

ENCUESTA NACIONAL de Salud y Nutrición

2006

Resultados por entidad federativa

Quintana Roo



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Resultados por entidad federativa, Quintana Roo

ENCUESTA NACIONAL de **Salud y Nutrición**

2006

Resultados por entidad federativa

Quintana Roo



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. **Resultados por entidad federativa, Quintana Roo**

Primera edición, diciembre de 2007

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

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-40-2 (Obra completa)
ISBN 978-970-9874-68-6 (Quintana Roo)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
Resultados por entidad federativa, Quintana Roo

Coordinadores

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

Colaboradores por capítulo

Metodología

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

Salud

Hogar

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

Niños

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

Adolescentes

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

Adultos

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

Nutrición

Estado nutricional

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

Anemia

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

Servicios de salud

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

Citación sugerida:

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

Contenido

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Presentación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Cuadro A

Estratos por tamaño de localidad. México, ENSANUT 2006

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

■ Cuadro B

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

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

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

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

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

donde

n Tamaño de muestra

P Proporción a estimar

$Z_{\alpha/2}^2$ Cuantil de una distribución normal asociado con un nivel de confianza deseado

r Error relativo máximo que se está dispuesto a aceptar

deff Efecto de diseño, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia de diseño, por tratarse de un diseño complejo

TR Tasa de respuesta esperada

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

■ Cuadro C

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

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

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

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

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

Estratos I y II

■ Cuadro D

Regionalización en la ENSANUT 2006

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

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

Estrato III

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

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

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

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

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

Levantamiento de la información

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

Primera fase

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

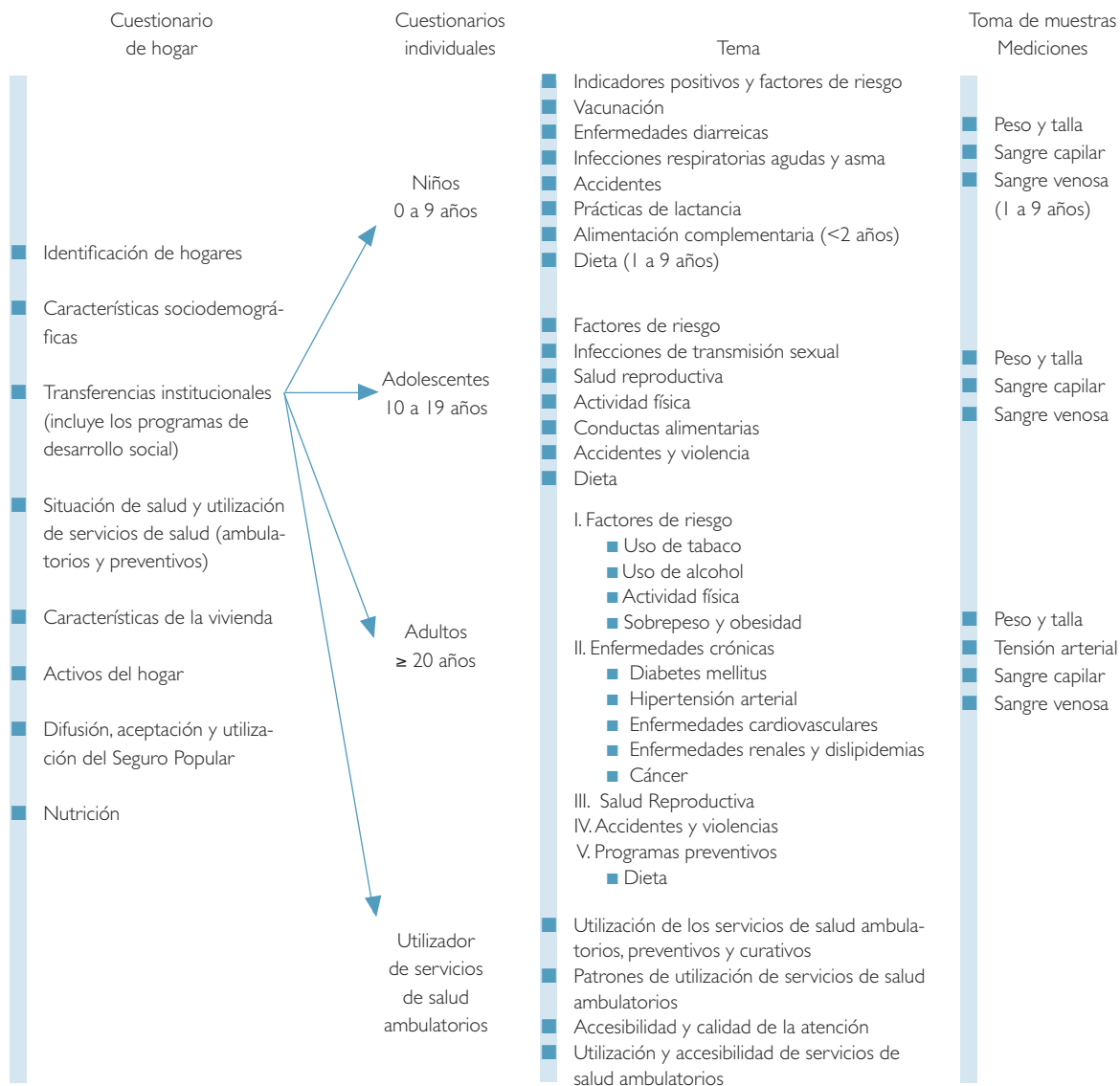
El grupo de cartógrafos visitó cada localidad tres semanas antes de que lo hiciera el equipo a cargo del levantamiento de datos. Una vez seleccionadas las AGEB en cada estado y las manzanas al interior de las AGEB, los cartógrafos realizaron un recorrido sistemático, en el que visitaron todas las viviendas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

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

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

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

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



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

Segunda fase

Para el levantamiento de la ENSANUT 2006, la encuesta se dividió en dos componentes: salud y nutrición. El país se dividió en cuatro rutas, en las que el levantamiento se hizo en forma simultánea: noroeste, noreste, sur y centro del país.

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

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

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

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

Equipos de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

Equipos de nutrición

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

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

Consideraciones éticas

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

1.

Salud

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

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

En relación con las condiciones de la vivienda, la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) mostró que en Quintana Roo 7.7% de las viviendas tenía tierra como material predominante en los pisos, 47.5% de las viviendas contaba con agua entubada en el interior y el 16.5% no tenía drenaje.⁴

Los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005 mencionan que en Quintana Roo había 1 135 309 habitantes de los cuales el 50.6% eran hombres y 49.4% mujeres. Los datos de la ENSA 2000 para Quintana Roo indican que en ese año 33.3% de la población se encontraba afiliada al IMSS, 7.1% era derechohabiente del ISSSTE, 0.7% contaba con servicios en instituciones privadas y 56.9% no era derechohabiente de instituciones de salud.

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

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

Figura 1.1

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

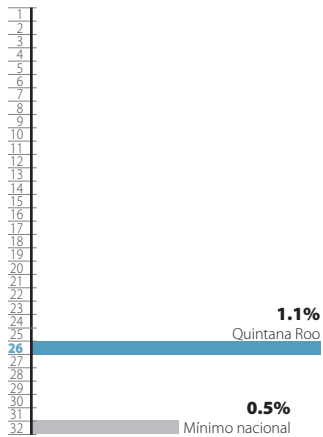


Figura 1.2

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

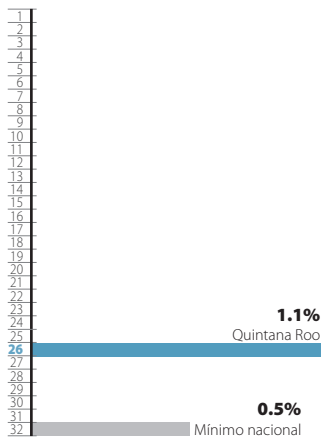


Figura 1.3

Porcentaje de viviendas con piso de tierra. México, ENSANUT 2006

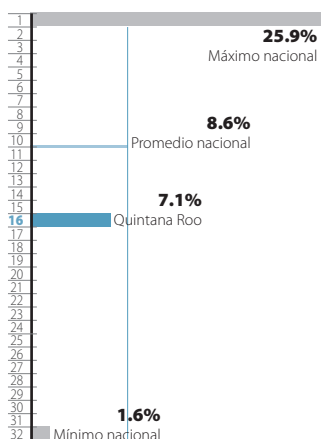


Figura 1.4

Porcentaje de viviendas sin drenaje. México, ENSANUT 2006

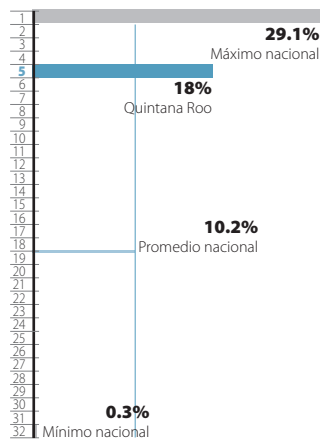
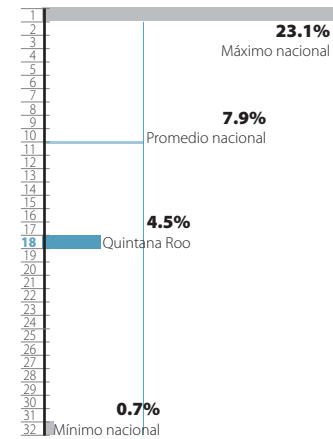


Figura 1.5

Porcentaje de viviendas con fuente de agua no entubada. México, ENSANUT 2006



constitución de cada uno de éstos. A continuación se presentan los principales resultados de las características de la población, hogares y viviendas encontradas en la ENSANUT 2006 para el estado de Quintana Roo.

Resultados

Características de las viviendas y los hogares

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 estimó que existen 23 759 124 hogares y 23 591 377 viviendas en todo el país, de las cuales 1.1% (253 465 hogares y 252 033 viviendas) corresponden a Quintana Roo. En las figuras 1.1 y 1.2 se presenta la posición que ocupa el estado entre las demás entidades y los valores mínimos encontrados en el país.

Respecto de la distribución porcentual de los hogares según el material predominante en el piso de la vivienda, 61.1% tiene cemento o firme, 31.8% mosaico, madera u otros recubrimientos, mientras que las viviendas con piso de tierra representan 7.1%, cifra menor al promedio nacional de 8.6% (figura 1.3).

En Quintana Roo 41.3% de las viviendas cuentan con drenaje conectado a la calle, 35.9% está conectado a una fosa séptica y 0.1% está conectado a un río, lago o barranca. Quintana Roo se encuentra en la posición 5 en cuanto al porcentaje de viviendas que no cuentan con drenaje, con 18%, arriba del promedio nacional de 10.2% (figura 1.4).

En relación con la disponibilidad de agua, 80.1% de las viviendas cuenta con agua entubada al interior, 15.5% con agua entubada en el exterior y el 4.5% dispone de agua de una fuente no entubada. En la figura 1.5 se encuentra el porcentaje de viviendas que obtienen agua de una fuente no entubada, comparado con lo reportado en el

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

Características de la población

En Quintana Roo se encuestó a 6 937 personas que representan a 1 134 265 personas, y constituyen 1.1% de la población total nacional (figura 1.6).

La distribución por sexo de la población en esta entidad fue de 49.5% hombres y 50.5% mujeres. El índice de masculinidad (población de hombres dividido entre la población de mujeres) para Quintana Roo se localizó en la tercera posición, con 98.1 hombres por cada 100 mujeres, por arriba del promedio nacional, estimado en 92.3 (figura 1.7).

En la pirámide poblacional de Quintana Roo (figura 1.8) se identifica mayor concentración en los grupos de niños y adolescentes, y una disminución de la población en los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29, lo que podría sugerir migración en estos grupos de edad. Al analizar los porcentajes por edad y sexo se obtiene una población joven, más de la mitad (54.7%) de la población estimada tiene menos de 25 años. Asimismo 21.9% son niños menores de nueve años (10.1% en el grupo de 0 a 4 años y 11.8% en el grupo de 5 a 9 años); 24.0% son adolescentes entre 10 y 19 años (12.5% en el grupo de 10 a 14 años y 11.5% en el grupo de 15 a 19 años) y 54.1% de la población es población adulta con 20 años o más (cuadro 1.1). En las figuras 1.9 y 1.10 se presentan los porcentajes que ocuparon los grupos de edad de 0 a 5 años y 65 años o más, donde el estado ocupó las posiciones 6 (con 12.3%) y 32 (con 3.2%) respectivamente. El primer grupo de edad se localizó por encima y el segundo grupo debajo del promedio nacional y ocupa el mínimo porcentaje estimado (11.3 y 6.9%, en cada caso).

Figura 1.6
Porcentaje de población de Quintana Roo respecto del país. México, ENSANUT 2006

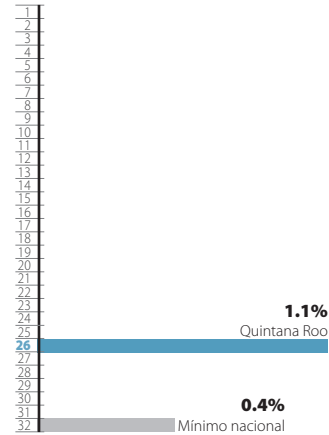


Figura 1.7
Índice de masculinidad. México, ENSANUT 2006

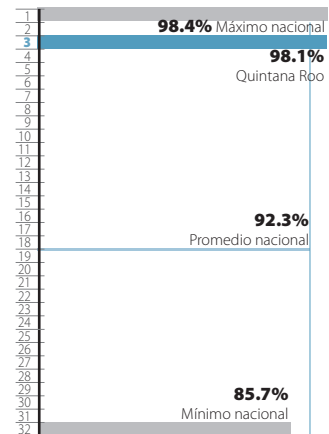


Figura 1.8
Pirámide poblacional de Quintana Roo. México, ENSANUT 2006

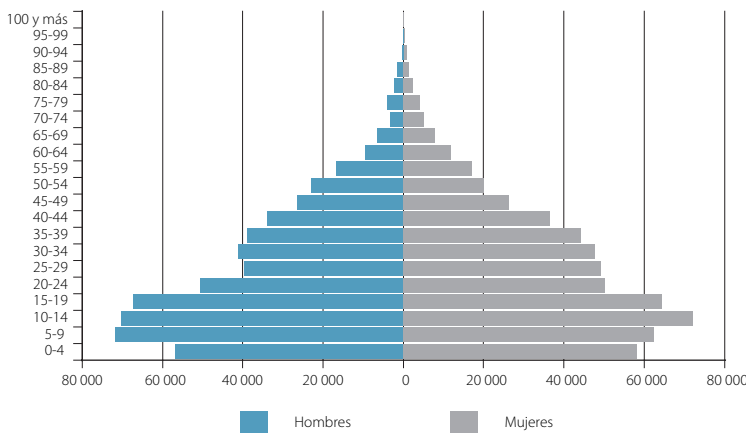
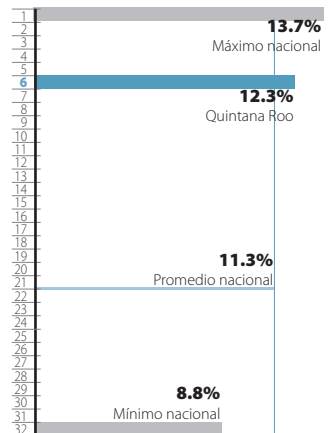


Figura 1.9
Porcentaje de población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006



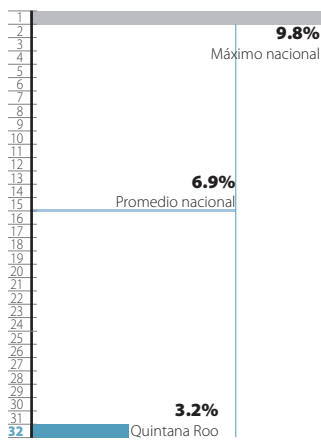
■ Cuadro 1.1

Resumen de las características poblacionales. Quintana Roo, México

Grupo de edad	Hombres				Mujeres				Total			
	Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%	
	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior
0 a 4 años	56 455	5.0	4.4	5.6	57 711	5.1	4.6	5.7	114 166	10.1	9.3	10.9
5 a 9 años	71 517	6.3	5.6	7.0	61 853	5.5	4.9	6.0	133 370	11.8	10.9	12.7
10 a 14 años	69 723	6.1	5.5	6.8	72 027	6.4	5.7	7.1	141 750	12.5	11.5	13.6
15 a 19 años	67 265	5.9	5.3	6.6	63 455	5.6	5.0	6.3	130 720	11.5	10.4	12.7
20 a 24 años	50 667	4.5	3.9	5.1	49 615	4.4	3.9	4.9	100 282	8.8	8.1	9.6
25 a 29 años	39 422	3.5	3.1	4.0	48 954	4.3	3.8	4.9	88 376	7.8	7.0	8.7
30 a 34 años	41 455	3.7	3.2	4.2	47 844	4.2	3.7	4.8	89 299	7.9	7.0	8.9
35 a 39 años	38 532	3.4	2.9	3.9	44 485	3.9	3.4	4.5	83 017	7.3	6.5	8.2
40 a 44 años	33 861	3.0	2.6	3.5	36 450	3.2	2.8	3.7	70 311	6.2	5.5	6.9
45 a 49 años	26 379	2.3	2.0	2.7	26 031	2.3	1.9	2.7	52 410	4.6	4.0	5.3
50 a 54 años	22 477	2.0	1.6	2.4	20 273	1.8	1.5	2.2	42 750	3.8	3.2	4.5
55 a 59 años	16 810	1.5	1.2	1.8	14 108	1.2	1.0	1.6	30 918	2.7	2.3	3.2
60 a 64 años	9 689	0.9	0.7	1.1	11 379	1.0	0.8	1.3	21 068	1.9	1.5	2.3
65 a 69 años	6 062	0.5	0.4	0.7	7 156	0.6	0.4	0.9	13 218	1.2	0.9	1.5
70 a 74 años	3 337	0.3	0.2	0.4	4 654	0.4	0.3	0.6	7 991	0.7	0.5	1.0
75 a 79 años	4 252	0.4	0.3	0.6	3 368	0.3	0.2	0.5	7 620	0.7	0.5	1.0
80 años o más	3 663	0.3	0.2	0.5	3 336	0.3	0.2	0.5	6 999	0.6	0.4	0.9
Quintana Roo	561 566	50	48	51	572 699	50	49	52	1 134 265	100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Figura 1.10
Porcentaje de población de 65 años o más.
México, ENSANUT 2006



Cabe resaltar que 5.7% de los hombres con 12 años o más declaró no tener instrucción alguna, mientras que 9.2% de las mujeres se encontraba en la misma situación. En cuanto a las variables de escolaridad, las mayores proporciones se ubicaron entre las personas que refirieron tener secundaria o educación técnica, las cuales representaron 35.5% de la población masculina y 32.8% de la población femenina; en contraste las menores proporciones se observaron entre los que declararon tener licenciatura o un grado mayor, donde sólo se ubicaron 8.0% de los hombres y 5.1% de las mujeres (cuadro 1.2).

En el grupo de 6 a 14 años, 12.3% de los hombres y 10.1% de las mujeres reportaron que no sabían leer ni escribir un recado (cuadro 1.3). Asimismo, 8.5% de la población de 15 años o más (5.5% en hombres y 11.4% en mujeres) declaró que no sabía leer ni escribir (cuadro 1.4), porcentaje inferior al 8.7% encontrado a nivel nacional (figura 1.11).

Los resultados de la ENSANUT 2006 permiten conocer datos sobre la asistencia a la escuela al momento de la encuesta en población de entre 7 y 14 años. Aquí se encontró que 4.1% de los hombres y 3.7% de las mujeres no asistía a la escuela, lo que se traduce en el 3.9% del total de la población en este rango de edad (cuadro 1.5), un porcentaje menor al estimado para el nivel nacional de 5.2% (figura 1.12).

■ Cuadro 1.2

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

Nivel de instrucción	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sin instrucción	5.7	4.9	6.5	9.2	7.7	10.9	7.4	6.5	8.5
Primaria incompleta	17.3	15.9	18.8	18.9	17.1	20.9	18.1	16.7	19.6
Primaria completa	14.3	12.6	16.2	16.2	14.8	17.8	15.3	14.0	16.6
Secundaria o técnica	35.5	33.4	37.6	32.8	30.9	34.8	34.1	32.4	35.9
Preparatoria, normal o comercial	18.4	16.4	20.6	17.4	14.8	20.3	17.9	15.8	20.1
Licenciatura, maestría o doctorado	8.0	6.1	10.5	5.1	3.7	7.1	6.5	4.9	8.6
No especificado	0.9	0.6	1.3	0.3	0.2	0.6	0.6	0.4	0.9
Quintana Roo	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.3

Distribución porcentual de la población de 6 a 14 años, por sexo y aptitud para leer y escribir: Quintana Roo, México

Aptitud para leer	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	87.5	85.0	89.6	89.9	86.9	92.3	88.7	86.7	90.4
No	12.3	10.2	14.8	10.1	7.7	13.1	11.2	9.5	13.2
No responde	0.2	0.0	1.3				0.1	0.0	0.7
Población de 6 a 14 años									
Frecuencia (N)	126 874	113 817	139 931	122 776	109 496	136 056	249 650	227 076	272 224
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.4

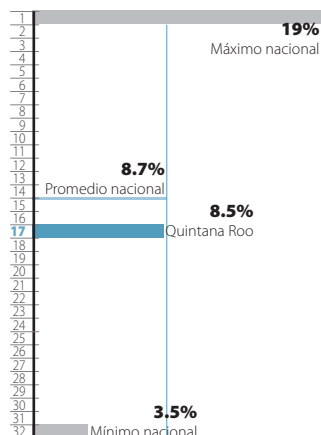
Distribución porcentual de la población de 7 a 14 años, por sexo y condiciones de asistencia actual a la escuela. Quintana Roo, México

Condición de alfabetismo	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí sabe leer y escribir	94.5	93.6	95.2	88.5	86.6	90.1	91.4	90.3	92.4
No sabe leer ni escribir	5.5	4.7	6.3	11.4	9.8	13.2	8.5	7.5	9.6
No especificado	0.1	0.0	0.2	0.2	0.1	0.5	0.1	0.0	0.3
Población de 15 años o más									
Frecuencia (N)	363 871	347 238	380 504	381 108	367 181	395 035	744 979	719 608	770 350
Porcentaje	100			100			100		

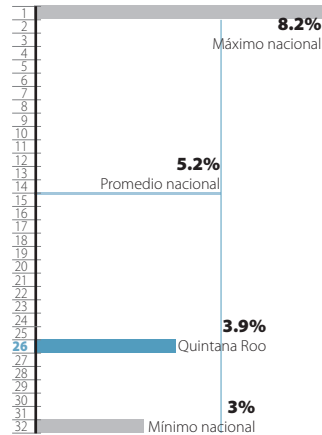
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Figura 1.11

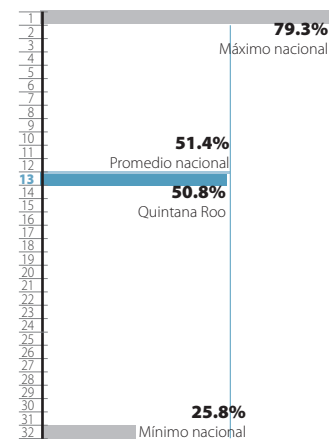
Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir un recado. México, ENSANUT 2006

**Figura 1.12**

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

**Figura 1.13**

Porcentaje de población sin derechohabiencia. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 1.5

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

Asistencia actual a la escuela	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	95.7	93.8	97.0	96.3	94.2	97.7	96.0	94.7	97.0
No	4.1	2.9	5.9	3.7	2.3	5.8	3.9	2.9	5.2
No especificado	0.2	0.0	1.4				0.1	0.0	0.7

Frecuencia (N)

Frecuencia	113 508	101 296	125 720	111 848	99 902	123 794	225 356	204 876	245 836
------------	---------	---------	---------	---------	--------	---------	---------	---------	---------

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

En relación con la condición de actividad, 70.8% de los hombres mayores de 12 años declaró haber trabajado la semana previa a la encuesta y sólo 39.3% de las mujeres se encontraba en la misma situación. En cambio en las actividades del hogar se encontró que sólo el 0.7% de los hombres, contra 35.6% de las mujeres, participaban en dichas actividades (cuadro 1.6).

Los resultados de la encuesta muestran que 8.8% de la población de 12 a 14 años afirmó participar en actividad económica, mientras que la mayor participación se encontró en el rango de 35 a 39 años con 77.4% (cuadro 1.7).

Se puede observar que el 12.0% de los hogares contaba con un ingreso mensual de menos de un salario mínimo y el 11.0% de los habitantes estaba en esa misma situación (cuadro 1.8) y, en cuanto a la distribución por quintiles de ingreso total mensual en el hogar, el intervalo con la mayor concentración de ingreso fue el menor de 0 a 2500 pesos mensuales, con 22.8% de los hogares y 20.7% de los habitantes (cuadro 1.9).

En cuanto a la condición de derechohabiencia, se encontró que en Quintana Roo 32.9% de la población es derechohabiente del

■ Cuadro 1.6

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

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Trabajó	70.8	68.0	73.4	39.3	36.8	41.9	54.7	52.6	56.8
Apoyó en labores del campo	0.9	0.4	1.6	0.6	0.3	1.1	0.7	0.4	1.2
Tenía trabajo pero no trabajó	2.2	1.6	3.0	0.5	0.3	0.7	1.3	1.0	1.7
Buscó trabajo	1.0	0.6	1.6	0.2	0.1	0.5	0.6	0.4	0.9
Estudiante	17.8	15.8	20.1	17.0	15.2	19.0	17.4	15.6	19.3
Actividades del hogar	0.7	0.5	1.0	35.6	33.5	37.8	18.5	17.4	19.7
Jubilado o pensionado	1.3	0.8	2.0	0.8	0.5	1.4	1.0	0.7	1.5
Discapacitado	0.5	0.3	0.9	0.2	0.1	0.6	0.4	0.2	0.7
No trabaja	4.7	3.7	5.8	5.6	4.5	7.0	5.2	4.3	6.2
No especificado	0.3	0.1	0.6	0.1	0.0	0.4	0.2	0.1	0.4
Población de 12 o más años									
Frecuencia (N)	407 927	388 627	427 227	425 175	410 345	440 005	833 102	803 777	862 427
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.7

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

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
12 a 14 años	10.9	6.7	17.3	6.8	4.3	10.7	8.8	5.8	13.3
15 a 19 años	44.6	38.2	51.2	30.4	24.2	37.3	37.7	32.5	43.2
20 a 24 años	85.8	79.1	90.5	45.0	40.0	50.1	65.6	60.7	70.1
25 a 29 años	96.2	92.0	98.3	53.7	46.4	60.9	72.7	68.4	76.5
30 a 34 años	97.3	94.9	98.6	51.5	45.4	57.6	72.8	69.1	76.2
35 a 39 años	97.4	94.0	98.9	60.0	53.6	66.1	77.4	74.0	80.5
40 a 44 años	96.2	92.4	98.1	55.4	48.5	62.0	75.0	70.1	79.4
45 a 49 años	93.6	87.9	96.7	50.6	44.0	57.3	72.2	67.9	76.2
50 a 54 años	88.6	82.7	92.7	34.4	26.0	43.9	62.9	57.2	68.2
55 a 59 años	90.3	81.5	95.2	27.4	20.3	36.0	61.6	53.9	68.8
60 a 69 años	79.7	67.4	88.1	27.8	16.8	42.2	51.6	41.5	61.7
65 y más años	63.8	56.4	70.5	15.8	10.2	23.8	39.0	33.8	44.5
Tasas de participación en la actividad económica	74.8	72.1	77.3	40.6	38.0	43.2	57.3	55.2	59.5

Población de 12 años o más con participación en actividad económica
Frecuencia 305 150 172 529 477 679* Población económicamente activa entre población de 12 años o más
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

IMSS, 5.1% cuenta con Seguro Popular y 8.7% es afiliado del ISSSTE. En contraste, 50.8% no cuenta con protección en salud (cuadro 1.10). Al analizar la población que no es derechohabiente en ninguna institución (figura 1.13), Quintana Roo ocupa el lugar

■ Cuadro 1.8

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

Ingreso total mensual del hogar en salarios mínimos	Hogares				Habitantes			
	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Menos de 1 salario mínimo	30 245	12.0	10.0	14.3	124 154	11.0	8.9	13.5
1 a 1.9	32 428	12.8	10.9	15.1	129 328	11.4	9.5	13.8
2 a 2.9	44 628	17.7	15.6	20.0	192 378	17.0	14.9	19.4
3 a 4.9	52 784	20.9	18.5	23.5	239 995	21.2	18.6	24.1
5 a 9.9	62 962	24.9	22.1	27.9	299 037	26.5	23.4	29.8
10 o más	29 534	11.7	9.7	14.0	144 987	12.8	10.7	15.3
Quintana Roo	252 581	100			1 129 879	100		

* Se tomó el salario mínimo de acuerdo con la zona geográfica: 48.67, 47.16 y 45.81 pesos diarios para las zonas A, B y C, respectivamente, según lo publicado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 1.9

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

Ingreso total mensual del hogar en pesos	Intervalo de ingreso	Quintil	Hogares				Habitantes			
			Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
					Inferior	Superior			Inferior	Superior
I	0 a 2 500	57 469	22.8	20.1	25.7	233 711	20.7	17.7	24.0	
II	2 501 a 4 119	49 492	19.6	17.3	22.1	210 959	18.7	16.3	21.3	
III	4 120 a 6 270	45 557	18.0	16.0	20.3	205 782	18.2	16.0	20.7	
IV	6 271 a 10 700	54 332	21.5	19.3	23.9	257 859	22.8	20.2	25.7	
V	>10 701	45 731	18.1	16.0	20.5	221 568	19.6	17.2	22.3	
Quintana Roo		252 581	100			1 129 879	100			

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

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 1.10

Porcentaje de población, por sexo y condición de derechohabiente.* Quintana Roo, México

Derechohabiente	Hombres			Mujeres			Total		
	Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	33.0	29.3	36.9	32.9	29.2	36.9	32.9	29.3	36.8
Seguro Popular	4.8	3.7	6.3	5.3	4.0	6.9	5.1	3.9	6.5
ISSSTE‡	8.5	5.9	11.9	8.9	6.4	12.3	8.7	6.2	12.1
Otras instituciones de seguridad social§	1.1	0.5	2.5	1.4	0.7	2.7	1.2	0.6	2.5
Privadas	0.8	0.4	1.6	0.6	0.3	1.4	0.7	0.3	1.4
Otras#	1.5	0.9	2.6	1.6	1.0	2.7	1.6	1.0	2.6
Ninguna	51.3	47.9	54.8	50.3	46.7	54.0	50.8	47.4	54.2
No especificado	0.5	0.2	1.1	0.4	0.2	0.8	0.5	0.2	0.9
	100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabientes

‡ Incluye ISSSTE estatal

§ PEMEX, SEDENA, SEMAR

Otras instituciones sin especificar

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

13 debajo del promedio nacional (51.4%). Además, destaca que 55.7% de los niños menores de diez años declararon que no tenían derecho-habienencia al momento de la encuesta (cuadro 1.11).

La población abierta se compone de 23.9% niños menores de nueve años, 26.0% de adolescentes entre 10 y 19 años y 50.0% de adultos con 20 años o más. Por su parte, la población derecho-habiente se integra de 19.7% en el grupo de 0-9 años, 21.8% en el grupo de 10-19 años y 58.5% en el grupo de 20 años o más. Con relación a la composición por sexo, se encontró que 51.1% de la población derechohabiente está compuesto por mujeres, mientras que en la población abierta esta proporción es de 50.0 por ciento. Además, 71.0% de los derechohabientes y 52.0% de la población abierta vive en áreas metropolitanas. En relación con los ingresos mensuales del hogar se obtuvo que 15.9% de la población derechohabiente y el 25.4% de la población abierta vive en hogares con ingresos mensuales de hasta 2 500 pesos (cuadro 1.12).

Conclusiones

Los resultados del cuestionario de hogar de la ENSANUT 2006 dan un panorama general de las condiciones de los hogares y viviendas en Quintana Roo. Los resultados de la encuesta para Quintana Roo muestran mejores condiciones en cuanto a la vivienda respecto de lo encontrado en la ENSA 2000 y lo estimado para el promedio nacional. Así, en 2000 se estimó que 7.7% de las viviendas tenía

■ Cuadro 1.11

Porcentaje de población, por edad y condición de derechohabienencia.* Quintana Roo, México

Derechohabienencia	0 a 9 años			10 a 19 años			20 años o más			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	29.4	24.6	34.7	28.1	24.9	31.5	36.5	32.7	40.5	32.9	29.3	36.8
Seguro Popular	5.5	4.0	7.4	6.5	5.1	8.3	4.2	3.2	5.6	5.1	3.9	6.5
ISSSTE‡	6.5	4.0	10.2	7.2	4.8	10.8	10.2	7.5	13.9	8.7	6.2	12.1
Otras instituciones de seguridad social§	1.5	0.7	3.2	0.9	0.3	2.5	1.3	0.6	2.6	1.2	0.6	2.5
Privadas	0.5	0.2	1.2	0.7	0.3	1.8	0.8	0.4	1.7	0.7	0.3	1.4
Otras#	1.7	1.0	2.9	1.9	0.9	3.7	1.4	0.9	2.2	1.6	1.0	2.6
Ninguna	55.7	51.3	60.0	55.1	51.2	58.9	47.0	43.4	50.6	50.8	47.4	54.2
No especificado	0.3	0.1	0.9	0.8	0.3	2.0	0.4	0.2	0.7	0.5	0.2	0.9
Quintana Roo	100			100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabienencias

‡ Incluye ISSSTE estatal

§ PEMEX, SEDENA, SEMAR

Otras instituciones sin especificar

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.12

Distribución de la población derechohabiente* y no derechohabiente, según características demográficas. Quintana Roo, México

Factores poblacionales	Población derechohabiente				Población abierta				No especificada				
	Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%		Frecuencia		IC95%		
	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior	(N)	%	Inferior	Superior	
Edad en años													
0-9	108 986	19.7	17.9	21.6	137 870	23.9	22.4	25.5	680	13.3	6.5	25.3	
10-19	120 292	21.8	19.7	24.0	150 108	26.0	24.4	27.8	2 070	40.4	25.0	58.0	
20 o más	323 367	58.5	56.4	60.6	288 519	50.0	48.2	51.9	2 373	46.3	25.8	68.1	
Total	552 645	100.0			576 497	100.0			5 123	100.0			
Sexo													
Hombre	270 335	48.9	47.3	50.5	288 303	50.0	48.6	51.4	2 928	57.2	46.7	67.0	
Mujer	282 310	51.1	49.5	52.7	288 194	50.0	48.6	51.4	2 195	42.8	33.0	53.3	
Total	552 645	100.0			576 497	100.0			5 123	100.0			
Tipo de localidad													
Rural	37 994	6.9	4.3	10.8	147 817	25.6	21.8	29.9	468	9.1	1.9	33.7	
Urbana	122 056	22.1	19.0	25.6	129 136	22.4	18.8	26.4	270	5.3	1.2	19.8	
Área metropolitana	392 595	71.0	67.0	74.8	299 544	52.0	47.5	56.4	4 385	85.6	61.5	95.7	
Total	552 645	100.0			576 497	100.0			5 123	100.0			
Aptitud para leer y escribir (población de 6 a 14 años)													
Sí	103 402	90.0	87.1	92.4	117 293	87.6	84.8	89.9	667	74.7	18.5	97.5	
No	11 445	10.0	7.6	12.9	16 617	12.4	10.1	15.2					
No especificado									226	25.3	2.5	81.5	
Total	114 847	100.0			133 910	100.0			893	100.0			
Alfabeta (población de 15 años o más)													
Sí	353 128	93.3	91.3	94.8	324 552	89.5	87.7	91.0	3 267	92.0	76.5	97.6	
No	25 309	6.7	5.2	8.6	37 709	10.4	8.9	12.1	170	4.8	0.9	22.2	
No especificado	193	0.1	0.0	0.2	538	0.1	0.0	0.5	113	3.2	0.4	21.5	
Total	378 630	100.0			362 799	100.0			3 550	100.0			
Nivel de Instrucción (población de 12 o más años)													
Sin instrucción	25 633	6.1	4.9	7.7	36 216	8.8	7.3	10.6	170	4.1	0.8	17.5	
Primaria incompleta	65 501	15.7	14.1	17.4	84 277	20.5	18.5	22.7	1 272	30.6	14.2	53.9	
Primaria completa	60 619	14.5	12.8	16.3	66 465	16.2	14.6	17.9	374	9.0	2.9	24.5	
Secundaria técnica	142 749	34.1	31.5	36.8	140 576	34.2	32.1	36.4	964	23.2	10.9	42.6	
Preparatoria, normal o comercial	86 362	20.6	18.2	23.4	61 763	15.0	12.9	17.5	780	18.8	8.1	37.8	
Licenciatura, maestría o doctorado	36 304	8.7	6.3	11.9	17 965	4.4	3.3	5.7	204	4.9	0.6	31.9	
No especificado	1 172	0.3	0.1	0.7	3 340	0.8	0.5	1.2	396	9.5	2.2	33.0	
Total	418 340	100.0			410 602	100.0			4 160	100.0			
Condición de actividad (población de 12 o más años)													
Población económicamente activa	245 618	58.7	56.2	61.2	229 752	56.0	53.3	58.6	2 309	55.5	37.8	71.9	
Población económicamente inactiva	172 552	41.2	38.8	43.8	179 857	43.8	41.2	46.5	1 738	41.8	26.1	59.3	
No especificado	170	0.0	0.0	0.3	993	0.2	0.1	0.8	113	2.7	0.3	18.2	
Total	418 340	100.0			410 602	100.0			4 160	100.0			
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)													
Estudiante	71 346	41.3	36.8	46.0	72 830	40.5	37.3	43.7	870	50.1	22.9	77.2	
Actividades del hogar	70 166	40.7	36.8	44.6	83 306	46.3	42.6	50.0	791	45.5	20.8	72.6	
Jubilado o pensionado	8 615	5.0	3.4	7.2	103	0.1	0.0	0.4					
Discapacitado	2 017	1.2	0.6	2.3	1 125	0.6	0.3	1.3					
No trabaja	20 408	11.8	9.4	14.8	22 493	12.5	9.7	16.0	77	4.4	0.6	26.3	
Total	172 552	100.0			179 857	100.0			1 738	100.0			
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos‡													
Menos de 1 salario mínimo mensual	37 628	6.9	5.0	9.4	86 356	15.0	11.6	19.2	170	3.3	0.8	13.3	
I a 1.9	59 719	10.9	8.2	14.3	69 031	12.0	9.6	14.8	578	11.3	2.7	36.8	
2 a 2.9	77 066	14.0	11.7	16.7	114 395	19.9	16.9	23.3	917	17.9	5.0	47.6	
3 a 4.9	116 472	21.2	17.7	25.3	123 023	21.4	17.9	25.3	500	9.8	1.8	39.3	
5 a 9.9	163 402	29.8	26.0	33.9	133 731	23.2	19.5	27.4	1 904	37.2	9.7	76.6	
10 o más	94 482	17.2	13.8	21.3	49 451	8.6	6.5	11.3	1 054	20.6	4.2	60.7	
Total	548 769	100.0			575 987	100.0			5 123	100.0			
Distribución de la población por quintiles de ingreso mensual en pesos en el hogar§													
Quintil	Intervalos de ingreso en pesos												
I	0 a 2 500	87 005	15.9	12.5	19.8	146 128	25.4	21.0	30.3	578	11.3	3.8	28.9
II	2 501 a 4 119	86 558	15.8	13.0	19.0	123 314	21.4	18.2	25.0	1 087	21.2	6.4	51.6
III	4 120 a 6 270	98 953	18.0	14.8	21.8	106 329	18.5	15.5	21.9	500	9.8	1.8	39.3
IV	6 271 a 10 700	136 223	24.8	22.1	27.8	119 732	20.8	17.1	25.0	1 904	37.2	9.7	76.6
V	>10 701	140 030	25.5	22.0	29.3	80 484	14.0	11.1	17.5	1 054	20.6	4.2	60.7
Total		548 769	100.0			575 987	100.0			5 123	100.0		

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

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

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

piso de tierra, mientras que en 2006 la proporción fue de 7.1%, cifra menor a lo encontrado para el ámbito nacional con 8.6 por ciento. Sin embargo, no se debe olvidar que 18% de las viviendas en 2006 no cuentan con drenaje, cifra mayor a lo encontrado para el ámbito nacional con 10.2 por ciento. En lo demográfico, la entidad arrojó un índice de masculinidad de 98.1 hombres por cada 100 mujeres. Respecto a la condición de derechohabiente de los habitantes en Quintana Roo, en el 2000 se estimó que 56.9% no contaba con ella, mientras que para la ENSANUT 2006 esta cifra se redujo a 50.8%. Es importante poner atención en la educación, ya que los resultados encontrados muestran que, en Quintana Roo, 8.5% de la población con 15 años o más declaró que no sabía leer ni escribir un recado, cifra menor a lo encontrado en el ámbito nacional, de 8.7 por ciento. Además, 3.9% de la población en edad escolar, de 7 a 14 años, no asistía a la escuela al momento de realizar la encuesta, cifra menor al promedio nacional, de 5.2 por ciento.

■ Cuadro 1.13

Resumen de las características poblacionales. Quintana Roo, México

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Edad en años				
0-9	247 536	21.8	20.5	23.2
10-19	272 470	24.0	22.5	25.6
20 o más	614 259	54.2	52.5	55.8
Total	1 134 265	100.0		
Sexo				
Hombre	561 566	49.5	48.4	50.6
Mujer	572 699	50.5	49.4	51.6
Total	1 134 265	100.0		
Tipo de localidad				
Rural	186 279	16.4	15.3	17.7
Urbana	251 462	22.2	20.6	23.8
Área metropolitana	696 524	61.4	59.7	63.1
Total	1 134 265	100.0		
Aptitud para leer y escribir (población de 6 a 14 años)				
Sí	221 362	88.7	86.7	90.4
No	28 062	11.2	9.5	13.2
No especificado	226	0.1	0.0	0.7
Total	249 650	100.0		
Alfabeta (población de 15 años o más)				
Sí	680 947	91.4	90.3	92.4
No	63 188	8.5	7.5	9.6
No especificado	844	0.1	0.0	0.3
Total	744 979	100.0		
Nivel de Instrucción (población de 12 o más años)				
Sin instrucción	62 019	7.4	6.5	8.5
Primaria incompleta	151 050	18.1	16.7	19.6
Primaria completa	127 458	15.3	14.0	16.6
Secundaria técnica	284 289	34.1	32.4	35.9
Preparatoria, normal o comercial	148 905	17.9	15.8	20.1
Licenciatura, maestría o doctorado	54 473	6.5	4.9	8.6
No especificado	4 908	0.6	0.4	0.9
Total	833 102	100.0		

Continúa...

Continuación...

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%		
			Inferior	Superior	
Condición de actividad (población de 12 o más años)					
Población económicamente activa	477 679	57.3	55.2	59.4	
Población económicamente inactiva	354 147	42.5	40.5	44.6	
No especificado	1 276	0.2	0.1	0.4	
Total	833 102	100.0			
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)					
Estudiante	145 046	41.0	37.9	44.0	
Actividades del hogar	154 263	43.6	40.7	46.5	
Jubilado o pensionado	8 718	2.5	1.7	3.6	
Discapacitado	3 142	0.9	0.5	1.6	
No trabaja	42 978	12.1	10.1	14.5	
Total	354 147	100.0			
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos‡					
Menos de 1 salario					
mínimo mensual	124 154	11.0	8.9	13.5	
1 a 1.9	129 328	11.4	9.5	13.8	
2 a 2.9	192 378	17.0	14.9	19.4	
3 a 4.9	239 995	21.2	18.6	24.1	
5 a 9.9	299 037	26.5	23.4	29.8	
10 o más	144 987	12.8	10.7	15.3	
Total	1 129 879	100.0			
Distribución de la población por quintiles de ingreso mensual en pesos en el hogar§					
Quintil	Intervalos de ingreso en pesos				
I	0 a 2 500	233 711	20.7	17.7	24.0
II	2 501 a 4 119	210 959	18.7	16.3	21.3
III	4 120 a 6 270	205 782	18.2	16.0	20.7
IV	6 271 a 10 700	257 859	22.8	20.2	25.7
V	>10 701	221 568	19.6	17.2	22.3
Total		1 129 879	100.0		

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

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

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Aspectos relevantes

- El porcentaje de viviendas que tienen piso de tierra como material predominante en la vivienda es menor en Quintana Roo que el estimado para el promedio nacional.
- La proporción de viviendas que no cuentan con drenaje es mayor en Quintana Roo que el reportado en el ámbito nacional.
- En relación con la disponibilidad del agua, el porcentaje de viviendas con fuente de agua no entubada fue menor en Quintana Roo que lo reportado para todo el país.
- El 1.1% de la población estimada por la ENSANUT 2006 se encuentra en Quintana Roo.
- El índice de masculinidad para Quintana Roo se localizó en la tercera posición, con 98.1, cifra mayor al promedio nacional de 92.3 hombres por cada 100 mujeres.
- El porcentaje de población sin derechohabiencia en Quintana Roo es menor al encontrado para el ámbito nacional.
- El porcentaje de población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir un recado es menor en Quintana Roo que el promedio nacional.
- En relación con la no asistencia a la escuela en el momento de la encuesta en población de edades escolares entre 7 y 14 años, se encontró que la cifra en Quintana Roo es menor al promedio nacional y ocupa el máximo porcentaje estimado.

Referencias

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

En México, tradicionalmente la salud infantil ha sido una prioridad en la salud pública, por lo que se ha puesto especial atención en los programas de salud dirigidos a esa población y en las estrategias para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Actualmente, el Programa Arranque Parejo en la Vida¹ se centra en mejorar la salud perinatal de la población femenina de nuestro país y la salud de las niñas y niños desde su gestación hasta los 24 meses de edad. Adicionalmente, el Programa de Atención a la Salud de la Infancia² integra los programas de prevención y control de las enfermedades más frecuentes en menores de 10 años.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados

La ENSANUT 2006 contiene información de 24 005 niños menores de 10 años, mismos que al aplicar el factor de expansión representan 20 213 975 de niños, los cuales comprenden cerca de una cuarta parte del total de los residentes registrados en la encuesta. En Quintana Roo, se obtuvo información de 853 niños de este grupo de edad, que al expandir dan un total de 247 544 de niños, 49.6% hombres y 50.4% mujeres.

En relación con la atención del embarazo y del parto por personal calificado, la ENSANUT 2006 reporta que en Quintana Roo el 92.7% de las mujeres con un hijo menor de un año recibieron al menos una consulta de atención prenatal por parte de personal de salud. El promedio nacional de este indicador fue del 94.9% y el mínimo de 75.3% (figura 2.1). El principal proveedor de la atención prenatal en el estado fue la Secretaría de Salud (38.0%), seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (33.9%) y otras instituciones (13.0%); mientras tanto, el resto de las instituciones de salud brindaron atención prenatal a 15.1% de las mujeres que solicitaron ese servicio (cuadro 2.1). En relación con la atención del parto por parte de un médico, Quintana Roo reporta una cobertura de 86.7%, situación que lo ubica siete puntos porcentuales abajo del promedio nacional (93.4%) (figura 2.2).

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

En el país, 83.3% de los tutores de menores de cinco años mostraron la CNV; en Quintana Roo ese documento fue presentado por 84.8% de los tutores de los menores, 14.5% señaló tenerlo pero no lo mostró y 0.7% refirió no disponer de él. Los tutores de los niños de dos años de edad son quienes en mayor medida mostraron la CNV (90.9%). En contraste, los niños de un año fueron quienes en mayor proporción carecieron de dicho documento (1.5%). Por otra parte, la población de 1 y 4 años ostenta la frecuencia más alta de quienes mencionaron contar con la CNV pero no la mostraron (18.7 y 16.8%, respectivamente) (figura 2.3, cuadro 2.2).

■ Cuadro 2.1

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

Lugar de la atención	N*	%	IC95%‡
IMSS	8.3	33.9	21.6-48.9
SSA/Seguro Popular	9.3	38.0	25.3-52.5
ISSSTE/ISSSTE Estatal	0.6	2.4	0.5-10.8
Privado	2.7	10.9	5.6-20.0
Otros/Cruz Roja	3.2	13.0	5.6-27.6
No especificado	0.4	1.8	0.6-5.7
Total	24.4	100.0	

*N= Frecuencia en miles

‡IC 95%= Intervalo de confianza del 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

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

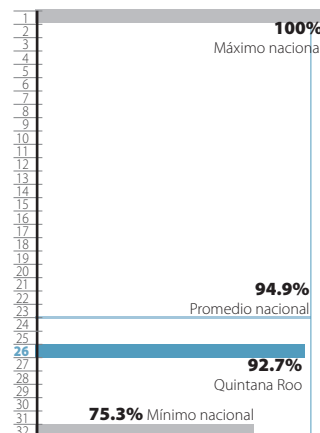


Figura 2.2
Atención de parto por un médico. Mujeres con niños menores de un año. México, ENSANUT 2006

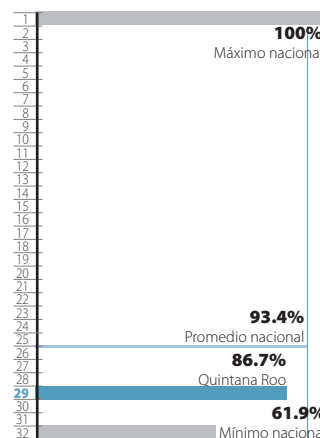
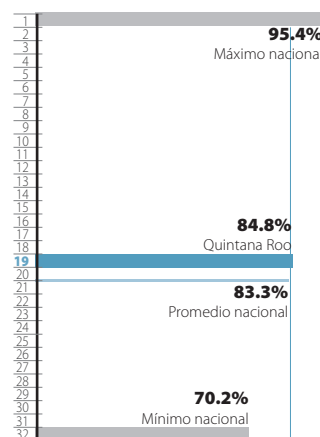


Figura 2.3
Menores de cinco años que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 2.2

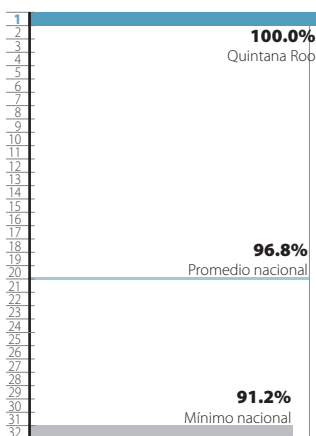
Distribución de la población de cero a cuatro años, según condición de posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación y edad. Quintana Roo, México

Edad	Mostró			Tiene pero no la mostró			No tiene			Total		
	N*	%	IC95%‡	N§	%	IC95%‡	N#	%	IC95%‡	N&	%	IC95%‡
< 1 año	20.5	84.0	73.8-90.7	3.6	14.9	8.5-24.9	0.3	1.1	0.3-4.5	24.4	21.4	17.0-26.6
1 año	18.7	79.9	68.2-88.0	4.4	18.7	10.5-31.1	0.3	1.5	0.2-9.7	23.4	20.6	16.0-26.1
2 años	18.3	90.9	80.1-96.1	1.8	9.1	3.9-19.9	0.0			20.2	17.7	13.7-22.6
3 años	18.9	88.2	77.4-94.2	2.5	11.8	5.8-22.6	0.0			21.4	18.8	15.4-22.8
4 años	20.1	82.4	64.8-92.3	4.1	16.8	7.1-34.8	0.2	0.8	0.6-1.1	24.4	21.4	17.1-26.4
Total	96.5	84.8	78.9-89.3	16.5	14.5	9.9-20.6	0.8	0.7	0.3-1.8	113.8	100.0	

*N=Frecuencia en miles de los tutores que mostraron la cartilla
 ‡ IC 95%= Intervalo de confianza del 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra
 §N=Frecuencia en miles de los tutores que tienen la cartilla pero no la mostraron
 #N=Frecuencia en miles de los tutores que no tienen la cartilla
 &N=Frecuencia en miles del total de niños por categoría de edad.
 Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Figura 2.4

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



En Quintana Roo, la cobertura tanto de la vacuna BCG como de la Sabin fue del 100% por ciento, mientras que la vacuna Pentavalente cubrió al 98.2% de la población de un año de edad. La aplicación de estas vacunas en el estado supera la encontrada nacionalmente (96.8, 96.1 y 92.9%, respectivamente) (figuras 2.4, 2.5 y 2.6).

Por su parte, la vacuna SRP fue la que presentó la menor cobertura en Quintana Roo (80.9%), manteniendo una distancia de 0.3 puntos porcentuales del promedio nacional y de 19.0 puntos porcentuales respecto del valor mínimo reportado (figura 2.7).

En Quintana Roo 75.8% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 22, abajo de la media nacional (figura 2.8).

Figura 2.5

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

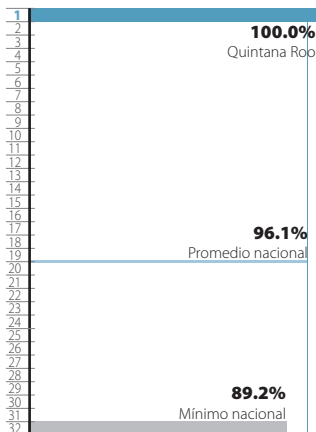


Figura 2.6

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

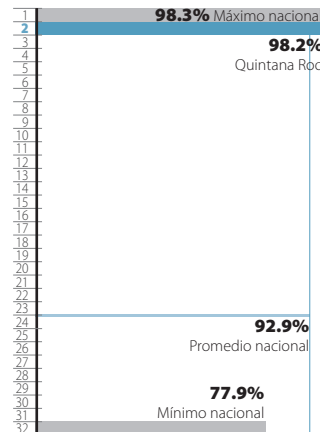
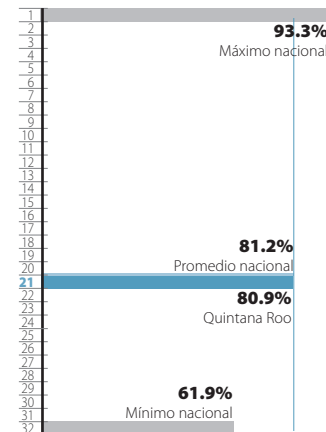


Figura 2.7

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



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

Al revisar el esquema completo de vacunación a los dos años de edad, se observa que el promedio en el país se incrementa a 84.7% y en Quintana Roo a 82.6%, ubicándose en el país en la posición número 22 (figura 2.9).

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

Por otra parte, en Quintana Roo la prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue ligeramente mayor a la reportada en el ámbito nacional (13.5 vs. 12.9%, respectivamente) (figura 2.10). En el estado, la prevalencia de diarrea fue inferior en hombres que en mujeres (12.3 vs. 14.6%). La distribución por edad señala que en los hombres la frecuencia más alta de este padecimiento fue al año (26.4%) y la más baja a los tres (3.5%). En las mujeres, al igual que en los hombres, también se observa una mayor prevalencia al año (25.6%) (0.0%) (cuadro 2.3).

La proporción de niños menores de 10 años en Quintana Roo que presentaron enfermedad respiratoria aguda fue de 39.0 %, lo que sitúa a la entidad 17.4 puntos porcentuales arriba del valor mínimo y sólo 3.7 puntos porcentuales por abajo del promedio nacional. Pese a los avances logrados en la atención de este problema de salud, aún persisten grandes diferencias entre las entidades del país. La distancia entre los estados con la mayor y menor prevalencia fue de 40.6 puntos porcentuales (figura 2.11).

■ Cuadro 2.3

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

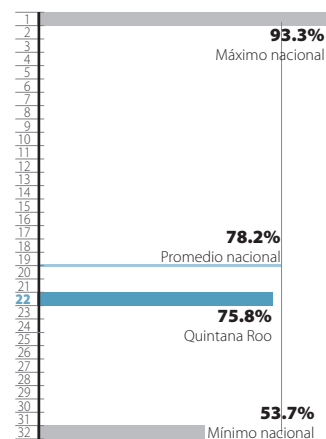
Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	1.3	10.6	3.7-26.6	1.7	14.2	4.0-39.6	3.0	12.4	5.1-27.1
1 año	3.4	26.4	11.6-49.3	2.7	25.6	10.7-49.7	6.1	26.0	15.0-41.2
2 años	0.9	10.2	4.7-20.6	2.8	24.7	14.9-38.0	3.7	18.4	12.3-26.5
3 años	0.4	3.5	0.8-13.7	0.0			0.4	1.8	0.4-7.3
4 años	1.0	8.7	3.3-21.4	1.1	8.6	2.7-23.9	2.1	8.7	4.3-16.8
Total	7.0	12.3	7.2-20.2	8.3	14.6	9.3-22.3	15.3	13.5	9.1-19.5

*N= Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento.

‡IC 95%= Intervalo de confianza del 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra

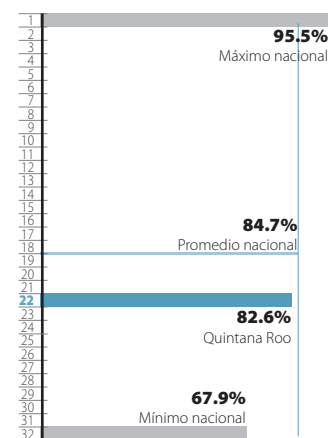
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

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



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

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



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

Figura 2.10

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

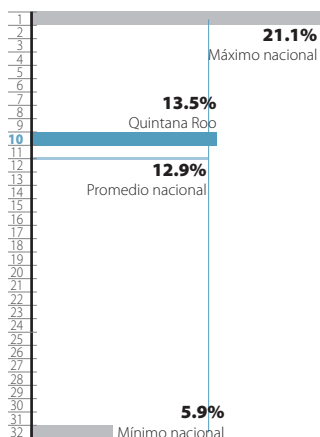


Figura 2.11

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

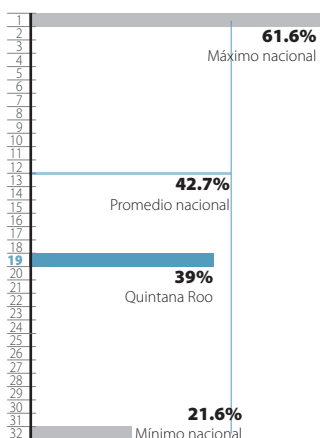
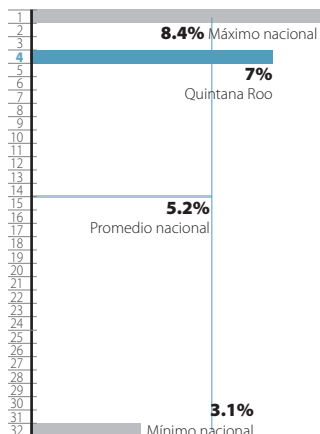


Figura 2.12

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



En Quintana Roo, la prevalencia de IRAS según sexo fue de 34.3% en hombres y de 43.7% en mujeres. La distribución por edad y sexo manifiesta diferencias importantes, las más evidentes se ubican en las edades de cuatro años (33.2% hombres vs. 65.5% mujeres), nueve años (23.5% hombres vs. 49.3% mujeres) y un año (43.0% hombres vs. 63.9% mujeres) (cuadro 2.4).

Cabe señalar que la prevalencia de IRAS y diarrea debe ser interpretada con cautela, por tratarse de enfermedades que presentan una tendencia estacional, que se repite año tras año. En este sentido, resulta conveniente mencionar que el acopio de la información en Quintana Roo tuvo lugar durante los meses de octubre de 2005 y enero de 2006. Regularmente, las máximas frecuencias de las IRAS se presentan en periodos de bajas temperaturas, usualmente durante los meses de noviembre a marzo, mientras que la incidencia de enfermedades diarreicas es mayor durante los meses calientes del año, es decir, en el periodo que va de mayo a agosto.

La prevalencia de daños a la salud a causa de un accidente durante el año previo a la encuesta en Quintana Roo fue superior al promedio nacional en los menores de 10 años (7.0 y 5.2%, respectivamente) (figura 2.12). La distribución por grupos de edad muestra que este evento se presentó en un 9.6% en la categoría de 2 a 4 años, mientras que en otras edades su frecuencia fue menor.

Por otra parte, en los hombres se observó una mayor probabilidad de experimentar daños a la salud por causa de un accidente (9.3% hombres, 4.8% mujeres) (cuadro 2.5).

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

■ Cuadro 2.4

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

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	3.9	31.3	19.2-46.7	3.4	28.3	15.4-46.1	7.3	29.8	19.8-42.2
1 año	5.5	43.0	28.3-59.0	6.8	63.9	46.9-78.0	12.3	52.5	39.5-65.1
2 años	2.9	32.8	20.4-48.3	5.1	44.9	29.4-61.5	8.0	39.7	29.7-50.6
3 años	5.7	51.2	33.9-68.2	4.4	42.5	24.5-62.8	10.1	47.0	35.8-58.6
4 años	3.9	33.2	20.4-49.1	8.3	65.5	50.1-78.1	12.2	50.1	38.8-61.4
5 años	4.5	33.6	20.4-50.0	6.6	52.2	36.6-67.4	11.2	42.6	30.5-55.6
6 años	4.8	40.2	22.2-61.3	4.0	34.9	21.3-51.6	8.7	37.6	26.3-50.5
7 años	3.2	35.4	20.1-54.4	3.9	25.0	14.5-39.6	7.1	28.8	18.8-41.4
8 años	4.1	25.7	16.0-38.7	5.5	36.9	24.5-51.2	9.6	31.1	24.0-39.2
9 años	3.7	23.5	12.2-40.5	6.5	49.3	33.6-65.0	10.2	35.2	24.1-48.1
Total	42.1	34.3	29.8-39.1	54.5	43.7	38.1-49.4	96.6	39.0	35.4-42.8

*N= Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento

‡IC 95%= Intervalo de confianza del 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Aspectos relevantes

- En Quintana Roo 75.8% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 22, abajo de la media nacional.
- La prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue ligeramente mayor a la reportada a nivel nacional (13.5 vs. 12.9%, respectivamente).
- La proporción de niños menores de 10 años en Quintana Roo que presentó enfermedad respiratoria aguda fue del 39.0 por ciento, lo que sitúa a la entidad a 17.4 puntos porcentuales del valor mínimo y sólo 3.7 puntos porcentuales abajo del promedio nacional.
- En Quintana Roo la prevalencia de accidentes en población menor de 10 años fue superior al promedio nacional (7.0 vs. 5.2%, respectivamente).

■ Cuadro 2.5

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

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%†	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	1.9	7.4	2.6-19.8	0.8	3.4	0.6-16.4	2.7	5.5	2.2-13.3
2 - 4 años	4.3	13.7	8.7-20.9	2.0	5.9	2.4-14.1	6.4	9.6	6.2-14.7
5 - 9 años	5.2	7.8	4.7-12.7	3.2	4.7	2.3-9.1	8.3	6.2	4.1-9.5
Total	11.4	9.3	6.7-12.7	6.0	4.8	2.9-7.9	17.3	7.0	5.3-9.2

*N= Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento

‡IC 95%= Intervalo de confianza del 95% calculado tomando en cuenta el diseño de muestra.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

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

Referencias

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

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

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

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

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

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

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

Figura 3.1

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

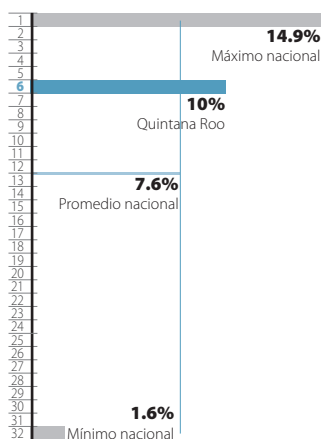
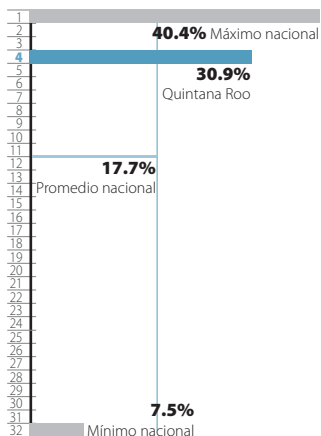


Figura 3.2

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



Resultados

En Quintana Roo se entrevistó a 874 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales representan 272 473 adolescentes. De éstos, 49.9% son hombres y 50.1% mujeres.

El porcentaje de adolescentes entre 10 y 19 años que han fumado 100 cigarrillos o más en su vida es de 10.0% en Quintana Roo (figura 3.1), es decir, mayor que el promedio nacional de 7.6 por ciento. Un 63.7% reportó nunca haber fumado. También se advierte que la proporción de jóvenes que han fumado 100 cigarrillos o más es mayor en hombres (13.4%), que en mujeres (6.5%), lo que constituye una relación mujer-hombre de 1:2.1 (cuadro 3.1). Con respecto a la edad (cuadro 3.2), 19.3% de los adolescentes de 15 a 19 años y 1.7% de los adolescentes de 10 a 14 años declararon haber fumado cinco cajetillas o más durante su vida.

En relación con el consumo de alcohol en la población de adolescentes de 10 a 19 años, la encuesta permite estimar que 30.9% ha ingerido bebidas que contienen alcohol (figura 3.2). La prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes de Quintana Roo es mayor a la reportada en el país (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos alguna vez en la vida según sexo

■ Cuadro 3.1

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de 100 cigarrillos o más en su vida y sexo. Quintana Roo, México

Sexo	Consumo de 100 cigarrillos o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	13.4	10.2	17.5	28.1	21.0	36.6	58.4	49.4	66.9	100
Mujer	6.5	4.2	10.0	24.5	18.6	31.6	69.0	61.7	75.4	100
Total	10.0	7.7	12.8	26.3	20.5	33.2	63.7	56.7	70.2	100
Frecuencia (N)	27 116			71 766			173 591			272 473

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.2

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según consumo de 100 cigarrillos o más en su vida y grupos de edad. Quintana Roo, México

Grupo de edad	Consumo de 100 cigarrillos o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
10-14 años	1.7	0.8	4.0	24.8	18.7	32.0	73.5	66.0	79.8	100
15 a 19 años	19.3	15.0	24.3	28.1	20.9	36.7	52.6	44.3	60.9	100
Total	10.0	7.7	12.8	26.3	20.5	33.2	63.7	56.7	70.2	100
Frecuencia (N)	27 116			71 766			173 591			272 473

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

de los adolescentes, se identifica que en el caso de los hombres, este es mayor (33.1%) que el reportado por las mujeres (28.7%) (cuadro 3.3). Se encontró que 44.1% de los adolescentes de 15 a 19 años y 19.2% de los adolescentes de 10 a 14 años dijo haber ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida (cuadro 3.4).

Dentro de los aspectos de salud reproductiva estudiados entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad, los datos para Quintana Roo

■ Cuadro 3.3

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

Sexo	Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida						Total %
	%	Nunca ha tomado		%	Sí		
		IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	66.9	59.9	73.2	33.1	26.8	40.1	100
Mujer	71.3	65.3	76.7	28.7	23.3	34.7	100
Total	69.1	63.7	74.1	30.9	25.9	36.3	100
Frecuencia (N)	188 326			84 147			272 473

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.4

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

Grupos de edad	Consumo de bebidas alcohólicas						Total %
	%	Nunca ha tomado		%	Sí		
		IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
10-14 años	80.8	74.1	86.1	19.2	13.9	25.9	100
15 a 19 años	55.9	49.4	62.1	44.1	37.9	50.6	100
Total	69.1	63.7	74.1	30.9	25.9	36.3	100
Frecuencia (N)	188 326			84 147			272 473

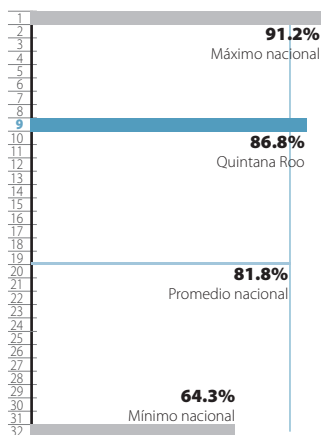
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

señalan que 86.8% de ellos conoce o ha oído hablar de algún método para evitar el embarazo o para no tener hijos (figura 3.3), situación que ubica a los adolescentes de Quintana Roo con un mayor conocimiento respecto de lo reportado en el país (81.8%). El porcentaje de adolescentes que conoce métodos anticonceptivos es similar entre mujeres (87.9%) y hombres (85.6%) (cuadro 3.5). Al analizar la información por grupo de edad se encontró que en adolescentes de 12 a 14 años, sólo 75.9% conoce algún método; en el grupo de 15 a 19 años, 93.9% ha oído hablar de ellos (cuadro 3.6). Los adolescentes que no cuentan con esta información tienen mayor riesgo de un embarazo precoz y de contraer una ITS, riesgos considerados como dos de los problemas prioritarios de la salud reproductiva en adolescentes.

A los adolescentes que contestaron saber la forma de evitar un embarazo, se les cuestionó acerca de cuáles métodos habían oído hablar. Los métodos anticonceptivos mayormente mencionados fueron el preservativo (81.1%) y los hormonales orales (pastillas y píldoras) (71.0%). En relación con todos los demás métodos, los adolescentes del estado de Quintana Roo han escuchado hablar de ellos tan sólo un 23% o menos, por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) lo mencionan en un 22.9%. Se reporta un conocimiento de la anticoncepción de emergencia en un 5.6% y en último lugar nombran el

Figura 3.3

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



■ Cuadro 3.5

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

Sexo	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									Total %
	%	Sí		%	No		%	No responde		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	85.6	79.6	90.1	13.7	9.5	19.4	0.6	0.1	2.9	100
Mujer	87.9	84.3	90.7	12.1	9.3	15.7	0.0	0.0	0.0	100
Total	86.8	83.5	89.5	12.9	10.3	16.1	0.3	0.1	1.4	100
Frecuencia (N)	182623			27151			637			210411

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.6

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

Grupo de edad	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									Total %
	%	Sí		%	No		%	No responde		
		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior	
12-14 años	75.9	69.8	81.0	23.4	18.6	29.0	0.8	0.2	3.6	100
15 a 19 años	93.9	91.1	95.8	6.1	4.2	8.9	0.0	0.0	0.0	100
Total	86.8	83.5	89.5	12.9	10.3	16.1	0.3	0.1	1.4	100
Frecuencia (N)	182 623	27 151			637			210 411		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.7

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

Método/sexo	Conocimiento del método							Total %
	%	No		%	Sí			
		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior		
Pastillas o píldoras								
Hombre	36.8	31.6	42.3	63.2	57.7	68.4	100	
Mujer	21.8	16.4	28.3	78.2	71.7	83.6	100	
Total	29.0	25.3	32.9	71.0	67.1	74.7	100	
Frecuencia (N)	52 895	129 728			182 623			
DIU								
Hombre	83.3	77.1	88.1	16.7	11.9	22.9	100	
Mujer	71.4	65.9	76.2	28.6	23.8	34.1	100	
Total	77.1	73.2	80.6	22.9	19.4	26.8	100	
Frecuencia (N)	140 804	41 819			182 623			
Inyecciones								
Hombre	84.6	78.7	89.1	15.4	10.9	21.3	100	
Mujer	71.3	65.5	76.5	28.7	23.5	34.5	100	
Total	77.7	74.0	81.0	22.3	19.0	26.0	100	
Frecuencia (N)	141 839	40 784			182 623			
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma								
Hombre	95.3	91.2	97.6	4.7	2.4	8.8	100	
Mujer	92.5	87.9	95.4	7.5	4.6	12.1	100	
Total	93.8	91.3	95.7	6.2	4.3	8.7	100	
Frecuencia (N)	171 389	11 234			182 623			
Preservativo o condón								
Hombre	8.9	5.4	14.3	91.1	85.7	94.6	100	
Mujer	28.2	22.3	34.9	71.8	65.1	77.7	100	
Total	18.9	15.3	23.1	81.1	76.9	84.7	100	
Frecuencia (N)	34 539	148 084			182 623			
Operación femenina u OTB								
Hombre	97.6	93.3	99.2	2.4	0.8	6.7	100	
Mujer	96.2	92.8	98.0	3.8	2.0	7.2	100	
Total	96.9	94.6	98.2	3.1	1.8	5.4	100	
Frecuencia (N)	176 903	5 720			182 623			
Operación masculina o vasectomía								
Hombre	97.2	93.4	98.8	2.8	1.2	6.6	100	
Mujer	99.2	97.2	99.8	0.8	0.2	2.8	100	
Total	98.2	96.5	99.1	1.8	0.9	3.5	100	
Frecuencia (N)	179 344	3 279			182 623			
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings								
Hombre	97.9	94.0	99.3	2.1	0.7	6.0	100	
Mujer	99.3	98.1	99.7	0.7	0.3	1.9	100	
Total	98.6	96.9	99.4	1.4	0.6	3.1	100	
Frecuencia (N)	180 085	2 538			182 623			
Retiro o coito interrumpido								
Hombre	98.1	94.8	99.3	1.9	0.7	5.2	100	
Mujer	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100	
Total	99.1	97.5	99.7	0.9	0.3	2.5	100	
Frecuencia (N)	180 965	1 658			182 623			
Pastilla de emergencia								
Hombre	93.8	89.9	96.3	6.2	3.7	10.1	100	
Mujer	94.9	90.8	97.2	5.1	2.8	9.2	100	
Total	94.4	91.5	96.3	5.6	3.7	8.5	100	
Frecuencia (N)	172 349	10 274			182 623			
Otro								
Hombre	99.0	97.0	99.7	1.0	0.3	3.0	100	
Mujer	96.9	93.7	98.5	3.1	1.5	6.3	100	
Total	97.9	96.4	98.8	2.1	1.2	3.6	100	
Frecuencia (N)	178 829	3 794			182 623			

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.8

Edad promedio a la primera menstruación. Mujeres de 10 a 19 años*
Quintana Roo, México

Edad promedio (años)	IC95%	
	Inferior	Superior
Edad promedio	11.9	12.0

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

coito interrumpido (0.9%) (cuadro 3.7). Como se puede observar en este mismo cuadro, de los dos métodos más mencionados, una mayor proporción de hombres que de mujeres señaló haber oído hablar del preservativo (91.1% y 71.8% respectivamente) y por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabía de las pastillas (78.2% y 63.2% respectivamente).

Por otro lado, un hecho significativo que determina la iniciación de las mujeres a su vida reproductiva es la edad a la menarca. La edad promedio de inicio de menstruación fue de 11.9 años (cuadro 3.8).

En cuanto a las relaciones sexuales, los resultados de ENSANUT 2006 indican que en el ámbito nacional, el 4.1% de los adolescentes en el grupo de 15 a 19 años inició su vida sexual antes de cumplir los 15 años, mientras que en Quintana Roo la proporción es mayor (6.5%), siendo 10.5% de los hombres y 2.8% de las mujeres (cuadro 3.9). Se encontró que 56.7% de los adolescentes que al momento de la encuesta tenían 19 años cumplidos iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 19 años de edad (cuadro 3.10).

■ Cuadro 3.9

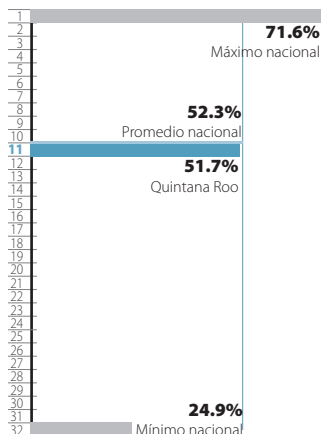
Distribución porcentual de los adolescentes de 15 a 19 años de edad, según inicio de vida sexual antes de los 15 años. Quintana Roo, México

Sexo	Inicio de vida sexual						Total %
	%	No		%	Sí*		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	89.5	81.1	94.4	10.5	5.6	18.9	100
Mujer	97.2	94.1	98.7	2.8	1.3	5.9	100
Total	93.5	89.1	96.2	6.5	3.8	10.9	100
Frecuencia (N)	119 360			8 332			127 692

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

■ Figura 3.4

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



■ Cuadro 3.10

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

Inicio de vida sexual	Frecuencia	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí*	13 448	56.7	44.4	68.2
No	10 273	43.3	31.8	55.6
Total	23 721	100	100	100

*Incluye a los adolescentes que declararon haber tenido su primera relación sexual entre los 12 y los 18 años.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Con respecto al uso de condón en su primera relación sexual, 51.7% respondió haberlo utilizado, porcentaje muy similar al encontrado para el promedio nacional (52.3%) (figura 3.4). Destaca que 59.9% de los hombres y 42.6% de las mujeres señalaron la utilización del preservativo en su primera relación sexual (cuadro 3.11).

En la región Sur-Sureste, donde se encuentra Quintana Roo, se obtuvo que de las adolescentes de 12 años o más que declararon inicio de vida sexual, el 66.6% ha estado embarazada (cuadro 3.12). Al preguntar a los adolescentes que han iniciado su vida sexual acerca del uso de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta, solamente el 30.3% declaró utilizar algún método para no tener

■ Cuadro 3.11

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

Sexo	Utilizó preservativo o condón						Total %
	%	No		%	Sí		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	40.1	26.8	55.0	59.9	45.0	73.2	100
Mujer	57.4	41.1	72.3	42.6	27.7	58.9	100
Total	48.3	37.2	59.6	51.7	40.4	62.8	100
Frecuencia (N)	20 426			21 859			42 285

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.12

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

Ha estado embarazada	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí	153 564	66.6	59.0	73.5
No	76 846	33.4	26.5	41.0
Total	230 410	100	100	100

* Incluye los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.13

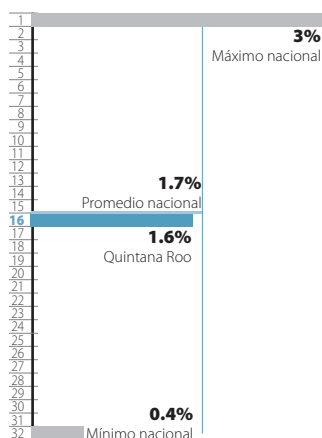
Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual, según utilización de algún método para no tener hijos y sexo. Quintana Roo, México

Sexo	Actualmente ¿tú o tu pareja están haciendo algo para no tener hijos?												Total %
	%	Sí		No		Está embarazada			No tiene pareja				
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	%	Inferior	Superior		
Hombre	30.5	18.3	46.2	33.9	23.7	45.9	5.5	0.7	31.5	30.1	19.0	44.2	100
Mujer	30.2	18.2	45.6	45.6	33.4	58.3	14.8	8.0	25.7	9.5	4.3	19.7	100
Total	30.3	22.2	39.9	39.4	30.2	49.5	9.9	4.8	19.1	20.4	14.2	28.4	100
Frecuencia (N)	12 823			16 681			4 170			8 611			42 285

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.5

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



hijos, 20.4% refirió no tener pareja al momento de la entrevista, el 9.9% se encontraba embarazada y 39.4% respondió que no utilizaba ningún método (cuadro 3.13).

En relación con el conocimiento que los adolescentes tienen sobre las formas de prevención de las ITS se destaca que en Quintana Roo 1.6% de los adolescentes tiene un conocimiento inadecuado de las ITS, cifra similar a la encontrada nacionalmente de 1.7% (figura 3.5). Además, se observó menor porcentaje de mujeres con conocimiento inadecuado sobre la prevención de las ITS en relación con los hombres (1.3 vs. 1.9%) (cuadro 3.14).

El método de prevención con el mayor porcentaje de conocimiento acertado para prevenir ITS fue el preservativo (87.0%), seguido de no tener relaciones sexuales (4.9%). Analizado por sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas, pero se muestra una proporción ligeramente mayor de hombres en comparación con mujeres que mencionaron el preservativo como medida de prevención (89.0 y 85.1% respectivamente); en cambio, las mujeres mencionaron más no tener relaciones sexuales como medida de prevención (6.5 y 3.3%, respectivamente) (cuadro 3.14). Los adolescentes de 15 a 19 años señalan principalmente al condón y no tener relaciones sexuales (93.9 y 2.3%, respectivamente), proporciones un poco mayores a los adolescentes de 12 a 14 años de edad (76.4% y 9.0% respectivamente) (cuadro 3.15).

■ Cuadro 3.14

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

Sexo	Conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual																		Total	
	Condón		Conocimiento inadecuado*				Relaciones sólo con tu pareja				No tener relaciones sexuales				Otro		No responde			
	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior		
Hombre	89.0	83.6	92.7	1.9	0.6	5.7	2.0	0.7	5.3	3.3	1.8	6.0	0.4	0.1	3.0	3.4	1.7	6.7	100	
Mujer	85.1	80.4	88.9	1.3	0.5	3.2	2.7	1.3	5.3	6.5	3.9	10.5	0.9	0.3	2.9	3.5	2.0	6.1	100	
Total	87.0	82.9	90.2	1.6	0.8	3.2	2.3	1.3	4.1	4.9	3.3	7.3	0.7	0.2	2.3	3.5	2.1	5.6	100	
Frecuencia (N)	183 039		3 351				4 905				10 412				1 401		7 303		210 411	

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

■ Cuadro 3.15

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

Grupos de edad	Conocimiento de algún método para prevenir infecciones de transmisión sexual																		Total	
	Condón		Conocimiento inadecuado*				Relaciones sólo con tu pareja				No tener relaciones sexuales				Otro		No responde			
	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior	%	IC95% Inferior	IC95% Superior		
12-14 años	76.4	68.6	82.7	2.1	0.8	5.3	3.6	1.7	7.4	9.0	5.8	13.6	1.7	0.5	5.6	7.2	4.2	12.2	100	
15 a 19 años	93.9	90.6	96.1	1.2	0.4	3.6	1.5	0.7	3.2	2.3	1.1	4.7	0.0	0.0	0.0	1.0	0.4	2.6	100	
Total	87.0	82.9	90.2	1.6	0.8	3.2	2.3	1.3	4.1	4.9	3.3	7.3	0.7	0.2	2.3	3.5	2.1	5.6	100	
Frecuencia (N)	183 039		3 351				4 905				10 412				1 401		7 303		210 411	

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Los resultados de la ENSANUT 2006 permiten explorar actividades que realizan los adolescentes durante la semana. Una de las preguntas que se realizaron fue el número de horas que ven televisión de lunes a viernes sin incluir videojuegos o películas. Destaca que 44.4% de los adolescentes de 10 a 19 años que viven en Quintana Roo ven de 1 a 2 horas de televisión de lunes a viernes y 3.6% declaró que ve más de nueve horas (cuadro 3.16).

Otro aspecto importante y poco estudiado en la población adolescente mexicana, son las acciones de riesgo en relación con las conductas alimentarias. En Quintana Roo destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 24.8% de los adolescentes refieren que ha tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 0.3%. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.3% de los adolescentes. Además, el 5.3% de los adolescentes

■ Cuadro 3.16

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

Horas de ver televisión	%	Frecuencia (N)	IC95%	
			Inferior	Superior
Nada		23386	8.6	6.4 11.4
Menos de una hora		17558	6.4	4.9 8.5
1-2 horas		120952	44.4	41.0 47.8
3-4 horas		65380	24.0	20.6 27.8
5-6 horas		27163	10.0	7.7 12.9
7-8 horas		8196	3.0	1.8 5.0
9 o más horas		9838	3.6	2.2 5.8
Total		272 473	100	100 100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.17

Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años, según conductas alimentarias. Quintana Roo, México

Trastorno	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Ha perdido el control				
No	204 825	75.2	71.4	78.6
Sí	67 648	24.8	21.4	28.6
Vómito autoinducido				
No	271 631	99.7	98.4	99.9
Sí	842	0.3	0.1	1.6
Medidas compensatorias*				
No	271 533	99.7	99.0	99.9
Sí	940	0.3	0.1	1.0
Prácticas de tipo restrictivo‡				
No	258 086	94.7	93.0	96.0
Sí	14 387	5.3	4.0	7.0
Total	272 473	100	100	100

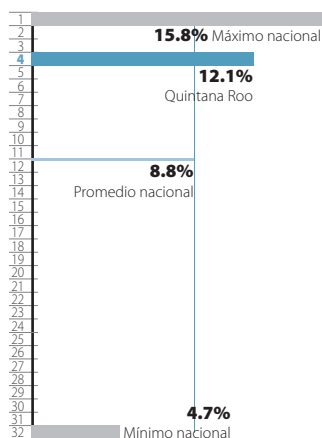
* Incluye uso de pastilla, diurético y laxantes para bajar de peso.

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

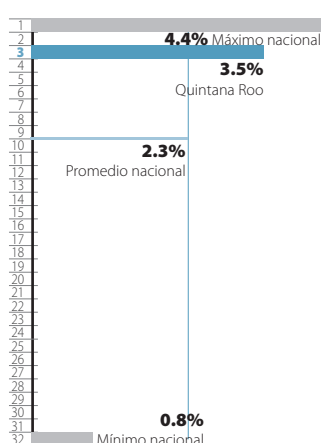
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.6

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

**Figura 3.7**

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



contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la encuesta, han hecho ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso (cuadro 3.17).

Respecto a los daños a la salud ocasionados por un accidente ocurrido en los 12 meses previos a la encuesta, se encontró que en Quintana Roo la proporción de adolescentes con daños a la salud por accidentes fue de 12.1%, mientras que el promedio nacional es de 8.8% (figura 3.6). En relación con el tipo de accidente, destacan las caídas con 52.2%, seguido de los accidentes con transportes terrestres (17.8%) (cuadro 3.18). Los tres principales lugares donde ocurren el mayor número de accidentes en esta población son: en la vía pública (37.9%), el hogar (23.3%) y la escuela (19.0%) (cuadro 3.19).

■ Cuadro 3.18

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

Tipo de accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Caída*	17 198	52.2	41.6	62.5
Fuerzas mecánicas animadas	2 776	8.4	2.6	23.9
Fuerzas mecánicas inanimadas	5 845	17.7	10.4	28.5
Otro tipo‡	1 298	3.9	1.2	11.9
Transporte terrestre§	5 859	17.8	11.4	26.6
Total	32 976	100	100	100

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

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

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.19

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

Lugar del accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escuela	6 260	19.0	11.5	29.8
Hogar	7 697	23.3	14.5	35.4
Lugar de recreo o deportivo	2 888	8.8	4.1	17.6
Otro*	1 571	4.8	1.8	11.9
Trabajo	2 054	6.2	2.7	13.6
Vía pública	12 506	37.9	26.8	50.4
Total	32 976	100	100	100

* Incluye campo, establecimiento comercial y otro

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Sobre los daños a la salud debidos a robo, agresión o violencia ocurridos en el año previo a la encuesta, destaca que 3.5% sufrió algún daño a la salud, cifra mayor a la reportada en el país con 2.3% (figura 3.7). Los principales tipos de agresión reportados fueron golpes, patadas y puñetazos con el 68.5%; le siguen las agresiones con objetos cortantes con 14.6% y otro se reportó en 11.5% (cuadro 3.20). El 57.9% de las agresiones ocurrieron en la vía pública, el 25.8% en el hogar, el 5.3% en el trabajo, las menores frecuencias se reportaron en el campo con 1.8% y la escuela con 1.0% (cuadro 3.21).

Acerca del intento de suicidio, la prevalencia entre los adolescentes de Quintana Roo es de 1.7%, la cual es mayor a la reportada en el ámbito nacional (1.1%) (figura 3.8).

Conclusiones

Los resultados de la ENSANUT 2006 ofrecen un panorama general de las conductas de riesgo que afectan a la población de adolescentes en Quintana Roo, lo que permite la adecuación de políticas públicas

■ Cuadro 3.20

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

Tipo de agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Golpes, patadas, puñetazos	6 542	68.5	45.9	84.9
Objetos cortantes	1 390	14.6	5.2	34.5
Otras agresiones o maltrato	510	5.3	1.4	18.3
Otro	1 102	11.5	1.5	52.4
Total	9 544	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

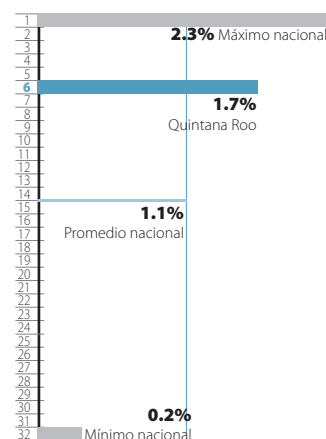
■ Cuadro 3.21

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

Lugar de la agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Campo	170	1.8	0.2	13.9
Escuela	100	1.0	0.7	1.6
Establecimiento Comercial	506	5.3	0.9	25.5
Hogar	2 462	25.8	5.8	66.2
Otro	273	2.9	0.7	10.9
Trabajo	510	5.3	0.5	37.3
Vía Pública	5 523	57.9	27.8	83.0
Total	9 544	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

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



Aspectos relevantes

- En el país, el porcentaje de adolescentes que consume alcohol ha aumentado en años recientes y en Quintana Roo se observa un consumo mayor al promedio nacional.
- En relación con el promedio nacional, los adolescentes de Quintana Roo tienen un menor conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Aproximadamente 50% de los adolescentes de Quintana Roo no utilizó condón en su primera relación sexual.
- El 66.6% de las adolescentes de 12 a 19 años con vida sexual activa de la región Sur-Sureste, reporta haber estado alguna vez embarazada.
- Los adolescentes del estado de Quintana Roo tienen un similar porcentaje de conocimiento inadecuado sobre métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual en relación con el promedio nacional.
- El porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años de edad que ha sufrido algún daño a la salud por causa de un accidente es mayor en Quintana Roo que lo encontrado en el ámbito nacional.

para la atención de dicho grupo poblacional. Debido a la relevancia de los problemas analizados, se propone continuar no sólo con la caracterización de conductas de riesgo y salud reproductiva en ese grupo, sino en el diseño de programas de intervención educativos y de difusión a mediano plazo.

Referencias

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

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

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

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

cáncer de mama). En el país, dichas tendencias han sido ampliamente documentadas desde la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993 (ENEC 1993)³ y corroboradas en los hallazgos de la ENSANUT 2006. Por ejemplo, la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en adultos mayores de 20 años en México se ha incrementado de 4.6% en 1993,¹ 5.8% en 2000 a 7% en 2006, y la de hipertensión arterial, de 10.1% en 1993, 12.5% en 2000 y 15.4% en 2006. El diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia en la población adulta mexicana fue de 6.4% en 2000 y de 8.6% en 2006. El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y en la calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general.

Como seguimiento al reporte preliminar del análisis nacional publicado recientemente,¹ en este nuevo reporte se presentan los resultados de los análisis más relevantes de la información obtenida de la muestra representativa de adultos mayores de 20 años de Quintana Roo. La descripción general de la metodología de la encuesta estatal, incluyendo el proceso de la selección de la muestra y la aplicación de los instrumentos y determinación de marcadores biológicos, fue descrita en el capítulo correspondiente. Para los indicadores de mayor relevancia se comparan los hallazgos estatales con lo reportado nacionalmente¹ y en la medida de lo posible con los hallazgos estatales reportados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000).²

Resultados

En Quintana Roo se visitaron 1 524 hogares y se entrevistó a un total de 1 427 adultos de 20 años o más residentes en el estado. Después de aplicar los factores de expansión, esta muestra representa a 614 266 adultos residentes de Quintana Roo, 48% hombres y 52% mujeres.

Programas preventivos

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

El 43.4% de las mujeres de 20 años o más residentes de Quintana Roo acudieron a un servicio médico a realizarse una prueba de

■ Cuadro 4.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Quintana Roo, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Detección de cáncer cervicouterino				
20-39 años	78.7	39.8	34.7	45.2
40-59 años	48.3	51.4	44.7	58.0
60 años o más	10.8	41.6	27.2	57.6
Total	137.8	43.4	39.3	47.6
Detección de cáncer de mama				
20-39 años	31.6	16.0	12.4	20.5
40-59 años	19.2	20.1	14.5	27.1
60 años o más	3.4	13.1	5.7	27.1
Total	54.2	17.0	13.9	20.7
Detección de diabetes mellitus				
Hombres				
20-39 años	20.3	12.4	9.0	16.9
40-59 años	18.4	19.3	12.4	28.8
60 años o más	7.3	41.1	23.0	61.9
Total	46.1	16.7	12.8	21.4
Mujeres				
20-39 años	36.2	18.6	15.1	22.7
40-59 años	23.5	27.5	19.7	37.0
60 años o más	7.0	42.4	27.4	59.0
Total	66.8	22.5	18.7	26.8
Total				
20-39 años	56.6	15.8	13.5	18.4
40-59 años	41.9	23.2	17.5	30.1
60 años o más	14.3	41.7	28.9	55.8
Total	112.8	19.7	16.8	22.9
Detección de hipertensión arterial				
Hombres				
20-39 años	21.5	13.8	10.3	18.1
40-59 años	14.1	17.2	12.7	22.8
60 años o más	3.8	27.3	12.0	50.8
Total	39.4	15.6	12.7	19.1
Mujeres				
20-39 años	33.3	19.7	15.4	24.9
40-59 años	14.2	20.9	14.0	30.0
60 años o más	4.1	30.9	18.4	47.1
Total	51.6	20.6	16.8	25.1
Total				
20-39 años	54.9	16.9	14.1	20.0
40-59 años	28.3	18.8	14.8	23.7
60 años o más	7.9	29.1	19.1	41.5
Total	91.1	18.1	15.8	20.7

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.1

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

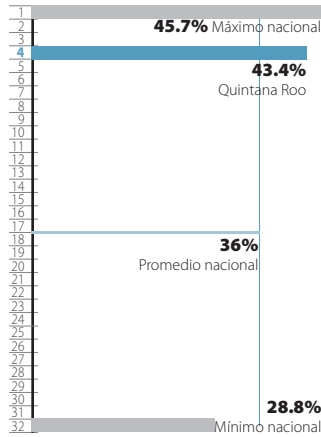


Figura 4.2

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

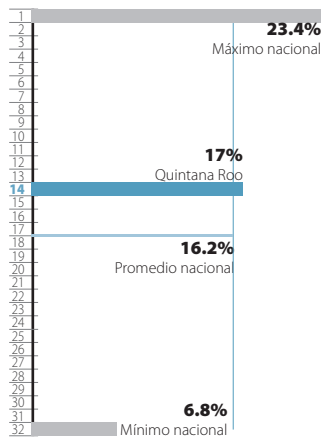


Figura 4.3

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

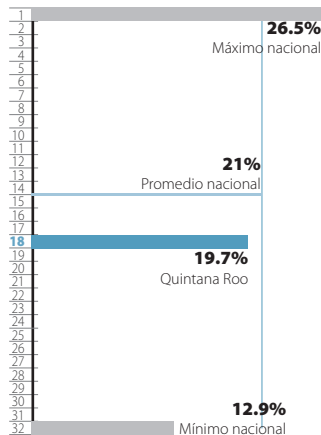
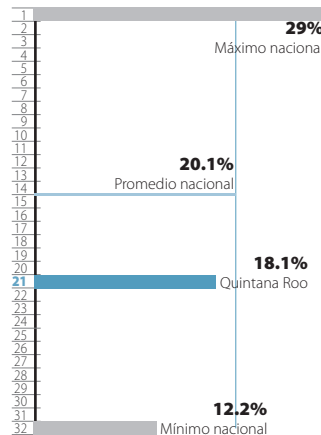


Figura 4.4

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



Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2006. El grupo de 40 a 59 años reportó un porcentaje mayor (51.4%). En el caso de la prueba de detección de cáncer de mama, 17% de las mujeres de 20 años o más reportó haberse realizado una mastografía en el año previo a la encuesta. Sin embargo, entre las mujeres mayores de 40 años, quienes son las candidatas a recibir esta prueba según la recomendación actual, este porcentaje fue mayor para las mujeres de 40 a 59 años (20.1%) y menor para de 60 años o más (13.1%).

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial, 19.7% de los adultos de 20 años o más acudió a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar) el año previo a la ENSANUT 2006, mientras que el porcentaje fue de 18.1% en medición de la tensión arterial. Para ambas pruebas hubo tendencia al aumento en la detección en los grupos de mayor edad, el porcentaje aumentó conforme a la edad y tanto para diabetes como para hipertensión existe una tendencia de detección mayor en mujeres que en hombres, aunque la diferencia no es significativa en esta fase del análisis (cuadro 4.1).

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

Al igual que lo observado en el ámbito nacional, Quintana Roo presenta incrementos importantes para los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para Quintana Roo, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (43.4 vs. 36.4%) y de cáncer de mama (17 vs. 11.2%) lo que representa un incremento de 19.2 y 51.8%, respectivamente. También hubo incrementos para las pruebas de detección

de diabetes mellitus (19.7 vs. 10.4%) e hipertensión arterial (18.1 vs. 13.1%) con incrementos de 84.4 y 38.2%, respectivamente.

Daños a la salud

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

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más para Quintana Roo fue de 6.7%, siendo mayor en mujeres (7.1%) que en hombres (6.2%). Para el grupo de 60 años o más esta prevalencia fue de 26.1%. Por otro lado, 18.2% de los adultos reportó el diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, 21.7% en mujeres y 14.3% en hombres. Asimismo, estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a 41.2% en adultos de 60 años o más. Finalmente, el diagnóstico médico previo de colesterol elevado fue reportado por 14.3% de los adultos de 20 años o más y 31.3% de los adultos de 60 años o más. Nuevamente este diagnóstico fue mayor en mujeres que en hombres.

Las prevalencias generales de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, que incluirán los hallazgos durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 por medio de la toma de presión arterial y determinación de glucosa y colesterol, se reportarán una vez que se cuente con el análisis completo de esa información.

■ Cuadro 4.2

Diagnóstico médico previo de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, según grupos de edad. Quintana Roo, México

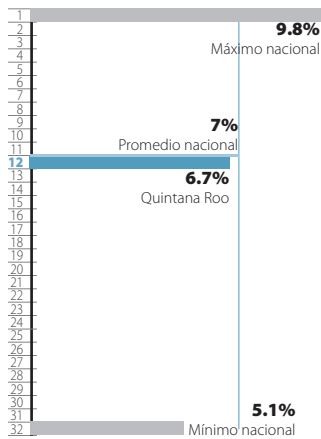
	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Diagnóstico médico previo de diabetes				
20-39 años	8.5	2.3	1.4	3.7
40-59 años	20.2	10.1	7.5	13.4
60 años o más	12.1	26.1	15.9	39.6
Total	40.9	6.7	5.4	8.2
Diagnóstico médico previo de hipertensión				
20-39 años	41.3	11.3	9.2	13.7
40-59 años	51.1	25.4	20.8	30.6
60 años o más	19.2	41.2	31.2	52.0
Total	111.6	18.2	15.9	20.7
Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia				
20-39 años	27.6	7.5	6.0	9.4
40-59 años	45.9	22.8	18.3	28.0
60 años o más	14.6	31.3	22.9	41.2
Total	88.1	14.3	12.1	16.9

* Frecuencia en miles

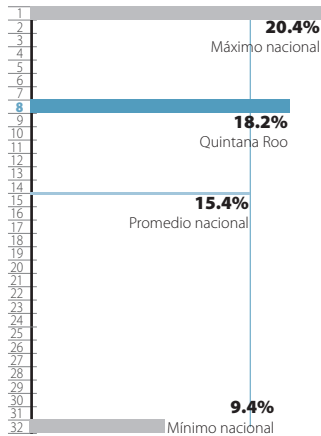
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.5

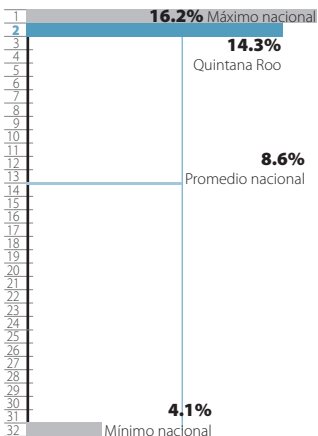
Diabetes mellitus por diagnóstico médico previo. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**Figura 4.6**

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

**Figura 4.7**

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



Esto es especialmente relevante para dichas enfermedades, de las que el subdiagnóstico es considerablemente alto.

En comparación con las prevalencias nacionales, Quintana Roo se ubicó ligeramente debajo de la media nacional para la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes, arriba de la media para la prevalencia de hipercolesterolemia y de hipertensión arterial (figuras 4.5 a la 4.7).

Comparando con lo reportado en la ENSA 2000, Quintana Roo presentó ligeros incrementos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de estas enfermedades: 48.9% de incremento para diabetes (de 4.5 a 6.7%), 51.7% de incremento para hipertensión arterial (de 12 a 18.2%) y 83.3% de incremento para hipercolesterolemia (de 7.8 a 14.3%).

Factores de riesgo

Además de los daños a la salud, la ENSANUT 2006 tuvo como objetivo prioritario conocer el nivel de riesgo de la población adulta a presentar enfermedades crónicas. Uno de los principales factores de riesgo asociado con el perfil epidemiológico actual del país es el problema creciente de sobrepeso y obesidad en las diferentes etapas de la vida, el cual se aborda con detalle en el capítulo Nutrición de este mismo reporte.

En este capítulo nos enfocamos en otros dos factores de riesgo altamente relevantes en nuestro país: tabaquismo y consumo de alcohol. Al igual que la obesidad, estos factores de riesgo se asocian de forma importante con daños a la salud como cáncer y enfermedad cardiovascular en el caso de tabaco; y accidentes, violencia y hepatopatía crónica en el caso del consumo de alcohol. Otros factores de riesgo como sedentarismo y hábitos dietéticos poco saludables también fueron abordados en la ENSANUT 2006; sin embargo, su análisis final -que incluye la transformación de variables primarias- será materia de reportes subsecuentes.

De las respuestas sobre tabaquismo incluidas en la ENSANUT 2006, se estimó que 15.1% de los adultos de 20 años o más de Quintana Roo fumaban al momento de la encuesta y habían fumado más de 100 cigarros en su vida (cuadro 4.3). Al compararlo con el estimado nacional, el estado se ubica en el lugar número 22, debajo de la media nacional (figura 4.8). Esta proporción fue casi tres veces mayor en hombres que en mujeres (22.3 vs. 8.5%), diferencia que se conservó en todos los grupos de edad. Si a esta proporción de fumadores actuales se le agrega 15.8% de adultos (26.8% hombres, 5.7% mujeres) que habiendo fumado 100 cigarros o más a lo largo de su vida, al momento de la encuesta ya se consideraban ex fumadores, se estima que 14.2% de las mujeres y 49.1% de los hombres adultos de Quintana Roo se

■ Cuadro 4.3

Consumo de tabaco en adultos, según grupos de edad y sexo. Quintana Roo, México

	Fumador actual				Ex fumador				Nunca ha fumado			
	N*	%	IC95%		N*	%	IC95%		N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.			L.I.	L.S.
20-39 años												
Hombre	42.5	25.2	20.6	30.3	36.4	21.5	17.1	26.7	90.1	53.3	47.3	59.3
Mujer	16.8	8.5	5.8	12.4	10.1	5.1	3.3	7.8	170.7	86.4	81.5	90.1
Total	59.3	16.2	13.4	19.4	46.5	12.7	10.5	15.2	260.9	71.1	68.0	74.1
40-59 años												
Hombre	20.1	19.1	13.4	26.5	32.2	30.6	22.2	40.5	53.0	50.3	43.6	57.0
Mujer	9.8	10.3	6.3	16.3	5.3	5.5	2.9	10.1	80.6	84.2	77.3	89.3
Total	30.0	14.9	11.1	19.7	37.5	18.6	13.2	25.6	133.6	66.5	60.0	72.3
60 años o más												
Hombre	3.2	15.6	8.3	27.5	10.5	51.2	33.2	68.8	6.8	33.2	18.7	51.8
Mujer	0.3	1.3	0.2	9.3	2.9	11.1	5.5	21.2	22.8	87.6	78.1	93.4
Total	3.5	7.6	4.1	13.8	13.4	28.7	20.5	38.6	29.6	63.7	54.0	72.3
Totales												
Hombre	65.8	22.3	18.8	26.3	79.0	26.8	22.1	32.1	149.9	50.9	47.1	54.6
Mujer	27.0	8.5	6.3	11.3	18.3	5.7	4.2	7.7	274.2	85.8	82.0	88.9
Totales	92.9	15.1	13.1	17.4	97.3	15.8	13.5	18.5	424.1	69.0	66.5	71.5

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

han expuesto de manera activa al humo de tabaco, lo que representa aproximadamente 200 000 adultos en riesgo importante para cáncer, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades crónicas asociadas con el tabaco. Comparando la prevalencia de fumadores actuales detectados en esta encuesta con lo detectado en la ENSA 2000, podemos decir que al igual que lo observado en el país, ha habido un decremento de 23%, siendo éste mayor en hombres.

En cuanto al consumo de alcohol, también se encontraron grandes diferencias entre hombres y mujeres (cuadro 4.4). Mientras 75.2% de las mujeres de 20 años o más se consideraban abstemias al momento de la encuesta (nunca había tomado o actualmente no tomaba), esta proporción sólo fue de 42.4% en el caso de los hombres. Por otro lado, 24% de los adultos de Quintana Roo (41.4% hombres, 7.9% mujeres) reportó haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez en el mes previo a la encuesta, lo que se ha definido como evento de intoxicación con alcohol y refleja un hábito alcohólico intenso. Este indicador ubica a Quintana Roo en el primer lugar, muy arriba de la media nacional (figura 4.9).

Figura 4.8

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

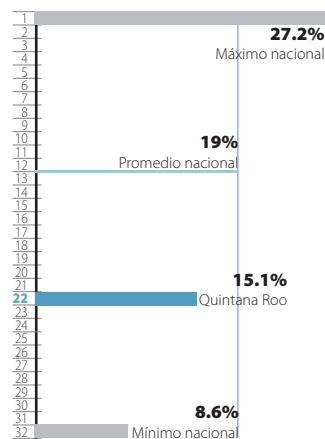
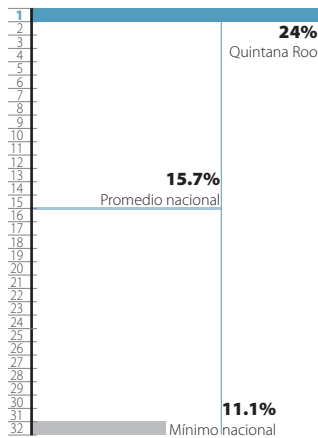


Figura 4.9

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

**Cuadro 4.4**

Consumo de alcohol en adultos. Quintana Roo, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Nunca ha tomado				
Hombres	42.0	14.2	11.3	17.8
Mujeres	168.0	52.6	47.2	57.9
Total	210.0	34.2	30.9	37.6
Actualmente no toma				
Hombres	83.2	28.2	24.4	32.4
Mujeres	72.3	22.6	18.4	27.5
Total	155.5	25.3	22.2	28.7
Toma, no se intoxicó con alcohol en el último mes				
Hombres	46.3	15.7	12.8	19.1
Mujeres	53.9	16.9	13.7	20.7
Total	100.2	16.3	14.1	18.8
Toma, se intoxicó con alcohol al menos una vez en el último mes				
Hombres	122.2	41.4	36.9	46.1
Mujeres	25.3	7.9	5.8	10.7
Total	147.5	24.0	21.2	27.1
No especificado				
Hombres	1.2	0.4	0.1	1.5
Mujeres	0.0			
Total	1.2	0.2	0.1	0.7
Total	614.3	100.00		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Salud reproductiva

La reducción de morbilidad materna ha sido una de las prioridades de los programas nacionales de salud en las últimas décadas, logrando importantes avances. La planificación familiar y la atención del embarazo y parto han sido algunas de las acciones prioritarias al respecto, y son los aspectos en los que se enfoca este reporte.

De los adultos entre 20 y 49 años de edad de Quintana Roo que reportaron tener vida sexual activa, 49.5% reportó algún método de planificación familiar (cuadro 4.5). Al compararlo con lo encontrado en el país, Quintana Roo se ubica en el cuarto lugar en cuanto al uso de algún método anticonceptivo (figura 4.10). Este hallazgo representa un ligero aumento en la utilización de métodos de planificación familiar con respecto a lo reportado en la ENSA 2000, donde Quintana Roo reportó 49.3% de utilización. El grupo de edad con mayor tendencia a la utilización de planificación familiar es el de 30 a 39 años, en el cual 62.2% reportó usar algún método. Para el grupo más joven (20 a 29 años), las mujeres reportaron mayor utilización que los hombres mientras que para el grupo de 40 a 49 años parece tener un comportamiento inverso con una tendencia a que los hombres reportaron mayor utilización. Para el grupo de 30 a 39 años el

■ Cuadro 4.5

Adultos de 20 a 49 años según uso actual de algún método de planificación familiar. Quintana Roo, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Grupos de edad				
20-29				
Hombre	29.8	32.7	25.5	40.8
Mujer	33.3	48.7	39.1	58.4
Total	63.1	39.5	33.0	46.5
30-39				
Hombre	47.7	61.4	53.6	68.6
Mujer	58.4	62.9	56.5	68.9
Total	106.1	62.2	56.6	67.5
40-49				
Hombre	27.3	46.6	36.9	56.6
Mujer	25.7	42.8	35.8	50.0
Total	53.0	44.7	38.5	51.0
Total				
Hombre	104.8	46.1	41.4	50.8
Mujer	117.4	53.0	48.7	57.3
Total	222.2	49.5	46.1	52.9

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

reporte de utilización fue muy similar en ambos géneros. El método más utilizado fue la oclusión tubaria bilateral con 48.5%, seguido del uso de los orales con 14.7% y del condón con 13.9%.

En el ámbito estatal, las mujeres entre 20 y 49 años de edad que reportaron haber tenido al menos un hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta recibieron atención prenatal por parte de personal de salud fueron en 93.9%. La primera revisión de estas mujeres ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en 83.5% de los casos. El parto se resolvió en 42.4% de los casos por cesárea, 26.4% de urgencia y 16% programada (cuadro 4.6). Este mismo indicador en el ámbito nacional fue de 37.9%, Quintana Roo ocupa el sexto lugar (figura 4.11). En cuanto al tipo de institución, 36.7% de los partos fueron atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido por la SSA-Seguro Popular y el medio privado con 29.1 y 20.2%, respectivamente. La institución con el mayor porcentaje de cesáreas fue el medio privado con 86.1% de los partos, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 54.3%. En comparación con lo encontrado en la ENSA 2000, el porcentaje de cesáreas en Quintana Roo aumentó 41.3% (30 a 42.4%). Por último, 93.5% de los partos fueron atendidos por un médico y sólo 5.4% por partera, arriba de la media nacional de 4.9%.

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

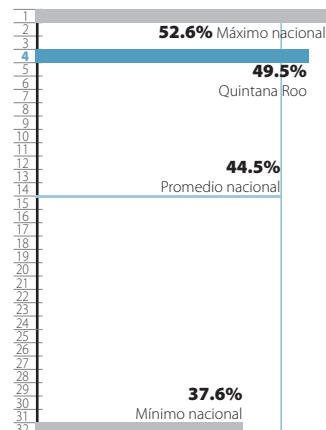
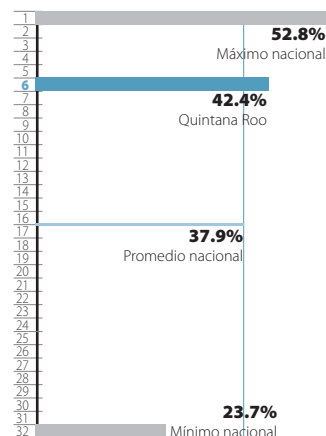


Figura 4.11
Último hijo nacido vivo por cesárea cinco años previos a la entrevista. Mujeres de 20 a 49 años. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 4.6

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

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
IMSS				
Parto vaginal	17.7	61.4	49.5	72.1
Cesárea por urgencia	8.0	27.8	17.2	41.7
Cesárea programada	3.1	10.8	5.3	20.7
Total	28.8	100.0		
SSA/Seguro Popular				
Parto vaginal	15.1	66.3	50.3	79.3
Cesárea por urgencia	5.5	24.3	15.1	36.6
Cesárea programada	2.1	9.4	4.0	20.4
Total	22.8	100.0		
ISSSTE, ISSSTE estatal				
Parto vaginal	0.7	45.7	11.2	84.9
Cesárea por urgencia	0.5	36.4	7.5	80.2
Cesárea programada	0.3	17.9	2.2	67.6
Total	1.5	100.0		
Privado				
Parto vaginal	2.2	13.9	5.2	32.2
Cesárea por urgencia	6.6	41.8	20.8	66.2
Cesárea programada	7.0	44.3	28.6	61.3
Total	15.8	100.0		
Otro lugar[‡]				
Parto vaginal	9.3	100.0		
Cesárea por urgencia	0.0			
Cesárea programada	0.0			
Total	9.3	100.0		
No especificado				
Parto vaginal	0.2	100.0		
Cesárea por urgencia	0.0			
Cesárea programada	0.0			
Total	0.2	100.0		
Total				
Parto vaginal	45.1	57.6	49.7	65.2
Cesárea por urgencia	20.7	26.4	19.4	34.9
Cesárea programada	12.5	16.0	11.8	21.3
Total	78.3	100.0		

* Frecuencia en miles

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Conclusiones

Semejante a lo observado en el ámbito nacional, Quintana Roo presenta incrementos importantes en el uso de los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para Quintana Roo, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (43.4 vs. 36.4%) y de cáncer de mama (17 vs. 11.2%) lo que representa incrementos de 19.2 y 51.8%, respectivamente. También hubo incrementos para las pruebas de detección

Aspectos relevantes

- El uso de servicios preventivos para la detección de cáncer cervicouterino entre las mujeres de Quintana Roo se encuentra arriba de la media nacional.
- Un punto porcentual arriba de la media nacional se encuentra la realización de mastografías en mujeres adultas para la detección de cáncer de mama.
- La detección de diabetes mellitus en adultos en Quintana Roo se encuentra un punto porcentual debajo de la media nacional.
- La detección de hipertensión arterial en adultos en Quintana Roo ocupa el 21 sitio nacional.
- La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo se encuentra ligeramente debajo del promedio nacional.
- La prevalencia de hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo es superior al promedio nacional.
- La prevalencia de tabaquismo actual en adultos residentes de Quintana Roo es inferior a la nacional.
- La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en Quintana Roo se ubica en el primer lugar y muy arriba del promedio nacional.
- Quintana Roo se ubica en el cuarto lugar con una proporción mayor al promedio nacional en el uso de métodos de planificación familiar.
- La proporción de cesáreas es mayor a la presentada en el ámbito nacional.

de diabetes (19.7 vs. 10.4%) e hipertensión arterial (18.1 vs. 13.1%), lo que representa un incremento de 89.6 y 38%, respectivamente.

La prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más en Quintana Roo fue de 6.7, 18.2 y 14.3%, respectivamente.

El 15.1% de los adultos de 20 años o más de Quintana Roo son fumadores y 24% reportaron haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión al menos una vez durante el mes previo a la entrevista.

Referencias

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

2.

Nutrición

Estado nutricional

La desnutrición, especialmente durante la gestación y los primeros dos a tres años de vida, aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y afecta el crecimiento y el desarrollo mental, lo que se manifiesta por disminución en el desempeño escolar y en el rendimiento intelectual a lo largo de la vida. Además, la desnutrición durante la gestación y el primer año de vida aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta¹ La obesidad es un grave problema de salud pública, resultante de la ingestión de dietas elevadas en alimentos con alta densidad energética y bajos en fibra, y al elevado consumo de bebidas con aporte energético, en combinación con una escasa actividad física. Esta última se ha asociado a la urbanización, al crecimiento económico, a los cambios en la tecnología para la producción de bienes y servicios, así como a los actuales estilos de recreación.²

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

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

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

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

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

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

Metodología

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

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

Preescolares y escolares

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

sanos y bien alimentados de Estados Unidos⁹ para construir los indicadores antropométricos.^a Se clasificó con baja talla a los niños que tenían una talla esperada para la edad debajo de -2 desviaciones estándar (puntaje $z < -2$) de la media de población de referencia internacional antes mencionada. La baja talla es un indicador de los efectos negativos acumulados debidos a periodos de alimentación inadecuada en cantidad o calidad y a los efectos deletéreos de las infecciones agudas repetidas; este retardo en el crecimiento lineal se le conoce también como desnutrición crónica o desmedro. Cuando el peso esperado para la talla o para la edad se ubican por debajo de -2 desviaciones estándar (unidades z) de la referencia internacional, se clasifica al niño con emaciación o con bajo peso, respectivamente. La emaciación es un indicador de desnutrición aguda. El bajo peso es un indicador mixto influido tanto por el desmedro como por la emaciación. Para todos los indicadores antropométricos de desnutrición utilizados se esperaba encontrar alrededor de 2.5% de niños por debajo de -2 desviaciones estándar en una población bien nutrida, por lo que prevalencias menores a este porcentaje no se consideran problemas de salud pública.⁸

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

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

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

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

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

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

Adolescentes

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

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

Adultos

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años se realizó mediante dos indicadores: el IMC, descrito antes para niños y adolescentes, y la circunferencia de cintura. La clasificación basada en el IMC utilizó como puntos de corte los propuestos por la OMS¹¹: desnutrición (<18.5 kg/m²), estado nutricional adecuado (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²). Se incluyeron como datos válidos todos aquellos valores de IMC entre 10 y 58 kg/m². Se consideraron como valores válidos de talla los datos comprendidos entre 130 y 200 cm. Se excluyeron del análisis los datos de IMC cuando la talla fue menor de 130 cm. Para el análisis de la circunferencia de cintura se empleó el criterio propuesto por la Federación Internacional de Diabetes (IDF)¹² que considera como obesidad abdominal una circunferencia de cintura >80 cm en mujeres y >90 cm en hombres. Se consideraron como datos válidos para cintura aquellos que estuvieron entre 50 y 180 cm para ambos sexos.

Resultados

Preescolares

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

Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños estudiados en Quintana Roo representa a 108 800 niños menores de cinco años; alrededor de 86 mil niños se ubicaron en localidades de residencia urbanas y cerca de 22 mil en localidades rurales. Del total de niños preescolares evaluados en el estado, 2.7% presentó bajo peso, 14.3% tuvo baja talla o desmedro y menos de 1% presentó emaciación. La distribución por el tipo de localidad de residencia indica que la desnutrición es mayor en localidades rurales comparadas con las localidades urbanas; en localidades rurales se observaron prevalencias de 36.7% en baja talla, 6.3% bajo peso y 1.5% emaciación, mientras que en localidades urbanas las prevalencias son 8.4, 1.8 y 0.8%, respectivamente (cuadro 5.1).

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

■ Cuadro 5.1

Distribución de puntuación z en población menor de cinco años de edad. Quintana Roo, México

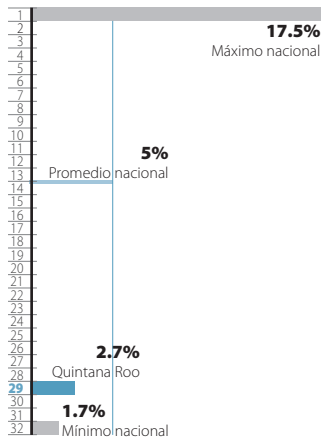
Indicador	<-2z			>=-2z, <=2z			>2z			Total	
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión	
	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%
Estatal											
Peso / edad	3.0	2.7	(1.3,5.8)	98.1	90.2	(83.6,94.3)	7.7	7.1	(3.6,13.5)	108.8	100
Talla / edad	15.5	14.3	(7.9,24.5)	90.2	82.9	(73.0,89.7)	3.1	2.8	(0.8,9.5)	108.8	100
Peso / talla	1.0	0.9	(0.3,2.9)	99.5	91.5	(86.0,95.0)	8.3	7.6	(4.2,13.2)	108.8	100
Localidades urbanas											
Peso / edad	1.6	1.8	(0.7,4.8)	77.2	89.4	(81.7,94.1)	7.6	8.8	(4.6,16.3)	86.4	100
Talla / edad	7.3	8.4	(4.7,14.6)	76.1	88.1	(80.5,93.0)	3.0	3.5	(1.0,11.8)	86.4	100
Peso / talla	0.7	0.8	(0.2,3.1)	78.0	90.3	(84.0,94.3)	7.7	8.9	(5.0,15.5)	86.4	100
Localidades rurales											
Peso / edad	1.4	6.3	*	20.9	93.3	*	0.1	0.4	*	22.4	100
Talla / edad	8.2	36.7	*	14.1	62.9	*	0.1	0.4	*	22.4	100
Peso / talla	0.3	1.5	*	21.5	96.0	*	0.6	2.6	*	22.4	100

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

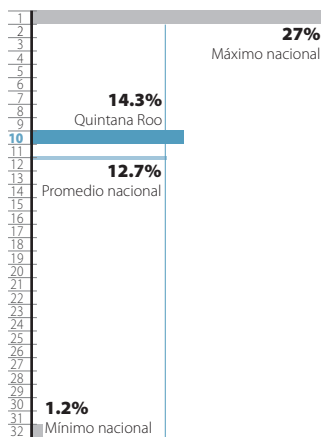
Fuente: ENSANUT 2006. México

Figura 5.1

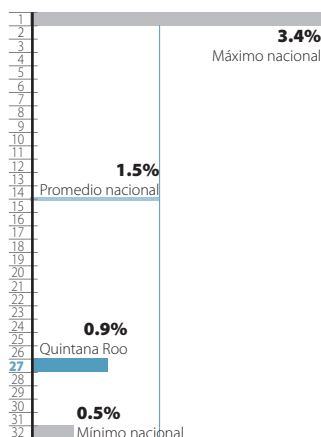
Prevalencia estatal de bajo peso (ZPE<-2) en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 5.2**

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

**Figura 5.3**

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



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

Se puede observar que la prevalencia de bajo peso y emaciación de los niños y niñas de Quintana Roo se ubica por debajo del promedio nacional, no siendo así para la prevalencia de baja talla que se ubica ligeramente por arriba del promedio nacional.

La prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 7.6 por ciento. La distribución por tipo de localidad de residencia mostró que 2.6% de los niños de localidades rurales tienen sobrepeso, en comparación con los niños de las localidades urbanas donde la prevalencia fue mayor (8.9%) (cuadro 5.1).

Escolares

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

Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños estudiados en Quintana Roo la conforman alrededor de 190 mil escolares representativos del estado. La prevalencia de baja talla en el ámbito estatal se ubicó en 13.6%, siendo mayor para los hombres (17.5%) en comparación con las mujeres (10.3%). La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad se ubicó en alrededor de 30% en la escala estatal; su distribución por sexo fue de 25.5% para hombres y 32.1% para mujeres. Tanto en niños como en niñas la prevalencia de sobrepeso es mayor que la prevalencia de obesidad.

La distribución de acuerdo al tipo de localidad de residencia mostró que 33.7% de los escolares de localidades rurales de Quintana Roo tienen baja talla en comparación con los escolares de las localidades urbanas (7.9%). En contraste, la prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad es casi 22 puntos porcentuales mayor en los escolares de las localidades urbanas (34%) que en los que habitan en localidades rurales (11.9%).

Con respecto de la prevalencia de obesidad, las mujeres mantienen porcentajes mayores en comparación con las cifras encontradas en los hombres (cuadro 5.2).

En las figuras 5.4 y 5.5 se presenta la ubicación de la prevalencia estatal de baja talla y de sobrepeso más obesidad en la población escolar, con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país.

La prevalencia de baja talla en escolares de Quintana Roo se ubica por arriba de la media nacional. También la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor al promedio nacional, lo que representa que un tercio de los escolares padezca exceso de peso.

■ Cuadro 5.2

Prevalencia de baja talla (ZTE <-2), sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años de edad. Quintana Roo, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%
Estatal												
Baja talla (<-2 ZTE)	88.0	15.4	17.5	(11.2,26.3)	101.8	10.5	10.3	(3.9,24.3)	189.8	25.9	13.6	(8.5,21.2)
Sobrepeso	88.3	15.0	17.0	(12.1,23.4)	101.6	18.9	18.6	(12.1,27.4)	189.9	33.9	17.8	(13.7,22.9)
Obesidad	88.3	7.5	8.5	(5.5,13.1)	101.6	13.8	13.6	(9.0,20.0)	189.9	21.3	11.2	(8.1,15.3)
Sobrepeso+obesidad	88.3	22.5	25.5	(20.2,31.7)	101.6	32.7	32.1	(23.7,42.0)	189.9	55.2	29.1	(23.6,35.2)
Localidades urbanas												
Baja talla (<-2 ZTE)	71.2	9.2	13.0	(6.8,23.5)	76.5	2.5	3.2	(1.4,7.3)	147.7	11.7	7.9	(4.3,14.0)
Sobrepeso	71.5	13.3	18.7	(12.9,26.3)	76.3	17.7	23.2	(15.4,33.4)	147.8	31.1	21.0	(16.3,26.6)
Obesidad	71.5	7.3	10.2	(6.5,15.7)	76.3	11.8	15.5	(10.1,23.1)	147.8	19.2	13.0	(9.4,17.6)
Sobrepeso+obesidad	71.5	20.6	28.9	(22.8,35.8)	76.3	29.6	38.7	(28.4,50.2)	147.8	50.2	34.0	(27.9,40.6)
Localidades rurales												
Baja talla (<-2 ZTE)	16.8	6.2	36.7	*	25.3	8.0	31.7	*	42.1	14.2	33.7	*
Sobrepeso	16.8	1.7	10.0	*	25.3	1.2	4.5	*	42.1	2.8	6.7	*
Obesidad	16.8	0.2	1.3	*	25.3	2.0	7.7	*	42.1	2.2	5.2	*
Sobrepeso+obesidad	16.8	1.9	11.3	*	25.3	3.1	12.2	*	42.1	5.0	11.9	*

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

Fuente: ENSANUT 2006. México

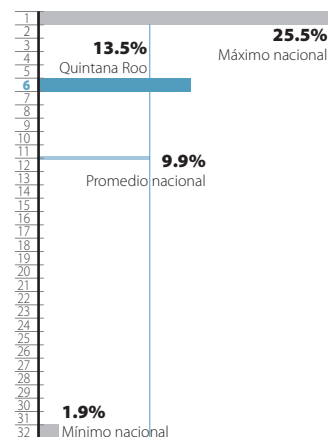
Adolescentes

En el ámbito nacional, la ENSANUT 2006 analizó la información de 14 578 adolescentes de 12 a 19 años, que al aplicar los factores de expansión representan a 18 465 136 adolescentes. La prevalencia nacional de baja talla en las mujeres de 12 a 17 años fue de 12.3%. Se encontró que aproximadamente uno de cada tres adolescentes (hombres o mujeres) presentan exceso de peso, lo que representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en todo el país.⁵

En Quintana Roo, de una muestra cuya expansión representa poco más de 211 mil adolescentes, 24.8% presentó baja talla y 38.5% exceso de peso. Para las localidades urbanas, la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue de 41.2% (41.1% para hombres y 41.3% para mujeres) en comparación con 24.4% reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 21.1% para hombres y 27.5% para mujeres (cuadro 5.2).

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

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



■ Cuadro 5.3

Prevalencia de baja talla (ZTE<-2), sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años de edad. Quintana Roo, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Total (miles)	Presentan la condición			Total (miles)	Presentan la condición			Total (miles)	Presentan la condición		
		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%		Número (miles)	%	IC95%
Estatal												
Baja talla (<-2 ZTE)	80.7	10.1	12.5	(7.3,20.6)	86.0	31.3	36.4	(27.1,46.8)	166.7	41.4	24.8	(18.4,32.5)
Sobrepeso	93.3	22.5	24.1	(17.2,32.7)	118.3	31.8	26.9	(17.9,38.4)	211.6	54.4	25.7	(19.6,32.9)
Obesidad	93.3	12.5	13.4	(8.8,20.0)	118.3	14.6	12.4	(7.2,20.4)	211.6	27.2	12.8	(9.1,19.0)
Sobrepeso+obesidad	93.3	35.1	37.6	(29.7,46.1)	118.3	46.5	39.3	(29.0,50.6)	211.6	81.5	38.5	(31.4,46.2)
Localidades urbanas												
Baja talla (<-2 ZTE)	65.2	5.8	8.8	(4.4,16.9)	70.8	24.6	34.8	(24.6,46.6)	136.0	30.4	22.3	(15.6,30.9)
Sobrepeso	76.7	20.2	26.3	(18.5,35.9)	100.9	28.0	27.7	(17.4,41.1)	177.6	48.1	27.1	(20.2,35.3)
Obesidad	76.7	11.4	14.8	(9.5,22.3)	100.9	13.7	13.6	(7.7,22.8)	177.6	25.1	14.1	(9.8,19.9)
Sobrepeso+obesidad	76.7	31.5	41.1	(32.5,50.3)	100.9	41.7	41.3	(29.5,54.2)	177.6	73.2	41.2	(33.2,49.7)
Localidades rurales												
Baja talla (<-2 ZTE)	15.5	4.3	28.0	*	15.2	6.7	43.9	*	30.7	11.0	35.8	*
Sobrepeso	16.6	2.3	14.1	*	17.4	3.9	22.3	*	34.0	6.2	18.3	*
Obesidad	16.6	1.2	7.0	*	17.4	0.9	5.2	*	34.0	2.1	6.1	*
Sobrepeso+obesidad	16.6	3.5	21.1	*	17.4	4.8	27.5	*	34.0	8.3	24.4	*

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

Fuente: ENSANUT 2006. México

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

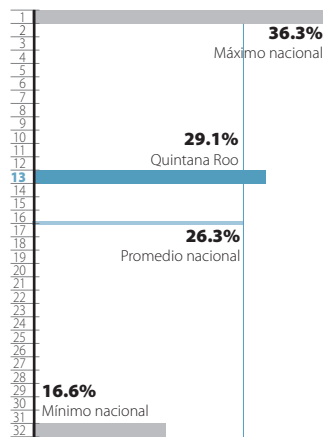
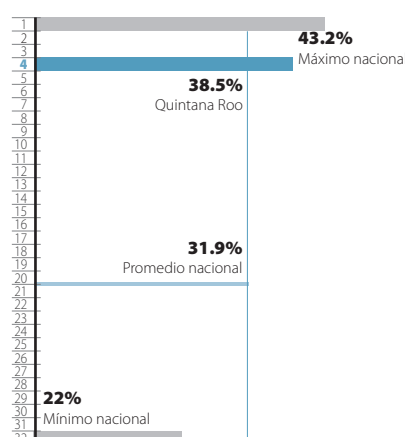


Figura 5.6
Prevalencia estatal de exceso de peso (sobrepeso más obesidad) en población de 12 a 19 años. México, ENSANUT 2006



Adultos

En el ámbito nacional, se analizó la información de 33 624 hombres y mujeres mayores de 20 años de edad, que al aplicar los factores de expansión representan a 58 942 777 adultos en todo el país. La prevalencia nacional de sobrepeso fue mayor en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). La suma de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en los mayores de 20 años de edad fue de 71.9% para las mujeres (alrededor de 24 910 507 mujeres) y 66.7% de los hombres (alrededor de 16 231 820 hombres). La prevalencia de desnutrición (IMC<18.5) en ambos sexos fue menor a 2 por ciento.⁵

La prevalencia de peso excesivo en Quintana Roo fue de 75% en los adultos mayores de 20 años (70.7% para hombres y 77.9% para mujeres). Al desagregar por tipo de localidad de residencia, la prevalencia en las localidades rurales fue de 75.5% y en las urbanas 74.9%; en estas últimas no se observa diferencia importante entre sexos; sin embargo, en las localidades rurales se observa una diferencia de 38 puntos porcentuales mayor en las mujeres en comparación con los hombres.

Aunado a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal fue de 70.5% en el estado, con una marcada diferencia entre sexos: 66.6% hombres y 73.1% mujeres. La prevalencia de obesidad abdominal por tipo de localidad de residencia fue de 71.6% urbanas y 64.7% rurales.

La prevalencia de desnutrición en los adultos se ubicó por debajo de 0.5% en el ámbito estatal y para las localidades urbanas, y de 1.6% en las localidades rurales (cuadro 5.4).

En la figura 6.7 se presenta la ubicación de la prevalencia estatal de sobrepeso más obesidad en la población adulta, con respecto de la media nacional y los valores máximos y mínimos encontrados en el país.

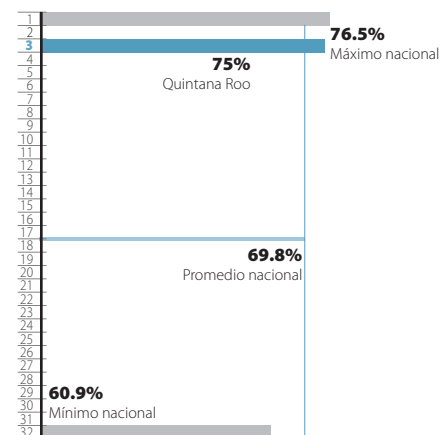
La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de Quintana Roo se ubica por arriba del promedio nacional.

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

Los resultados mostraron que la prevalencia de baja talla en menores de cinco años de Quintana Roo es de magnitud moderada, principalmente en las localidades rurales donde la prevalencia es superior a 36 por ciento. Es importante implementar acciones para reducir dicha prevalencia a cifras mínimas.

Figura 5.7

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



■ Cuadro 5.4

Distribución porcentual del IMC (OMS) en población adulta (mayor a 20 años de edad). Quintana Roo, México

Condición	Masculino				Femenino				Ambos sexos			
	Presentan la condición				Presentan la condición				Presentan la condición			
	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%	Total (miles)	Número (miles)	%	IC95%
Estatal												
Desnutrición	237.7	1.0	0.4	(0.1,1.5)	354.4	1.6	0.4	(0.1,2.0)	592.1	2.6	0.4	(0.2,1.2)
Adecuado	237.7	68.5	28.8	(21.8,37.1)	354.4	76.9	21.7	(17.5,26.5)	592.1	145.4	24.6	(21.0,28.5)
Sobrepeso	237.7	94.0	39.5	(33.1,46.3)	354.4	143.3	40.4	(34.9,46.2)	592.1	237.3	40.1	(35.7,44.7)
Obesidad	237.7	74.2	31.2	(25.6,37.4)	354.4	132.6	37.4	(31.6,43.7)	592.1	206.8	34.9	(30.2,40.0)
Sobrepeso+obesidad	237.7	168.1	70.7	(62.5,77.8)	354.4	276.0	77.9	(73.0,82.1)	592.1	444.1	75.0	(71.1,78.6)
Obesidad abdominal	220.6	147.0	66.6	(59.7,72.9)	337.3	246.6	73.1	(66.2,79.1)	557.9	393.6	70.5	(65.1,75.5)
Localidades urbanas												
Desnutrición	208.5	-	-	-	296.5	1.2	0.4	(0.1,2.8)	504.9	1.2	0.2	(0.0,1.7)
Adecuado	208.5	55.0	26.4	(19.3,34.9)	296.5	70.4	23.8	(19.4,28.8)	504.9	125.4	24.8	(20.9,29.3)
Sobrepeso	208.5	85.0	40.8	(33.7,48.2)	296.5	120.0	40.5	(34.1,47.2)	504.9	205.0	40.6	(35.6,45.8)
Obesidad	208.5	68.5	32.8	(26.8,39.5)	296.5	104.8	35.4	(29.0,42.3)	504.9	173.3	34.3	(29.0,40.1)
Sobrepeso+obesidad	208.5	153.5	73.6	(65.1,80.7)	296.5	224.8	75.8	(70.8,80.3)	504.9	378.3	74.9	(70.6,78.8)
Obesidad abdominal	192.7	135.6	70.4	(64.0,76.0)	280.4	203.1	72.4	(66.6,77.6)	473.2	338.7	71.6	(67.3,75.5)
Localidades rurales												
Desnutrición	29.2	1.0	3.6	*	57.9	0.3	0.6	*	87.2	1.4	1.6	*
Adecuado	29.2	13.5	46.4	*	57.9	6.4	11.1	*	87.2	20.0	22.9	*
Sobrepeso	29.2	8.9	30.5	*	57.9	23.4	40.3	*	87.2	32.3	37.0	*
Obesidad	29.2	5.7	19.6	*	57.9	27.8	48.0	*	87.2	33.5	38.5	*
Sobrepeso+obesidad	29.2	14.6	50.1	*	57.9	51.2	88.3	*	87.2	65.8	75.5	*
Obesidad abdominal	27.8	11.3	40.6	*	56.9	43.5	76.4	*	84.8	54.8	64.7	*

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

Fuente: ENSANUT 2006. México

La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue elevada en los diversos grupos de edad. Alrededor de un tercio de los niños en edad escolar y de los adolescentes presentan sobrepeso y obesidad. En el caso de los adultos, casi 8 de cada 10 presentan exceso de peso. Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de enfermedades crónicas, es urgente aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y control de la obesidad en estos grupos de edad.

Aspectos relevantes

- En Quintana Roo, 14 de cada 100 niños y niñas menores de 5 años tienen baja talla.
- Una tercera parte de los niños y niñas en edad escolar y 38 de cada 100 adolescentes presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad.
- Siete de cada 10 adultos mayores de 20 años en Quintana Roo presentan exceso de peso ($IMC \geq 25$), y 70% de este grupo de población tiene obesidad abdominal.

Referencias

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

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

México cuenta con información de dos encuestas nacionales de Nutrición previas (1988,1999), que ponen de manifiesto la importante magnitud de la prevalencia de anemia y su distribución geográfica y, además, en los estratos de edad. Actualmente, con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), se pudo cuantificar que la anemia disminuyó de 1999 a 2006 15.6% (4.3 puntos porcentuales) es decir, pasó de 28% a 23.7 por ciento. También se observaron disminuciones en la prevalencia de anemia en los escolares, las mujeres adolescentes y mujeres en edad reproductiva². Cabe destacar que en la ENSANUT 2006 por primera ocasión se cuenta con información probabilística respecto de las prevalencias de anemia en jóvenes y adultos del sexo masculino, grupos no estudiados en encuestas previas.

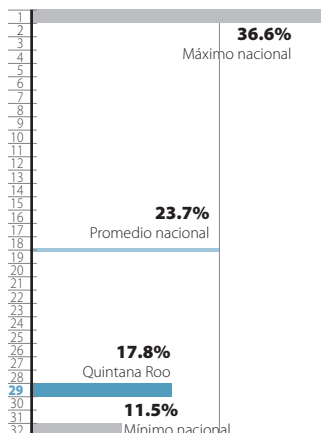
El propósito de este capítulo es describir la prevalencia y la distribución de la anemia en la población preescolar, escolar, adolescente y adulta en Quintana Roo y su distribución por tipo de localidad de residencia: urbana o rural.

Metodología

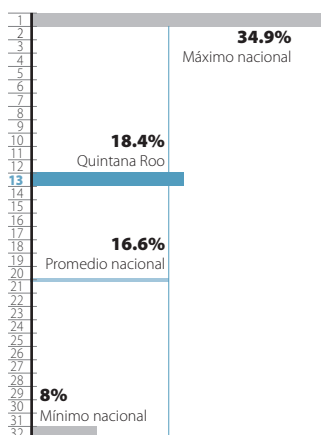
La concentración de hemoglobina fue medida en una muestra de sangre capilar, utilizando un fotómetro portátil marca Hemocue. Se eliminaron los valores menores de 40.0 y mayores de 185.0 g/l observados en niños de 0.5 a 12 años y de mujeres de 12 a 49 años de edad por considerarlos no plausibles. En hombres mayores de 12 años se eliminaron los valores menores de 40.0 y mayores de 200.0 g/l por la misma razón. Los valores de corte utilizados para clasificar anemia son los propuestos por la OMS³ y se muestran en el cuadro 6.1.

Figura 6.1

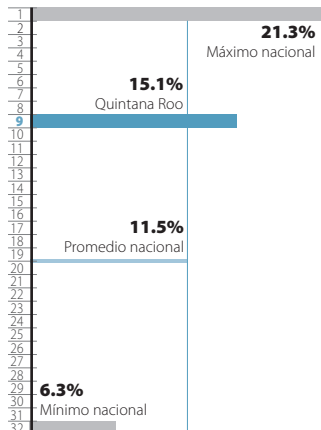
Prevalencia estatal de anemia en menores de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 6.2**

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

**Figura 6.3**

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

**Cuadro 6.1**

Puntos de corte utilizados para el diagnóstico de anemia de acuerdo al sexo y grupo de edad. Quintana Roo, México

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

Fuente: ENSANUT 2006. México

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

Resultados

Preescolares

La prevalencia estatal de anemia observada en el grupo de niños de 1 a 5 años de edad fue de 17.8 por ciento. Dicha prevalencia expande a 17 141 niños de 1 a 5 años que padecen anemia en Quintana Roo. Esta prevalencia fue menor a la observada a nivel nacional en este grupo de edad (23.7%) (figura 6.1).²

La prevalencia de anemia fue de 19.4% en los niños que habitan localidades urbanas y de 12.3% en los niños de localidades rurales. Estas prevalencias expanden a 14 434 y 2 694 niños menores de cinco años (cuadro 6.2).

Escolares

A nivel estatal, se observó que 18.4% (33 930) de los niños de 5 a 11 años de edad en Quintana Roo son anémicos. Esta prevalencia fue mayor a la observada a escala nacional (16.6%) (figura 6.2).

Asimismo, 19.2% de los niños que habitan en áreas urbanas (27 379) y 15.6% de las rurales (6 521) presentaron anemia (cuadro 6.2).

■ Cuadro 6.2

Prevalencia de anemia. Información estratificada por grupos de población, sexo y área de residencia. Quintana Roo, México

Grupo de población	Sexo	Urbana			Rural			Estatal		
		Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%
Niños menores de cinco años	Ambos	74.4	19.4	(12.2, 29.4)	21.9	12.3	(4.4, 29.9)	96.3	17.8	(11.1, 27.2)
Niños de 5 a 11 años	Hombres	67.1	21.4	(13.1, 33.0)	15.8	17.9	(9.4, 31.2)	82.9	20.7	(13.6, 30.3)
	Mujeres	75.5	17.2	(10.3, 27.3)	26.0	14.2	(6.6, 28.1)	101.5	16.4	(10.7, 24.4)
	Total	142.6	19.2	(13.3, 26.9)	41.8	15.6	(8.5, 26.9)	184.4	18.4	(13.5, 24.6)
Adolescentes de 12 a 19 años	Hombres	78.4	12.3	(7.3, 20.0)	18.0	6.6	(2.0, 19.9)	96.4	11.3	(7.0, 17.8)
	Mujeres	99.8	17.6	(10.9, 27.0)	18.3	22.3	(11.6, 38.5)	118.1	18.3	(12.2, 26.5)
	Total	178.3	15.3	(10.5, 21.6)	36.3	14.5	(7.4, 26.7)	214.5	15.1	(10.9, 20.5)
Adultos de 20 a 49 años	Hombres	161.4	5.3	(2.7, 9.9)	23.0	25.3	(19.4, 32.2)	184.4	7.8	(3.4, 16.5)
	Mujeres	252.1	19.7	(14.8, 25.8)	48.7	33.6	(27.8, 40)	300.8	22.0	(17.3, 27.5)
	Total	413.5	14.1	(10.8, 18.1)	71.7	30.9	(26.9, 35.3)	485.2	16.6	(12.5, 21.7)
Adultos de 50 años y más	Hombres	60.6	27.4	(7.5, 64.0)	7.2	21.0	(9.4, 40.6)	67.8	26.8	(8.7, 58.3)
	Mujeres	46.5	41.0	(24.6, 59.6)	12.1	30.0	(15.6, 49.8)	58.6	38.7	(25.1, 54.3)
	Total	107.0	33.3	(18.2, 52.9)	19.4	26.6	(17, 39.2)	126.4	32.3	(19.6, 48.3)

Fuente: ENSANUT 2006. México

Adolescentes

La prevalencia de anemia en los adolescentes de Quintana Roo fue de 15.1 por ciento. Lo anterior indica que aproximadamente 32 390 adolescentes tienen anemia, lo que ubica al estado con prevalencia superior a la media nacional (figura 6.3)

Tomando en cuenta el área de residencia, se observa que 15.3% (27 280) de los adolescentes que habitan en áreas urbanas y 14.5% (5 264) de las áreas rurales son anémicos (cuadro 6.2).

Adultos

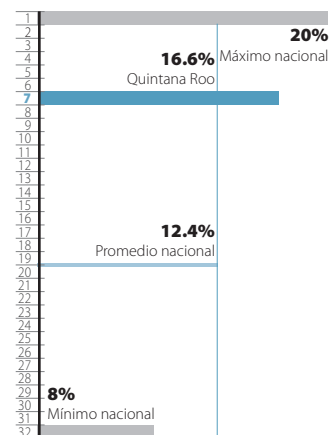
El 16.6% (80 543 personas) de la población de 20 a 49 años de edad de Quintana Roo tienen anemia. Al comparar esta prevalencia con la media nacional se puede observar que Quintana Roo presenta mayor prevalencia de anemia en adultos que el promedio nacional, (figura 6.4)

En las localidades urbanas, la prevalencia de anemia fue de 14.1% (5.3% para hombres y 19.7% para mujeres) y en las rurales de 30.9% (25.3% para hombres y 33.6% para mujeres) (cuadro 6.2).

Adultos de 50 años o más de edad

La prevalencia estatal de anemia en los adultos mayores de 50 años o más fue de 32.3 por ciento. La cifra anterior expande a 40 827

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

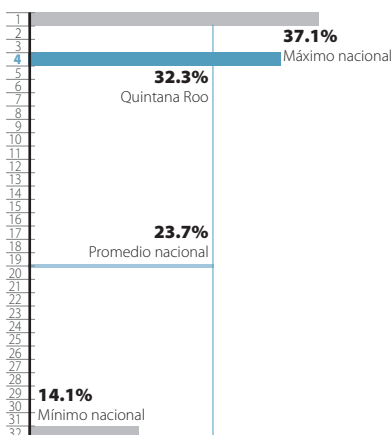


Aspectos relevantes

- Aproximadamente una tercera parte de la población mayor de 50 años de edad de Quintana Roo tiene anemia, y ésta afecta en mayor medida a las mujeres.
- La población infantil y adolescente de Quintana Roo tiene prevalencias de anemia por arriba del promedio nacional; dicha carencia en este grupo de edad constituye un problema de salud pública que debe atenderse.

Figura 6.5

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



adultos mayores de cincuenta años que son anémicos. Esta cifra es superior a la observada a nivel nacional (23.7%) (figura 6.5).

Al igual que con los adultos de 20 a 49 años, la anemia afecta en mayor medida a las mujeres (38.7%) que a los hombres (26.8%).

La población que habita en las áreas urbanas presentó 33.3% de anemia (41% mujeres y 27.4% hombres) en comparación con 26.6% que habita en el área rural (30% mujeres y 21% hombres) (cuadro 6.2).

En síntesis, las mayores prevalencias de anemia se observaron en niños menores de cinco años, mujeres en edad reproductiva y adultos de más de 50 años. En niños menores de cinco años la prevalencia fue menor a la cifra nacional. Sin embargo, debido a los efectos adversos sobre el desarrollo psicomotor en niños de esta edad, es necesario emprender acciones para su prevención.

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

Referencias

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

3. Servicios de salud

Utilización de servicios de salud

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

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

Resultados

Del total de la población de Quintana Roo, 9.9% (IC: 8.8%,11.2%)* declaró haber experimentado algún problema de salud en los 15 días previos a la entrevista. La utilización de servicios formales de salud se dirigió principalmente a los servicios médicos privados 39.6% (IC: 33.7%, 45.9%), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 23.8% (IC: 19.5%, 28.7%) y a los servicios de la Secretaría de Salud 22.4% (IC: 17.9%, 27.8%) (cuadro 7.1).

De la población que reportó algún problema de salud, pero que no utilizó los servicios médicos formales, 22.8% (IC: 17.5%, 29.1%) adujo razones económicas como el principal obstáculo.

* Los intervalos de confianza reportados son al 95%.

■ Cuadro 7.1

Utilización general de servicios ambulatorios de salud por instituciones. Quintana Roo, México

Instituciones	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	18.0	23.8	19.5	28.7
SSA‡	17.0	22.4	17.9	27.8
Privados	30.0	39.6	33.7	45.9
Otros§	10.2	13.5	9.8	18.4
No respuesta	0.4	0.6	0.2	1.8
Total	75.7	100		

* En miles

‡ SSA, Hospital Civil y Seguro Popular

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

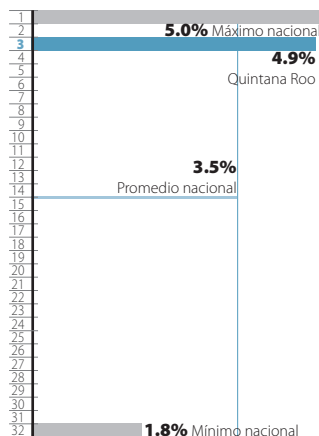
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

La utilización de atención médica formal se analizó en dos componentes: la atención ambulatoria –tanto curativa como preventiva– y la atención hospitalaria. Se estima que 8.3% de la población utilizó los servicios ambulatorios en las dos semanas previas a la entrevista. Se observa que la mayor parte de la población que se atendió con profesionales de salud corresponde al estrato socioeconómico más bajo 29.2% (IC: 23.5%, 35.7%) (cuadro 7.2). La población del estrato más bajo figura también como la más importante entre aquellos que no atendieron su problema de salud 42.5% (IC: 33.4%, 52.2%) (cuadro 7.3).

En Quintana Roo el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas en los 12 meses previos a la entrevista fue de 4.9% (IC: 4.4%, 5.6%), lo que ubica al estado arriba del promedio nacional (3.5%) (cuadro 7.4). (figura 7.1). Este porcentaje fue casi un tercio mayor para mujeres que para hombres (cuadro 7.4). Del total de la población que se hospitalizó en el último año, 78.0% (IC: 71.3%, 83.6%) sólo se internó una vez.

Figura 7.1

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



■ Cuadro 7.2

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

Estratos‡	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
I	22.1	29.2	23.5	35.7
II	18.2	24.1	17.9	31.6
III, IV y V	35.4	46.7	40.9	52.6
Total	75.7	100		

* En miles

‡ El estrato I corresponde al nivel socioeconómico más bajo

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Aspectos relevantes

- Una décima parte de la población manifestó haber padecido algún problema de salud en los 15 días previos a la entrevista.
- Los servicios médicos privados fueron el principal proveedor de la atención médica ambulatoria.
- La principal razón de no atención médica fue por causa económica
- La mayor proporción de población que se atendió con profesionales de la salud corresponde al estrato socioeconómico bajo.
- El estado se ubica por arriba de la media en porcentaje de personas hospitalizadas y la mayor proporción corresponde a mujeres.

■ Cuadro 7.3

Población que no atendió su problema de salud según estrato socioeconómico. Quintana Roo, México

Estratos [‡]	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
I	15.8	42.5	33.4	52.2
II	5.9	15.9	11.5	21.6
III, IV y V	15.4	41.6	33.3	50.4
Total	37.1	100		

* En miles

‡ El estrato I corresponde al nivel socioeconómico más bajo

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 7.4

Distribución porcentual de utilizadores de servicios hospitalarios según sexo. Quintana Roo, México

Sexo	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Hombre	21.6	3.8	3.1	4.7
Mujer	34.5	6.0	5.1	7.1
Total	56.0	4.9	4.4	5.6

* En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Referencias

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

Medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete y gastos relacionados

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

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

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

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

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

Figura 8.1

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

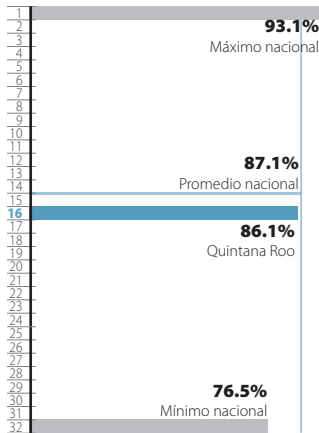


Figura 8.2

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

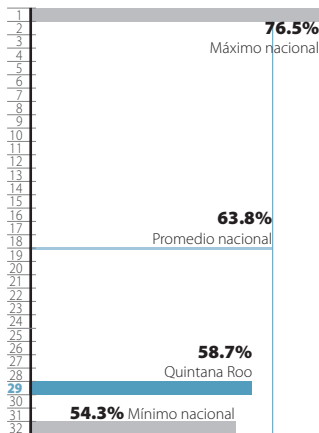
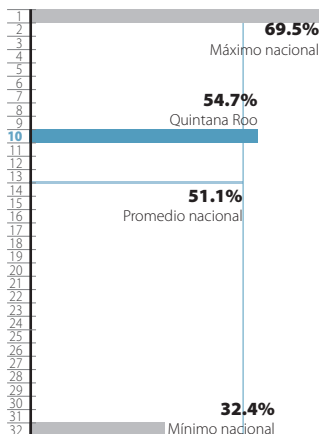


Figura 8.3

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



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

Resultados

Los resultados de la ENSANUT 2006 para el estado de Quintana Roo muestran que en la gran mayoría de las consultas (86.1%) se recetaron medicamentos (figura 8.1), proporción sin diferencia significativa con respecto al promedio nacional (87.1%).

De los usuarios de los servicios de salud en Quintana Roo, solamente el 58.7% consiguió los medicamentos en el lugar de atención; éste es uno de los estados con el nivel más bajo en comparación con el nacional (63.8%) (figura 8.2).

Respecto al acceso a medicamentos por institución se observan diferencias significativas (cuadro 8.1). Mientras el Instituto Mexicano de Seguridad Social es la institución que presenta el más alto porcentaje 89.7% (IC: 80.2%, 94.9%) de usuarios que obtuvieron los medicamentos en el lugar de la consulta, llama la atención que solamente el 52.6% (IC: 39.0%; 65.9%) de los usuarios de la Secretaría de Salud consiguió los medicamentos en el lugar de atención. En el caso de los usuarios de instituciones privadas, el 33.4% (IC: 22.4%, 46.8%) obtuvo los medicamentos en el lugar de consulta.

Más de la mitad, el 54.7%, de los usuarios de los servicios de salud en el estado de Quintana Roo pagó por medicamentos (figura 8.3). Esta cifra es superior al promedio nacional (51.1%).

Respecto a la realización de exámenes de laboratorio o de gabinete, éstos fueron solicitados al 41.9% de los usuarios de los servicios de salud, éste es el máximo porcentaje de todos los estados de la República (figura 8.4). El 38% de los usuarios tuvo que pagar por exámenes de laboratorio o de gabinete (figura 8.5).

Cuadro 8.1

Población que consiguió los medicamentos en las institución que brindó la atención.⁽¹⁾ Quintana Roo, México

Instituciones	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	18.6	89.7	80.2	94.9
SSA‡	10.2	52.6	39.0	65.9
Privados	8.8	33.4	22.2	46.8
Otros§	9.4	70.8	51.1	85.0
No respuesta	0.3	35.0	6.0	81.8
Total	47.2	58.7	52.2	65.0

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

* Frecuencia en miles

‡ SSA, Hospital Civil y Seguro Popular

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Aspectos relevantes

- El 41% de los derechohabientes de los servicios de salud en Quintana Roo no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención.
- Más de la mitad de los usuarios tuvo que pagar por medicamentos.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Quintana Roo presenta el mayor porcentaje de cobertura de medicamentos para sus derechohabientes.
- Solamente la mitad de los usuarios de la Secretaría de Salud consiguió sus medicamentos en el lugar de atención.
- Quintana Roo es el estado con la proporción más alta de exámenes de laboratorio y de gabinete solicitados.

Conclusiones

El hecho de que el 41% de usuarios de los servicios de salud en Quintana Roo no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención y que más de la mitad de los usuarios tiene que pagar por medicamentos, son indicadores que expresan la existencia de barreras significativas para el acceso a medicamentos. Sin embargo, esta situación varía para las diferentes instituciones de salud; por ejemplo, casi la mitad de los usuarios de la Secretaría de Salud no pudo conseguir los medicamentos en el lugar de atención, mientras que casi todos los usuarios del IMSS sí lo hicieron. La proporción de solicitud de exámenes de laboratorios y de gabinete es la más alta de todos los estados de la República; uno de cada tres usuarios tuvo que pagar por el examen solicitado.

Referencias

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

Figura 8.4

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

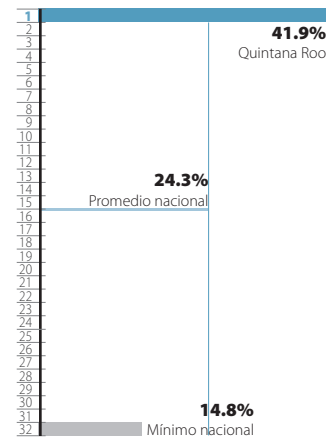
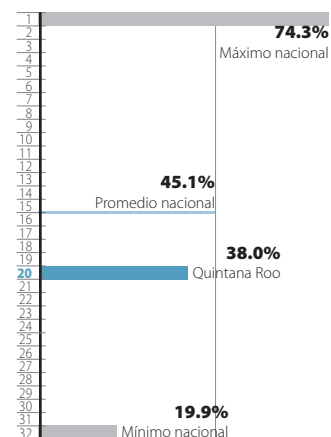


Figura 8.5

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



Calidad de la atención

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

Resultados

Si bien la mayoría de la población que acudió a unidades ambulatorias considera que su salud mejoró o mejoró mucho debido a la atención que recibió 77.3% (IC: 72.9%, 81.2%), destaca que cerca de la cuarta parte 22.7% (IC: 18.8%, 27.1%) percibió que su estado de salud no cambió o incluso empeoró o empeoró mucho (cuadro 9.1). Al comparar los resultados de las 32 entidades federativas respecto al porcentaje de usuarios que percibieron que su salud mejoró o mejoró mucho, Quintana Roo se ubica en el lugar 19, del promedio nacional que es del 78.5% (figura 9.1).

Para el 77.8% (IC: 72.9%, 82%) de las personas que fueron atendidas en servicios ambulatorios de carácter curativo y para el

■ Cuadro 9.1

Percepción de mejoría en la salud posterior a recibir atención ambulatoria. Quintana Roo, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	71.8	77.3	72.9	81.2
No	21.1	22.7	18.8	27.1
Total	93.0	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Utilizadores. México

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

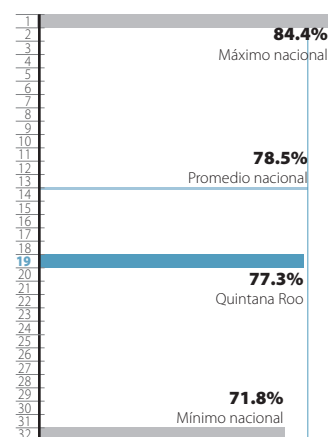
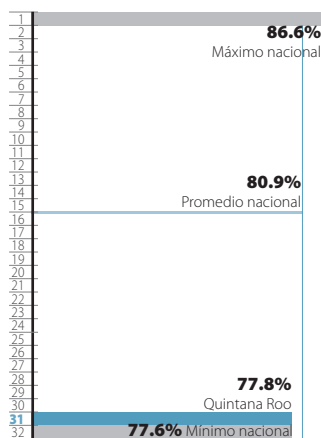
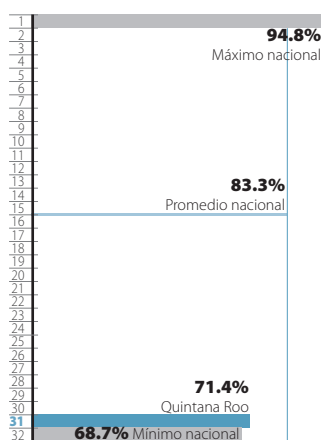


Figura 9.2

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

**Figura 9.3**

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



71.4% (IC: 48.8%, 86.7%) de las que recibieron atención ambulatoria preventiva, la calidad de la misma fue percibida como buena y muy buena (cuadro 9.2). Al comparar los resultados de todas las entidades federativas, Quintana Roo ocupa el sitio 31 en ambos casos, ubicándose en el primero ligeramente por debajo de la media para el país (80.9%), y para los servicios ambulatorios preventivos con una media de 83.3% (figuras 9.2 y 9.3).

En el caso de la atención hospitalaria este porcentaje fue de 70.6% (IC: 64.4% 76.2%). También respecto a la atención hospitalaria, es de hacer notar que el 75% (IC: 69.8%, 79.5%) de los usuarios respondió que sí regresaría al mismo hospital en el que fue atendido.

Conclusiones

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

Es notorio que todos los datos referidos para el estado aparezcan por debajo del 80%. Sin duda, esto habla de la necesidad de fortalecer los servicios que otorga el sistema de salud de Quintana Roo para lograr una mejor atención y por lo tanto, valoración por parte de los usuarios de los servicios. De manera particular, destacan las opiniones acerca de la atención ambulatoria preventiva y de la atención hospitalaria (en ambos casos apenas por arriba del 70%), las cuales se ubican entre las más bajas del país.

■ Cuadro 9.2

Percepción de la calidad de atención como buena y muy buena según tipo de servicio. Quintana Roo, México

Tipo de servicio	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios ambulatorios curativos	63.6	77.8	72.9	82.0
Servicios ambulatorios preventivos	8.8	71.4	48.9	86.7
Total de servicios ambulatorios	72.4	77.0	72.3	81.0

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Utilizadores. México

Referencias

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

Utilización del Seguro Popular

La salud de la población es un requisito indispensable para alcanzar el desarrollo tanto social como económico. Desde su creación en la década de 1940, el sistema mexicano de protección social no se ha adaptado de manera adecuada para responder a las necesidades sociales y de salud de los grupos vulnerables.

Para responder a esta situación se implementó en la administración 2000-2006 el Sistema de Protección Social en Salud. Esta política busca garantizar el acceso oportuno a servicios brindados con estándares de calidad en unidades acreditadas y sin la necesidad de efectuar gastos de bolsillo. Los servicios procuran la satisfacción integral de las necesidades de salud por medio de intervenciones explícitas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.¹

Resultados

Del total de la población encuestada (6 937) en Quintana Roo el 5.1% (IC: 3.9%, 6.5%) está afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (cuadro 10.1), por abajo de la media nacional (10.8%) (figura 10.1). Durante el tiempo que estuvieron inscritos al Seguro Popular el 65.5% (IC: 54.2%, 75.3%) solicitó algún tipo de atención médica (cuadro 10.2).

De la población que recurrió a los servicios, un segmento utilizó dos o más de ellos, por lo que la suma total de porcentajes es mayor

Cuadro 10.1

Población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Quintana Roo, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	57.3	5.1	3.9	6.5
No	1076.9	94.9	93.5	96.1
Total	1134.3	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

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

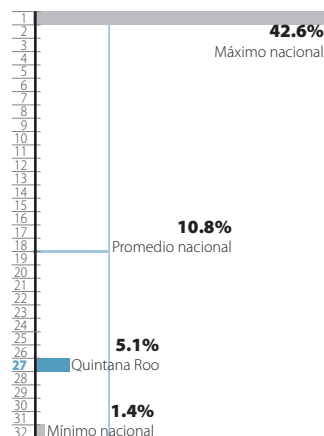
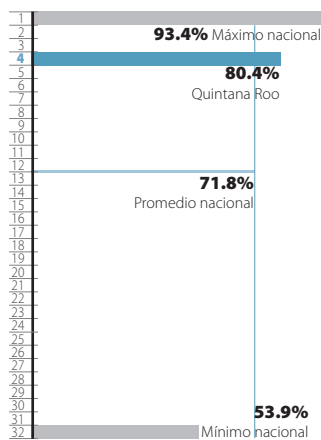
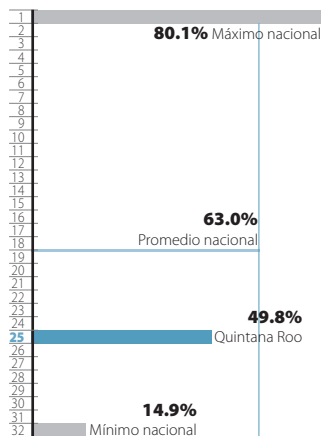


Figura 10.2

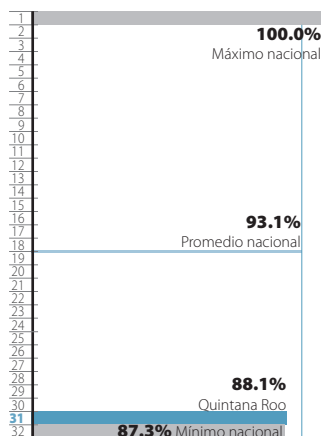
Utilización de servicios ambulatorios curativos por población afiliada al Seguro Popular. México, ENSANUT 2006

**Figura 10.3**

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

**Figura 10.4**

Disponibilidad para reinscribirse al Seguro Popular. México, ENSANUT 2006

**Cuadro 10.2**

Utilización de servicios por parte de la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Quintana Roo, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	15.0	65.5	54.2	75.3
No	7.9	34.5	24.7	45.8
Total	23.0	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

al 100%. Uno de los aspectos más notables es el hecho de que 80.4% (IC: 73.1%, 85.9%) de la utilización de servicios de salud se concentra en la atención ambulatoria curativa en los centros de salud (cuadro 10.3), ubicándose por arriba de la media nacional (figura 10.2), mientras que sólo 52.3% (IC: 37.0%, 67.2%) fue usuario de servicios preventivos, y el 35.0% (IC: 24.6%, 47.1%), solicitó algún tipo de servicios hospitalarios (consulta externa, hospitalización o emergencia) (cuadro 10.3).

Al 90.1% (IC: 80.2%, 95.3%) de los usuarios se les prescribió medicamentos (cuadro 10.4). De ellos, 49.8% (IC: 37.2%, 62.3%) obtuvo todos o casi todos los medicamentos prescritos. En estas condiciones, Quintana Roo se coloca en el lugar 25 respecto a los otros estados, y por debajo de la media nacional, en cuanto al acceso a los medicamentos prescritos (figura 10.3).

El 64.3% (IC: 55.5%, 72.1%) de los afiliados no realizó pago alguno por afiliarse. El 58.0% (IC: 45.3%, 69.7%) está subsidiado por el gobierno a través de programas sociales (*Oportunidades* y *Procampo*).

Por último, en cuanto a la reinscribirse, el 88.1% (IC: 81.1% 92.8%) de los asegurados señaló que está dispuesto a reinscribirse, porcentaje menor al promedio nacional y que deja a Quintana Roo en el lugar 31 en comparación con el resto de los estados (figura 10.4).

Cuadro 10.3

Utilizadores de los servicios del Seguro Popular según tipo de atención. Quintana Roo, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios preventivos	7.9	52.3	37.0	67.2
Consulta externa				
Centro de Salud	12.1	80.4	73.5	85.9
Servicios hospitalarios [‡]	5.3	35.0	24.6	47.1

* En miles

[‡] Incluye: Consulta externa hospital, hospitalización y urgencia hospitalaria

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

■ Cuadro 10.4

Prescripción de medicamentos a utilizadores del Seguro Popular: Quintana Roo, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	13.5	90.1	80.2	95.3
No	1.5	9.9	4.7	19.8
Total	15.0	100		

* En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Conclusiones

A pesar de que Quintana Roo se encuentra por debajo del promedio nacional de afiliación, los datos obtenidos de la encuesta muestran que el programa aún se encuentra en fase de desarrollo en este estado. Algunos componentes del mismo presentan deficiencias en las que es necesario hacer énfasis para lograr su mejor funcionamiento; ejemplo, de ello tiene que ver con la utilización de servicios preventivos los cuales representan el eje sustantivo del programa. En el componente curativo, el acceso a los medicamentos prescritos representa uno de los indicadores clave, tanto para la población como para la propia funcionalidad del programa.

Referencias

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

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
Resultados por entidad federativa, Quintana Roo

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

