13.6	59	649.8	10.7	7.0,16.0
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	10	146.3	(7.1)	2.1,21.6	13	276.5	(4.5)	1.9,10.4
Botanas, dulces y postres	75	874.9	42.7	30.4,56.0	219	3 588.2	58.8	50.7,66.5
Cereales dulces	81	950.4	46.4	38.7,54.3	172	2 791.1	45.8	36.8,55.0
Bebidas endulzadas	129	1 671.3	81.6	67.4,90.5	319	4 897	80.3	74.8,84.8

Tipo de localidad Rural: n=151, N expandida= 2 048 831; Urbana: n=393, N expandida=6 099 166

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

7.6 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano en escolares

Usando la metodología descrita en la sección 7.5, se analizó una muestra de 821 niños de 5 a 11 años que representan a 14 942 954 escolares a nivel nacional con información dietética. En cuanto a los grupos de alimentos recomendables, se observó un 91.6% de consumidores de agua, seguido por los consumidores de lácteos (60.1%), frutas (51.3%) y carnes no procesadas (47.4%). El porcentaje de consumidores de verduras a nivel nacional fue menor al 30 por ciento.

En cuanto a los grupos de alimentos no recomendables, se observó el mayor porcentaje de consumidores para bebidas endulzadas con un 86.1%, seguido por los consumidores de botanas, dulces y postres y de cereales dulces, que oscilaron entre el 50 y 60% (cuadro 7.6.1).

■ **Cuadro 7.6.1.** Porcentaje de escolares consumidores de los grupos de alimentos de relevancia para la salud a nivel nacional. México, Ensanut Continua 2023

	Nacional			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	393	7 659.0	51.3	43.4,59.1
Verduras	250	4 241.8	28.4	22.3,35.4
Leguminosas	104	1 662.5	11.1	7.8,15.6
Agua	770	13 692.0	91.6	86.2,95.0
Huevo	317	4 896.2	32.8	26.4,39.9
Carnes no procesadas	348	7 077.6	47.4	40.1,54.8
Lácteos	481	8 977.4	60.1	52.6,67.1
Nueces y semillas	23	575.5	(3.9)	1.9,7.5
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	180	2 617.9	17.5	13.1,23.1
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	142	3 176.8	21.3	16.4,27.2
Botanas, dulces y postres	494	8 345.5	55.9	48.8,62.7
Cereales dulces	407	8 048.6	53.9	46.5,61.1
Bebidas endulzadas	725	12 862.0	86.1	80.7,90.1

n=821 participantes de 5 a 11 años que representan a 14 942 954 escolares

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

No se encontraron diferencias por sexo en la población escolar a nivel nacional en el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud (cuadro 7.6.2).

Por tipo de localidad, a nivel nacional se observa un mayor porcentaje de consumidores de agua sola en localidades rurales con respecto a las urbanas (98.5 vs. 89.3%) (cuadro 7.6.3).

■ **Cuadro 7.6.2.** Porcentaje de escolares consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por sexo. México, Ensanut Continua 2023

	Hombres				Mujeres			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	210	4 339.0	57.3	47.2,66.8	183	3 320.0	45.0	35.4,55.0
Verduras	124	2 129.0	28.1	20.3,37.6	126	2 112.8	28.7	20.6,38.4
Leguminosas	58	836.4	11.1	6.7,17.8	46	826.1	11.2	7.2,17.0
Agua	404	7 144.5	94.4	89.0,97.2	366	6 547.5	88.8	77.3,94.9
Huevo	169	2 894.9	38.2	29.5,47.9	148	2 001.3	27.2	19.8,36.0
Carnes no procesadas	175	3 264.6	43.1	34.3,52.4	173	3 813.1	51.7	41.1,62.2
Lácteos	251	4 741.9	62.6	54.3,70.3	230	4 235.6	57.5	46.7,67.6
Nueces y semillas	12	370.1	(4.9)	1.9,12.1	11	205.4	(2.8)	1.2,6.5
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	100	1 414.3	18.7	13.5,25.2	80	1 203.5	16.3	10.5,24.6
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	75	2 177.3	28.8	19.6,40.1	67	999.4	13.6	9.0,19.8
Botanas, dulces y postres	266	4 840.0	63.9	54.4,72.5	228	3 505.5	47.6	38.8,56.5
Cereales dulces	217	3 844.9	50.8	40.3,61.3	190	4 203.7	57.0	46.5,67.0
Bebidas endulzadas	386	6 927.0	91.5	86.1,94.9	339	5 935.0	80.5	69.6,88.2

Hombres: n=429 N expandida=7 571 232; Mujeres: n=392, N expandida=7 371 722

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 7.6.3.** Porcentaje de escolares consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

	Rural				Urbano			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	108	1 825.0	48.9	29.8,69.3	285	5 834.0	52.1	44.0,60.0
Verduras	64	746.0	20.0	11.8,31.7	186	3 495.8	31.2	23.9,39.5
Leguminosas	39	572.4	(15.3)	7.2,29.6	65	1 090.1	9.7	6.8,13.7
Agua	235	3 678.1	98.5	96.5,99.4	535	10 013.9	89.3	82.5,93.7
Huevo	73	668.9	(17.9)	10.3,29.3	244	4 227.3	37.7	30.0,46.1
Carnes no procesadas	78	1 777.0	47.6	33.2,62.4	270	5 300.6	47.3	38.8,55.9
Lácteos	137	2 404.0	64.4	50.5,76.3	344	6 573.4	58.6	50.0,66.8
Nueces y semillas	6	41.6	(1.1)	0.3,3.5	17	533.9	4.8	2.3,9.6
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	33	250.8	(6.7)	3.4,12.9	147	2 367.1	21.1	15.4,28.3
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	39	618.6	16.6	10.3,25.6	103	2 558.2	22.8	16.9,30.1
Botanas, dulces y postres	142	2 041.9	54.7	42.2,66.6	352	6 303.6	56.2	47.7,64.4
Cereales dulces	108	1 710.5	45.8	26.2,66.9	299	6 338.2	56.5	49.4,63.5
Bebidas endulzadas	210	3 120.7	83.6	73.0,90.5	515	9 741.3	86.9	80.3,91.5

Tipo de localidad Rural: n= 243, N expandida= 3 733 587; Urbana: n=578, N expandida=11 209 368

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

7.7 Anemia en preescolares y escolares

En una submuestra de la población encuestada, se obtuvo una muestra de sangre venosa del brazo no dominante del participante, misma que fue almacenada en tubos vacutainers con EDTA como anticoagulante. La sangre venosa se mezcló con el anticoagulante y empleando un tubo capilar libre de minerales, se obtuvo una muestra del pool venoso ($\approx 40 \mu\text{L}$), la cual se colocó en la microcuveta ($\approx 15 \mu\text{L}$) para realizar la medición de hemoglobina en el Hemocué 201+ (HemoCue 201, Angelholm, Sweden). La hemoglobina (Hb) se registró en g/dL.

Los valores de hemoglobina se ajustaron por altitud sobre el nivel del mar.¹⁶² La anemia se clasificó de acuerdo con los nuevos criterios de la OMS.¹⁶³

Los puntos de corte empleados para clasificar anemia en cada grupo de población se detallan en el cuadro A.

■ **Cuadro A.** Puntos de corte empleados para clasificar anemia de acuerdo a la OMS

Grupo de población	Grupo de edad (años)	Punto de corte para clasificar anemia (g/dL)
Niños preescolares	1	<10.5
	2-4	<11.0
Niños escolares	5-11	<11.5
Mujeres no embarazadas	12 o más	<12.0
	12-14	<12.0
Hombres	15 o más	<13.0

La concentración de hemoglobina en sangre venosa se obtuvo en una muestra de 770 niños de 1-11 años de edad, representando a 7 072 231 niños preescolares y 16 638 125 niños escolares mexicanos.

La prevalencia de anemia fue de 11.9% (IC95% 6.2,21.5) en niños de 1-4 años, y de 2.9% (IC95% 1.2,5.7) en niños de 5-11 años. A nivel nacional, la anemia afectó a 841 975 preescolares y a 422 679 escolares, respectivamente (cuadro 7.7.1).

■ **Cuadro 7.7.1.** Prevalencia de anemia en niños preescolares y escolares. México, Ensanut Continua 2023

Grupo de edad (años)	n muestra	N (miles)	Expansión	
			%	IC95%
Preescolares (1-4)	246	7 072.23	11.9	(6.2,21.5)
Escolares (5-11)	524	16 638.12	2.9	(1.2,5.7)
Total	770	23 710.3	5.3	(3.1,8.9)

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut Continua 2023

Por área, la presencia de anemia afectó al 23.4% (IC95% 10.4,44.5) de los niños en edad preescolar y al 2.8% (IC95% 0.8,8.6) en edad escolar del área rural, expandiendo a un total de 387 872 preescolares y 121 828 escolares con anemia de localidades rurales.

En localidades urbanas, la prevalencia de anemia fue mayor en los niños de menor edad, siendo de 8.4% (IC95% 3.7,17.9) en preescolares y de 2.5% (IC95% 0.9,6.2) en escolares, afectando en promedio a 454 102 preescolares y 300 851 escolares, respectivamente (cuadro 7.7.2).

■ **Cuadro 7.7.2.** Prevalencia de anemia en niños preescolares y escolares por tamaño de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Grupo de edad (años)	Rural				Urbana			
	Expansión				Expansión			
	n muestra	N (miles)	%	IC95%	n muestra	N (miles)	%	IC95%
Preescolares (1-4)	71	1 656.4	23.4	10.4,44.5	175	5 415.9	8.4	3.4,17.9
Escolares (5-11)	174	4 423.7	2.8	0.8,8.6	350	12 214.4	2.5	0.9,6.2
Total	245	6 080.11	8.4	3.5,18.8	525	17 630.25	4.3	2.3,7.9

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut Continua 2023

7.8 Deficiencias de micro nutrientes en preescolares y escolares

Se obtuvo una muestra de sangre venosa de la vena mediana del antebrazo no dominante y se almacenó en tubos vacutainer sin aditivos en una submuestra correspondiente a una tercera parte de la población encuestada. La muestra fue centrifugada in situ y el suero fue almacenado en crioviales, congelados a -20°C en nitrógeno líquido hasta su envío al laboratorio central. Se determinaron las concentraciones séricas de ferritina, receptor de transferrina, vitamina B12, vitamina D, folatos, homocisteína y la concentración de proteína C reactiva, esta última para ajustar por procesos inflamatorios, los cuales modifican la concentración de algunos micronutrientes. El análisis de estas determinaciones se realizó en el laboratorio central de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCM-NSZ), Ciudad de México. Para las determinaciones de las concentraciones de ferritina, vitamina B12, receptores de transferrina y folatos se utilizó un equipo automatizado Unicel Dxl 800 Beckman Coulter, empleando el método de quimioluminiscencia. En relación con las determinaciones de homocisteína y vitamina D [25(OH)D]], se realizaron en un equipo automatizado Architect i 1000 (marca Abbott).

Los puntos de corte de los micronutrientes para declarar deficiencias o valores bajos en niños y niñas de 1 a 11 años y en mujeres en edad reproductiva, se detallan en el cuadro B.

■ **Cuadro B.** Criterios de referencia para deficiencia o niveles bajos de micronutrientes

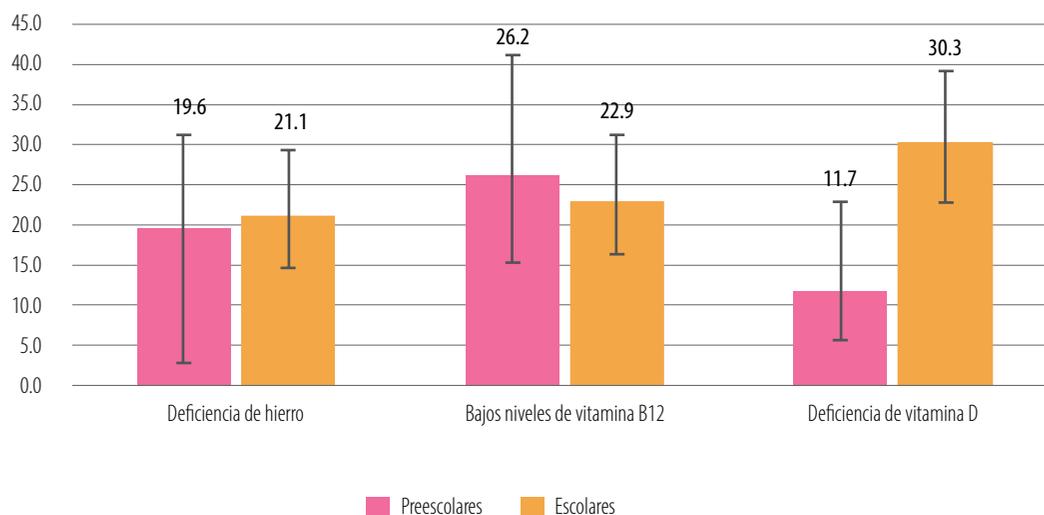
Indicador	Micronutrientes o analitos	Grupo de población (años de edad)	Punto de corte
Deficiencia de hierro*	Ferritina* ¹⁶⁴	1-4	< 12 µg/L
		≥ 5	< 15 µg/L ¹⁶⁵
Deficiencia tisular de hierro	Receptores de transferrina	≥ 1	≥ 6 mg/L ¹⁶⁶
Valores bajos de vitamina B12	Vitamina B12	≥ 1	< 200 pcg/mL ^{167,168}
Deficiencia de vitamina D	Vitamina D [25(OH)D]]	≥ 1	< 50 nmol/L ^{169,170}
Deficiencia de folatos	Folatos	≥ 1	< 4 ng/mL ¹⁷¹

*Ajustada por las concentraciones de proteína C reactiva de acuerdo con Thurnham

La información de micronutrientes en suero se obtuvo en una muestra de 163 niños y niñas de 1 a 4 años (preescolares) y 380 niños de 5-11 años de edad (escolares), representando a 7 882 028 preescolares y 14 856 479 escolares mexicanos, respectivamente.

A nivel nacional, la prevalencia de deficiencia de hierro, bajos niveles de vitamina B12 y deficiencia de vitamina D en los niños de 1-4 años fue de 19.6, 26.2 y 11.7%, respectivamente. En niños de 5-11 años, la prevalencia de deficiencia de hierro, bajos niveles de vitamina B12 y deficiencia de vitamina D fue de 21.1, 22.9 y 30.3%, respectivamente (figura 7.8.1). No se observaron deficiencias de folato sérico ni de deficiencia tisular de hierro en la población de niños.

■ **Figura 7.8.1.** Prevalencia de deficiencia de micronutrientes* en niñas y niños participantes. México, Ensanut Continua 2023



* Estimación obtenida con un tamaño de muestra limitado
Fuente: Ensanut Continua 2023

La mediana de concentración de los indicadores del estado de hierro, vitamina B12, folato y vitamina D se muestra en el cuadro 7.8.2. Más de la mitad de la población, tiene concentraciones normales de dichos indicadores.

■ **Cuadro 7.8.2.** Mediana de concentración de micronutrientes* en niñas y niños participantes en la Ensanut Continua 2023. México

	Preescolares	Escolares
Micronutriente	p50 (p25,p75)	p50 (p25,p75)
Ferritina (ng/mL)	17.29 (12.9,28.6)	22.6 (15.8,28.5)
Receptores de transferrina (mg/L)	1.7 (1.5,1.9)	1.6 (1.5,1.9)
Vitamina B12 (pg/mL)	320 (185,448)	287 (207,376)
Folato (ng/mL)	26.0 (20.2,30.0)	25.0 (20.3,30.0)
Vitamina D (ng/mL)	25.4 (21.7,29.4)	22.6 (17.7,27.1)

*Estimación obtenida con un tamaño de muestra limitado
Fuente: Ensanut Continua 2023

Adolescentes

8.1 Estado de nutrición de adolescentes

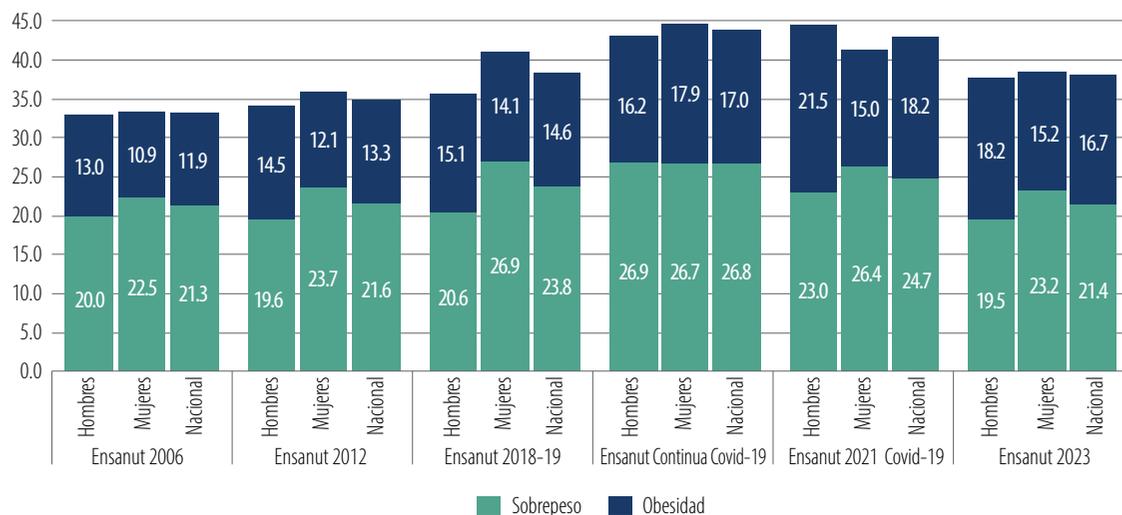
Se obtuvo el peso y la talla (estatura) en adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200 kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La determinación de la talla (estatura) se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales.¹⁴⁹ Para el caso de la toma de mediciones en adolescentes se llevó a cabo el ejercicio de estandarización antropométrica propuesto por Habicht.¹⁷²

Sobrepeso y obesidad

En la población de estudio de 12 a 19 años se estimó el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 DE y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS, 2007.³

Se analizó la información de 1 303 adolescentes, que representan alrededor de 17 618 000 mujeres y hombres de 12 a 19 años. La prevalencia de sobrepeso en ambos sexos fue de 21.4%, donde 23.2% de las adolescentes mujeres tienen sobrepeso y 19.5% de los adolescentes hombres también presentan esta condición. La prevalencia de obesidad en ambos sexos fue de 16.7%, de éstos 15.2% son adolescentes mujeres con obesidad y 18.2% son adolescentes hombres con obesidad. La figura 8.1.1 presenta las prevalencias nacionales de adolescentes a lo largo de las diferentes Ensanut.

■ **Figura 8.1.1.** Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población adolescente de 12 a 19 años en la Ensanut 2006, 2012, 2018-19 y Ensanut Continua: 2020, 2021 y 2023 por sexo. México, Ensanut Continua 2023



Por tipo de localidad en la que viven las y los adolescentes se encontró que, la prevalencia de sobrepeso en las localidades rurales es de 21.8%, y en las localidades urbanas esta prevalencia es de 21.3%. Los adolescentes hombres de localidades urbanas tienen una prevalencia de sobrepeso de 18.4% y en las adolescentes mujeres esta prevalencia es de 24%. En las localidades rurales, la prevalencia de obesidad en mujeres adolescentes es de 21.4% y en hombres es de 11.2% (cuadro 8.1.1).

■ **Cuadro 8.1.1.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población de 12 a 19 años, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

Tipo de localidad		Total		Sobrepeso		Obesidad		SP + OB	
		n	N (miles)	%	IC95	%	IC95	%	IC95
Urbana	Hombres	435	6 575.7	18.4	14.7,22.9	20.3	16.0,25.5	38.8	33.6,44.2
	Mujeres	481	6 995.7	24.0	20.1,28.3	13.3	10.4,16.8	37.3	32.5,42.2
	Total	916	13 571.4	21.3	18.5,24.3	16.7	14.3,19.4	38.0	34.9,41.2
Rural	Hombres	188	1 946.1	23.2	17.7,29.7	11.2	7.2,16.9	34.3	28.5,40.7
	Mujeres	199	2 100.5	20.6	15.4,27.0	21.4	14.3,30.7	42.0	36.3,47.8
	Total	387	4 046.6	21.8	18.3,25.8	16.5	12.0,22.2	38.3	33.6,43.2

Fuente: Ensanut Continua 2023

8.2 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano en adolescentes

Siguiendo la metodología de la sección 7.5, se analizó la información de consumidores de grupos de alimentos con 468 participantes entre 12 y 19 años que representan a 17 906 971 adolescentes a nivel nacional. En el cuadro 8.2.1 se puede apreciar que en los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano el agua (83.2%), carnes no procesadas (48.3%) y lácteos (45.1%), son los que tienen mayor proporción de consumidores, mientras que tan sólo el 38% consumió frutas, 29.7% verduras y el 16.7% leguminosas. Por otro lado, se aprecia que la fracción de consumidores de bebidas endulzadas es del 90.6%, seguido de botanas, dulces y postres (55.9%) y cereales dulces (39.1%); porcentajes que son mayores que los encontrados para frutas, verduras y leguminosas.

No se aprecian diferencias por sexo o tipo de localidad entre los consumidores de grupos de alimentos (cuadros 8.2.2 y 8.2.3, respectivamente).

■ **Cuadro 8.2.1.** Porcentaje de adolescentes consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud. México, Ensanut Continua 2023

	Nacional			
	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	191	6 806.9	38.0	30.4,46.3
Verduras	152	5 309.5	29.7	22.6,37.9
Leguminosas	80	2 983.0	16.7	11.9,22.9
Agua	404	14 899.0	83.2	76.8,88.1
Huevo	159	6 492.3	36.3	29.4,43.7
Carnes no procesadas	230	8 650.0	48.3	40.8,55.9
Lácteos	220	8 077.4	45.1	37.3,53.2
Nueces y semillas	11	484.6	(2.7)	1.2,6.2
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	116	3 807.0	21.3	16.5,26.9
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	157	5 876.5	32.8	26.1,40.4
Botanas, dulces y postres	249	10 009.5	55.9	49.3,62.3
Cereales dulces	188	7 006.0	39.1	32.3,46.4
Bebidas endulzadas	421	16 222.2	90.6	86.1,93.7

n= 468 participantes de 12 a 19 años que representan a 17 906 971 adolescentes

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Estimación obtenida con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 8.2.2.** Porcentaje de adolescentes consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por sexo. México, Ensanut Continua 2023

	Hombres				Mujeres			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	104	4 194.8	45.3	34.1,57	87	2 612.2	30.2	22.2,39.6
Verduras	72	2 894.3	31.3	21.2,43.5	80	2 415.2	27.9	19.9,37.7
Leguminosas	50	2 254.3	24.4	16.3,34.7	30	728.7	8.4	5.0,13.9
Agua	188	7 886.5	85.2	74.4,91.9	216	7 012.4	81.0	72.5,87.4
Huevo	81	3 992.2	43.1	32.2,54.8	78	2 500.1	28.9	20.6,38.8
Carnes no procesadas	106	4 315.4	46.6	34.7,58.9	124	4 334.6	50.1	41.2,59.0
Lácteos	109	4 514.9	48.8	37.0,60.7	111	3 562.5	41.2	32.2,50.8
Nueces y semillas	4	61.6	(0.7)	0.2,2.0	7	423	(4.9)	1.9,11.9
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	62	2 156.8	23.3	16.1,32.4	54	1 650.1	19.1	12.7,27.6
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	72	2 826.1	30.5	21.2,41.8	85	3 050.4	35.3	26.0,45.7
Botanas, dulces y postres	111	5 724	61.9	51.9,70.9	138	4 285.5	49.5	41.8,57.3
Cereales dulces	87	3 400.5	36.7	25.6,49.5	101	3 605.5	41.7	34.7,49.0
Bebidas endulzadas	195	8 504.1	91.9	85.2,95.7	226	7 718.1	89.2	81.6,93.9

Hombres de 12 a 19 años: n=214, N expandida= 9 254 524; Mujeres de 12 a 19 años: n= 254, N expandida=8 652 447

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Estimación obtenida con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 8.2.3.** Porcentaje de adolescentes consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

	Rural				Urbano			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	57	1 432.2	34.3	22.5,48.5	135	5 374.8	39.1	30.1,49.0
Verduras	53	893.7	21.4	11.0,37.6	100	4 415.8	32.2	24.0,41.6
Leguminosas	31	838.2	20.1	9.9,36.6	50	2 144.8	15.6	10.4,22.7
Agua	132	3 384.3	81.1	72.8,87.3	275	11 514.7	83.8	75.6,89.7
Huevo	41	1 194.5	28.6	17.6,42.9	118	5 297.8	38.6	30.2,47.6
Carnes no procesadas	69	1 793.8	43.0	33.1,53.5	162	6 856.2	49.9	40.8,59.1
Lácteos	70	1 445.9	34.7	19.8,53.2	152	6 631.5	48.3	39.9,56.8
Nueces y semillas	3	151.9	(3.6)	0.7,16.8	8	332.7	(2.4)	0.9,6.4
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	40	1 218.2	29.2	20.5,39.8	78	2 588.8	18.8	13.3,26.0
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	49	1 365.9	32.7	23.5,43.6	109	4 510.5	32.8	24.7,42.2
Botanas, dulces y postres	80	2 184.2	52.3	43.0,61.6	171	7 825.3	57.0	48.7,64.9
Cereales dulces	58	1 326.3	31.8	22.2,43.1	131	5 679.6	41.4	33.1,50.2
Bebidas endulzadas	131	3 441.2	82.5	72.5,89.3	291	12 780.9	93.1	88.2,96.0

Adolescentes en localidades rurales: n=151, N expandida= 4 172 871; Adolescentes en localidades urbanas: n= 317, N expandida=13 734 100

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Estimación obtenida con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

8.3 Anemia en adolescentes y adultas de 12 a 49 años

Para el presente análisis se incluyeron 904 mujeres que representan a 37 652 083 mujeres de 12 a 49 años no embarazadas que contaban con mediciones bioquímicas de hemoglobina (Hb,) y 680 mujeres que representan a 36 063 429 mujeres con valores de ferritina, receptor soluble de transferrina (s-TfR), folato, vitaminas B12 y D, en ese grupo de edad con base en la Ensanut Continua 2023.

La estimación de la anemia se hizo mediante la determinación de Hb en g/dL medida en sangre venosa, la cual se almacenó en tubos vacutainers con anticoagulante EDTA. Se homogeneizó la muestra mediante la rotación del tubo al menos 10 veces y posteriormente, se obtuvo una muestra in situ (\approx 40 mL) mediante una pipeta Pasteur estéril y se colocó una gota de sangre venosa (\approx 15 mL) en una microcuveta para ser analizada en el Hemocue 201+ (HemoCue. Hb 201, Angelholm, Sweden). Los valores de Hb fueron ajustados en localidades con altitud mayor a 1 000 metros sobre el nivel del mar.¹⁶² Se excluyeron del análisis valores fuera del intervalo de 4-18.5 g/dL. La anemia se consideró con concentraciones de Hb <12 g/dL, para mujeres no embarazadas.¹⁶³

En una submuestra del 30% en mujeres, se obtuvo una muestra de sangre venosa (4 mL) en ayuno (ocho horas) de la vena mediana del antebrazo y se almacenó en tubos vacutainer sin aditivos. La muestra se centrifugó *in situ* y el suero fue almacenado en crioviales congelados a -90°C en nitrógeno líquido para ser enviados al laboratorio central del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), en la Ciudad de México. Para las determinaciones de las concentraciones de ferritina, receptor soluble de transferrina, vitamina B12 y folatos, se utilizó un equipo automatizado Unicel Dxl 800 Beckman Coulter y el método de quimioluminiscencia. Para la vitamina D (25[OH]D), se realizó en un equipo automatizado Architect i 1000 (marca Abbott). Para la determinación del receptor soluble de transferrina se usó el equipo AU 5800 y para proteína C reactiva (PCR) el equipo BNII Siemens.

Se definió deficiencia de hierro (DH) cuando la ferritina sérica ajustada por inflamación ($PCR > 5$ mg/L)¹⁶⁴ fue < 15 µg/L.¹⁶⁵ Deficiencia tisular cuando las concentraciones de receptor soluble de transferrina (s-TfR) fueron > 6 mg/L.¹⁶⁶ Se definió como valores bajos de vitamina B12: < 200 pcg/mL.^{167,168} Para de vitamina D fueron tres categorías: deficiencia < 50 nmol/l (< 20 ng/mL), insuficiencia de 50 a < 75 nmol/L (21 a < 30 ng/mL) y suficiencia de 75 o más nmol/L (≥ 30 ng/mL).^{169,170} Deficiencia de folatos se consideró < 4 ng/mL y en esta ocasión, se evaluaron también los valores elevados (> 20 ng/mL) de acuerdo con la OMS.^{168,171}

Las concentraciones séricas de los micronutrientes se describen como medianas y el percentil 25 y 75. Se presentan las deficiencias y valores bajos como frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Todos los análisis fueron realizados en Stata v 15 utilizando el módulo svy para muestras complejas.

El 10% de las mujeres presentó anemia, lo cual representa a 3 769 740 mujeres no embarazadas de 12 a 49 años a nivel nacional, lo cual se categoriza según la OMS¹⁶³ en un problema leve de salud pública que requiere de atención y seguimiento oportuno y dar seguimiento para que no aumente (cuadro 8.3.1).

■ **Cuadro 8.3.1.** Prevalencia de anemia en mujeres no embarazadas de 12 a 49 años de edad. México, Ensanut Continua 2023

	n	N (miles)	%	IC95%
Anemia				
Sí	109	3 769.74	10.0	7.3,13.4
No	795	33 882.34	90.0	86.5,92.6
Total	904	37 652.08	100.0	

Fuente: Ensanut Continua 2023

En el cuadro 8.3.2 se muestra la distribución intercuartil de las concentraciones séricas de micronutrientes en las mujeres no embarazadas de 12 a 49 años que participaron en la Ensanut 2023.

■ **Cuadro 8.3.2.** Distribución intercuartil de las concentraciones séricas de micronutrientos en mujeres no embarazadas de 12 a 49 años de edad. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	p25	p50	p75
Ferritina (ng/mL)	9.9	19.8	34.5
Vitamina B12 (pcg/mL)	164	227	344
Vitamina D (nmol/L)	40.3	52	63.8
Folato (ng/mL)	13.1	17.6	22.0
Proteína C-reactiva (mg/L)	0.9	1.8	4.5
s-TfR (mg/L)	1.2	1.4	1.7

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut Continua 2023

La prevalencia de deficiencia de hierro en las mujeres de 12 a 49 años fue del 35.5%. El 40.0% de mujeres presentó valores bajos de vitamina B12, el 43.8% tuvo deficiencia de vitamina D y aunque no hubo deficiencia de folato, el 34.7% presentó valores elevados de esta vitamina (cuadro 8.3.3).

■ **Cuadro 8.3.3.** Prevalencia de deficiencia de vitaminas y hierro en mujeres de 12 a 49 años de edad. México, Ensanut Continua 2023

Indicadores	n	N (miles)	%	IC95%
Deficiencia de hierro (Ferritina)				
Sí	407	23 260.70	35.5	30.6,40.7
No	273	12 802.80	64.5	59.3,69.4
Total	680	36 063.40	100	
Deficiencia tisular de hierro (s-TfR)				
Sí	5	339.1	1	0.0,0.3
No	668	35 375.30	99	97.3,99.7
Total	673	35 714.40	100	
Vitamina B12 baja				
Sí	275	14 330.10	40	33.3,47.1
No	399	21 492.30	60	52.9,66.7
Total	674	35 822.50	100	
Deficiencia de vitamina D				
Suficiencia	72	3 437.90	9.6	6.6,13.8
Insuficiencia	307	16 693.50	46.6	40.1,53.1
Deficiencia	297	15 713.60	43.8	37.0,50.9
Total	676	35 844.90	100	
Folato elevado				
Sí	254	12 431.30	34.7	28.5,41.5
No	419	23 348.30	65.3	58.5,71.5
Total	673	35 779.60	100	

N (miles): Frecuencia expandida/1 000
Fuente: Ensanut Continua 2023

8.4 Actividad física

Se utilizó la pregunta “En los últimos siete días, ¿Cuántos días estuviste activo durante al menos 60 minutos al día?” del cuestionario *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)¹⁷³ para estimar la prevalencia de actividad física de los escolares de 10 a 14 años. Esta pregunta ha sido validada en otros países.¹⁷³ El tiempo frente a pantalla para escolares y adolescentes (10 a 19 años) se estimó por medio de tres preguntas validadas en población mexicana:¹⁷⁴ 1) “¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla, viendo televisión (incluyendo películas o DVD); 2) “¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla jugando videojuegos (Atari, Sega, Nintendo, GameBoy, Playstation, Wii, Xbox u otros juegos de video y/o computadora, tableta electrónica o teléfono)”, y 3) “¿Cuántas horas pasa frente a una computadora, tableta electrónica o teléfono, ya sea chateando, navegando en internet, enviando mails o trabajando (sin contar jugar en la computadora, tableta electrónica o teléfono)?”

El cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) versión corta se utilizó para medir los niveles de actividad física en adolescentes (15 a 19 años) y adultos (≥ 20 años). Este cuestionario pregunta sobre el tiempo dedicado a actividad física de intensidad vigorosa, moderada y caminando, en los últimos siete días, en intervalos mínimos de 10 minutos continuos. Además, pregunta sobre el tiempo total sentado en un día habitual o el miércoles previo a la encuesta. Este instrumento ha sido previamente validado en adultos mexicanos.¹⁷⁵ El personal de campo fue capacitado por el equipo de investigación y se brindó retroalimentación posterior al pilotaje de los instrumentos.

Para obtener los minutos por semana de actividad física en adolescentes y adultos (≥ 15 años), se siguió el protocolo de procesamiento y análisis del IPAQ.¹⁷⁶

Todos aquellos escolares de 10 a 14 años que reportaron haber sido activos durante al menos 60 minutos durante al menos cuatro días de la última semana se clasificaron como físicamente activos, ya que se estima que esta cantidad de días equivale a cumplir con la recomendación de la OMS de realizar en promedio 60 minutos diarios de actividad física.¹⁷⁷ Los adolescentes de 15 a 19 años se clasificaron como físicamente activos si realizaban en promedio 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada-vigorosa y como físicamente inactivos si no cumplían con este criterio.¹⁷⁸

Para estimar la prevalencia del cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en adultos ≥ 20 años se usó como base el criterio de la Organización Mundial de la Salud.¹⁷⁸ La clasificación fue: 1) inactivos: <150 minutos de actividad física de intensidad moderada o <75 minutos de actividad física de intensidad vigorosa o la combinación de ambas intensidades por semana; 2) moderadamente activos: 150 a 299 minutos de actividad física de intensidad moderada o 75 a 149 minutos de actividad física vigorosa o la combinación de ambas intensidades por semana, y 3) activos ≥ 300 minutos de actividad física de intensidad moderada o ≥ 150 minutos de actividad física de intensidad vigorosa o la combinación de ambas intensidades por semana.

Para estimar el tiempo total frente a pantalla en escolares y adolescentes de 10 a 19 años, se multiplicó el tiempo por 5 (entre semana) y por 2 (fin de semana). Además, se sumó el tiempo entre semana y en fin de semana y se estimó el tiempo promedio al día frente pantalla. Finalmente, el tiempo total frente a pantalla se categorizó en: 1) ≤ 2 horas diarias y 2) > 2 horas diarias.¹⁷⁹

Para calcular los minutos al día de tiempo sentado de los adultos ≥ 20 años, se estimaron los minutos de tiempo sentado de un día de los siete días previos o del miércoles anterior, además, aquellos que reportaron <10 minutos y >16 horas de tiempo frente a pantalla se eliminaron del análisis.¹⁸⁰ De acuerdo con estimaciones anteriores, los minutos al día de tiempo sentado se estratificaron en: 1) ≤ 420 minutos por día y 2) > 420 minutos al día.

Población de 10 a 14 años

Se recolectó información de 568 niños y niñas de 10 a 14 años representando 11 908 479 escolares de 10 a 14 años. En total, el 32.6% de los escolares acumula en promedio 60 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa, al menos cuatro días por semana, clasificándolos como activos. (cuadro 8.4.1) Al estratificar por sexo, las niñas son estadísticamente menos activas (19.4%, IC95% 12.4,29.1) comparado con los niños (42.2%, IC95% 29.7,55.7). Con respecto al tiempo frente a pantalla, el 76.4% de los escolares pasa más de dos horas frente a la pantalla diariamente. Al estratificar por sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas (cuadro 8.4.2).

■ **Cuadro 8.4.1.** Prevalencia de actividad física en escolares de 10-14 años por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	Expansión*				
	n muestral	N (miles)	%	IC95% [†]	
Total	Inactivos	361	7 823 567.9	67.4	57.5,76.0
	Activos	192	3 777 060.7	32.6	24.0,42.5
	Total	553	11 600 628.6	100	
Niñas	Inactivos	210	3 945 348.8	80.6	70.9,87.6
	Activos	62	951 130.4	19.4	12.4,29.1
	Total	272	4 896 479.2	100	
Niños	Inactivos	151	3 878 219.1	57.8	44.3,70.3
	Activos	130	2 825 930.3	42.2	29.7,55.7
	Total	281	6 704 149.4	100	

Nota: Activo: realizar 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa (AFMV), 4-7 días a la semana. Inactivo: no realizar 60 minutos de AFMV, 4-7 días a la semana

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 8.4.2.** Prevalencia de tiempo frente a pantalla en escolares de 10-14 años por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	Expansión*				
	n muestral	N (miles)	%	IC95% [†]	
Total	>2 horas por día	462	9 009 007.0	76.4	66.5,84.1
	≤2 horas por día	98	2 779 092.3	23.6	15.9,33.5
	Total	560	11 788 099.3	100	
Niñas	>2 horas por día	230	3 816 322.4	76.4	65.9,84.4
	≤2 horas por día	50	1 180 273.1	23.6	15.6,34.1
	Total	280	4 996 595.5	100	
Niños	>2 horas por día	232	5 192 684.6	76.5	59.2,87.9
	≤2 horas por día	48	1 598 819.2	23.5	12.1,40.8
	Total	280	6 791 503.8	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Población de 15 a 19 años

Se obtuvo información de 539 adolescentes de 15-19 años que representaron a 10 497 085 individuos, de los cuáles se utilizó la información de 534 individuos para actividad física y de 522 para tiempo frente a pantalla. De acuerdo con la clasificación de la OMS, el 49.9% de los adolescentes cumple con la recomendación de actividad física (realizar en promedio 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada-vigorosa). Al estratificar por sexo, no se observaron diferencias en la prevalencia del cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (45.9%, IC95% 36.9,55.1 mujeres y 55.4%, IC95% 45.5,64.8 hombres) (cuadro 8.4.3).

■ **Cuadro 8.4.3.** Prevalencia de actividad física en adolescentes de 15-19 años por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	n muestral	N (miles)	Expansión*	
			%	IC95% [†]
Total				
Inactivos	233	5 165 184.3	50.1	42.9,57.4
Activos	301	5 141 616.2	49.9	42.6,57.1
Total	534	10 306 800.5	100	
Mujeres				
Inactivos	145	3 226 705.9	54.1	44.9,63.1
Activos	158	2 736 252.7	45.9	36.9,55.1
Total	303	5 962 958.6	100	
Hombres				
Inactivos	88	1 938 478.3	44.6	35.2,54.5
Activos	143	2 405 363.5	55.4	45.5,64.8
Total	231	4 343 841.8	100	

Nota: Activo: realizar en promedio 60 minutos de actividad física moderada-vigorosa (AFMV), 7 días a la semana. Inactivo: no realizar en promedio 60 minutos de AFMV, 7 días a la semana

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[†] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Referente al tiempo frente a pantalla, el 92.5% de los adolescentes de 15-19 años pasa más de dos horas diarias frente a una pantalla. No se observaron diferencias por sexo (92.8%, IC95% 88.6, 95.6 mujeres y 92% minutos, IC95% 87.1,95.2 hombres) (cuadro 8.4.4).

■ **Cuadro 8.4.4.** Prevalencia de tiempo frente a pantalla en adolescentes de 15-19 años por sexo. México, Ensanut Continua 2023

Indicador	n muestral	Expansión*		
		N (miles)	%	IC95% [‡]
Total				
>2 horas por día	471	9 485 616.6	92.5	89.4,94.8
≤2 horas por día	51	768 954.6	7.5	5.2,10.6
Total	522	10 254 571.2	100	
Mujeres				
>2 horas por día	264	5 458 538.6	92.8	88.6,95.6
≤2 horas por día	30	420 669.8	7.2	4.4,11.4
Total	294	5 879 208.4	100	
Hombres				
>2 horas por día	207	4 027 077.9	92.0	87.1,95.2
≤2 horas por día	21	348 284.8	8.0	4.8,12.9
Total	228	4 375 362.8	100	

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

[‡] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Adultos

9.1 Sobrepeso y obesidad

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha incrementado a nivel mundial en las últimas tres décadas, afectando a 2 de cada 3 adultos.¹⁸¹ En el año 2015 el 10.8% de todas las muertes en el mundo se atribuyeron a exceso de peso y en el año 2016 esta cifra incrementó a 12.3%.¹⁸²

En México, se ha documentado que, en las últimas dos décadas, algunas de las comorbilidades asociadas a la obesidad^{183,184} contribuyeron a un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población.¹⁴ Debido a esto, actualmente la obesidad es considerada uno de los principales problemas de salud pública en el país.¹⁵

En la Ensanut Continua 2023, las mediciones de peso y talla las realizó personal capacitado y estandarizado, utilizando un protocolo internacional.¹⁶ El peso se midió con una balanza electrónica que tiene una precisión de 100 g y la talla se midió con un estadiómetro con precisión de 1 mm. Se consideraron como datos válidos todos aquellos valores de talla entre 1.3 y 2.0 m, y los valores de IMC entre 10 y 58 kg/m².

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue utilizada para categorizar el IMC en cuatro categorías: bajo peso (<18.5 kg/m²), sobrepeso (25.0-29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²).¹⁶

Para evaluar el estado nutricional de los adultos de 20 o más años de edad, se utilizó la información de antropometría de 5 474 participantes que representaron a 83 255 149 adultos mexicanos.

A nivel nacional 37.3% de los adultos tenían sobrepeso y 38.9% obesidad. En el cuadro 9.1.1 se muestra que la prevalencia de sobrepeso más obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) fue de 76.3% en mujeres y 76.2% en hombres. La prevalencia de obesidad fue 13.2% más alta en mujeres (41.6%) que en hombres (36.1%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue 13.7% mayor en hombres (40.1%) que en mujeres (34.6%). En la figura 9.1.1 se observa que la prevalencia de obesidad fue mayor en la localidad rural (40.2%) que en la localidad urbana (38.6%).

■ **Cuadro 9.1.11.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en hombres y mujeres con 20 años o más, categorizando por grupos de edad. México, Ensanut Continua 2023

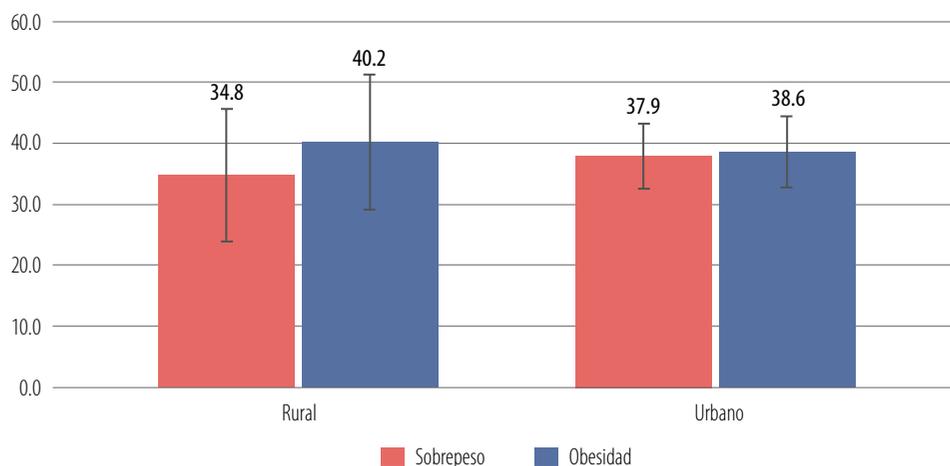
	Normal				Sobrepeso				Obesidad			
	n muestral	N (miles)	Expansión %	IC95%	n muestral	N (miles)	Expansión %	IC95%	n muestral	N (miles)	Expansión %	IC95%
Mujeres	694	9 816	22.8	19.8,26.0	1 132	14 930	34.6	31.1,38.4	1 453	17 937	41.6	38.1,45.2
Hombres	501	8 918	22.2	19.2,25.6	922	16 111	40.1	36.8,43.6	706	14 490	36.1	32.2,40.1
Total	1 195	18 735	22.5	20.4,24.8	2 054	31 042	37.3	34.9,39.7	2 159	32 426	38.9	36.4,41.6

* Clasificación del índice de masa corporal (IMC): normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²) y obesidad (≥ 30.0 kg/m²)

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 9.1.1.** Prevalencia de sobrepeso y obesidad* en adultos con 20 años o más de edad, categorizando por tipo de localidad. México, Ensanut continua 2023



* Clasificación del índice de masa corporal descrita por la OMS: sobrepeso = 25.0-29.9 kg/m², obesidad ≥ 30.0 kg/m²

Fuente: Ensanut Continua 2023

9.2 Tensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica producida por factores genéticos, una mayor edad, la ingesta excesiva de sodio, fumar, inactividad física y enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemias y la diabetes.^{185,186}

Una elevación de 2 mm/Hg en la tensión arterial sistólica (TAS) se asocia con un aumento del 7% con el riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica y un 10% en el riesgo de mortalidad por accidente cerebrovascular, por lo que la HTA es considerada como un importante factor de riesgo de infarto al miocardio, ictus isquémico y hemorrágico, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, deterioro cognitivo y muerte prematura.¹⁸⁷

La HTA causa anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo y contribuye al 12.8% de las mortalidad por todas las causas.¹⁸⁸ En las pasadas dos décadas, la HTA se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México, y en los pasados seis años la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9%. Esto ubicó a la HTA, en el año 2015, como la enfermedad crónica responsable del 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles.¹⁸⁹

En la Ensanut Continua 2023, la medición de la presión arterial (PA) se realizó utilizando el esfigmomanómetro digital Omron HEM907 XL, siguiendo el protocolo recomendado por la American Heart Association.¹⁹⁰ Para el análisis de la información se consideraron como datos válidos los valores de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 80 mmHg y de presión arterial diastólica (PAD) ≥ 50 mmHg.

Se definió como adulto con PA normal cuando los valores de PAS fueron < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg. Para identificar a un adulto con hipertensión arterial se construyeron tres variables: 1) hipertensión diagnosticada: si el adulto respondió “sí” a la pregunta: “¿algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?”; 2) hipertensión no diagnosticada: si el adulto respondió “no” a la pregunta anterior y tenían PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg al momento de aplicar la encuesta, y 3) hipertensión arterial total: la suma de hipertensión diagnosticada y no diagnosticada.¹⁹¹

Se analizaron los datos de presión arterial de 3 090 adultos con 20 o más años de edad, que representaron a 73 268 494 adultos mexicanos.

En el cuadro 9.2.1 se muestra que la prevalencia de hipertensión arterial en adultos fue de 31.1% (IC95% 28.1,34.2). Al categorizar por tipo de diagnóstico se observa que la prevalencia de hipertensión arterial no diagnosticada fue 11.5% (IC95% 9.8,13.5) y de hipertensión diagnosticada 19.6% (IC95% 17.1,22.2).

■ **Cuadro 9.2.1.** Prevalencia de hipertensión arterial en adultos con 20 o más años, categorizando por sexo y tipo de diagnóstico. México, Ensanut continua 2023

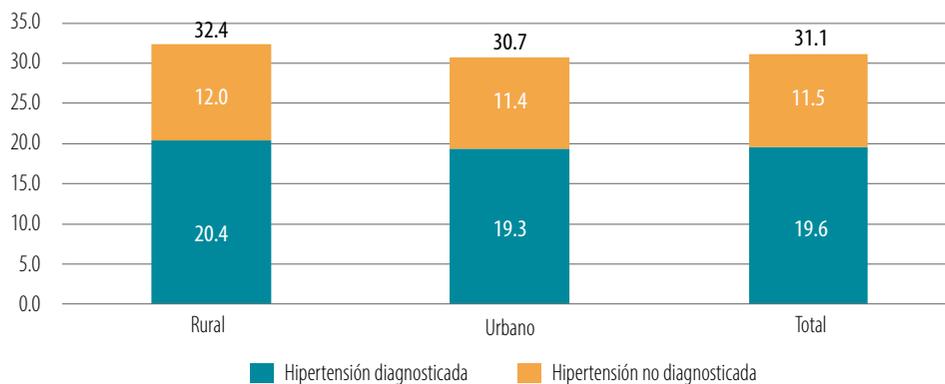
	Hallazgo en la encuesta*				Diagnóstico médico previo†			
	n	n expandida (miles)	Expansión		n	n expandida (miles)	Expansión	
			%	IC95%			%	IC95%
Mujeres	154	2 665	6.9	5.2,9.0	455	7 692	19.9	17.2,22.9
Hombres	210	5 763	16.6	13.8,19.8	238	6 638	19.1	15.9,22.8
Total	364	8 428	11.5	9.8,13.5	693	14 330	19.6	17.1,22.2

* Hipertensión no diagnosticada: son los adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión

† Hipertensión diagnosticada: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la Ensanut Continua 2023

La figura 9.2.1 muestra la prevalencia de hipertensión arterial por tipo de localidad. En ella se observa que en adultos mexicanos con 20 o más años de edad, la prevalencia de hipertensión arterial en la localidad urbana fue de 30.7% y de 32.4% en la localidad rural.

■ **Figura 9.2.1.** Prevalencia de hipertensión arterial en adultos con 20 o más años de edad, categorizando por tipo de diagnóstico* y localidad. México, Ensanut Continua 2023



* Hipertensión no diagnosticada: son los adultos con cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y no tenían un diagnóstico previo de hipertensión. Hipertensión diagnosticada: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la Ensanut Continua 2023

9.3 Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano en adultos

Con la metodología plasmada en la sección 7.5, se realizó un análisis con información de 1 464 participantes de 20 años o más que representan a 82 851 807 adultos a nivel nacional. A continuación, se presentan los porcentajes de consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano.

En el cuadro 9.3.1 se observa que, entre los grupos de alimentos recomendables, el agua fue consumida por el 86% de adultos, seguido del 66% de consumidores de carnes no procesadas, 47% de consumidores de verduras y casi el 38% de consumidores de frutas. El porcentaje de adultos consumidores de huevo, lácteos y leguminosas fue 31, 26 y 20%, respectivamente. Por otro lado, entre los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, los más consumidos fueron las bebidas endulzadas (73%), los cereales dulces (46%) y las botanas dulces y postres (30.2%).

En el cuadro 9.3.2 se encuentran los consumidores de grupos de alimentos por sexo, en el cual se puede observar que, de los grupos de alimentos recomendables, hay más mujeres consumidoras de frutas en comparación con los hombres (46.5 vs. 28.9%). En el caso de los grupos de alimentos no recomendables, los hombres presentan un mayor porcentaje de consumidores de bebidas endulzadas y cereales dulces (79.3 y 55.4%) que las mujeres (66.8 y 36.8%).

■ **Cuadro 9.3.1.** Porcentaje de adultos consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud a nivel nacional. México, Ensanut Continua 2023

	Nacional			
	n muestral	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano				
Frutas	566	31 311.0	37.8	32.9,43.0
Verduras	650	38 913.5	47.0	41.9,52.1
Leguminosas	289	16 827.8	20.3	16.3,25.0
Agua	1 307	71 449.8	86.2	82.9,89.0
Huevo	462	25 680.9	31.0	26.7,35.7
Carnes no procesadas	876	54 636.5	65.9	61.6,70.0
Lácteos	358	21 423.7	25.9	21.7,30.5
Nueces y semillas	74	4 530.0	5.5	3.6,8.1
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano				
Carnes procesadas	196	10 729.9	13.0	9.9,16.8
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	237	16 118.9	19.5	15.6,23.9
Botanas, dulces y postres	404	25 023.8	30.2	25.5,35.4
Cereales dulces	547	38 116.5	46.0	41.6,50.4
Bebidas endulzadas	987	60 484.3	73.0	68.6,77.0

n= 1 464 participantes de 20 años o más que representan a 82 851 807 adultos

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 9.3.2.** Porcentaje de adultos consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por sexo. México, Ensanut Continua 2023

	Hombres				Mujeres			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	196	11 870.6	28.9	22.9,35.7	370	19 440.4	46.5	40.3,52.8
Verduras	248	18 633.3	45.4	37.8,53.2	402	20 280.2	48.5	42.4,54.7
Leguminosas	148	10 339.3	25.2	19.1,32.4	141	6 488.5	15.5	11.1,21.3
Agua	496	35 371.6	86.2	79.9,90.7	811	36 078.2	86.3	81.4,90.0
Huevo	210	15 026.4	36.6	29.5,44.4	252	10 654.5	25.5	20.5,31.2
Carnes no procesadas	386	28 635.6	69.8	63.1,75.7	490	26 000.9	62.2	56.1,67.9
Lácteos	124	9 351.2	22.8	17.4,29.3	234	12 072.5	28.9	23.3,35.2
Nueces y semillas	31	1 956.2	(4.8)	2.6,8.5	43	2 573.8	(6.2)	3.4,10.9
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	108	6 319.4	15.4	11.6,20.2	88	4 410.5	10.6	6.6,16.5
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	122	9 181.1	22.4	16.6,29.5	115	6 937.9	16.6	12.2,22.2
Botanas, dulces y postres	170	11 639.1	28.4	22.4,35.2	234	13 384.7	32.0	26.3,38.4
Cereales dulces	267	22 732.8	55.4	48.1,62.5	280	15 383.8	36.8	31.4,42.5
Bebidas endulzadas	438	32 541.7	79.3	73.2,84.3	549	27 942.6	66.8	60.5,72.6

Hombres: n=569 N expandida=41 036 639; Mujeres: n=895, N expandida=41 815 167

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

Por tipo de localidad (cuadro 9.3.3) se encontró que el grupo de verduras (50.5 vs. 32.7%), fue consumido por una mayor proporción de adultos en las localidades urbanas en comparación con las localidades rurales. Para el resto de los grupos de alimentos no se aprecian diferencias.

■ **Cuadro 9.3.3.** Porcentaje de adultos consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, por tipo de localidad. México, Ensanut Continua 2023

	Rural				Urbano			
	n	N (miles)	%	IC95%	n	N (miles)	%	IC95%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano								
Frutas	116	5 283.7	32.1	25.0,40.0	450	26 027.2	39.2	33.3,45.4
Verduras	130	5 390.6	32.7	24.7,41.8	520	33 522.9	50.5	44.8,56.2
Leguminosas	91	3 123.0	19.0	12.7,27.4	198	13 704.8	20.7	16.0,26.2
Agua	329	14 135.0	85.6	77.4,91.4	978	57 314.8	86.4	82.6,89.4
Huevo	95	4 243.8	25.8	18.4,34.8	367	21 437.1	32.3	27.2,37.8
Carnes no procesadas	177	9 029.8	54.8	45.1,64.1	699	45 606.7	68.7	63.7,73.4
Lácteos	71	2 598.6	15.8	10.1,23.9	287	18 825.0	28.4	23.6,33.7
Nueces y semillas	10	512.2	(3.1)	1.4,6.7	64	4 017.8	6.1	3.9,9.4
Grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano								
Carnes procesadas	30	773.0	(4.7)	2.0,10.6	166	9 956.9	15.0	11.3,19.6
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	49	2 983.7	(18.1)	9.8,31.1	188	13 135.3	19.8	15.7,24.7
Botanas, dulces y postres	71	3 468.3	21.1	12.7,32.7	333	21 555.6	32.5	27.1,38.3
Cereales dulces	136	6 836.8	41.5	32.0,51.7	411	31 279.7	47.1	42.3,52.0
Bebidas endulzadas	259	12 882	78.2	69.2,85.1	728	47 602.4	71.7	66.7,76.3

Tipo de localidad Rural: n= 369, N expandida= 16 476 004; Urbana: n=1 095, N expandida=66 375 802

N (miles): Frecuencia/1000

() Prevalencias estimadas con pocas observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023

9.4 Etiquetado de alimentos

En México, a partir de octubre de 2020, es obligatorio que los alimentos y bebidas industrializados con contenidos excesivos en energía, nutrientes críticos (azúcares añadidas, grasas saturadas, grasas trans y sodio) y otros aditivos como edulcorantes y/o cafeína coloquen el etiquetado de advertencia en la cara frontal del producto (figura A). Además, este etiquetado incorpora un sistema frontal de sellos numéricos que están presentes en productos con empaques pequeños ($\leq 40\text{cm}^2$) y que expresan la cantidad de contenidos excesivos en energía y/o nutrientes críticos (figura A). El principio de su interpretación es igual que el de los sellos de advertencia, en el que, una mayor cantidad de sellos reportada en la etiqueta representa un mayor contenido de nutrientes críticos y, por ende, son productos menos saludables.

La aprobación de la Reforma a la Ley General de Salud en materia de etiquetado,¹⁹² en la que se señalan los cambios al etiquetado frontal en alimentos y bebidas y la Modificación a la NOM-051-

SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria,¹⁹³ han contribuido a mejorar los entornos alimentarios, al implementar una estrategia que permite que la mayor parte de la población pueda tomar decisiones más saludables de manera rápida y sencilla a partir de la identificación de la calidad nutrimental de un producto.

Descripción del cuestionario

El cuestionario se compone de 41 preguntas, relacionadas con el etiquetado frontal de advertencia. Se evaluó el conocimiento, uso y comprensión del etiquetado para identificar la calidad nutrimental de un producto, el tipo de etiquetas que utilizan al momento de la compra (figura B) y su opinión sobre esta medida de salud pública.

Para la aplicación de este cuestionario, fue necesario mostrar a las personas entrevistadas algunas figuras a manera de ejemplos. En ocasiones, se requirió mostrar la misma imagen para distintas preguntas, como la figura A.

■ **Figura A.** Etiquetado frontal de advertencia utilizado en México



■ **Figura B.** Tipos de etiquetas que pueden estar presentes en los alimentos empacados y bebidas embotelladas

<p>1.</p>	<p>2.</p> <p>“Reducido en sodio” “Bajo en grasas” “Alto en fibra” “Sin azúcar” “Adicionado con vitaminas y minerales”</p>	<p>3.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DECLARACIÓN NUTRIMENTAL</th> <th>Por 100 ml</th> <th>Por porción de 250 ml</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Contenido Energético, kcal</td> <td>37</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td></td> <td>157</td> <td>392</td> </tr> <tr> <td>Contenido Energético por encima, kcal</td> <td>686</td> <td>2 926</td> </tr> <tr> <td>Proteínas, g</td> <td>31</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>Grasas totales, g</td> <td>0.6</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>Grasas saturadas, g</td> <td>0.6</td> <td>1.5</td> </tr> <tr> <td>Grasas trans, mg</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidratos de carbono disponibles, g</td> <td>4.8</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Azúcares **, g</td> <td>4.8</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Azúcares añadidos, g</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fibra dietética, g</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sodio, mg</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>* Calcio, mg</td> <td>18</td> <td>25% VNI*</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A, g (equivalentes de retinol)</td> <td>65</td> <td>25% VNI*</td> </tr> <tr> <td>Vitamina D, g</td> <td>0.5</td> <td>10% VNI*</td> </tr> </tbody> </table>	DECLARACIÓN NUTRIMENTAL	Por 100 ml	Por porción de 250 ml	Contenido Energético, kcal	37	93		157	392	Contenido Energético por encima, kcal	686	2 926	Proteínas, g	31	78	Grasas totales, g	0.6	1.5	Grasas saturadas, g	0.6	1.5	Grasas trans, mg	0	0	Hidratos de carbono disponibles, g	4.8	12	Azúcares **, g	4.8	12	Azúcares añadidos, g	0	0	Fibra dietética, g	0	0	Sodio, mg	0	0	* Calcio, mg	18	25% VNI*	Vitamina A, g (equivalentes de retinol)	65	25% VNI*	Vitamina D, g	0.5	10% VNI*	<p>4.</p> <p>“Avalado por la Asociación médica de cardiólogos” “Avalado por los nutriólogos por la salud” “Avalado por ...”</p>	<p>5. Lista de ingredientes</p> <p>Ingredientes: agua, aceites vegetales, azúcares, almidón, caroteno (E160), tocoferol (E306), riboflavina (E101), nicotinamida, ácido pantoténico, acetaldehído, biotina, ácido fólico, ácido ascórbico (E300), ácido palmítico, ácido estéarico (E570), ácido oleico, ácido linoleico, ácido málico (E296), ácido oxálico, antocianinas (E163), celulosa (E460), ácido salicílico, fructosa, purinas, sodio, potasio (E252), manganeso, hierro, cobre, zinc, calcio, fósforo, cloro, colores, antioxidante.</p>
DECLARACIÓN NUTRIMENTAL	Por 100 ml	Por porción de 250 ml																																																		
Contenido Energético, kcal	37	93																																																		
	157	392																																																		
Contenido Energético por encima, kcal	686	2 926																																																		
Proteínas, g	31	78																																																		
Grasas totales, g	0.6	1.5																																																		
Grasas saturadas, g	0.6	1.5																																																		
Grasas trans, mg	0	0																																																		
Hidratos de carbono disponibles, g	4.8	12																																																		
Azúcares **, g	4.8	12																																																		
Azúcares añadidos, g	0	0																																																		
Fibra dietética, g	0	0																																																		
Sodio, mg	0	0																																																		
* Calcio, mg	18	25% VNI*																																																		
Vitamina A, g (equivalentes de retinol)	65	25% VNI*																																																		
Vitamina D, g	0.5	10% VNI*																																																		

A las y los entrevistados se les mostró una serie de productos que incluyen el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos (figura C) y se les solicitó que determinaran la calidad nutrimental del producto de acuerdo con la información del empaque.

■ **Figura C.** Imágenes de empaques con el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos



Fuente: Ensanut 2021 Covid-19
Ilustración: Emili Sue Andrade

Asimismo, se incluyó una pregunta para conocer con qué información de la etiqueta, las y los entrevistados, asocian el consumo de un producto con daños a la salud. Utilizando la figura D, la cual muestra el etiquetado de un refresco de cola, se les preguntó si el refresco tiene exceso de calorías, nutrientes críticos o contiene aditivos dañinos para la salud.

■ **Figura D.** Sistema de etiquetado frontal de advertencia de un refresco de cola.

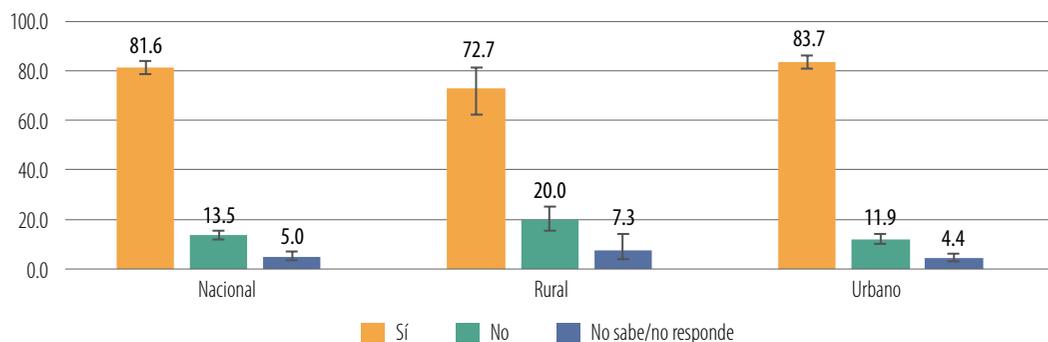


Por otro lado, se investigó sobre el conocimiento que la población tiene de la medida que el gobierno estableció para los alimentos empacados y bebidas embotelladas industrializadas que contengan cantidad excesiva de calorías, azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans, así como otros aditivos, específicamente edulcorantes o cafeína.

Se entrevistó a 4 282 personas de 20 años y más; al aplicar los factores de expansión, representaron a un total de 85 966 460 adultos a nivel nacional, de los cuales, 52.2% fueron mujeres. Se encontró que 5.8% de las y los entrevistados no saben leer.

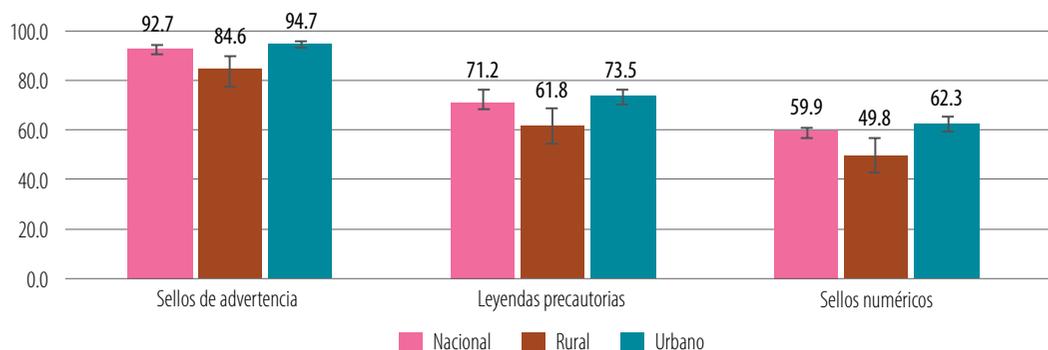
A nivel nacional, 81.6% (IC95% 78.5,84.2) de las y los entrevistados reportaron saber que los alimentos empacados y bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutrimental (figura 9.3.1). En tanto que, a nivel nacional 92.7% (IC95% 90.7,94.3) reportó haber visto los sellos de advertencia, 71.2% (IC95% 68.3,73.9) las leyendas precautorias y 59.9% (IC95% 56.7,62.9) los sellos numéricos; el porcentaje de personas que reportó haberlos visto fue menor en localidades rurales (84.6%; IC95% 77.6,89.8; 61.8%; IC95% 54.4,68.7; 49.8%; IC95% 42.7,56.9, respectivamente) en comparación con localidades urbanas (94.7%; IC95% 93.2,95.9; 73.5%; IC95% 70.5,76.3; 62.3%; IC95% 59.3,65.3) (figura 9.4.2). El lugar en el que principalmente han visto los sellos de advertencia es en el empaque de alimentos y bebidas (96.6%; IC95% 95.3,97.6) (figura 9.4.3).

■ **Figura 9.4.1.** Porcentaje de la población que sabe que los alimentos empacados y las bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutrimental. México, Ensanut Continua 2023



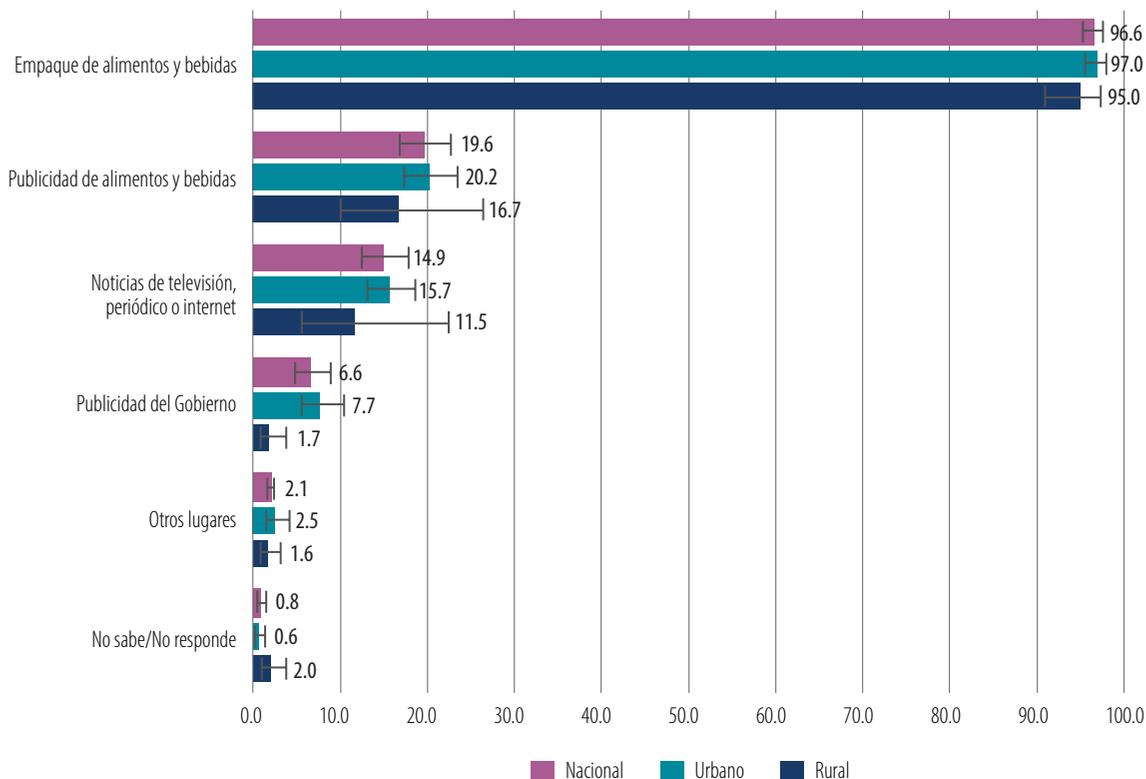
Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 9.4.2.** Porcentaje de la población que ha visto los elementos que componen el sistema de etiquetado de advertencia. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 9.4.3.** Lugar en el que la población ha visto el sistema de etiquetado de advertencia. México, Ensanut Continua 2023

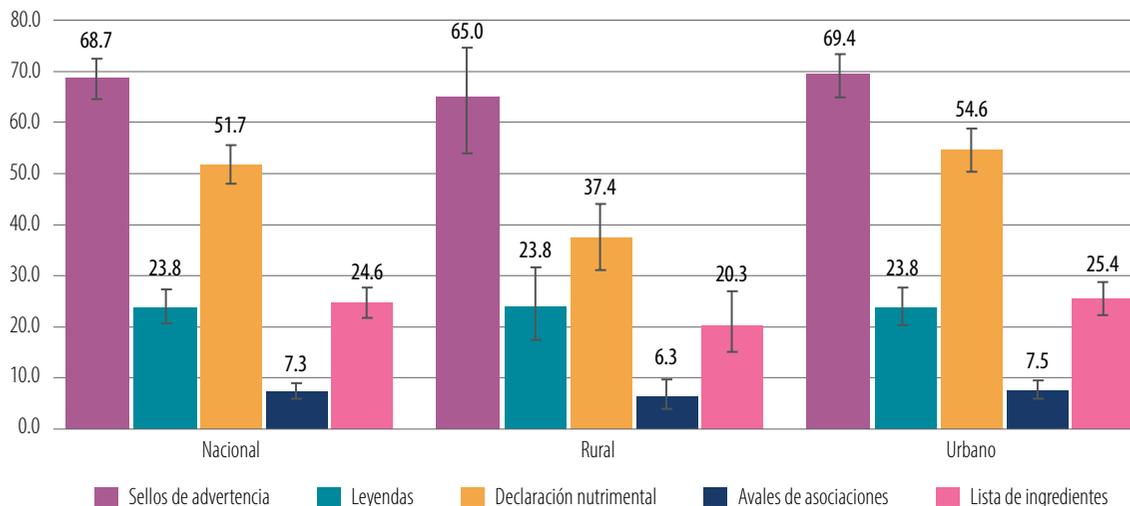


Fuente: Ensanut Continua 2023

En promedio, a nivel nacional, el porcentaje de personas que reportaron leer la información nutrimental de los alimentos empacados y bebidas embotelladas fue de 55.5% (IC95% 51.6,59.3). De los tipos de etiquetas (figura B) que la población lee al comprar productos industrializados, el sistema de etiquetado frontal de advertencia fue el más leído (68.7%; IC95% 64.6,72.4). Su uso varía entre las localidades del país; en áreas urbanas se utiliza en mayor proporción (figura 9.4.4).

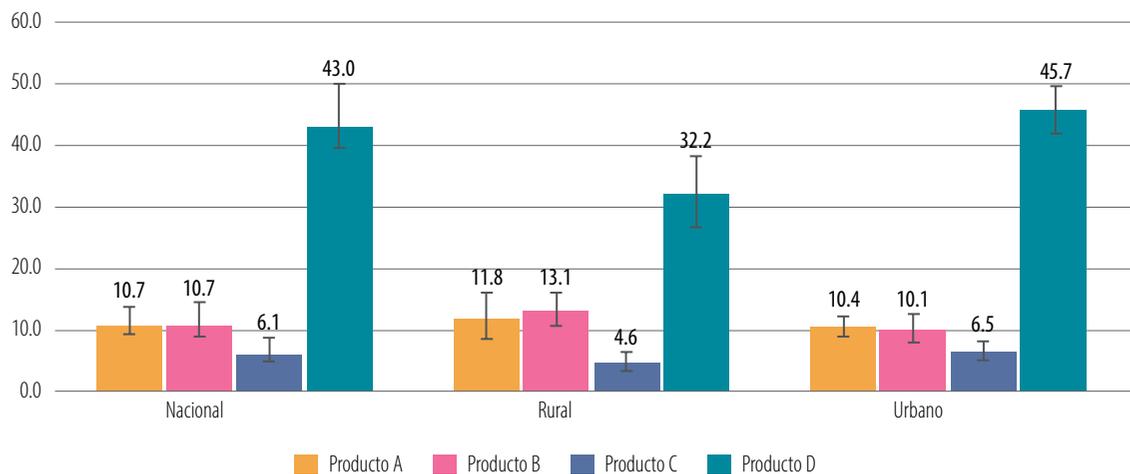
Los resultados de la evaluación de la calidad nutrimental del producto, usando el sistema de etiquetado frontal de sellos numéricos muestran que, en promedio, 43.0% (IC95% 39.6,46.5) de la población a nivel nacional identificó correctamente el producto menos saludable con esta información (figura 9.4.5). La identificación del producto D como menos saludable fue mayor en localidades urbanas (45.7%; IC95% 41.9,49.6) en comparación con las rurales (32.2%; IC95% 26.6,38.3).

■ **Figura 9.4.4.** Tipo de etiqueta que lee la población al momento de comprar alimentos empacados y/o bebidas embotelladas. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 9.4.5.** Porcentaje de personas que identifican correctamente a los productos menos saludables en empaques que muestran sellos de advertencia numéricos. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

Considerando la información que tiene el sistema de etiquetado frontal de advertencia, en promedio, a nivel nacional 79.3% (IC95% 76.0,82.3) de la población identificó que un refresco de cola contiene exceso de azúcares y 29.2% (IC95% 26.2,32.4) indicó que tiene exceso de calorías (cuadro 9.4.1).

■ **Cuadro 9.4.1.** Porcentaje de personas que identificaron en la etiqueta de un refresco de cola el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de aditivos asociados con daños a la salud* a nivel nacional, rural y urbano. México, Ensanut Continua 2023

Característica	Nivel	n muestral	Número (miles)	%	IC95%
No	Nacional	96	1 775 240	2.1	1.5,2.9
	Rural	30	632 535	3.7	2.4,5.7
	Urbano	66	1 142 705	1.7	1.0,2.6
Sí, tiene exceso de calorías	Nacional	1 061	25 118 090	29.2	26.2,32.4
	Rural	189	2 419 849	14.2	10.7,18.8
	Urbano	872	22 698 241	32.9	21.3,24.2
Sí, tiene exceso de azúcares	Nacional	3 324	68 178 357	79.3	76.0,82.3
	Rural	759	11 519 963	67.7	59.4,75.1
	Urbano	2 565	56 658 395	82.2	78.9,85.0
Sí, tiene exceso de grasas saturadas y/o trans	Nacional	80	723 736	2.0	1.4,3.0
	Rural	19	149 625	0.4	0.2,0.8
	Urbano	61	574 111	1.7	1.1,2.6
Sí, tiene exceso de sodio	Nacional	182	4 411 017	5.1	4.0,6.6
	Rural	33	616 801	3.6	1.9,6.7
	Urbano	149	3 794 216	5.5	4.2,7.2
Sí, contiene cafeína	Nacional	728	15 857 274	18.5	16.4,20.8
	Rural	164	2 527 979	14.9	11.2,19.5
	Urbano	564	13 329 295	19.3	16.9,22.0
Sí, contiene edulcorantes	Nacional	454	11 904 391	13.9	11.6,16.4
	Rural	80	1 587 621	9.3	7.2,12.0
	Urbano	374	10 316 770	15.0	12.2,18.2
No sabe / no responde	Nacional	545	7 145 262	11.0	9.0,13.5
	Rural	219	2 490 379	19.2	13.4,26.9
	Urbano	326	4 654 883	9.0	7.2,11.3

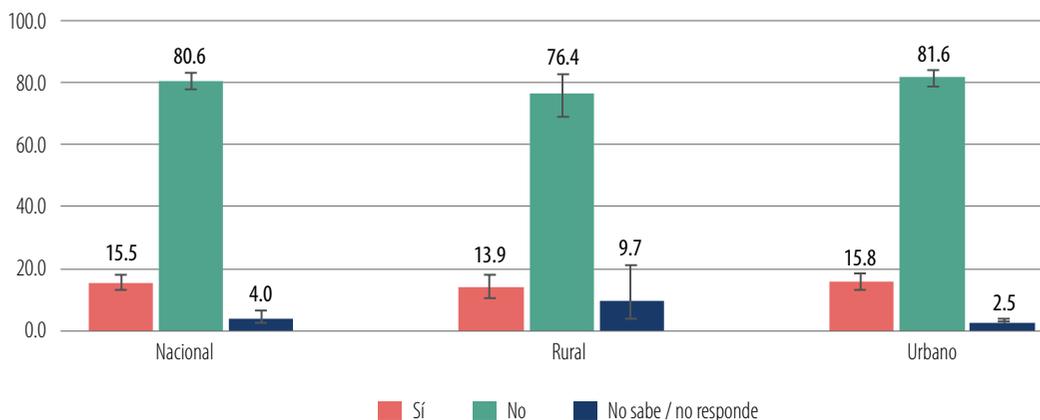
* La pregunta que se realizó fue: ¿este producto tiene exceso de algún elemento o nutriente asociado con daños a la salud?

Fuente: Ensanut Continua 2023

Asimismo, utilizando el ejemplo del refresco de cola, a nivel nacional 80.6% (IC95% 78.0,83.0) respondieron que No le darían este producto a una niña o un niño (figura 9.4.6).

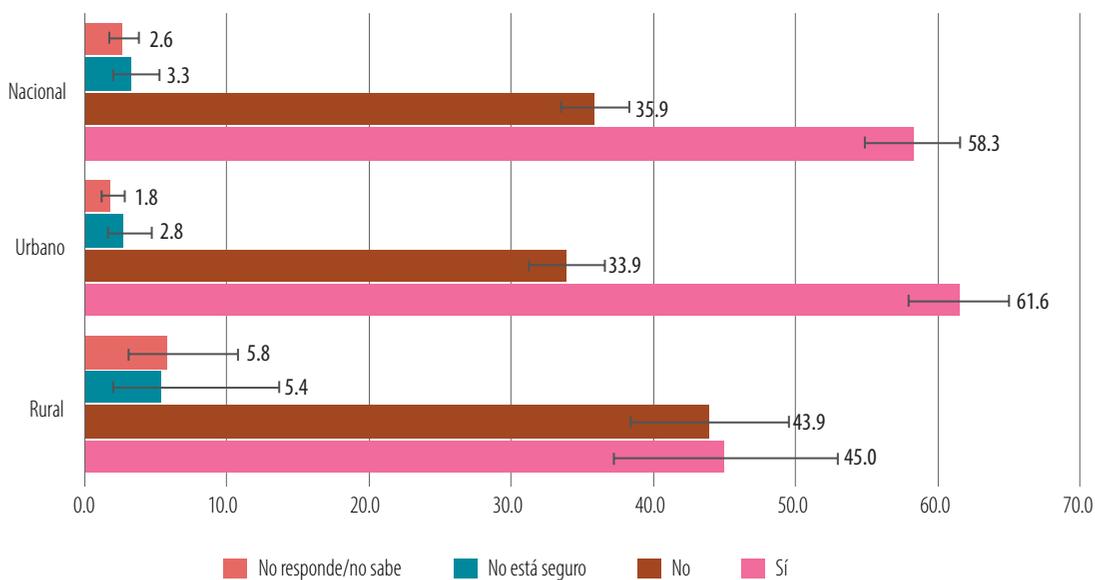
Con respecto a la aprobación del etiquetado frontal de advertencia en la Ley General de Salud, a nivel nacional, 58.3% (IC95% 54.9,61.6) mencionaron haber escuchado anteriormente sobre esta medida (figura 9.4.7); esta proporción fue menor en localidades rurales (45.0%, IC95% 37.2,53.0). Con referencia a la percepción que la población tiene sobre esta medida, a nivel nacional fue considerada como Buena / Muy buena (74.3%, IC95% 71.3,77.1) para conocer el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de aditivos asociados con daños a la salud de los alimentos empacados y bebidas embotelladas (figura 9.4.8).

■ **Figura 9.4.6.** Proporción de personas que le darían un refresco de cola a una niña o un niño, a nivel nacional, rural y urbano. México, Ensanut Continua 2023



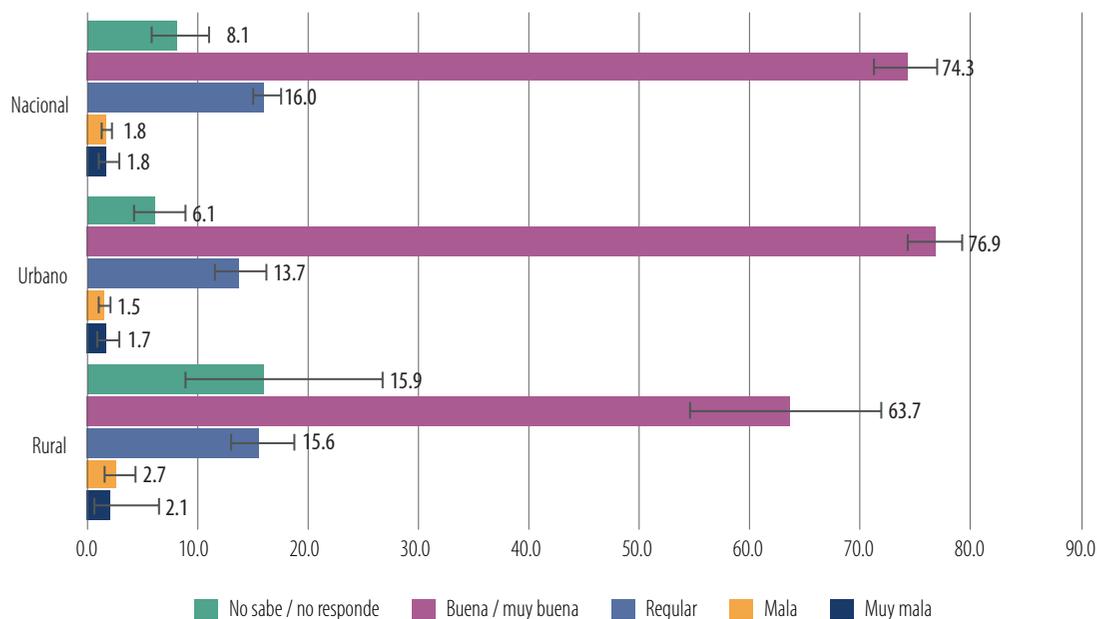
Fuente: Ensanut Continua 2023.

■ **Figura 9.4.7.** Porcentaje de la población a nivel nacional, rural y urbano que ha escuchado sobre el sistema de etiquetado frontal de advertencia como medida implementada por el gobierno. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Figura 9.4.8.** Evaluación de la población a nivel nacional, rural y urbano sobre la medida del sistema de etiquetado frontal de advertencia en alimentos empacados y/o bebidas embotelladas. México, Ensanut Continua 2023



Fuente: Ensanut Continua 2023

9.5 Anemia en adultos mayores

Se obtuvo información de sangre venosa para la estimación de hemoglobina en 407 adultos mayores de 60 años o más, representando a 17 624 181 de adultos mayores mexicanos.

La prevalencia nacional de anemia en este grupo de población fue de 9.6% (IC95% 5.9,15.1), sin diferencias entre hombres (8.7%) y mujeres (10.6%). La anemia afectó a un total de 808 021 hombres y 882 339 mujeres mayores (cuadro 9.5.1).

■ **Cuadro 9.5.1.** Prevalencia de anemia en adultos mayores de 60 años o más. México, Ensanut Continua 2023

Sexo	n muestra	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%
Hombre	171	9 331.7	8.7	(4.4,16.2)
Mujer	236	8 292.4	10.6	(5.8,18.6)
Total	407	17 624.2	9.6	(5.9,15.1)

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

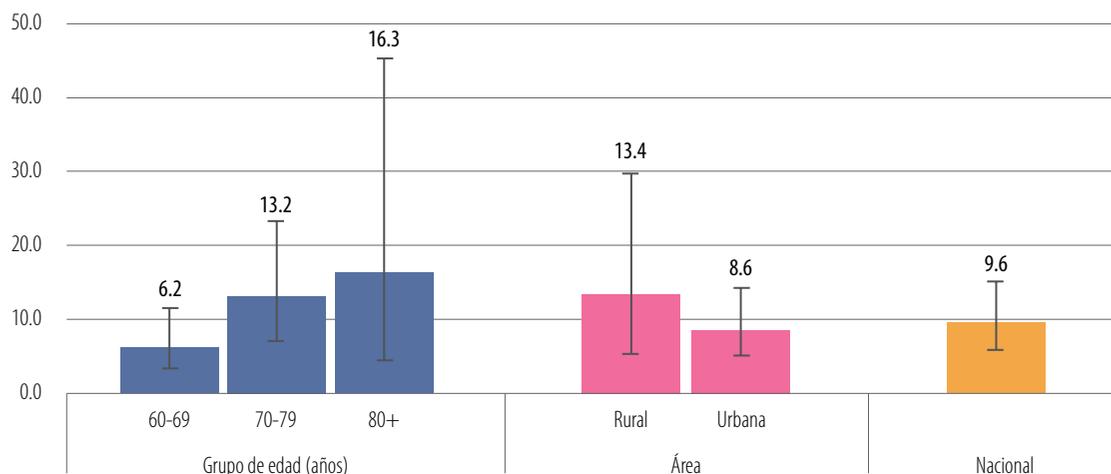
Fuente: Ensanut Continua 2023

Por grupo de edad, la prevalencia de anemia fue en ascenso en cada decenio de edad, siendo el grupo de edad de 80 años y más, el grupo de población con la mayor prevalencia observada [16.3%,

IC95% (4.4,45.3)] en comparación con el grupo de edad de 60-69 años (6.2%, IC95% 3.3,11.5) (figura 9.5.2).

Por área, los habitantes de las localidades rurales tuvieron una tendencia de mayor prevalencia de anemia [13.2%, IC95% (5.3,29.7)] en comparación con los del área urbana [8.6%, IC95% (5.1,14.2)], no obstante esta diferencia no fue significativa (figura 9.5.2).

■ **Figura 9.5.2.** Prevalencia de anemia* en adultos mayores de 60 años o más, por grupo de edad y por área urbana y rural. México, Ensanut Continua 2023



*Estimación obtenida con un tamaño de muestra limitado
Fuente: Ensanut Continua 2023

9.6 Actividad física

Siguiendo la metodología de adultos plasmada en la sección 8.5, en total se encuestó a 3 438 adultos de ≥ 20 años, lo que representó a 78 776 449 individuos, de los cuáles se utilizó la información de 3 368 adultos para actividad física y 3 354 adultos para tiempo sentado. De acuerdo con las recomendaciones de actividad física de la OMS, el 21.6% de los adultos se clasificó como físicamente inactivo (acumulan < 150 minutos de actividad física de intensidad moderada o < 75 minutos de actividad física de intensidad vigorosa o la combinación de ambas intensidades por semana). Al estratificar por sexo, no se observaron diferencias entre mujeres (23.7%, IC95% 20.5,27.3) y hombres (19.2%, IC95% 14.8,24.5) (cuadro 9.6.1).

Con respecto al tiempo sentado por día, el 17.9% (IC95% 15.1,21.1) de los adultos pasa más de siete horas sentado diariamente, sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres (19.5%, IC95% 15.1,24.8) y mujeres (16.4%, IC95% 13.8,19.4) (cuadro 9.6.2).

■ **Cuadro 9.6.1.** Prevalencia de actividad física en adultos ≥ 20 años por sexo.
México, Ensanut Continua 2023

	n muestral	N (miles)	Expansión*	
			%	IC95% [‡]
Total				
Inactivos	683	16 647 794.5	21.6	18.4,25.2
Moderadamente activos	359	7 774 216.9	10.1	8.4,12.1
Activos	2 326	52 698 274.6	68.3	64.8,71.7
Total	3 368	77 120 286.0	100	
Mujeres				
Inactivos	481	9 642 193.4	23.7	20.5,27.3
Moderadamente activos	243	4 909 247.5	12.1	9.5,15.3
Activos	1 355	26 053 498.9	64.2	60,68.1
Total	2 079	40 604 939.8	100	
Hombres				
Inactivos	202	7 005 601.1	19.2	14.8,24.5
Moderadamente activos	116	2 864 969.4	7.8	5.9,10.3
Activos	971	26 644 775.7	73.0	67.5,77.8
Total	1 289	36 515 346.1	100	

Nota: Activo: realizar 300 minutos de actividad física moderada o 150 minutos de actividad física vigorosa o la combinación de ambas intensidades. Moderadamente activos: realizar 150 minutos de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa o la combinación de ambas intensidades. Inactivo: no cumplir con ninguna de las anteriores

* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

‡ Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

■ **Cuadro 9.6.2.** Prevalencia de tiempo sentado* por día en adultos ≥ 20 años por sexo.
México, Ensanut Continua 2023

	n muestral	N (miles)	Expansión [‡]	
			%	IC95% [§]
Total				
≤ 420 minutos/día	2807	63 074 991.8	82.1	78.9,84.9
> 420 minutos/día	547	13 742 768.1	17.9	15.1,21.1
Total	3354	76 817 759.9	100	
Mujeres				
≤ 420 minutos/día	1737	33 637 917.1	83.6	80.6,86.2
> 420 minutos/día	316	6 606 052.1	16.4	13.8,19.4
Total	2053	40 243 969.2	100	
Hombres				
≤ 420 minutos/día	1070	29 437 074.7	80.5	75.2,84.9
> 420 minutos/día	231	7 136 716.0	19.5	15.1,24.8
Total	1301	36 573 790.7	100	

*Tiempo sentado incluye sentado en el trabajo, casa, comiendo, transportándose, viendo televisión

‡ Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

§ Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023

Conclusiones Nutrición

Los indicadores de desnutrición en niñas y niños menores de cinco años se mantienen en una tendencia descendiente o similar a años anteriores, excepto la talla baja, que aumentó ligeramente respecto a la encuesta de 2022, aunque este aumento no es significativo.

El sobrepeso y la obesidad continúa fluctuando en más de un tercio de la población de escolares y adolescentes, con variaciones entre categorías del estado de nutrición, por sexo y por tipo de localidad; siguen siendo elevadas prevalencias especialmente en mujeres de zonas rurales. Las repercusiones del exceso de peso en edades tempranas están bien documentadas, y ahora más bien, hay que indagar a profundidad en la doble carga de la mala nutrición, donde sigue habiendo niñas, niños y adolescentes desnutridos o con exceso de peso. México debe reafirmar su voluntad política para evitar problemas asociados con la mala nutrición y contrarrestar los efectos a largo plazo de estas condiciones. En la comparación por sexo, las mujeres tuvieron una prevalencia de obesidad 13.2% más alta que los hombres, pero la prevalencia de sobrepeso fue 13.7% más alta en hombres que en mujeres.

En cuanto a lactancia materna, los resultados son similares a los publicados previamente.¹⁹⁴ Sin embargo, se observa un incremento de lactancia materna exclusiva (LME) 5.8 puntos porcentuales en México entre 2018 y 2021-2023. Y al comparar 2021-2022 vs. 2023 se observa esa misma diferencia lo cual indica que ya no ha habido un incremento sino se estabilizó o desaceleró esa tendencia y ese hecho ya ha sido documentado en otras publicaciones.¹⁹⁵ La promoción y apoyo son clave para seguir viendo una mejoría o incremento en la lactancia materna, sobre todo en su exclusividad. A pesar de que más del 90% de las mujeres refirieron amamantar a sus hijas/os a libre demanda, la lactancia materna exclusiva no va a la par. Datos de la Ensanut 2021¹⁹⁶ muestran que cuando niñas/os menores de cinco años en México presentan enfermedad diarreica, se les administra además de suero, agua sola y de fruta; té, atole, leche u otros líquidos.

La Ensanut 2021¹⁹⁵ también arrojó datos de la consejería brindada a mujeres durante el embarazo o en el parto. El 83% de ellas expresó que les indicaron como amamantar a su bebé. Durante la etapa de lactancia, sólo el 70.7% de las mujeres dijo haber recibido apoyo o seguimiento para dudas o resolución de problemas para amamantar. En la sección de Prácticas de Alimentación Infantil de las Ensanut desde la edición 2012,¹⁹⁷ se han evidenciado las razones para nunca amamantar o para dar fórmula comercial infantil y la mayoría de ellas están relacionadas a una mala técnica o bien, al desconocimiento y miedo de cómo amamantar.

Además de la lactancia materna, es importante hablar de la alimentación complementaria una vez que niñas/os cumplen los seis meses de edad. Resalta en los resultados de Ensanut Continua las prácticas de alimentación infantil relacionadas al desarrollo del sobrepeso u obesidad como es el consumo de frituras, golosinas, galletas, pan de dulce, pastelitos, sopas instantáneas, bebidas azucaradas tanto caseras como industrializadas. Se sabe que el consumo de bebidas azucaradas también contribuye por un lado al desarrollo del sobrepeso y obesidad por un exceso en el consumo calórico pero también a la desnutrición por desplazamiento de alimentos nutritivos. Los reportes de Ensanut son de gran valía para la toma de decisiones en la nutrición infantil por lo que se vuelve muy relevante la aprobación de la NOM 050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia

materna;¹⁹⁸ y la vigilancia y monitoreo de la alimentación infantil a partir de la NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.¹⁹⁹

Los resultados de este informe actualizan la prevalencia de intoxicación por Pb en México en la población de niñas y niños de 1 a 4 años. Se estima que más de 1.35 millones de prescolares en México presentan niveles de intoxicación por Pb y por lo tanto están en riesgo de padecer los efectos adversos de salud y desarrollo documentados en la literatura especializada. Estos efectos incluyen daños al sistema nervioso, cardiovascular, renal, hematológico, inmunológico y reproductivo. Estas repercusiones se traducen en alteraciones cognitivas, dificultades de aprendizaje, atención, desempeño escolar y conducta en la población infantil.

El uso de LBVPb continúa siendo una fuente altamente relevante de exposición a nivel poblacional, aunque no es la única. Se destaca una contribución significativa de la exposición ambiental, la cual se refiere a la cercanía de los hogares a sitios o establecimientos con posibles emisiones de Pb, como talleres mecánicos y talleres de pintura para auto o carpintería; seguida de la exposición para-ocupacional (oficios de relacionados a pintura, soldadura y herrería), principalmente.

Es necesario profundizar en el análisis de fuentes de exposición para dilucidar el resultado que indica una prevalencia de intoxicación de 8.7% entre los hogares que reportaron no estar expuestos a ninguna de las fuentes incluidas en el estudio. Es posible que los participantes no identifiquen la fuente de exposición o que el diseño del instrumento no capte información para una fuente específica y por lo tanto exista un problema de reporte, principalmente en las fuentes de exposición ambiental y para-ocupacional. Identificar y profundizar las fuentes ambientales a las que están expuestas las niñas y niños mexicanos de 1 a 4 años permitirían caracterizar mejor los patrones de exposición en la población. Esto, a su vez, sería fundamental para desarrollar programas de prevención y vigilancia de la intoxicación por Pb de manera más efectiva.

Los resultados del análisis sobre el consumo de alimentos en niñas y niños preescolares y escolares a nivel nacional indican un consumo de tres o más días a la semana de grupos de alimentos no recomendables y altamente procesados como las bebidas endulzadas, las botanas, dulces y postres y los cereales dulces, superando el consumo de alimentos saludables, como frutas, verduras y huevo.

El consumo de bebidas endulzadas es de especial preocupación pues cerca del 80 y 90% de los preescolares y escolares las consumen. Está ampliamente documentado que el consumo elevado de estas bebidas desde la infancia se asocia con un mayor riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en la edad escolar,²⁰⁰ así como enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 en la edad adulta.²⁰¹ Por otro lado, un mayor consumo de alimentos saludables, como frutas y verduras se asocia con una reducción en el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer en etapas posteriores de la vida.^{202,203}

Por otra parte, una proporción importante de los adolescentes mexicanos consumen alimentos no recomendables como bebidas endulzadas, cereales dulces y botanas, dulces y postres. Estos porcentajes resultaron mayores que a los que consumen alimentos saludables. Además, las leguminosas, que son fuente de proteína sostenible,²⁰⁴ son el grupo con la menor proporción de consumidores en este grupo de la población.

En cuanto a la población adulta, menos de la mitad de los adultos mexicanos consumen frutas y verduras, y sólo uno de cada tres hombres consume frutas; lo que podría asociarse con un bajo consumo de vitaminas, minerales y fibra provenientes de estos alimentos.²⁰⁵ Mientras que su inclu-

sión en la dieta contribuye a la reducción del riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes e hipertensión, entre otras.²⁰⁶ Además, su bajo consumo es uno de los principales factores de riesgo de muerte asociados a la dieta.²⁰⁷ Por lo que es importante promover el aumento en el consumo de estos alimentos en todos los grupos de población.

Por otro lado, es importante resaltar que sólo nueve de cada diez adultos mexicanos consumen agua diariamente. Por el contrario, el consumo de bebidas endulzadas sigue siendo alto en población adulta, son los hombres los que consumen más en comparación con las mujeres y ya no existe una diferencia entre los habitantes de localidades urbanas y rurales. El consumo de bebidas endulzadas está asociado con el desarrollo de exceso de peso y este a su vez con el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, por lo tanto, es un factor para considerar ya que la prevalencia de diabetes en México rebasa el 15% en adultos mayores de 20 años.²⁰⁸

Las estrategias implementadas para la reducción en el consumo de estas bebidas han mostrado beneficios,^{209,210} sin embargo, es necesario el fortalecimiento en la difusión y capacitación para que la población tenga mejores herramientas para la elección de alimentos y bebidas. En el caso de la población menor de 20 años, se requieren estrategias nutricionales integrales que fomenten el consumo de alimentos saludables, ya que estos alimentos representan una fuente fundamental de vitaminas, minerales y proteínas esenciales para el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños.²¹¹ Asimismo, es crucial fortalecer las políticas existentes para combatir el sobrepeso y la obesidad desde la infancia, promoviendo el consumo de dietas saludables y sostenibles desde las primeras etapas de la vida, desincentivando a su vez, el consumo de alimentos poco saludables como los ultraprocesados y las bebidas endulzadas. Además, es importante entender las causas de este tipo de alimentación y desarrollar estrategias para mejorar la calidad de la alimentación de la población preescolar, escolar y adolescente en México, ya que esto delimitará su salud actual y de las siguientes etapas de su vida.²¹²

En relación con la actividad física de la población, Los resultados indican que el 67.4% de los escolares, 50.1% de adolescentes y 21.6% de los adultos no cumple las recomendaciones de actividad física. Aunado a lo anterior, se observó que el 76.4% de los escolares y 92.5% de los adolescentes pasa más de dos horas frente a una pantalla y el 17.9% de los adultos pasa más de siete horas sentados en un día.

Si bien la prevalencia de actividad física puede estar sobre-reportada y la de sedentarismo subreportada, debido al sesgo de autorreporte, los cuestionarios utilizados son una de las mejores opciones para la vigilancia de la actividad física y el tiempo sentado a nivel internacional. Finalmente, se debe subrayar que, aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física no implica que destine menos tiempo a actividades sedentarias el resto del día.

Dado que la inactividad física y el sedentarismo excesivo son factores que se han relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión,²¹³ enfermedades mentales como depresión y ansiedad,²¹⁴ así como un mayor riesgo de mortalidad,¹¹ es importante promover la práctica de actividad física de intensidad moderada y vigorosa, además de limitar las actividades sedentarias a lo largo del día, como el ver televisión, el uso de dispositivos electrónicos durante el tiempo de ocio, o los traslados mediante transporte motorizado cuando sea posible. Reemplazar dichos comportamientos con actividad física de cualquier intensidad, incluyendo actividades de intensidad ligera como caminar, brindará beneficios para la salud física y mental de la población.

Por otro lado, en promedio, la prevalencia de anemia es cuatro veces mayor en los niños preescolares que en los escolares. Por área, la prevalencia de anemia es mayor en los niños preescolares de localidades rurales afectando en promedio a 1 de cada 4. En localidades urbanas, 1 de cada 10 preescolares urbanos tienen anemia. En los niños escolares, la prevalencia de anemia es muy baja en habitantes de ambas localidades (menor al 3%). Urgen acciones de prevención y tratamiento de la anemia en niños preescolares, principalmente en habitantes de localidades rurales. Futuros estudios deben de investigar las causas de la anemia en esta población y continuar con los esfuerzos de suplementación y fortificación de alimentos con hierro biodisponible en edades tempranas de la vida para evitar las consecuencias irreversibles de la anemia y deficiencia de hierro en etapas tardías.

La deficiencia de hierro afecta en promedio a 1 de cada 5 niños de 1-11 años. Los bajos niveles de vitamina B12 afectan en mayor proporción a la población de preescolares que a los escolares. En contraste, la deficiencia de vitamina D fue de mayor magnitud en la población escolar, afectando en promedio a una tercera parte de ellos. Es imperativo identificar los grupos de población vulnerables con mayor riesgo de desarrollar deficiencia de estos micronutrientes para focalizar acciones de intervención temprana en la población infantil mexicana. Se sugiere incentivar el consumo de alimentos de origen animal (tejido animal) debido a que son fuentes biodisponibles de estos micronutrientes; o en su caso, continuar con los esfuerzos de suplementación y/o fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales en edades tempranas de la vida. La deficiencia de estos micronutrientes puede tener efectos deletéreos en el desarrollo físico y cognitivo de las niñas y niños en etapas posteriores de la vida si no son tratadas oportunamente.

En cuanto a la prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años fue del 10% mientras que las prevalencias de deficiencias y valores bajos de micronutrientes de interés la presentan alrededor de 1 de cada 3 mujeres. Cabe aclarar que puede existir deficiencia de hierro sin presencia de anemia, y que la anemia es la manifestación más grave de deficiencia de hierro. Lo anterior resalta como un problema de salud pública que deben ser atendido de manera inmediata.^{163,215,216} Todo ello a fin de evitar consecuencias graves como el aumento de la mortalidad materna y perinatal, así como el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer, que tiene repercusiones económicas en el país y a nivel individual.²¹⁵

Aunque la deficiencia de folato ya no es un problema de salud pública en México, se debe monitorear las determinantes de los niveles elevados de esta vitamina, ya que se ha demostrado una alta variabilidad en la cantidad de folato en los productos derivados de las harinas de trigo fortificada.²¹⁷ Dado el escenario, se debe garantizar el aumento en el consumo, acceso y disponibilidad de alimentos ricos en hierro, vitaminas B12, C y A; monitoreo y vigilancia de la adecuada fortificación de alimentos, implementación de esquemas de suplementación con hierro y otros nutrientes a mujeres con deficiencias nutricionales, erradicación de parasitosis intestinales (*E. histolytica* y *G. lamblia*) y disponibilidad de agua potable dentro del hogar.^{15,218-221} También, sería deseable que se evaluaran la eficacia de la fortificación de alimentos y dar seguimiento de cerca a las mujeres que consumen suplementos, para evaluar la mejoría en el estado de nutrición de micronutrientes en general.^{217,219}

En promedio, la anemia afecta a 1 de cada 10 adultos mayores mexicanos, con una mayor tendencia en habitantes de localidades rurales y en adultos mayores de 80 años de edad. La anemia es un fuerte predictor de dependencia funcional,²²² discapacidad²¹⁶ y mortalidad²²³ en este grupo de

población, representando un problema de salud pública. Son necesarias acciones de intervención en salud y nutrición focalizadas en este grupo de edad para su oportuna prevención, tratamiento y control. Al respecto, es importante señalar que la estimación de la anemia por las categorías antes descritas debe de ser interpretada con cautela debido al tamaño muestral analizado.

Casi un tercio de los adultos mexicanos tiene hipertensión arterial, y de ellos, un tercio desconocía tener esta enfermedad. La prevalencia de hipertensión arterial fue más elevada en los hombres y en los residentes de localidades rurales. Esta información puede contribuir al conocimiento de los tomadores de decisiones en políticas de salud para que evalúen la pertinencia de los actuales programas de detección oportuna de hipertensión arterial.

A tres años de la implementación del etiquetado frontal de advertencia en México, los resultados muestran que, el porcentaje de la población que a nivel nacional lee la información nutrimental, al momento de comprar alimentos empacados y bebidas embotelladas, y conoce el etiquetado de advertencia ha incrementado. Además, logra identificar los elementos que componen el etiquetado de advertencia, como lo son los sellos que indican el exceso de calorías, nutrientes críticos o presencia de cafeína y/o edulcorantes en un producto. Por ejemplo, a nivel nacional 82.2% de la población identifica, con el etiquetado frontal de advertencia, el contenido en exceso de calorías y azúcares de un refresco de cola. Por otro lado, valoran la calidad nutrimental de los productos poco saludables, basándose en la cantidad de sellos o el valor numérico que presenta el producto.

El etiquetado frontal de advertencia, en conjunto con otras políticas públicas que se están implementando en el país para mejorar los entornos alimentarios, puede contribuir a mejorar la salud de la población al permitirles elegir y consumir productos más saludables y a proteger el derecho a la alimentación.

Referencias

1. Neyman J. On the two different aspects of the representative method: the method of stratified sampling and the method of purposive selection. *J R Stat.* 1934;97(4):558-25.
2. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, Gaona-Pineda EB, *et al.* Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2021;63(3):444-51. <https://doi.org/10.21149/12580>
3. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, Gaona-Pineda EB, *et al.* Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. *Salud Publica Mex.* 2021;63:813-8. <https://doi.org/10.21149/13348>
4. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023: metodología y avances de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2023;65(4):394-401. <https://doi.org/10.21149/15081>
5. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Resumen de orientación. Ginebra: 2018.
6. Melgar-Quiñónez H, Álvarez-Urbe MC, Amoroso L, Ballard T, Ortega J, Rafael Pérez-Escamilla, *et al.* Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria-ELCSA. Cuernavaca, México: 2010: 9. Disponible en: https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/eufao-fsi4dm/docs/ELCSA_report.pdf
7. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñónez H, Nord M, Álvarez M, Segall-Correa A. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. *Memorias de la 1.a Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. Perspectivas en Nutrición Humana.* 2007:117-34.
8. Food and Agriculture Organization. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) - Manual de uso y aplicación. FAO, 2012: 65-85.
9. Melgar-Quiñónez H, Uribe M, Centeno ZF, Bermudez O, Fulladolsa PPD, Fulladolsa A, *et al.* Psychometric characteristics of the food security scale (ELCSA) applied in Colombia, Guatemala y México. *Segur Aliment Nutr.* 2010;17(1):48-60.
10. Jepsen WE, Wutich A, Collins SM, Boateng GOYS. Progress in household water insecurity metrics: a cross-disciplinary approach: Progress in household water insecurity metrics. *WIREs.* 2017;4(3):e1214. <https://doi.org/10.1002/wat2.1214>
11. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Muñoz-Espinosa A, Humarán IMG, Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñónez H, *et al.* Viabilidad de una escala de experiencias de inseguridad del agua en hogares mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2023;65(3):219-26. <https://doi.org/10.21149/14424>
12. Young SL, Boateng GO, Jamaluddine Z, Miller JD, Frongillo EA, Neilands TB, *et al.* The Household Water InSecurity Experiences (HWISE) Scale: development and validation of a household water insecurity measure for low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health.* 2019;4(5):e001750. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001750>
13. Rosinger AY, Young SL. The toll of household water insecurity on health and human biology: Current understandings and future directions. *WIREs.* 2020;7(6):e1468. <https://doi.org/10.1002/wat2.1468>
14. Bivins AW, Sumner T, Kumpel E, Howard G, Cumming O, Ross I, *et al.* Estimating Infection Risks and the Global Burden of Diarrheal Disease Attributable to Intermittent Water Supply Using QMRA. *Environ Sci Technol.* 2017;51(13):7542-51. <https://doi.org/10.1021/acs.est.7b01014>
15. Figueroa-Oropeza JL, Rodríguez-Atristain A, Cole F, Mundo-Rosas V, Muñoz-Espinosa A, Figueroa-Morales JC, *et al.* ¿Agua para todos? La intermitencia en el suministro de agua en los hogares en México. *Salud Publica Mex.* 2023;65:s181-8. <https://doi.org/10.21149/14783>
16. UN-Water. Summary Progress Update 2021 : SDG 6-water and sanitation for all. Geneva, Switzerland: 2021.
17. Roberts EFS. Food is love: And so, what then? *Biosocieties.* 2015;10(2):247-52. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.18>
18. Huberts A, Palma D, Bernal García AC, Cole F, Roberts EFS. Making scarcity "enough": The hidden household costs of adapting to water scarcity in Mexico City. *PLOS Water.* 2023;2(3):1-22. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.18>
19. FAO, FIDA, OPS, WFP, Unicef. Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020. Santiago de Chile: 2020. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
20. FAO, FIDA, OPS, PMA, Unicef. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2020. Roma: FAO, IFAD, Unicef, WFP and WHO; 2020. <https://doi.org/10.4060/ca9692es>
21. FAO, OPS, Unicef y WFP. Panorama de seguridad alimentaria y nutricional 2019 en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: 2019. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
22. FAO, FIDA, OPS, PMA, Unicef. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023. Roma: FAO, IFAD, Unicef, WFP, WHO; 2023. <https://doi.org/10.4060/cc3017es>
23. Food and Agriculture Organization. El estado de los recursos de tierras y aguas del mundo para la alimentación y la agricultura - Sistemas al límite. Rome: FAO; 2021. <https://doi.org/10.4060/cb7654es>

24. Comisión Nacional del Agua. Situación de los Recursos Hídricos. Precipitación [internet]. Sistema Nacional de Agua. Versión Beta. México: Conagua; 2023.
25. Comisión Nacional del Agua. Situación de los Recursos Hídricos. Sequías [internet]. Sistema Nacional de Agua. Versión Beta. México: Conagua; 2023.
26. Young SL, Frongillo EA, Jamaluddine Z, Melgar-Quiriones H, Pérez-Escamilla R, Ringler C, *et al.* Perspective: The Importance of Water Security for Ensuring Food Security, Good Nutrition, and Well-being. *Adv Nutr.* 2021;12(4):1058-73. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab003>
27. Brewis A, Workman C, Wutich A, Jepson W, Young S, Adams E, *et al.* Household water insecurity is strongly associated with food insecurity: Evidence from 27 sites in low- and middle-income countries. *Am J Biol.* 2020;32(1). <https://doi.org/10.1002/ajhb.23309>
28. Bisung E, Elliott SJ. Psychosocial impacts of the lack of access to water and sanitation in low- and middle-income countries: A scoping review. *JWH.* 2017;15(1):17-30. <https://doi.org/10.2166/wh.2016.158>
29. Malak MA, Sajib AM, Quader MA, Anjum H. "We are feeling older than our age": Vulnerability and adaptive strategies of aging people to cyclones in coastal Bangladesh. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 2020;48. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101595>
30. Mundo-Rosas V, Muñoz-Espinosa A, Hernández-Palafox C, Córdova-Vega NI, Méndez-Gómez Humarán I, Shamah-Levy T, *et al.* Asociación entre inseguridad del agua y presencia de sintomatología depresiva en población mexicana de 20 años o más. *Salud Publica Mex.* 2023;65(6):620-8. <https://doi.org/10.21149/15068>
31. United Nations. Human rights, water and sanitation [internet]. UN-Water; 2024.
32. United Nations. Water and peace [internet]. UN-Water; 2024.
33. United Nations. Plan de aceleración: Informe de Síntesis de 2018 sobre el Objetivo de Desarrollo Sostenible 6 relacionado con el agua y el saneamiento [internet]. UN-Water; 2023.
34. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de Vacunación [internet]. México: Gobierno de México; 2017 [citado feb 10, 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/documentos/manual-de-vacunacion-edicion-2017>
35. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Ciudad de México: DOF; 2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
36. World Health Organization. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course [internet]. WHO; 2019 [citado dic 12, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856>
37. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004905.pub6>
38. World Health Organization. Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. Ginebra: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>
39. Walker R, Bennett C, Blumfield M, Gwini S, Ma J, Wang F, *et al.* Attenuating Pregnancy Weight Gain—What Works and Why: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2018;10(7):944. <https://doi.org/10.3390/nu10070944>
40. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 1999. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
41. World Health Organization. Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition [internet]. WHO; 2017 [citado dic 12, 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123>
42. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamiento de operación 2020 del Componente Desarrollo en la Infancia. México; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.pdf
43. Martínez-Vargas T. Educación inicial. Incorporación a la educación básica y obligatoria-CIEP [internet]. Investigaciones CIEP [citado feb 7, 2022]. Disponible en: <https://ciep.mx/educacion-inicial-incorporacion-a-la-educacion-basica-y-obligatoria/>
44. Secretaría de Educación Pública. Ley General de Educación. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 2017: 1-06. Disponible en: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley_general_educacion.pdf
45. Secretaría de Educación Pública. Aprendizajes clave para la educación integral. Educación preescolar: Plan y programa de estudios, orientaciones didácticas y sugerencias de evaluación. México: 2017. Disponible en: <https://www.usebeq.edu.mx/Content/estudia/C2122/MaterialesApoyo/Preescolar/ProgramasEstudio/aprendizajes%20clave%20en%20preescolar.pdf>
46. Council I of M and NR. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods. Washington DC: National Academies Press; 2000. <https://doi.org/10.17226/9824>
47. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [internet]. UN; 2020 [citado feb 7, 2022]. Disponible en: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202020%20review_Spa.pdf

48. United Nations International Children's Emergency Fund. Early Childhood Development Index 2030 (ECDI2030) [internet]. Unicef Data [citado feb 14, 2022]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>
49. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369(9555):60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
50. Belsky J, Bell B, Bradley RH, Stallard N, Stewart-Brown SL. Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):508-13. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl261>
51. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of children's cognitive ability: A longitudinal study of two nationally representative age cohorts. *J Aggress Maltreatment Trauma*. 2009;18(5):459-83. <https://doi.org/10.1080/10926770903035168>
52. Erickson MF, Egeland B. A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. *Sch Psychol Rev*. 1987;16(2):156-68. <https://doi.org/10.1080/02796015.1987.12085280>
53. Schneider MW, Ross A, Graham JC, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? *Child Abuse Negl*. 2005;29(5):513-32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.010>
54. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *Future Child*. 2000;10:23-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10911687/>
55. Pérez-Núñez R, Hidalgo-Solórzano E. Lesiones accidentales. En: Síntesis sobre políticas de salud. Cuernavaca, Morelos: 2021.
56. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022. Comunicado de prensa 644/23. Ciudad de México: INEGI; 2023.
57. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, Morelos: INSP; 2022.
58. Hidalgo-Solórzano E, Martínez-Nolasco MA, Martínez-Dávalos A, Híjar M. Lesiones no intencionales en México. *Ensanut Continua* 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65:s126-34. <https://doi.org/10.21149/14787>
59. Hidalgo-Solórzano E. Lesiones no intencionales en el hogar. En: Los accidentes como problema de Salud Pública: Una mirada desde la Academia Nacional de Medicina Academia Nacional de Medicina de México. 2014: 107-32.
60. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.a ed. Washington DC: OPS; 1995.
61. World Health Organization. Injuries and violence [internet]. WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>
62. Chandran A, Hyder AA, Peek-Asa C. The Global Burden of Unintentional Injuries and an Agenda for Progress. *Epidemiol Rev*. 2010;32(1):110-20. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxq009>
63. Chikritzhs T, Livingston M. Alcohol and the risk of injury. *Nutrients*. 2021;13(8):2777. <https://doi.org/10.3390/nu13082777>
64. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad. Datos y cifras [internet]. OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
65. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. 1.a ed. Distrito Federal: Secretaría de Salud/STCONAPRA; 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211448/ModeloIntegral.pdf>
66. Ávila-Burgos L, Medina-Solis CE, Pérez-Núñez R, Híjar-Medina M, Aracena-Genao B, Hidalgo-Solórzano E, et al. Prevalencia de accidentes de tránsito no fatales en México: resultados de la Ensanut 2006. *Salud Publica Mex*. 2008;50(Supl 1):38-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19107>
67. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Valdez-Santiago MDR, Híjar-Medina M. Análisis de las lesiones accidentales no fatales en población vulnerable, México 2018. *Salud Publica Mex*. 2019;61(6):907-16. <https://doi.org/10.21149/10549>
68. United Nations General Assembly. Resolution adopted by the general assembly: 70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York, USA: 2015.
69. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. México: DOF; 2015 [citado mar 8, 2023]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5386313&fecha=23/03/2015#gsc.tab=0
70. World Health Organization. The Global Health Observatory. Alcohol, heavy episodic drinking (population) past 30 days [internet]. WHO [citado dic 7, 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459>
71. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 4 Educación de Calidad [internet]. NU; 2015 [citado feb 13, 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/education/>
72. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. México: 2015. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf

73. Fondo de población de las Naciones Unidas México. Acceso universal a salud sexual y reproductiva: la clave para la igualdad de género [internet]. UNFPA; 2017. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/news/acceso-universal-salud-sexual-y-reproductiva-la-clave-para-la-igualdad-de-g%C3%A9nero-0#:~:text=igualdad%20de%20g%C3%A9nero-,Acceso%20universal%20a%20salud%20sexual%20y%20reproductiva%3A%20la,para%20la%20igualdad%20de%20g%C3%A9nero&text=La%20igualdad%20de%20g%C3%A9nero%20es,la%20paz%20y%20la%20seguridad.>
74. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, *et al.* Twenty Years After International Conference on Population and Development : Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *J Adolesc Health.* 2015;56(1):S1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015>
75. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, Wils A, Friedman HS, Mahon J, *et al.* Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *Lancet.* 2017;390(10104):1792-806. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30872-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30872-3)
76. World Health Organization. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Notas descriptivas [internet]. WHO; 2017 [citado sept 8, 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
77. Oizerovich S, Perrotta G. Salud sexual y salud reproductiva. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria. Argentina; 2017. Disponible en: <https://salud.gov.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>
78. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [internet]. UNFPA; 2022. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
79. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2014. El poder de 1.800 millones. Nueva York: UNFPA; 2014. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblacion-mundial-2014>
80. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, Morelos: INSP; 2022.
81. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;64(3):1-104. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6503a1>
82. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, *et al.* U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(4):1-66. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6504a1>
83. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México: DOF; 2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
84. World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: WHO; 1996.
85. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):297-308. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.055>
86. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(2):342-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.593>
87. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
88. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.a ed. Washington DC: OPS; 1995.
89. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
90. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez LA, Gutiérrez-Robledo LM, *et al.* Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Publica Mex.* 2013;55(3):267-74. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i3.7209>
91. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Isaac Acosta-Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, *et al.* Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2014;56(3):279-85. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i3.7346>
92. Hosseinpoor AR, Williams JAS, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, *et al.* Socioeconomic Inequality in Disability Among Adults: A Multicountry Study Using the World Health Survey. *Am J Public Health.* 2013;103(7):1278-86. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301115>
93. Oliver M. The social model of disability: thirty years on. *Disability Society.* 2013;28(7):1024-6. <https://doi.org/10.1080/096875992013818773>
94. World Health Organization, The World Bank. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
95. Washington Group on Disability Statistics. WG/Unicef Child Functioning Module (CFM) [internet]. The Washington Group on Disability Statistics [citado feb 7, 2022]. Disponible en: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-unicef-child-functioning-module-cfm/>

96. Washington Group on Disability Statistics. WG Short Set on Functioning (WG-SS) [internet]. The Washington Group on Disability Statistics; 2016 [citado feb 7, 2022]. Disponible en: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/>
97. Shisslak C, Crago M, Estes LS. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disor*. 1995;18(3):209-19. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199511\)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199511)18:3<209::AID-EAT2260180303>3.0.CO;2-E)
98. Palma O, Hernández MI, Villalobos A, Unikel C, Olaiz G BL. Association of Socioeconomic Status, Problem Behaviors and Disordered Eating in Mexican Adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *J Adolesc Health*. 2011;49(4):400-6.
99. Palma-Coca O, Hernández-Serrato MI, Villalobos-Hernández A, Unikel-Santoncini C, Olaiz-Fernández G, Bojórquez-Chapela I. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Ment*. 2004;27(1):38-49.
100. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validation of a brief questionnaire to measure the risk of abnormal eating behaviors. *Salud Publica Mex*. 2004;46(6):509-15.
101. United Nations. World Drug Report 2023 [internet]. UN; 2023 [citado dic 12, 2023]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
102. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/11ktpvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
103. Zapata-Arráez F, Matey-Cabañas JM, Montalvo-García G, García-Ruiz C. Chemical classification of new psychoactive substances (NPS). *Microchem J*. 2021;163:105877. <https://doi.org/10.1016/j.microc.2020.105877>
104. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. México: DOF; 2010.
105. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. México: DOF; 2010.
106. Escamilla-Núñez MC, Castro-Porras L, Romero-Martínez M, Zárate-Rojas E, Rojas-Martínez R. Detección, diagnóstico previo y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mexicanos. *Ensanut 2022. Salud Publica Mex*. 2023;65(Supl 1):153-62. <https://doi.org/10.21149/14726>
107. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS, 2004. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1
108. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. México: 2022. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1iEfpOX-zJ4vyBuKmqQdC5Q_Ks4uxTtGo/view
109. Palomino-Moral PA, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Rev Int Sociol*. 2014;72(Extra 1):71-91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
110. Hidalgo-Solórzano E, Martínez-Nolasco MA, Martínez-Dávalos A, Híjar M. Lesiones no intencionales en México. *Ensanut Continua 2022. Salud Publica Mex*. 2023;65(Supl 1):126-34. <https://doi.org/10.21149/14787>
111. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Comité de Aseguramiento de la Calidad Indicadores de calidad del INEGI Coeficiente de variación. México: INEGI; 2015. Disponible en: <http://sc.inegi.org.mx/repositorioNormateca/Pcal.pdf>
112. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. *JAMA*. 1963;185(12):914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
113. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
114. Groce NE, Mont D. Counting disability: emerging consensus on the Washington Group questionnaire. *Lancet Glob Health*. 2017;5(7):e649-50. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30207-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30207-3)
115. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB, *et al*. Sarcopenia: An Undiagnosed Condition in Older Adults. Current Consensus Definition: Prevalence, Etiology, and Consequences. International Working Group on Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(4):249-56. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.01.003>
116. Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1142-6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.008>
117. Doubova S V, Leslie HH, Kruk ME, Pérez-Cuevas R, Arsenault C. Disruption in essential health services in Mexico during Covid-19: an interrupted time series analysis of health information system data. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e006204. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006204>

118. Osendarp S, Akuoku JK, Black RE, Headey D, Ruel M, Scott N, *et al.* The Covid-19 crisis will exacerbate maternal and child undernutrition and child mortality in low- and middle-income countries. *Nat Food.* 2021;2(7):476-84. <https://doi.org/10.1038/s43016-021-00319-4>
119. Micronutrient Forum, GAIN. Fighting for global nutrition in an era of crises. Impact Report 2020-2022. MNF; 2023. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/fighting-global-nutrition-era-crises-impact-report-2020-2022>
120. Híjar M, Pérez-Núñez R, Hidalgo-Solórzano E, Hernández-Prado B, Valdez-Santiago R, Hamilton EB, *et al.* Unintentional injuries in Mexico, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Inj Prev.* 2020;26(Supl 2):i154-61. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043532>
121. Marín-Mendoza E, Vera-López JD, Híjar M, Hidalgo-Solórzano E, Valdez-Santiago R, Ong L, *et al.* Impacto de las lesiones accidentales e intencionales en México. Hallazgos del estudio Global Burden of Disease para 1990 y 2021. *Gac Med Mex.* 2023;159(6):582-90. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000377>
122. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Modelo para la Prevención de Lesiones por Caídas durante la Infancia y Adolescencia en México. Distrito Federal, México: Secretaría de Salud/STCONAPRA; 2016.
123. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database Sys Rev.* 2013;(3):CD006020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006020.pub3>
124. Turner S, Arthur G, Lyons RA, Weightman AL, Mann MK, Jones SJ, *et al.* Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Sys Rev.* 2011;2:CD003600. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003600.pub3>
125. Diario Oficial de la Federación. Ley General para el Control del Tabaco. Ciudad de México, México: Cámara de Diputados; feb 17, 2022. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgct.htm>
126. Poder Ejecutivo Federal, Secretaría de Economía, Secretaría de Salud. Decreto por el que se prohíbe la circulación y comercialización en el interior de la República, cualquiera que sea su procedencia, de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina, Sistemas Similares sin Nicotina, Sistemas Alternativos de Consumo de Nicotina, cigarrillos electrónicos y dispositivos vaporizadores con usos similares, así como las soluciones y mezclas utilizadas en dichos sistemas. México: DOF; may 31, 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/859617/22_DECRETO_productos_novedosos_y_emergentes_2022.pdf
127. Secretaría de Economía. Decreto por el que se expide la Ley de los Impuestos Generales de Importación y de Exportación. México: DOF; jun 7, 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5654292&fecha=07/06/2022#gsc.tab=0
128. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero M, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: INSP; 2021. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
129. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: INSP; 2022. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
130. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: OPS; 2017.
131. Reynales- Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, *et al.* Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México, México: 2017.
132. Barrera-Núñez DA, López-Olmedo N, Zavala-Arciniega L, Barrientos-Gutiérrez I, Reynales-Shigematsu LM. Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua 2022. Salud Publica Mex.* 2023;65(Supl 1):s65-74. <https://doi.org/10.21149/14830>
133. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Preventing tobacco use among youth and young adults: A report of the surgeon general. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/>
134. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo [internet]. OMS; 2008 [citado nov 13, 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43891>
135. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra, Suiza: OMS; 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=6EC2D36C6B19E898179FB69A482745E3?sequence=1>
136. Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Última Reforma DOF 29-05-2023. México: DOF; 1984 [citado dic 7, 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
137. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: 2010 [citado dic 7, 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=3BAA83D3FB1A15E4B361D8D-1816B07F3?sequence=1
138. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels [internet]. WHO; 2019 [citado jul 20, 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/alcohol/safer>

139. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol en la adolescencia [internet]. OPS; 2022 [citado feb 18, 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56381>
140. Secretaría de Educación Pública. Comunicado conjunto 56 Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones alcanza a 39.7 millones de personas [internet]. México: Gobierno de México; 2023 [citado feb 18, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/sep/articulos/140577>
141. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México: Informe de Actividades 2016. 1.a ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud/STCONAPRA; 2017.
142. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
143. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Código Latinoamericano y Caribeño contra el Cáncer. Lyon, Francia: 2023. Disponible en: <https://cancer-code-lac.iarc.who.int/es>
144. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. En 2023, Conasama atiende más de 339 mil personas en salud mental y consumo de sustancias [internet]. Comunicado, Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. Gobierno de México: 2024 [citado feb 17, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conasama/prensa/en-2023-conasama-atiende-mas-de-339-mil-personas-en-salud-mental-y-consumo-de-sustancias>
145. Comisión Nacional contra las Adicciones. Centro de Atención Ciudadana la Línea de la Vida. Comisión Nacional contra las Adicciones [internet]. Gobierno de México; 2023 [citado dic 11, 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/centro-de-atencion-ciudadana-contra-las-adicciones-134381>
146. Gobierno de México. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de adicciones [internet]. Gobierno de México [citado dic 7, 2022]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
147. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022-2030 [internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado feb 18, 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>
148. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Código Latinoamericano y Caribeño Contra el cáncer [internet]. Lyon, Francia: 2023 [citado feb 18, 2024]. Disponible en: <https://cancer-code-lac.iarc.who.int/es>
149. Lochman TJ, Roache AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual [internet]. *MSSE*. 1992;24(8):952 [citado feb 15, 2022]. Disponible en: https://journals.lww.com/acsm-msse/Citation/1992/08000/Antropometric_Standardization_Reference_Manual.20.aspx
150. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. WHO; 2006: 1-312. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
151. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660-7. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.043497>
152. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for Lead. Atlanta, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
153. Caravanos J, Dowling R, Téllez-Rojo M, Cantoral A, Kobrosly R, Estrada D, *et al*. Blood Lead Levels in Mexico and Pediatric Burden of Disease Implications. *Ann Glob Health*. 2014;80(4):269-77. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.08.002>
154. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, *et al*. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health*. 2022;6(6):e535-47. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00090-0)
155. Secretaría de Gobernación. Modificación de los numerales 3, 6.1, tabla 1, así como los numerales 1 y 1.1.10, del Apéndice A, de la Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población. México: DOF; 2017.
156. Trejo-Valdivia B, Lerma-Treviño C, Tamayo-Ortiz M, Cantoral A, Figueroa JL, Romero-Martínez M, *et al*. Intoxicación infantil por plomo en México: otras fuentes de exposición más allá del barro vidriado (Ensanut 2022). *Salud Publica Mex*. 2023;65(6):s197-203. <https://doi.org/10.21149/14798>
157. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [internet]. WHO, Unicef; 2021 [citado feb 14, 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
158. Fleiss JL, Levin B, Cho-Paik M. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 3.a ed. WILEY; 2003.
159. Barquera S, Rivera JA, Safdie M, Flores M, Campos-Nonato I, Campirano F. Energy and nutrient intake in preschool and school age Mexican children: National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex*. 2003;45(Supl 4):540-50.

160. Denova-Gutiérrez E, Ramírez-Silva I, Rodríguez-Ramírez S, Jiménez-Aguilar A, Shamah-Levy T, Rivera-Dommarco JA. Validity of a food frequency questionnaire to assess food intake in Mexican adolescent and adult population. *Salud Publica Mex.* 2016;58(6):617. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.7862>
161. Rodríguez-Ramírez S, Gaona-Pineda EB, Martínez-Tapia B, Arango-Angarita A, Kim-Herrera EY, Valdez-sánchez A, *et al.* Consumo de grupos de alimentos y su asociación con características sociodemográficas en población mexicana. *Ensanut 2018-19.* *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):693-703. <https://doi.org/10.21149/11529>
162. Cohen J, Haas J. Hemoglobin Correction Factors for Estimating the Prevalence of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women Residing at High Altitudes in Bolivia. *Pan Am J Public Health.* 1999;6(6):392-9. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891999001100004>
163. World Health Organization. Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK602198/>
164. Thurnham D, McCabe L, Halder S, Wieringa F, Clewes C, McCabe G. Adjusting plasma ferritin concentrations to remove the effects of subclinical inflammation in the assessment of iron deficiency: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(3):546-55. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29284>
165. World Health Organization. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva, Switzerland: WHO/NHD/01.3; 2001.
166. Beguin Y. Soluble transferrin receptor for the evaluation of erythropoiesis and iron status. *Clin Chim Acta.* 2003;329(1-2):9-22. [https://doi.org/10.1016/S0009-8981\(03\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S0009-8981(03)00005-6)
167. Carmel R. Biomarkers of cobalamin (vitamin B-12) status in the epidemiologic setting: a critical overview of context, applications, and performance characteristics of cobalamin, methylmalonic acid, and holotranscobalamin II. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(1):348S-58S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.013441>
168. De Benoist B. Conclusions of a WHO Technical Consultation on Folate and Vitamin B 12 Deficiencies. *Food Nutr Bull.* 2008;29(Supl 1):S238-44. <https://doi.org/10.1177/156482650802925129>
169. Holick MF. Vitamin D Deficiency. *New Engl J Med.* 2007;357(3):266-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMra070553>
170. Liu X, Baylin A, Levy PD. Vitamin D deficiency and insufficiency among US adults: prevalence, predictors and clinical implications. *Br J Nutr.* 2018;119(8):928-36. <https://doi.org/10.1017/S0007114518000491>
171. Green R. Indicators for assessing folate and vitamin B-12 status and for monitoring the efficacy of intervention strategies. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(2):666S-72S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.110.009613>
172. Habicht JP. Estandarización de metodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).* 1974;76(5). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10766>
173. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic-Gabhainn S, *et al.* The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *Int J Public Health.* 2009;54(S2):140-50.
174. Hernández B, Gortmaker SL, Laird NM, Colditz GA, Parra-Cabrera S, Peterson KE. [Validity and reproducibility of a questionnaire on physical activity and non-activity for school children in Mexico City]. *Salud Publica Mex.* 2000;42(4):315-23.
175. Medina C, Barquera S JI. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34:21-8.
176. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-Short and Long Forms. IPAQ; 2005.
177. Aubert S, Barnes JD, Demchenko I, Hawthorne M, Abdeta C, Abi Nader P, *et al.* Global Matrix 4.0 Physical Activity Report Card Grades for Children and Adolescents: Results and Analyses From 57 Countries. *J Phys Act Health.* 2022;19(11):700-28. <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0456>
178. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020.
179. American Academy of Pediatrics, Committee on Public Education. Children, adolescents, and television. *Pediatrics.* 2001;107(2):423-6. <https://doi.org/10.1542/peds.107.2.423>
180. Medina C, Jáuregui A, Hernández C, Shamah T, Barquera S, Tauler P, ed. Physical inactivity and sitting time prevalence and trends in Mexican adults. Results from three national surveys. *PLoS One.* 2021;16(7):e0253137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253137>
181. Collaboration NCDRF, Bixby H, Cowan MJ, Riley LM, Hajifathalian K, Fortunato L, *et al.* Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet.* 2016;387(10026):1377-96. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
182. Collaborators GBD. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13-27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>

183. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Publica Mex.* 2018;60(3):224-32. <https://doi.org/10.21149/8566>
184. Hall JE, Do Carmo JM, Da Silva AA, Wang Z, Hall ME. Obesity-Induced Hypertension. *Circ Res.* 2015;116(6):991-1006. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.305697>
185. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013 [internet]. WHO; 2013 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
186. Stamler J. Blood pressure and high blood pressure. Aspects of risk. *Hypertension.* 1991;18(Supl 3):95-107. https://doi.org/10.1161/01.HYP.18.3_Suppl.195
187. Clinical guideline. Hypertension in adults: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2011.
188. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2224-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
189. Collaborators GBDRF, Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Anderson HR, Bhutta ZA, *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1659-724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
190. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, *et al.* Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. *Hypertension.* 2005;45(1):142-61. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000150859.47929.8e>
191. Whelton PK, Carey RM, Mancia G, Kreutz R, Bundy JD, Williams B. Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines: Comparisons, Reflections, and Recommendations. *Circulation.* 2022;146(11):868-77. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054602>
192. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de sobrepeso, obesidad y etiquetado de alimentos y bebidas alcohólicas [internet]. México: DOF; 2019 [citado feb 13, 2022]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5578283&fecha=08/11/2019
193. Secretaría de Economía. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2012 [internet]. DOF [citado feb 13, 2022].
194. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva I, Lozada-Tequeanes AL. Prácticas de alimentación infantil antes y después de la pandemia por Covid-19, Ensanut 2012 a 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(6):559-69. <https://doi.org/10.21149/15085>
195. Vázquez-Salas R, Villalobos-Hernández A, Hubert López C, Allen B, Barrientos-Gutiérrez T, Unar-Munguía M, *et al.* Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de DIT. En: Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, eds. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19 Resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022: 157-8.
196. García-García L, Delgado-Sánchez G, Ferreira-Guerrero E, Ferreyra-Reyes L, Mongua-Rodríguez N, Martínez-Hernández M, *et al.* Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas. En: Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, eds. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19 Resultados nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022: 132-6.
197. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2013;55(Supl 2):S170-9.
198. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. México: DOF; 2018.
199. Diario Oficial de la Federación. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación [internet]. México: DOF; 2012 [citado feb 14, 2022]. Disponible en: http://diariooficial.segob.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5283976&fecha=02/01/2013
200. Cantoral A, Téllez-Rojo MM, Ettinger AS, Hu H, Hernández-Ávila M, Peterson K. Early introduction and cumulative consumption of sugar-sweetened beverages during the pre-school period and risk of obesity at 8-14 years of age. *Pediatr Obes.* 2016;11(1):68-74. <https://doi.org/10.1111/IJPO.12023>
201. Li B, Yan N, Jiang H, Cui M, Wu M, Wang L, *et al.* Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages and fruit juices and risk of type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, and mortality: A meta-analysis. *Front Nutr.* 2023;10:1019534. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1019534>
202. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum NN, Norat T, *et al.* Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol.* 2017;46(3):1029-56. <https://doi.org/10.1093/IJE/DYW319>

203. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Laure Preterre A, Iqbal K, *et al.* Food groups and risk of colorectal cancer. *Int J Cancer.* 2018;142(9):1748–58. <https://doi.org/10.1002/IJC.31198>
204. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Sana [internet]. OMS; 2018 [citado feb 14, 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
205. Rapallo R, Rivera R. Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios. 2030 – Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, N.o 11. Santiago de Chile: 2019.
206. Organización Mundial de la Salud. Consejos prácticos para mantener una alimentación saludable. En: Alimentación Sana [internet]. OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
207. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, *et al.* Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2019;393(10184):1958–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
208. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, de la Cruz-Góngora V, Rivera-Dommarco J, *et al.* Prevalence of diabetes and glycemic control in Mexico: national results from 2018 and 2020. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):725–33. <https://doi.org/10.21149/12842>
209. Sánchez-Romero LM, Canto-Osorio F, González-Morales R, Colchero MA, Ng SW, Ramírez-Palacios P, *et al.* Association between tax on sugar sweetened beverages and soft drink consumption in adults in Mexico: open cohort longitudinal analysis of Health Workers Cohort Study. *BMJ.* 2020;(369):1311. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1311>
210. Campos-Nonato I, Cervantes-Armenta MA, Pacheco-Miranda S, Quezada-Sánchez AD, Contreras-Manzano A, Barquera S, *et al.* Perception and Understanding of Guideline Daily Amount and Warning Labeling among Mexican Adults during the Law Modification Period. *Nutrients.* 2022;14(16):3403. <https://doi.org/10.3390/nu14163403>
211. Clark DC, Cifelli CJ, Pikosky MA. Growth and Development of Preschool Children (12–60 Months): A Review of the Effect of Dairy Intake. *Nutrients.* 2020;12(11):1–22. <https://doi.org/10.3390/NU12113556>
212. Astrup A, Dyerberg J, Selleck M, Stender S. Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obes Rev.* 2008;9(Supl 1):48–52. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00438.x>
213. Medina C, Tolentino-Mayo L, López-Ridaura R, Barquera S. Evidence of increasing sedentarism in Mexico City during the last decade: Sitting time prevalence, trends, and associations with obesity and diabetes. *PLoS One.* 2017;12:e0188518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188518>
214. Costa-Santos A, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health.* 2023;11(1):e32–9. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)
215. Yang F, Liu X, Zha P. Trends in socioeconomic inequalities and prevalence of anemia among children and nonpregnant women in low- and middle-income countries. *JAMA.* 2018;1(5):e182899. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.2899>
216. Gardner WM, Razo C, McHugh TA, Hagins H, Vilchis-Tella VM, Hennessy C, *et al.* Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Haematol.* 2023;10(9):e713–34. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00160-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00160-6)
217. Orjuela MA, Mejía-Rodríguez F, Quezada AD, Sánchez-Pimienta TG, Shamah-Levy T, Romero-Rendón J, *et al.* Fortification of bakery and corn masa-based foods in Mexico and dietary intake of folic acid and folate in Mexican national survey data. *Am J Clin Nutr.* 2009;110(6):1434–48. <https://doi.org/10.1093/AJCN/NQZ224>
218. Smith C, Teng F, Branch E, Chu S, Joseph KS. Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated With Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019;134(6):1234. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003557>
219. Bonvecchio-Arenas A, González W, Théodore FL, Lozada-Tequeanes AL, García-Guerra A, Alvarado R, *et al.* Translating Evidence-Based Program Recommendations into Action: The Design, Testing, and Scaling Up of the Behavior Change Strategy ESIAN in Mexico. *J Nutr.* 2019;149(Supl 1):2310S–22S. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz229>
220. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico en mujeres menstruantes. Ginebra: OMS; 2012.
221. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: OMS; 2014.
222. Stauder R, Valent P, Theurl I. Anemia at older age: etiologies, clinical implications, and management. *Blood.* 2018;131(5):505–14. <https://doi.org/10.1182/blood-2017-07-746446>
223. De la Cruz-Góngora V, Manrique-Espinoza B, Villalpando S, Téllez-Rojo Solís MM, Salinas-Rodríguez A. Short-Term Impact of Anemia on Mortality. *J Aging Health.* 2014;26(5):750–65. <https://doi.org/10.1177/0898264314529331>



Encuesta Nacional
de Salud y Nutrición 2023
RESULTADOS NACIONALES

Se terminó en septiembre de 2024.
La edición estuvo a cargo de la Subdirección
de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.