



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut Continua 2023) e indicadores de salud, desarrollo infantil temprano y nutrición de la primera infancia de Sinaloa

Entregable 3. Informe de Resultados

15 de diciembre de 2023



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

Hogar

Características de la población

Isela Vizuet Vega, Ignacio Méndez Gómez-Humarán, Erika Mayorga Borbolla

Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud

Adriana Vargas, M. Arantxa Colchero, Sergio Bautista-Arredondo

Apoyo de programas alimentarios

María del Carmen Morales Ruan y Araceli A. Salazar Coronel

Inseguridad alimentaria en los hogares

Verónica Mundo Rosas, Isela Vizuet Vega, Jesús Martínez Domínguez

Inseguridad del agua en los hogares

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

Suministro de agua

Alejandra Rodríguez Atristain, José Luis Figueroa Oropeza, 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, M. Arantxa Colchero, Sergio Bautista-Arredondo

COVID-19

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

Adriana Vargas, M. Arantxa Colchero, Sergio Bautista-Arredondo

Salud

Vacunación de niños, adolescentes y adultos

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

Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas

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

Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de DIT

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

Funcionamiento

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

Sintomatología depresiva

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

Disciplina

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

Salud sexual y reproductiva en adolescentes

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

Salud sexual y reproductiva en adultos

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

Accidentes

Elisa Hidalgo-Solórzano, José Arturo Valdés Méndez, Martha Hajar

Ataque y violencia

Rosario Valdez Santiago, Aremis Villalobos Hernández

Consumo de tabaco en adolescentes y adultos

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

Consumo de alcohol en adolescentes

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

Consumo de alcohol en adultos

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

Conductas alimentarias

Aremis Villalobos, Claudia Unikel, Maria I. Hernández Serrato

Programas preventivos y antecedentes heredofamiliares

Rosalba Rojas Martínez y Consuelo Escamilla Nuñez

Diagnóstico previo de enfermedades crónicas

Consuelo Escamilla Nuñez y Rosalba Rojas Martínez

Sustancias adictivas en adolescentes y adultos

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

Nutrición

Estado de nutrición de preescolares – Primera infancia

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

Estado de nutrición de escolares y adolescentes

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

Lactancia materna

Luz Dinorah González Castell

Sobrepeso y obesidad, Tensión arterial en adultos

Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Cecilia Oviedo Solís, Simón Barquera

Concentraciones de plomo en sangre y fuente de exposición

Martha María Tellez-Rojo, Luis F. Bautista-Arredondo, Belem Trejo-Valdivia, Carolina Lerma-Treviño, Edson Hernández-Bolaños, Luz María Gómez Acosta, Martín Romero-Martínez, Lucía Cuevas Nasu

Anemia en preescolares

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

Etiquetado frontal de alimentos empacados y bebidas embotelladas

Lizbeth Tolentino Mayo, Carlos Cruz Casarrubias, Janine Sagaceta, Regina Durán, Ana Munguía, Víctor Ríos, 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

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 Olguín, Angélica Denisse García Beltrán

Tabla de contenido

Presentación.....	7
Resumen ejecutivo.....	9
Metodología	15
Hogar.....	30
Utilización de servicios de salud	54
COVID-19.....	60
Salud	62
Niños	62
Adolescentes.....	107
Adultos.....	138
Nutrición.....	176
Niños	176
Adolescentes.....	187
Adultos.....	189
Referencias.....	204

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut Continua 2023) forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Ésta se ha constituido como un instrumento fundamental para la rendición de cuentas y la planeación del sector salud y otros sectores relacionados con la salud y la nutrición de la población mexicana. Hasta el año 2018 se habían realizado cuatro encuestas con una periodicidad de seis años, esto con la finalidad de poder evaluar las acciones del gobierno saliente y proporcionar al gobierno entrante información actualizada sobre temas relevantes en salud y nutrición para la planeación de acciones prioritarias en la materia.

A partir del año 2020, la Secretaría de Salud a nivel federal apoyó la propuesta del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de llevar a cabo la Ensanut de manera continua, con la finalidad de obtener información anual por un periodo de cinco años. De esta manera, través del periodo 2020-2024, se busca consolidar una muestra con diferentes alcances, obteniendo al final del periodo la representatividad nacional, regional, urbana y rural, de tal forma que en los cinco años se obtengan indicadores a nivel estatal.

El objetivo transversal de la Ensanut Continua es estudiar las condiciones de salud y nutrición de la población y la respuesta social organizada. Asimismo, también tiene un objetivo general secundario cada año. En su primer levantamiento en 2020, ante la grave situación que atravesaba México y el mundo derivado de la pandemia por Covid-19, la encuesta enfocó sus esfuerzos al estudio de varios aspectos relacionados con la pandemia, aunado a un conjunto mínimo de indicadores de salud, nutrición y desempeño del sistema de salud, por lo que llevó el nombre de Ensanut 2020 Covid-19. Uno de sus objetivos principales fue estimar la seroprevalencia de anticuerpos contra SARS-CoV-2 e identificar factores asociados, además de describir el conocimiento de la población sobre las medidas de mitigación promovidas por el gobierno y examinar la cobertura, utilización y calidad percibida de los servicios de salud ante la emergencia de la Covid-19. En el ámbito nacional, la Ensanut 2020 Covid-19 obtuvo una muestra efectiva de 10 217 hogares de las nueve regiones del país, lo cual permitió contar con estimaciones precisas de la mayor parte de los indicadores planteados. Para el año 2021, la Ensanut Continua, además de cubrir el

objetivo principal, obtuvo información sobre Covid-19 relacionada con la cobertura de vacunación y exposición de la población nacional al virus, con una muestra nacional de 12 619 hogares.

Para el año 2023, El Gobierno del estado de Sinaloa y su Secretaría de Salud, en un esfuerzo conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), consideraron la importancia de obtener resultados a nivel estatal sobre las condiciones de salud y nutrición de la población sinaloense. Además, se hizo un esfuerzo por reforzar la información que el Estado tiene en relación con la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI), esto con el fin de obtener información y dar seguimiento a diversos indicadores sobre el adecuado desarrollo integral de las niñas y los niños menores de seis años.

En este informe se presentan los principales indicadores de la Ensanut 2023 para el estado de Sinaloa, lo cual permite establecer una línea basal para evaluar el comportamiento de los indicadores de salud y nutrición que se presentan en el estado, e ir conformando un panorama de la salud y nutrición de la población del Estado de Sinaloa, al terminar el primer ciclo de Ensanut Continua 2020-2024.

Finalmente, agradezco a las autoridades estatales su interés y apoyo para poder llevar a cabo el estudio de indicadores de primera infancia en Sinaloa y el aporte de los recursos correspondientes para poder obtener una muestra que permita la representatividad estatal. De igual forma, me permito hacer patente el reconocimiento a la población sonoreense con menores de 5 años que respondió la encuesta y nos brindó su tiempo, lo que nos permitió obtener la información requerida.

Dr. Eduardo César Lazcano Ponce
Director General, Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen ejecutivo

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud y se realiza desde 1986. Para el período 2020-2024 esta encuesta paso de tener grandes tamaños de muestra con periodicidad sexenal a un tamaño mediano con periodicidad anual; de tal manera que tiene los objetivos de obtener estimaciones anuales a nivel regional y, al finalizar el 2024 será posible obtener las estimaciones a nivel estatal.

Para el año 2023, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del estado de Sinaloa en un esfuerzo conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública consideró la importancia de obtener resultados a nivel Estatal sobre las condiciones de Salud y Nutrición de la población sinaloense; así como en relación con la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI), con el fin de obtener información y dar seguimiento a diversos indicadores sobre el adecuado desarrollo integral de los niños y las niñas menores de 5 años.

Hogar

Dentro de los principales hallazgos, la Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa recolectó información de 1037 hogares; mostró que la distribución de la muestra fue similar a la del Censo de Población y Vivienda 2020 para la entidad, indicando un índice de masculinidad de 0.98. El 23.8% de los hogares se encontraron en localidades rurales y el 33.9% contaba con jefatura femenina. En el 5.0% de los hogares usan leña como combustible para cocinar, menos del 2.7% carece de agua potable entuba adentro de la vivienda, 2.1% tienen piso de tierra y 0.5% no cuentan con energía eléctrica. La escolaridad promedio de la población de 15 años y más fue de 12.7 años; con 59.7% de la población de 15 a 24 años asistiendo a la escuela y el 98.8% de 6 a 14 años de edad. El 62.7% de la población económicamente activa son empleados.

Con relación a las necesidades de salud de la población en los tres meses previos a la entrevista, de 3327 informantes 30.6% reportó haber tenido alguna necesidad de salud, de ellos, el 87.6% buscó atención, el 86.3% recibió atención, pero solo 46.6% se atendió en los servicios públicos de salud. La principal necesidad fue por eventos agudos (36.0%). El 35.0% de los derechohabientes del IMSS y también el 35% del ISSSTE se atendieron en

servicios privados o consultorios adyacentes a farmacias; para la población sin derechohabencia esta proporción fue del 66.0%.

En el 43.5% de los hogares reportaron que al menos alguno de sus integrantes recibe algún programa social de ayuda alimentaria, siendo en mayor proporción la Pensión para el Adulto mayor (86.2%), seguido del Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (19.5%) y los programas de alimentos escolares modalidad fríos (3.1%).

Otras de las características estudiadas a nivel de hogar, fue la inseguridad alimentaria y la inseguridad del agua y su suministro. En lo referente a inseguridad alimentaria, se encontró que el 24.2% presento inseguridad alimentaria moderada o severa. En cuanto a la inseguridad del agua, se encontró que el 14.5% presentaron algún nivel de inseguridad. El 62.3% de los hogares reportó haber recibido agua de la red pública de manera diaria y con un suministro continuo solo el 38.6% (24 horas los 7 días de la semana). Cerca del 66.7% de los hogares deben almacenar agua, el 25.8% recurren a contenedores como cubetas.

Sobre la utilización de servicios de salud de 584 individuos que reportaron usarlos, 35.1% fue en IMSS; 13.1% SSA; 6.8% ISSSTE; 0.8% otros servicios públicos (SEDENA, PEMEX, SEMAR); 22.9% en CAF; 14.2 en consultorios en domicilios de médicos; 3.4% en consultorios dentro de hospital privado; 1.7% en consultorios en torre médica; 0.3% en área de urgencias u hospitalización privada; 0.2% atención privada en su domicilio, y 1.8% en otros privados, principalmente. Los motivos para acudir a ese lugar fueron principalmente la afiliación en 40.9% y la cercanía (24.0%). Al 93.3% de los usuarios le recetaron medicamentos, 66.2% reportaron gasto en este rubro, siendo la mediana del gasto de 400 pesos.

Módulo COVID-19

En relación con la cascada de secuelas de COVID-19, se encontró que el 1.6% tuvo un diagnóstico de COVID-19 durante 2023, de éstos, 13.3% tuvo secuelas por más de tres meses; 9.5% buscó atención médica para resolverlas. El 1.3% de los pacientes diagnosticados con COVID-19 indican que las secuelas le impiden cuidarse por sí mismos.

Salud de la población de 0 a 9 años

En cuanto a los temas de salud de la población de 0 a 9 años, se encontraron los siguientes hallazgos relevantes. Sobre la atención prenatal de las madres de menores de 2 años de edad, el 92.2% indicaron que contaron con un control adecuado de mínimo cinco consultas y el 100% tuvieron un parto atendido por personal del área médica. Solo el 66.3% de los y las menores de 5 años asistieron a consulta del niño sano, de ellos, más del 90% fueron pesados y medidos, solo al 68.1% se les otorgaron suplementos de hierro.

La prevalencia de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en menores de 5 años fue de 8.9%; mientras que de infección respiratoria aguda fue del 38.5%. Además, en población menor de 10 años se identificó que el 3.0% sufrió alguna lesión provocada por un accidente en los últimos 12 meses, el tipo de accidente más frecuente fueron caídas (55.8%).

Salud de la población adolescente de 10 a 19 años

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 1.6%, la prevalencia de consumo de cigarro electrónico fue de 13.7%. El consumo actual de alcohol en este grupo de edad fue de 18.1%, el consumo excesivo se encontró en el 11.2%. En cuanto a las sustancias adictivas, el 73.4% conoce o ha escuchado hablar sobre el fentanilo, 3.3% ha usado drogas médicas y el 2.3% ha usado drogas ilícitas alguna vez en su vida.

Sobre la salud sexual de esta población se encontró que el 81.2% reportó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivos, el 70.7% identifica que el condón masculino es útil para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual. El 35.2% de los adolescentes de 12 a 19 años de Sinaloa han iniciado vida sexual. Sin embargo, de los que han iniciado vida sexual, el 12.3% reportó no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

La población adolescente que reportó algún daño a la salud por accidentes en los 12 meses previos a la entrevista fue del 8.7%, el tipo de accidentes más frecuentes fueron con

accidentes viales 41.8%, seguidas de caídas con el 35.9%, y los lugares donde se registraron los accidentes fueron la vía pública (61.4%), en su escuela (19.1%) y en el trabajo (6.4%).

Se estimó que el 5.9% de la población adolescente presta sintomatología depresiva. Finalmente, la prevalencia de dificultad funcional en población de 2 a 17 años, se encontró una prevalencia de dificultades en al menos un ámbito en el 12.9%.

Salud del adulto de 20 años o más

En cuanto a otros factores de riesgo como la detección oportuna de padecimientos, se resalta que solo el 34.8% de las mujeres de 20 años o más de Sinaloa se realizaron el Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo a la entrevista, y el 32.1% se realizó una exploración clínica de senos. Los adultos de 20 años y más que acudieron a detección de diabetes e hipertensión fueron 29.6 y 27.8%, respectivamente. El consumo actual de tabaco fumado en la población adulta fue de 17.3%, el 17.2% son exfumadores y el 65.5% nunca han fumado. En relación con el consumo de alcohol en esta población fue de 57.3%, el consumo excesivo se encontró en el 41.8%. En cuanto a las sustancias adictivas, el 79.5% conoce o ha escuchado hablar sobre el fentanilo, 8.2% ha usado drogas médicas, principalmente tranquilizantes (5.3%) y el 15.5% ha usado drogas ilícitas alguna vez en su vida, siendo el 13.7% la marihuana y 4.9% la cocaína.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población adulta del estado de Sinaloa, el 93.6% reportó haber iniciado vida sexual, el 45.8% no utilizó algún método anticonceptivo en la última relación sexual. En salud materna, se encontró que el 82.9% de las mujeres de 20 a 49 años de la entidad señalaron haber estado alguna vez embarazadas, el 98.7% recibió atención médica con el último hijo nacido vivo; siendo las principales medidas de atención prenatal la detección de sífilis (69.0%) y VIH (81.8%) y la prescripción de ácido fólico (97.9%); el porcentaje de cesáreas fue de 57.2%, cifra superior a lo recomendado por la OMS y la NOM-007. Al 71.8% de estas mujeres les proporcionaron algún método anticonceptivo.

El 7.6% de los adultos de 20 años o más presentaron daños a la salud por accidentes en el año previo a la entrevista. El tipo de accidente más reportado fueron las caídas (40.3%) y

accidentes viales (24.5%). Además, el 2.5% de los adultos de 20 años y más reportaron haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses previos a la entrevista. Por otro lado, el 19.1% de los adultos de 20 años o más presentaron sintomatología depresiva moderada o severa. El 8.4% de la población mayor de 18 años mostró algún ámbito de funcionamiento con dificultades.

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas por diagnóstico médico previo se encontró del 10.4% para diabetes (25.6% en adultos de 60 años y más), hipertensión con 22.1%, 23.2% para enfermedad renal e hipercolesterolemia en el 28.9%, principalmente.

Nutrición

En población de 1 a 4 años de edad se determinó su exposición a plomo, encontrando una prevalencia de intoxicación por este metal del 10.3%, el 70% de los hogares con menores de 5 años se encontró expuesto a fuentes de contaminación por plomo siendo la ambiental en el 45.8% y el uso de loza de barro vidriado en el 31.3%.

Para la población escolar de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue del 30.8%; mientras que en la población de 12 a 19 años se encontró en 35.4%. Para la población de 20 años o más, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró en 76.1% con IMC; y la obesidad abdominal en 84.1%; además, la prevalencia de hipertensión arterial total de 39.0% en mujeres y 36.4% para hombres, considerando el hallazgo en encuesta y el diagnóstico médico previo.

Primera infancia

En cuanto a los indicadores estimados en la muestra con representatividad de la población menor de 5 años de Sinaloa, solo el 17.9% cuentan con una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano y se estimó que el 79.3% de las niñas(os) tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar social. Sobre la educación de esta población 7.6% de las niñas/os de 0 a 35 meses asiste a algún programa de cuidado o educación inicial, mientras que 71.2% de las niñas/os de 36 a 59 meses asiste a preescolar. El 60.4% de las niñas/os son disciplinados mediante algún método violento de disciplina (ya sea física o psicológica).

Para los menores de 24 meses de la entidad, el 55.5% tuvo inicio temprano de la lactancia, es decir, dentro de la primera hora posterior al nacimiento; además el 26.7% tuvo lactancia materna exclusiva.

En cuanto al estado de nutrición de la primera infancia de Sinaloa, la baja talla fue prevalente en 9.8% y el 6.7% de las y los menores de 5 años presentan sobrepeso más obesidad.

Finalmente, se encontró que el 10.4% de los niños y las niñas de 1 a 4 años de la entidad tienen anemia, siendo los de 1 a 2 años de edad los que presentan una mayor prevalencia con el 20.8%.

Con los resultados mostrados por la Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa y los indicadores de salud, desarrollo infantil temprano y nutrición para la primera infancia, será posible identificar áreas de oportunidad para la intervención del estado con políticas públicas que busquen atender a la población más vulnerable y reducir las brechas en salud y nutrición.

Metodología

Antecedentes

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 4 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 retoma sus objetivos iniciales de acumular información para generar estimaciones para las 32 entidades federativas en el año 2024.

Para el año 2023, la Secretaría de Salud del estado de Sinaloa inició su participación en la Ensanut Continua 2023, con el interés de obtener información actualizada que permita describir la situación de diversos indicadores de salud y nutrición en la población de la entidad. Adicionalmente, se requirió la estimación de indicadores relacionados con el adecuado desarrollo integral de los niños y niñas menores de 5 años en el contexto de la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI).

La población objetivo de la Ensanut Continua 2023 Sinaloa 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. Adicionalmente, se seleccionó una muestra de Primera Infancia, que tuvo como población objetivo a los hogares donde habitan niños menores de 5 años. Las muestras de ENSANUT Continua 2023 y Primer Infancia fueron seleccionadas de modo independiente. Entonces, para estimar parámetros sobre población de 0-4 años, se conjuntaron los hogares con menores de 0-4 de la Ensanut Continua 2023 con los hogares con niños de la muestra para Primer Infancia.

Objetivos

Generales

1. Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores relevantes sobre las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes sociales en el estado de Sinaloa.
2. Estimar indicadores útiles de la Primera Infancia (desarrollo infantil temprano, anemia, estado de nutrición y prácticas de lactancia materna) en una muestra de niñas y niños menores de 5 años representativa a nivel estatal.

Específicos

- 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 en el estado de Sinaloa a nivel del hogar.
- Determinar el estado de nutrición de la población en el estado, y cuantificar la magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición y de la obesidad.
- Cuantificar las prevalencias y distribución de enfermedades crónico-degenerativas en los adultos (personas de 20 años en adelante).
- Estudiar factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, incluyendo patrones dietéticos y otros relacionados con estilos de vida en la población de Sinaloa para todos los grupos de interés.
- Estudiar las prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria) en menores de 36 meses del estado.

- Cuantificar las prevalencias de anemia en la población.
- Cuantificar la exposición al Plomo (Pb) por medio de la medición de la concentración de Pb en sangre capilar en los grupos poblacionales más vulnerables a la intoxicación por este metal: niños de 1-4 años y mujeres embarazadas.
- 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.
- 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.
- Estimar indicadores de desarrollo infantil temprano en menores de 5 años de edad a nivel estatal.
- Evaluar la calidad del contexto de menores de 5 años en términos de agresiones psicológicas o castigo físico a nivel estatal.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis definidas son las siguientes:

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

La Ensanut Continua 2023 asignó un tamaño de muestra de 330 entrevistas completas de hogar al estado de Sinaloa y un tamaño de muestra mínimo de 1,000 entrevistas completas de hogar por región. Entonces, con el propósito de poder hacer inferencias para el estado de Sinaloa que sean comparables a las inferencias regionales de la Ensanut 2023, se realizó una sobre-muestra de 670 entrevistas completas de hogar en el estado de Sinaloa. A la unión de la sobre-muestra y la muestra de Ensanut Continua 2023 se le denomina Ensanut Continua 2023 Sinaloa, la cual tuvo un tamaño de muestra de 1,000 entrevistas completas de hogar distribuidas en 42 unidades Primarias de Muestreo (UPM). Respecto, a la muestra de la Encuesta de Primera Infancia, se seleccionaron de modo independiente a 41 UPM, para entrevistar en ellas solo a hogares donde habitan niños en edad 0-4 años y acumular, junto con la Ensanut, al menos 600 entrevistas de menores 0-4 años.

Las inferencias prioritarias a realizarán para la muestra Ensanut que podemos mencionar son: en los adultos se estimara la prevalencia de las principales enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad), en los niños se estimarán las coberturas de la vacunación y en los adolescentes se estimará la frecuencia de los accidentes y la violencia.

Marco de muestreo

El marco de muestreo de las unidades primarias de muestreo (UPM) es un listado de AGEB (Áreas Geo-estadísticas Básicas) construido por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). En las localidades rurales (localidades con menos de 2,500 habitantes) se usaron las AGEB del conteo 2005 para formar conglomerados de localidades (UPM), pero la selección de UPM se hizo con información del Censo de Población y Vivienda de 2020; en contraste, en las localidades urbanas (localidades con más de 2,499 habitantes) se usaron las AGEB del Censo 2020 como UPM.

Selección de unidades primarias de muestreo

Las unidades primarias de muestreo (UPM) se clasificaron en tres estratos en función del tamaño de localidad: Rural, Urbano, Metropolitano (ver Cuadro2).

Cuadro 2. Estratificación de unidades primarias de muestreo

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

Las UPM se seleccionaron con probabilidad proporcional a su población y el tamaño de muestra (en UPM) que se asigna a los estratos fue proporcional a la población del estrato en el estado. La selección de UPM se hizo de modo independiente para las muestras de Ensanut y Primera Infancia.

Selección de unidades secundarias de muestreo

El esquema de selección dependió del tipo de estrato y de la muestra (Ensanut o Primera Infancia). En las UPM de los estratos urbano o metropolitano, se seleccionaron cinco manzanas con probabilidad proporcional a la población en la manzana para la muestra Ensanut y, en promedio, 8.5 manzanas para la muestra primera infancia. En contraste, en el caso de las UPM del estrato rural, se seleccionaron dos localidades con probabilidad proporcional a su tamaño (población total) para la Ensanut, pero un promedio de 3.8 localidades para la Encuesta de Primera Infancia.

Selección de viviendas en muestra Ensanut

En cada una de las manzanas seleccionadas se realizó una selección de seis viviendas en campo, usando muestreo sistemático con arranque aleatorio; la selección de viviendas fue realizada por un equipo denominado “Cartografía”, ajeno al equipo de entrevistadores. En las localidades rurales, dado que no existen mapas de manzanas disponibles para las localidades rurales, se construyeron pseudo-manzanas en campo (conglomerados de aproximadamente 50 viviendas), para luego seleccionar una pseudo-manzana con muestreo sistemático por cada localidad, y en ella formar conglomerados de aproximadamente 15 viviendas; la selección del conglomerado se hizo con muestreo aleatorio simple.

Selección de viviendas en muestra Primera Infancia

En cada una de las manzanas seleccionadas se realizó, siempre que fue posible, una selección de 30 viviendas mediante la selección de dos conglomerados de 15 viviendas; cuando hay menos de 30 viviendas en una manzana, se hace un censo de viviendas. La selección de viviendas es realizada por el equipo denominado “Cartografía” con ayuda de una computadora. En las localidades rurales no existen disponibles mapas de manzanas, entonces, se construyen pseudo-manzanas en campo (conglomerados de aproximadamente 50 viviendas), para luego seleccionar dos pseudo-manzanas en cada localidad. Adicionalmente, el equipo de “Cartografía” indagó de modo económico (una visita) la existencia de niños en edad 0 a 4 años. Una vez terminado el trabajo de cartografía, se seleccionaron para entrevista: a) el 80% de los hogares donde se reportó la existencia de niños en edad 0 a 4 años y b) 80 viviendas del resto (sin niños o sin respuesta).

Selección de personas dentro de las viviendas

En las viviendas seleccionadas se identificaron a todos los hogares y se aplicó un cuestionario a cada hogar, que sirvió para hacer la selección de personas. La selección de personas dentro del hogar se hizo en dos etapas; primero, se dividió a la población en los cinco grupos etarios del cuadro 3, y después, se seleccionó a una muestra de personas y utilizadores como lo detalla el cuadro.

Cuadro 3. Grupos de selección de individuos en muestra de Ensanut

Grupo de selección	Descripción	Fracción de muestreo
Preescolar	Niños de 0 a 4 años	Todos
Escolar	Niños de 5 a 9 años	Uno por hogar
Adolescentes	Adolescentes de 10 a 19 años	Uno por hogar
Adultos 20-44	Adulto de 20 a 44 años	Uno por hogar
Adultos 45- +	Adulto de 45 y más	Uno por hogar
Utilizador	Personas que fueron atendidas por alguna necesidad de salud durante los últimos 3 meses.	Hasta 2 utilizadores en el 80% de los hogares.

Una vez seleccionadas las personas y utilizadores, a cada uno de ellos se les aplicó su cuestionario individual de salud; luego, en una segunda visita al hogar se aplicaron los cuestionarios de nutrición con las fracciones de muestreo siguientes con las siguientes fracciones de muestreo a las personas seleccionadas (adultos, adolescentes, preescolares, escolares): antropometría (100% en personas de 0 o más años), frecuencia de consumo de alimentos para participantes de un año en adelante (38%), obtención de muestras de sangre venosa para enfermedades crónicas (30% en adultos de 20 años y más), prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (100% de los niños 0 a 2 años). Finalmente, hemoglobina (38% en población de un año en adelante).

Tamaño de muestra en Ensanut

El tamaño de muestra de una encuesta depende de los parámetros a estimar, la variabilidad del atributo de interés en la población, el procedimiento de muestreo y la precisión requerida para las estimaciones. En la Ensanut Continua Guanajuato 2023, los parámetros principales serán prevalencias que describan los estados de salud y nutrición. La precisión de las estimaciones de las prevalencias fue calculada mediante la fórmula:

$$d = 1.96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} Deff}$$

Donde n es el número de mediciones, P = prevalencia a estimar, Z = Cuantil 97.5% de una distribución normal ($Z=1.96$), δ es la semi-amplitud del intervalo de confianza, $\Pr(|P - \hat{P}| \leq \delta) = 0.95$ y $deff$ es el efecto de diseño de muestra el cual se interpreta como el número de unidades colectadas por un procedimiento de muestreo específico que son equivalentes, para propósitos de estimación, con una unidad colectada mediante muestreo aleatorio simple. Estimamos al $Deff$ como $Deff= 2$, valor que es una cota a los efectos de diseño de las estimaciones nacionales en la ENSANUT 2022 para las siguientes prevalencias: diagnóstico previo de diabetes (adultos 20+ años), consumo de alcohol en el último año (adolescentes 10-19 años) e incidencia de diarrea en los últimos quince días (niños 0 a 4 años). Se propuso un tamaño de muestra mínimo de $n=1,000$ hogares, en donde se espera obtener los siguientes cuestionarios para los temas de salud y nutrición ver (Cuadros 4 y 5)

Cuadro 4. Tamaño de muestra esperados para los cuestionarios de salud

Cuestionario	Seleccionados	Tasa de respuesta	Completos
Hogares Completos	1,262	79%	1,000
Niñas y niños 0-4 años	197	87%	172
Niñas y niños 5-9 años	215	91%	195
Adolescentes 10-19 años	402	84%	339
Adultos 20 y + años	1,371	83%	1,140
Utilizadores	333	85%	284

Cuadro 5. Tamaño de muestra esperados para los cuestionarios de nutrición. La tasa de respuesta está calculada respecto de cuestionarios completos de salud.

Cuestionario	Grupo de Edad	Tasa respuesta	Fracción de muestreo	Completos
Antropometría	0 y más años	81%	100%	1,488
Frecuencia de alimentos	1 y más años	73%	38%	514
Etiquetado	20 años y más	70%	80%	641
Plomo	1-4 años y embarazadas	68%	100%	104
Lactancia	0 a 2 años	82%	100%	85
Sangre venosa para enfermedades crónicas	20 años y más	58%	30%	197
Hemoglobina	1 y más, excluyendo hombres 12-19 años	54%	38%	342

Entonces, a partir del cuadro 6, podremos calificar la precisión de las estimaciones para los diferentes cuestionarios de acuerdo a los criterios del INEGI; Si cv es el coeficiente de variación de la estimación, entonces, se considera: baja confiabilidad cuando $cv \geq 30\%$, confiabilidad tolerable si $cv > 15\%$ y $cv < 30\%$, y finalmente, alta confiabilidad si $cv \leq 15\%$. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_precision_estadistica.pdf

- En adultos ($n=1,140$), se podrán hacer estimaciones con confiabilidad tolerable para $p > 5\%$
- En adolescentes ($n=339$), se podrán hacer estimaciones con confiabilidad tolerable para $p > 7\%$
- En utilizadores ($n=284$), niños 0-4 ($n=172$) y niños 5 a 9 años ($n=195$), se podrán hacer estimaciones con confiabilidad tolerable para $p > 12\%$.

Cuadro 6. Semi-amplitud de los intervalos de confianza para diferentes tamaños de muestra y prevalencias. En negritas están señaladas las estimaciones con confiabilidad alta o tolerable (cv<30%),

n	Prevalencia				
	0.05	0.07	0.1	0.12	0.2
100	0.06	0.07	0.08	0.09	0.11
200	0.04	0.05	0.06	0.06	0.08
300	0.03	0.04	0.05	0.05	0.06
400	0.03	0.04	0.04	0.05	0.06
500	0.03	0.03	0.04	0.04	0.05
600	0.02	0.03	0.03	0.04	0.05
700	0.02	0.03	0.03	0.03	0.04
800	0.02	0.03	0.03	0.03	0.04
900	0.02	0.02	0.03	0.03	0.04
1000	0.02	0.02	0.03	0.03	0.04
1100	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03
1200	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03

Tamaño de muestra en Primera Infancia

La precisión de las estimaciones depende del parámetro a estimar, la variabilidad del atributo de interés en la población, el procedimiento de muestreo y el tamaño de muestra. Para la Primera Infancia 2023, los principales parámetros a calcular son prevalencias, entonces se estimó la semi-amplitud (δ) de los intervalos de confianza (95%) mediante la expresión:

$$\delta = 1.96 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} Deff}$$

Donde n = número de entrevistas, p = prevalencia a estimar y $deff$ = es el efecto de diseño estimado del procedimiento de muestreo. El índice $Deff$ ¹ puede interpretarse como el número de unidades colectadas por un procedimiento de muestreo específico que son equivalentes, para propósitos de estimación, con una unidad colectada mediante muestreo aleatorio simple. El $Deff$ se estimó mediante dos componentes: D_1 cuantifica el efecto del uso de conglomerados y D_2 cuantifica el efecto del procedimiento de muestreo de la segunda etapa. D_1 es modelado por $D_1 = 1 + \rho(b-1)$ donde b es el número esperado de entrevistas por conglomerado y ρ es el coeficiente de correlación intra-conglomerados. El valor de ρ fue estimado con $\rho=0.016$, el cual fue el valor promedio estimado en la ENSANUT 2021 para las prevalencias de: posesión de libros ($\rho =0.04$), posesión de cartilla de vacunación ($\rho =0.02$), diarrea en los últimos 15 días ($\rho =-0.01$), gripe en los últimos 15 días ($\rho =0.04$), accidente en los últimos 12 meses ($\rho =-0.01$); en consecuencia, si se esperan 600 entrevista en 41 UPM (en promedio), $D_1 = 1 + \rho(b-1)$ fue estimado con el valor promedio por $D_1 = 1 + 0.016 (600/41 -1) = 1.22$.

Por otra parte, para modelar el efecto de la variabilidad de los ponderadores realizaremos la siguiente aproximación:

- a) Si se seleccionan 7,500 viviendas, el 50% responde cartografía y el 17% reporta la existencia de niños, entonces, se tendrían 620 viviendas que serían seleccionadas con probabilidad 1 ($f=1$).
- b) En consecuencia, tendríamos 6,852 viviendas donde no tenemos información de la existencia de niños 0-4 años; luego, si seleccionamos 80 viviendas, estas tendrían un factor de expansión $f=85$ ($6862/80$). Los factores de expansión grandes son truncados, aproximadamente el 10%, con un factor de truncamiento de 1.65 veces la desviación estándar del $\log(f)$. Finalmente, los factores de ponderación tendrían un coeficiente de variación de $cv= 1.45$.
- c) Entonces D_2 , el efecto de diseño debido al muestreo en la segunda etapa, puede ser aproximado por $D_2 = 1 + (cv)^2 = 3.1$; lo cual implica un $Deff$ total de $Deff = (1.22*3.1) = 3.79$.

¹ $deff = Var(\hat{\theta}; \text{muestreo M})/Var(\hat{\theta}; \text{Muestreo aleatorio simple})$ El $Deff$ compara a la varianza de un procedimiento de muestreo M con la varianza de un muestreo aleatorio simple.

En las 620 viviendas se espera obtener 426 entrevistas completas de niños 0-4 años, las cuales resultan de suponer: TR_hogar = 78%, TR_individuo=87%, 1.19 niños por hogar y tasa de acierto del 85% en la identificación de hogares con niños. Adicionalmente, se espera que la ENSANUT 2023 obtenga 172 entrevistas completa, entonces al sumar 426+172 se completarían 598 entrevistas completas. El cuadro 7 presenta la estimación de las semi-amplitudes, cuando se consiguen 600 entrevistas de niños, bajo el supuesto del efecto diseño calculado (Deff=3.79).

Cuadro 7. Semi-amplitud de los intervalos de confianza cuando se entrevistan 600 niños y se supone un Deff= 3.79

p	d	CV
0.05	3%	35%
0.1	5%	24%
0.15	6%	19%
0.2	6%	16%
0.3	7%	12%
0.4	8%	10%
0.5	8%	8%
0.6	8%	6%
0.7	7%	5%

Con el fin de juzgar la pertinencia de las semi-amplitudes, en el cuadro 3 se presenta el coeficiente de variación de las estimaciones; entonces, con base en los criterios de INEGI para clasificar la precisión de las estimaciones podemos decir que: para prevalencias mayores al 20% las estimaciones tienen alta precisión (CV menor al 15%), para prevalencias entre 10% y 20% las estimaciones tendrán precisión moderada (CV entre

15% y 30%) y finalmente, para prevalencias menores al 10% tendremos estimaciones con precisión baja (CV mayor a 30%).

Alcance

El diseño de muestra de las encuestas Ensanut Continua 2023 y de indicadores para la Primera Infancia de Sinaloa, tiene diferencias con el diseño de otras encuestas realizadas por el INSP (Ensanut 2018-19, Ensanut 2012, Ensanut 2006), pero las estimaciones definidas sobre regiones geográficas (localidades rurales, localidades urbanas, estados, municipios) son comparables porque el muestreo es probabilístico y las preguntas de las encuestas son comparables. Por otra parte, en la Ensanut Continua 2023 e indicadores de Primera Infancia están presentes las variables de la post-estratificación sociodemográficas de hogares usada en las publicaciones de Ensanut desde 2006; entonces, será posible hacer comparaciones de parámetros condicionados por el post-estrato socioeconómico usado en otras encuestas.

Respecto a la incertidumbre de las estimaciones presentadas, todas las estimaciones son inciertas debido al error de muestreo, es decir, a la obtención de conclusiones a partir de un subconjunto de población (muestra). El error de muestreo de cualquier estimador puede ser cuantificado por un intervalo de confianza y en este informe no se incluyeron todos los intervalos de confianza dada la gran cantidad de estimaciones reportadas; sin embargo, éstos pueden ser calculados a partir de las bases de datos de las encuestas. Adicionalmente, es importante señalar que dada la cantidad de intervalos de confianza que se presentan, existe una posibilidad de que algunos de ellos sean equivocados en el sentido de no incluir el parámetro; también, se desea enfatizar que algunos intervalos de confianza pudieran no ser de utilidad práctica para los tomadores de decisiones, especialmente, si los intervalos son muy amplios; lo que es más probable que suceda en parámetros estimados con pocas observaciones. Finalmente, se comenta que los cuestionarios aplicados a niños en edad 0-4 años, se identifican por la muestra con la cual fueron obtenidos (Ensanut o Primera Infancia); entonces será posible obtener dos estimaciones: Ensanut y con conjunto de ambas (Ensanut + Primer Infancia); siendo esta última la recomendada para la población menor de 5 años porque es la que tendrá mayor precisión.

Logística de campo

Se conformaron 20 equipos de trabajo a nivel nacional, conformados por encuestadores y los antropometristas, supervisores y operadores de vehículos. Cada integrante de los equipos fue capacitado y estandarizado, en la aplicación de cuestionarios y mediciones biológicas para garantizar la calidad de los datos recabados. El estado de Sinaloa fue visitado por siete de estos grupos de trabajo.

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 y septiembre, 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 agosto a mediados del mes de noviembre.

El grupo de cartógrafos recorrió las AGEBs 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, el procedimiento en cada hogar fue el siguiente para el componente de salud:

1. Los encuestadores 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 aleatoria a las personas por grupo de edad para la aplicación de los cuestionarios individuales de salud y de usuarios de servicios de salud. En el caso de los y las seleccionados(as) menores a 10 años, las preguntas fueron formuladas a sus padres o tutores. Para el resto de los grupos de edad, el cuestionario se aplicó directamente a la persona elegida.

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

3. Se realizaron las mediciones antropométricas, de tensión arterial y obtención de las muestras de sangre capilar (casual).
4. En una visita subsecuente al hogar se recolectaron las muestras de sangre venosa.
5. Además, se aplicaron a los integrantes seleccionados los cuestionarios correspondientes a cada edad para frecuencia de consumo de alimentos, prácticas de lactancia materna y alimentación infantil.

Por otro lado, de manera paralela al operativo de Ensanut; en el estado se estará realizando el operativo para recabar la información para los indicadores la Primera Infancia. Este operativo constó de dos etapas: 1) cartografía y 2) recolección de información.

El grupo de cartógrafos realizó los mapas de las viviendas en las manzanas seleccionadas por AGEB; además, mediante una breve entrevista casa por casa identificará en los mapas las viviendas en las que vivan niñas y niños menores de 5 años.

Finalmente, en la segunda etapa del operativo en campo, el grupo de entrevistadores acudió a cada una de las viviendas seleccionadas y realizó las entrevistas a las madres o cuidadoras de todos los menores de 5 años que vivan en esos hogares. Además, se tomó una muestra de sangre capilar para la determinación de anemia y se realizaron mediciones de peso y talla o longitud de los niños y niñas seleccionadas.

Tanto para el operativo de campo de la Ensanut continua 2023 de Sinaloa y el de Indicadores de salud, desarrollo infantil temprano y nutrición para la primera infancia; 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

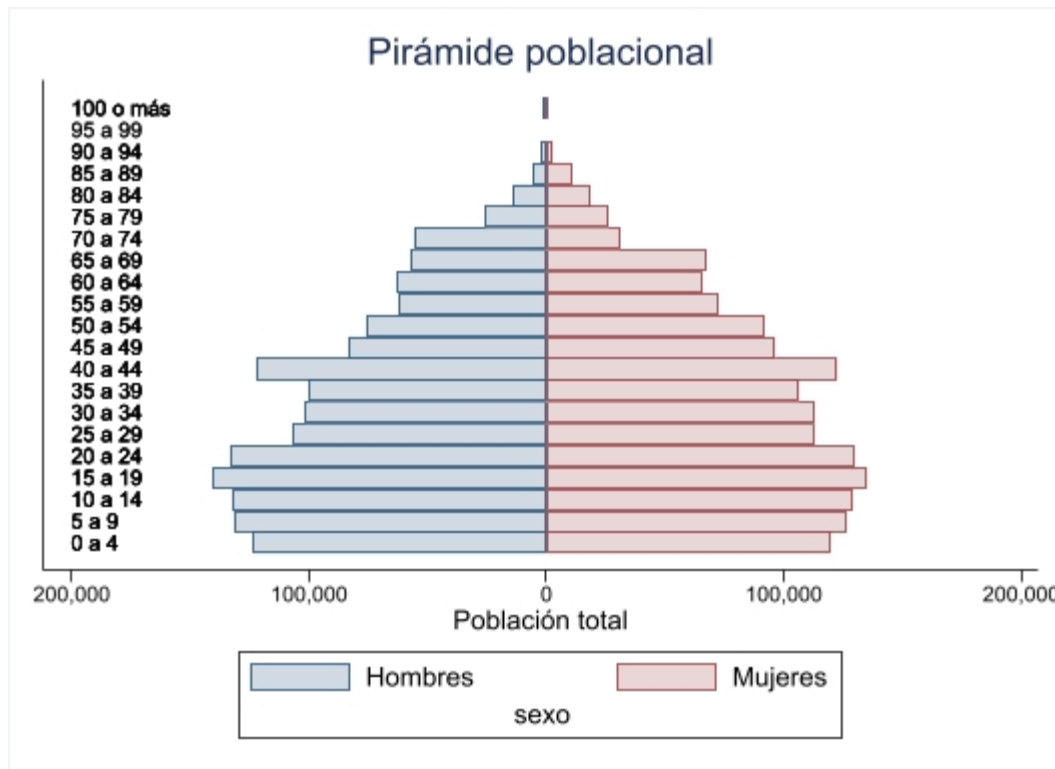
Se construyeron tablas de totales poblacionales y proporciones estimadas, para las características de los hogares y las características sociodemográficas de sus integrantes. Para variables numéricas se estiman los promedios con intervalos de confianza. Los procedimientos de estimación se realizaron por medio del paquete estadístico Stata 16.1.

El estado de salud de las personas juega un papel muy importante para desarrollar sus actividades día con día en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven, y este está íntimamente asociado al entorno que rodea al individuo, desde lo ambiental hasta lo social y lo físico. Un medioambiente saludable es trascendental para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, tal como se plantea en el Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 de las Naciones Unidas.¹ Por ello, el ambiente al que están expuestos los hogares y el tipo de vivienda, son elementos que permiten conocer el estado de salud de sus habitantes, por lo que se torna relevante la recopilación de esta información para describir el panorama actual al que está expuesta la población, así como a los diversos riesgos en los que viven y los factores que predisponen sus condiciones y calidad de vida.

Población

Durante el levantamiento del trabajo de campo de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa se obtuvo información de 1 037 hogares, los cuales representan 916 455 hogares del estado. El promedio de individuos que habitan estos hogares fue de 3.2, representando a 2 936 779 habitantes de esta entidad, donde el 49.4% (IC95% 48, 50.8) eran hombres y el 50.6% (IC95% 49.2, 52) mujeres (figura 1.1.1), datos similares a lo reportado en el Censo de Población y Vivienda 2020 (48.6% hombres y 51.4% mujeres),² con un índice de masculinidad de 0.98. En estos hogares se identificó que la jefatura del hogar corresponde en 33.9% a las mujeres.

Figura 1.1.1. Pirámide poblacional estimada para el estado de Sinaloa, México. Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

En el cuadro 1.1.1 se muestra la distribución de los hogares según la localidad, observándose un mayor número de hogares entrevistados en el área urbano (76.2%).

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

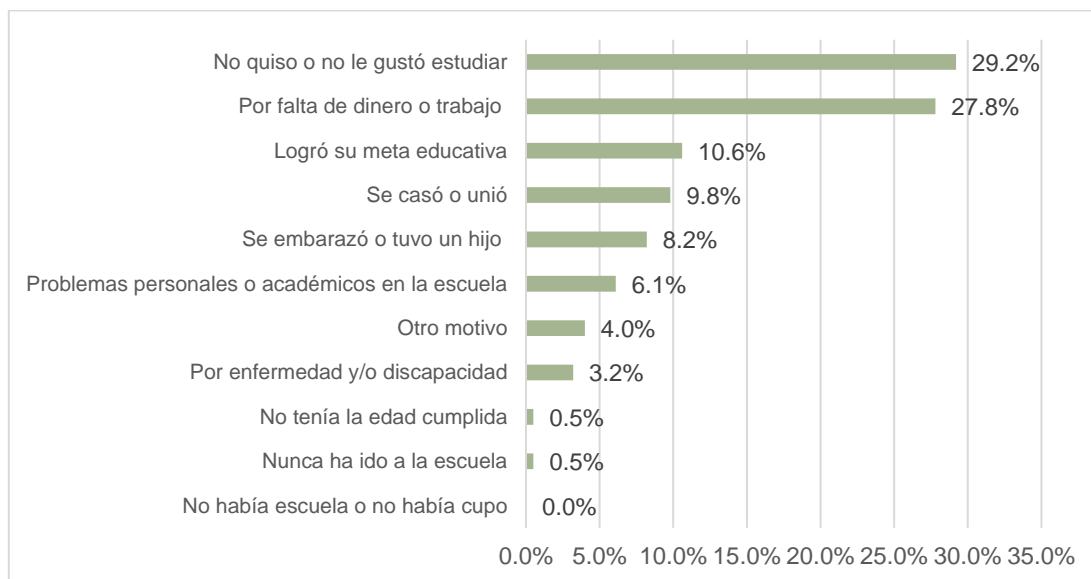
Tipo de localidad	Hogares		% (IC 95%)
	Muestra	Expandido	
Urbano	751	698 774	76.2 (74.0, 78.4)
Rural	286	217 681	23.8 (21.6, 26.0)
Total	1 037	916 455	100

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Educación

En lo que respecta a la educación, se identificó que el 98.8% (IC95% 96.5, 99.6) 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 59.7% (IC95% 53.1, 65.9). 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 3 principales razones son: 1) porque no quiere o no le gustó estudiar (29.2%, IC95% 22.5,37.0), 2) por falta de dinero o trabajo (27.8%, IC95% 20.9, 36.0) y 3) logró su meta educativa (10.6%, IC95% 6.4,17.2).

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



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

En cuanto a la condición analfabetismo, el 3.5% (IC95% 2.5, 4.8) reportó no saber leer ni escribir un recado. El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más en Sinaloa fue de 12.7 años. Asimismo, 0.4% (IC95% 0.2, 0.7) de la población de cinco años o más habla una lengua indígena, de la cual 71.2% habla también español.

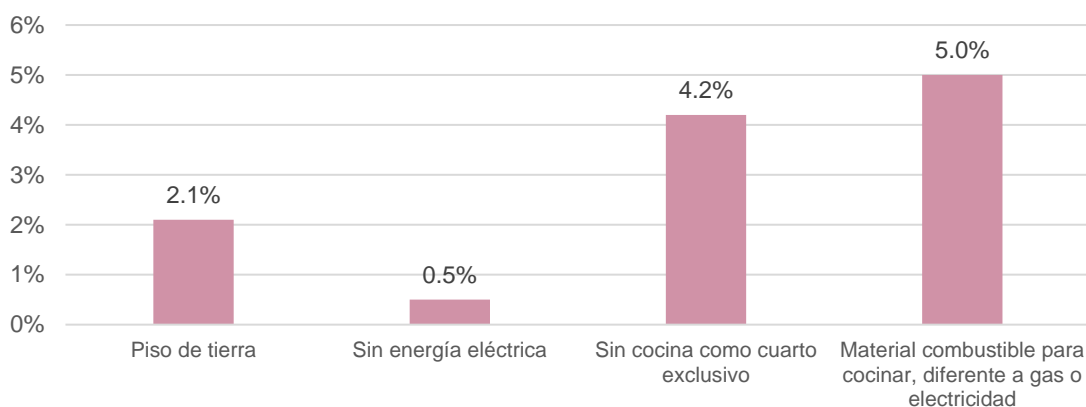
Vivienda

Con relación a la disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, observamos que, el 2.1% (IC95% 1.1, 4.0) de las viviendas tienen piso de tierra y el 0.5% (IC95% 0.2, 1.2) no tienen luz eléctrica. Sobre un cuarto exclusivo para cocinar, el 4.2% (IC95% 2.8, 6.3) informó no tenerlo y el 5.0% de los hogares reportaron que usan leña o carbón como combustible para cocinar.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, que garanticen a sus ocupantes una protección contra el desalojo u otra amenaza y cuenten con los servicios básicos, la población entrevistada refirió en un 70.3% (IC95% 66.3, 74.1) que algún integrante del hogar es propietario de la vivienda, el 10.5% (IC95% 7.4, 14.7) la está pagando, el 10.1% (IC95% 7.6, 13.2) informó que renta la vivienda donde habita con su familia y al 7.3% (IC95% 5.7, 9.2) se la han prestado.

Tomando en cuenta que una vivienda debe tener acceso a un saneamiento adecuado, encontramos que el 79.1% (IC95% 68.9, 86.6) tiene una conexión de drenaje a la red pública, aunque se encontró que el 1.2% (IC95% 0.5, 3.3) aún no tiene ningún tipo de drenaje. El 86.7% (IC95% 80.1, 91.4) cuenta con agua entubada dentro de la vivienda, el 10.6% (IC95% 7.0, 15.6) solo en el terreno y un 2.7% (IC95% 1.4, 5.3) no cuenta con este servicio, el 49.8% de ellos (IC95% 18.9, 80.8) la obtiene de otra vivienda. (figura 1.1.3).

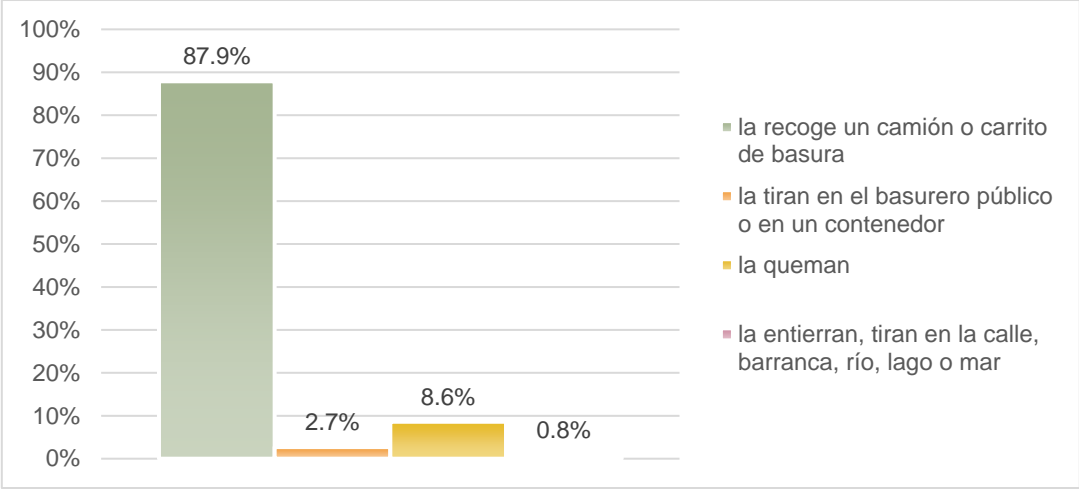
Figura 1.1.3 Distribución en porcentajes de las características de las viviendas. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

En cuanto a la recolección de la basura, en el 87.9% (IC95% 77.8, 93.8) de las viviendas, hay un camión o carrito que la recoge; sin embargo, se encontró que en un 8.6% (IC95% 3.8, 18.3) quema la basura (figura 1.1.4).

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

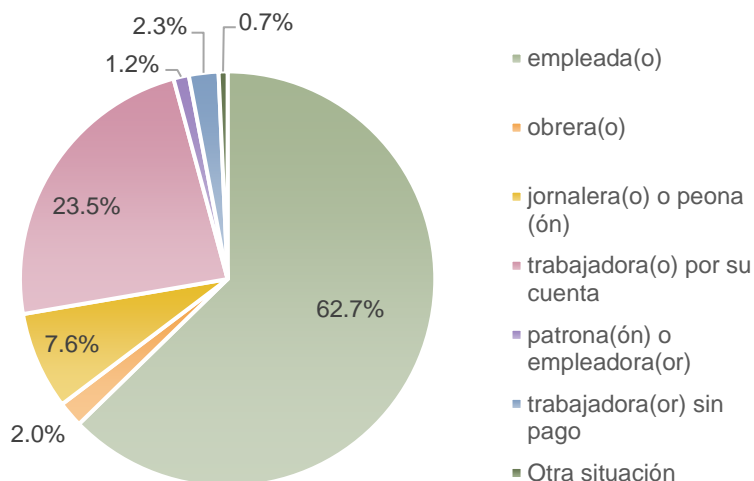


Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Ocupación laboral

En cuanto a la ocupación laboral de la semana previa a la entrevista, el 56.0% (IC95% 53.5, 58.6), refirió haber trabajado al menos una hora. La principal ocupación fue ser empleado o empleada en un 62.7% (IC95% 58.8, 66.5), seguido de ser trabajador por su cuenta con un 23.5% (IC95% 20.2, 27.1) (figura 1.1.5).

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



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

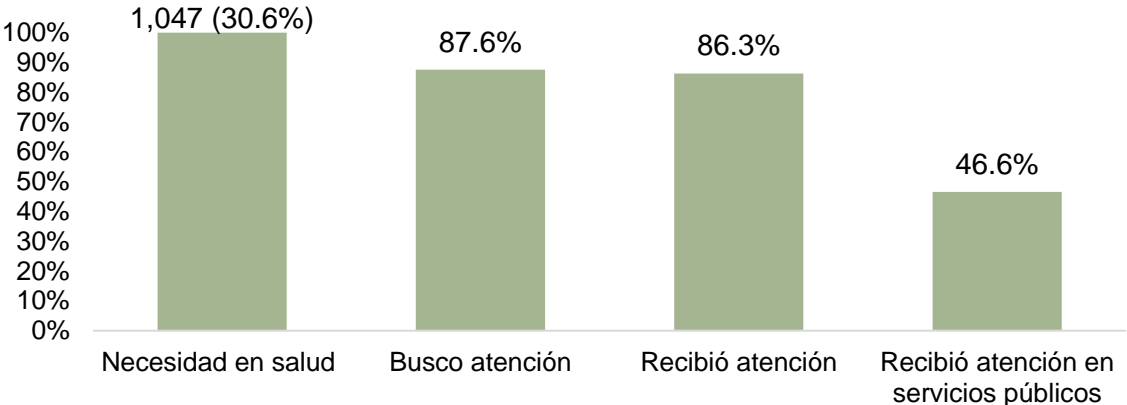
1.2 Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud

El objetivo de esta sección es dar a conocer quiénes tuvieron una necesidad de salud, dónde recibieron atención, cuáles fueron los motivos para no buscar atención y la comparación entre el lugar de atención versus la derechohabencia.

Cascada de atención

La cascada de atención representa la proporción de la población que tuvo una necesidad de salud (enfermedad, lesión, malestar psicológico, consulta programada, servicio de medicina preventiva; no importa si fue o no fue a buscar atención) en los últimos tres meses, quienes buscaron y recibieron atención y quién se atendió en servicios públicos de salud. La figura 1.2.1 muestra que, de 3,327 entrevistados, el 30.6% tuvo una necesidad de salud; de esta proporción el 87.6% buscó atención, el 86.3% recibió atención y el 46.6% lo hizo en servicios públicos.

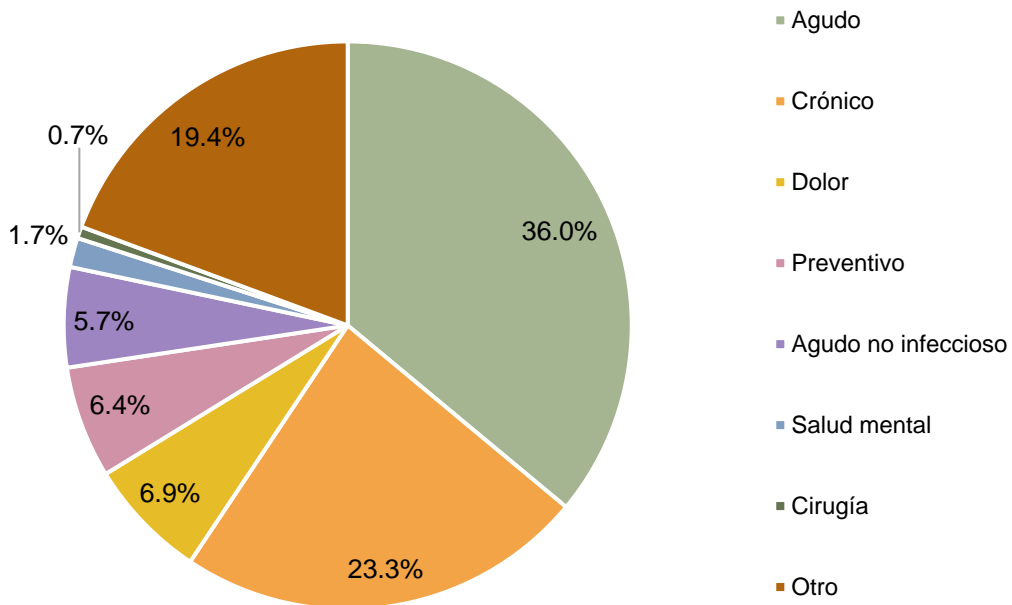
Figura 1.2.1. Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2023 (n=1,047). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

La figura 1.2.2 muestra la distribución de necesidades de salud. El 36.0% de los entrevistados reportó haber tenido alguna infección agudas (respiratorias, estomacales, COVID-19); 23.3% enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o gastritis; 6.9% dolores crónicos o agudos en músculos, huesos o sistema nervioso; 6.4% tuvo necesidades preventivas como vacunación, chequeos, consultas de seguimiento; 5.7% presentó eventos agudos no infecciosos (dolor de cabeza, lesiones físicas, accidentes, fiebre); 1.7% manifestó necesidades relacionadas con salud mental (estrés, ansiedad, depresión); 0.7% tuvo cirugías, y 19.4% tuvo otras necesidades.

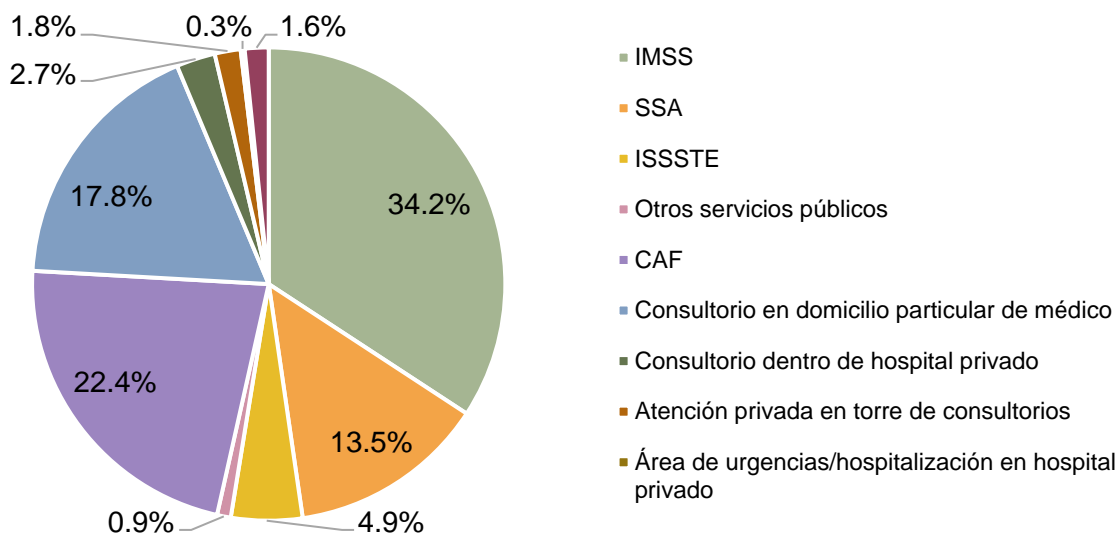
Figura 1.2.2. Distribución de las necesidades de salud reportadas (n=1,047). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

La figura 1.2.3 muestra la distribución del lugar de atención por la necesidad de salud reportada. El 34.2% se atendió en el IMSS; 22.4% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF); 17.8% en consultorios en domicilios particulares de los médicos; 2.7% en consultorios dentro de un hospital privado; 13.5% en consultorios u hospitales de la Secretaría de Salud (SSA); 4.9% en el ISSSTE; 1.8% en una torre de consultorios privados, 1.6% en otros servicios privados, y 0.9% en otros servicios públicos. El 53.5% se atendió en servicios públicos y 46.5% en servicios privados.

Figura 1.2.3. Lugar donde atendió la necesidad de salud reportada (n=897). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Nota: Otros servicios públicos incluyen a la Secretaría de Defensa Nacional, Petróleos Mexicanos y la Secretaría de Marina. Otros servicios privados incluyen organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en el domicilio del entrevistado, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista).

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

El cuadro 1.2.1 muestra los motivos por los cuales la población no buscó atención, entre ellos destacan el 55.2% que decidió que no era necesario buscar atención porque consideró que no era grave su necesidad; 16.2% porque era caro o no tenía dinero; 7.8% porque no tuvo tiempo, y 3.5% porque le programaron la cita.

Cuadro 1.2.1. Motivos de no búsqueda de atención (n=136). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Motivo	Proporción
Decidió que no era necesario buscar atención porque no era tan grave	55.2%
Es caro / No tenía dinero	16.2%
No tuvo tiempo	7.8%
Me programaron la cita	3.5%
Está muy lejos en lugar más cercano donde se brinda atención	2.8%

Motivo	Proporción
Quien brinda la atención no me inspira confianza	1.6%
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	1.4%
No tuvo quién lo(a) llevara o acompañara	1.0%
Los trámites son muy tardados	0.6%
Otro	10.0%

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

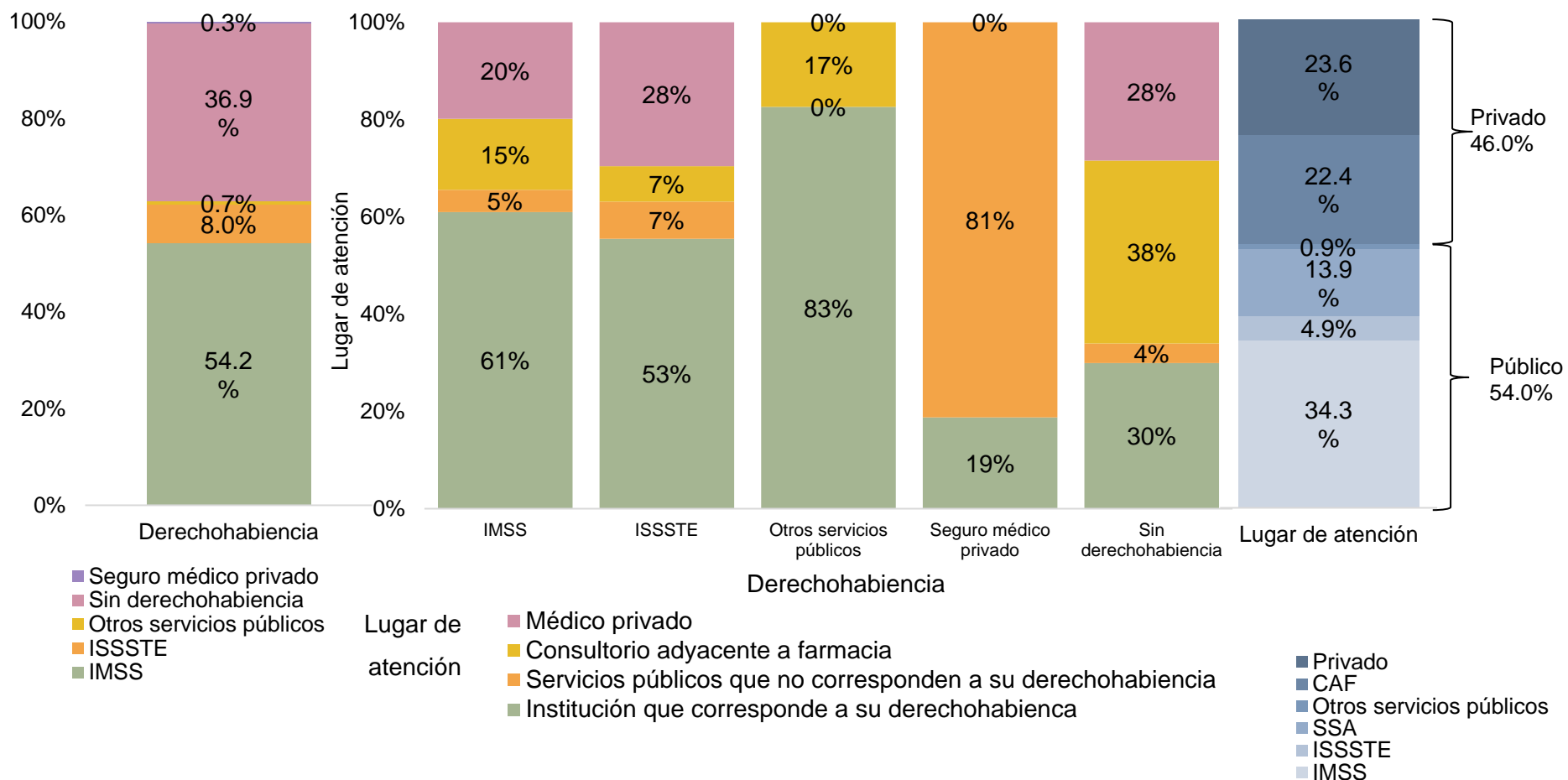
La figura 1.2.4 muestra la distribución de la derechohabiencia (columna izquierda), lugar de atención agregada (última derecha) y el contraste entre derechohabiencia versus lugar de atención (columnas centrales).

De 895 personas atendidas, 54.2% tiene derechohabiencia al IMSS; 36.9% no tiene derechohabiencia; 8.0% tiene ISSSTE; 0.7% tiene otros servicios públicos como es Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX) o Secretaría de Marina (SEMAR), y el 0.3% tiene servicios médicos privados.

En cuanto a derechohabiencia versus lugar de atención, quienes son derechohabientes a IMSS destaca que el 61% se atendió en esta misma institución; 20% con médicos privados, y 15% en CAF. De los afiliados al ISSSTE, 53% se atendió en la institución que le corresponde; 28% con médicos privados, y 7% en servicios públicos distintos al ISSSTE y 7% en CAF. De los afiliados a SEDENA, PEMEX o SEMAR (otros servicios públicos), el 83% se atendió en estas instituciones y el 17% en CAF. De la población con servicios médicos privados, el 19% se atendió en lugares privados y 81% en servicios públicos. De la población sin derechohabiencia, el 38% acudió a CAF, 30% se atendió en instituciones de la SSA (lugar que le corresponde), y 28% con médicos privados.

Respecto al lugar de atención, 54% se atendió en servicios públicos y 46% en servicios privados. En servicios públicos destacan IMSS 34.3%, SSA 13.9% e ISSSTE 4.9%. En servicios privados, principalmente 23.6% fue en varios lugares privados como consultorios, hospitales, domicilio particular, en torres de consultorios, etc, y 22.4% en CAF.

Figura 1.2.4. Derechohabiencia versus lugar dónde se atendió (n=895 individuos atendidos). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Nota: las columnas Otros servicios públicos e ISSSTE tienen 8 y 42 observaciones, respectivamente. Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

1.3 Apoyo de programas sociales

La información sobre la pertenencia a algún programa social se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario diseñado para tal fin. Se solicitó información para cada uno de los integrantes del hogar de acuerdo a su elegibilidad para recibir el programa.

Se analizó información de 1037 hogares que representan 916,454 hogares en el estado de Sinaloa. De ellos, el 43.5% recibe apoyo de algún programa social, 40.5% recibe solo apoyo de un programa y el 3% es beneficiario de 2 programas. Respecto a la distribución de los programas por tipo de localidad, en localidades rurales el 53.6% de los hogares recibe algún programa social y en las urbanas el 40.3%.

Los programas con mayor cobertura en Sinaloa son el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, ya que aproximadamente 9 de cada 10 adultos mayores lo recibe, y el programa de Becas para el Bienestar Benito Juárez que se encuentra presente en 20% de los hogares.

El programa de abasto Social de Leche a cargo de Liconsa S.A. de C.V. está en 2.7% de los hogares, el Programa de Alimentación Escolar del DIF en sus modalidades de desayunos fríos en 3.0% y calientes en 1.0%, el programa de despensas alimentarias del DIF beneficia a 1.9% y el programa para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras en 1.2%. (Cuadro 1.3.1).

El programa de pensión para el Bienestar de personas con discapacidad está presente en 51,683 hogares y el programa de Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días en 419 hogares (datos no mostrados).

Cuadro 1.3.1 Porcentaje de hogares que reciben programas sociales en el estado de Sinaloa. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Programa social	Muestra n*	Expansión		
		N(miles)*	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche LICONSA S.A. de C.V.	1037	916.5	2.7	(1.5 , 4.5)
Programa Pensión para adultos mayores	281	260.0	86.2	(80.8 , 90.2)
Programa Despensas de alimentos del DIF	1037	916.5	1.9	(1.1 , 3.2)

Programa social	Muestra n*	Expansión		
		N(miles)*	%	IC95%
Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF	428	364.0	3.1	(1.4 , 6.3)
Programa Alimentos Escolares (modalidad Calientes) del DIF	427	363.3	1.0	(0.4 , 2.3)
Programa Comedores Populares del DIF	1037	916.5	0.1	(0.0 , 0.4)
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	1037	916.5	0.3	(0.0 , 0.8)
Programa Alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	570	492.7	---	---
Programa Jóvenes construyendo el futuro	420	361.8	1.2	(0.2 , 4.8)
Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez	656	567.9	19.5	(16.9 , 22.2)
Programa Para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras	257	219.0	1.2	(0.4 , 2.9)

*Número de hogares elegibles para cada programa de acuerdo con las características de sus integrantes
N(miles)= Frecuencia expandida/1000
Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

1.3 Seguridad Alimentaria

Las experiencias de inseguridad alimentaria que viven los miembros del hogar, se estimaron a partir de los datos recolectados en la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) armonizada para México.³

La ELCSA se administró a la persona encargada de la compra, preparación o administración de los alimentos en el hogar y se compone de 15 preguntas (P) con opciones de respuesta “sí” y “no”, divididas en dos secciones: la primera está integrada de ocho preguntas que se refieren a los miembros adultos del hogar (P1 a P8). En la segunda sección (P9 a P15) las preguntas se refieren a condiciones que afectan a los menores de 18 años en el hogar. Cada pregunta indaga sobre experiencias vividas en los tres meses previos a la fecha de la entrevista, respecto a algunas dimensiones de la inseguridad alimentaria como calidad, cantidad y hambre, debido a la falta de dinero u otros recursos.⁴

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.⁵ Los puntajes utilizados para cada categoría por tipo de hogar, se encuentra descrito 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

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

En el año 2023, se recolectó información de 1022 hogares que representan a 905,000 hogares del estado de Sinaloa. El cuadro 1.4.2 destaca que el 46.7% de los hogares entrevistados se encuentra en seguridad alimentaria mientras que el 53.2% se ubicó en algún grado de inseguridad alimentaria, de los cuales, 24.2% se encuentra en las categorías de moderada o severa.

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

Nivel de seguridad alimentaria	n	N (miles)	Expansión	
			%	IC 95%
Seguridad alimentaria	460	422.9	46.7	(42.8 , 50.6)
Inseguridad Leve	308	262.6	29.0	(25.3 , 32.9)
Inseguridad Moderada	142	120.7	13.3	(11.4 , 15.5)
Inseguridad Severa	112	98.7	10.9	(8.8 , 13.3)
Total	1022	905.0	100.0	

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

En el cuadro 1.4.3 resalta que 58.2% de los hogares rurales, 53.6% de los urbanos y 51.0% de los metropolitanos, se ubican en inseguridad alimentaria leve, moderada o severa.

Un dato relevante es que las localidades rurales y urbanas presentaron una mayor proporción de hogares con inseguridad alimentaria moderada y severa (27.0% y 26.5, respectivamente) en comparación con las metropolitanas (con 100 mil o más habitantes) (22.1%).

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

Tipo de localidad	Nivel de seguridad alimentaria	n	N (miles)	Expansión	
				%	IC 95%
Rural (<2500 Hab)	Seguridad alimentaria	115	89.8	41.7	(33.1 , 50.8)
	Inseguridad Leve	95	67.2	31.2	(21.7 , 42.5)
	Inseguridad Moderada	42	33.8	15.7	(12.5 , 19.4)
	Inseguridad Severa	30	24.4	11.3	(8.2 , 15.3)
	Total	282	215.2	100	
Urbano (2500-99,999 Hab)	Seguridad alimentaria	116	94.5	46.4	(37.7 , 55.3)
	Inseguridad Leve	70	55.1	27.1	(22.1 , 32.6)
	Inseguridad Moderada	37	26.7	13.1	(9.2 , 18.3)
	Inseguridad Severa	34	27.3	13.4	(7.5 , 22.6)
	Total	257	203.7	100	
	Seguridad alimentaria	229	238.6	49.1	(44.1 , 54.0)

Tipo de localidad	Nivel de seguridad alimentaria	n	N (miles)	Expansión	
				%	IC 95%
Metropolitano (100mil y + Hab)	Inseguridad Leve	143	140.3	28.9	(24.1 , 34.0)
	Inseguridad Moderada	63	60.1	12.4	(9.7 , 15.5)
	Inseguridad Severa	48	47.1	9.7	(7.4 , 12.4)
	Total	483	486.1	100.0	

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

1.5 Escala de Experiencia de Inseguridad del Agua en el Hogar

Como un tema de vital importancia y de sumo interés, se incluyó en esta encuesta una evaluación sobre la inseguridad del agua que experimenta actualmente el estado de Sinaloa. Esta condición es definida como la incapacidad de acceder y beneficiarse de agua asequible, adecuada, confiable y segura para el bienestar y una vida saludable.⁷ El instrumento usado fue 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).⁸ Este instrumento fue validado internacionalmente y consiste en 12 preguntas que analizan la ocurrencia de experiencias 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, además de la frecuencia en que cada una de estas experiencias ocurrieron en el periodo de tiempo señalado. Las preguntas se dirigieron al jefe o jefa de la familia, y en su ausencia a la persona mayor de edad que conociera las condiciones del hogar. Cada una de las opciones de respuesta están relacionadas con la frecuencia: “Nunca” (0 veces), “Raramente” (1-2 veces), “A veces” (3-10 veces), “Frecuentemente” (11-20 veces) y “Siempre” (más de 20 veces). Cada opción de respuesta tiene puntaje asignado: Nunca=0, Raramente=1, A veces=2 y Frecuentemente o Siempre=3, el puntaje total varía de 0 a 36.⁹ Cuando las respuestas fueron “no sé” o “no aplica” en alguna de las preguntas, no se generó una puntuación para su hogar, de tal forma que los valores más altos indican mayor inseguridad del agua. De acuerdo con trabajos anteriores, los hogares con una puntuación de 12 o más se consideran con inseguridad del agua.¹⁰

Se obtuvo información completa de 1,031 hogares en el estado de Sinaloa que representan a 912 073 hogares del estado.

De acuerdo con la información, 14.5% de los hogares que representan a 132,600 en todo el país y que se clasificaron con inseguridad del agua, es decir, esta proporción de hogares reportó experiencias negativas relacionadas con problemas con el agua. (cuadro 1.5.1).

Cuadro 15.1. Proporción de hogares del estado de Sinaloa, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023

Clasificación	Muestra n	Número (miles)	Expansión	
			%	IC 95%
Seguridad del agua	874	779.5	85.5	(79.2, 90)
Inseguridad del agua	157	132.6	14.5	(9.9, 20.7)
Total	1031	912.073	100.0	

N (miles)= Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

De acuerdo con el tamaño de la localidad, los hogares de localidades rurales y urbanas presentaron una proporción similar de inseguridad del agua (25.2% y 24.0% respectivamente). En las localidades metropolitanas se encontró que el 6.0% de los hogares se clasificaron con inseguridad del agua. (Cuadro 1.5.2)

Cuadro 1.5.2. Proporción de hogares del estado de Sinaloa, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua y el tamaño de localidad. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023

Localidad	Clasificación	Muestra n	N (miles)	Expansión	
				%	IC 95%
Rural <2,500 hab	Seguridad del agua	222	161.2	74.8	(54.5, 88.0)
	Inseguridad del agua	61	54.2	25.2	(11.9, 45.4)
	Total	283	215.5	100.0	
Urbano 2,500-99,999 hab	Seguridad del agua	190	154.6	76.0	(60.6, 86.6)
	Inseguridad del agua	67	48.9	24.0	(13.3, 39.3)
	Total	257	203.5	100.0	
Metropolitano ≥100 mil hab	Seguridad del agua	462	463.7	94.0	(88.4, 97.0)
	Inseguridad del agua	29	29.4	6.0	(2.9, 11.5)
	Total	491	493.1	100.0	

N (miles)= Frecuencia expandida/1 000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

1.6 Suministro de agua

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el objetivo 6 “Agua y Saneamiento” establece la meta de lograr el acceso universal y equitativo a agua potable a un precio asequible para el 2030.¹¹ Sin embargo, debido a los cambios climáticos, la mala gestión de los recursos hídricos (contaminación, desperdicio), y el aumento de la demanda a causa del crecimiento poblacional, la intermitencia en el suministro del agua se ha acrecentado en los últimos años y se prevé que continúe incrementándose en próximos años.^{12,13}

En México, el acceso de los hogares al agua, se ha medido y analizado desde hace más de 20 años utilizando la variable de conexión del hogar al agua entubada como referencia.¹⁴ No obstante, este indicador no permite conocer la frecuencia del suministro del agua en el hogar, es decir, el acceso efectivo al agua de los hogares. Según la Ensanut 2022, a pesar de que el 95% de los hogares en México estaban conectados a la red de agua potable, sólo un 31% reportó un suministro de agua continuo, es decir, 7 días a la semana, las 24 horas del día.¹⁵

Por tal motivo, monitorear la intermitencia del suministro de agua en los hogares se ha vuelto un aspecto fundamental para poder analizar las desigualdades en seguridad hídrica que enfrentan las familias, así como entender los problemas que se desencadenan a causa de un suministro deficiente.

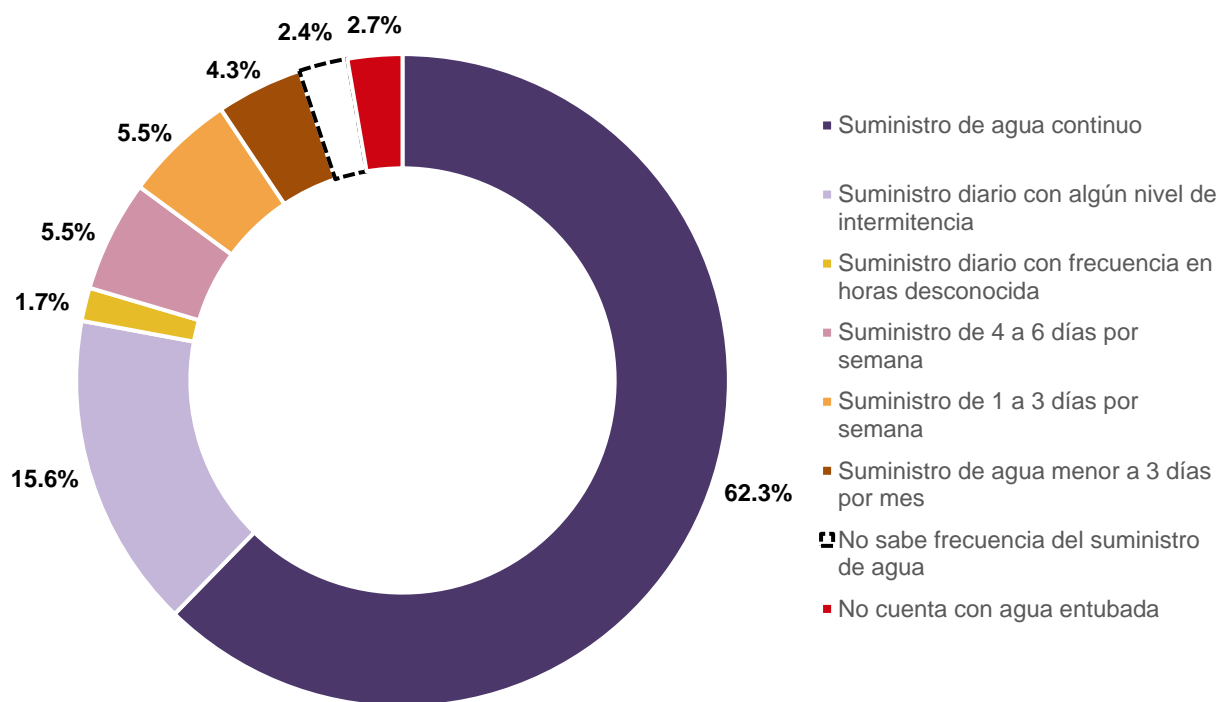
Por segundo año consecutivo, la Ensanut Continua incluye el apartado de “Suministro de Agua”, el cual recaba información respecto a la frecuencia en la que llega el suministro de agua a los hogares (en días y horas), y los mecanismos que se utilizan para almacenar el agua que llega a la vivienda. Con esta información, se construyó la variable de frecuencia del suministro de agua en las últimas 4 semanas la cual divide a los hogares en 8 categorías: 1) suministro de agua continuo (recibe agua 7 días por semana, las 24 horas al día), 2) suministro diario con algún nivel de intermitencia por horas (recibe agua 7 veces por semana, pero no a toda hora), 3) suministro diario con frecuencia en horas desconocida (hogares que reciben agua a diario, pero desconocen el promedio de horas por día en que la reciben), 4) suministro de 4 a 6 días por semana, 5) suministro de 1 a 3 días por semana, 6) suministro de agua menor a 3 días por mes, 7) hogares

que no saben la frecuencia del suministro de agua en días ni en horas, y finalmente, 8) hogares que no cuentan con agua entubada.

Asimismo, se preguntó si se almacenaba el agua que llegaba a la vivienda y el tipo de contenedor que se utilizaba para almacenarla en cada uno de los hogares. Para construir esta variable se identificó primero a los hogares que no almacenan agua y después se categorizó a los hogares que almacenan por el tipo de contenedor de la siguiente manera: 1) tinaco y cisterna, 2) sólo tinacos, 3) cisterna y otros contenedores, 4) tinaco y otros contenedores, y por último 5) otros 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.

Se recolectó información de 1,037 hogares en el estado de Sinaloa, lo que representa a 916,455 hogares del estado. En la Figura 1.6.1 se muestran los resultados de la frecuencia en el suministro de agua durante las últimas cuatro semanas. Se observa que 62.3% de los hogares cuentan con un suministro diario las 24 horas del día. Asimismo, 15.6% de los hogares reciben agua a diario, pero reportan interrupciones a lo largo del día, mientras que 1.7% de los hogares reciben agua a diario, pero desconocen la frecuencia en horas. Por otro lado 5.5% de los hogares reciben agua de 4 a 6 días por semana, y 5.5% lo reciben entre 1 y 3 días por semana. Sin embargo, 4.3% sufren una intermitencia severa ya que recibieron agua de la red pública menos de 3 veces durante las últimas 4 semanas. Destaca que únicamente el 2.4% de los hogares reportan no conocer la frecuencia en la que llega el agua a sus hogares. Finalmente, 2.7% de los hogares en Sinaloa no cuentan con agua entubada.

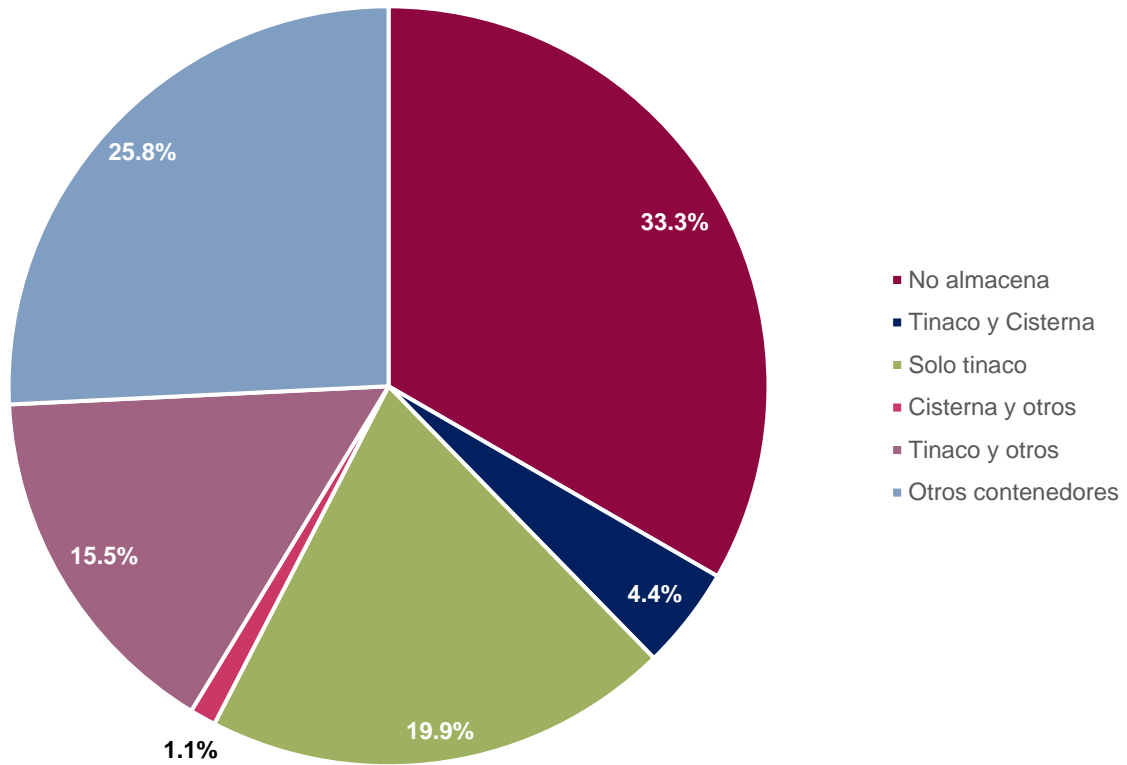
Figura 1.6.1. Frecuencia en el suministro de agua en los hogares durante las últimas cuatro semanas. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La falta de agua entubada en la vivienda y la intermitencia en el suministro del agua determinan la forma en que los hogares gestionan el agua disponible. Uno de estos mecanismos es el almacenamiento del agua en diferentes contenedores. En Sinaloa, 66.7% de los hogares reportan almacenar el agua que llega a su vivienda, a través de algún medio. De acuerdo con los resultados de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa únicamente 4.4% de los hogares almacenan agua en tinacos y cisternas, mientras que 19.9% la almacena únicamente en tinacos, y 15.5% utilizan los tinacos en combinación con otros contenedores como pilas, piletas, tambos y cubetas. Sólo 1.1% de los hogares que almacenan agua en una cisterna utilizan a la vez otros contenedores para almacenarla. Por otro lado, un gran porcentaje de los hogares (25.8%) almacena el agua únicamente en contenedores como tambos, pilas, piletas y cubetas con o sin tapa.

Figura 1.6.2 Tipo de almacenamiento de agua en los hogares. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Conclusiones Hogar

Los resultados de Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa en su mayoría se obtuvieron en localidades urbanas con prácticamente misma distribución entre hombres y mujeres. 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 60%. Por otro lado, el promedio de años completos de escolaridad en mayores de 15 años es de alrededor de 13. Las principales razones por las que no asiste a la escuela la población mayor de 15 años son: 1) no quiso o no le gustó estudiar, 2) por falta de dinero o trabajo y 3) logró su meta educativa. Es de vital importancia seguir organizándose como entidad federativa para que la población sinaloense goce de una vivienda adecuada que cumpla con las principales características para resguardar la calidad de la salud de sus habitantes.

De la población entrevistada, el 30.6% reportó haber tenido una necesidad de salud, de esta proporción, 87.6% buscó atención, 86.3% la recibió atención y 46.6% se atendió en servicios públicos. Las principales necesidades de salud fueron eventos agudos infecciosos y enfermedades crónicas. La mayoría de la población se atendió en IMSS, CAF y consultorios en domicilio particular del médico. De la población que no buscó atención lo hizo porque consideró que no era tan grave su necesidad de salud, el alto costo y porque no tuvo tiempo, principalmente.

Para el año 2023, dos de cada diez hogares en Sinaloa se encuentran en inseguridad alimentaria moderada y severa, afectando con mayor intensidad a la población que habita en localidades rurales y urbanas. La inseguridad alimentaria moderada y severa están relacionadas a experiencias como la disminución en la cantidad de alimentos que habitualmente se consumen, omitir algún tiempo de comida o haber dejado de comer en todo un día, debido a la falta de ingresos o recursos insuficientes para adquirir una canasta de alimentos suficiente para los miembros del hogar.¹⁶ Las experiencias de inseguridad alimentaria tienen consecuencias graves a corto y largo plazo en el bienestar, estado de nutrición y salud de los niños y niñas y de las personas adultas.¹⁷

Para afrontar la inseguridad alimentaria de la población, es necesario que los gobiernos locales planteen agendas de trabajo integrando alguna de las siguientes estrategias: 1) Abordar la pobreza y las desigualdades estructurales, garantizando que las intervenciones sean favorables a los pobres; 2) intervenir a lo largo de las cadenas de suministro de alimentos para reducir el costo de los alimentos nutritivos; 3) promover el consumo de dietas saludables en la población;¹⁷ 4) Crear mecanismos donde participen la sociedad civil, el sector privado, representantes de las comunidades y población vulnerable, en la evaluación, planificación y aplicación de estrategias relacionadas con la agricultura y la alimentación; 5) Reconocer las características físicas, sociales, medioambientales y políticas de cada contexto en la elaboración de políticas relacionadas con la seguridad alimentaria, la buena nutrición, la creación de empleo, la reducción de la pobreza y el bienestar humano y ecológico. 6) Apoyar la economía alimentaria informal, que es un componente clave de los sistemas alimentarios urbanos, para facilitar su acceso a los mercados, apoyando sus cooperativas y asociaciones, facilitando su acceso a la tierra, el espacio público, la infraestructura y los servicios, y fomentando sus capacidades en relación con la calidad de los alimentos, su inocuidad y las negociaciones estratégicas sobre mercados. 7) Desarrollar y fortalecer políticas y prácticas alimentarias ambientalmente responsables que

minimicen las pérdidas y el desperdicio de alimentos y en la medida de lo posible, evitar los desechos y la contaminación ambiental.¹⁸

En lo que concierne al estado de Sinaloa, es la primera vez que se obtiene información sobre la escala de experiencias de inseguridad del agua en los hogares (HWISE) en una muestra de representatividad estatal. Los resultados documentan que una cuarta parte de los hogares rurales y urbanos del estado tienen inseguridad del agua. Estas prevalencias se encuentran por arriba de lo reportado a nivel nacional en la Ensanut Continua 2022,¹⁹ cuya prevalencia fue del 16.0%. Lo anterior confirma el problema de la escasez del agua que el estado ha tenido que enfrentar en el presente año, ocasionada por la sequía moderada a severa que tuvo el 88.9% de sus municipio²⁰ y a los bajos índices de almacenamiento de agua en presas.²¹

Debido a que se espera que los problemas de escasez del agua continúen en la entidad, la Comisión Permanente de Asuntos Agropecuarios del Congreso del Estado de Sinaloa, ha solicitado al Congreso de la Unión un apoyo extraordinario para planificar acciones durante el 2024.²¹ En este sentido, es imperante que la entidad cuente con una regulación y gestión eficiente de los recursos hídricos que garantice el acceso para consumo y saneamiento de su población así como para el uso doméstico, agrícola e industrial que requiere la entidad. ²²

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 en Sinaloa sólo 2.7% de los hogares no cuentan con acceso a agua entubada en su vivienda, una tercera parte de los hogares (32.6%) reportan algún grado de intermitencia en el suministro de agua. Cabe destacar que, sin importar la frecuencia en el suministro de agua, 7 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.

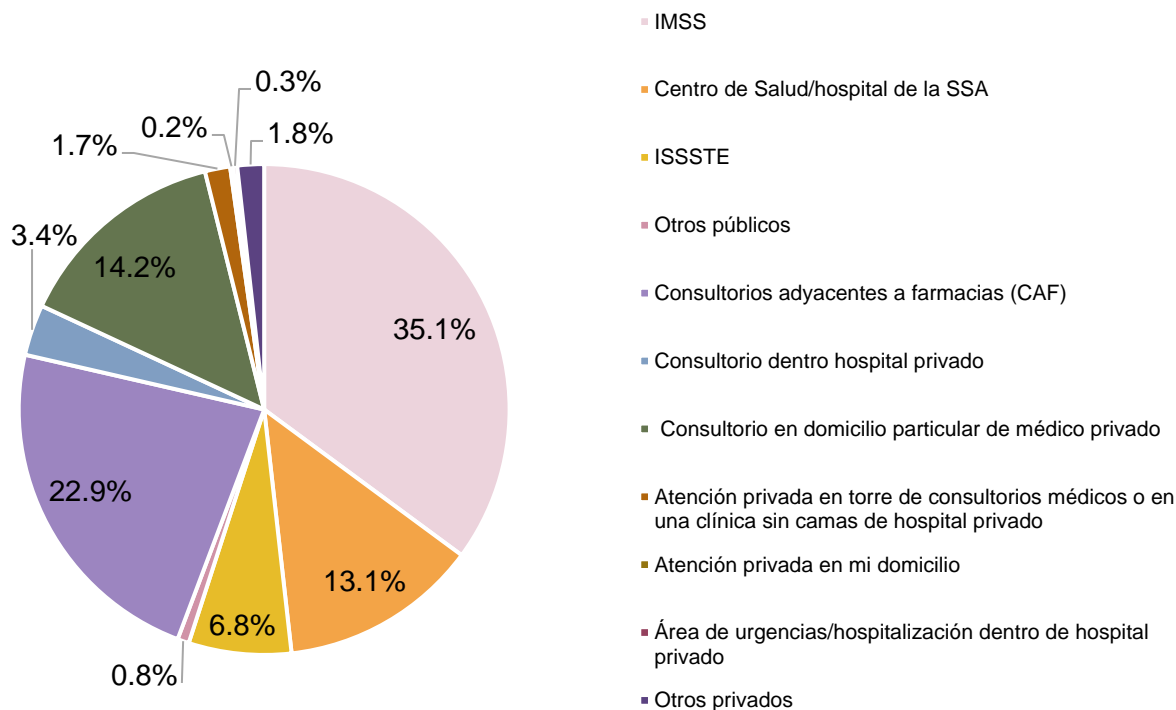
Utilización de servicios de salud

2.1 Utilización

El objetivo de esta sección es conocer la institución donde atendieron por la necesidad de salud; los motivos que tuvieron para elegir el lugar de atención; los motivos por los cuales eligieron no atenderse en el lugar de derechohabencia o en el centro de salud u hospitales de la Secretaría de Salud (SSA) -para la población sin derechohabencia-, y las condiciones que deberían cumplirse para atenderse en estos lugares. También, dar a conocer los tiempos para llegar al lugar de atención, de espera para ser atendido y duración de la consulta; la proporción a quiénes les prescribieron medicamentos y/o les solicitaron estudios de laboratorio o gabinete, así como el lugar donde los consiguió o realizó, así como los gastos asociados con la atención (transporte para llegar, consulta, medicamentos y otros gastos).

La figura 2.1.1 muestra la distribución del lugar de atención. De las 584 personas que se atendieron, 35.1% fue en IMSS; 13.1% SSA; 6.8% ISSSTE; 0.8% otros servicios públicos (SEDENA, PEMEX, SEMAR); 22.9% en CAF; 14.2 en consultorios en domicilios de médicos; 3.4% en consultorios dentro de hospital privado; 1.7% en consultorios en torre médica; 0.3% en área de urgencias u hospitalización privada; 0.2% atención privada en su domicilio, y 1.8% en otros privados.

Figura 2.1.1. Institución de salud dónde se atendió por la necesidad de salud reportada (n=584). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Los principales motivos por los cuales la población eligió el lugar de atención fueron: tener afiliación (40.9%); cercanía (24.0%); bajo o nulo costo (7.1%); amplio horario de atención (4.9%) y que la unidad ofrecía el servicio que necesitaba (4.1%) (Cuadro 2.1.1).

Cuadro 2.1.1. Motivos de elección del lugar dónde se atendió (n=584). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Motivos	Porcentaje
Tiene afiliación	40.9%
Está cerca	24.0%
Es barato/No cuesta	7.1%
El horario de atención es amplio	4.9%
Esta unidad ofrece el servicio que necesito	4.1%
No es necesario agendar cita	3.4%
Le atienden rápido	3.2%
Se tardan poco en dar cita	2.6%
No tuve otra opción	2.4%
Le gusta cómo lo(a) atienden	2.2%
Conoce al prestador de servicios de salud	1.4%
Me recomendaron este lugar/este prestador	1.2%
Ya tenía cita	1.0%
Es fácil agendar una cita	0.9%
Otro	0.8%

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Los principales motivos por los cuales la población no se atendió en el lugar de derechohabencia o en la SSA, fueron que les dan cita dentro de mucho tiempo (32.9%); lejanía al lugar que le corresponde (23.1%); que el lugar no contaba con el servicio que necesitaba (7.5%), y no había servicio en el horario que necesitaba (7.4%) (Cuadro 2.1.2).

Cuadro 2.1.2. Motivos para no atenderse en el lugar de derechohabencia o en la Secretaría de Salud (n=265*). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Motivos	Porcentaje
Me dan cita dentro de mucho tiempo	32.9%
Está muy lejos el lugar donde me toca ir	23.1%
No tienen el servicio que necesito	7.5%
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	7.4%
Mi necesidad de salud ya está siendo atendida por un médico privado	4.4%
No me gusta la atención que dan/no son amables	4.1%
Me tengo que formar para recibir una ficha para que me den cita	3.6%
El tiempo de espera para pasar a consulta es muy largo	2.8%
En general no confío en el diagnóstico/tratamiento	2.7%
No dedican suficiente tiempo a la consulta	1.6%

Me hacen pagar consultas, medicamentos, laboratorios, otros	1.1%
No me gustan las instalaciones	0.6%
Otro	8.2%

* Primera opción de respuesta. Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Para que la población acuda al lugar de derechohabencia o a SSA deben cumplirse ciertas condiciones: que le den una cita pronto (37.6%); si estuviera el lugar de atención más cerca (21.5%); si hubiera el servicio en el horario que lo necesita 8.6%, y si no tuviera que formarse para conseguir una ficha (7.4%) (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 (n= 267*). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Motivo	Porcentaje
Si me dieran una cita pronto	37.6%
Si hubiera una clínica/ hospital/ centro de salud más cerca para atenderme	21.5%
Si hubiera el servicio en el horario en que lo necesito	8.6%
Si no tuviera que formarme para recibir una ficha para que me den cita	7.4%
Si tuvieran el servicio que necesito	5.6%
Si fueran amables	4.9%
Si mi necesidad de salud pudiera ser atendida como lo está haciendo mi médico privado	3.3%
Si dedicaran suficiente tiempo a la consulta	1.3%
Si las instalaciones / equipo del lugar estuvieran bien	1.1%
Si dieran un buen diagnóstico / tratamiento	1.1%
Si no tuviera que pagar consultas, medicamentos, laboratorios u otros	0.8%
No acudiría en ninguna circunstancia	0.7%
Si el tiempo de espera para pasar a consulta no fuera muy largo	0.6%
Otro	5.3%

* Primera opción de respuesta. Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

El cuadro 2.1.4 muestra el tiempo para su atención. En promedio realizaron 28.3 minutos del lugar donde viven a la unidad de salud; 52.5 minutos de espera, y 26.1 minutos duró la consulta.

Cuadro 2.1.4. Tiempos promedio de traslado a la unidad, de espera para ser atendido y de consulta. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Tiempo	Minutos promedio
Traslado de su casa a la unidad de salud (n=581)	28.3
Espera en unidad antes de ser atendido en consulta (n=578)	52.5
Consulta (n=571)	26.1

Nota: los tiempos fueron restringidos a menos de 500 minutos. Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

El cuadro 2.1.5 muestra los gastos asociados a la atención recibida. El 75.0% pagó en transporte con una mediana de 100 pesos; el 43.7% pagó por la atención médica, con 60 pesos de mediana; el 66.2% pagó medicamentos y 400 pesos de mediana; el 58.2% pagó estudios y con una mediana de 777 pesos, y 11.7% pagó otros gastos médicos con 600 pesos (mediana).

Cuadro 2.1.5. Gastos asociados con la atención recibida. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Tipo de gasto	Proporción que tuvo algún gasto	n	Mediana (pesos)
Traslado	75.0%	439	100
Atención	43.7%	239	60
Medicamentos	66.2%	346	400
Estudios	58.2%	103	777
Otros gastos médicos	11.7%	66	600

Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

El cuadro 2.1.6 muestra la proporción de la población a la que le recetaron medicamentos o estudios, cuántos los obtuvieron o se los realizaron y en dónde los consiguieron/realizaron. En cuanto a medicamentos, al 93.3% le prescribieron, de éstos el 90.0% consiguió todos, el 8.4% algunos y 1.7% ninguno; el 74% los consiguió en el mismo sitio, el 2.5% en otro sitio de la misma institución 23.5% en una farmacia particular. Respecto a los estudios de laboratorio o gabinete, al 38.1% le solicitaron, de éstos, el 70% se realizó todos, el 8.8% algunos y el 20.7% ninguno; el 63.2% se los realizó en el mismo sitio de atención, el 3.1% en otro sitio de la misma institución, el 26.2% en un laboratorio particular y el 7.6% en un laboratorio de otra institución.

Cuadro 2.1.6. Proporción de la población atendida a la que le recetaron medicamentos o estudios de laboratorio, cuántos obtuvieron o realizaron y en qué lugar (n=584). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

		Medicamentos	Estudios
Proporción con solicitud		93.3%	38.1%
Proporción que consiguió / realizó			
	Todos	90.0%	70.5%
	Algunos	8.4%	8.8%
	Ninguno	1.7%	20.7%
Donde los consiguieron			
	Mismo sitio	74.0%	63.2%
	Otro sitio, misma institución	2.5%	3.1%
	Farmacia / laboratorio particular	23.5%	26.2%
	Laboratorio de otra institución	No aplica	7.6%

Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Conclusiones de utilizadores de servicios de salud

De los utilizadores de salud, la mayoría se atendió en el IMSS, CAF, consultorios en domicilio particular de médico privado y centros de salud u hospitales de SSA. Tener afiliación, cercanía y bajo o nulo costo, son los principales motivos para ir al lugar de atención. Los motivos para no atenderse en el lugar médico que les corresponde son porque les dan cita dentro de mucho tiempo, la distancia (lejanía) al lugar de atención y que no tengan el servicio cuando lo necesitan. En contraste, que les den una cita pronto, que estuviera el servicio más cercano para atenderse y que hubiera horario en el servicio que necesita, son las condiciones que se cumplen para atenderse en el lugar que les corresponde.

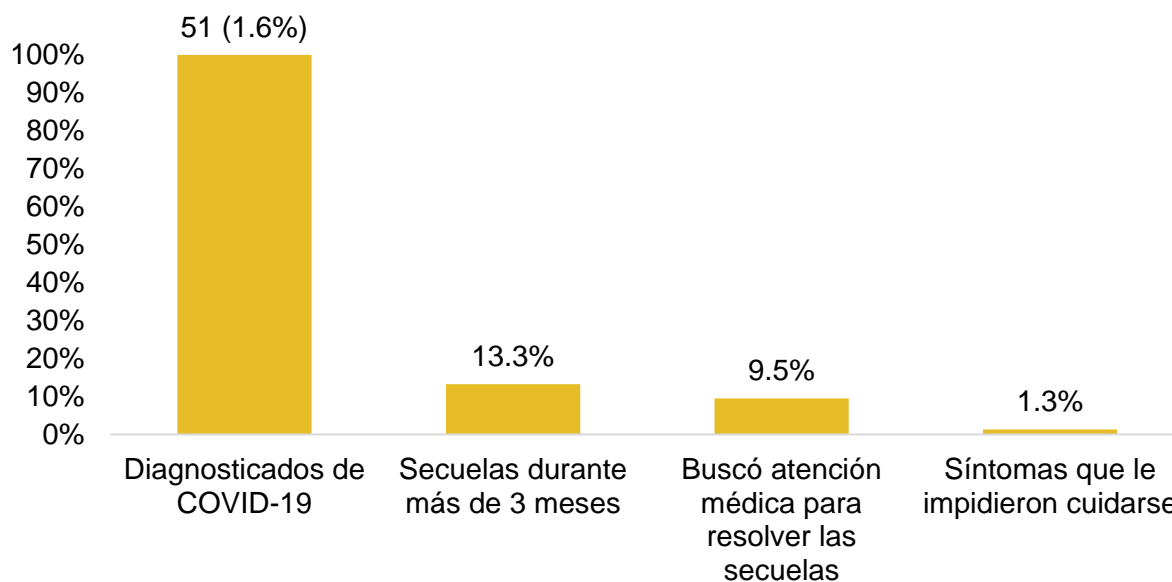
COVID-19

3.1 Casos positivos a COVID-19 (Cascadas de secuelas de 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.

La figura 3.1.1 muestra la cascada de secuelas de COVID-19 que duraron más de tres meses. Del total de entrevistados (3,327), el 1.6% tuvo un diagnóstico de COVID-19 durante 2023, de éstos, 13.3% tuvo secuelas por más de tres meses; 9.5% buscó atención médica para resolverlas y sólo al 1.3% los síntomas le impidieron cuidarse.

Figura 3.1.1. Cascada de secuelas COVID-19 (n=51). Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

El cuadro 3.1.1 muestra las secuelas que duraron más de tres meses, principalmente fueron dolores de músculos o articulaciones, dolor de cabeza, fatiga y tos.

Cuadro 3.1.1. Secuelas por más de tres meses en la población que tuvo COVID-19. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Secuela	Porcentaje
Dolores en músculos o articulaciones	65.4%
Dolor de cabeza	59.5%
Fatiga	49.5%
Tos	36.1%
Falta de hambre	25.2%
Dificultad para respirar	21.0%
Ansiedad	15.1%
Depresión	15.1%
Dificultad para dormir	15.1%
Dificultad para pensar o concentrarse	15.1%
Pérdida de peso	15.1%
Pérdida o disminución del olfato	15.1%
Dolor en el pecho	9.9%
Mareo	9.9%

Estimación obtenida con 7 observaciones. Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Conclusiones COVID-19

Del total de entrevistados, 1.6% fue diagnosticado con COVID-19 durante 2023, el 13% tuvo secuelas por más de tres meses, el 9.5% buscó atención para resolverlas y al 1.3% le impidieron cuidarse. Dolor en músculos o articulares, dolor de cabeza y fatiga, son las secuelas que duraron por más de tres meses.

Salud

Niños

4.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de la 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,²³ 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 hexavalente, Antineumocócica), al uso de diferentes esquemas para un mismo biológico (Anti-rotavirus).

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

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

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

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

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

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

- *Anti-hepatitis B (HB)*: Está contenida en dos biológicos; uno, en versión monovalente y otro incluido en la vacuna hexavalente.

El esquema infantil incluye tres dosis, aplicadas durante el primer año de vida, con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis; y de 8 semanas entre la segunda y la tercera dosis. Las edades mínimas permitidas para la versión monovalente son recién nacido, a las 4 y a las 24 semanas de vida, respectivamente. Las edades mínimas permitidas para la versión hexavalente son a las 6 semanas de nacido y al menos 4 semanas de distancia de tiempo entre dosis, siendo el límite de la tercera dosis con fines de evaluación de cobertura antes de que el niño o la niña cumpla el año de vida.

- *Hexavalente y Pentavalente (PV o Pva)*: Cuatro dosis, de las cuales al menos 3 dosis aplicadas durante el primer año de vida, siendo la edad mínima permitida de la primera y la cuarta dosis, a las 6 semanas y a los 12 meses de vida, respectivamente. El intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre dosis para las 3 primeras dosis y de 6 meses entre la tercera y la cuarta dosis.
- *Anti-neumocócica conjugada (PCV)*: Al menos 2 dosis (en el manual de vacunación se indican tres dosis) aplicadas durante el primer año de vida, la edad mínima permitida para la primera dosis es de 6 semanas y con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis.
- *Anti-rotavirus (RV)*: Dado el manejo de dos tipos de vacunas de RV (RV1, con esquema de 2 dosis y RV5, con esquema de 3 dosis) y las limitaciones para comparar con años previos se consideró esquema completo con RV sí recibieron 2 dosis. La edad mínima permitida para la primera dosis es de 6 semanas y con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis.
- *Triple viral (SRP)*: Al menos una dosis entre los 12 y 23 meses de edad y con intervalo de tiempo mínimo de 4 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, 1 dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva, dos dosis de PCV y dos dosis de RV. Entre los 12 y los 23 meses de edad una dosis de SRP. (Cuadro 4.1.2)
- *Esquema de 4 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, 1 dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de PV o Pva y entre los 12 y 23 meses de edad, una dosis de SRP. (Cuadro 4.1.1)

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.

Cuadro 4.1.1. Dosis acumuladas de los esquemas de vacunación desde el nacimiento hasta el primer cumpleaños en niñas y niños de 12 a 35 meses.

Esquemas para evaluar coberturas según dosis válidas	Utilidad del esquema
1 BCG + 3 HB +3 Pva / 3 Hva + 2PCV + 2 RV¥ + 1 SRP§	"Esquema completo" que permite comparar con los resultados de la ENSANUT 2012.
1 BCG + 3 HB +3 Pva o PV / / 3 Hva ≠ + 1 SRP§ 1 BCG + 3 HB +3 Pva o PV≠ + 1 SRP§	Esquema que permite comparar con los resultados a partir de la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012.

Se consideró la dosis registrada en la CNS como válida si fue recibida de acuerdo con los lineamientos de temporalidad (intervalo de tiempo entre dosis, intervalo de edad para su aplicación con oportunidad) establecidos para cada biológico por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2021.

BCG: Vacuna Bacillus Calmette-Guérin.

Pva: Vacuna Pentavalente acelular.

PV: Vacuna Pentavalente de células completas.

HV: Vacuna Hexavalente

RV: Vacuna contra Rotavirus.

HB: Vacuna contra la Hepatitis B.

PCV: Vacuna contra Neumococo Conjugada 13 valente.

SRP: Vacuna Triple Viral contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

* En niños entre los 12 a 35 meses de edad, dosis aplicada antes de los 12 meses de edad y con 4 semanas de intervalo de tiempo mínimo entre dosis.

¥ Cobertura con Rotavirus (RV) con el fin de comparar con Ensanut Continua 2021 se consideró esquema completo con RV si recibieron 2 dosis.

§ En niños de 12 a 35 meses de edad, se consideraron las dosis aplicadas entre los 12 y 23 meses de edad.

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 las niñas que documentaron haber recibido los siguientes biológicos:

- *Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos de células completas (DPT) o acelular (DPTa):* 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 4 semanas y hasta los seis años de edad.

La Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa muestreo a 327 niños y niñas menores de 7 años de edad, que representan a una población estimada de poco más de 352 mil menores.

Las coberturas de vacunación se midieron a partir de la información encontrada en las Cartillas Nacionales de Salud o en documentos probatorios, en total un aproximado de 52.6% de los niños y niñas muestreados acreditaron el estado de vacunación (Es la suma de quienes tenían CNS o documento probatorio) (Cuadro 4.1.2).

Cuadro 4.1.2. 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. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Edad (años)	Mostró CNS con información referente a vacunación		Tenía CNS pero no la mostró		Tenía documento probatorio		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía cartilla		No específica		Total	
	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%

0	24.6	65.7	9.1	24.4	1.1	2.9	0.0	0.0	1,22	3.3	1.4	3.7	37.4	100
1	23.9	54.1	15.9	36.1	0.7	1.5	0.0	0.0	2.2	5.1	1.4	3.2	44.2	100
2	21.2	43.9	20.3	42.1	0.0	0.0	0.0	0.0	6.1	12.6	0.7	1.4	48.2	100
3	23.0	46.1	23.5	47.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.5	5.0	0.8	1.7	49.9	100
4	31.9	52.6	18.3	30.2	0.0	0.0	1.0	1.6	8.6	14.2	0.9	1.5	60.8	100
Total	124.6	51.8	87.2	36.3	1,76	0.7	1.0	0.4	20.6	8.6	5.2	2.2	240.4	100

CNS, Cartilla Nacional de Salud.

* N(miles) =Frecuencia expandida/1000

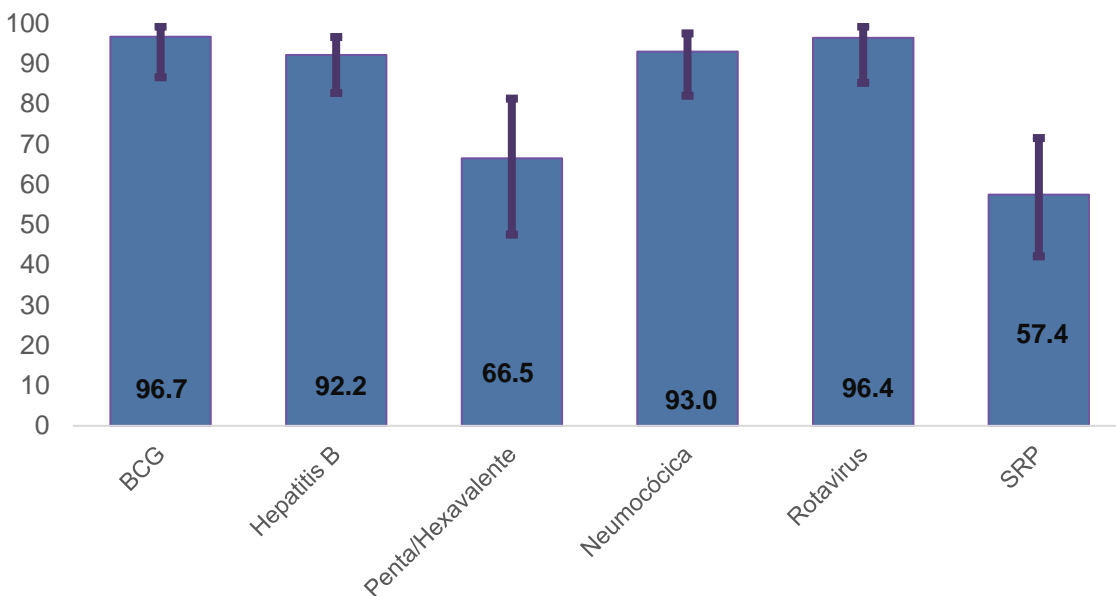
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Niños de 12 a 35 meses de edad

Cobertura por vacuna

Las coberturas más altas fueron con Rotavirus 96.4% (IC 95%; 85.2-99.2) y BCG 96.7%, (IC 95%; 86.6-99.2), mientras que las coberturas más bajas se encontraron en SRP con 57.4% (IC95%; 42.1-71.5) y penta/hexavalente con 66.5% (IC 95%; 47.5-81.3). La vacunación con hepatitis B se acerca a la cobertura útil con 92.2%; IC95%: 82.7-96.6. (Figura 4.1.1).

Figura 4.1.1. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación al año de edad según vacuna específica en niñas y niños de 12 a 35 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Se estimó la cobertura en niños de 12 a 35 meses de edad a partir de una muestra de 45 niños que poseían Cartilla Nacional de Salud (CNS) o algún documento probatorio de la vacunación (DP).

Se consideró la dosis registrada en la CNS como válida si fue recibida de acuerdo con los lineamientos de temporalidad (intervalo de tiempo entre dosis, intervalo de edad para su aplicación con oportunidad) establecidos para cada biológico por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2021.

Las coberturas con cada biológico fueron evaluadas así: BCG (dosis única), Hepatitis B (3 dosis), Pentavalente (3 dosis), Anti-neumocócica (2 dosis), Anti-Rotavirus (2 dosis) y Triple viral-SRP (1 dosis)

Se consideró esquema completo para la vacuna de Rotavirus (RV), haber recibido 2 dosis.

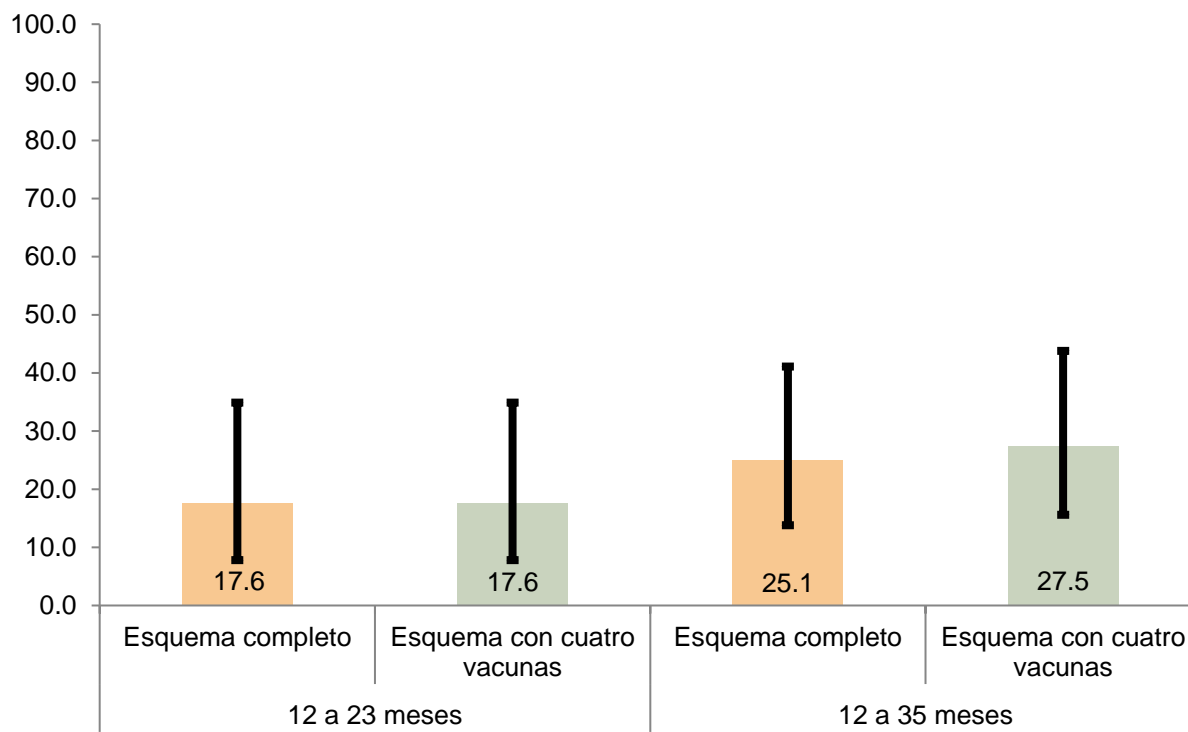
Cobertura con SRP: Se consideró si fue recibida entre 12 y 23 meses de edad.

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Cobertura por esquema

En menores de 12 a 23 meses de edad, las coberturas de vacunación tanto con esquema completo como de cuatro vacunas (incluye BCG, hepatitis B, pentavalente acelular y SRP) fue de 17.6%; (IC 95%; 7.8-34.9). (Figura 4.1.2). Para población de 12 a 35 meses de edad, la cobertura de vacunación con el esquema completo fue de 25.1% (IC 95%; 13.8-41.1); y con el esquema de cuatro vacunas fue de 27.5%; (IC 95%; 15.6-43.8) (Figura 4.1.2).

Figura 4.1.2. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación al año de edad según esquema en niñas y niños de 12 a 35 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Se estimó la cobertura en niños y niñas de 12 a 35 meses de edad a partir de 45 menores que poseían CNS o DP
 Se estimó la cobertura en niños y niñas de 12 a 23 meses de edad a partir de 24 menores que poseían CNS o DP

Se consideró la dosis registrada en la CNS como válida si fue recibida de acuerdo con los lineamientos de temporalidad (intervalo de tiempo entre dosis, intervalo de edad para su aplicación con oportunidad) establecidos para cada biológico por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2021.

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Niños de 5 y 6 años 11 meses de edad

El 47.3% de las madres o tutores de niños de 5 y 6 años mostraron CNS o CNV con información sobre el estado de vacunación (Cuadro 4.1.3).

Cuadro 4.1.3. Prevalencia estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niñas y niños de cinco y seis años 11 meses de edad. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Edad (años)	Mostró CNS con información referente a vacunación		Tenía CNS pero no la mostró		Tenía documento probatorio		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía cartilla		No específica		Total	
	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%
5	24.8	44.5	24.1	43.2	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2	7.5	2.7	4.9	55.8	100
6	28.1	50.1	23.8	42.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	3.1	2.5	4.5	56.1	100
Total	52.9	47.3	47.9	42.8	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	5.3	5.2	4.7	111.9	100

* N(miles)=Frecuencia expandida/1000

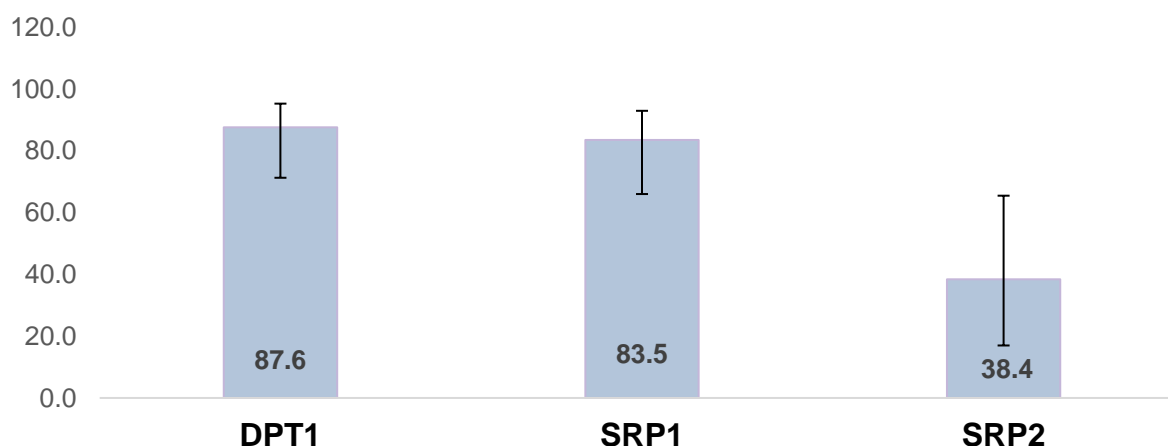
CNS: Cartilla Nacional de Salud

CNV: Cartilla Nacional de Vacunación

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Las coberturas de vacunación con refuerzos de DPT y SRP en niños de 5 a 6 años 11 meses fueron de 87.6% IC95%; 71.3-95.3 y 83.5% IC95%; 66.0-93.0, respectivamente (Figura 4.1.3)

Figura 4.1.3. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación con DPT y SRP en niñas y niños de 5 y 6 años 11 meses de edad que cuentan con Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio. Sinaloa, México, Ensanut Continua.



DPT= Difteria, tosferina, tétanos.

SRP= Sarampión, rubéola, parotiditis.

Cobertura en niños de 5 a 6 años 11 meses de edad a partir de 43 niños que poseían CNS o DP.
Cobertura en niños de 6 a 6 años 11 meses de edad a partir de 21 niños que poseían CNS o DP
Se consideró la dosis registrada en la CNS como válida si fue recibida de acuerdo con los lineamientos de temporalidad (intervalo de tiempo entre dosis, intervalo de edad para su aplicación con oportunidad) establecidos para cada biológico por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el Manual de Vacunación, 2021.
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

A partir de la muestra de 21 niños de 6 años de edad se evaluó la cobertura de vacunación con segunda dosis de SRP siendo de 10.8% (17.0-65.5).

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 materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Adicionalmente es una condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.²⁴ 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/os durante este período, con la finalidad de contribuir a la disminución de la mortalidad de las niñas/os menores de cinco años, así como mejorar la salud y nutrición materno-infantil.

La NOM-007 establece al menos cinco consultas prenatales y la suplementación con ácido fólico y micronutrientes desde los tres meses previos al embarazo y durante toda la gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda proporcionar hierro elemental y ácido fólico, para prevenir anemia, sepsis puerperal, parto prematuro y, en la persona recién nacida, bajo peso al nacer y defectos del tubo neural.²⁵ 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.²⁶

Se debe otorgar consejería sobre lactancia materna durante el embarazo, postparto y hasta 24 meses o más después del nacimiento, en al menos seis ocasiones de acuerdo con la OMS,²⁷⁴ así como promover una ganancia adecuada de peso en el embarazo a través de una alimentación saludable y de la actividad física,²⁵ para evitar complicaciones en el parto y efectos negativos en la salud de la madre y la niña/o.²⁸

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño²⁹ 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.²⁹ 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.³⁰ 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.²⁵

En relación a la medición del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), el lineamiento de operación 2020 del componente Desarrollo en la Infancia³¹ estipula como objetivo general el promover el desarrollo integral de niñas/os en las instituciones públicas, privadas y en la comunidad; además en uno de sus objetivos específicos se detalla la evaluación del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) mediante tamizaje para la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo y hacer referencia, así como tratamiento y rehabilitación de las niñas/os.

Para medir la atención a la salud materno-infantil se evalúe 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 postparto, así como la consejería durante el embarazo. Además, se evalúe 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 2 años con inicio de control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que iniciaron el control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años que tuvieron control prenatal
Control prenatal adecuado	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años con al menos 5 consultas prenatales y atención por personal del área médica	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que tuvieron por lo menos 5 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 2 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 2 años con atención del parto por personal de área médica	Número de madres de niñas/os menores de 2 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 2 años
Entrega de suplementos solo con hierro durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas solo con hierro durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas solo con hierro por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Entrega de suplementos con hierro y otros micronutrientes durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas de hierro y otras vitaminas/minerales durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas de hierro y otras vitaminas/minerales por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años
Entrega de suplementos con ácido fólico durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas con ácido fólico durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas con ácido fólico por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años
Asistencia a consulta del niño sano	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con por lo menos una consulta de control de niño sano en su vida	Número de niñas/os menores de 5 años con al menos una consulta de control del niño sano	Número total de niñas/os menores de cinco años
Monitoreo de talla en niñas/os menores de 5 años	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con monitoreo de talla	Número de niñas/os con monitoreo de talla	Número de niñas/os menores de 5 años
Monitoreo del peso en niñas/os menores de 5 años	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con monitoreo de peso	Número de niñas/os con monitoreo de peso	Número de niñas/os menores de 5 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 5 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 5 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 2 años se utilizó una muestra de 80, mientras que, para suplementación con hierro se consideraron 215 niñas/os de 6 a 59 meses, que es el rango de edad recomendado. Para consejería sobre lactancia materna se consideró la información de 186 mujeres con niñas/os menores de 5 años. Además, para los indicadores de consulta del niño sano, monitoreo de talla y peso se utilizó una muestra de 238 niñas/os menores de 5 años. Para las estimaciones sobre la evaluación del desarrollo infantil temprano se utilizó una muestra de 875 niñas y niños menores de cinco años, derivada del diseño muestral de primera infancia.

Salud materna

El cuadro 4.2.1 presenta los indicadores de atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas/os menores de 2 años. El 70.8% de las madres de niñas/os menores de 2 años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación, mientras que 92.2% de estas mujeres reportaron un control prenatal adecuado considerando un mínimo de cinco consultas prenatales y atención por personal del área médica. Adicionalmente, el 100.0% de estas mujeres fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. No se observan diferencias estadísticamente por sexo de la hija o hijo y escolaridad materna para los indicadores de salud materna.

Cuadro 4.2.1. Atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas y niños menores de 2 años, Sinaloa, 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%]
Estatal	57.8	70.8	[60.2,79.6]	75.2	92.2	[83.8,96.5]	81.6	100.0	-
Sexo									
Hombre	30.1	(66.9)	[51.3,79.5]	40.8	(90.6)	[77.3,96.5]	45.0	(100.0)	
Mujer	27.7	(75.7)	[61.1,86.0]	34.4	(94.1)	[77.5,98.7]	36.6	(100.0)	-
Escolaridad materna									
Primaria o menos	(*)	(*)	-	(*)	(*)	-	(*)	(*)	-

	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%]
Secundaria	17.4	(61.1)	[44.8,75.2]	25.0	(87.9)	[68.7,96.0]	28.4	(100.0)	-
Media superior	34.3	(85.5)	[68.0,94.2]	39.3	(97.8)	[84.4,99.7]	40.2	(100.0)	-

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

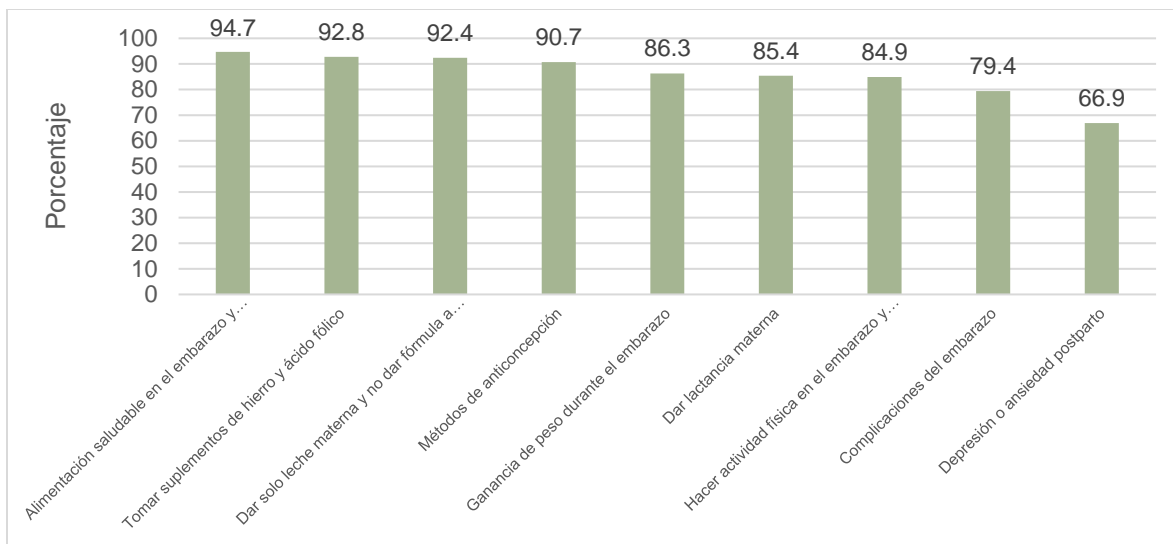
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

(*) Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

La figura 4.2.1 presenta la consejería otorgada a las madres de niñas/os menores de 2 años ya sea en las consultas prenatales o durante la atención del parto. Las principales recomendaciones que recibieron estas mujeres fueron en relación con la alimentación saludable en el embarazo y lactancia (94.7%), la toma de suplementos de hierro y ácido fólico (92.8%), dar solo leche materna y no dar fórmula (92.4%), uso de métodos de anticoncepción después del parto (90.7%), ganancia de peso durante el embarazo (86.3%), dar lactancia materna a su bebé (85.4%) y hacer actividad física en el embarazo y lactancia (84.9%). Mientras que las recomendaciones menos frecuentes fueron síntomas que se manifiestan cuando hay complicaciones del embarazo (79.4%) y signos y síntomas de la depresión o ansiedad postparto (66.9%).

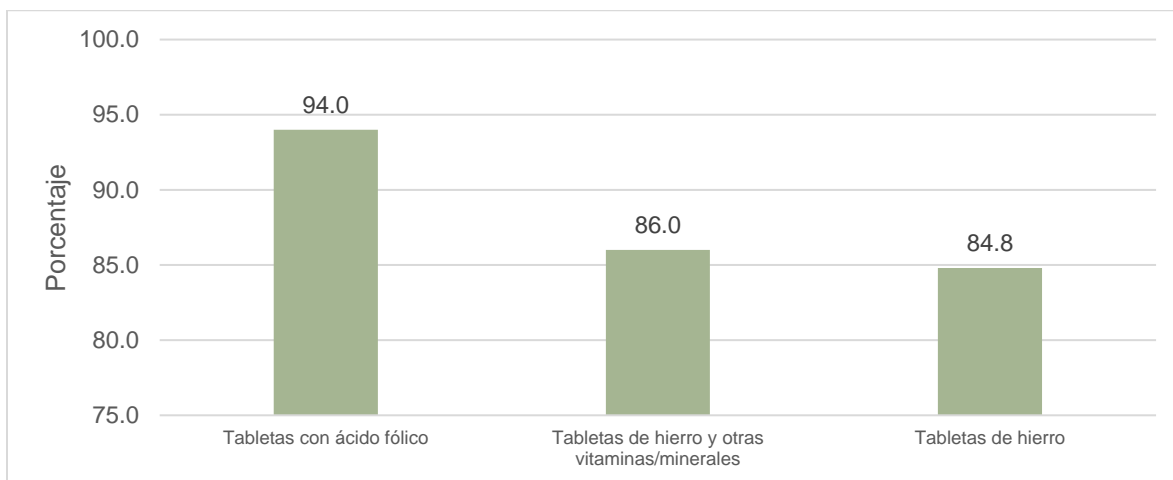
Figura 4.2.1 Consejería durante el embarazo o la atención del parto de mujeres con niñas y niños menores de 2 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

El porcentaje de entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo o postparto se muestra en la figura 4.2.2. El 94.0% de las mujeres recibieron tabletas con ácido fólico, 86.0% recibieron tabletas con hierro y otras vitaminas/minerales y 84.8% tabletas solo con hierro.

Figura 4.2.2 Entrega de suplementos a mujeres con durante el embarazo y postparto por personal de salud. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Salud infantil

El cuadro 4.2.2 presenta la prevalencia de niñas/os menores de cinco años con por lo menos una consulta del niño sano. El 66.3% de las niñas/os menores de cinco años y residentes de Sinaloa han asistido por lo menos a una consulta del niño sano en su vida.

Cuadro 4.2.2. Prevalencia de niñas/os menores de 5 años con por lo menos una consulta del niño sano. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Por lo menos 1 consulta del niño sano		
	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	161.4	66.3	[59.4,72.6]
Sexo			
Hombre	79.2	64.1	[54.3,72.8]
Mujer	82.1	68.6	[61.1,75.3]
Edad			
0-11 meses	28.9	(77.4)	[62.0,87.8]
12 a 59 meses	132.4	64.3	[56.6,71.3]
Escolaridad materna			
Primaria o menos	20.2	(64.7)	[51.7,75.9]
Secundaria	52.9	60.1	[48.8,70.4]
Media superior	85.9	71.4	[58.9,81.3]

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

El cuadro 4.2.3 presenta la prevalencia de por lo menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en niñas/os menores de 5 años y el 17.9% de las niñas/os residentes de Sinaloa

cuentan con al menos una evaluación de DIT. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o escolaridad materna para los indicadores de asistencia a consulta del niño sano o evaluación de DIT.

Cuadro 4.2.3. Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Primera Infancia

	Evaluación de DIT		
	N (miles)	Expansión %	[IC95%]
Estatal	44.0	17.9	[13.7,22.9]
Sexo			
Hombre	24.8	20.4	[13.9,28.8]
Mujer	19.3	15.4	[11.2,20.8]
Edad			
0-11 meses	5.5	13.0	[6.6,23.9]
12 a 59 meses	38.5	18.9	[14.1,24.8]
Escolaridad materna			
Primaria o menos	5.1	12.8	[5.7,26.1]
Secundaria	17.8	17.1	[10.7,26.2]
Media superior	20.1	20.8	[15.3,27.7]

Fuente: Primera infancia 2023, Sinaloa
N(miles)=Frecuencia expandida/1000

En el cuadro 4.2.4 se muestra que la gran mayoría de las niñas/os que asistieron a consulta del niño sano fueron pesados (96.6%) y medidos (95.6%). De las niñas y niños de 6 a 59 meses, 68.1% recibió suplementos con hierro y vitaminas. La presentación más común del suplemento fue en jarabes o gotas (55.2%), seguido de tabletas o gomitas (6.9%) y polvos de micronutrientes (4.5%).

Cuadro 4.2.4. Porcentaje de monitoreo de talla y ganancia de peso a niñas/os menores de 5 años, Sinaloa, 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%]
Estatal	232.5	95.6	[91.9,97.6]	235.1	96.6	[93.3,98.3]	150.7	68.1	[60.8,74.6]
Sexo									
Hombre	115.8	93.6	[87.1,97.0]	117.8	95.3	[89.4,98.0]	82.0	71.5	[60.2,80.6]
Mujer	116.7	97.5	[90.5,99.4]	117.3	98.0	[91.1,99.6]	68.7	64.4	[54.1,73.5]
Edad									
0 a 11 meses	35.7	(95.6)	[71.7,99.5]	34.5	(92.1)	[74.3,97.9]	12.4	(80.3)	[55.8,92.9]
12 a 59 meses	196.8	95.6	[91.6,97.7]	200.6	97.4	[93.8,98.9]	138.3	67.1	[59.4,74.1]
Escolaridad materna									
Primaria o menos	29.2	(93.4)	[73.5,98.6]	29.2	(93.4)	[73.5,98.6]	21.8	(80.2)	[55.0,93.1]
Secundaria	86.2	97.9	[90.4,99.6]	88.1	100.0	-	51.1	(61.5)	[48.0,73.5]
Media superior	113.4	94.3	[87.5,97.5]	114.1	94.9	[88.8,97.7]	74.5	69.4	[60.2,77.3]

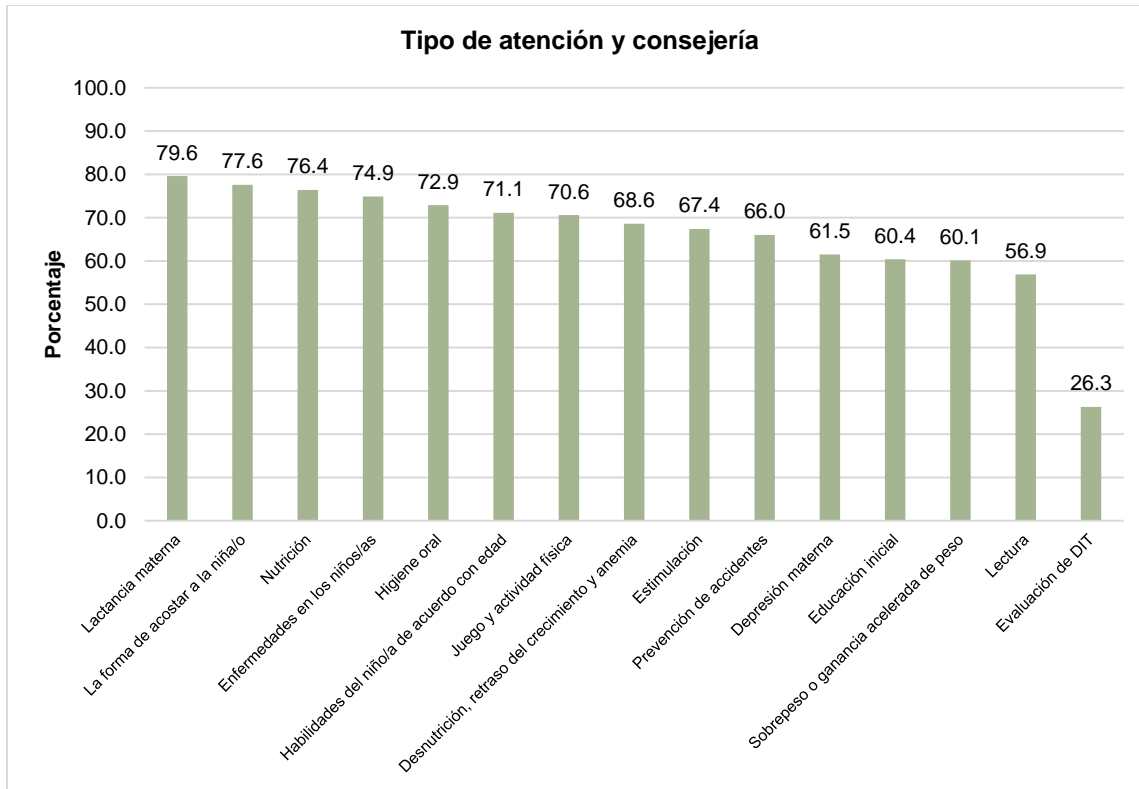
Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

Adicionalmente, la figura 4.2.3 presenta la consejería que recibieron las madres en la consulta del niño sano sobre la lactancia materna (79.6%), la forma de acostar a la niña/o (77.6%), nutrición (76.4%), enfermedades en las niñas/os (74.9%), higiene oral (72.9%), habilidades de la niña/o de acuerdo con la edad (71.1%), juego y actividad física (70.6%). Adicionalmente los temas menos trabajados en la consejería de la consulta del niño sano fueron desnutrición, retraso en el crecimiento y anemia (68.6%), estimulación temprana (67.4%), prevención de accidentes (66.0%), depresión materna (61.5%), asistencia a educación inicial (60.4%), sobrepeso o ganancia acelerada de peso (60.1%), lectura (56.9%) y evaluación de DIT (26.3%).

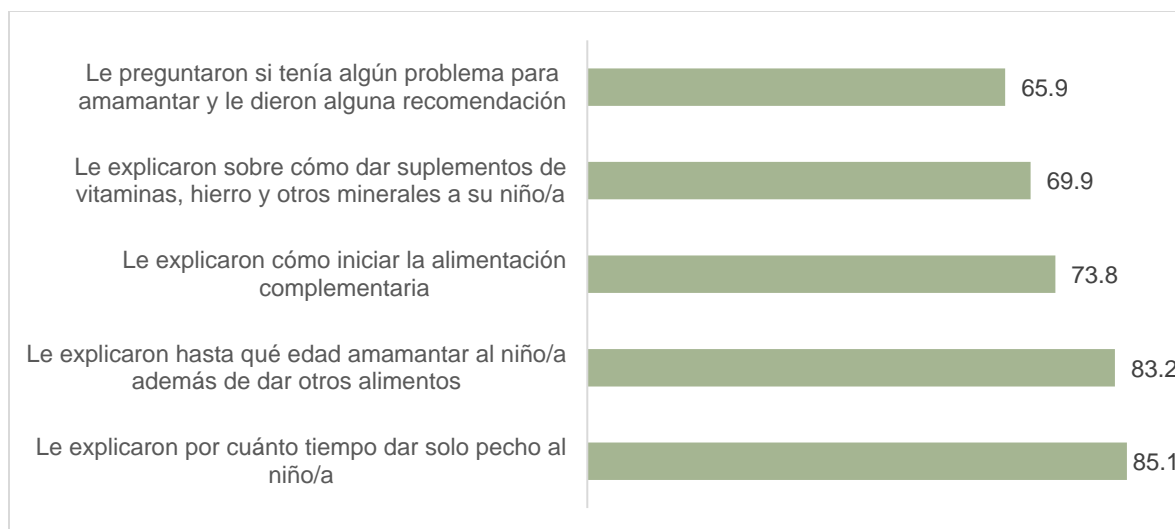
Figura 4.2.3 Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Las mujeres con niñas/os menores de 5 años reportan que el personal de salud le habló de lactancia en 3.4 consultas en promedio desde que nació su bebé. En la figura 4.2.4 se presenta la información que el personal de salud les ha dado sobre lactancia materna y alimentación complementaria. El 85.1% de las mujeres refiere que le explicaron por cuánto tiempo dar solo pecho al niño/a, al 83.2% le explicaron hasta qué edad amamantar al niño/a además de dar otros alimentos, al 73.8% le explicaron cómo iniciar la alimentación complementaria. Al 69.9% le explicaron cómo dar suplementos de vitaminas, hierro y otros minerales a su niña/o y al 65.9% le preguntaron si tenía algún problema para amamantar y le dieron alguna recomendación para resolverlo.

Figura 4.2.4 Información sobre lactancia materna y alimentación complementaria a mujeres con niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

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, semi-escolarizada y no escolarizada.³² 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 las niñas/os.³³ El modelo que rige la educación inicial es el modelo de atención con enfoque integral para la educación inicial y cuenta con distintas modalidades de acuerdo al contexto donde habitan las niñas/os; las principales modalidades son institucionales y comunitarias.³⁴

En México, desde el 2002 la educación preescolar es obligatoria y forma parte de la educación básica que atiende a niñas/os de 3, 4 y 5 años; principalmente se ofrece en las modalidades general (jardines de niños), indígena (currículo 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.³⁵

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

Para las estimaciones de asistencia a programas de cuidado o educación inicial se consideró una muestra de 461 niñas/os de 0 a 35 meses, mientras que para las estimaciones de asistencia a preescolar se utilizó una muestra de 415 niñas/os de 36 a 59 meses, ambos provenientes de la muestra del operativo de indicadores de la primera infancia

En Sinaloa, 7.6% de las niñas/os de 0 a 35 meses asiste a algún programa de cuidado o educación inicial, mientras que 71.2% 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 escolaridad materna para ambos indicadores.

Cuadro 4.3.1. Asistencia de niñas/os menores de 5 años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia. Sinaloa, México, Primera Infancia.

	Asistencia a programas de cuidado o educación inicial (niños/as de 0 a 35 meses)			Asistencia a preescolar (niños/as de 36 a 59 meses)		
	Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	10.3	7.6	[4.2,13.4]	79.5	71.2	[61.4,79.4]
Sexo						
Hombre	5.2	8.2	[3.4,18.6]	43.1	73.5	[61.9,82.6]
Mujer	5.1	7.1	[3.8,13.0]	36.4	68.7	[54.0,80.4]
Escolaridad materna						
Primaria o menos	0.5	(2.5)	[0.5,11.8]	15.8	76.8	[57.9,88.9]
Secundaria	1.9	3.3	[1.5,7.1]	31.6	68.3	[52.6,80.7]
Media superior o más	6.5	12.0	[5.9,22.9]	30.9	72.3	[56.0,84.3]

Fuente: Primera infancia 2023 Sinaloa

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones

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.³⁶ 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 5 años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.³⁷

Para la medición del indicador 4.2.1 de los ODS se usa el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI 2030). Para calcular el ECDI 2030, se utilizó un módulo de 20 preguntas desarrollado y validado por UNICEF, en donde madres o cuidadores 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.³⁸

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 desarrollo es adecuado cuando el puntaje obtenido es igual o mayor al punto de corte correspondiente a la edad de la niña/o. Los puntos de corte se muestran a continuación:

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

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI 2030)	Porcentaje de niñas/os de 24 a 59 meses con desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.	Número de niñas/os de 24 a 59 meses con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial de acuerdo 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.³⁹ Para las estimaciones del porcentaje de niñas/os con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial se contó con una muestra de 566 niñas/os de 24 a 59 meses de la muestra de primera infancia

En el cuadro 4.4.1 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano de niñas/os de 24 a 59 meses. A nivel estatal, el 79.3% de las niñas/os tiene un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad y asistencia a programas de educación inicial o preescolar, así como por escolaridad materna.

Cuadro 4.4.1. Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI2030) en niñas/os de 24 a 59 meses. Sinaloa, México, Primera Infancia.

	Índice de Desarrollo Infantil Temprano		
	N (miles)	Expansión	
		%	[IC95%]
Estatal	124.2	79.3	[73.0,84.4]
Sexo			
Hombre	57.3	72.1	[62.5,80.0]
Mujer	66.9	86.7	[78.3,92.2]
Edad			
24-35 meses	38.2	84.8	[74.0,91.6]
36-47 meses	44.7	83.2	[72.6,90.3]
48-59 meses	41.3	71.4	[59.5,80.8]
Asistencia a educación temprana			
No asiste	56.3	80.0	[71.8,86.2]
Asiste	67.9	78.7	[67.7,86.8]
Escolaridad materna			
Primaria o menos	15.0	63.7	[42.7,80.6]
Secundaria	53.3	80.9	[69.6,88.6]
Media superior o más	52.7	83.2	[74.0,89.7]

Fuente: Primera infancia 2023 Sinaloa

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.^{40,41} 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.⁴²⁻⁴⁴ La meta 16.2 del Objetivo del Desarrollo Sostenible 16 establece como uno de sus indicadores de monitoreo a la proporción de niñas/os entre 1 y 17 años que ha experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. Por otra parte, se ha comprobado que dejar a las niñas/os solos o en presencia de otras niñas/os pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.⁴⁵

Algunos indicadores importantes de la calidad del contexto en el hogar son la presencia de libros infantiles en el hogar, la participación de los adultos en el hogar en actividades de estimulación y aprendizaje con la niña/o, así como el acceso a y el tipo de juguetes disponibles en el hogar. Además, en la ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa 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 5 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 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 ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más	Número de niñas/os menores de 5 años con los que algún adulto del hogar participó en cuatro actividades o más	Número de niñas/os menores de 5 años
Número de actividades ¹	Promedio de actividades que realizaron las niñas/os menores de 5 años con al menos un miembro adulto del hogar	Media de actividades que realizaron las niñas/os menores de 5 años con al menos un miembro adulto del hogar	
Porcentaje de niñas/os con tres libros ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años
Porcentaje de niños/as con 10 libros ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años
Porcentaje de niños/as sin libros ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años sin libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años sin libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años
Disciplina no violenta ¹	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 ¹	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 ¹	Porcentaje de niñas/os de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico	Número de niñas/os de 1 a 4 años que sufrieron castigo físico en el mes anterior a la encuesta.	Número de niñas/os de 1 a 4 años
Castigo físico severo ¹	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

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Cualquier método de disciplina violenta ¹	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 ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años que fueron dejados solas/os	Número de niñas/os menores de 5 años que fueron dejados solas/os la semana anterior.	Número de niñas/os menores de 5 años
Niñas/os al cuidado de otro menor ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años dejados al cuidado de otra niña/o	Número de niñas/os menores de 5 años dejados al cuidado de otra niña/o menor de 10 años la semana anterior.	Número de niñas/os menores de 5 años
Cuidado inadecuado ¹	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con cuidado inadecuado	Número de niñas/os menores de 5 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 5 años

1. Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, acrónimo en inglés)

Adicionalmente, se presentan dos figuras 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 información de 736 niñas/os de 1 a 4 años de la muestra de primera infancia, mientras que para las estimaciones del resto de indicadores se usó una muestra de 238 niñas/os de 0 a 4 años.

El Cuadro 4.5.1. presenta las actividades de estimulación y los materiales de aprendizaje disponibles, para niñas/os menores de 5 años. El 85.9% de las niñas/os menores de 5 años participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje. En promedio, algún adulto miembro del hogar realizó 7.3 actividades de estimulación con la niña/o menor de 5 años. Adicionalmente, 29.7% de las niñas/os menores de 5 años cuentan con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar mientras sólo 4.3% cuentan con 10 libros infantiles o más, y 40.3% de las niñas/os menores de 5 años no cuentan con libros infantiles en el hogar. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, edad o escolaridad materna para ninguno de los indicadores.

Cuadro 4.5.1. Actividades de estimulación y materiales de aprendizaje en niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Niños/as menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más			Promedio de actividades que realizaron los niños/as menores de 5 años con al menos un miembro adulto del hogar			Niños/as menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar			Niños/as menores de 5 años con por lo menos 10 libros infantiles en el hogar			Niños/as menores de 5 años sin libros infantiles en el hogar		
	Expansión N (miles)	%	[IC95%]	Expansión Media	[IC95%]	Expansión N (miles)	%	[IC95%]	Expansión N (miles)	%	[IC95%]	Expansión N (miles)	%	[IC95%]	
Estatal	209.0	85.9	[80.2,90.1]	7.3	[6.70,7.97]	72.2	29.7	[23.6,36.6]	10.4	4.3	[2.1,8.5]	98.2	40.3	[34.7,46.3]	
Sexo															
Hombre	108.5	87.8	[78.4,93.4]	7.4	[6.44,8.33]	31.1	25.1	[18.3,33.4]	5.5	4.5	[2.0,9.5]	54.0	43.6	[35.3,52.4]	
Mujer	100.5	84.0	[73.4,90.9]	7.3	[6.41,8.15]	41.1	34.3	[25.5,44.3]	4.9	4.1	[1.4,11.2]	44.2	36.9	[28.1,46.7]	
Edad															
0-35 meses	107.5	82.8	[75.4,88.3]	7.2	[6.35,7.94]	26.4	20.4	[13.9,28.9]	4.2	3.2	[1.1,8.9]	67.3	51.9	[43.0,60.6]	
36-47 meses	44.1	(88.5)	[72.5,95.7]	(7.7)	[6.42,8.98]	16.1	(32.4)	[19.7,48.2]	0.9	(1.8)	[0.2,12.4]	16.3	(32.8)	[19.9,48.9]	
48-59 meses	57.4	90.1	[81.3,95.1]	7.4	[6.69,8.19]	29.6	46.5	[35.3,58.0]	5.3	8.4	[3.9,17.0]	14.5	22.8	[14.1,34.7]	
Escolaridad materna															
Primaria o menos	29.8	(95.3)	[83.4,98.8]	(7.2)	[5.79,8.54]	4.1	(13.0)	[4.3,33.3]	0.0	-	-	19.7	(63.1)	[45.3,77.9]	
Secundaria	70.2	79.8	[68.0,87.9]	7.0	[5.88,8.11]	22.6	25.6	[16.6,37.4]	4.7	5.4	[2.0,13.9]	39.9	45.3	[34.2,56.8]	
Media superior o más	106.3	88.3	[80.9,93.1]	7.7	[6.97,8.42]	44.2	36.7	[26.7,47.9]	10.4	4.7	[2.0,10.8]	37.6	31.3	[24.6,38.8]	

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

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, 12.0% 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 o encontrados fuera del hogar (21.8%). El 22.0% de las niñas/os de 24 a 35 meses juegas con objetos del hogar u objetos encontrados fuera del hogar; mientras que alrededor del 30.0% de las niñas/os de 36 a 59 meses juega con juguetes caseros.

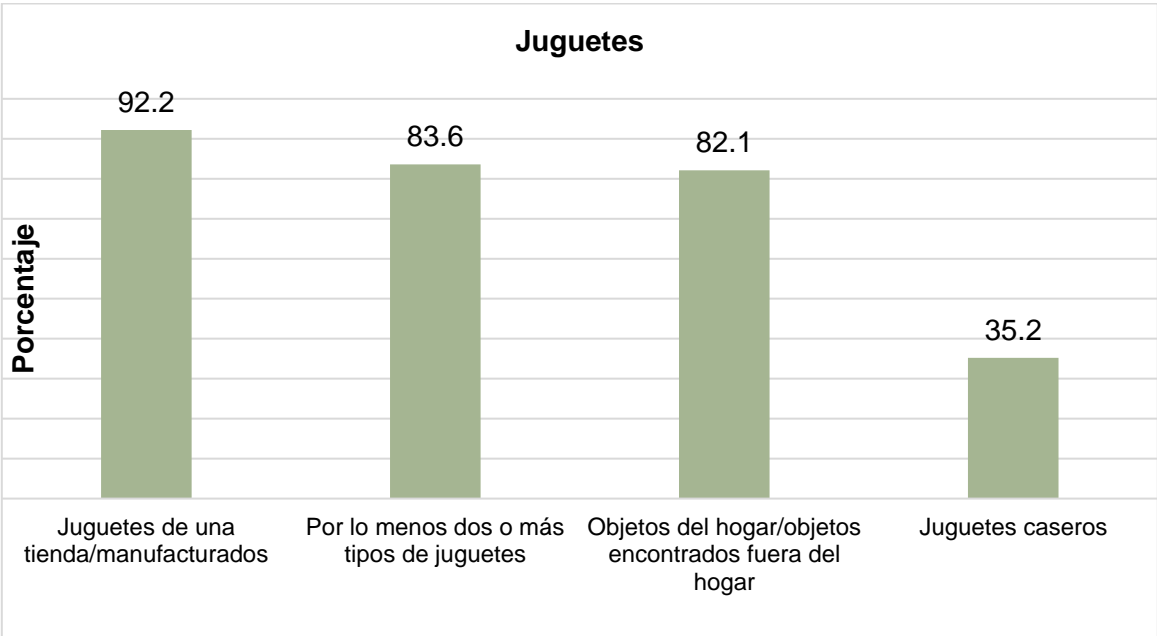
Cuadro 4.5.2. Tipos de juguetes con los que juegan los niños/as de acuerdo con la edad al momento de la entrevista. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Tipos de Juguetes	Edad en meses														
	0 a 11			12 a 23			24 a 35			36 a 47			48 a 59		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Juguetes de una tienda/manufacturados	27.0	12.0	[7.5,18.8]	42.5	18.9	[14.5,24.3]	46.6	20.8	[15.8,26.8]	48.9	21.8	[17.2,27.2]	59.5	26.5	[21.3,32.4]
Objetos del hogar/objetos encontrados fuera del hogar	13.0	6.5	[3.4,12.0]	43.5	21.8	[16.8,27.7]	44.0	22.0	[16.4,28.9]	44.5	22.3	[17.4,28.1]	54.8	27.4	[22.8,32.6]
Juguetes caseros	5.3	6.2	[2.6,14.1]	12.1	14.2	[8.5,22.8]	16.1	18.9	[11.4,29.7]	25.2	29.5	[21.4,39.1]	26.7	31.2	[22.5,41.5]

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa
 N(miles)=Frecuencia expandida/1000

En la figura 4.5.1. se observa que 92.2% de las niñas/os menores de 5 años juegan con juguetes manufacturados o comprados en tienda, 82.1% juega con objetos del hogar o encontrados fuera del hogar y 35.2% juegan con juguetes caseros. El 83.6% de las niñas/os menores de 5 años juegan con dos o más tipos de juguetes.

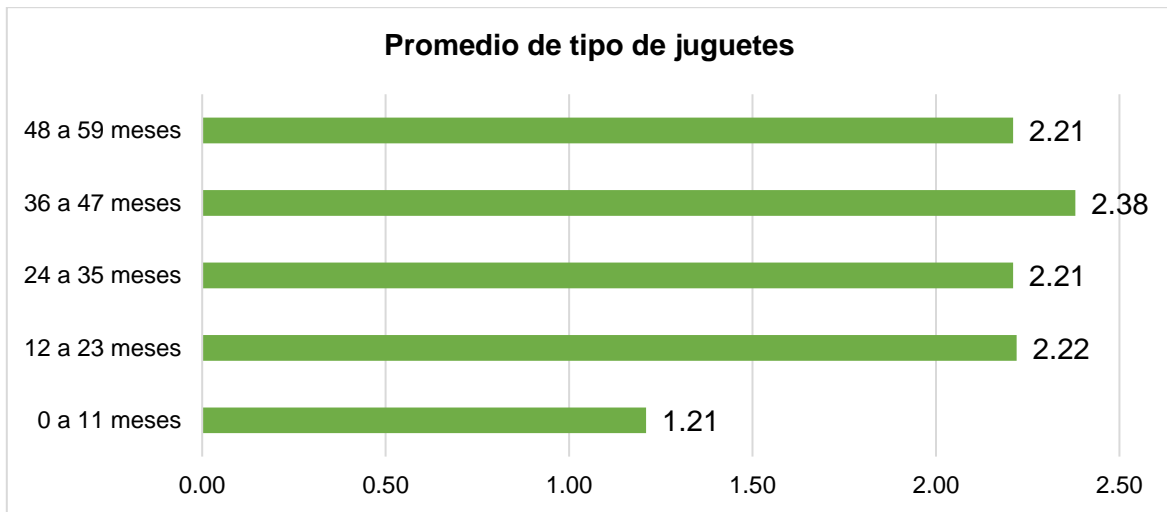
Figura 4.5.1. Tipos de juguetes y acceso a por lo menos dos tipos de juguetes en niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

En la figura 4.5.2. se observa que las niñas/os de 0 a 11 meses en promedio juegan con un solo tipo de juguete mientras que en los demás grupos de edad (entre menores de 5 años) juegan con dos tipos de juguetes.

Figura 4.5.2. Promedio de tipo de juguetes con los que juegan los niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

El cuadro 4.5.3. presenta los métodos de disciplina no violenta o violenta utilizados en el último mes con niñas/os de 1 a 4 años. El 28.2% de las niñas/os son expuestas exclusivamente a métodos de disciplina no violenta. El 44.0% de las niñas/os sufre agresión psicológica dentro del hogar y el 51.4% de las niñas/os reciben algún castigo físico; mientras que el 2.2% de las niñas/os reciben castigo físico severo. El 60.4% de las niñas/os son disciplinados mediante algún método violento de disciplina (ya sea física o psicológica). No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo o escolaridad materna para ninguno de los indicadores.

Cuadro 4.5.3 Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas/os menores de 1 a 4 años en el último mes. Sinaloa, México, Primera Infancia.

	Sólo disciplina no violenta			Agresión psicológica			Castigo físico						Cualquier método de disciplina violento		
							Cualquiera			Severo ^a					
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	57.6	28.2	[22.2,35.1]	89.8	44.0	[36.6,51.7]	104.9	51.4	[44.2,58.6]	4.5	2.2	[0.9,5.0]	123.3	60.4	[52.6,67.8]
Sexo															
Hombre	28.2	26.8	[20.3,34.5]	49.4	47.1	[37.9,56.5]	58.0	55.3	[47.0,63.2]	3.1	3.0	[1.0,8.8]	68.8	65.5	[56.6,73.4]
Mujer	29.4	29.7	[21.7,39.1]	40.3	40.7	[31.0,51.2]	46.8	47.3	[37.5,57.3]	1.3	1.3	[0.5,3.4]	54.5	55.1	[44.2,65.5]
Escolaridad Materna															
Primaria o menos	12.0	38.3	[20.8,59.5]	12.9	41.1	[24.0,60.7]	15.2	48.3	[33.0,64.0]	0.2	0.6	[0.1,2.2]	17.4	55.4	[35.8,73.5]
Secundaria	19.5	23.3	[14.3,35.6]	33.5	39.9	[29.0,51.9]	43.5	51.9	[39.2,64.4]	1.0	1.2	[0.4,3.6]	50.3	60.0	[46.6,72.1]
Media superior o más	25.3	30.5	[22.5,39.7]	39.2	47.3	[37.3,57.5]	41.6	50.1	[41.2,59.0]	2.9	3.4	[1.0,10.9]	51.0	61.5	[52.6,69.7]

a. 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.

Fuente: Primera infancia 2023 Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

El Cuadro 4.5.4. presenta las actitudes de aceptación de los métodos de disciplina violenta usados en niñas/os menores de 5 años. El 7.9% de las madres aceptan que los métodos de disciplina violenta se utilicen en las niñas/os menores de 5 años. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo, o escolaridad materna para este indicador.

Cuadro 4.5.4. Actitudes de aceptación hacia los métodos de disciplina violenta usados en niñas/os menores de 5 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Actitudes hacia la disciplina violenta		
	N (miles)	Expansión	
		%	[IC95%]
Estatal	16.3	7.9	[4.6,13.3]
Sexo			
Hombre	10.4	9.9	[5.3,17.5]
Mujer	5.9	5.9	[1.8,17.5]
Escolaridad materna			
Primaria o menos	6.2	(22.7)	[7.1,52.9]
Secundaria	5.5	7.4	[3.0,17.4]
Media superior o más	4.6	4.6	[1.7,11.9]

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

El cuadro 4.5.5. presenta la distribución de los métodos de cuidado usados en niñas/os menores de 5 años en la última semana. El 6.3% de las niñas/os menores de 5 años fueron dejados solos durante la última semana y 6.2% de las niñas/os fueron dejados al cuidado de una niña/o menor de 10 años en la última semana. El 11.2% 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 4.5.5. Distribución porcentual de métodos de cuidado usados en niñas/os menores de 5 años en la última semana. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos			Niños/as menores de 5 años que fueron dejados al cuidado de otro menor			Niños/as menores de 5 años con cuidado inadecuado		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	15.4	6.3	[3.3,11.6]	15.0	6.2	[3.1,11.8]	27.1	11.2	[7.2,16.9]
Sexo									
Hombre	4.1	3.4	[1.0,10.3]	4.7	3.8	[1.6,8.7]	8.9	7.2	[3.6,13.7]
Mujer	11.2	9.4	[4.7,17.7]	10.3	8.6	[3.6,19.1]	18.3	15.3	[9.0,24.8]
Edad									
0-11 meses	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-
12-59 meses	15.4	7.5	[4.0,13.5]	15.0	7.3	[3.7,13.8]	27.1	13.2	[8.6,19.7]
Escolaridad materna									
Primaria o menos	0.0	-	-	3.4	(10.9)	[2.8,33.6]	3.4	(10.9)	[2.8,33.6]
Secundaria	7.6	8.6	[3.9,18.2]	7.1	8.1	[2.4,23.7]	14.1	16.0	[8.2,28.9]
Media superior o más	7.8	6.4	[2.8,14.1]	4.5	3.8	[1.5,9.3]	9.7	8.1	[4.0,15.6]

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

4.6 Enfermedades diarreicas

Se evaluaron los episodios de enfermedad diarreica aguda (EDA) que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años durante las dos semanas previas a la entrevista. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio, se realizó la siguiente pregunta a las madres o persona cuidadora de las niñas y niños: “¿Ha tenido diarrea (Nombre) en las últimas dos semanas?”, para la cual se consideraron las categorías “Sí” y “No”. Se compararon los resultados de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa con los de la Ensanut Continua 2022, Ensanut 2021 sobre Covid-19, 2018 y 2012. Se definieron dos niveles de tamaño de localidad: rural, localidades con menos de 2 500 habitantes, y

urbana, localidades con 2 500 o más habitantes. Se estimaron prevalencias según tamaño de la localidad y sexo. Se estimaron las prevalencias por año de edad cumplido. Se estimaron las prevalencias y sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% de EDA a nivel estatal.

Para este reporte, los análisis de estimación de prevalencia de EDA durante los quince días previos a la encuesta en niñas y niños menores de cinco años, se consideraron datos de 233 niñas y niños, que correspondieron a una población estimada de 239 122 personas (Cuadro 4.6.1).

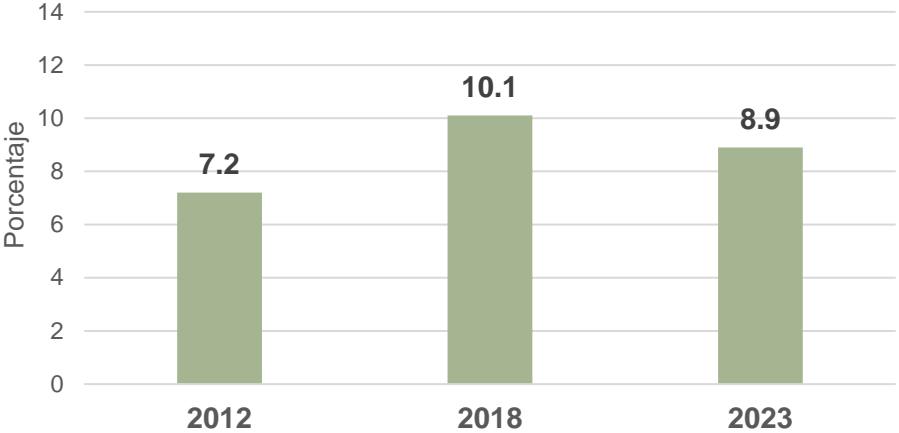
Cuadro 4.6.1 Tamaño muestral y población ponderada para el análisis de enfermedad diarreica aguda. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	38	37 396
1 año	42	44 173
2 años	46	48 242
3 años	50	49 861
4 años	57	59 449
Total (menores de 5 años)	233	239 122

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

De acuerdo con la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa, se estimó que, en las niñas y los niños menores de cinco años, la prevalencia de EDA fue de 8.9%, similar a lo estimado en 2018 (10.1%) y 2012 (7.2%). (Figura 4.6.1).

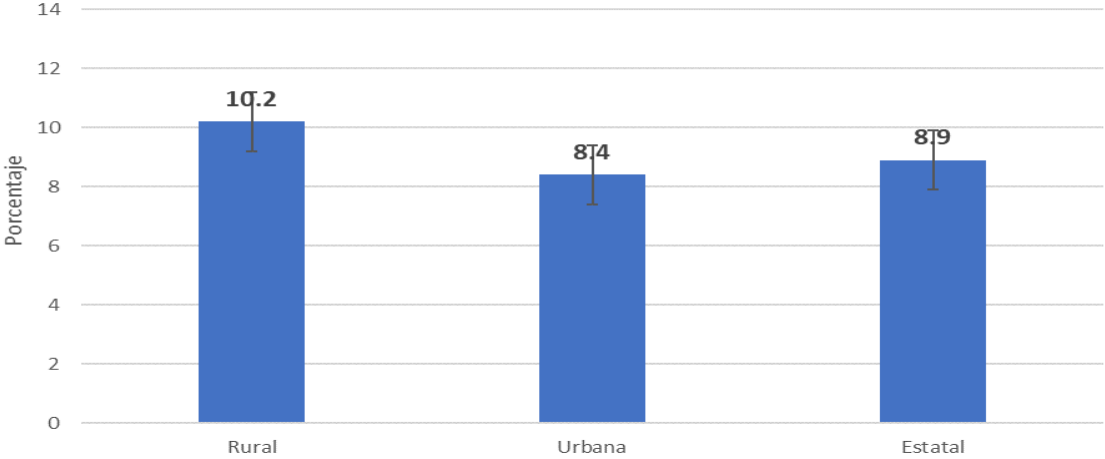
Figura 4.6.1 Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de cinco años según año de encuesta. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023. *



*Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En localidades rurales se estimó una prevalencia de EDA de 10.2% y en las urbanas de 8.4%, similar a la prevalencia a nivel estatal (Figura 4.6.2).

Figura 4.6.2 Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños de cinco años según tipo de localidad.* Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

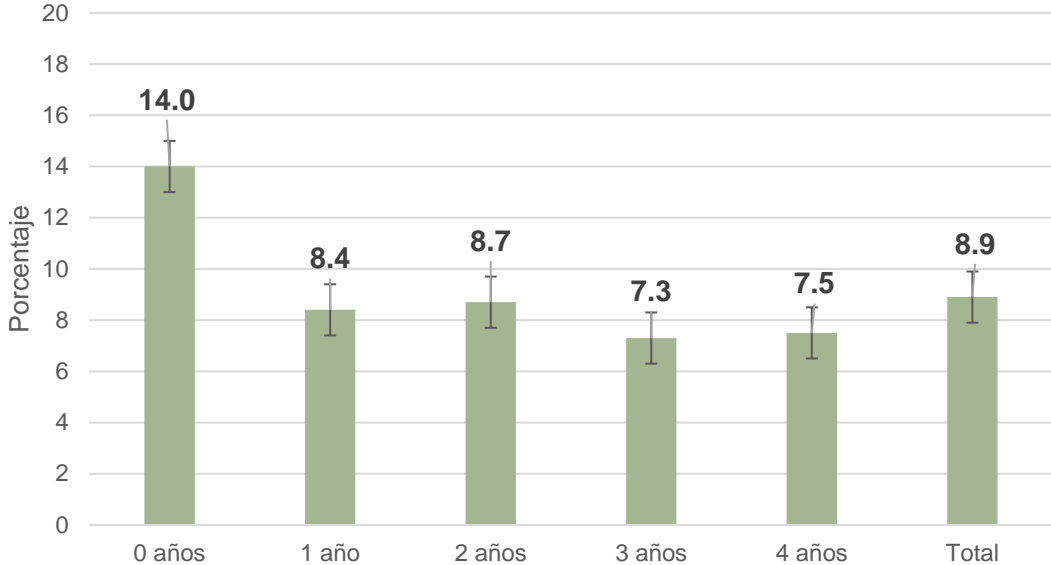


* Las estimaciones del 2023 se realizaron con 233 observaciones.
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa, la prevalencia de EDA en la población menor de cinco años fue similar en niños (10.6%) y niñas (7.1%), similar a lo estimado en los dos años previos (Figura 4.6.3).

En la figura 4.6.3, se reporta la prevalencia por año de edad cumplido. Consistente con la literatura médica, la prevalencia de EDA es diferencial por edad;⁴⁶ siendo las niñas y niños de menos de un año quienes tienen la mayor prevalencia estimada de EDA en las dos semanas previas a la entrevista, con 14.0%, mientras que la prevalencia en menores de cinco años es de 8.9%.

Figura 4.6.3 Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de cinco años según grupo etario. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.*



* Las estimaciones del 2023 se realizaron con 233 observaciones.
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

4.7 infecciones respiratorias agudas

Se estimó la prevalencia de los episodios de infección respiratoria aguda (IRA) que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas

previas a la entrevista. La información se recabó en la sección Infecciones respiratorias agudas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta: “¿Ha tenido gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos (Nombre) en las últimas dos semanas?”, para la cual se consideraron las categorías “Sí” y “No”. Se compararon los resultados de esta encuesta, con los de la Ensanut Continua 2022, Ensanut 2021 sobre Covid-19 y los de las Ensanut 2018 y 2012. El nivel de urbanidad se definió con base en el número de habitantes de las localidades; se consideró localidad rural si la localidad tenía menos de 2 500 habitantes y urbana si tenía 2 500 o más. Se estimaron las prevalencias de IRA de acuerdo con los siguientes grupos etarios: menores de un año, uno, dos, tres y cuatro años. Se estimaron las prevalencias por sexo y se comparadas con las correspondientes a la Ensanut Continua 2022 y la Ensanut 2021 sobre Covid-19. Se estimaron las prevalencias y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

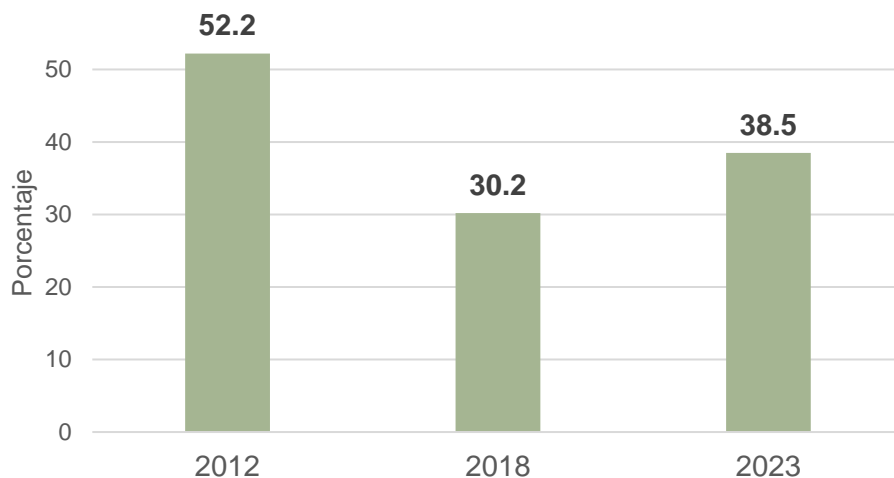
Para este reporte, los análisis de estimación de prevalencia de IRA durante las dos semanas previas a la encuesta en niñas y niños menores de cinco años residentes de Sinaloa, se consideraron datos de 233 niñas y niños, que corresponden a una población estimada de 239 122 personas (Cuadro 4.7.1).

Cuadro 4.7.1 Tamaño muestral y población ponderada para el análisis de infección respiratoria aguda. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	38	37 396
1 año	42	44 173
2 años	46	48 242
3 años	50	49 861
4 años	57	59 449
Total (menores de 5 años)	233	239 122

De acuerdo con la Ensanut Continua 2022 para el estado de Sinaloa, se estimó que, en las niñas y los niños menores de cinco años, la prevalencia de IRA fue de 38.5%. En el 2012 la prevalencia estimada de EDA fue de 52.2%; en el 2018, de 30.2%; en el 2021, de 13.4%; en el 2022 de 21% (Figura 4.7.1).

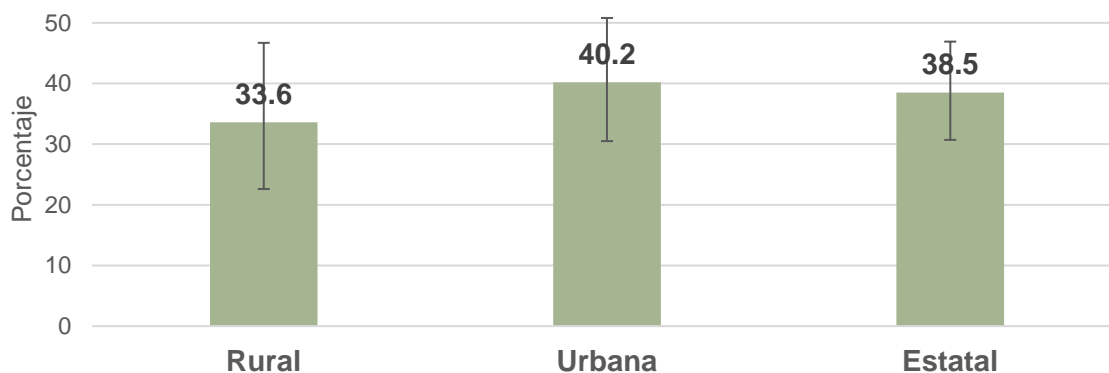
Figura 4.7.1 Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años de edad por año de encuesta. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En hogares de localidades rurales se estimó una prevalencia de 33.6% y en las urbanas, con de 40.2%, sin diferencias estadísticamente significativas (Figura 4.7.2).

Figura 4.7.2 Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en niñas y niños de cinco años según tipo de localidad.* Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

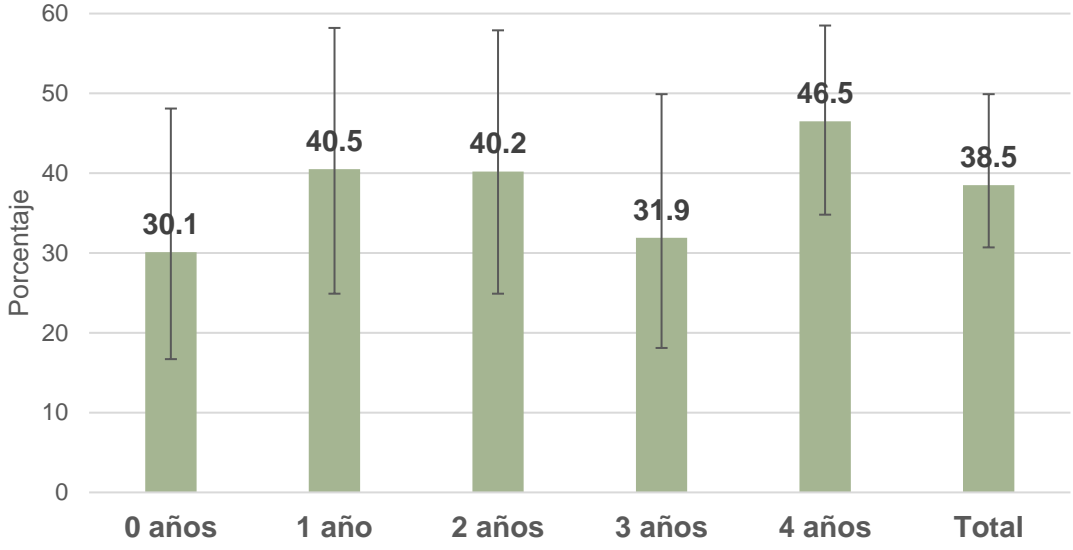


* Las estimaciones del 2023 se realizaron con 233 observaciones.

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

No se identificaron diferencias en la estimación de prevalencia de EDA por edad. La prevalencia más baja fue en el grupo de menores de un año (30.1%), mientras que la prevalencia más elevada se estimó en el grupo de cuatro años (46.5%), sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas (figura 4.7.3).

Figura 4.7.3 Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años según grupo etario, por año de encuesta.* Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



* Las estimaciones del 2023 se realizaron con 233 observaciones.
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

4.8 Accidentes

Según las estadísticas oficiales de mortalidad, 37,450 personas fallecieron a causa de una lesión no intencional, siendo la sexta causa de mortalidad general en México durante el 2022, con una tasa de 28.8 defunciones por cada 100,000 habitantes.⁴⁷

La información generada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ha sido un elemento fundamental para conocer la magnitud, tendencia y características de esta problemática, estimando para 2022 que 7.4 millones de personas sufrieron algún daño a su salud por una lesión no intencional, lo que representa el 5.7% de la población.⁴⁸ Además, se documentó que la proporción de lesionados con consecuencias permanentes en salud fue casi del 31%,

siendo mayor en mujeres que en hombres. A su vez, se reportó que las principales causas de lesiones fueron caídas, lesiones de tránsito, quemaduras, asfixia, envenenamientos e intoxicaciones.⁴⁸

La metodología empleada en la Ensanut que permite la estimación de la prevalencia de lesiones, tiene como base el auto-reporte de lesiones no intencionales durante los 12 meses previos a la encuesta, que se explora para población infantil, adolescente, y adulta. Esta información permite cuantificar la magnitud de las lesiones no intencionales en México, que fueron reconocidas como problema de salud pública desde 1961. Solo en quienes reportaron haber sufrido una lesión no intencional, se exploró más a detalle el mecanismo, que permite caracterizar las principales causas externas de las lesiones.

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),⁴⁹ identificamos los siguientes tipos:

- Choque entre vehículos de 4 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 a 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

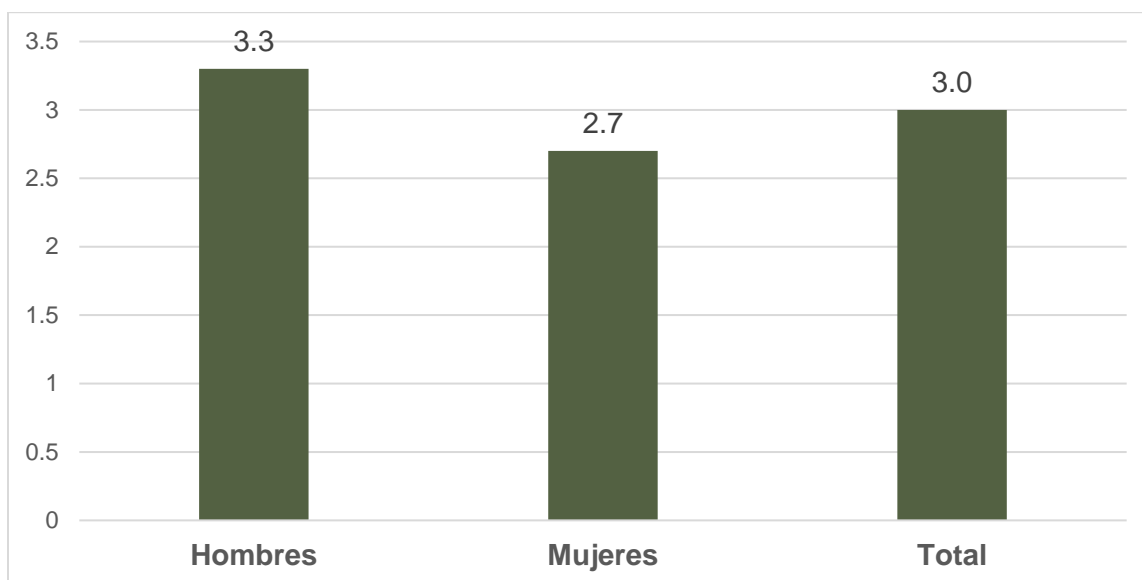
También se exploró el *ámbito de ocurrencia de las lesiones*, para identificar los lugares específicos en los que es preciso trabajar para disminuir los riesgos y la ocurrencia de lesiones no intencionales en México. Los posibles lugares donde ocurren fueron:

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

Un aspecto fundamental es que se exploró la existencia de consecuencias permanentes en salud a causa de las lesiones no intencionales, que van desde limitaciones para moverse o caminar, para usar los brazos y manos, para ver, oír, hablar, u otra limitación física o mental.

La prevalencia de daños a la salud por lesiones en población menor de 10 años se obtuvo a partir del auto-reporte de la madre o de quien estaba a cargo de cuidar al menor de edad en ese momento. Se encontró que, en Sinaloa, 3.0% de esta población había tenido daños a la salud por lesiones no intencionales (figura 4.8.1).

Figura 4.8.1 Prevalencia de lesiones no intencionales no fatales en población menor de 10 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Con esta información fue posible estimar que alrededor de 15,124 menores de 10 años tuvieron un daño a la salud por una lesión no intencional el año previo a la encuesta. Es importante hacer notar que la prevalencia en niños fue similar a la observada en niñas, con 3.3% y 2.7% respectivamente. La edad en la que ocurrieron con más frecuencia lesiones fue en el grupo de 5 a 9 años en niños (4.6%) y niñas (4.1%) (cuadro 4.8.1).

Cuadro 4.8.1. Distribución porcentual de la población menor de 10 años que presentó al menos una lesión en el último año por edad y sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
0 a 1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2 a 4	2.3	3.0	0.7-12.1	1.6	1.9	0.2-13.5	3.9	2.5	0.8-7.3
5 a 9	6.0	4.6	1.9-10.3	5.1	4.1	1.5-10.8	11.1	4.3	2.1-8.5

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
Total	8.3	3.3	1.7-6.3	6.7	2.7	0.9-7.9	15.1	3.0	1.6-5.6

*N(miles)=Frecuencia expandida/1000

‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra

Por causa de lesión, las más frecuentes fueron las caídas a nivel de piso con 55.8%, seguidas por la exposición accidental a otros factores (ingesta de cloro, DDT) (17.0%) y lesiones de tránsito (15.0%). Los tres principales lugares de ocurrencia de las lesiones en menores de 10 años son: el hogar con 66.1%, seguido de otros lugares (18.6%) y finalmente, vía pública (9.7%). Para 5.3% de esta población se reportaron consecuencias permanentes en salud, lo que significa que para 800 niños y niñas se reportó una limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).

Adolescentes

5.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de Ensanut continua 2023 en Sinaloa fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México,²³ que establece para cada grupo de edad; los biológicos necesarios.

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

Cobertura de vacunación en adolescentes de 10 a 19 años de edad:

Este indicador se obtuvo para los biológicos: doble viral (que contiene vacuna anti-sarampión y anti-rubéola), Td (Toxoide tetánico y diftérico), HB (Hepatitis B). consiste en dividir el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad que autorreportaron haber sido vacunados en algún momento entre los 10 y los 19 años, con al menos 1 dosis de cada uno de los biológicos referidos sobre el total de adolescentes entrevistados.

Cobertura de vacunación estimada con Biológico "XX":

Número de adolescentes entre 10 y 19 años de edad que autorreportaron recibir la vacuna"xx"

Total de adolescentes entre 10 y 19 años de edad muestreados en Ensanut continua 2023

Para medir la cobertura de VPH se siguió la misma estrategia antes mencionada excepto por el hecho de que se restringió la evaluación a las niñas de 10 a 19 años de edad, dado que la vacunación está indicada con enfoque de riesgo en ellas.

En el estado de Sinaloa, se encuestaron 321 adolescentes, que representan un estimado de 530,393 individuos de 10 a 19 años de edad, distribuidos en 49.0% mujeres y 51% hombres, residentes en área rural el 25%, en área urbana el 26% y en área metropolitana el 49%.

Mostraron CNS o DP con información sobre su estado de vacunación el 8.8% de los entrevistados, 47.2% tenía CNS, pero no la pudieron mostrar al momento de la entrevista, 9.6% mostró CNS, aunque sin información y 34.4% no tenía CNS (cuadro 5.1.1).

Cuadro 5.1.1. Proporción estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud, Cartilla Nacional de Vacunación o documento probatorio según grupo etario en adolescentes de 10 a 19 años de edad. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Edad	Mostró CNS o CNV con información referente a vacunación		Mostró documento probatorio		Tenía CNS, CNV o documento probatorio, pero no lo mostró		Mostró CNS o CNV sin información referente a vacunación		No tenía CNS ni CNV		Total	
	N(miles)†	%	N(miles)†	%	N(miles)†	%	N(miles)†	%	N(miles)†	%	N(miles)†	%
10	5.2	8.6	0.5	0.9	24.8	40.8	3.4	5.7	26.7	44.0	60.8	100.0
11	8.7	14.1	3.0	4.8	21.2	34.2	15.5	25.0	13.6	21.9	62.1	100.0
12	1.1	3.1	0.0	0.0	22.4	62.3	1.1	3.0	11.4	31.6	36.0	100.0
13	7.6	17.7	1.2	2.8	25.4	59.1	2.1	4.8	6.7	15.5	43.0	100.0
14	6.5	12.0	0.0	0.0	30.2	56.3	0.0	0.0	17.0	31.7	53.7	100.0
15	6.8	11.7	0.0	0.0	17.6	30.1	7.6	13.1	26.3	45.1	58.3	100.0
16	3.1	4.6	0.0	0.0	29.0	43.2	14.3	21.3	20.7	30.8	67.2	100.0
17	2.3	4.2	0.0	0.0	29.6	54.1	1.4	2.5	21.4	39.1	54.6	100.0
18	0.4	0.9	0.0	0.0	21.4	42.1	3.5	6.8	25.5	50.2	50.7	100.0
19	0.0	0.0	0.0	0.0	28.9	65.7	2.0	4.5	13.1	29.8	44.0	100.0
Total	41.8	7.9	4.7	0.9	250.5	47.2	51.0	9.6	182.3	34.4	530.4	100.0

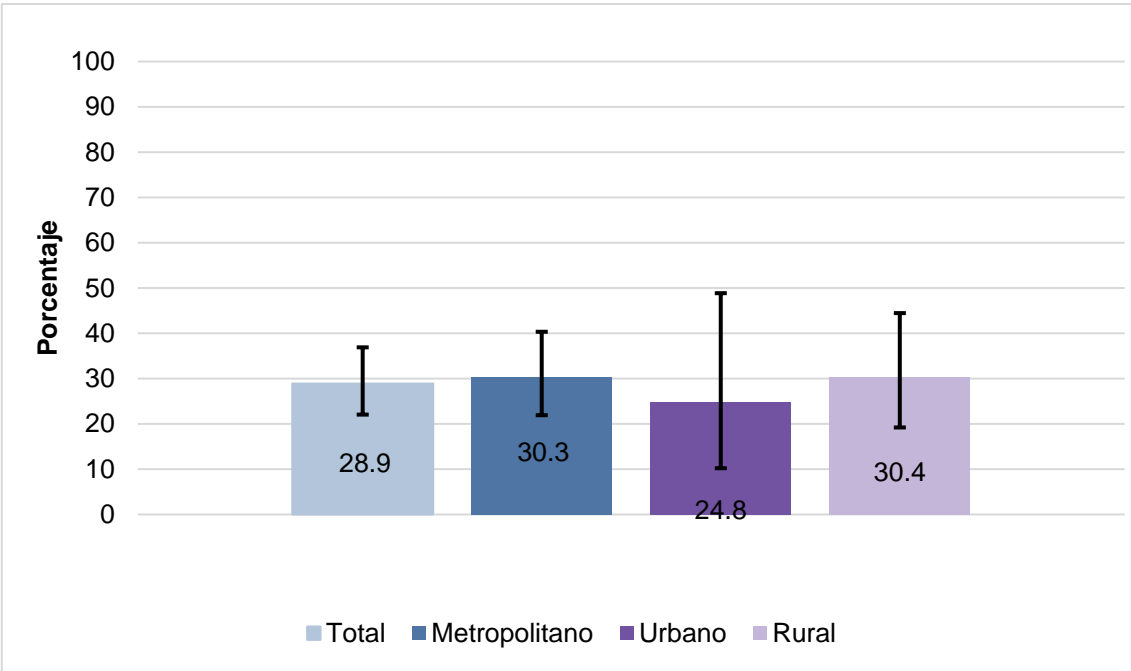
*N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Dada la baja proporción de adolescentes que pueden acreditar la vacunación mediante CNS o DP, se obtienen los resultados de la vacunación en los y las adolescentes a partir del autorreporte, es decir las vacunas que recuerda el adolescente que ha recibido durante ese periodo de vida y que refiere al momento de la encuesta.

En Sinaloa, la cobertura de vacunación contra sarampión y rubéola en adolescentes de acuerdo con autorreporte de memoria se estima en 28.9%, sin diferencias estadísticas entre el tipo de localidad (figura 5.1.1), ni entre hombres y mujeres (cuadro 5.1.2)

Figura 5.1.1. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra Sarampión y Rubéola, según autorreporte de memoria, por tipo de localidad en adolescentes de 10 a 19 años de edad.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Cuadro 5.1.2. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación por biológico, según autorreporte de memoria, en adolescentes de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

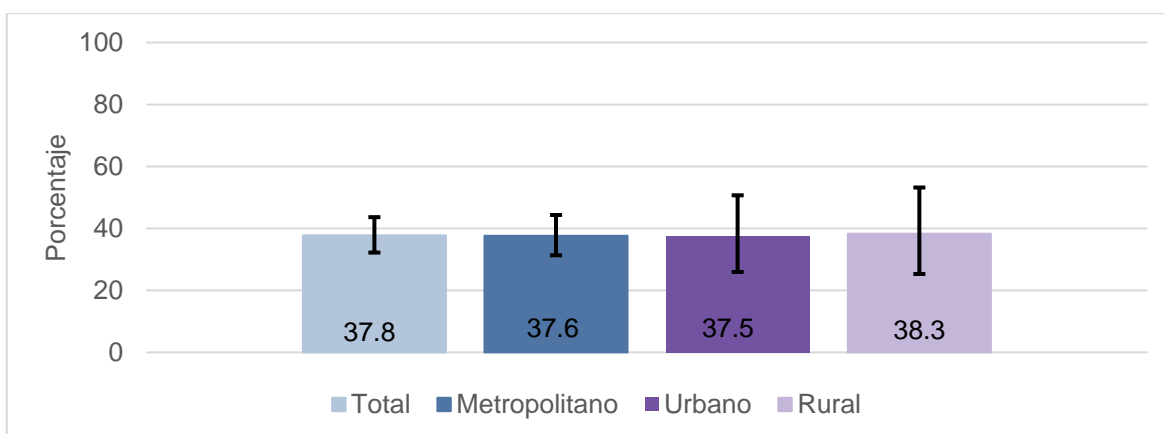
Sexo	Sarampión-rubéola			Tétanos y difteria			Hepatitis B		
	N(miles)‡	%	IC 95%	N(miles)‡	%	IC 95%	N(miles)‡	%	IC 95%
Hombre	55.1	22.5	[16.3,30.1]	87.3	35.6	[27.3,44.8]	67.5	27.6	[19.3,37.7]
Mujer	84.8	35.5	[24.9,47.9]	95.4	40.0	[31.7,48.9]	79.2	33.2	[24.3,43.4]
Total	139.9	28.9	[22.1,36.9]	182.7	37.8	[32.2,43.7]	146.7	30.3	[23.6,38.1]

N(miles)=Frecuencia continua 2023 para el estado de Sinaloa

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La cobertura de vacunación contra tétanos y difteria en adolescentes se estima en 37.8%, sin diferencias significativas por tipo de localidad (Figura 5.1.2), ni por sexo (Cuadro 5.1.2).

Figura 5.1.2. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra Tétanos y Difteria, según autorreporte de memoria, por tipo de localidad en adolescentes de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

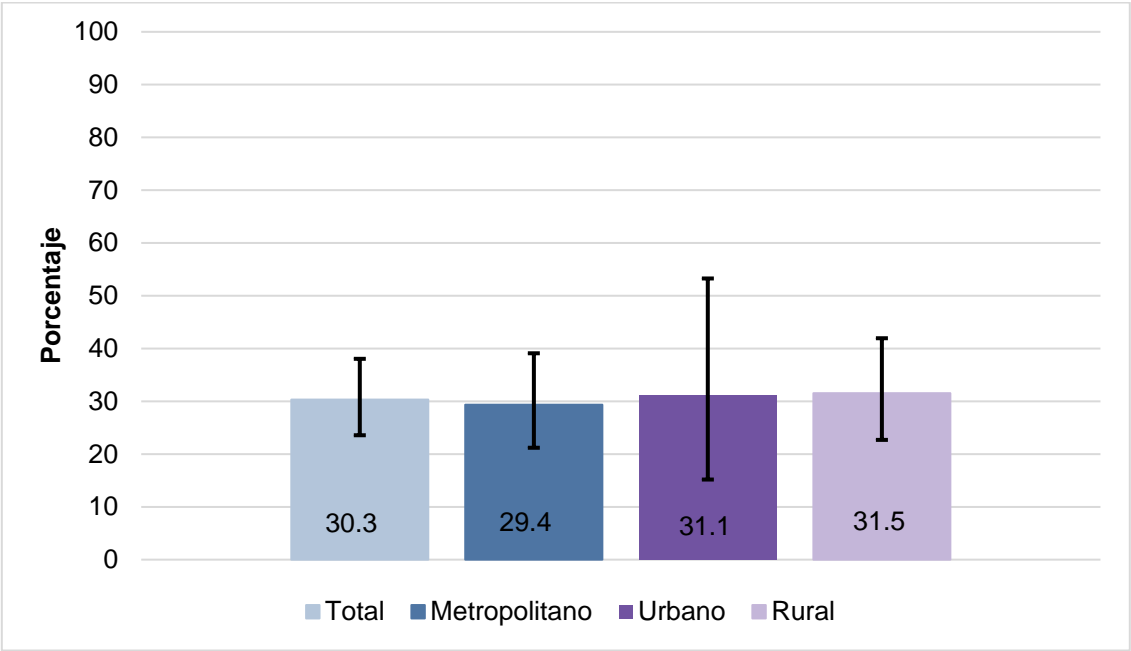


Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La cobertura de vacunación contra Hepatitis B en adolescentes según autorreporte de memoria se estima en 30.3%, sin variaciones significativas entre áreas geográficas o entre hombres y mujeres (Figura 5.1.3 y Cuadro 5.1.2).

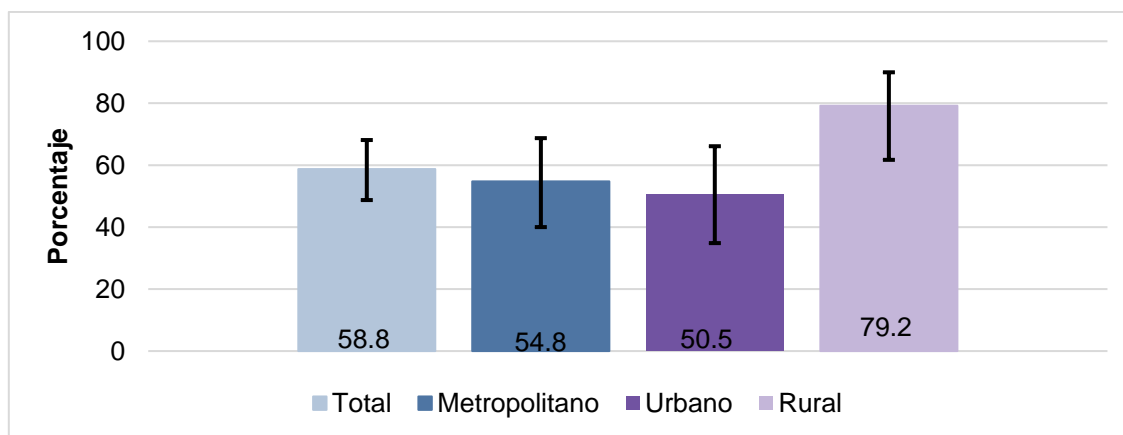
La cobertura de vacunación contra VPH autorreportada por las adolescentes fue de 58.8% sin diferencias significativas por Tipo de localidad (Figura 5.1.4).

Figura 5.1.3. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra Hepatitis B, según autorreporte de memoria, por tipo de localidad en adolescentes de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Figura 5.1.4. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra VPH, según Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio o memoria, tipo de localidad en mujeres adolescentes de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

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 fuma actualmente tabaco. Actualmente se enmarca en un período de 30 días.
2. **Exfumador:** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y no fuma actualmente tabaco.
3. **Nunca ha fumado:** Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que no fuma actualmente tabaco.
4. **Uso actual de cigarrillos electrónicos:** Porcentaje de la población que usa actualmente cigarrillos electrónicos.

Para determinar si la estimación de los indicadores era estable, se calculó el coeficiente de variación (CV).⁵⁰ Se señalaron los estimadores que tenían un coeficiente con baja confiabilidad ($CV \geq 30$).

En Sinaloa, el 1.6% de la población adolescente entre 10 y 19 años (8,227 personas) reportaron fumar tabaco en 2023 (2.6% de los adolescentes hombres, 0.4% de las

adolescentes mujeres; ambas estimaciones con baja confiabilidad). En cuanto al consumo previo de tabaco, el 0.7% de la población adolescente (3,667 personas) reportó ser exfumadora (0.5% de los hombres, sin observaciones en las mujeres). Tanto las estimaciones de consumo actual de tabaco, como el consumo previo se clasificaron con baja confiabilidad. El 97.8% de la población adolescente (518,887 personas) reportó nunca haber fumado (96% de los hombres, 99.5% de las mujeres). Por último, el 2.6% de las y los adolescentes de Sinaloa reportaron ser usuarios actuales de cigarros electrónicos (4.7% de los hombres, 0.3% de las mujeres), siendo estas estimaciones de baja confiabilidad (Cuadro 5.3.1).

Cuadro 5.2.1 Consumo actual de tabaco fumado y uso actual de cigarros electrónicos en población de 10 a 19 años y más. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Fumador actual	8.2	1.6*	0.5,4.7	7.1	2.6*	0.7,8.9	1.1	0.4*	0.1,3.1
Exfumador	3.7	0.7*	0.1,5.0	3.7	1.3*	0.2,9.1	Sin observaciones		
Nunca fumador	518.9	97.8	94.1,99.2	262.3	96.0	89.4,98.6	256.6	99.6	96.9,99.9
Uso actual de cigarros electrónicos	13.7	2.6*	1.1,5.7	12.9	4.7*	2.0,10.8	0.8	0.3*	0.0,2.2

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

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

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

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

Uso actual de cigarros electrónicos: porcentaje de la población que usa actualmente cigarros electrónicos.

* Estimación con baja confiabilidad (CV \geq 30)

5.3 Consumo de alcohol

La muestra de estudio consistió en población adolescente de 10 a 19 años (n = 325). 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 en 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, ó 70 ml de licor.*

51

- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses.*- Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol 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.
- *Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.*- En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,⁵² adicionalmente se estimó el porcentaje de adolescentes que reportaron consumir cinco o más bebidas estándar en el caso de los hombres y de cuatro o más bebidas estándar 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 18.1%, representando 97,339 personas en este grupo de edad. El 11.2% de adolescentes reportaron un consumo excesivo de alcohol 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 significativas entre hombres y mujeres (cuadro 5.3.1).

Cuadro 5.3.1 Consumo actual y consumo excesivo de alcohol en población de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Consumo actual	97.3	18.1	13.4,24	47.6	17.4	11.2,26.2	49.7	18.8	13.4,25.7

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Consumo excesivo									
en los últimos 12 meses	60.3	11.2	7.7,16.1	27.3	10.0	5.7,17	33.0	12.5	7.4,20.2
Consumo									
excesivo en los últimos 30 días	18.4	3.4 ^a	1.6,7.3	12.1	4.4 ^a	1.9,9.8	6.3	2.4 ^a	0.8,6.8

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

^a Prevalencia estimada con pocas observaciones.

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

Consumo excesivo de alcohol: Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más bebidas estándar 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 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, ó 70 ml de licor.

5.4 Salud sexual y reproductiva

Para analizar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente de Sinaloa se estimaron indicadores básicos que dan a conocer la situación actual. Se parte de una muestra de 325 adolescentes de 10 a 19 años. Los indicadores estimados son:

- *Adolescentes con conocimiento de algún método anticonceptivo.* Proporción de adolescentes de 10 a 19 años que han oído hablar de algún método anticonceptivo, independientemente de si han iniciado vida sexual.
- *Adolescentes con conocimiento sobre el número de veces que se puede utilizar un condón.* 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.* Proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento funcional de este método.

- *Adolescentes con inicio de vida sexual.* Proporción de adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron su primera relación sexual. En este indicador se consideran estimaciones válidas a partir de los 6 años.
- *Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.* Proporción de adolescentes de 12 a 19 años que utilizaron algún anticonceptivo en la primera relación sexual.
- *Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.* Proporción de adolescentes de 12 a 19 años que tuvieron más de una relación sexual y utilizaron algún anticonceptivo en la última relación sexual.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho fundamental en la vida de las personas que contribuye al desarrollo físico y emocional saludable. En la adolescencia, la SSR es relevante debido a que en esta etapa ocurren cambios físicos, identitarios y sexuales fundamentales que conllevan comportamientos y prácticas sexuales determinadas por circunstancias sociales, culturales y familiares.⁵³ En general, la SSR en estas edades cobra relevancia por los riesgos y complicaciones que la población adolescente puede tener cuando inicia relaciones sexuales a temprana edad, sin protección anticonceptiva, con varias parejas sexuales y/o consumo de sustancias y drogas, entre otras; lo cual puede derivar en infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados/no planeados y abortos, entre otros.⁵⁴ Estas prácticas pueden tener efectos en la salud física y emocional así como en el desarrollo personal, afectando la salud actual y futura.⁵⁵ Las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes, al tratarse de una de las etapas de transición más importantes de la vida.

La SSR también supone el derecho de las personas a contar con educación integral en sexualidad que les permita desarrollar habilidades de autoeficacia para negociar la práctica anticonceptiva, así como el acceso a servicios de salud de calidad para recibir información y métodos anticonceptivos asequibles, adecuados, eficaces y acordes a las necesidades particulares.^{55,56} Dado que la población adolescente está expuesta a diferentes riesgos en comparación con la población adulta, es prioritario, en estas edades, la promoción de la salud considerando el curso de vida, las diferencias por sexo, orientación sexual, condición social y económica, enfoque de género y perspectiva de derechos humanos.¹

Con el fin de conocer la situación actual de la SSR en adolescentes 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 para el estado de Sinaloa constituye una fuente de información relevante en indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adolescente.

Los indicadores que a continuación se reportan para esta entidad federativa sobre métodos anticonceptivos, muestran que 81.2% de la población adolescente de 10 a 19 años reportó haber escuchado hablar de alguno. Se observaron diferencias estadísticas entre adolescentes de 10 a 11 años respecto a los grupos de edad de 12 a 15 (54.4% vs. 86.9%) y de 16 a 19 años (54.4% vs 91.5%), con un mayor conocimiento en los de mayor edad (cuadro 5.4.1). Destaca la brecha de conocimiento entre grupos de edad, tomando en cuenta que desde la educación básica los planes escolares contemplan estos temas. Es importante señalar que, aunque las/los adolescentes mencionen haber escuchado hablar de métodos anticonceptivos, esto no significa que tengan el conocimiento apropiado sobre el uso correcto de la anticoncepción.

Cuadro 5.4.1 Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo por grupos de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Edad	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									Total N(miles)*
	Sí			No			No responde			
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	
10 a 11	67.8	54.4	[37.7,70.2]	53.5	42.9	[27.8,59.4]	3.3	2.7	[0.5,12.5]	232.8
12 a 15	170.9	86.9	[78.0,92.5]	24.3	12.3	[6.8,21.2]	1.6	0.8	[0.1,5.6]	412.5
16 a 19	197.8	91.5	[79.2,96.8]	15.8	7.3	[2.8,17.9]	2.6	1.2	[0.2,7.8]	483.4
Total	436.5	81.2	[74.5,86.5]	93.5	17.4	[12.3,24.0]	7.5	1.4	[0.5,3.8]	1128.7

* N(miles)= Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Para indagar sobre el conocimiento del condón masculino, se le preguntó a la población adolescente “cuántas veces se puede usar un condón”, tomando en consideración que el condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado por la población adolescente.⁵⁷

Se obtuvo que 80.2% de las/os adolescentes respondió correctamente –“una sola vez”-, sin significancia estadística por sexo (83.9% en hombres y 76.4% en mujeres). Respecto al conocimiento sobre la utilidad del condón masculino para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual, 51.8% de la población adolescente respondió de manera correcta, con conocimiento similar entre hombres y mujeres (44.8% y 59.0%, respectivamente). Esto muestra que cerca de la mitad de esta población no tiene los conocimientos básicos sobre la utilidad del condón masculino (cuadro 5.4.2).

Cuadro 5.4.2 Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento del uso del condón masculino. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Conocimiento del condón masculino	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?									
Una sola vez	174.4	83.9	[75.3,89.9]	155.7	76.4	[62.3,86.4]	330.1	80.2	[72.3,86.2]
Otra respuesta	6.7	3.2	[1.0,10.4]	4.5	2.2	[0.8,6.0]	11.2	2.7	[1.2,5.9]
No sabe/No responde	26.8	12.9	[7.5,21.3]	43.6	21.4	[11.5,36.4]	70.4	17.1	[11.1,25.3]
Total	208.0	100		203.7	100		411.7	100	
¿Para qué se utiliza el condón masculino?									
Para prevenir un embarazo	86.8	41.7	[32.0,52.1]	58.2	28.6	[19.6,39.7]	144.9	35.2	[28.6,42.4]
Para prevenir una infección de transmisión sexual	28.0	13.4	[7.8,22.2]	21.9	10.8	[4.9,22.0]	49.9	12.1	[7.6,18.9]
Para ambos	93.2	44.8	[33.8,56.4]	120.1	59.0	[47.4,69.6]	213.4	51.8	[44.0,59.6]
No sabe/No responde	0.0	0.0	--	3.5	1.7	[0.5,6.1]	3.5	0.8	[0.2,3.2]
Total	208.0	100		203.7			411.7	100	

* N(miles)= Frecuencia expandida/1000
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La iniciación sexual es un hecho relevante que marca la vida de las personas, con implicaciones en los patrones sociales de comportamiento y efectos en la salud sexual y reproductiva. En este sentido, se indagó en la población de 12 a 19 años sobre este acontecimiento, encontrando que 19.8% inició vida sexual, con diferencias marginalmente significativas por sexo (23.3% hombres y 16.1% mujeres) (cuadro 5.4.3).

Cuadro 5.4.3 Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años por inicio de vida sexual por sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Inicio de vida sexual	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
Sí	49.2	23.3	[17.4,30.4]	58.1	16.1	[10.5,23.9]	81.6	19.8	[15.3,25.2]
No	162.1	76.7	[69.6,82.6]	391.1	83.9	[76.1,89.5]	331.3	80.2	[74.8,84.7]
Total	211.3	100		449.2	100		412.9	100	

* N(miles)= Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Para un inicio de vida sexual saludable es fundamental el uso de métodos anticonceptivos, ya que protegen a las personas de embarazos no planeados/no deseados e infecciones de transmisión sexual, y la oportunidad de tener una vida sexual saludable. Acerca de esto, se indagó sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual. En relación con la primera, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 12.3% no utilizó métodos anticonceptivos. De los que usaron algún método, 80.3% usó condón masculino (cuadro 5.4.4).

Cuadro 5.4.4 Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que usaron condón o ningún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Método anticonceptivo	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
Condón	65.5	(80.3)	[63.5,90.5]	43.7	(80.5)	[60.2,91.9]
Nada	10.1	(12.3)	[4.1,31.6]	6.3	(11.5)	[3.7,30.6]
Total	81.6			54.3		

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas

Nota: Estimación obtenida con 48 observaciones no ponderadas para la primera relación sexual y 28 observaciones para la última relación sexual

Fuente. Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, el 11.5% de los

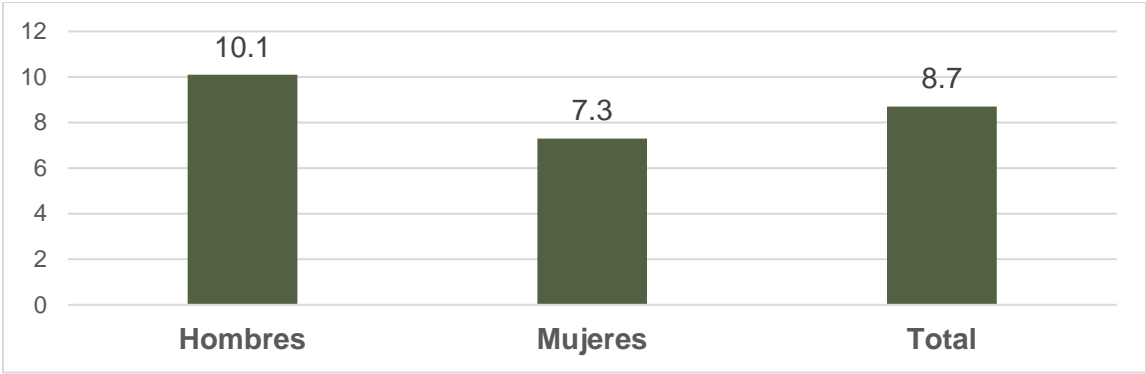
adolescentes reportó no haber utilizado ninguno, mientras que 80.5% utilizó el condón masculino. Los datos presentados muestran una disminución en el uso del condón en la última relación sexual (cuadro 5.4.4).

Estas cifras muestran la necesidad de garantizar la utilización de métodos anticonceptivos y erradicar barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes.⁵⁸

5.5 Accidentes

Siguiendo la metodología plasmada en la sección 4.8 de accidentes, en población de 10 a 19 años, se encontró que en Sinaloa la prevalencia de daños a la salud por lesiones en el año previo al levantamiento de la encuesta fue de 8.7%.

Figura 5.5.1. Prevalencia de lesiones no intencionales no fatales en población de 10 a 19 años. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Se estima que 46,824 adolescentes presentaron una lesión, el año previo a la encuesta, mostrando que la prevalencia fue más alta en hombres que en mujeres (10.1% y 7.3% respectivamente) (cuadro 5.5.1).

Cuadro 5.5.1. Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años que presentó al menos una lesión en el último año por edad y sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
10 a 12	0.8	1.1	0.1-8.6	9.3	11.1	3.3-31.0	10.2	6.3	2.1-17.6
13 a 15	9.0	10.4	3.7-25.9	3.8	5.5	1.7-16.7	12.8	8.2	3.6-17.7
16 a 19	17.6	16.4	7.8-31.1	6.0	5.6	1.1-24.4	23.7	10.9	5.1-21.9
Total	27.5	10.1	6.1-16.1	19.2	7.3	3.4-15.1	46.8	8.7	5.6-13.3

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Las lesiones más frecuentes, fueron las debidas al tránsito con 41.8%, seguidas de las caídas a nivel de piso (35.9%) y golpe con objeto, equipo o maquinaria (12.1%). Se identifican tres principales lugares donde ocurren con más frecuencia las lesiones en adolescentes: vía pública (61.4%), escuela (19.1%) y trabajo (6.4%). Alrededor de 5,176 (11.4%) adolescentes que sufrieron alguna lesión, reportaron una consecuencia permanente al estado de salud, principalmente del tipo limitación para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).

5.6 Ataque o violencia

En 1996, la 49a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública a nivel mundial. 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.⁵⁹

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”.⁵⁹ 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).⁴⁹

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 0.9% de la población adolescente reportó haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses. Principalmente se reportan golpes, patadas y puñetazos, agresiones verbales. Los motivos principales reportados fueron riñas extraescolares (Cuadro.5.6.1)

Cuadro 5.6.1. Distribución de adolescentes por reporte de ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	N(miles)*	%	(IC95%)
En los últimos 12 meses, ¿sufriste algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia?			
Sí	4.7	0.9	[0.3,2.4]
No	532.8	99.1	[97.6,99.7]
Total	537.5		
Tipo de ataque**			
Empujón desde lugar elevado	1.4	28.9	[3.7,81.3]
Golpes, patadas, puñetazos	4.7	100	
Motivo principal**			
Riña extraescolar	3.3	71.1	[18.7,96.3]
Otro	1.4	28.9	[3.7,81.3]
Lugar**			
Escuela	3.3	71.1	[18.7,96.3]
Trabajo	1.4	28.9	[3.7,81.3]

** Las estimaciones se basaron en 4 observaciones no ponderadas

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Conductas suicidas en adolescentes alguna vez en la vida

El 2.8% de la población adolescente reportó alguna vez en la vida haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida, 0.4% en hombres y 5.1% en mujeres. Al preguntar si el intento de

suicidio fue en los últimos 12 meses, destaca que el 61.4% del total de adolescentes lo realizó en el último año (Cuadro 5.6.2).

Cuadro 5.6.2. Población adolescente de 10 a 19 años que reporta intento de suicidio alguna vez en la vida. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)*	%	IC 95%	N(miles)*	%	IC 95%	N(miles)*	%	IC 98%
¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?									
Sí	1.1	0.4	[0.1,3.2]	13.7	5.1	[2.5,10.3]	14.8	2.8	[1.4,5.4]
No	269	99.6	[96.8,99.9]	253.6	94.9	[89.7,97.5]	522.7	97.2	[94.6,98.6]
Total	270			267.3			537.5		
¿Esto fue en los últimos 12 meses?*									
Sí	1.1	100		8	58.3	[23.6,86.3]	9.1	61.4	[27.3,87.1]
No	0	0		5.7	41.7	[13.7,76.4]	5.7	38.6	[12.9,72.7]
Total	1.1			13.7			14.8		

**Estimación obtenida con 11 observaciones no ponderadas

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2022 para el estado de Sinaloa

5.7 Sintomatología depresiva

La depresión y la sintomatología depresiva, que incluye tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño, afecta negativamente las vidas de los adolescentes y adultos, de sus hijas/os y de sus familias.

Para medir sintomatología depresiva entre los adolescentes y adultos se usó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), una versión abreviada de siete reactivos, a partir de la Escala CES-D,⁶⁰ 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 7 ítems específica para adolescentes, por lo que se usó de manera

provisional el punto de corte de 9 puntos. La CESD-7 se validó en población mexicana adulta^{61,62} y los puntos de corte para identificar la presencia de sintomatología depresiva moderada o severa son 9 puntos para adultos de 20 a 59 años y 5 puntos para adultos \geq 60 años.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

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

Para las estimaciones de los indicadores de sintomatología depresiva se consideraron a 325 adolescentes.

En el cuadro 5.7.1 se muestra el porcentaje de adolescentes de acuerdo con los síntomas depresivos en la última semana y la frecuencia con que se tuvieron. Destaca que los problemas de sueño son los más frecuentes entre la población adolescente, 3.3% declaró que un número considerable de veces y 12.0% todo el tiempo o la mayoría del tiempo no durmieron bien. La proporción de adolescentes que participó en la Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa y que presentaron un puntaje de 9 o más fue de 5.9%.

Cuadro 5.7.1. Prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de 10 a 19 años Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Durante la semana pasada...	Rara vez o nunca			Pocas veces			Un número considerable de veces			Todo el tiempo/la mayoría del tiempo		
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza	436.2	81.2	[75.8,85.5]	67.3	12.5	[8.8,17.6]	21.7	4.0	[2.1,7.8]	12.3	2.3	[0.9,5.4]
Le costó trabajo concentrarse	352.2	65.5	[59.3,71.3]	131.2	24.4	[19.3,30.3]	33.9	6.3	[3.9,10.2]	20.2	3.8	[2.1,6.6]
Se sintió deprimido o deprimida	430.1	80.0	[74.2,84.8]	79.6	14.8	[10.6,20.3]	19.2	3.6	[1.8,7.1]	8.6	1.6	[0.6,4.5]
Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	398.0	74.0	[68.3,79.1]	84.4	15.7	[11.0,21.9]	32.0	6.0	[3.2,10.7]	23.1	4.3	[2.3,8.1]
No durmió bien	363.3	67.6	[62.4,72.3]	91.7	17.1	[12.8,22.3]	17.7	3.3	[1.6,6.8]	64.8	12.0	[8.4,17.0]
Se sintió triste	404.4	75.2	[69.2,80.4]	111.2	20.7	[15.7,26.8]	14.9	2.8	[1.3,5.9]	7.0	1.3	[0.5,3.6]
Disfrutó de la vida	61.3	11.4	[8.2,15.7]	34.0	6.3	[3.4,11.5]	37.8	7.0	[4.3,11.2]	404.4	75.2	[68.5,80.9]
Sintomatología depresiva ≥9												
Total	31.8	5.9	[3.6,9.5]									

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

5.8 Funcionamiento

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

La definición de discapacidad ha cambiado con el tiempo. La definición médica de la discapacidad identifica a las personas de acuerdo con su diagnóstico y se enfoca en trastornos, enfermedades o condiciones (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.) entendidos como las causas de la discapacidad. El pensamiento sobre la discapacidad ha evolucionado hacia una definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. Es decir, en lugar de enfocarse en las causas se enfatizan los problemas que encuentran las personas en términos de su funcionamiento cotidiano; esta definición toma en cuenta la interacción entre la condición del individuo y el contexto.⁶³⁻⁶⁵ Este nuevo paradigma biopsicosocial, en sintonía con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, enmarca el abordaje metodológico de la medición poblacional de la discapacidad, el cual se describe a continuación.

En la encuesta ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa se utilizó el módulo de preguntas sobre funcionamiento desarrollado por UNICEF y el Grupo Washington para la medición de la discapacidad en la niñez, la adolescencia,⁶⁶ así como el módulo para adulto⁶⁷ desarrollado por el Grupo Washington. Dichos módulos fueron diseñados para identificar a las niñas y niños, adolescentes y adultos con dificultades en el funcionamiento, los cuales, ante la ausencia de un entorno adaptado a sus necesidades, se encuentran en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Los módulos sobre funcionamiento se incluyeron en los cuestionarios de niños de 0 a 9 años, adolescentes y adultos. La batería de preguntas se aplicó a las madres de las niñas y niños de 2 a 9 años y directamente a las niñas y niños mayores de 10 años, así como adolescentes y adultos. Dependiendo del grupo de edad (2-4 años, 5-17 años o

≥ 18 años), el módulo incluye 16, 24 o 10 preguntas con respuestas categóricas que evalúan dificultades de funcionamiento en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad, así como emociones, entre otras.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial de discapacidad, los módulos se enfocan en la presencia y el grado de severidad de las dificultades en el funcionamiento. Los módulos fueron diseñados para capturar el continuo de habilidades en el funcionamiento a través de varias áreas. Para generar los indicadores que se presentan en esta sección, se combinaron respuestas de preguntas individuales para desarrollar estimaciones del número de niñas y niños, adolescentes y adultos en riesgo de tener una participación muy limitada o restringida en la sociedad, de acuerdo a los ámbitos de interés. Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña y 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. ^a	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 ^{b,c}	Número total de niñas, niños y adolescentes entre 2 y 17 años.
Prevalencia de dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito en niñas y niños de 2 a 4 años. ^a	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 ^b	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. ^a	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 ^c	Número total de niñas, niños y adolescentes entre 5 y 17 años

a. Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS, acrónimo en inglés) de UNICEF

b. 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.

c. 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.

Para las estimaciones de dificultades severas del funcionamiento en niñas y niños de 2 a 4 años consideramos 158 observaciones, mientras que para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años consideramos 485 observaciones. Por lo que en el rango de 2 a 17 años analizamos información de 643 niñas, niños y adolescentes.

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 12.9% de los niñas, niños y adolescentes tiene dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. Mientras que el 3.0% y 15.2% de las niñas/os de 2 a 4 años y 5 a 17 años presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, respectivamente. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo para ninguno de los indicadores.

Cuadro 5.8.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un ámbito Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Niños de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 5 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	4.9	3.0	[1.2,7.4]	106.3	15.2	[11.6,19.6]	111.2	12.9	[9.9,16.6]
Sexo									
Hombre	3.9	5.0	[1.7,13.6]	47.1	13.0	[8.0,20.2]	51.0	11.5	[7.4,17.4]
Mujer	1.0	1.2	[0.2,8.4]	59.2	17.6	[12.9,23.6]	60.2	14.3	[10.3,19.7]

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

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^{42,44} ha señalado que la exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas/os, a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.

La meta 16.2 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 16, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niñas/os entre 1 y 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. En la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa, 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 589 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 en Sinaloa, 53.1% 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. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo o grupos de edad.

La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas. Mientras que 43.4% de las niñas/os en el estado fueron sometidos a agresión psicológica, 35.3% fueron sometidos a castigo físico, de éstos 3.6% 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 alrededor de la tercera parte 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, Sinaloa, México, ENSANUT 2023.

	Sólo disciplina no violenta			Agresión psicológica			Castigo físico						Cualquier método de disciplina violento		
							Cualquiera			Severo ^a					
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	237.6	32.8	[28.1,37.8]	314.6	43.4	[37.5,49.5]	255.6	35.3	[31.0,39.8]	26.1	3.6	[2.4,5.4]	385.0	53.1	[48.2,58.0]
Sexo															
Hombre	116.8	31.6	[24.7,39.4]	165.8	44.8	[35.5,54.4]	140.1	37.9	[30.3,46.0]	13.0	3.5	[1.8,6.9]	204.3	55.2	[46.4,63.7]
Mujer	120.8	34.1	[28.1,40.6]	148.8	42.0	[35.7,48.5]	115.5	32.6	[27.5,38.0]	13.1	3.7	[2.2,6.2]	180.6	50.9	[45.2,56.6]
Edad															
1 a 4 años	64.4	31.4	[26.1,37.2]	74.5	36.3	[29.4,43.8]	88.6	43.2	[36.3,50.3]	7.0	3.4	[1.5,7.6]	110.5	53.8	[47.3,60.2]
5 a 14 años	173.2	33.3	[27.3,40.0]	240.1	46.2	[39.5,53.1]	167.0	32.1	[27.2,37.5]	19.1	3.7	[2.2,6.0]	274.5	52.8	[46.7,58.9]

a. 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/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el Cuadro 5.9.2 revela que 10.3% 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 12.6% de 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 Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	54.8	10.3	[7.1,14.9]
Sexo			
Hombre	36.5	13.7	[9.0,20.4]
Mujer	18.3	6.9	[3.8,12.3]

N(miles)= Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

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

	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	24.7	12.6	[8.4,18.6]
Sexo			
Hombre	10.1	(9.6)	[4.2,20.5]
Mujer	14.6	16.1	[9.7,25.5]

N(miles)= Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

() Prevalencias estimadas entre 26 y 60 observaciones absolutas

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),⁶⁸ 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 atracones⁶⁹– pero con menor intensidad y N(miles).⁷⁰

La información para la medición de conductas alimentarias de riesgo en la Ensanut Continua se captó utilizando un cuestionario breve propuesto por Unikel y cols. 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.⁷¹

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescentes de Sinaloa fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Se reportó frecuentemente y muy frecuentemente la preocupación por engordar (6.3% y 5.8%), así como haber comido demasiado (7.2% y 4.0%, respectivamente). En menor proporción se encuentra el perder el control sobre lo que come, ejercicio en exceso y realizar dietas con el fin de tratar de bajar de peso (cuadro 5.10.1).

Cuadro 5.10.1 Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)
¿Te ha preocupado engordar?	369.3	68.7	[62.8,74.0]	103.2	19.2	[14.6,24.9]	33.6	6.3	[3.6,10.7]	31.4	5.8	[3.5,9.5]
¿has comido demasiado?	292.8	54.5	[48.7,60.2]	184.7	34.4	[28.9,40.3]	38.7	7.2	[4.5,11.4]	21.3	4	[1.8,8.7]
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	394.9	73.5	[67.9,78.4]	119.4	22.2	[17.8,27.3]	11.8	2.2	[0.9,5.2]	11.4	2.1	[0.8,5.4]
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	520.7	96.9	[94.0,98.4]	16.3	3	[1.5,5.9]	0	0		0.5	0.1	[0.0,0.8]
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	492	91.5	[87.6,94.3]	37	6.9	[4.3,10.9]	7.9	1.5	[0.6,3.3]	0.5	0.1	[0.0,0.8]
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	485.1	90.2	[85.8,93.4]	38.6	7.2	[4.4,11.6]	10.5	2	[0.8,4.7]	3.3	0.6	[0.2,2.1]
¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	494.7	92	[88.4,94.6]	30.2	5.6	[3.4,9.2]	8.9	1.6	[0.7,3.7]	3.7	0.7	[0.2,2.4]
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	527.2	98.1	[95.8,99.1]	4	0.7	[0.2,2.3]	4.3	0.8	[0.2,3.2]	2	0.4	[0.1,1.8]
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para	531.9	99	[97.0,99.7]	1.2	0.2	[0.0,1.7]	2.3	0.4	[0.1,3.1]	2	0.4	[0.1,1.8]

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)
tratar de bajar de peso? ¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	532.7	99.1	[97.1,99.7]	2.7	0.5	[0.1,2.7]	0	0		2	0.4	[0.1,1.8]

*N(miles)= Frecuencia expandida/1000

IC = Intervalo de confianza

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

5.11 Sustancias adictivas

Las sustancias adictivas deterioran la salud mental y física de las y los adolescentes que las consumen.⁷² Estas sustancias se dividen en drogas de uso médico y drogas ilícitas. Las drogas de uso médico se clasifican en opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes.⁷³ Una de las drogas médicas de mayor preocupación es el fentanilo, un opiáceo altamente adictivo y letal. Las drogas ilícitas de mayor preocupación son la marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico.⁷²

Se incluyó información de 244 adolescentes de 12 a 19 años de edad. Se construyó un indicador de conocimiento sobre fentanilo mediante la pregunta “¿Conoces o has escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?”. Los indicadores de uso de drogas médicas e ilícitas se construyeron igual que en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17,⁷⁴ para permitir comparación (Cuadro 5.12.1).

Cuadro 5.11.1 Indicadores de uso de sustancias adictivas Sinaloa, 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	
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	Número total de adolescentes de 12 a 19 años en 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	

Cuadro 5.11.2 Prevalencia de conocimiento sobre fentanilo y uso alguna vez en la vida de drogas médicas e ilícitas en adolescentes Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

n muestral	244
N ponderada	412,883
Indicador	% (IC 95%)
Conocimiento sobre fentanilo	73.4 (64.8, 80.5)
Uso de drogas médicas	3.3* (1.7, 6.1)
Uso de drogas ilícitas	2.3* (0.9, 5.4)

IC: Intervalo de confianza. Drogas médicas: opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos y estimulantes. Drogas ilícitas: Marihuana, marihuana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico.

*Estimación obtenida con 11 observaciones

**Estimación obtenida con 5 observaciones

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

La prevalencia de conocimiento de fentanilo fue 73.4% en la población adolescente, representando 303,096 adolescentes. La prevalencia de uso de drogas médicas alguna vez en la vida en la población adolescente fue de 3.3%, representando 13,490 adolescentes. La prevalencia de uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida en esta población fue 2.3%, representando 9,376 adolescentes. Por la prevalencia baja no fue posible hacer estimaciones de drogas específicas o desagregar por variables sociodemográficas.

Adultos

6.1 Vacunación

Las coberturas de vacunación de Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México,²³ que establece para cada grupo de edad; los biológicos necesarios.

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

Cobertura de vacunación en adultos de 20 a 39 años de edad:

Este indicador se obtuvo para el biológico doble viral (que contiene vacuna anti-sarampión y anti-rubéola), consiste en dividir el número de adultos de 20 a 39 años de edad que autorreportaron durante la entrevista haber sido vacunados con al menos una dosis de SR, entre el total de adultos de 20 a 39 años entrevistados que no poseían CNS o DP

Cobertura de vacunación estimada con SR:
$$\frac{\text{Número de adultos entre 20 y 39 años de edad que autoreportaron durante la entrevista haber recibido SR}}{\text{Total de adultos entre 20 y 39 años de edad muestreados en Ensanut continua 2023.}}$$

Cobertura de vacunación en adultos de 20 a 59 años de edad:

Este indicador se obtuvo para el biológico Td (Toxoide tetánico y diftérico), consiste en dividir el número de adultos de 20 a 59 años de edad que autorreportaron haber sido vacunados con al menos una dosis de Td en los últimos 10 años; entre el total de adultos de 20 a 59 años de edad entrevistados que no poseían CNS o DP que fueron muestreados por Ensanut continua 2023.

Cobertura de vacunación estimada con Td:
$$\frac{\text{Número de adultos de 20 a 59 años de edad que recibieron una dosis de refuerzo de Td en los últimos 10 años}}{\text{Total de adultos de 20 a 59 años de edad muestreados por Ensanut continua 2023.}}$$

En Sinaloa, se encuestaron 867 adultos, que representan un estimado de 1,605,889 individuos de 20 a 59 años de edad, distribuidos en 52.0% mujeres y 48.0% hombres, residentes en área rural el 21.6%, en área urbana el 24.7% y en área metropolitana el 53.7%.

Mostraron CNS el 8.2% de los entrevistados, 40.6% tenía CNS, pero no la mostró, 3.3% mostró CNS, aunque esta no tenía información y 47.6% no tenía CNS (cuadro 6.1.1). Dada la baja proporción de adultos que pueden acreditar la vacunación mediante CNS o DP, se decide incorporar los resultados de la vacunación a partir de lo que recuerda el entrevistado.

Cuadro 6.1.1. Prevalencia estimada de posesión de Cartilla Nacional de Salud (CNS) o documento probatorio (DP) según sexo en adultos de 20 a 59 años de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

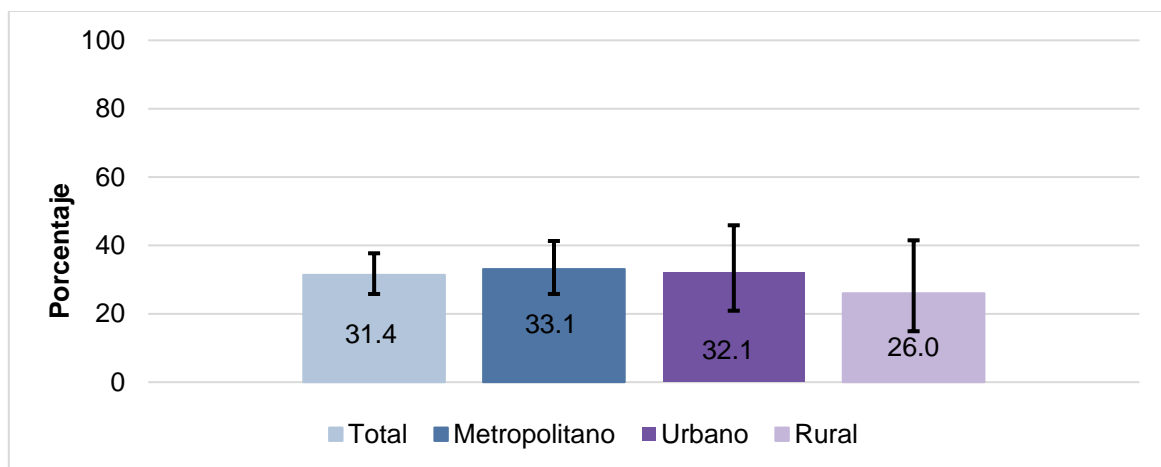
Sexo	Mostró CNS con información referente a vacunación		Tenía CNS, pero no la mostró		Tenía documento probatorio		Mostró CNS sin información referente a vacunación		No tenía CNS		No especifica		Total	
	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%	N(miles)‡	%
Hombre	21.0	2.7	264.5	34.4	0.0	0.0	27.6	3.6	453.4	58.9	2.8	0.4	769.3	100.0
Mujer	111.1	13.3	387.6	46.3	0.0	0.0	25.2	3.0	310.6	37.1	2.1	0.3	836.6	100.0
Total	132.0	8.2	652.1	40.6	0.0	0.0	52.9	3.3	764.0	47.6	4.9	0.3	1605.9	100.0

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

En Sinaloa, la cobertura de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos de 20 a 39 años de edad según el autorreporte de memoria se estima en 31.4%, sin diferencias estadísticas entre el tipo de localidad (figura 6.1.1) y entre hombres y mujeres (cuadro 6.1.2).

Figura 6.1.1. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra Sarampión y Rubéola, según autorreporte de memoria, por tipo de localidad en adultos de 20 a 39 años de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Cuadro 6.1.2. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación, según autorreporte de memoria, por sexo en adultos. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Sexo	Sarampión-Rubéola [‡]			Tétanos-Difteria [‡]		
	N(miles) [‡]	%	IC 95%	N(miles) [‡]	%	IC 95%
Hombre	119.6	27.4	19.1,37.5	454.4	60.7	53.8,67.3
Mujer	140.4	36.0	28.7,44.0	494.6	68.2	62.7,73.2
Total	260.0	31.4	25.8,37.7	949.0	64.4	59.7,68.8

* Frecuencia en miles

‡ Cobertura medida en adultos de 20 a 39 años de edad.

‡ Cobertura medida en adultos de 20 a 59 años de edad.

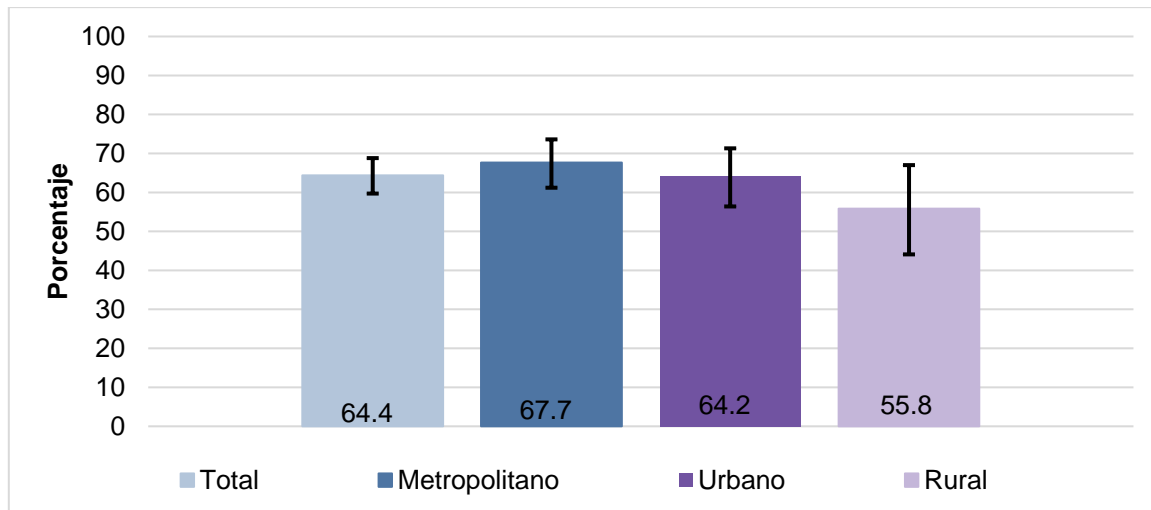
Los porcentajes no suman el 100% porque se están comparando las prevalencias tomando como totales la población de hombres, la población de mujeres, la población que informó mediante autorreporte de memoria.

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

La cobertura de vacunación contra tétanos y difteria en adultos de 20 a 59 años de edad según autorreporte de memoria se estima en 64.4%, sin diferencias significativas por tipo de localidad (figura 6.12) y por sexo (cuadro 6.1.2).

Figura 6.1.2. Prevalencia estimada de cobertura de vacunación contra Tétanos y Difteria, según autorreporte de memoria, por tipo de localidad en adultos de 20 a 59 años de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

6.2 Programas preventivos

Las pruebas de detección o tamizaje realizadas en personas asintomáticas con enfermedades crónicas, como la diabetes, hipertensión, dislipidemias y obesidad, y aún no diagnosticadas apoyan la decisión de implementar intervenciones preventivas, como la modificación del estilo de vida del paciente, para retardar el desarrollo de la enfermedad. Si la prueba de detección resulta positiva, los individuos deberán ser enviados a confirmación diagnóstica de la enfermedad⁷⁵ y en su caso al tratamiento en etapas tempranas. Dependiendo de la presencia de factores de riesgo de las enfermedades en cuestión, la periodicidad de la detección recomendada en las normas oficiales mexicanas o guías de práctica clínica puede ser de entre uno y tres años.

El 34.8% de las mujeres de 20 años o más de edad residentes en Sinaloa, acudieron durante el año previo al levantamiento de la Ensanut Continua 2023, a que les realizaran una prueba de papanicolaou. Acudieron a exploración clínica de senos, el 32.1% de las mujeres de esta entidad. 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, 43.2% y 39.9%, respectivamente. (Cuadro 6.2.1).

Cuadro 6.2.1. Uso de servicios médicos preventivos según sexo y grupo de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Estudio	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)		N (miles)	% [IC 95%]	N (miles)	% [IC 95%]
Tamaño de muestra	480		687		1,167	
N(miles) en miles	1,019		1,061		2,080	
Prueba de Papanicolaou						
20-39			160	34.9 [27.6,43.0]		
40-59			163	43.2 [35.2,51.5]		
60 años y más			46	20.4 [14.3,28.3]		
Total			369	34.8 [30.0,39.8]		
Exploración clínica de senos						
20-39			117	25.5 [19.1,33.2]		
40-59			151	39.9 [32.0,48.4]		
60 años y más			73	32.3 [24.1,41.8]		

Estudio	Hombres		Mujeres		Total	
	N (miles)		N (miles)	% [IC 95%]	N (miles)	% [IC 95%]
<i>Total</i>			341	32.1 [26.7,37.9]		
Detección de diabetes mellitus						
20-39	85	19.2 [13.2,27.2]	131	29.8 [22.7,38.0]	215	24.5 [20.2,29.4]
40-59	78	25.8 [19.9,32.6]	110	32.9 [23.9,43.4]	188	29.5 [24.9,34.5]
60 años y más	69	37.4 [28.2,47.6]	76	49.1 [35.4,63.0]	145	42.7 [34.9,51.0]
<i>Total</i>	232	25.0 [21.1,29.3]	317	34.2 [27.9,41.0]	548	29.6 [25.6,33.9]
Detección de Hipertensión Arterial						
20-39	81	19.2 [13.1,27.3]	97	24.8 [18.7,31.9]	179	21.9 [17.6,26.8]
40-59	64	24.9 [17.4,34.4]	93	34.5 [27.2,42.6]	156	29.8 [24.8,35.4]
60 años y más	60	37.4 [27.1,49.0]	49	51.3 [39.4,63.0]	109	42.5 [35.2,50.2]
<i>Total</i>	205	24.4 [19.4,30.3]	239	31.5 [26.3,37.3]	444	27.8 [23.8,32.2]
Detección de triglicéridos o colesterol alto						
20-39	53	12.6 [7.2,21.2]	75	18.5 [13.0,25.7]	129	15.5 [11.1,21.3]
40-59	32	12.5 [6.9,21.4]	79	27.4 [20.6,35.5]	110	20.4 [15.6,26.2]
60 años y más	74	38.1 [25.1,53.0]	48	34.0 [24.4,45.2]	122	36.4 [27.8,45.9]
<i>Total</i>	159	18.2 [13.2,24.6]	202	24.2 [19.4,29.8]	361	21.2 [17.2,25.8]
Detección de obesidad o sobrepeso						
20-39	89	19.4 [11.8,30.3]	90	19.6 [14.2,26.6]	179	19.5 [15.0,25.0]
40-59	78	23.7 [17.3,31.6]	103	27.3 [20.4,35.5]	181	25.6 [20.5,31.5]
60 años y más	53	22.9 [15.2,33.0]	59	26.0 [19.4,33.8]	111	24.4 [20.0,29.5]
<i>Total</i>	220	21.6 [16.7,27.4]	252	23.7 [19.1,29.0]	471	22.7 [19.2,26.5]

N (miles): Frecuencia expandida/1 000

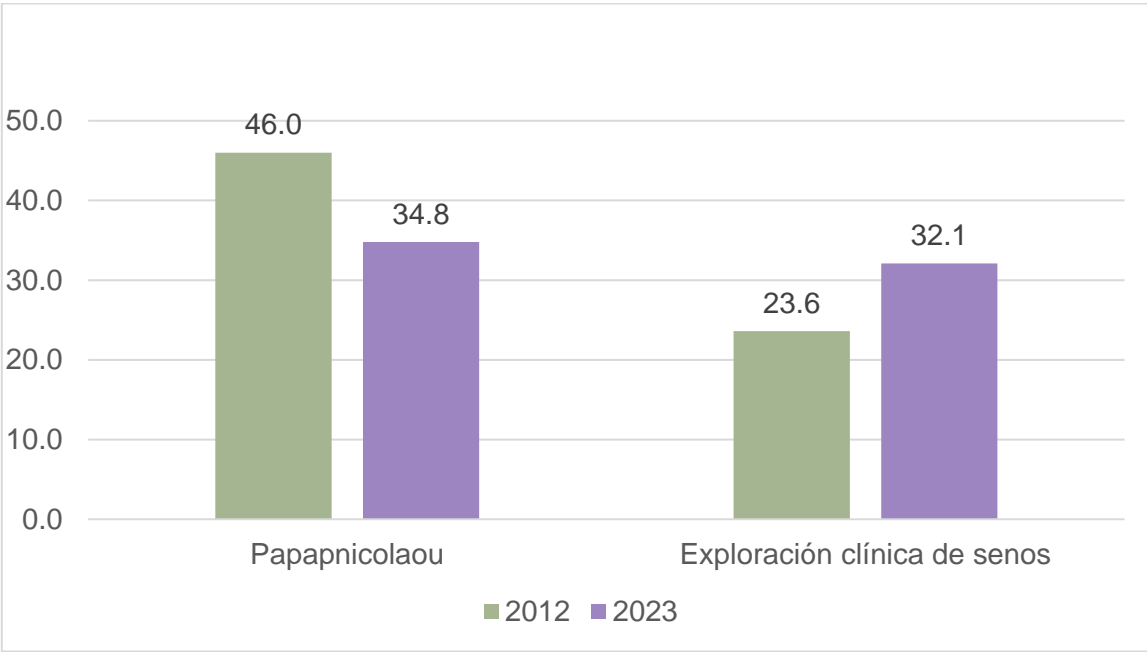
IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La proporción de los adultos que en el año previo acudieron al levantamiento de esta encuesta a que les realizaran una prueba de detección de diabetes fue del 29.6%, de hipertensión el 27.8%, de dislipidemia el 21.2% y de sobrepeso u obesidad el 22.7%. Los adultos menores de 40 años fueron quienes acudieron en menor proporción a detección de sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias, y los adultos de 60 años y más acudieron en mayor proporción a detección de diabetes, hipertensión y dislipidemias (Cuadro 6.2.1). Por sexo, se puede observar que las mujeres de cualquier edad acudieron en mayor proporción a los servicios de detección de diabetes, hipertensión, dislipidemias y sobrepeso y obesidad, en comparación con los hombres de los tres grupos de edad, excepto en la detección de dislipidemias, en el grupo de 60 años y más. (Cuadro 6.2.1)

En 2012 el 46.0% de las mujeres adultas les realizaron una prueba de papanicolaou en el año previo, este porcentaje disminuyó a 34.8% en esta Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa. Mientras que la exploración clínica de senos aumentó de 23.6% en 2012 al 32.1% en 2023. (Figura 6.2.1).

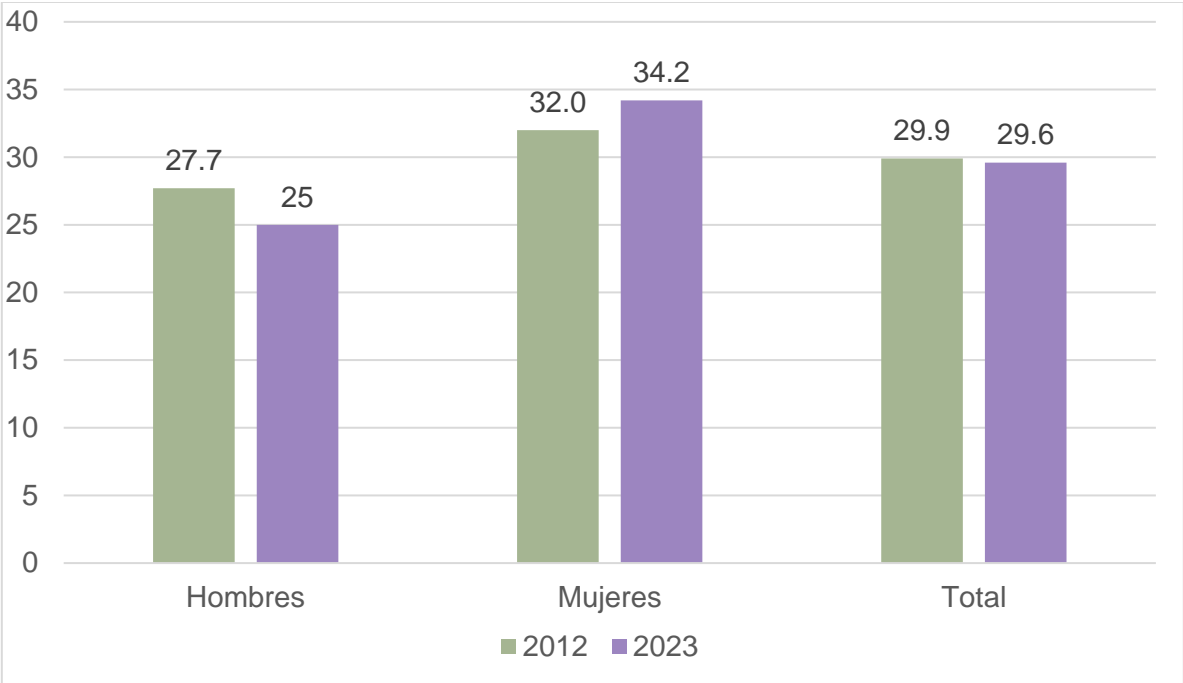
Figura 6.2.1 Pruebas de detección oportuna de Papanicolaou y exploración clínica de senos en mujeres. Sinaloa, México, Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2023



Fuentes: Ensanut 2012 y Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En 2012, el 29.9% de los adultos (27.7% de los hombres y el 32% de las mujeres) les realizaron pruebas de detección de diabetes en el año previo al levantamiento de la Ensanut 2012 para el estado de Sinaloa. Los resultados obtenidos en esta Ensanut Continua 2023 para el estado muestran un resultado similar en la detección de diabetes: 29.6% en el total de la población, 25.0% en hombres y 34.2% en mujeres. (Figura 6.2.2).

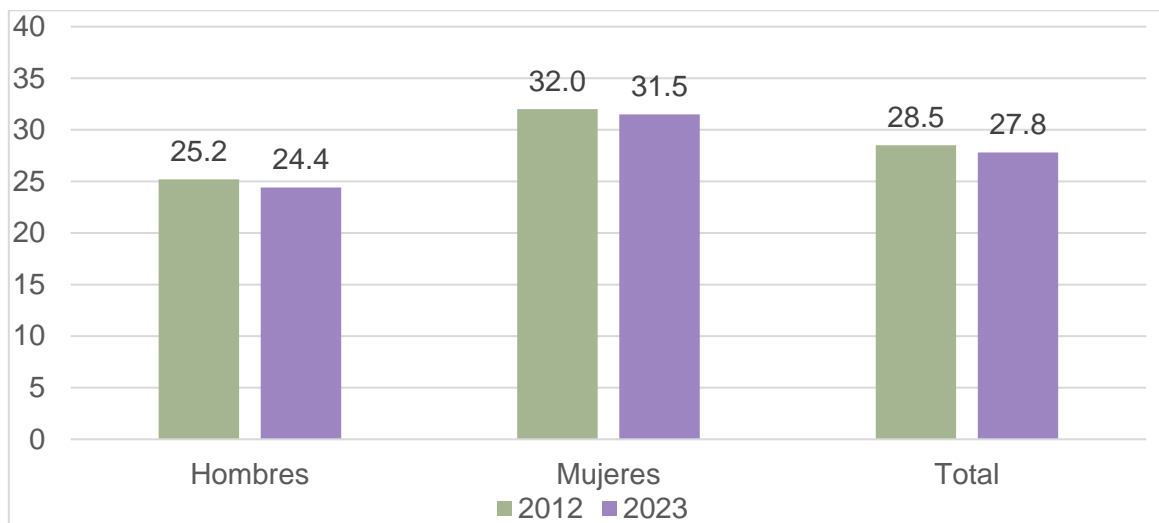
Figura 6.2.2 Detección oportuna de diabetes por sexo. Sinaloa, México, Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2023



Fuentes: Ensanut 2012 y Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

La detección de hipertensión arterial en el estado de Sinaloa presentó resultados similares al comparar los resultados obtenidos entre la Ensanut 2012 y la Ensanut Continua 2023. En la primera se obtuvo que el 28.5% del total de los adultos, 25.2% de los hombres y 32% de las mujeres les realizaron pruebas para detectar hipertensión. Mientras que en la Ensanut Continua 2023 se obtuvo que al 27.8% del total de adultos, 24.4% de hombres y 31.5% en mujeres les realizaron estas pruebas. (Figura 6.2.3).

Figura 6.2.3 Detección oportuna de hipertensión por sexo. Sinaloa, México, Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2023



Fuentes: Ensanut 2012 y Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

6.3 Consumo de tabaco

Los indicadores analizados para determinar el consumo de tabaco en adultos de 20 años fueron los mismos reportados para adolescentes en la sección 5.2 de este informe.

En el estado de Sinaloa, el 17.3% de la población con 20 años y más (358,269 personas) consumía tabaco fumado al momento de la encuesta, encontrando un mayor consumo en los hombres (27.6%), en comparación de las mujeres (7.4%) dentro de este rango de edad. Por otra parte, el 17.2% de la población adulta de Sinaloa (355,682 personas) reportó ser exfumadora, con una mayor prevalencia en hombres (23.5%) que en mujeres (11.2%). En cuanto a las personas nunca fumadoras, el 65.5% (1,353,021 personas) reportó no haber fumado previo a la encuesta, con una mayor proporción de mujeres (81.3%) que de hombres (48.9%). En total, el 2.9% de la población adulta del estado de Sinaloa (59,898 personas) reportó usar cigarros electrónicos al momento de la encuesta; 3.9% de los hombres, 1.9% de las mujeres, siendo estas últimas dos estimaciones de baja confiabilidad (cuadro 6.3.1).

Cuadro 6.3.1. Consumo actual de tabaco fumado y uso actual de cigarros electrónicos en población de 20 años y más. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Fumador actual	358.3	17.3	14.4,20.6	279.3	27.6	23.1,32.6	78.9	7.4	5.5,10.0
Exfumador	355.7	17.2	14.5,20.3	237.6	23.5	19.0,28.7	118.1	11.2	8.7,14.3
Nunca fumador	1353.0	65.5	61.5,69.2	494.5	48.9	43.1,54.7	858.5	81.3	77.5,84.7
Uso actual de cigarros electrónicos	59.9	2.9	1.7,4.9	39.3	3.9*	2.0,7.6	20.6	1.9*	0.8,4.7

Fuente: ENSANUT continua 2023 para el estado de Sinaloa.

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

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

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

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

Uso actual de cigarros electrónicos: porcentaje de la población que usa actualmente cigarros electrónicos.

* Estimación con baja confiabilidad (CV \geq 30)

6.4 Consumo de alcohol

La muestra de estudio consistió en población adulta de 20 años y más (n = 1,167). 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. Usando los mismos criterios plasmados en la sección 5.3 de este documento.

La prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adulta fue de 57.3%, representando 1,191,134 personas y siendo mayor en hombres (68.4%) que en mujeres (46.8%). En específico, el 41.8% reportó un consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses, siendo mayor en hombres (57.9%) que en mujeres (26.6%). El 19.8% reportó haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los 30 días previos a la encuesta (31.4% de los hombres, 8.8% de las mujeres) (cuadro 6.4.1).

Cuadro 6.4.1 Consumo actual y consumo excesivo de alcohol en población de 20 años y más. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Consumo actual	1191.1	57.3	53.6,60.9	691.5	68.4	62.8,73.4	499.6	46.8	41.8,51.8
Consumo excesivo	869.7	41.8	38.2,45.6	585.3	57.9	51.5,63.9	284.5	26.6	22.9,30.8
Consumo excesivo en los últimos 30 días	411.3	19.8	17.2,22.7	317.6	31.4	27.3,35.8	93.7	8.8	6.6,11.6

Fuente: ENSANUT continua 2023 para el estado de Sinaloa.

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

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 copas en el caso de los hombres y cuatro o más copas 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 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, ó 70 ml de licor.

6.5 Salud Sexual y reproductiva

Para analizar la salud sexual y reproductiva de la población adulta del estado de Sinaloa se estimaron indicadores básicos que dan a conocer la situación actual de salud. Se parte de una muestra de 686 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 para el inicio de vida sexual a partir de los 6 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 relación 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 relación sexual
- *Prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Proporción de la 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 entrevista:

- *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.
- *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 realizó 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.⁷⁶ En este derecho queda implícito que mujeres y hombres reciban información adecuada, completa y oportuna.^{77,78}

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 social⁷⁹ como determinante de comportamientos y prácticas sexuales y reproductivas.

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 para el estado de Sinaloa constituye una fuente de información relevante en indicadores de salud sexual y reproductiva de la población adulta.

A continuación se presentan los indicadores de esta entidad federativa para el año 2023. Se obtuvo que, del total de adultos de 20 a 49 años, 93.6% iniciaron vida sexual (94.0% hombres y 93.3% mujeres) (cuadro 6.5.1).

Cuadro 6.5.1 Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años por inicio de vida sexual. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Inicio de vida sexual	Sexo								
	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
Sí	610.7	94.0	[88.5,96.9]	635.2	93.3	[89.3,95.9]	1245.9	93.6	[90.3,95.9]
No	33.8	5.2	[2.4,10.9]	38.2	5.6	[3.5,8.9]	72.0	5.4	[3.4,8.4]
No responde	5.4	0.8	[0.2,3.5]	7.6	1.1	[0.3,3.9]	13.0	1.0	[0.4,2.4]
Total	649.8	100		680.9	100		1330.8	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se observa que 45.8% de la población adulta de Sinaloa no utilizó ninguno. De las personas que reportaron haber utilizado algún método, 48.3% usó condón masculino y 7.5% métodos hormonales (cuadro 6.5.2). La utilización de anticonceptivos en este momento de la vida es un precedente importante para el uso posterior.

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. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Método anticonceptivo	Primera relación sexual		
	N(miles)*	%**	IC95%
Condón	601.7	48.3	[44.2,52.5]
Hormonales***	93.2	7.5	[5.2,10.7]
Nada	570.2	45.8	[41.5,50.1]

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

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

*** Incluye pastillas de anticoncepción de emergencia, pastillas o píldoras, inyecciones, implantes, tubos o Norplant

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, 41.8% de la población adulta informó no haber usado alguno. De la población que sí los utilizó, 35.1% usó condón masculino, 10.9% métodos hormonales, 9.4% Dispositivo Intrauterino (DIU) y 7.0% Oclusión tubaria bilateral/vasectomía, (cuadro 6.5.3). Llama la atención la proporción similar de personas que no utilizan ningún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual.

Cuadro 6.5.3 Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años con inicio de vida sexual por uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Método anticonceptivo	Última relación sexual		
	N(miles)*	%**	IC95%
Condón	437.8	35.1	[30.1,40.5]
Hormonales***	135.5	10.9	[8.1,14.5]
Dispositivo intrauterino	117.5	9.4	[7.4,11.9]
Oclusión tubaria bilateral/ Vasectomía	87.4	7.0	[4.6,10.5]
Nada	521.1	41.8	[35.7,48.3]

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

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

*** Incluye pastillas de anticoncepción de emergencia, pastillas o píldoras, inyecciones, implantes, tubos o Norplant

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Respecto a la prueba del VIH realizada alguna vez en la vida en mujeres y hombres de 20 a 49 años, 17.5% reportó su realización; de las cuales 91.2% expresó conocer el resultado de la prueba (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 en su 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. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Prueba	Prueba del VIH			Conoce el resultado de la prueba del VIH		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
Sí	233.4	17.5	[14.8,20.6]	212.8	91.2	[84.0,95.3]
No	1094.9	82.3	[79.1,85.0]	20.6	8.8	[4.7,16.0]
No responde	2.5	0.2	[0.0,1.4]	0.0	0.0	
Total	1330.8	100		233.4	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En cuanto a salud materna, 82.9% de las mujeres de 20 a 49 años señaló haber estado alguna vez embarazada (cuadro 6.5.5). Respecto a la atención prenatal del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista, 98.7% de las mujeres recibió atención médica. Cabe destacar que, aunque cerca de la totalidad de mujeres recibe atención prenatal, es importante ahondar en las acciones básicas que se les realizan en las consultas prenatales.

Cuadro 6.5.5 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años alguna vez embarazadas. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Alguna vez embarazada	N(miles)*	%	IC95%
Sí	526.5	82.9	[77.1,87.5]
No	108.7	17.1	[12.5,22.9]
Total	635.2	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Para dar seguimiento a la salud de las mujeres embarazadas, algunas de las pruebas básicas que deben realizarse durante la atención prenatal son la de sífilis y del VIH, así como la prescripción de ácido fólico. La Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida,²⁴ es el lineamiento que guía las acciones y procedimientos para el control prenatal, que señala las pruebas que deben realizarse a la totalidad de mujeres embarazadas. Los resultados de Sinaloa muestran que a 69.0% de las mujeres de 20 a 49 años se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 81.8% la prueba del VIH, y a 97.9% se le prescribió 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. Sinaloa, 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	110	69.0	[58.5,77.9]	130.3	81.8	[71.1,89.1]	156.1	97.9	[90.8,99.6]
No	43.8	27.5	[18.5,38.7]	27.6	17.3	[10.0,28.4]	3.3	2.1	[0.4,9.2]
No responde	5.6	3.5	[1.2,9.5]	1.5	0.9	[0.2,3.5]	0.0	0.0	
Total	159.4	100		159.4	100		159.4	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En relación con la resolución del parto de mujeres adultas que tuvieron un hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta, se obtuvo que 42.8% fue vía vaginal y 57.2% cesáreas (cuadro 6.5.7). El resultado de cesáreas rebasa los límites recomendando por la normatividad nacional²⁴ e internacional.⁸⁰

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 resolución del parto. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Resolución del parto	N(miles)*	%	IC95%
Normal (vaginal)	68.6	42.8	[33.2,53.0]
Cesárea (urgencia o programada)	91.7	57.2	[47.0,66.8]
Total	160.3	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

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 de 71.8% (cuadro 6.5.8). La utilización de anticonceptivos después del parto repercute positivamente en la salud de las mujeres, ya que permite prevenir embarazos subsecuentes, embarazos no deseados/no planeados e intervalos intergenésicos cortos,⁸¹ así como riesgos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil.⁸² Además, conocer la cobertura anticonceptiva puede ser una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.

Cuadro 6.5.8 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta por método anticonceptivo en el posparto. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Método anticonceptivo en el posparto	N(miles)*	%	IC95%
Sí	115	71.8	[60.5,80.8]
No	45.3	28.2	[19.2,39.5]
Total	160.3	100	

* N(miles) = Frecuencia expandida/1000

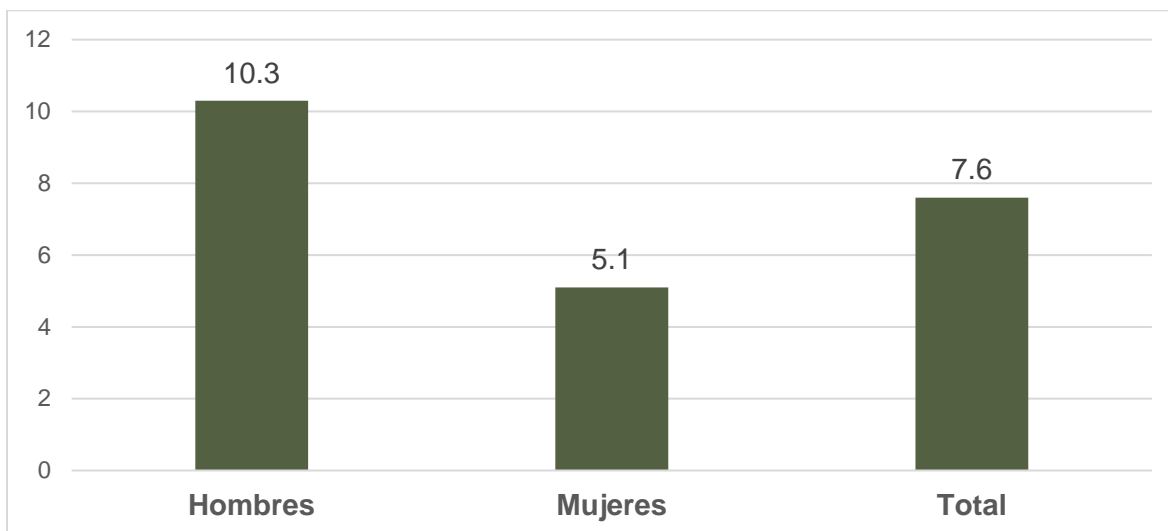
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

6.6. Accidentes

En población adulta de 20 años y más, en Sinaloa, se encontró una prevalencia de daños a la salud por lesiones en el año previo al levantamiento de la encuesta de 7.6%, esto significa que alrededor de 158,953 personas adultas tuvieron una lesión el año previo a la

encuesta (figura 6.6.1). Al comparar los resultados por sexo, la prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres, con 10.3% y 5.1% respectivamente. (cuadro 6.6.1).

Cuadro 6.6.1. Prevalencia de lesiones no intencionales no fatales en población de 20 años y más. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: ENSANUT Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Cuadro 6.6.1. Distribución porcentual de la población de 20 años y más que presentó al menos una lesión en el último año por edad y sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
20 a 29	17.1	7.7	4.1-14.2	7.7	3.2	0.9-10.7	24.8	5.3	3.3-8.6
30 a 39	23.5	10.0	5.4-17.9	2.4	1.1	0.3-4.7	26.0	5.7	3.1-10.3
40 a 49	22.2	11.6	5.7-22.1	8.3	3.7	1.8-7.4	30.5	7.3	4.2-12.6
50 a 59	7.0	5.3	1.7-15.3	12.9	8.3	4.3-15.6	19.9	6.9	3.8-12.2
60 a 69	22.4	18.6	10.8-30.1	17.3	12.0	6.6-20.9	39.7	15.0	9.7-22.6

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
70 a 79	5.1	6.1	1.9-18.4	2.8	6.0	1.4-22.5	8.0	6.1	2.6-13.6
80 y mas	6.9	27.7	4.2-77.2	2.6	8.0	2.6-21.9	9.6	16.4	3.9-48.6
Total	104.5	10.3	8.3-12.8	54.4	5.1	3.4-7.6	158.9	7.6	6.3-9.3

*N(miles)=Frecuencia expandida/1000

‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

Las causas de lesiones más frecuentes fueron caídas a nivel de piso con 40.3%, seguidas por lesiones de tránsito con 24.5% y caída de un nivel a otro: silla, escaleras, etc. (9.9%). El lugar donde más frecuentemente ocurrieron las lesiones fue en la vía pública con 38.4%, seguido del trabajo y el hogar con 23.1% y 23.0% respectivamente. Es importante hacer notar que 34.1% de las personas adultas que reportaron una lesión no intencional, indicaron tener consecuencias permanentes en su salud, principalmente referidas a limitación para moverse o caminar (o lo hacen con ayuda) y para mover sus brazos y manos. Esto significa que alrededor de 54,154 personas presentan consecuencias permanentes al estado de salud.

6.7 Ataque y violencia

Manteniendo las definiciones presentadas en la sección 5.6 ataque y violencia en adolescente. Para la población de adultos, 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 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 3.2%, mientras que en las mujeres 1.8% (cuadro 6.7.1).

Cuadro 6.7.1 Porcentaje de adultos que reportó algún ataque o violencia en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023

Grupos de edad	Sí			No		
	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)
Nacional	51.5	2.5	[1.4,4.2]	2027.8	97.5	[95.8,98.6]
Mujeres						
20-29 años	6.4	2.7	[0.8,8.3]	234.1	97.3	[91.7,99.2]
30-39 años	6	2.8	[0.6,12.0]	209.6	97.2	[88.0,99.4]
40-49 años	2.4	1.1	[0.3,3.6]	222.4	98.9	[96.4,99.7]
50-59 años	3.2	2.1	[0.8,5.7]	149.9	97.9	[94.3,99.2]
60 y mas	0.8	0.3	[0.0,2.4]	225.9	99.7	[97.6,100.0]
Total	18.8	1.8	[0.9,3.6]	1041.9	98.2	[96.4,99.1]
Hombres						
20-29 años	2.6	1.2	[0.2,8.3]	223.8	98.8	[91.7,99.8]
30-39 años	8.9	3.7	[1.1,12.4]	229.1	96.3	[87.6,98.9]
40-49 años	2.4	1.3	[0.2,8.3]	183	98.7	[91.7,99.8]
50-59 años	5.2	3.7	[0.9,14.0]	134	96.3	[86.0,99.1]
60 y mas	13.6	5.9	[2.2,15.0]	216	94.1	[85.0,97.8]
Total	32.7	3.2	[1.7,5.9]	985.9	96.8	[94.1,98.3]

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

En relación con el tipo de violencia experimentada por esta población, entre los hombres predominan los golpes, patadas y puñetazos (23.4%), seguidos de heridas por arma de fuego (15.1%). Entre las mujeres, predominan las agresiones verbales (35.7%), seguido de agresiones sexuales (11.2%). El motivo principal más reportado fue el robo o asalto

(52.9%). Con relación al lugar de ocurrencia, destaca la vía pública (48.7%), y el hogar (43.9%). Entre los resultados destaca que 73.1% de las personas que recibieron algún tipo de violencia, 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. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)
Tipo de violencia &									
Herida por arma de fuego	4.9	15.1	[2.8,52.5]	0	0		4.9	9.6	[1.8,38.0]
Herida por arma punzocortante	2.7	8.4	[0.8,50.7]	0	0		2.7	5.3	[0.6,34.0]
Golpes, patadas, puñetazos	7.6	23.4	[6.5,57.1]	2	10.5	[1.8,42.4]	9.6	18.7	[6.2,44.4]
Agresión sexual	0	0		2.1	11.2	[1.3,54.5]	2.1	4.1	[0.5,27.5]
Agresiones verbales	2.4	7.4	[0.7,47.2]	6.7	35.7	[12.3,68.7]	9.1	17.7	[6.3,41.0]
Otras	14.9	45.7	[18.5,75.8]	11.3	60.1	[27.7,85.5]	26.2	50.9	[27.0,74.5]
Motivo principal &									
Robo o asalto	18	55.1	[20.2,85.6]	9.3	49.2	[16.5,82.6]	27.2	52.9	[29.4,75.2]
Incidente de tránsito	3.9	11.8	[1.5,54.9]	0	0		3.9	7.5	[0.9,42.3]
Riña con desconocidos	2.7	8.4	[0.8,50.7]	2.1	11.2	[1.3,54.5]	4.8	9.4	[1.0,51.2]
Riña con conocidos	1.4	4.2	[0.5,28.9]	0.8	4.2	[0.4,32.9]	2.2	4.2	[0.8,19.9]
Violencia con familiares	0	0		0.7	3.9	[0.4,30.4]	0.7	1.4	[0.1,12.5]
Violencia por novio(a)/pareja/esposo(a)	0	0		2.8	14.8	[3.9,42.9]	2.8	5.4	[1.4,19.1]
Otro	2.4	7.2	[0.9,38.9]	3.1	16.7	[2.8,57.8]	5.5	10.7	[2.7,34.0]
NS/NR	4.3	13.3	[1.3,63.1]	0	0		4.3	8.4	[1.1,43.9]
Lugar de la agresión o violencia &									
Hogar	13.2	40.5	[16.8,69.7]	9.4	49.8	[23.1,76.7]	22.6	43.9	[22.5,67.9]
Trabajo	1.4	4.2	[0.5,26.8]	0	0		1.4	2.7	[0.3,18.4]
Transporte público	2.4	7.4	[0.9,41.8]	0	0		2.4	4.7	[0.6,30.0]
Vía pública	15.6	47.9	[22.1,74.9]	9.4	50.2	[23.3,76.9]	25.1	48.7	[25.2,72.8]
Institución de atención &									
Ninguna	27.6	84.6	[51.1,96.7]	10	53.1	[19.9,83.7]	37.6	73.1	[50.6,87.8]
Institución de Seguridad social	2.4	7.3	[0.9,41.5]	0	0		2.4	4.6	[0.6,29.7]

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)	N(miles)*	%	(IC95%)
Secretaria de Salud	2.6	8.1	[1.0,44.0]	0	0		2.6	5.1	[0.6,31.9]
Otro lugar	0	0		8.8	46.9	[16.3,80.1]	8.8	17.1	[6.3,38.8]
Total									

*N(miles)=Frecuencia expandida/1000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

& Estimaciones obtenidas a partir de 25 casos no ponderados

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

6.8 Sintomatología depresiva

De acuerdo con la metodología plasmada en la sección 5.7, para las estimaciones de los indicadores de sintomatología depresiva se consideraron a 1,167 adultos.

En el cuadro 6.8.1 se muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en adultos. El 19.1% presentaron sintomatología depresiva moderada o severa, es más elevada en mujeres (25.0%) que en hombres (13.0%).

Cuadro 6.8.1. Prevalencia de sintomatología depresiva en Adultos. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Sintomatología depresiva		
	N (miles)	%	[IC95%]
Estatal	396.8	19.1	[15.9,22.8]
Sexo			
Hombre	131.9	13.0	[9.0,18.3]
Mujer	264.8	25.0	[20.7,29.7]

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Sintomatología depresiva ≥ 9 para adultos de 20 a 59 años y ≥ 5 para adultos ≥ 60 años

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

6.9 Funcionamiento

Siguiendo la metodología plasmada en la sección 4.9, para la estimación de prevalencias de dificultades severas del funcionamiento y discapacidad en adultos consideramos 1,074 observaciones.

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 adultos. ^a	Porcentaje de adultos con dificultades severas del funcionamiento	Número de adultos que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito ^d	Número total de adultos

a. Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS, acrónimo en inglés) de UNICEF

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

El Cuadro 6.9.1 presenta el porcentaje de adultos/as (≥ 18 años) con dificultades severas de funcionamiento en diversos ámbitos. La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre adultos es de 8.4%. La prevalencia de dificultades del funcionamiento en adultos con relación a caminar es de 3.8% mientras que con relación a la cognición es de 2.9%. El 2.4% de los adultos tienen dificultades para ver, mientras que 0.9% tiene dificultades de audición, 0.4% de autocuidado y 0.3% de comunicación. No se observan diferencias estadísticamente significativas por sexo para ninguno de los indicadores.

Cuadro 6.9.1 Porcentajes de dificultades severas de funcionamiento para adultos Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

	Hombres			Mujeres			Estatal		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Vista	14.0	1.5	[0.8,2.9]	32.5	3.2	[2.1,5.0]	46.6	2.4	[1.6,3.6]
Audición	7.4	0.8	[0.2,2.8]	11.0	1.1	[0.4,2.8]	18.4	0.9	[0.5,1.9]
Caminar	26.8	2.9	[1.6,5.2]	46.6	4.6	[3.2,6.6]	73.4	3.8	[2.7,5.3]
Autocuidado	3.8	0.4	[0.1,1.7]	4.8	0.5	[0.2,1.2]	8.6	0.4	[0.2,1.1]
Comunicación	2.5	0.3	[0.0,2.0]	2.6	0.3	[0.1,1.0]	5.2	0.3	[0.1,0.8]
Cognición	20.8	2.2	[1.0,4.8]	35.5	3.5	[1.9,6.5]	56.3	2.9	[1.8,4.5]

	Hombres			Mujeres			Estatal		
	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]	N (miles)	%	[IC95%]
Dificultades del funcionamiento en al menos un dominio	54.1	5.8	[3.9,8.5]	108.9	10.8	[8.4,13.8]	163.0	8.4	[6.6,10.6]

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

6.10 Diagnóstico previo de enfermedades crónicas

Los resultados obtenidos en la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa muestran una prevalencia de diabetes por diagnóstico médico en los adultos de 10.4%, ligeramente mayor en mujeres (11.7%) que en hombres (9.0%). La mayor prevalencia se encuentra en los adultos de 60 años y más de edad (25.6%). De aquellos adultos que tenían diabetes diagnosticada el 87.0% contestaron que actualmente siguen algún tratamiento farmacológico para controlar la enfermedad, 80.5% de hombres y 91.9% de mujeres. Aquellos con 60 años y más de edad fueron quienes siguen en mayor proporción (92.2%) algún tratamiento farmacológico para controlar la diabetes y los de 20 y 39 años de edad son quienes siguen en menor proporción (61%) algún tratamiento farmacológico para controlar su enfermedad. (Cuadro 6.10.1).

Cuadro 6.10.1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles por diagnóstico previo, uso de tratamiento y medidas preventivas por sexo, edad y tamaño de localidad Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Enfermedad crónica no transmisible	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	[IC 95%]	N (miles)	[IC 95%]
Prediabetes					
<i>Tamaño de muestra</i>	1,162				
Total	2,071	179	8.7 [6.7,11.1]		
Sexo					
<i>Hombres</i>	1,015	76	7.5 [5.0,11.2]		
<i>Mujeres</i>	1,056	103	9.8 [7.3,12.9]		
Grupo de edad					

Enfermedad crónica no transmisible	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	[IC 95%]	N (miles)	[IC 95%]
20 - 39	913	25	2.7 [1.5,4.7]		
40 - 59	703	76	10.8 [7.3,15.5]		
60 años y más	455	79	17.3 [12.6,23.3]		
Localidad					
Rural	493	45	9.2 [5.3,15.4]		
Urbana	1,578	134	8.5 [6.3,11.3]		
Diabetes					
Tamaño de muestra	1,162			130	
Total	2,070	215	10.4 [8.3,13.0]	187	87.0 [76.7,93.2]
Sexo					
Hombres	1,019	92	9.0 [5.8,13.9]	74	80.5 [59.9,91.9]
Mujeres	1,051	123	11.7 [8.9,15.3]	113	91.9 [80.9,96.8]
Grupo de edad					
20 - 39	910	32	3.5 [1.6,7.7]	20	61.0 [23.9,88.6]
40 - 59	705	66	9.4 [6.6,13.3]	60	90.6 [75.4,96.8]
60 años y más	456	117	25.6 [20.8,31.2]	108	92.2 [80.8,97.0]
Localidad					
Rural	492	56	11.3 [7.5,16.9]	54	96.9 [89.8,99.1]
Urbana	1,578	159	10.1 [7.7,13.2]	133	83.6 [69.6,91.9]
Hipertensión					
Tamaño de muestra	1,159			275	
Total	2,065	456	22.1 [19.4,25.0]	365	80.1 [73.6,85.4]
Sexo					
Hombres	1,019	177	17.3 [13.9,21.4]	142	80.4 [68.8,88.4]
Mujeres	1,047	279	26.7 [22.6,31.2]	223	80.0 [71.9,86.2]
Grupo de edad					
20 - 39	905	88	9.7 [6.6,13.9]	39	44.0 [23.3,66.9]
40 - 59	705	168	23.8 [19.9,28.2]	139	83.1 [72.3,90.3]
60 años y más	456	200	44.0 [37.7,50.5]	187	93.5 [86.6,96.9]
Localidad					
Rural	487	111	22.9 [19.2,27.1]	97	86.9 [72.6,94.3]
Urbana	1,578	344	21.8 [18.6,25.5]	268	78.0 [70.2,84.1]
Hipercolesterolemia					
Tamaño de muestra	585			183	
Total	993	287	28.9 [24.3,34.1]	156	54.2 [46.1,62.1]
Sexo					
Hombres	405	107	26.4 [19.6,34.5]	50	47.0 [31.9,62.7]
Mujeres	588	180	30.7 [25.3,36.6]	105	58.5 [48.0,68.4]
Grupo de edad					
20 - 39	330	53	16.0 [10.0,24.5]	13	23.8 [7.6,54.3]
40 - 59	394	130	33.0 [26.6,40.2]	58	44.6 [35.9,53.5]
60 años y más	268	104	38.9 [30.5,47.9]	85	81.7 [70.9,89.1]
Localidad					
Rural	229	65	28.2 [19.8,38.5]	35	54.9 [38.4,70.3]
Urbana	764	223	29.1 [23.8,35.2]	120	54.1 [44.8,63.1]
Enfermedad renal					

Enfermedad crónica no transmisible	Total	Diagnóstico previo		En tratamiento farmacológico	
	N (miles)	N (miles)	[IC 95%]	N (miles)	[IC 95%]
<i>Tamaño de muestra</i>	1,167				
Total	2,079	483	23.2 [20.2,26.6]		
Sexo					
<i>Hombres</i>	1,019	105	10.4 [7.6,14.0]		
<i>Mujeres</i>	1,061	378	35.6 [30.9,40.5]		
Grupo de edad					
20 - 39	919	181	19.7 [15.4,24.9]		
40 - 59	705	179	25.5 [21.1,30.5]		
60 años y más	456	123	26.9 [20.4,34.5]		
Localidad					
<i>Rural</i>	494	111	22.4 [17.0,29.0]		
<i>Urbana</i>	1,585	372	23.5 [20.0,27.4]		
Enfermedad cardiovascular					
<i>Tamaño de muestra</i>	1,167				
Total	2,079	121	5.8 [4.5,7.4]		
Sexo					
<i>Hombres</i>	1,019	55	5.4 [3.5,8.2]		
<i>Mujeres</i>	1,061	66	6.2 [4.7,8.2]		
Grupo de edad					
20 - 39	919	20	2.2 [1.1,4.4]		
40 - 59	705	48	6.8 [4.8,9.6]		
60 años y más	456	53	11.6 [7.7,17.1]		
Localidad					
<i>Rural</i>	494	30	6.1 [4.2,8.6]		
<i>Urbana</i>	1,585	91	5.7 [4.2,7.7]		

N (miles): N(miles) expandida/1 000

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Ensanut Continua 2023, para el estado de Sinaloa

La prevalencia de hipertensión por diagnóstico previo se obtuvo por autoreporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, quienes contestaron Si a la pregunta ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?. En la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa se encontró que el 22.1% de adultos de 20 años y más tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial, 17.3% hombres y 26.7% mujeres. Los adultos de 60 años y más de edad fueron quienes mostraron la mayor prevalencia de hipertensión por diagnóstico previo (44.0%). De los adultos con hipertensión arterial diagnosticada el 80.1% contestaron que actualmente siguen algún tratamiento farmacológico para controlar la enfermedad, 80.4% de hombres y 80.0% 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 (93.5%). Mientras que los de 20 a 39 años fueron quienes en menor proporción seguían algún tratamiento farmacológico para controlar la hipertensión (44%) (Cuadro 6.10.1).

El 28.9% de la población adulta que participó en la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa, refirió haberse realizado alguna vez una prueba de determinación de colesterol y recibieron un diagnóstico médico previo de colesterol alto. Siendo menor en los hombres (26.4%) que en las mujeres (30.7%). En el grupo de edad de 60 años y más, se observó la mayor la prevalencia en comparación con el resto de la población. Dentro de las acciones para controlar el colesterol alto, el 54.2% de los adultos con diagnóstico previo de colesterol alto, contestó que seguían algún tratamiento farmacológico para controlar sus niveles, 47.0% de hombres y 58.5% de mujeres, así como el 81.7% del grupo de edad de 60 años y más de edad. (Cuadro 6.10.1).

La prevalencia de enfermedad renal se obtuvo por autoreporte 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 en los adultos fue de 23.2%, mayor en mujeres (35.6%) que en hombres (10.4%). Dentro de los grupos de edad la prevalencia fue mayor en el grupo de 60 años y más (26.9%) y próxima a la del grupo de 40 a 59 años (25.5%). (Cuadro 6.10.1)

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 un diagnóstico médico previo de infarto, angina de pecho, insuficiencia cardíaca o haber presentado una embolia o infarto cerebral.

La prevalencia de la enfermedad cardiovascular a partir de un diagnóstico médico previo fue de 5.8% en la población total, 5.4% en hombres y 6.2% en mujeres. La mayor prevalencia se encontró en los de 60 años y más de edad (11.6%). (Cuadro 6.10.1)

6.11 Antecedentes heredo-familiares

Los factores de riesgo no modificables que incrementan la probabilidad de presentar diabetes e hipertensión arterial son tener padres con diabetes o con hipertensión arterial y edad mayor de 50 años.

En esta sección, se presenta la información del estado de Sinaloa, obtenida de los adultos sobre si alguno de sus padres tiene o tuvo diabetes o hipertensión. El 40.7% contestó que al menos uno de sus padres tiene o tuvo diabetes y el 7.7% mencionó que ambos. Con respecto al antecedente de hipertensión en sus padres, el 48.2% mencionó que al menos uno de sus padres la tiene o tuvo y el 11.9% mencionó 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. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Grupos de edad	Total N (miles)	Con antecedente de padres con diabetes				Con antecedente de padres con hipertensión			
		Padre o madre		Ambos padres		Padre o madre		Ambos padres	
		N (miles)	%[IC 95%]	N (miles)	%[IC 95%]	N (miles)	%[IC 95%]	N (miles)	%[IC 95%]
Hombres									
Tamaño de muestra	477	192		32		204		47	
			39.9				42.8		
20 - 39	461	184	[32.2,48.1]	46	9.9 [5.0,18.5]	197	[34.4,51.6]	35	7.7 [4.1,13.9]
			50.6				55.2		17.8
40 - 59	323	163	[42.7,58.4]	34	10.4 [5.8,18.1]	178	[43.6,66.3]	57	[11.9,25.8]
			31.1				30.2		
60 años y más	229	71	[23.8,39.5]	1	0.6 [0.1,4.2]	69	[22.6,39.0]	14	6.1 [2.5,13.9]
			41.3				43.9		
Total	1,013	418	[35.5,47.3]	80	7.9 [5.1,12.1]	445	[37.1,50.9]	107	10.6 [7.5,14.7]
Mujeres									
Tamaño de muestra	685	264		47		369		95	
			32.6				43.6		
20 - 39	458	149	[25.0,41.2]	22	4.7 [2.3,9.3]	196	[36.0,51.5]	39	8.7 [5.3,13.7]
			50.4				66.2		20.6
40 - 59	376	190	[43.5,57.3]	45	11.9 [7.3,18.6]	248	[60.3,71.6]	77	[15.8,26.3]
			38.7				47.0		
60 años y más	225	87	[29.2,49.1]	12	5.2 [2.4,11.2]	105	[39.3,55.0]	22	9.8 [6.0,15.4]
			40.2				52.4		13.1
Total	1,059	426	[36.0,44.6]	78	7.4 [5.0,10.7]	549	[48.2,56.6]	138	[10.1,16.9]
Total									

Tamaño de muestra	1,162	456		79		573		142	
			36.2				43.2		
20 - 39	919	333	[30.1,42.9]	67	7.3 [4.4,12.0]	394	[37.8,48.7]	75	8.2 [5.4,12.2]
			50.5				61.1		19.3
40 - 59	699	353	[45.3,55.7]	78	11.2 [7.7,16.0]	426	[55.2,66.7]	134	[15.2,24.1]
			34.9				38.5		
60 años y más	454	158	[27.9,42.6]	13	2.9 [1.4,5.8]	174	[33.2,44.1]	36	7.9 [5.2,11.9]
			40.7				48.2		
Total	2,072	844	[36.9,44.7]	159	7.7 [5.8,10.1]	994	[44.5,51.9]	245	11.9 [9.4,14.9]

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

6.12 Sustancias adictivas

Las drogas de uso médico y las drogas ilícitas⁷³ pueden desencadenar dependencia y tener consecuencias negativas en las personas, sus familias y personas cercanas.⁷² En 2017, el uso de alguna vez en la vida de drogas ilícitas y drogas médicas en la población de 12 a 65 años en el estado de Sinaloa era 9.4% y 1.5%, respectivamente. Las drogas ilícitas de mayor uso eran marihuana (8.1%) y cocaína (4.7%).⁷⁴ Entre las drogas médicas, el fentanilo es de especial interés por ser altamente adictivo y letal.⁷²

Se incluyó información de 980 adultos de 20 a 65 años. Se construyó un indicador de conocimiento sobre fentanilo mediante la pregunta “¿Conoce o ha escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?”. Los indicadores de uso de drogas médicas e ilícitas se construyeron igual que en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17,⁷⁴ para permitir comparación (Cuadro 6.12.1).

Cuadro 6.12.1. Indicadores de uso de sustancias adictivas en población adulta Sinaloa, México, Ensanut continua 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,	Número de personas de 20 a 65 años que ha usado alguna droga médica (opiáceos, tranquilizantes, sedantes o estimulantes)	

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
	sedantes o estimulantes) alguna vez en la vida	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 (mariguana, mariguana 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 (mariguana, mariguana 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 médicas e ilícitas en personas adultas, Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

n muestral	980
N ponderada	1,791,172
Indicador	% (IC 95%)
<i>Conocimiento sobre fentanilo</i>	79.5 (75, 83.3)
<i>Uso de drogas médicas</i>	8.2 (6.5, 10.4)
<i>Tranquilizantes</i>	5.3 (3.8, 7.3)
<i>Uso de drogas ilícitas</i>	15.5 (11.6, 20.4)
<i>Mariguana</i>	13.7 (10.2, 18.2)
<i>Cocaína</i>	4.9 (3.5, 6.9)

IC: Intervalo de confianza. Drogas médicas: opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos y estimulantes. Drogas ilícitas: Mariguana, mariguana sintética, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína y estimulantes tipo anfetamínico.

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

La prevalencia de conocimiento de fentanilo fue 79.5% en la población adulta de 20 a 65 años, representando 1,423,336 personas. La prevalencia de uso de drogas médicas alguna vez en la vida en la misma población fue de 8.2%, representando 146,989 personas. Entre las drogas médicas, el uso alguna vez en la vida de tranquilizantes (benzodiacepinas) fue de 5.3%, representando 94,397 personas. La prevalencia de uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida en esta población fue 15.5%, representando 278,432 personas. La prevalencia de uso de mariguana alguna vez en la vida fue 13.7%, representando 246,166 personas [23.8% en hombres (IC95%: 17.6, 31.3), N=206,761; 4.3% en mujeres (IC95%:

2.8, 6.5), N=39,405]. La prevalencia de uso de cocaína alguna vez en la vida fue de 4.9%, representando a 88,504 personas adultas.

Conclusiones de salud

En cuanto a las coberturas de vacunación en el estado de Sinaloa, se estima que la mitad de los hogares con menores de 5 años de edad muestreados pudieron acreditar la vacunación de los niños y niñas mediante la CNS, CNV o DP. Sinaloa alcanzó cobertura útil para las vacunas BCG y Rotavirus, las demás vacunas se encuentran con coberturas menores al 95%, con el consecuente riesgo de acumulación de susceptibles. En promedio seis de cada diez niños y niñas de 12 a 35 meses de edad han recibido la dosis única de triple viral, vacuna que protege contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. Mientras que menos de una tercera parte de los niños y niñas de 12 a 35 meses de edad cuentan con el esquema completo de vacunación, principalmente por la baja cobertura obtenida con los biológicos pentavalente/hexavalente y triple viral, cabe mencionar que estos biológicos agrupan la mayor cantidad de inmunógenos del esquema de vacunación infantil. Ocho de cada diez niños con edad entre 5 y 6 años cuentan con un refuerzo de vacuna DPT. Es necesario dar seguimiento de la oportunidad y continuidad de la vacunación con refuerzos de SRP en los niños y niñas de 4 a 6 años de edad.

Para los adolescentes, menos de uno de cada diez puede acreditar la vacunación mediante CNS o DP, lo que dificulta el monitoreo de las coberturas de vacunación. Alrededor de la tercera parte de las y los adolescentes refirieron haber sido vacunados durante esa etapa de su vida contra hepatitis o contra el sarampión y la rubéola. Mientras, que cerca de dos terceras partes de las adolescentes refirieron haber recibido la vacuna contra VPH, cabe destacar que la eficacia de la vacuna en la prevención del cáncer es mayor a menor edad del vacunado y con dosis de refuerzo.

Para la población adulta de Sinaloa, muy poca población puede acreditar la vacunación mediante CNS o DP, lo que conlleva dificultades en el monitoreo de las coberturas de vacunación. La cobertura de vacunación contra sarampión y rubéola en adultos es sub-

óptima. Dos terceras partes de los adultos autorreportaron haber recibido vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años.

Es conveniente realizar vacunación de barrido y reforzar el alcance de las semanas nacionales de vacunación para poner al día los esquemas de vacunación que no han sido oportunos

De acuerdo con los resultados de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa 70.8% de las madres de niñas/os menores de 2 años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación y el 92.2% de estas reportaron un control prenatal adecuado; además el 100% de ellas fueron atendidas por personal del área médica durante el parto. Durante el embarazo y postparto, 92.4% de las mujeres recibieron consejería para dar solo leche materna y no dar fórmula y 85.5% de las mujeres recibieron consejería sobre cómo amamantar a su bebé, 94.0% de las mujeres recibieron suplementos con ácido fólico y 86.0% recibieron suplementos con hierro y otros micronutrientes. En relación con la salud infantil, 66.3% de las niñas/os menores de 5 años han asistido a por lo menos una consulta del niño sano, 95.6% y 96.6% recibieron monitoreo de talla y peso respectivamente, y únicamente 68.1% de los niños/as entre 6 y 59 meses recibió suplementos con hierro y vitaminas. Solo 79.6% de las mamás recibieron consejería sobre lactancia materna, mientras que 17.9% de las niñas/os cuentan con al menos una evaluación de DIT. Los resultados muestran que hay oportunidades para fortalecer en la atención de la salud materno-infantil en el estado de Sinaloa.

Es esencial garantizar que las mujeres embarazadas y niños/as menores de cinco años reciban los servicios básicos de salud materno-infantil, y recuperar los niveles de cobertura que se tenían antes de la pandemia por COVID-19.⁸³ 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.⁸⁴ Estos efectos se exacerbaban aún más 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 climático⁸⁵

De acuerdo con los resultados de la muestra para indicadores para la Primera Infancia para el estado de Sinaloa, solamente 7.6% de las niñas/os de 0 a 35 meses asiste a programas de cuidado o educación inicial, mientras que 71.2% 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. Además, el 79.3% de las niñas/os de 24 a 59 meses se están desarrollando adecuadamente en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.

En relación con la calidad del contexto para las niñas/os menores de 5 años 85.9% de las niñas/os participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje, además 29.7% contaba con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar; mientras que 83.6% de las niñas/os menores de 5 años juegan con dos o más tipos de juguetes. Con respecto a los métodos de disciplina, 44.0% y 51.4% de las niñas/os sufre agresión psicológica dentro del hogar y algún castigo físico, respectivamente y 60.4% de las niñas/os está expuesto a cualquier método de disciplina violento. Finalmente, 11.2% de las niñas/os recibieron cuidado inadecuado la semana previa a la entrevista.

La prevalencia de EDA en niñas y niños menores de cinco años del estado de Sinaloa ha sido similar del 2012 al 2023. En el 2023 la estimación fue de 8.9%, sin diferencias en las localidades según su tamaño ni por sexo. En el estado de Sinaloa, se estimó una prevalencia más elevada en las niñas y los niños menores de un año de edad, con 14%, en comparación con otros los grupos de edad y con la prevalencia del conjunto de menores de 5 años. Uno de cada siete niñas y niños menores de un año presentaron EDA durante las dos semanas previas a la entrevista.

Ante estos resultados, es recomendable, de acuerdo con la evidencia científica, fortalecer los programas de salud pública, las condiciones sanitarias, las estrategias de atención primaria a la salud y usar la tecnología en la prevención. En México, contamos con los siguientes programas de salud pública: el Programa de Prevención y Control de las Enfermedades Diarreicas, la Terapia de Rehidratación Oral y la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.⁸⁶ En cuanto a la mejoría de la condición sanitaria, se recomienda colaborar de manera intersectorial para identificar y asegurar los servicios públicos relacionados con las medidas de prevención de la EDA, tales como el acceso al agua

potable para beber agua segura, cocinar y tener hábitos de higiene como lavarse las manos. Por lo anterior, también es necesario asegurar la calidad del agua. Asimismo, se recomienda equipar las guarderías y capacitar a las personas encargadas.^{86,87} Se requiere fortalecer las acciones de promoción de la salud y capacitación continua del personal de salud, principalmente del primer nivel de atención. Entre las estrategias de atención primaria a la salud, se recomienda realizar promoción de la salud respecto a la vacunación contra rotavirus (igual que las otras vacunas del Esquema Nacional de Vacunación), administración de vitamina A, y suplementación con vitamina D y zinc.²

En lo que respecta a enfermedades infecciosas respiratorias, en el estado de Sinaloa, en 2023 casi uno de uno de cada dos niñas y niños presentó IRA durante las dos semanas previas a la entrevista. La prevalencia pasó de 52.2% en el 2012 a 38.5% en el 2023, que no se puede interpretar como una disminución de la prevalencia de esta enfermedad porque el 95% de los datos, se distribuyen entre el 30.7% y el 49.6%. Las estimaciones en localidades urbanas y rurales, niñas y niños, y por grupo etario, son similares a la estimación estatal. Se requiere fortalecer las estrategias para la prevención y la promoción de la salud sobre las IRA⁸⁸ en este grupo de población, dirigido a las madres, personas cuidadoras, así como a los niños y las niñas de mayor edad, con recursos, herramientas y actividades adecuados para su educación.

Es recomendable fortalecer la capacitación continua de los prestadores de servicios de salud sobre las IRA y su prevención. Es recomendable colaborar de manera intersectorial; se requiere asegurar el acceso al agua potable para beber, así como agua entubada para tener la posibilidad de llevar a cabo el lavado de manos y otras prácticas de higiene. En cuanto a vacunación, se requiere asegurar y promocionar la vacunación contra neumococo, DPT (difteria, tos ferina y tétanos), la pentavalente acelular (contra difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis e influenza), influenza y COVID-19.

Por otro lado, el 12.9% de las niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años en el estado de Sinaloa tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. Con respecto a los adultos (≥ 18 años), el porcentaje de dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito corresponde al 8.4%.

La exposición a la disciplina violenta tiene serias consecuencias en el desarrollo psicológico y emocional a largo plazo.^{42,44} A pesar de esto, se observa todavía, que más de la mitad de los hogares (53.1%) emplea algún método violento de disciplina. Aun cuando sólo una minoría de las madres (10.3%) considera necesario el castigo físico para educar adecuadamente.

La prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en los adolescentes del estado de Sinaloa fue del 1.6% (2.6% en hombres, 0.4% en mujeres), mientras que el 2.6% de las y los adolescentes del estado reportó usar cigarros electrónicos al momento de la encuesta. Mientras que el 17.3% de las personas de 20 años y más del estado de Sinaloa reportaron consumir tabaco fumado al momento de la encuesta. Es importante señalar que cerca de uno de cada cuatro hombres adultos del estado de Sinaloa reportaron consumo de tabaco, tanto al momento de la encuesta, como en el pasado.

El monitoreo continuo del consumo de tabaco y uso de nicotina en la población mexicana y particularmente en los adolescentes del estado de Sinaloa es fundamental para dar seguimiento a la implementación local y evaluación de impacto de la legislación nacional de control de tabaco, con la finalidad de prevenir el inicio del consumo de tabaco y uso de nicotina en esta población. De igual manera, estos indicadores constituyen una herramienta útil para las y los tomadores de decisiones del estado de Sinaloa, quienes a través del plan de medidas MPOWER y del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT – OMS) para el Control de Tabaco,^{89,90} realizan el monitoreo y la vigilancia de la epidemia de tabaquismo y la evaluación de impacto de las políticas de control en las poblaciones vulnerables, particularmente las y los adolescentes.⁹⁰

En relación con el consumo de alcohol, la mayoría de la población adolescente analizada es menor de edad y; mientras que en la población adulta del estado se aprecia la necesidad de reforzar el cumplimiento de la protección a la salud. Lo anterior, conforme lo establece la Ley General de Salud en México (Artículo 220: en ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad).⁹¹ Asimismo, se debe priorizar el fortalecimiento e implementación de las medidas establecidas en la estrategia SAFER recomendada por la Organización Mundial de la Salud para reducir el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias sociales, económicas y en salud.^{92,93}

Sobre el consumo de sustancias adictivas, tres cuartas partes de la población adolescente del estado de Sinaloa conoce o ha escuchado hablar del fentanilo. En población de 12 a 19 años, el uso de drogas ilícitas fue de 2.3%, siendo mayor el uso de drogas de uso médico (3.3%). Las estimaciones de uso de drogas tienen poca precisión, por lo que los resultados deberán considerar esta limitación en su interpretación. En cuanto a la población mayor de 20 años, cuatro de cada cinco personas adultas de Sinaloa conocen o han escuchado hablar del fentanilo. Una sexta parte de las personas adultas usaron drogas ilícitas alguna vez en la vida, siendo la droga más común la marihuana, que fue usada por uno de cada cuatro hombres. La prevalencia de uso de marihuana en mujeres se estimó con un tamaño pequeño de muestra, por lo que la precisión del estimador es limitada. Adicionalmente, existe una alta probabilidad de subreporte debido al estigma asociado al uso de sustancias adictivas.

En cuanto a los resultados de conductas alimentarias, estos 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.

Es importante considerar que 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.⁹⁴ Por lo anterior es de suma relevancia conocer las prevalencias poblacionales de sintomatología depresiva. La prevalencia de sintomatología depresiva se presentó en el 19.1% de la población adulta y es mayor en las mujeres que en hombres.

En relación con la salud sexual y reproductiva de adolescentes en el estado de Sinaloa, destaca el conocimiento correcto que la gran mayoría de esta población tiene sobre el número de veces que se puede usar un condón masculino, sin embargo, poco más de una tercera parte sabe que este método es de utilidad para evitar embarazos e infecciones de transmisión sexual. Otro aspecto relevante observado a partir de la información recabada es que alrededor de una quinta parte de adolescentes ya inició vida sexual; no obstante, algunos adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual. Esta situación muestra que parte de esta población está expuesta a riesgos innecesarios en su salud sexual y reproductiva, por lo que es necesario seguir fortaleciendo

los programas de atención a adolescentes.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población adulta del estado de Sinaloa, se observa que menos de la mitad de la población no utiliza 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 condón es el método más utilizado en la primera y última relación sexual, no obstante, la proporción de personas que lo usa en la última relación sexual es menor. Una situación más crítica se observa en la baja cobertura de realización de la prueba del VIH alguna vez en la vida, esto puede ser tomado 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 las cesáreas innecesarias ponen en riesgo la salud del binomio madre-recién nacido/a.

En cuanto a la cobertura de anticoncepción posparto, cerca 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.

En cuanto a los accidentes, el tipo de lesión y lugar de ocurrencia más frecuente observados en población menor de 10 años, están relacionadas con la etapa de desarrollo psicomotor de niños y niñas, donde a medida que van creciendo aumenta la exposición a sufrir lesiones, al iniciar la deambulación (caídas) y la exploración de su entorno (ingesta de bebidas peligrosas a su alcance), siendo el hogar el espacio donde están más expuestos a sufrir lesiones, por el tiempo que permanecen en él. Se sugiere la implementación de intervenciones descritas en programas nacionales, que se sabe podrían contribuir a disminuir los daños por lesiones en este grupo de edad.⁹⁵

En la medida que la población va creciendo cambia el sitio de exposición a sufrir lesiones, para adolescentes, la vía pública ocupa el primer lugar como sitio de ocurrencia, así como la escuela. Las lesiones debidas al tránsito son las más frecuentemente observadas en esta

población. Preocupa el porcentaje de jóvenes que reportan secuelas permanentes, lo que haría necesario incorporar el tema de rehabilitación, en especial en este grupo de edad. También se observa que la brecha entre hombres y mujeres se incrementa en relación con la observada en el grupo de menores de 10 años. Existen intervenciones con evidencia científica que deberían implementarse para disminuir los daños por lesiones en esta población, especialmente aquellas que promueven la participación de los y las adolescentes en la identificación de factores de riesgo y como promotores de salud.⁹⁶

Mientras que, el grupo de edad en el que fueron más frecuentes las lesiones no intencionales fue el de 60 a 69 años y de 80 años y más, siendo similar tanto en hombres como en mujeres. Con relación al mecanismo que produce la lesión, es importante hacer notar que son las caídas y eventos de tránsito los que ocurren con más frecuencia. En este sentido, las estrategias de prevención específicas para grupos de edad considerados vulnerables, así como la identificación de factores de riesgo potencialmente modificables en los ámbitos de ocurrencia, podrían contribuir a reducir el impacto en salud y consecuentemente mejorar la calidad de vida.⁹⁵

En cuanto a los programas preventivos, los resultados de la Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa muestran que con respecto a la Ensanut 2012, la detección de Papanicolaou tuvo un decremento y la exploración clínica de senos un incrementó en mujeres adultas de Sinaloa. La detección de diabetes y de hipertensión se ha mantenido cercana al 30% tanto en los hombres como en las mujeres.

La prevalencia por diagnóstico previo de prediabetes fue de 8.7%, de diabetes de 10.4%, de hipertensión arterial de 22.1%, de hipercolesterolemia de 28.9%. El 87.0% de los adultos con diagnóstico de diabetes, 80.1% de los adultos con diagnóstico de hipertensión y el 54.2% de los adultos con hipercolesterolemia siguen un tratamiento farmacológico para controlar su enfermedad.

Nutrición

Niños

7.1 Estado de nutrición de preescolares

Se obtuvo la longitud (<2años) o talla (2 a <5 años) y el peso en niñas y niños. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión para un peso menor a 150kg de ± 50 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La medición de la longitud para menores de dos años se realizó con un infantómetro, marca Seca, modelo 416, de fabricación alemana. Su longitud es de 100 centímetros y tiene una precisión milimétrica, lo que significa que la lectura de la longitud se realiza en centímetros y milímetros. La determinación de la talla se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana, cuya precisión también es milimétrica. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de niñas y niños. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales.⁹⁷

Los datos de peso y talla/longitud, de los menores de 5 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 2006.⁹⁸ En menores de 5 años, el indicador de sobrepeso más obesidad se consideró arriba de 2 desviaciones estándar del promedio del puntaje z del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, del mismo patrón de referencia OMS 2006.

Se recolectó información del peso y la talla/longitud de 796 menores de 5 años en el estado de Sinaloa, éstos representan a 240 800 niños y niñas menores de 5 años del estado. El cuadro 7.1.1 presenta las prevalencias de los indicadores del estado de nutrición.

Para el indicador de bajo peso, la prevalencia fue de 3.7% (IC 5%, 1.6, 8.1). La baja talla fue prevalente en 9.8% (IC 95%, 6.1, 15.3). La emaciación en menores de 5 años de Sinaloa tuvo una prevalencia de 1.3% (IC 95%, 0.5, 3.2). Con respecto al indicador de sobrepeso más obesidad (SP+O), la prevalencia se encontró en 6.7% de las y los menores de 5 años de Sinaloa.

Cuadro 7.1.1 Prevalencia por estado de nutrición en niñas y niños menores de cinco años. Sinaloa, México, Primera Infancia 2023.

Indicador	n muestra	N (miles)	%	IC 95%	Total	
					n muestra	N (miles)
Bajo Peso (P/E)	30	8.9	3.7	(1.6, 8.1)	796	240.8
Baja Talla (T/E)	75	23.6	9.8	(6.1, 15.3)	796	240.8
Emaciación (T/P)	11	3.1	1.3	(0.5, 3.2)	796	240.8
Sobrepeso más obesidad	53	16.2	6.7	(4.2, 10.5)	796	240.8

N (miles)=Frecuencia expandida/1000
Fuente: Primera Infancia 2023, Sinaloa.

7.2 Estado de nutrición de escolares

Con la misma metodología referida en el punto 7.1. se utilizaron las mediciones de talla(estatura) y peso en niñas y niños de 5 a 11 años para construir indicadores del estado de nutrición. Para la clasificación de sobrepeso y obesidad en escolares se utilizó la población de referencia de la OMS de 2007.⁹⁹ Se consideró el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 desviación estándar (DE) y obesidad por arriba de 2 DE.

Se obtuvo información de 228 niñas y niños de 5 a 11 años del estado de Sinaloa. Éstos, representan a 375 100 niñas y niños de este grupo de edad en el estado. En el cuadro 7.2.1 se presentan los indicadores de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad (SP+O) de todo el estado, por tipo de localidad y de acuerdo con el sexo. La prevalencia de SP+O en el estado se presentó en el 30.8% de los escolares, siendo los niños con mayor prevalencia de SP+O (33.5%) comparado contra 28.2% de niñas. En las localidades rurales

se observó una prevalencia de SP+O de 32.6%, mientras que en las localidades urbanas fue de 30.1%.

Cuadro 7.2.1 Prevalencias de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad (SP+O) en niñas y niños de 5 a 11 años, estatales, por sexo y tipo de localidad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Categoría	Indicador	Muestra n	Expansión			
			N (Miles)	%	IC 95%	
Sinaloa	Sobrepeso	29	42.0	11.2	(7.8, 15.9)	
	Obesidad	44	73.5	19.6	(13.1, 28.2)	
	SP+O	73	115.5	30.8	(23.0, 39.8)	
Hombres						
Sexo	Sobrepeso	15	23.1	12.7	(7.3, 21.2)	
	Obesidad	21	37.7	20.8	(12.1, 33.2)	
	SP+O	36	60.9	33.5	(23.2, 45.6)	
	Mujeres					
	Sobrepeso	14	18.9	9.8	(5.2, 17.5)	
	Obesidad	23	35.8	18.5	(10.9, 29.6)	
SP+O	37	54.7	28.2	(18.8, 40.2)		
Urbana						
Localidad	Sobrepeso	15	25.6	9.3	(5.7, 14.8)	
	Obesidad	29	57.5	20.8	(12.8, 32.0)	
	SP+O	44	83.1	30.1	(21.3, 40.8)	
	Rural					
	Sobrepeso	14	16.4	16.5	(9.1, 28.1)	
	Obesidad	15	16.0	16.1	(8.4, 28.7)	
SP+O	29	32.4	32.6	(18.6, 50.7)		

N (miles)=Frecuencia expandida/1000
Fuente: Ensanut 2023, Sinaloa.

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.¹⁰⁰ La población infantil se considera como una de las más vulnerables a los efectos de la exposición a Pb,¹⁰¹ principalmente por sus efectos en el

sistema nervioso y el cerebro que se manifiestan como alteraciones en las funciones cognitivas, motoras y sensoriales.^{100–102}

Con el fin de conocer la dimensión de la exposición a Pb en el estado Sinaloa, se midió la concentración de plomo en sangre capilar (PbS) en una muestra de niños y niñas de 1 a 4 años de edad del estado participantes en la Ensanut 2023. Para ello 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 al valor criterio que establece la Norma Oficial Mexicana 199-SSA1-2000 de 2017 para realizar acciones de protección a la salud de menores de 15 años y mujeres embarazadas en población general no expuesta ocupacionalmente.¹⁰³

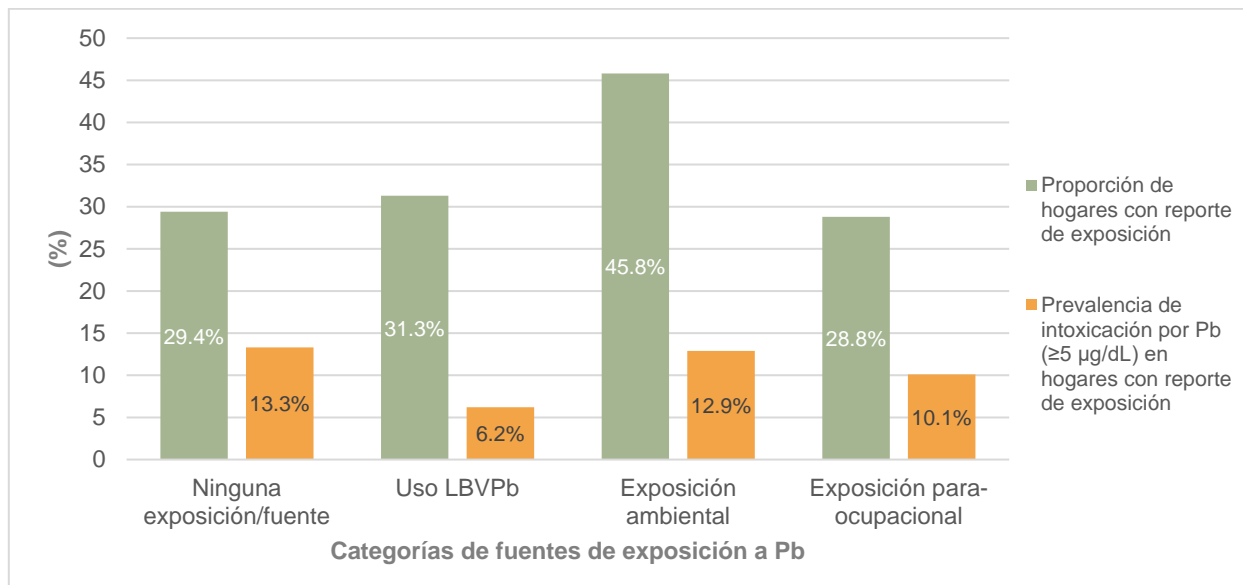
A través de la aplicación de un cuestionario se recolectó información sobre reporte de exposición a Pb en los tres meses previos a la entrevista por tres tipos de fuentes potenciales: (a) uso de loza de barro vidriado con plomo (LBVPb) para la preparación, almacenamiento y consumo de alimentos, debido a que es la principal fuente de exposición a Pb documentada en población general;¹⁰⁴ (b) exposición para-ocupacional considerada 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 (reciclaje de baterías o electrónicos, soldaduría, pintura o herrería); y (c) exposición ambiental definida por la proximidad del hogar a sitios o establecimientos con exposición potencial a Pb como minas, sitios de fabricación o reciclaje de baterías, talleres mecánicos, pintura o carpintería.¹⁰¹

Se midió la concentración de PbS de 105 menores entre 1 y 4 años de edad, quienes representan a 167,545 niñas y niños del estado de Sinaloa. El 17.8% presentó valores detectables de PbS ($\geq 3.3 \mu\text{g/dL}$). El rango observado en las mediciones fue de 3.3 a 8.7 $\mu\text{g/dL}$. La prevalencia estatal de intoxicación estimada ($\geq 5 \mu\text{g/dL}$) fue 10.3% (IC95%: 4.7-21.1), lo cual representa un total de 17,294 menores en la entidad que actualmente presentan niveles de intoxicación por Pb de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana vigente.

Los resultados del reporte de exposición muestran que el 70.6% (IC95%: 56.1-83.5) de los hogares indicó estar expuesto al menos a una de las fuentes incluidas en este estudio. El reporte a fuentes de exposición específica fue de 31.3% (IC95%: 20.1-45.3) para uso reciente de LBVPb, 45.8% (IC95%: 32.2-60.2) para exposición ambiental y 28.8% (IC95%: 18.6-41.7) en el caso de exposición para-ocupacional (Figura 7.3.1).

La prevalencia de intoxicación observada entre usuarios de LBVPb fue 6.2% (IC95%: 1.2-25.4), mientras que en los hogares con exposición ambiental y para-ocupacional fueron 12.9% (IC95%: 5.4-27.9) y 10.1% (IC95%: 2.4-33.7), respectivamente. Destaca que los hogares que no reportaron ninguna fuente de exposición presentaron una prevalencia de intoxicación de 13.3% (Figura 1).

Figura 7.3.1. Proporción de exposición y prevalencia de intoxicación por Pb. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

En el Cuadro 7.3.1 se muestran los resultados del número de fuentes de exposición reportadas con la correspondiente prevalencia de intoxicación. Entre los hogares que reportaron estar expuestos a una o más fuentes, se observa una tendencia ascendente: a mayor número de fuentes reportadas, mayor prevalencia de intoxicación, con la mayor

prevalencia en aquéllos que reportan estar expuestos a los 3 tipos de fuentes incluidas en el estudio.

Cuadro 7.3.1. Reporte de exposición combinada y prevalencia de intoxicación por plomo. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Número de fuentes de exposición reportadas	Porcentaje de hogares con reporte de exposición	Prevalencia de intoxicación por Pb* (IC95%)
0	29.4	13.3 (2.4,49.2)
1	42.3	9.0 (3.3,22.6)
2	18.4	9.4 (0.7,60.0)
3	9.9	12.8 (0.8,72.6)
Total	100	10.3 (4.7,21.1)

*PbS \geq 5 μ g/dL.

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

7.4 Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil

Se presentan resultados de una muestra total de 289 (n= 273 mujeres madres de niños/as de 24 meses de edad y n=16 informantes al cuidado de la alimentación del niño/a) de la muestra de primera infancia.

La información de *lactancia materna* se reporta como indicadores recomendados por la OMS¹⁰⁵ ii se recolectó con el método del día anterior (status-quo) Estos indicadores se refieren solo al hecho de si consumió o no consumo del alimento pero no a la cantidad consumida, por lo que no pueden usarse para el cálculo de adecuación de cantidades consumidas

Inicio temprano de la alimentación con leche materna: Proporción de niños/as nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.¹⁰⁵

ii Al igual que la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y las subsecuentes Ensanut, la variante con la definición de la OMS es que se preguntó solo sobre niños vivos y no a todos los niños actualmente vivos y fallecidos que nacieron durante los últimos 36 meses.

Lactancia materna exclusiva: Porcentaje de niños/as menores de 6 meses que recibieron únicamente leche materna y se permiten medicamentos, vitaminas, minerales o sales de rehidratación oral. Los cálculos se realizaron considerando el diseño muestral de la encuesta en el paquete estadístico STATA V.14.

En presentan resultados para el ámbito nacional y por tipo de localidad. La muestra de estudio consiste en hijos vivos de madres residentes en el estado de Sinaloa, pertenecientes a la muestra de Primera Infancia. Se obtuvo información de 253 niños/as de 24 meses, de los cuales 65 eran menores de 6 meses. El tamaño de muestra por área geográfica no permitió hacer estimaciones para el área rural (Cuadro 7.4.1).

Cuadro 7.4.1. Prevalencia de prácticas de lactancia. Sinaloa, México, Primera infancia 2023.

Indicador	Grupo de edad (meses)	Característica	n muestra	N (miles)	Prevalencia	IC 95%
Inicio temprano de la alimentación con leche materna	0 - 23	Muestra total	289	90.9	55.5	45.5 - 65.0
		Localidad				
		Rural	64	16.2	58.6	32.2 - 80.9
		Urbana	225	74.7	54.8	44.1 - 65.1
Lactancia materna exclusiva*	0 - 5	Muestra total	63	18.4	26.7	12.0 - 49.2
		Localidad				
		Rural	--	--	--	--
		Urbana	48	13.7	24.6	9.3 - 51.0

-- Tamaño de muestra insuficiente

*Estimación obtenida con 63 observaciones

IC=Intervalo de confianza

N (miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Primera Infancia, Sinaloa.

Por otro lado, con la muestra obtenida en el operativo de Ensanut, la información de *prácticas de alimentación infantil* se captó a partir de la entrevista a una mujer seleccionada en el hogar (o cuidador) madre de un menor de 3 años (36 meses).

Los indicadores de lactancia materna y de alimentación complementaria se refieren solo al hecho de si consumió o no el alimento pero no a cantidad consumida, por lo que no pueden usarse para el cálculo de adecuación de cantidades consumidas. Adicionalmente, se hace notar que algunos indicadores no se calcularon exactamente por grupos de edad conforme a la recomendación de la OMS debido al tamaño de muestra insuficiente.

- Alguna vez amamantado: < 36 m: si el niño fue puesto al pecho para recibir calostro o leche materna.
- Aún lacta: <36 m que su madre refirió ser aún amamantados el día de la entrevista
- Lactancia a libre demanda: <36 m que son alimentados con leche materna cada vez que el menor lo pide.
- Alimentación con leche materna en biberón en niños 0-36 m: % de niños de esta edad que se les alimentó con leche materna en biberón
- Alimentación con biberón en niños 0-36 m: % de niños de esta edad que fueron alimentados con biberón, ya sea leche materna o cualquier otra bebida o alimento.
—
- Alimentación con fórmula infantil 0-36 m: % de niños de esta edad que fueron alimentados con fórmula infantil.
- Alimentación con leche materna y fórmula infantil 0-36 m: % de niños de esta edad que son amamantados y además alimentados con fórmula infantil.
- Diversidad alimentaria mínima de 6 a 36 m: número de grupos de alimentos consumidos el día anterior. Para los niños de 6-11 m: se clasificó a los infantes con una diversidad dietética si consumía ≥ 3 grupos de alimentos, y no ≥ 4 como recomienda la OMS dado que el cuestionario utilizado no tenía suficiente desagregación de grupos para ésta edad. Se agrega el consumo de leche materna como un grupo más conforme a las recomendaciones de la OMS.
- Frecuencia mínima de consumo de alimentos de 6-36 m: proporción de niños en este rango de edad que recibieron el día anterior alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más (2 veces para niños amamantados de 6-8 m; 3 veces para 9-23 m; y 4 veces en niños no amamantados de 6-36 m).
- Razones para usar fórmula infantil: Se construyeron respuestas cerradas para rescatar las razones por las que las madres alimentan con fórmula infantil a los menores. También se dio oportunidad a que expresaran diferentes razones textualmente.

Dentro de los resultados para el ámbito nacional. La muestra de estudio consiste en hijos vivos de madres de 16 a 62 años residentes en el estado de Sinaloa y también 4 informantes a cargo de la alimentación de niños/as. Se obtuvo información de 95 niños/as menores de 36 meses. Sin embargo, solo 22 menores tenían menos de 6 meses por lo que no fue posible calcular varios indicadores para esa edad por ej. lactancia materna exclusiva pero si la práctica de la lactancia a libre demanda. En el cuadro 7.4.2 se presentan las prevalencias de las prácticas en menores de 36 meses. De los 95 niños el 90.3% fueron amamantados y de ellos el 47.0% aún lacta. Se observa un alto uso de fórmula infantil para alimentar a los menores (75.6% IC 64.0 - 84.3). Por otro lado, se observan altas prevalencias de diversidad alimentaria mínima (93%) pero solo un tercio de los menores cumple con una frecuencia comidas mínima. El 75.6% del total de los menores de 36 meses han sido alimentados con fórmula infantil. En la figura 7.4.1 se observa que la principal razón para usar fórmula comercial infantil es que la madre refiere haberse quedado sin leche.

Cuadro 7.4.2. Prevalencias nacionales de prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 36 meses. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Práctica	Grupo de edad (meses)	N	N (miles)	Prevalencia	Intervalo de Confianza 95%
Alguna vez amamantado	0 - 36	95	132.2	90.3	79.0 - 95.8
Aún amamantados+	0 - 36	88	119.4	47.0	35.4 - 58.8
Lactancia a libre demanda*	0 - 5	22	28.9	51.5	28.7 - 73.7
Alimentación con leche materna en biberón*	0 - 36	39	56.1	5.4	1.4 - 18.5
Alimentación con biberón cualquier alimento	0 - 36	95	132.2	79.4	68.8 - 87.1
Alimentación con fórmula infantil (todos los menores)	0 - 36	95	132.2	75.6	64.0 - 84.3
Alimentación con fórmula infantil (sólo	0 - 36	88	119.4	75.6	63.7 - 84.6

Práctica	Grupo de edad (meses)	N	N (miles)	Prevalencia	Intervalo de Confianza 95%
menores amamantados)+					
Diversidad alimentaria mínima	6 - 36	73	103.3	93.0	83.2 - 97.2
Frecuencia mínima de comidas	6 - 36	73	103.3	30.4	20.1 - 43.1

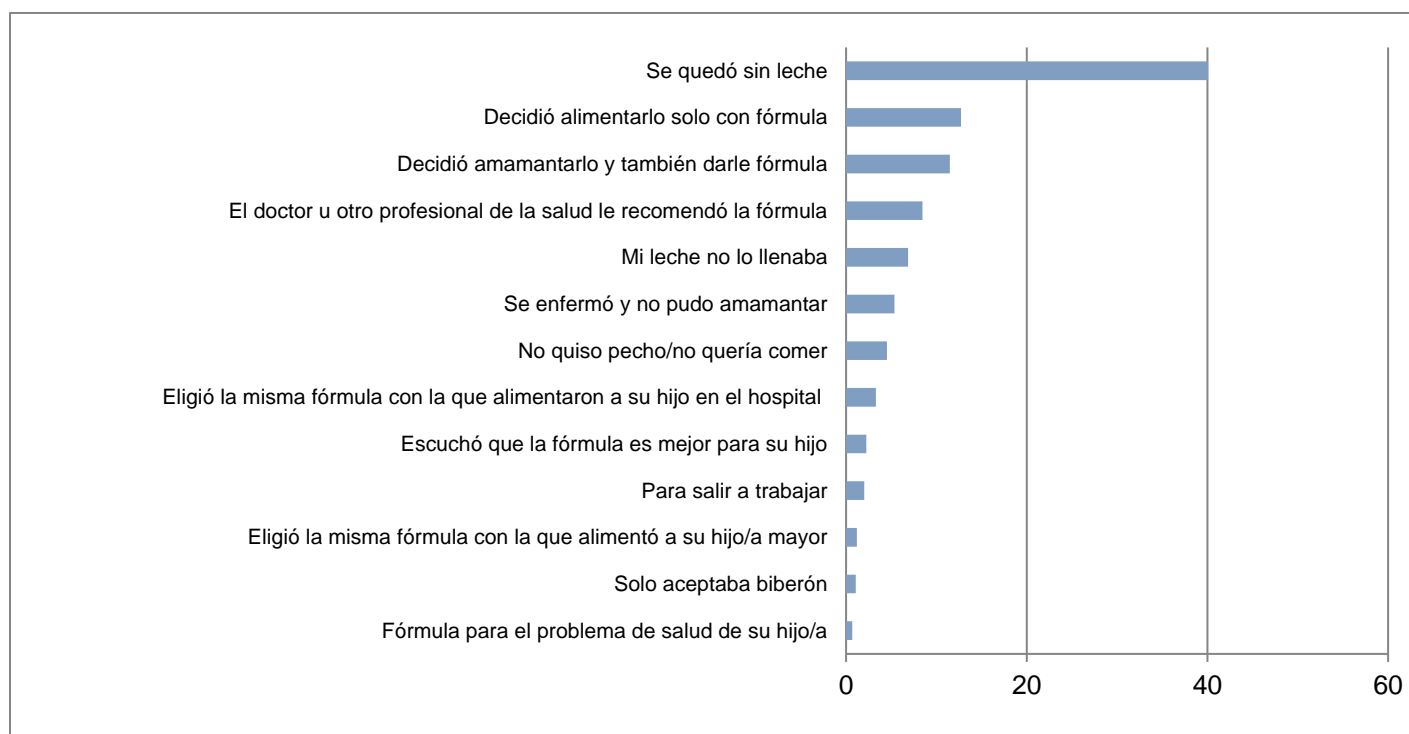
+ Calculado en niños/as amamantados el día anterior a la entrevista

* Calculado en niños/as amamantados el día anterior a la entrevista y que cumplieran la condición del indicador

$N(\text{miles}) = \text{Frecuencia expandida} / 1000$

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa

Figura 7.4.1. Razones de madres de menores de 36 meses para alimentarlos con fórmula. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



n muestra=72, frecuencia expandida/1000=99.9 menores de 36 meses

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa

7.6 Anemia en preescolares

La concentración de hemoglobina se midió *in situ* en una muestra de pool de sangre capilar (350-500 μL) usando el Hemocue 201+. Para la obtención de la sangre capilar se emplearon lancetas BD de flujo medio color rosa (catálogo BD 366593, lanceta 21 G x 1.8 mm) para población infantil de 1 y 2 años de edad; y lancetas de flujo alto color azul para niños mayores de dos años (catálogo BD 366594, lanceta 1,5 mm x 2 mm). La primera gota de sangre se desechó usando una gasa estéril y a partir de la segunda gota se recolectó la sangre capilar en un microtainer con K2-EDTA como anticoagulante hasta aforar 350-500 μL . Posteriormente, la sangre capilar se mezcló con el anticoagulante y empleando un tubo capilar libre de minerales, se obtuvo una muestra del pool capilar ($\approx 15 \mu\text{L}$), la cual se colocó en la microcubeta para realizar la medición de hemoglobina en el Hemocué.

Los valores de hemoglobina se ajustaron por altitud sobre el nivel del mar¹⁰⁶ y se consideraron valores válidos en el intervalo de 4.0-18.5 g/dL. La anemia se clasificó si la concentración de hemoglobina fue < 11.0 g/dL, de acuerdo a los criterios de la OMS.¹⁰⁷

La concentración de hemoglobina se obtuvo en una muestra de 574 niños de 1-4 años, representando a 203,814 niños del estado de Sinaloa. La prevalencia de anemia fue de 10.4% (IC95% 6.7, 15.8) afectando a 21,150 preescolares con anemia. La mayor prevalencia de anemia se observó en los niños de 1-2 años de edad (20.8%) en comparación con los niños de 2-4 años (7.8%) (Cuadro 7.6.1). Por sexo, la prevalencia de anemia en mujeres fue de 9.5% y en hombres de 11.2% (ver cuadro 7.6.2).

Cuadro 7.6.1 Prevalencia de anemia en niños de 1-4 años de edad, por grupo de edad. Sinaloa, México, Primera infancia 2023.

Grupo de edad	n muestra	N(miles)	Expansión	
			%	IC95%
1-2 años	134	40.4	20.8	(10.9, 36.2)
2-4 años	440	163.5	7.8	(4.0, 14.5)
1-4 años	574	203.8	10.4	(6.7, 15.8)

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Primera infancia para el estado de Sinaloa

Cuadro 7.6.2 Prevalencia de anemia en niños de 1-4 años de edad, por sexo. Sinaloa, México, Primera infancia 2023.

Sexo	n muestra	N(miles)	Expansión	
			%	IC95%
Hombres	291	104.6	11.2	(6.2, 19.4)
Mujeres	283	99.2	9.5	(4.5, 18.9)
Total	574	203.8	10.4	(6.7, 15.8)

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Fuente: Primera infancia para el estado de Sinaloa

Adolescentes

8.1 Estado de nutrición de adolescentes

Se obtuvo el peso y la talla (estatura) en adolescentes (12 a 19 años). Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200kg, 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.⁹⁷ Para el caso de la toma de mediciones en adolescentes se llevó a cabo el ejercicio de estandarización antropométrica propuesto por Habicht.¹⁰⁸ En esta población, se estimó el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 desviaciones estándar (DE) y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS, 2007.⁹⁹

Se analizó la información antropométrica de 193 adolescentes en Sinaloa, que representan a 412 900 mujeres y hombres de 12 a 19 años en el estado. El cuadro 8.1.1 presenta las prevalencias de indicadores de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad (SP+O) en este grupo de población. Más de la tercera parte de las y los adolescentes en Sinaloa tienen

SP+O (35.4%), 35.7% de los hombres y 35.1% de las mujeres. El 38.7% de las y los adolescentes de localidades rurales tienen SP+O, mientras que en localidades urbanas es de 34.3% esta prevalencia.

Cuadro 8.1.1. Prevalencias de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad (SP+O) en adolescentes de 12 a 19 años, estatales, por sexo y tipo de localidad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Categoría	Indicador	Muestra n	Expansión		
			N (Miles)	%	IC 95%
Sinaloa	Sobrepeso	42	82.2	19.9	(13.8, 27.8)
	Obesidad	32	64.0	15.5	(10.3, 22.6)
	SP+O	74	146.3	35.4	(28.0, 43.6)
Hombres					
Sexo	Sobrepeso	17	36.8	16.8	(10.1, 26.6)
	Obesidad	16	41.4	18.9	(10.7, 31.3)
	SP+O	33	78.2	35.7	(25.2, 47.7)
Mujeres					
Sexo	Sobrepeso	25	45.5	23.4	(14.1, 36.4)
	Obesidad	16	22.6	11.7	(7.0, 18.8)
	SP+O	41	68.1	35.1	(25.5, 46.1)
Urbana					
Localidad	Sobrepeso	24	53.4	17.2	(10.3, 27.5)
	Obesidad	22	52.9	17.1	(10.8, 26.0)
	SP+O	46	106.3	34.3	(25.5, 44.4)
Rural					
Localidad	Sobrepeso	18	28.9	27.9	(17.0, 42.4)
	Obesidad	10	11.1	10.8	(4.5, 23.5)
	SP+O	28	40.0	38.7	(26.1, 53.0)

N (miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: Ensanut 2023, Sinaloa.

Adultos

9.1 Sobrepeso y obesidad

Las mediciones de peso y talla las realizó personal capacitado y estandarizado, utilizando un protocolo internacional.¹⁰⁹ 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), normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0-29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²).¹⁰⁹ Para identificar a los adultos con adiposidad abdominal, se utilizó el punto de corte de circunferencia de cintura ≥80 cm en mujeres y ≥90 cm en hombres.¹¹⁰

En Sinaloa la prevalencia de sobrepeso es de 37.6% y la prevalencia de obesidad de 38.6% (cuadro 9.1.1). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en Sinaloa (76.1%) es similar a la prevalencia a nivel nacional (75.2%).

En la figura 9.1.1 se observa que la prevalencia de sobrepeso en hombres es 25.4% más alta que en mujeres, pero la prevalencia de obesidad es 40.3% mayor en mujeres que en hombres.

Cuadro 9.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

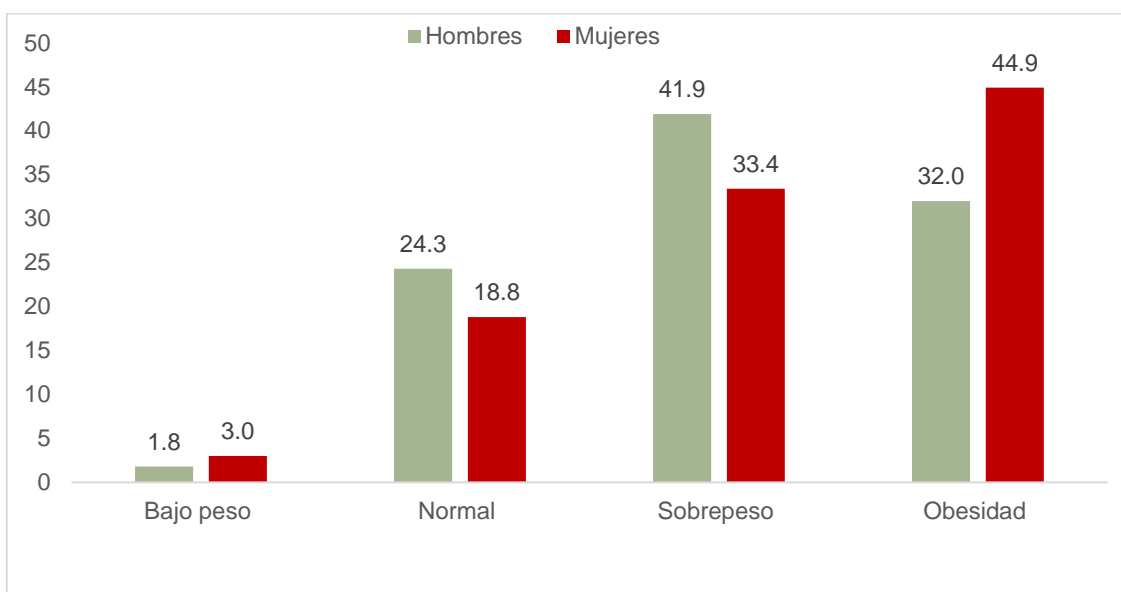
Grupo de edad (años)	Muestra número	N ponderada	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
20 a 29	143	450,540	6.4	(2.7,14.5)	34	(25.8,43.2)	29.2	(21.2,38.7)	30.4	(21.0,41.8)
30 a 39	135	407,403	0.4	(0.1,2.9)	16.8	(10.4,25.9)	42.5	(32.9,52.6)	40.4	(31.0,50.5)
40 a 49	193	437,972	1.4	(0.4,4.7)	15.1	(10.6,21.1)	39.9	(32.0,48.4)	43.6	(34.1,53.5)
50 a 59	142	254,605	3.1	(0.9,10.3)	19.2	(11.7,29.9)	28.5	(20.7,37.8)	49.2	(39.9,58.6)
60 a 69	139	264,161	1.2	(0.3,5.3)	17.1	(11.6,24.3)	42.0	(32.1,52.7)	39.7	(28.4,52.2)

Grupo de edad (años)	Muestra número	N ponderada	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
70 o más	101	172,154	0		26.2	(16.0, 39.8)	48.3	(36.6, 60.1)	25.6	(18.1, 52.2)
Total	853	1,986,836	2.4	(1.3,4.5)	21.5	(18.5,24.8)	37.6	(34.0,41.3)	38.6	(34.8,42.5)

Puntos de corte de índice de masa corporal de la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso 25.0-29.9 kg/m² y obesidad ≥30 kg/m².

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Figura 9.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos ≥20 años, categorizando por sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Puntos de corte de índice de masa corporal de la Organización Mundial de la Salud: bajo peso <18.5 kg/m², normal 18.5-24.9 kg/m², sobrepeso 25.0-29.9 kg/m² y obesidad ≥30 kg/m².

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Al categorizar por perímetro de cintura, en el Cuadro 9.1.2 se observa que la prevalencia de obesidad abdominal fue de 84.1%. Al comparar la prevalencia de obesidad abdominal por grupos de edad, fue 45.1% mayor en los adultos de 60 a 69 años, que en los adultos de la 20 a 29 años.

Cuadro 9.1.2. Prevalencia de obesidad abdominal en adultos ≥ 20 años, categorizando por grupos de edad. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.

Grupo de edad (años)	Muestra número	N	Perímetro de cintura normal		Obesidad abdominal	
			%	IC 95%	%	IC 95%
20 a 29	127	400,746	36.2	(26.1,47.7)	63.8	(52.3,73.9)
30 a 39	124	375,832	12.0	(6.9,20.2)	88.0	(79.8,93.1)
40 a 49	185	421,063	11.0	(6.7,17.6)	89.0	(82.4,93.3)
50 a 59	138	246,921	10.8	(5.0,21.5)	89.2	(78.5,95.0)
60 a 69	131	252,555	7.4	(3.9,13.4)	92.6	(86.6,96.1)
70 o más	96	162,592	7.9	(3.0, 19.5)	92.1	(80.5,97.0)
Total	801	1,859,708	15.9	(12.9,19.4)	84.1	(80.6,87.1)

Punto de corte para definir obesidad abdominal: circunferencia de cintura ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en hombres.

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

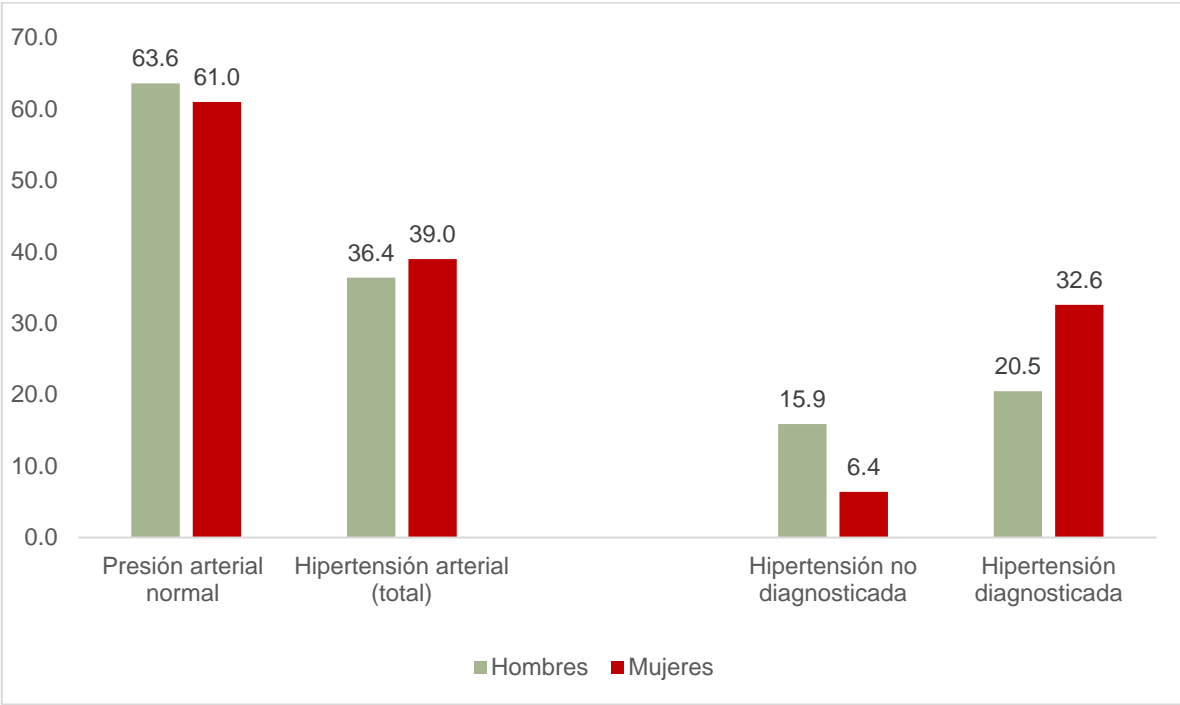
9.2 Tensión arterial

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.¹¹¹ 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 fueron ≥ 140 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg al momento de aplicar la encuesta, e 3) hipertensión total: la suma de hipertensión diagnosticada y no diagnosticada.¹¹²

La figura 9.2.1 muestra la prevalencia total de HTA, estratificando por sexo. En esta figura se observa que la prevalencia de HTA en mujeres fue de 39.0% y en hombres 36.4%.

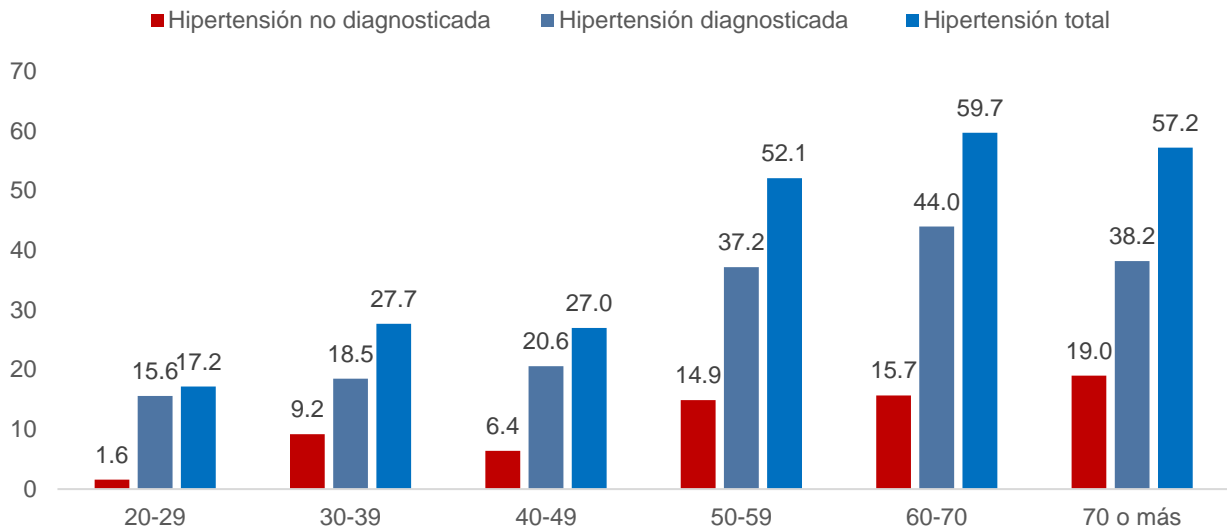
Figura 9.2.1. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos de 20 o más años de edad, categorizando por sexo. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



* Prevalencia de HTA: adultos diagnosticados previamente con HTA más los adultos que fueron diagnosticados al momento de aplicar la encuesta con PAS \geq 140 mmHg o PAD \geq 80 mmHg.
Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

En la figura 9.2.2 se muestra la prevalencia de HTA por grupos de edad y puede observarse que en los adultos de 20 a 29 años, 9.3% no habían sido diagnosticados, sino hasta que fueron identificados con HTA durante la Ensanut continua 2023. Por otro lado, en los adultos de 80 o más años, sólo 25.6% de los adultos con hipertensión no había sido diagnosticado previamente por un médico.

Figura 9.2.2. Prevalencia de hipertensión arterial categorizando por grupos de edad (años). Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



* Prevalencia de HTA: adultos diagnosticados previamente con HTA más los adultos que fueron diagnosticados durante la encuesta con TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg.

Fuente: Ensanut continua 2023 para el estado de Sinaloa.

9.4 Etiquetado de alimentos

El etiquetado frontal de advertencia en alimentos empacados y bebidas embotelladas es una estrategia de salud pública que permite que la mayor parte de la población pueda realizar elecciones más saludables a partir de identificar la calidad nutrimental de un producto. En marzo de 2020 se modificó la Norma Oficial Mexicana 051 sobre etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. Esta normatividad integra el sistema de etiquetado de advertencia como el sistema de etiquetado frontal que desde octubre de 2020 deben portar los alimentos y bebidas industrializadas con contenidos excesivos en energía, nutrimentos críticos y que contengan otros aditivos como edulcorantes o cafeína (figura A).

Figura A. Etiquetado frontal de advertencia utilizado en México




Fuente: 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 2010. Diario Oficial de la Federación.

Descripción del cuestionario

El cuestionario de etiquetado tiene 33 preguntas. Las preguntas están relacionadas con el etiquetado frontal de advertencia y su uso para identificar la calidad nutrimental de un producto, el tipo de etiquetas que utilizan al momento de la compra (figura B) y su opinión sobre esta medida de salud pública.

Para la aplicación de este cuestionario, fue necesario mostrar figuras como ejemplos en algunas de las preguntas; en ocasiones, se requirió mostrar a las y los entrevistados la misma figura.

Figura B. Tipos de etiqueta que puede presentar un producto industrializado.





<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. DECLARACIÓN NUTRIMENTAL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></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 envase, kcal</td> <td>666</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 626</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Proteínas, g</td> <td>3.1</td> <td>7.8</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>0,9</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>32% INI*</td> </tr> <tr> <td>Vitamina A, g (equivalentes de retinol)</td> <td>66</td> <td>23% INI*</td> </tr> <tr> <td>Vitamina D, g</td> <td>0,5</td> <td>13% INI*</td> </tr> </tbody> </table>		Por 100 ml	Por porción de 250 ml	Contenido Energético, kcal	37	93		157	392	Contenido Energético por envase, kcal	666			2 626		Proteínas, g	3.1	7.8	Grasas totales, g	0,6	1,5	Grasas saturadas, g	0,6	0,9	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	32% INI*	Vitamina A, g (equivalentes de retinol)	66	23% INI*	Vitamina D, g	0,5	13% INI*	<p>4.</p> <p>“Avalado por la Asociación médica de cardiólogos” “Avalado por los nutriólogos por la salud” “Avalado por...”</p>
	Por 100 ml	Por porción de 250 ml																																																				
Contenido Energético, kcal	37	93																																																				
	157	392																																																				
Contenido Energético por envase, kcal	666																																																					
	2 626																																																					
Proteínas, g	3.1	7.8																																																				
Grasas totales, g	0,6	1,5																																																				
Grasas saturadas, g	0,6	0,9																																																				
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	32% INI*																																																				
Vitamina A, g (equivalentes de retinol)	66	23% INI*																																																				
Vitamina D, g	0,5	13% INI*																																																				
<p>5. Lista de ingredientes</p> <p>Ingredientes: agua, aceites vegetales, azúcares, almidón, caroteno (E160), tocoferol (E306), riboflavina (E101), nicotinamida, ácido pantoténico, acetilaldehído, biotina, ácido fólico, ácido ascórbico (E300), ácido palmítico, ácido esteárico (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, doro, colorantes, antioxidante.</p>																																																						

Se entrevistó a 694 personas de 20 años y más, al aplicar los factores de expansión, representaron a un total de 2,079,274 adultos del estado de Sinaloa. 51.4% de las y los entrevistados fueron mujeres. 4.4% de las y los entrevistados no sabe leer.

En el estado de Sinaloa, 81.4% (IC95%: 77.6,84.7) de las y los entrevistados reportaron saber que los alimentos empacados y bebidas embotelladas tienen información sobre su contenido nutricional. 92.2% (IC95%: 89.0,94.6) ha visto los sellos de advertencia, principalmente en el empaque de alimentos y bebidas [97.4% (IC95%: 95.6,98.4)].

La figura 9.4.1 muestra el porcentaje de personas que determinaron la calidad del producto de acuerdo con la información del empaque. Como puede observarse, 38% (IC95%: 32.5,43.8) de las personas respondieron que el producto D era el menos saludable, producto que, de acuerdo con su tamaño y calidad nutricional tiene el etiquetado de advertencia numérico con 5 sellos.

Figura 9.4.1. Porcentaje de personas que determinaron el producto menos saludable de acuerdo con la información del empaque. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.

Producto	Promedio	IC95%
<p>Producto A</p> 	10.7	(7.8,14.6)
<p>Producto B</p> 	10.2	(7.6,13.5)
<p>Producto C</p> 	10.0	(7.3,13.4)
<p>Producto D</p> 	38.0	(32.5,43.8)

Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Para identificar los elementos o nutrientes del etiquetado frontal de advertencia de alimentos empacados y bebidas embotelladas que las personas asocian con daños a la

salud se preguntó, utilizando la imagen de una etiqueta (figura 9.4.2), si un refresco de cola tiene exceso de algún elemento o nutriente. En el cuadro 9.4.1, se observa que 57% (IC95%: 51.3,62.6) identifica que el producto tiene exceso de azúcares y 27.5% (IC95%: 21.6,34.4) indicó que tiene exceso de calorías. Cabe señalar que 82.9% (IC95%: 78.2,86.7) (figura 9.4.3) de las y los entrevistados, respondieron que *No* le darían este producto a una niña o niño porque contiene exceso de azúcares 43.5% (IC95%: 37.3,49.8) y 11.6% (IC95%: 8.7,15.4) porque contiene cafeína (figura 9.4.4).

Figura 9.4.2. Etiquetado de un refresco de cola, utilizado para preguntar sobre el exceso de algún elemento o nutriente asociado con daños a la salud.



CONTIENE EDULCORANTES, NO RECOMENDABLE EN NIÑOS

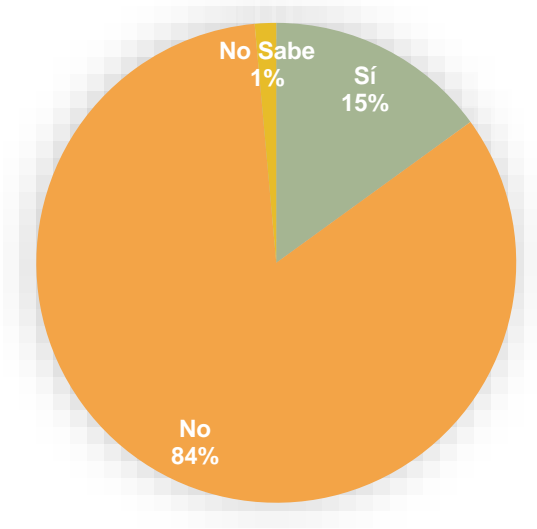
CONTIENE CAFEÍNA EVITAR EN NIÑOS

Cuadro 9.4.1. Proporción de personas del estado de Sinaloa que identificaron en la etiqueta de un refresco de cola el exceso de algún elemento o nutriente asociado con daños a la salud. Ensanut Continua 2023. Sinaloa, México.

Característica	Muestra número	N ponderada	%	IC95%
No	9	27,552	1.3	(0.5,3.2)
Sí, tiene exceso de calorías	174	572,387	27.5	(21.6,34.4)
Sí, tiene exceso de azúcares	399	1,186,200	57.0	(51.3,62.6)
Sí, tiene exceso de grasas saturadas	2	3,530	0.2	(0.0,0.7)
Sí, tiene exceso de sodio	1	3,073	0.1	(0.0,1.1)
Sí, contiene cafeína	19	63,821	3.1	(1.7,5.5)
Sí, contiene edulcorantes	1	848	0.0	(0.0,0.3)
No sabe	73	182,632	8.8	(6.3,12.1)
No responde	16	39,232	1.9	(1.0,3.5)
Total	694	2,079,274	100.0	(100.0,100.0)

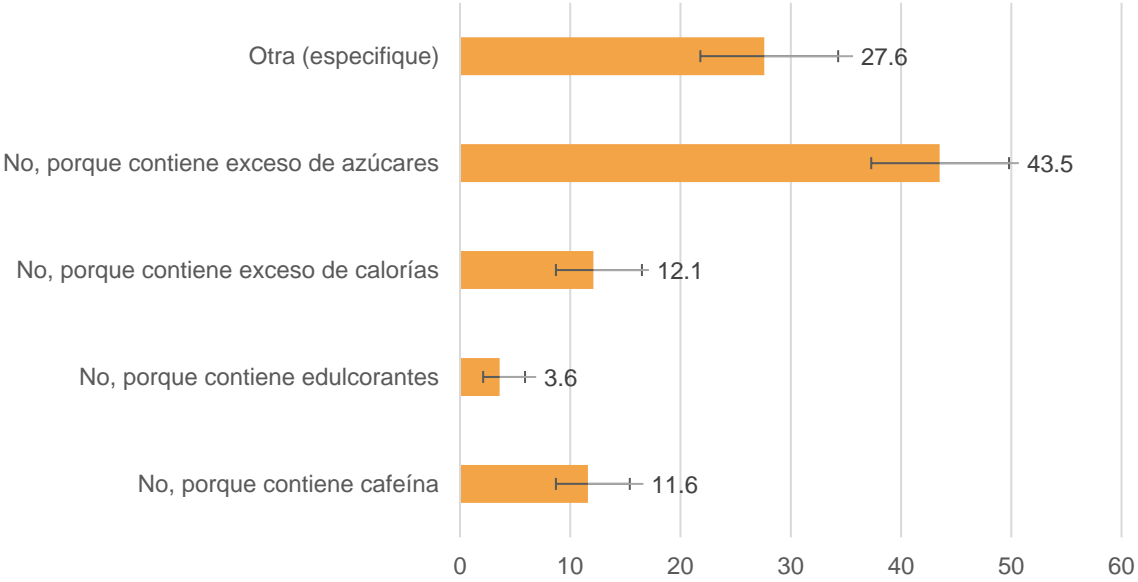
Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Figura 9.4.3. Proporción de personas del estado de Sinaloa que No le darían un refresco de cola a una niña o a un niño. Sinaloa, México, Ensanut Continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

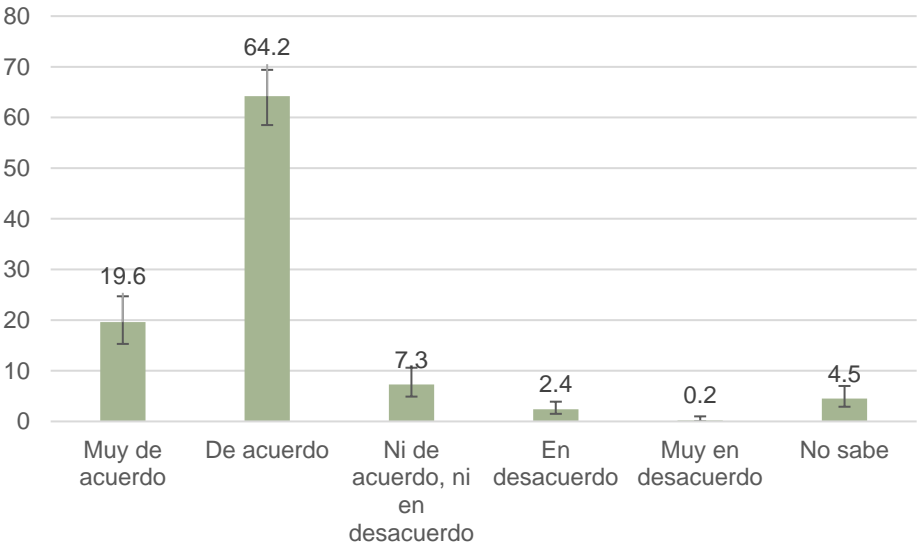
Figura 9.4.4. Razones por las que la población no le daría a una niña o a un niño un refresco de cola. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Se investigó sobre la percepción que la población tiene de la medida que el gobierno estableció al colocar el etiquetado frontal de advertencia en los alimentos y bebidas industrializadas con cantidad excesiva de calorías, azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans en el frente del envase. 64.2% (IC95%: 58.5,69.4) de las y los entrevistados, respondieron estar *de acuerdo* en que los alimentos y bebidas tengan el etiquetado de advertencia para conocer el exceso de algún elemento o nutriente en los productos (figura 9.4.5).

Figura 9.4.5. Proporción de personas del estado de Sinaloa que está de acuerdo con que los alimentos y bebidas tengan el etiquetado frontal de advertencia. Sinaloa, México, Ensanut continua 2023.



Fuente: Ensanut Continua 2023 para el estado de Sinaloa.

Conclusiones nutrición

Con la desnutrición crónica en casi 10 por ciento de la población de menores de 5 años y casi el 7 por ciento de niñas y niños de esta edad con sobrepeso más obesidad (SP + O) en Sinaloa es importante identificar la doble carga de la mala nutrición. Niñas y niños que

no alcanzan su desarrollo óptimo debido a falta de nutrimentos, así como niñas y niños con exceso de peso. Ambas situaciones tienen repercusiones en las siguientes etapas de la vida, aumentando el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas o presentar dificultades sociales, psicológicas, físicas, entre otras.

La atención debe focalizarse en ambas caras de la mala nutrición en el estado, de manera que se atiendan las carencias nutrimentales así como los factores que influyen en el sobrepeso más obesidad de los menores de 5 años.

En general, y al estratificar los indicadores de sobrepeso y obesidad muestran que, casi una tercera parte de las niñas y niños en edad escolar tienen alguna condición de sobrepeso u obesidad. Hay suficiente evidencia respecto a los problemas que el exceso de peso puede provocar en edades tempranas y afectar la vida adulta de estas niñas y niños. Las repercusiones incluyen problemas sociales, psicológicos, desarrollo de otras enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, entre otras. El poder identificar los grupos con mayores prevalencias (niños y en comunidades rurales) permite que se analicen las mejores estrategias en estos sectores para prevenir y disminuir el sobrepeso y obesidad en el estado.

Al ser la adolescencia una etapa de grandes cambios físicos, emocionales y sociales no pierde relevancia identificar el estado de nutrición de este grupo de edad en el estado. Ya sea que el sobrepeso u obesidad lo hayan desarrollado desde etapas tempranas, o bien, debido a todos los procesos de cambio de este periodo, el desequilibrio corporal que pueden desencadenar estas condiciones debe atenderse. Identificar dentro de cada grupo en la condición en la que se encuentran puede contribuir al desarrollo de estrategias más focalizadas. Por ejemplo, dentro de las mujeres adolescentes, a pesar de que la prevalencia de SP+O es similar a la de los hombres, la mayor proporción de mujeres aún está en la categoría de sobrepeso, contrario a los hombres. Es el mismo caso que la prevalencia de SP+O en localidades rurales, si bien es más alta que en las localidades urbanas, la mayor proporción se halla en sobrepeso. Se pueden realizar estrategias focalizadas para un grupo u otro, o bien, evitar que esos adolescentes con sobrepeso pasen a la categoría de obesidad.

Se estima que más de 17,000 menores de entre 1 y 4 años de edad en Sinaloa presentan niveles de intoxicación por plomo y por lo tanto están en riesgo de padecer los efectos

adversos de salud y desarrollo documentados en la literatura especializada, incluyendo daños al sistema nervioso y desarrollo cognitivo que se traducen en problemas de aprendizaje, atención, desempeño escolar y conducta en la población infantil.

A diferencia de la mayoría de estados del país, en los que la principal fuente de exposición a Pb es el uso de LBVPb, los resultados de Sinaloa sugieren que la prevalencia de intoxicación podría estar vinculada principalmente con exposición ambiental, es decir, por proximidad de los hogares a sitios o establecimientos con posibles emisiones de plomo, tales como talleres mecánicos y talleres de pintura para auto o carpintería; seguida del uso de LBVPb y la exposición para-ocupacional (oficios de relacionados a pintura, soldadura y herrería, principalmente).

Se requiere profundizar en el análisis de fuentes de exposición para dilucidar el resultado que indica una prevalencia de intoxicación de 13.3% 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 de Sinaloa permitiría contar con información más precisa para desarrollar programas de prevención y vigilancia de la intoxicación por plomo específicos para la entidad.

En relación con la lactancia materna para población menor de 2 años, se hace notar que debido al tamaño de muestra, las estimaciones deben considerarse con cautela dado los intervalos de confianza tan amplios. Para el estado de Sinaloa, la prevalencia del indicador inicio temprano de la alimentación con leche materna es superior al reportado a nivel nacional en ENSANUT 2021-22¹¹³ (55.5% vs. 49.2%); sin embargo, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, se encuentra por debajo del ámbito nacional en ese mismo periodo (26.7% vs. 33.6). Se han documentado los determinantes y factores que interfieren en la promoción y protección a la lactancia materna en México y se reconoce que se requiere trabajo en materia de política pública para mejorar su práctica.¹¹⁴

Estos resultados muestran que aún se debe trabajar en mensajes a la población indicada en el Estado de Sinaloa para evitar donar el uso de sucedáneos como es la fórmula

comercial infantil. Conforme a las razones para no amamantar, se observa que están íntimamente relacionadas a una mala técnica de amamantamiento lo cual dificulta la producción y bajada de leche materna. Una buena noticia es el bajo uso del biberón para dar leche materna a niños/as en Sinaloa.

En cuanto a la alimentación complementaria, aún se debe trabajar en mensajes a la población de padres y cuidadores de la alimentación de los menores de 3 años para incrementar el número de comidas durante el día y de esa manera poder cumplir con sus requerimientos diarios.

Se hace notar que debido al tamaño de muestra, las estimaciones deben considerarse con cautela dado los intervalos de confianza tan amplios. Para los cálculos se utilizó toda la muestra por lo cual, los resultados no son comparables con resultados nacionales puesto que se calcularán para los diferentes grupos de edad en meses recomendados por OMS/UNICEF.

Por otro lado, la anemia afecta en promedio a 1 de cada 5 niños menores de dos años y a 1 de cada 10 niños en edad preescolar en el estado de Sinaloa. La anemia en edades muy tempranas tiene consecuencias irreversibles en el niño si no se corrige a tiempo. Una alta proporción de niños menores de 2 años del estado de Sinaloa tiene mayor riesgo de retraso en el crecimiento y del desarrollo psicomotor debido a la anemia.¹¹⁵ Se sugiere investigar las causas de la anemia en esta población y continuar con los esfuerzos de suplementación de hierro en edades tempranas de la vida para evitar las consecuencias de la anemia en etapas tardías.

En lo referente al etiquetado de alimentos, la aprobación de la Reforma a la Ley General de Salud,¹¹⁶ en la que se señala las modificaciones al etiquetado frontal en alimentos y bebidas y los cambios a la NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria,¹¹⁷ es una estrategia en salud pública que permite que la mayor parte de la población pueda realizar elecciones más saludables a partir de identificar la calidad nutrimental de un producto de manera rápida y sencilla.

A partir de octubre de 2020, es obligatorio que los alimentos y bebidas industrializados con contenidos excesivos en energía, nutrimentos críticos y que contengan otros aditivos como

edulcorantes o cafeína coloquen este etiquetado en la cara frontal del producto. Los resultados muestran, que a pesar de no haber hasta el momento una campaña exclusiva sobre el uso del etiquetado frontal de advertencia, la población ha comenzado a familiarizarse con la información que viene en la etiqueta de los productos industrializados y logra identificar los productos menos saludables, con base a la cantidad de sellos que presenta el producto.

Referencias

1. Naciones Unidas México. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet].
2. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html>
3. Melgar H y col. Informe sobre taller regional: Armonización de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA. Cuernavaca, Morelos, Septiembre 2010. p.39. Disponible en: <http://www.insp.mx/informe-taller-elcsa.html>.
4. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quíñonez H, Nord M, Álvarez M, Segall-Correa A. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria. Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Perspect en Nutr Humana*. 2007;S:117–34.
5. FAO. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) - Manual de uso y aplicación. 2012; Available from: www.rlc.fao.org
6. Melgar-Quíñonez 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. In 2010.
7. Jepson WE, Wutich A, Collins SM, Boateng GO, Young SL. Progress in household water insecurity metrics: a cross-disciplinary approach. *WIREs Water*. 2017 May 11;4(3). 10.1002/wat2.1214. Available from: <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wat2.1214>
8. Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Muñoz-Espinosa A, Méndez Gómez-Humarán I, Pérez-Escamilla R, Melgar-Quíñones H, et al. Viabilidad de una escala de experiencias de inseguridad del agua en hogares mexicanos. *Salud Publica Mex*. 2023 Apr 21;65(3, may-jun):219–26. 10.21149/14424. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14424>
9. 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 Heal*. 2019 Sep 1;4(5):e001750. 10.1136/BMJGH-2019-001750. Available from: <https://gh.bmj.com/content/4/5/e001750>

10. Rosinger AY, Young SL. The toll of household water insecurity on health and human biology: Current understandings and future directions. *Wiley Interdiscip Rev Water*. 2020 Nov 1;7(6):e1468. 10.1002/WAT2.1468. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wat2.1468>
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Publicación de las Naciones Unidas. 2018.
12. García Hernández J, García López G, Waluyo Moreno I. Shortage, Meanings, and Adaptations of Water: Reflections on the Perspectives of Elders from San José Lachiguirí, Oaxaca, Mexico BT - *Socio-Ecological Systems and Decoloniality: Convergence of Indigenous and Western Knowledge*. In: Pullanikkatil D, Hughes K, editors. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 251–62.
13. García Sánchez DM del R, Reyes Añorve DJ, Godínez Alarcón MG. Water Crisis in Mexico. Reflections on Its Shortage and Management. *Int J Sci Res Manag*. 2023;11(10):5201–10. 10.18535/ijstrm/v11i10.em02.
14. INEGI. Porcentaje de viviendas particulares habitadas con disponibilidad de agua por entidad federativa, 1990 a 2010. [Internet]. [cited 2023 Dec 7]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mviv09>
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. 10.21149/14783.
16. Melgar-Quiñonez H, Zubieta AC, Valdez E, Whitelaw B, Kaiser L. Validación de un instrumento para vigilar la inseguridad alimentaria en la Sierra de Manantlán, Jalisco. *Salud Publica Mex*. 2005;47(6):413–22. 10.1590/S0036-36342005000600005.
17. FAO, FIDA, OPS, WFP, UNICEF. *Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición*

en América Latina y el Caribe 2020. Santiago de Chile; 2020. 10.4060/cb2242es. Available from: <https://doi.org/10.4060/cb2242es>

18. FAO. Marco de la FAO para la Agenda Alimentaria Urbana. FAO; 2019. 10.4060/ca3151es. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca3151es>
19. Muñoz-Espinosa A, Mundo-Rosas V, Vizuet-Vega NI, Hernández-Palafox C, Martínez-Domínguez J, Shamah-Levy T. Inseguridad del agua en hogares mexicanos: comparación de resultados de las Ensanut Continua 2021 y 2022. Salud Publica Mex. 2023 Jun 14;65:s189–96. 10.21149/14788. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14788>
20. López-Quiroz M, Loranca-Domínguez Y, Zavala-Fajardo G, Gómez-Camancho J, Farias Nuñez O, López-Trujillo J. Reporte del Clima en México: CONAGUA- SMN. CONAGUA-SMN. 2023;(8). Available from: [https://smn.conagua.gob.mx/tools/DATA/Climatología/Diagnóstico Atmosférico/Reporte del Clima en México/RC-Agosto23.pdf](https://smn.conagua.gob.mx/tools/DATA/Climatología/Diagnóstico%20Atmosférico/Reporte%20del%20Clima%20en%20México/RC-Agosto23.pdf)
21. Congreso del estado de Sinaloa. Comisión aprueba acuerdos para convocar a Foro Nacional Agropecuario y atender escasez de agua en Sinaloa [Internet]. Culiacán; 2023 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.congresosinaloa.gob.mx/comunicados/comision-aprueba-acuerdos-para-convocar-a-foro-nacional-agropecuario-y-atender-escasez-de-agua-en-sinaloa/>
22. Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. Aguas en México: ¿escasez o mala gestión?. Resumen ejecutivo. [Internet]. 2023. [cited 2023 Dec 5]. Available from: https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2023/02/Resumen-ejecutivo_Aguas-en-Mexico.pdf
23. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de vacunación 2021. 2021.
24. Secretaría de Salud [Internet]. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién

- nacida. In: Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2016. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
25. WHO. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 4]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856>
 26. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2019 Mar 14;3(3). 10.1002/14651858.CD004905.PUB6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30873598/>
 27. WHO. Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. Ginebra; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>
 28. 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. *Nutr* 2018, Vol 10, Page 944. 2018 Jul 22;10(7):944. 10.3390/NU10070944. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/7/944/htm>
 29. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, editor. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 1999. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
 30. WHO. Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. World Health Organization. Ginebra: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123>
 31. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamiento de operación 2020 del componente Desarrollo en la Infancia. México; 2020. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.

pdf%0A

32. Martínez-Vargas T. Educación inicial. Incorporación a la educación básica y obligatoria – CIEP [Internet]. Investigaciones CIEP. [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://ciep.mx/educacion-inicial-incorporacion-a-la-educacion-basica-y-obligatoria/>
33. Secretaría de Educación Pública. LEY GENERAL DE EDUCACIÓN. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 2017 p. 1–06. Available from: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4-0bb4884af388/ley_general_educacion.pdf
34. Secretaría de Educación Pública. Aprendizaje clave para la educación integral. Educación inicial: Un buen comienzo. Ciudad de México: Secretaría de Educación Pública; 2017. Available from: https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/inicial/1Educacion-Inicial_Digital.pdf
35. Secretaría de Educación Pública. Aprendizajes clave Educación preescolar. Plan y programa de estudios, orientaciones didácticas y sugerencias de evaluación. 2017. Available from: <https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/preescolar/1LpM-Preescolar-DIGITAL.pdf%0A>
36. JP S, DA P. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods. 2000 Nov 13; 10.17226/9824. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077268/>
37. Naciones Unidas. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global Indicator Framework_A.RES.71.313 Annex.Spanish.pdf
38. UNICEF. Early Childhood Development Index 2030 (ECDI2030) - UNICEF DATA [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>

39. UNICEF. Early Childhood Development Index 2030 (ECDI2030) - UNICEF DATA [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/early-childhood-development-index-2030-ecdi2030/>
40. 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 Jan 6;369(9555):60–70. 10.1016/S0140-6736(07)60032-4/ATTACHMENT/2F933B60-1E68-4B3E-A529-97892C41953B/MMC2.PDF. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607600324/fulltext>
41. 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 Oct 1;17(5):508–13. 10.1093/EURPUB/CKL261. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/17/5/508/532718>
42. Straus MA, Paschall MJ. Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts. <http://dx.doi.org/101080/10926770903035168>. 2009 Jul;18(5):459–83. 10.1080/10926770903035168. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926770903035168>
43. Erickson MF, Egeland B. A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. <https://doi.org/101080/02796015198712085280>. 2019 Jun 1;16(2):156–68. 10.1080/02796015.1987.12085280. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02796015.1987.12085280>
44. 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 May 1;29(5):513–32. 10.1016/J.CHIABU.2004.08.010.
45. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries - PubMed. *Futur Child*. 2000;10:23–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10911687/>
46. Mota-Hernández F. Diarrea aguda e infecciones respiratorias: caras nuevas de viejos

conocidos. Rev Fac Med UNAM. 2022;45(3):103–9.

47. INEGI. Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022. Comunicado de prensa 644/23. 2023;
48. Hidalgo-Solórzano E, Martínez-Nolasco MA, Martínez-Dávalos A, Híjar M. Lesiones no intencionales en México. Ensanut Continua 2022. Salud Publica Mex. 2023 Jun 12;65:s126–34. 10.21149/14787. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14787>
49. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a ed. Washington, DC; 1995.
50. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medidas y criterios de precisión estadística para los indicadores de la medición multidimensional de pobreza. [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 9]. Available from: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_precision_estadistica.pdf
51. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial [Internet] [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 8]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5386313&fecha=23/03/2015#gsc.tab=0
52. World Health Organization. The Global Observatory. Alcohol, heavy episodic drinking (population) past 30 days [Internet]. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459>
53. UNFPA. State of World Population 2016. 10: How our future depends on a girl at this decisive age. New York; Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_English.pdf
54. Kushal SA, Amin YM, Reza S, Hossain FB, Shawon MSR. Regional and Sex Differences in the Prevalence and Correlates of Early Sexual Initiation Among

Adolescents Aged 12–15 Years in 50 Countries. *J Adolesc Heal*. 2022 Apr;70(4):607–16. 10.1016/j.jadohealth.2021.10.027. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X21005577>

55. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Notas descriptivas. 2017 [cited 2023 Dec 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
56. Sheeran P, Maki A, Montanaro E, Avishai-Yitshak A, Bryan A, Klein WMP, et al. The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Heal Psychol*. 2016 Nov;35(11):1178–88. 10.1037/hea0000387. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/hea0000387>
57. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Pública, Instituto Nacional de Salud; 2020. Available from: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
58. Center for Disease Control and Prevention. [Internet] National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Social Distancing. [citado 3 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-g>.
59. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC; 2003.
60. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>. 2016 Jul 26;1(3):385–401. 10.1177/014662167700100306. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306>
61. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez L A, 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 May 9;55(3):267–74. 10.21149/SPM.V55I3.7209. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7209/9387>

62. Salinas-Rodríguez A, en MC, Manrique-Espinoza B, en DC, Isaac Acosta-Castillo G, Franco-Núñez A, et al. Validation of a cutoff point for the short version of the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies in older Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2014;56:279–85.
63. 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 Jul;103(7):1278. 10.2105/AJPH.2012.301115. Available from: </pmc/articles/PMC3682610/>
64. World Health Organization, The World Bank. World Report on Disability. Geneva; 2011. Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
65. Oliver M. The social model of disability: thirty years on. <https://doi.org/101080/096875992013818773>. 2013 Oct;28(7):1024–6. 10.1080/09687599.2013.818773. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2013.818773>
66. Washington Group on Disability Statistics. WG/UNICEF Child Functioning Module (CFM) - The Washington Group on Disability Statistics [Internet]. [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wgunicef-child-functioning-module-cfm/>
67. Washington Group on Disability Statistics. WG Short Set on Functioning (WG-SS) - The Washington Group on Disability Statistics [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 8]. Available from: <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss/>
68. Shisslak C, Crago M EL. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disor.* 1995;18(3):209–19.
69. 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 Heal* 2011;49(4):400–6.

70. Unikel C GG. 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.
71. Unikel C, Bojorquez I CS. Validation of a brief questionnaire for the assessment of risky eating behaviors. *Salud Publica Mex*. 2004;46:509–15.
72. UNODC. World Drug Report 2023 [Internet] [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2022. 2023. Available from: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
73. Zapata F, Matey JM, Montalvo G, García-Ruiz C. Chemical classification of new psychoactive substances (NPS). *Microchem J*. 2021 Apr;163:105877. 10.1016/j.microc.2020.105877. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0026265X20338194>
74. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Pública IN de S, Adicciones CN contra las, Salud S de. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-17: Reporte de Drogas. [Internet]. 2017. Available from: https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informes/reporte_encodat_drogas_2016_2017.pdf
75. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. D Of la Fed. 2010;
76. Oizerovich S, Perrotta G. Salud sexual y salud reproductiva [Internet]. [Internet]. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria*. 2017.
77. 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; 2004. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?se

quence=1

78. Secretaría de Salud. Programa de acción específico. Salud Sexual y reproductiva 2020-2024. 2021. Available from: https://drive.google.com/file/d/1iEfpOX-zJ4vyBuKmQQdC5Q_Ks4uxTtGo/view
79. 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 Jun 30;72(Extra_1):45–70. 10.3989/ris.2013.02.16. Available from: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587/607>
80. WHO. Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide. WHO. Geneva: World Health Organization; 1996. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/WHO_FHE_MSM_94_11/en/
81. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Apr 1;196(4):297–308. 10.1016/J.AJOG.2006.05.055. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937806010064/fulltext>
82. 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 Feb 1;192(2):342–9. 10.1016/J.AJOG.2004.10.593. Available from: <http://www.ajog.org/article/S000293780401779X/fulltext>
83. 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 Heal.* 2021 Sep;6(9):e006204. 10.1136/bmjgh-2021-006204. Available from: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2021-006204>
84. 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 Jul 19;2(7):476–84. 10.1038/s43016-021-00319-4. Available from: <https://www.nature.com/articles/s43016-021-00319-4>

85. Micronutrient Forum, GAIN. Fighting for global nutrition in an era of crises. Impact Report 2020-2022. 2023. Available from: <https://reliefweb.int/report/world/fighting-global-nutrition-era-crises-impact-report-2020-2022>
86. Olaiz-Fernández GA, Gómez-Peña EG, Juárez-Flores A, Vicuña-de Anda FJ, Morales-Ríos JE, Carrasco OF. Panorama histórico de la enfermedad diarreica aguda en México y el futuro de su prevención. *Salud Publica Mex*. 2019 Dec 20;62(1, ene-feb):25. 10.21149/10002. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10002>
87. Clasen TF, Alexander KT, Sinclair D, Boisson S, Peletz R, Chang HH, et al. Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 20;2015(10). 10.1002/14651858.CD004794.pub3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004794.pub3>
88. Torres-Lebranto L, Martínez-Paradela T, Torres-Lebranto L, Vicente-portales Z. Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Humanidades Médicas*. 2018;18(1):122–36. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n1/hmc11118.pdf>
89. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Switerland: Organización Mundial de la Salud; 2008.
90. OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. WHO. World Health Organization; 2003. Available from: http://www.who.int/fctc/text_download/es/
91. Diario Oficial de la Federación. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Ciudad de México; 1984. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
92. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2020. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf

93. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. World Health Organization; 2019.
94. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1056–67. 10.1016/S0140-6736(11)60871-4. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673611608714/fulltext>
95. Secretaría de Salud. Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2016. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211448/ModeloIntegral.pdf>
96. Secretaría de Salud, STCONAPRA. Implementación del Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México: informe de actividades 2017. Ciudad de México; 2018.
97. Lohman TJ, Roache AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. *Med Sci Sport Exerc*. 1992 Aug;24(8):952. 10.1249/00005768-199208000-00020. Available from: <http://journals.lww.com/00005768-199208000-00020>
98. WHO GMGRS. 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. World Health Organization. 2006. 10.4067/S0370-41062009000400012.
99. 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 Sep;85(9):660–7. 10.2471/BLT.07.043497. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18026621/>
100. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for Lead. Atlanta, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2020.
101. Caravanos J, Dowling R, María Téllez-Rojo Dra M, Cantoral A, Kobrosly R, Estrada D, et al. Blood Lead Levels in Mexico and Pediatric Burden of Disease Implications. *Ann Glob Heal*. 2014 Nov 25;80(4):269. 10.1016/j.aogh.2014.08.002. Available from: <https://annalsfglobalhealth.org/articles/10.1016/j.aogh.2014.08.002>

102. Fuller R, Landrigan PJ, Balakrishnan K, Bathan G, Bose-O'Reilly S, Brauer M, et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Heal*. 2022 Jun;6(6):e535–47. 10.1016/S2542-5196(22)00090-0. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2542519622000900>
103. Diario Oficial de la Federación. 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 . Ciudad de México; 2017. Available from: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6743/salud15_C/salud15_C.html
104. Bautista-Arredondo LF, Trejo-Valdivia B, Estrada-Sánchez D, Tamayo-Ortiz M, Cantoral A, Figueroa JL, et al. Intoxicación infantil por plomo en México: otras fuentes de exposición más allá del barro vidriado (Ensanut 2022). *Salud Publica Mex*. 2023 Jun 13;65:s197–203. 10.21149/14798. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14798>
105. WHO, UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021 [cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
106. 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 Heal*. 1999;6:392–9. 10.1590/S1020-49891999001100004.
107. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85842>
108. Habicht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno [Internet]. Vol. 76, Reimpreso del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1974. p. 375–84.
109. WHO. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee [Internet]. [cited 2022 Feb 14]. Available from:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>

110. Kim K-S, Oh H-J, Choi YJ, Huh BW, Kim S-K, Park SW, et al. Reappraisal of waist circumference cutoff value according to general obesity. *Nutr Metab (Lond)*. 2016 Dec 5;13(1):26. 10.1186/s12986-016-0085-y. Available from: <http://nutritionandmetabolism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12986-016-0085-y>
111. Muntner P, Shimbo D, Carey RM, Charleston JB, Gaillard T, Misra S, et al. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2019 May;73(5). 10.1161/HYP.0000000000000087. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000087>
112. 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 Sep 13;146(11):868–77. 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054602. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054602>
113. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva I, Lozada-Tequeanes AL. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Publica Mex*. 2023 Jun 13;65:s204–10. 10.21149/14805. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14805>
114. Ramírez-Silva I, Unar-Munguía M, Lozada A, Gonzalez- Castell L, Rivera M, Bonvecchio A. El costo de no amamantar en México: un llamado para la acción. In: Rivera Dommarco J, Barrientos Gutiérrez T, Oropeza Abúndez C, editors. Síntesis sobre políticas de salud Propuestas basadas en evidencia. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021.
115. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Rev Peru Med Exp Salud Public*. 2017;34(4).

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251>.

116. DOF. 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]. DOF . [cited 2022 Feb 14]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5578283&fecha=08/11/2019
117. 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 .