

ENCUESTA NACIONAL de Salud y Nutrición

2006

Resultados por entidad federativa

Distrito Federal



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

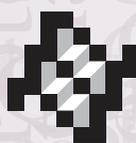
Resultados por entidad federativa, Distrito Federal

ENCUESTA NACIONAL de **Salud y Nutrición**

2006

Resultados por entidad federativa

Distrito Federal



Instituto Nacional
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. **Resultados por entidad federativa, Distrito Federal**

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 Letechipía, Claudia Sánchez Rodríguez, Fernando José González Montesinos, Félix Vergara López. **Producción:** Samuel Rivero Vázquez (Coordinador), Liliana Rojas Trejo, Juan Pablo Luna Ramírez, Rubén Arturo Cortés González, Petra Montiel Martínez, Susana de la Rosa Murillo.

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-40-2 (Obra completa)
ISBN 978-970-9874-57-0 (Distrito Federal)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
Resultados por entidad federativa, Distrito Federal

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, Distrito Federal. 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	85
3. Servicios de salud	89
▶ Utilización de servicios de salud	91
▶ Medicamentos, exámenes de laboratorio y gabinete y gastos relacionados	95
▶ Calidad de la atención	98
▶ Utilización del Seguro Popular	101

Prólogo

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

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

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

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

Los 32 tomos de la ENSANUTEF 2006 se agrupan en cuatro regiones: Norte, Centro-Occidente, Centro y Sur-Sureste —de acuerdo con la regionalización realizada para el levantamiento original de la encuesta— y constan de tres apartados: salud, nutrición y servicios de salud. La información estatal que presentan incluye, en la primera parte, las características de la población, en cuanto a hogar, vivienda, actividad económica, condición de 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
San Luis Potosí	
Sur-Sureste	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.

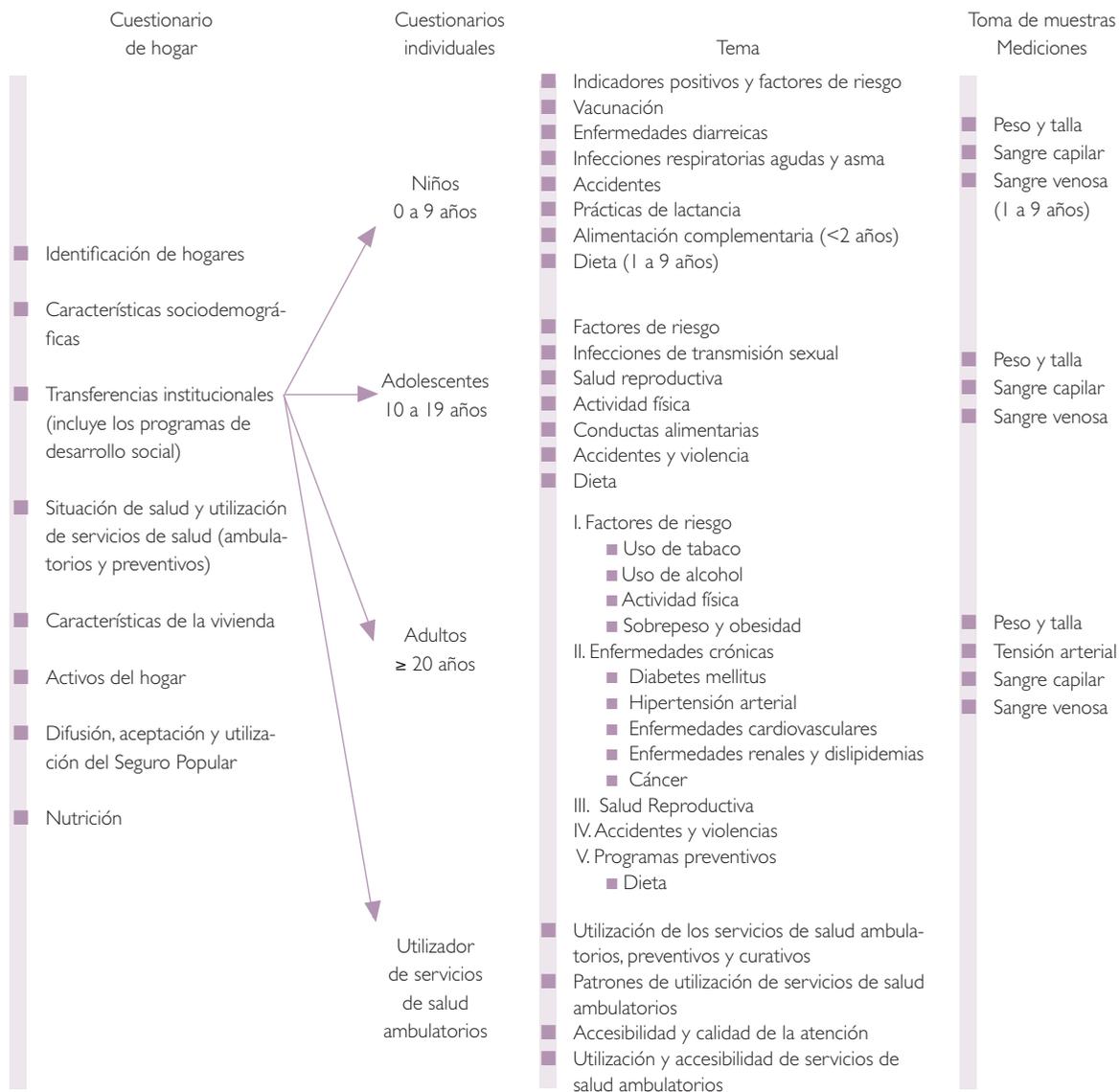
El grupo de cartógrafos visitó cada localidad tres semanas antes de que lo hiciera el equipo a cargo del levantamiento de datos. Una vez seleccionadas las AGEB en cada estado y las manzanas al interior de las AGEB, los cartógrafos realizaron un recorrido sistemático, en el que visitaron todas las viviendas 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 Distrito Federal 1.2% de las viviendas tenía tierra como material predominante en los pisos, 75.9% de las viviendas contaba con agua entubada en el interior y el 1.7% no tenía drenaje.⁴

Los resultados del II Censo de Población y Vivienda 2005 mencionan que en el Distrito Federal había 8 720 916 habitantes de los cuales el 47.8% eran hombres y 52.2% mujeres. Los datos de la ENSA 2000 para Distrito Federal indican que en ese año 36.4% de la población se encontraba afiliada al IMSS, 11.4% era derechohabiente del ISSSTE, 2% contaba con servicios en instituciones privadas y 48.4% 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

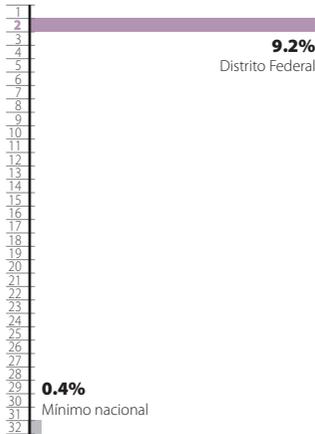


Figura 1.2

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

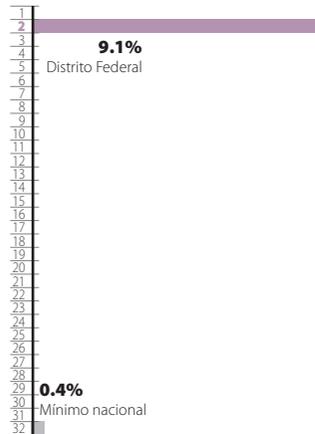


Figura 1.3

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

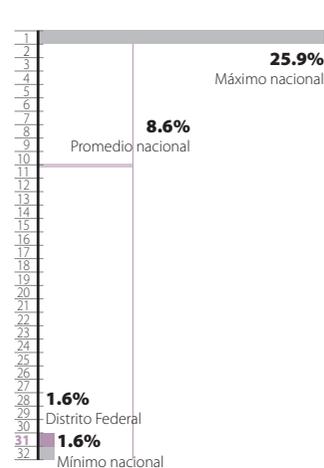


Figura 1.4

Porcentaje de viviendas sin drenaje. México, ENSANUT 2006

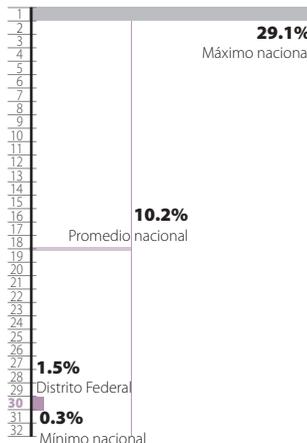
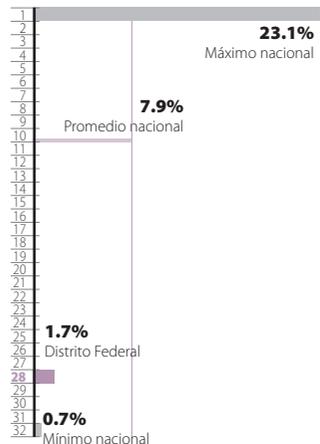


Figura 1.5

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



constitución de cada uno de estos. A continuación se presentan los principales resultados de las características de la población, hogares y viviendas encontradas en la ENSANUT 2006 para el Distrito Federal.

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 9.1% (2 176 250 hogares y 2 142 002 viviendas) corresponden al Distrito Federal. En las figuras 1.1 y 1.2 se presenta la posición que ocupa el DF 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, 53.7% tiene cemento o firme, 44.7% mosaico, madera u otros recubrimientos, mientras que las viviendas con piso de tierra representan 1.6%, cifra menor al promedio nacional de 8.6% (figura 1.3).

En el Distrito Federal 95.2% de las viviendas cuentan con drenaje conectado a la calle, 3% está conectado a una fosa séptica y 0.3% está conectado a un río, lago o barranca. El Distrito Federal se encuentra en la posición 30 en cuanto al porcentaje de viviendas que no cuentan con drenaje, con 1.5%, debajo del promedio nacional de 10.2% (figura 1.4).

En relación con la disponibilidad de agua, 88.5% de las viviendas cuenta con agua entubada al interior, 9.8% con agua entubada en el exterior y el 1.7% 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 (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 el Distrito Federal se encuestó a 5 523 personas que representan a 8 668 527 personas, y constituyen 8.4% de la población total nacional (figura 1.6).

La distribución por sexo de la población en esta entidad fue de 47.4% hombres y 52.6% mujeres. El índice de masculinidad (población de hombres dividido entre la población de mujeres) para el Distrito Federal se localizó en la vigésima cuarta posición, con 90.0 hombres por cada 100 mujeres, por debajo del promedio nacional, estimado en 92.3 (figura 1.7).

En la pirámide poblacional del Distrito Federal (figura 1.8) se identifica mayor concentración en los grupos de adolescentes y jóvenes, y una disminución de la población en los grupos que se encuentran en edades de retiro. Al analizar los porcentajes por edad y sexo se obtiene una población relativamente adulta, más de la mitad (68.8%) de la población estimada tiene más de 20 años. Asimismo 14.6% son niños menores de nueve años (7.2% en el grupo de 0 a 4 años y 7.4% en el grupo de 5 a 9 años); 16.6% son adolescentes entre 10 y 19 años (7.9% en el grupo de 10 a 14 años y 8.7% en el grupo de 15 a 19 años) (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 DF ocupó las posiciones 32 (con 8.8%) y 1 (con 9.8%) respectivamente. El primer grupo de edad se localizó por abajo y el segundo grupo encima del promedio nacional (11.3 y 6.9%, en cada caso).

Figura 1.6
Porcentaje de población del Distrito Federal respecto del país. México, ENSANUT 2006

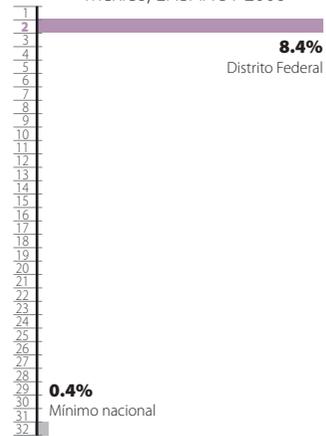


Figura 1.7
Índice de masculinidad. México, ENSANUT 2006

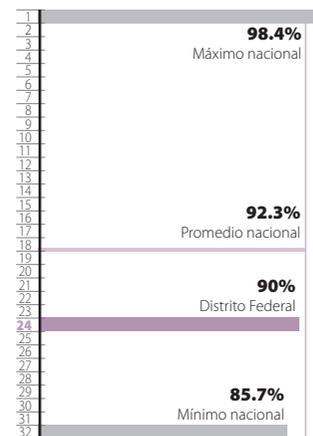


Figura 1.9
Porcentaje de población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

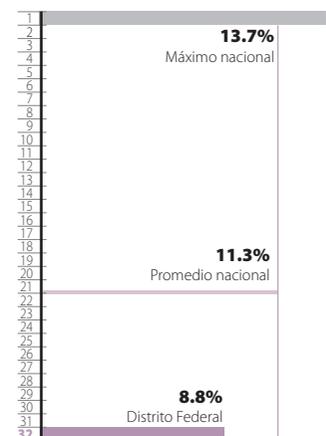
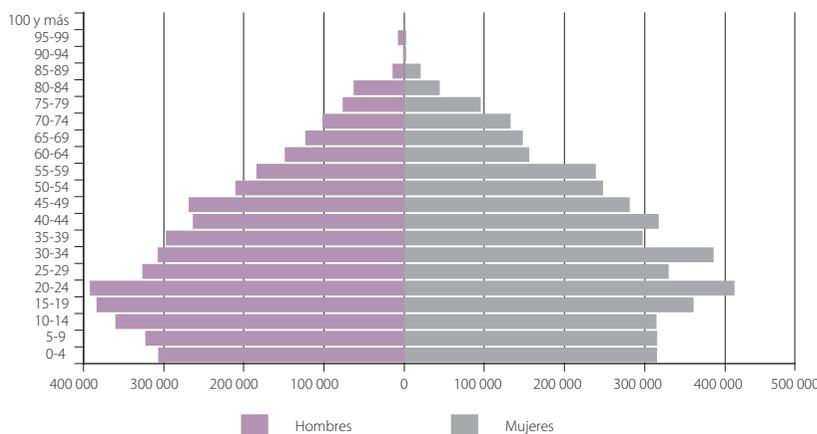


Figura 1.8
Pirámide poblacional de Distrito Federal. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 1.1

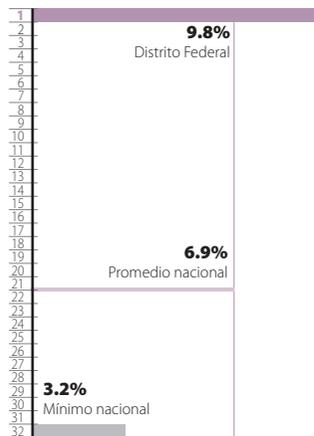
Resumen de las características poblacionales. Distrito Federal, México

Grupo de edad	Hombres				Mujeres				Total			
	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior
0 a 4 años	305 324	3.5	2.9	4.2	321 868	3.7	3.1	4.5	627 192	7.2	6.2	8.5
5 a 9 años	323 615	3.7	3.2	4.3	321 729	3.7	3.2	4.4	645 344	7.4	6.6	8.4
10 a 14 años	360 482	4.2	3.7	4.7	324 053	3.7	3.3	4.2	684 535	7.9	7.2	8.7
15 a 19 años	384 576	4.4	3.9	5.0	370 210	4.3	3.7	4.9	754 786	8.7	7.9	9.6
20 a 24 años	390 958	4.5	4.0	5.1	422 158	4.9	4.3	5.5	813 116	9.4	8.5	10.3
25 a 29 años	327 380	3.8	3.3	4.3	338 267	3.9	3.4	4.5	665 647	7.7	6.9	8.6
30 a 34 años	304 616	3.5	3.1	4.0	398 209	4.6	4.0	5.2	702 825	8.1	7.3	8.9
35 a 39 años	294 738	3.4	2.9	4.0	303 593	3.5	3.0	4.1	598 331	6.9	6.1	7.8
40 a 44 años	261 513	3.0	2.7	3.4	326 812	3.8	3.3	4.3	588 325	6.8	6.1	7.5
45 a 49 años	267 605	3.1	2.6	3.6	286 766	3.3	2.8	3.9	554 371	6.4	5.6	7.3
50 a 54 años	206 803	2.4	2.0	2.8	255 998	3.0	2.4	3.6	462 801	5.3	4.6	6.2
55 a 59 años	177 623	2.0	1.7	2.5	244 247	2.8	2.3	3.4	421 870	4.9	4.2	5.7
60 a 64 años	141 498	1.6	1.3	2.0	161 671	1.9	1.5	2.3	303 169	3.5	2.9	4.2
65 a 69 años	116 533	1.3	1.0	1.8	158 767	1.8	1.4	2.4	275 300	3.2	2.5	4.0
70 a 74 años	98 971	1.1	0.9	1.5	136 264	1.6	1.2	2.0	235 235	2.7	2.2	3.4
75 a 79 años	73 431	0.8	0.6	1.1	97 095	1.1	0.9	1.5	170 526	2.0	1.6	2.5
80 años o más	70 821	0.8	0.6	1.1	94 333	1.1	0.8	1.5	165 154	1.9	1.5	2.5
Distrito Federal	4 106 487	47	47	48	4 562 040	53	52	53	8 668 527	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 2.2% de los hombres con 12 años o más declaró no tener instrucción alguna, mientras que 4.7% 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 33.7% de la población masculina y 33.2% de la población femenina (cuadro 1.2).

En el grupo de 6 a 14 años, 5.7% de los hombres y 7.5% de las mujeres reportaron que no sabían leer ni escribir un recado (cuadro 1.3). Asimismo, 3.5% de la población de 15 años o más (2.2% en hombres y 4.6% 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 3.5% de los hombres y 3.9% de las mujeres no asistía a la escuela, lo que se traduce en el 3.7% 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).

En relación a la condición de actividad, 59.6% de los hombres mayores de 12 años declaró haber trabajado la semana previa a la en-

■ Cuadro 1.2

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

Nivel de instrucción	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sin instrucción	2.2	1.5	3.1	4.7	3.8	5.7	3.5	2.8	4.3
Primaria incompleta	8.0	6.7	9.6	10.3	8.7	12.1	9.2	7.8	10.8
Primaria completa	14.7	13.0	16.6	17.8	16.4	19.4	16.4	15.0	17.8
Secundaria o técnica	33.7	30.4	37.1	33.2	30.7	35.9	33.4	30.8	36.2
Preparatoria, normal o comercial	22.0	19.7	24.4	20.3	17.8	23.0	21.1	19.0	23.4
Licenciatura, Maestría o Doctorado	18.9	14.8	23.8	13.2	10.8	16.0	15.8	12.8	19.5
No especificado	0.6	0.4	1.1	0.5	0.3	0.9	0.6	0.4	0.8
Distrito Federal	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: Distrito Federal, México

Aptitud para leer y escribir	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	94.1	91.2	96.0	92.5	89.4	94.8	93.3	91.3	94.9
No	5.7	3.8	8.5	7.5	5.2	10.6	6.6	5.0	8.6
No responde	0.2	0.0	1.7				0.1	0.0	0.9
Población de 6 a 14 años									
Frecuencia (N)	617 485	534 773	700 197	578 302	495 597	661 007	1 195 787	1 047 540	1 344 034
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

■ Cuadro 1.4

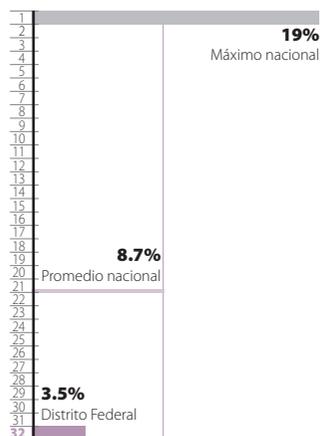
Distribución porcentual de la población de 15 años o más, por sexo y condición de alfabetismo. Distrito Federal, México

Condición de alfabetismo	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí sabe leer y escribir	97.7	96.8	98.4	95.2	94.1	96.2	96.4	95.5	97.1
No sabe leer ni escribir	2.2	1.6	3.1	4.6	3.7	5.7	3.5	2.8	4.4
No especificado	0.1	0.0	0.4	0.2	0.1	0.5	0.1	0.1	0.3
Población de 15 años o más									
Frecuencia (N)	3 117 066	2 941 791	3 292 341	3 594 390	3 453 654	3 735 126	6 711 456	6 417 975	7 004 937
Porcentaje	100			100			100		

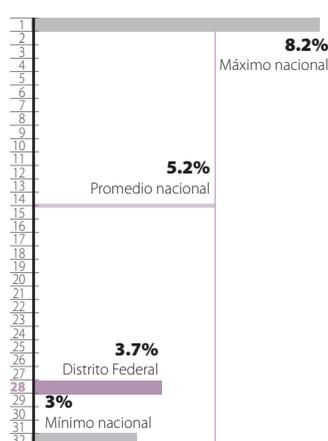
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Figura 1.11

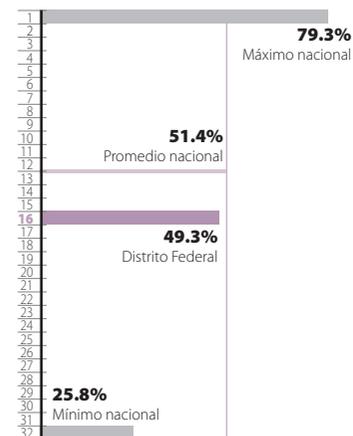
Porcentaje de la población de 15 años o más que no sabe leer ni escribir un recado. México, ENSANUT 2006

**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. Distrito Federal, México

Asistencia actual a la escuela	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Sí	96.5	93.8	98.0	96.1	93.5	97.7	96.3	94.8	97.4
No	3.5	2.0	6.2	3.9	2.3	6.5	3.7	2.6	5.2
Población de 7 a 14 años									
Frecuencia (N)	553 491	478 163	628 819	512 273	435 313	589 233	1 065 764	931 399	1 200 129
Porcentaje	100			100			100		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

cuesta y sólo 35.1% de las mujeres se encontraba en la misma situación. En cambio en las actividades del hogar se encontró que sólo el 1.1% de los hombres, contra 37.6% de las mujeres, participaban en dichas actividades (cuadro 1.6).

Los resultados de la encuesta muestran que 4.7% de la población de 12 a 14 años afirmó participar en actividad económica, mientras que la mayor participación se encontró en el rango de 30 a 34 años con 75.3% (cuadro 1.7).

Se puede observar que el 19.1% de los hogares contaba con un ingreso mensual de menos de un salario mínimo y el 16.1% 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 30.1% de los hogares y 24.8% de los habitantes (cuadro 1.9).

En cuanto a la condición de derechohabiencia, se encontró que en el Distrito Federal 34.2% de la población es derechohabiente del IMSS, 1.9% cuenta con Seguro Popular y 11.2% es afiliado del ISSSTE. En contraste, 49.3% no cuenta con protección en salud

■ Cuadro 1.6

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

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Trabajó	59.6	56.9	62.2	35.1	33.0	37.3	46.6	44.7	48.5
Apoyó en labores del campo	0.4	0.2	1.0	0.6	0.3	1.2	0.5	0.3	0.9
Tenía trabajo pero no trabajó	4.7	3.7	5.9	2.7	1.9	3.7	3.6	2.8	4.6
Buscó trabajo	1.8	1.2	2.6	0.5	0.2	0.9	1.1	0.7	1.6
Estudiante	15.3	13.6	17.1	12.9	11.4	14.6	14.0	12.8	15.4
Actividades del hogar	1.1	0.8	1.7	37.6	35.3	40.0	20.5	19.2	21.8
Jubilado o pensionado	7.0	5.6	8.7	3.0	2.2	4.1	4.9	3.9	6.1
Discapacitado	0.7	0.5	1.2	0.7	0.4	1.1	0.7	0.5	1.0
No trabaja	9.0	7.7	10.5	6.8	5.2	8.9	7.9	6.6	9.4
No especificado	0.3	0.2	0.7	0.2	0.1	0.4	0.2	0.1	0.5
Población de 12 o más años									
Frecuencia (N)	3 324 734	3 146 808	3 502 660	3 762 294	3 608 083	3 916 505	7 087 028	6 778 708	7 395 348
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. Distrito Federal, México

Condición de actividad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
12 a 14 años	4.7	2.1	10.2	4.7	1.6	12.7	4.7	2.4	8.8
15 a 19 años	27.4	21.8	33.7	17.2	11.9	24.0	22.4	18.0	27.5
20 a 24 años	65.5	57.3	72.8	40.6	34.8	46.8	52.6	48.0	57.1
25 a 29 años	85.5	79.5	89.9	51.1	44.3	57.7	68.0	63.8	71.9
30 a 34 años	94.2	88.6	97.1	60.8	54.9	66.4	75.3	71.1	79.0
35 a 39 años	89.6	82.0	94.2	52.9	45.9	59.8	70.9	65.2	76.1
40 a 44 años	92.2	86.3	95.7	60.4	53.2	67.2	74.5	69.6	78.9
45 a 49 años	90.5	84.6	94.2	49.7	41.7	57.7	69.4	63.6	74.6
50 a 54 años	93.1	87.9	96.2	51.2	42.4	60.0	70.0	63.9	75.4
55 a 59 años	75.4	67.6	81.8	29.4	21.3	39.1	48.8	42.1	55.5
60 a 69 años	62.9	55.2	70.0	25.9	17.8	36.0	43.1	36.3	50.3
65 o más años	30.5	25.2	36.3	12.1	9.3	15.5	19.9	16.9	23.3
Tasas de participación en la actividad económica	66.5	64.2	68.7	38.9	36.6	41.2	51.8	50.0	53.6

Población de 12 años o más con participación en actividad económica

Frecuencia 2 209 904 1 461 815 3 671 719

* Población económicamente activa de 12 años o más

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

(cuadro 1.10). Al analizar la población que no es derechohabiente en ninguna institución (figura 1.13), el Distrito Federal ocupa el lugar 16 debajo del promedio nacional (51.4%). Además, destaca

■ Cuadro 1.8

Distribución de los hogares y sus habitantes, según ingreso mensual del hogar en salarios mínimos.* Distrito Federal, 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	403 446	19.1	16.3	22.1	1 365 039	16.1	13.7	18.9
1 a 1.9	283 861	13.4	11.4	15.7	922 674	10.9	9.4	12.6
2 a 2.9	291 984	13.8	11.9	15.9	1 169 522	13.8	11.8	16.1
3 a 4.9	472 368	22.3	19.9	24.9	2 017 755	23.9	21.2	26.8
5 a 9.9	468 454	22.1	19.5	25.0	2 103 835	24.9	21.9	28.1
10 o más	196 779	9.3	7.4	11.5	874 326	10.3	8.4	12.7
Distrito Federal	2 116 892	100			8 453 151	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.* Distrito Federal, México

Ingreso total mensual del hogar en pesos	Intervalo de ingreso	Hogares				Habitantes			
		Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%	
				Inferior	Superior			Inferior	Superior
I	0 a 2 500	638 115	30.1	27.3	33.1	2 097 330	24.8	22.3	27.5
II	2 501 a 4 119	306 930	14.5	12.4	16.9	1 202 607	14.2	11.9	16.9
III	4 120 a 6 270	374 703	17.7	15.7	19.9	1 600 974	18.9	16.9	21.2
IV	6 271 a 10 700	412 284	19.5	17.5	21.6	1 813 558	21.5	19.2	23.9
V	>10 701	384 860	18.2	15.4	21.3	1 738 682	20.6	17.7	23.8
Distrito Federal		2 116 892	100			8 453 151	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.* Distrito Federal, México

Derechohabiente	Hombres			Mujeres			Total		
	Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%		Porcentaje	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	33.4	29.8	37.2	34.9	31.5	38.6	34.2	30.8	37.8
Seguro Popular	1.7	1.2	2.5	2.1	1.4	3.0	1.9	1.4	2.7
ISSSTE‡	10.4	8.5	12.7	11.9	9.6	14.7	11.2	9.2	13.6
Otras instituciones de seguridad social§	0.5	0.3	1.0	0.4	0.2	0.9	0.5	0.3	0.9
Privadas	2.1	1.4	3.3	2.3	1.6	3.2	2.2	1.5	3.2
Otras#	1.4	0.9	2.1	2.0	1.4	3.1	1.7	1.2	2.5
Ninguna	51.1	46.9	55.2	47.7	43.7	51.7	49.3	45.4	53.2
No especificado	0.5	0.2	0.9	0.3	0.1	0.5	0.4	0.2	0.6
Distrito Federal	100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabientes

‡ Incluye ISSSTE

§ PEMEX, SEDENA, SEMAR

Otras instituciones sin especificar

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

que 61.3% de los niños menores de diez años declararon que no tenían derechohabencia al momento de la encuesta (cuadro 1.11).

La población abierta se compone de 18.2% niños menores de nueve años, 18.5% de adolescentes entre 10 y 19 años y 63.2% de adultos con 20 años o más. Por su parte, la población derechohabiente se integra de 11.2% en el grupo de 0-9 años, 14.8% en el grupo de 10-19 años y 74.0% en el grupo de 20 años o más. Con relación a la composición por sexo, se encontró que 54.4% de la población derechohabiente está compuesto por mujeres, mientras que en la población abierta esta proporción es de 50.9 por ciento. En relación con los ingresos mensuales del hogar se obtuvo que 23.3% de la población derechohabiente y el 26.3% 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 el Distrito Federal. Los resultados de la encuesta para el Distrito Federal muestran mejores condiciones en cuanto a disponibilidad de drenaje en la vivienda respecto de lo encontrado en la ENSA 2000 y lo estimado para el promedio nacional. En el caso de las viviendas sin drenaje, la ENSA 2000 registró 1.7%, y la ENSANUT 2006 1.5% para el Distrito Federal y 10.2% para el nivel nacional. En lo demográfico, la entidad arrojó un índice de masculinidad de 90.0

■ Cuadro 1.11

Porcentaje de población, por edad y condición de derechohabencia.* Distrito Federal, México

Derechohabencia	0 a 9 años			10 a 19 años			20 años o más			Total		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
IMSS	25.4	21.2	30.1	29.6	25.2	34.4	37.2	33.9	40.7	34.2	30.8	37.8
Seguro Popular	3.3	2.22	5.1	1.8	0.9	3.4	1.6	1.2	2.3	1.9	1.4	2.7
ISSSTE‡	6.7	4.6	9.6	10.1	7.9	12.9	12.4	10.3	15.0	11.2	9.2	13.6
Otras instituciones de seguridad social§	0.1	0.0	0.8	0.6	0.3	1.5	0.5	0.3	0.9	0.5	0.3	0.9
Privadas	1.2	0.5	2.8	2.6	1.5	4.3	2.3	1.6	3.3	2.2	1.5	3.2
Otras#	2.6	1.5	4.3	1.8	1.0	2.9	1.5	1.0	2.3	1.7	1.2	2.5
Ninguna	61.3	56.2	66.1	55.0	50.4	59.5	45.4	41.7	49.1	49.3	45.4	53.2
No especificado	0.3	0.0	1.9	0.2	0.1	0.8	0.4	0.3	0.7	0.4	0.2	0.6
Distrito Federal	100			100			100			100		

* Incluye múltiples derechohabencias

‡ Incluye ISSSTE

§ 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. Distrito Federal, México

Factores poblacionales	Población derechohabiente				Población abierta				No especificada				
	Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%		Frecuencia (N)	%	IC95%		
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Edad en años													
0-9	489 337	11.2	9.7	13.0	779 715	18.2	16.3	20.4	3 484	11.2	1.9	44.7	
10-19	644 490	14.8	13.4	16.3	791 929	18.5	17.0	20.2	2 902	9.3	2.2	32.1	
20 o más	3 229 856	74.0	71.4	76.5	2 702 143	63.2	60.7	65.7	24 671	79.4	55.7	92.2	
Total	4 363 683	100.0			4 273 787	100.0			31 057	100.0			
Sexo													
Hombre	1 990 196	45.6	44.1	47.1	2 097 133	49.1	47.6	50.5	19 158	61.7	38.1	80.8	
Mujer	2 373 487	54.4	52.9	55.9	2 176 654	50.9	49.5	52.4	11 899	38.3	19.2	61.9	
Total	4 363 683	100.0			4 273 787	100.0			31 057	100.0			
Tipo de localidad													
Rural													
Urbana													
Área Metropolitana	4 363 683	100.0	0.0	100.0	4 273 787	100.0			31 057	100.0			
Total	4 363 683	100.0			4 273 787	100.0			31 057	100.0			
Aptitud para leer y escribir (población de 6 a 14 años)													
Sí	499 938	95.4	92.0	97.4	616 035	91.7	88.8	93.9					
No	24 089	4.6	2.6	8.0	54 274	8.1	5.9	10.9					
No especificado					1 451	0.2	0.0	1.6					
Total	524 027	100.0			671 760	100.0							
Alfabeta (población 15 años o más)													
Sí	3 464 668	97.0	96.0	97.8	2 980 055	95.8	94.5	96.8	24 380	88.4	61.3	97.4	
No	104 780	2.9	2.2	4.0	128 285	4.1	3.2	5.4					
No especificado	2 902	0.1	0.0	0.3	3 193	0.1	0.0	0.4	3 193	11.6	2.6	38.7	
Total	3 572 350	100.0			3 111 533	100.0			27 573	100.0			
Nivel de Instrucción (población de 12 años o más)													
Sin instrucción	113 487	3.0	2.3	3.9	134 528	4.0	3.1	5.2					
Primaria incompleta	353 512	9.5	7.6	11.8	297 783	8.9	7.5	10.7					
Primaria completa	636 661	17.1	15.0	19.3	520 834	15.6	13.9	17.6	2 902	10.5	2.4	36.1	
Secundaria técnica	1 068 089	28.6	25.6	31.9	1 298 960	39.0	36.0	42.1	3 193	11.6	3.0	35.9	
Preparatoria, normal o comercial	849 266	22.8	20.3	25.4	640 132	19.2	16.8	21.9	4 644	16.8	6.6	36.8	
Licenciatura, Maestría o Doctorado	692 972	18.6	14.9	22.9	420 870	12.6	9.8	16.1	8 706	31.6	14.1	56.4	
No especificado	15 674	0.4	0.2	0.8	16 687	0.5	0.3	0.9	8 128	29.5	12.4	55.2	
Total	3 729 661	100.0			3 329 794	100.0			27 573	100.0			
Condición de actividad (población de 12 o más años)													
Población económicamente activa	1 856 405	49.8	47.8	51.7	1 803 124	54.2	51.6	56.7	12 190	44.2	21.4	69.8	
Población económicamente inactiva	1 871 805	50.2	48.2	52.1	1 520 866	45.7	43.0	48.3	6 095	22.1	8.3	47.2	
No especificado	1 451	0.0	0.0	0.3	5 804	0.2	0.0	0.8	9 288	33.7	14.3	60.7	
Total	3 729 661	100.0			3 329 794	100.0			27 573	100.0			
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)													
Estudiante	487 472	26.0	23.7	28.6	505 032	33.2	29.8	36.9	1 451	23.8	2.9	76.9	
Actividades del hogar	800 503	42.8	39.9	45.7	649 993	42.7	39.0	46.6	1 451	23.8	2.9	76.9	
Jubilado o pensionado	337 844	18.0	15.1	21.4	8 706	0.6	0.3	1.3					
Discapacitado	22 638	1.2	0.8	1.9	26 848	1.8	1.1	2.8					
No trabaja	223 348	11.9	9.2	15.3	330 287	21.7	18.0	26.0	3 193	52.4	12.4	89.5	
Total	1 871 805	100.0			1 520 866	100.0			6 095	100.0			
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos‡													
Menos de 1 salario mínimo mensual	694 439	16.6	13.5	20.2	665 956	15.7	12.9	19.1	4 644	15.7	4.4	42.9	
1 a 1.9	346 552	8.3	6.5	10.5	574 671	13.6	11.3	16.3	1 451	4.9	0.6	30.7	
2 a 2.9	561 479	13.4	10.6	16.7	606 592	14.3	11.6	17.6	1 451	4.9	0.6	30.7	
3 a 4.9	953 591	22.7	18.7	27.4	1 058 069	25.0	21.9	28.4	6 095	20.6	6.7	48.3	
5 a 9.9	1 065 468	25.4	22.1	29.0	1 026 755	24.3	20.4	28.6	11 612	39.2	12.7	74.1	
10 o más	571 186	13.6	10.8	17.0	298 787	7.1	5.2	9.5	4 353	14.7	4.1	40.8	
Total	4 192 715	100.0			4 230 830	100.0			29 606	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	976 707	23.3	19.9	27.0	1 114 528	26.3	23.1	29.9	6 095	20.6	6.7	48.3
II	2 501 a 4 119	533 473	12.7	10.1	15.9	667 683	15.8	12.5	19.8	1 451	4.9	0.6	30.7
III	4 120 a 6 270	743 597	17.7	14.6	21.3	851 282	20.1	17.3	23.3	6 095	20.6	6.7	48.3
IV	6 271 a 10 700	904 522	21.6	18.9	24.5	907 294	21.4	18.3	24.9	1 742	5.9	0.7	35.0
V	>10 701	1 034 416	24.7	20.6	29.3	690 043	16.3	13.3	19.9	14 223	48.0	19.9	77.5
Total		4 192 715	100.0			4 230 830	100.0			29 606	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

hombres por cada 100 mujeres. Respecto a la condición de derechohabiencia de los habitantes del Distrito Federal, en el 2000 se estimó que 48.4% no contaba con ella, mientras que para la ENSA-NUT 2006 esta cifra aumentó a 49.3%. Los resultados encontrados muestran que, en el Distrito Federal, el 3.5% 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, 3.7% 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. Distrito Federal, México

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Edad en años				
0-9	1 272 536	14.7	13.1	16.5
10-19	1 439 321	16.6	15.4	17.9
20 o más	5 956 670	68.7	66.3	71.1
Total	8 668 527	100.0		
Sexo				
Hombre	4 106 487	47.4	46.5	48.2
Mujer	4 562 040	52.6	51.8	53.5
Total	8 668 527	100.0		
Tipo de localidad				
Rural				
Urbana				
Área Metropolitana	8 668 527	100.0		
Total	8 668 527	100.0		
Aptitud para leer y escribir (Población de 6 a 14 años)				
Sí	1 115 973	93.3	91.3	94.9
No	78 363	6.6	5.0	8.6
No especificado	1 451	0.1	0.0	0.9
Total	1 195 787	100.0		
Alfabeta (Población 15 años o más)				
Sí	6 469 103	96.4	95.5	97.1
No	233 065	3.5	2.8	4.4
No especificado	9 288	0.1	0.1	0.3
Total	6 711 456	100.0		
Nivel de Instrucción (Población de 12 o más años)				
Sin instrucción	248 015	3.5	2.8	4.3
Primaria incompleta	651 295	9.2	7.8	10.8
Primaria completa	1 160 397	16.4	15.0	17.8
Secundaria técnica	2 370 242	33.4	30.8	36.2
Preparatoria, normal o comercial	1 494 042	21.1	19.0	23.4
Licenciatura, Maestría o Doctorado	1 122 548	15.8	12.8	19.5
No especificado	40 489	0.6	0.4	0.8
Total	7 087 028	100.0		

Continúa...

Continuación...

Características poblacionales	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Condición de actividad (población de 12 años o más)				
Población económica-mente activa	3 671 719	51.8	50.1	53.6
Población económica-mente inactiva	3 398 766	48.0	46.2	49.7
No especificado	16 543	0.2	0.1	0.5
Total	7 087 028	100.0		
Población económicamente inactiva (población de 12 años o más)				
Estudiante	993 955	29.2	27.0	31.6
Actividades del hogar	1 451 947	42.7	40.1	45.4
Jubilado o pensionado	346 550	10.2	8.2	12.7
Discapacitado	49 486	1.5	1.0	2.0
No trabaja	556 828	16.4	13.7	19.4
Total	3 398 766	100.0		
Población según ingreso en el hogar en salarios mínimos‡				
Menos de 1 salario				
mínimo mensual	1 365 039	16.1	13.7	18.9
1 a 1.9	922 674	10.9	9.4	12.6
2 a 2.9	1 169 522	13.8	11.8	16.1
3 a 4.9	2 017 755	23.9	21.2	26.8
5 a 9.9	2 103 835	24.9	21.9	28.1
10 o más	874 326	10.3	8.4	12.7
Total	8 453 151	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	2 097 330	24.8	22.3
II	2 501 a 4 119	1 202 607	14.2	11.9
III	4 120 a 6 270	1 600 974	18.9	16.9
IV	6 271 a 10 700	1 813 558	21.5	19.2
V	>10 701	1 738 682	20.6	17.7
Total		8 453 151	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 el Distrito Federal que el estimado para el promedio nacional.
- La proporción de viviendas que no cuentan con drenaje es menor en el Distrito Federal que el reportado en el ámbito nacional.
- En relación con la disponibilidad de agua, el porcentaje de viviendas con fuente de agua no entubada fue menor en el Distrito Federal que lo reportado para todo el país.
- El 8.4% de la población estimada por la ENSANUT 2006 se encuentra en el Distrito Federal.
- El índice de masculinidad para el Distrito Federal se localizó en la vigésima cuarta posición, con 90.0, cifra menor al promedio nacional de 92.3 hombres por cada 100 mujeres.
- El porcentaje de población sin derechohabiencia en el Distrito Federal 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 el Distrito Federal 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 el Distrito Federal es menor al promedio nacional.

Referencias

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

En México, tradicionalmente la salud infantil ha sido una prioridad en la salud pública, por lo que se ha puesto especial atención en los programas de salud dirigidos a esa población y en las estrategias para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud. Actualmente, el Programa Arranque Parejo en la 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 Distrito Federal. 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 niños, los cuales comprenden cerca de una cuarta parte del total de los residentes registrados en la encuesta. En el Distrito Federal, se obtuvo información de 511 niños de este grupo de edad,

al expandir dan un total de 1 272 536 de niños, 49.1% hombres y 50.9% mujeres.

En relación con la atención del embarazo y del parto por personal calificado, la ENSANUT 2006 reporta que en el Distrito Federal el 95.2% 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 DF fue el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (33.3%), seguido por la Secretaría de Salud (30.7%) y los servicios médicos privados (16.2%); mientras tanto, el resto de las instituciones de salud brindaron atención prenatal a 19.8% de las mujeres que solicitaron ese servicio (cuadro 2.1). En relación con la atención del parto por parte de un médico, el Distrito Federal reporta una cobertura total, situación que lo ubica siete puntos porcentuales arriba del promedio nacional (93.4%) (figura 2.2).

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

En el país, 83.3% de los tutores de menores de cinco años mostraron la CNV; en el Distrito Federal ese documento fue presentado por 77.2% de los tutores de los menores, 20.2% señaló tenerlo pero no lo mostró y 2.6% refirió no disponer de él. Los tutores de los niños menores a un año de edad son quienes en mayor medida mostraron la CNV (79.0%). En contraste, los niños de un año fueron quienes en mayor proporción carecieron de dicho documento (8.9%). Por otra parte, la población de cuatro años y los menores

■ Cuadro 2.1

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

Lugar de la atención	N*	%	IC95%‡
IMSS	40.1	33.3	21.7-47.4
SSA/Seguro Popular	36.9	30.7	16.6-49.7
ISSSTE	2.9	2.4	0.3-17.2
Otros de Seguridad Social	7.5	6.3	1.7-20.2
Privado	19.4	16.2	8.9-27.5
Otros/Cruz Roja	7.5	6.3	2.4-15.7
No especificado	5.8	4.8	0.6-29.8
Total	120.2	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 recibió atención prenatal. México, ENSANUT 2006

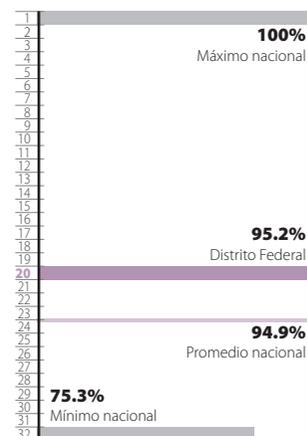


Figura 2.2
Atención de parto por un médico. Mujeres con niños menores de un año. México, ENSANUT 2006

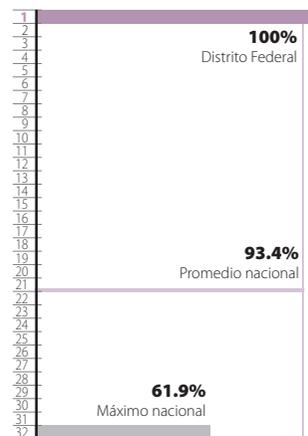
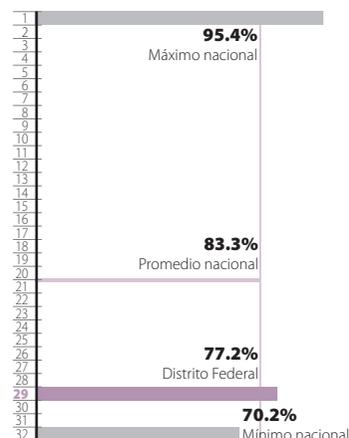


Figura 2.3
Menores de 5 años que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación. México, ENSANUT 2006



■ Cuadro 2.2

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

Edad	Mostró			Tiene pero no la mostró			No tiene			Total		
	N*	%	IC95%‡	N§	%	IC95%‡	N#	%	IC95%‡	N&	%	IC95%‡
< 1 año	94.9	79.0	66.2-87.8	25.3	21.0	12.2-33.8	0.0			120.2	19.2	14.0-25.9
1 año	78.1	74.7	61.2-84.7	17.1	16.4	7.6-31.8	9.3	8.9	2.4-27.8	104.5	16.7	11.7-23.4
2 años	100.6	77.9	59.9-89.3	25.6	19.8	8.8-38.8	2.9	2.2	0.3-14.6	129.1	20.6	15.6-26.9
3 años	115.4	78.3	64.7-87.7	27.6	18.7	9.8-32.8	4.4	3.0	0.7-12.4	147.3	23.6	18.7-29.3
4 años	93.7	75.5	58.3-87.1	30.5	24.5	12.9-41.7	0.0			124.2	19.9	14.8-26.1
Total	482.7	77.2	71.6-82.0	126.0	20.2	15.5-25.8	16.5	2.6	1.1-6.4	625.2	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

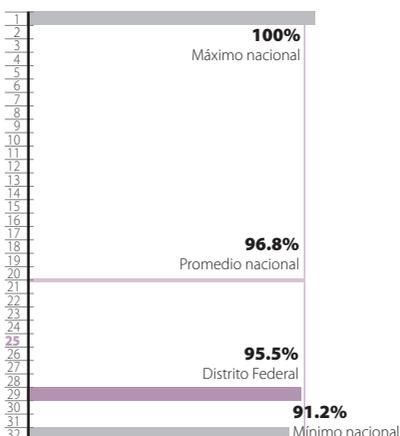
#N=Frecuencia en miles de los tutores que no tienen la cartilla

&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



de un año ostentan la frecuencia más alta de quienes mencionaron contar con la CNV pero no la mostraron (24.5 y 21.0%, respectivamente) (figura 2.3, cuadro 2.2).

En el Distrito Federal, la cobertura tanto de la vacuna BCG como de la Sabin (95.5%, respectivamente) en la población de un año de edad se mantiene próxima a lo reportado en el país (96.8 y 96.1%, respectivamente), en tanto que la Pentavalente se encuentra 2.6 puntos porcentuales arriba del promedio nacional (92.9%) (figuras 2.4, 2.5 y 2.6).

Por su parte, la vacuna SRP fue la que presentó la menor cobertura en el Distrito Federal (85.3%), manteniendo una distancia de 4.1

Figura 2.5

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

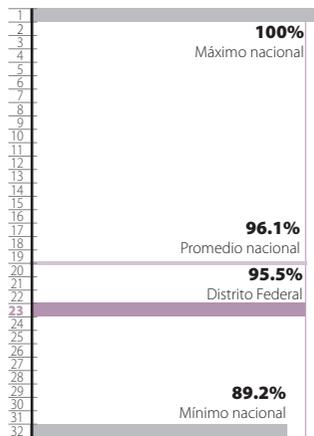


Figura 2.6

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

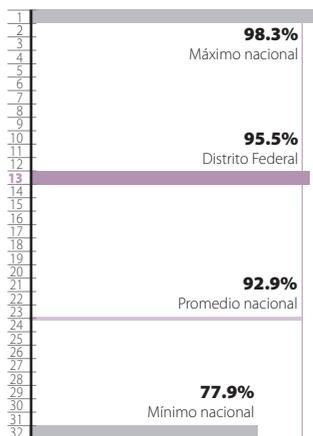
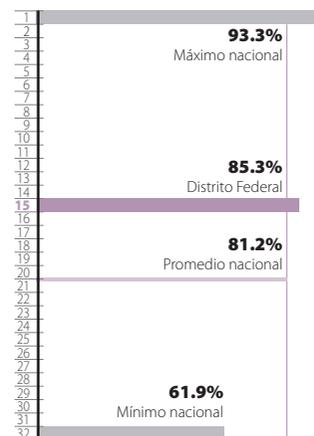


Figura 2.7

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



puntos porcentuales respecto del promedio nacional y de 23.4 puntos porcentuales respecto del valor mínimo reportado (figura 2.7).

En el Distrito Federal 85.3% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 11, arriba de la media nacional (figura 2.8).

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%, mientras que en el Distrito Federal baja a 83.8%, ubicándose en el país en la posición número 20 (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 a lo estipulado por la Organización Panamericana de la Salud.

Por otra parte, en el Distrito Federal, la prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue mayor a la reportada en el ámbito nacional (16.8 vs. 12.9%, respectivamente) (figura 2.10). En el DF, la prevalencia de diarrea fue similar en hombres y mujeres (17.5 vs. 16.0%). La distribución por edad señala que en los hombres la frecuencia más alta de este padecimiento fue al año de edad (40.0%) y la más baja a los dos (10.1%). En las mujeres se observa una mayor prevalencia en las menores de un año (35.2%) y la menor a los tres años (6.8%) (cuadro 2.3).

■ 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. Distrito Federal, México

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%†	N*	%	IC95%†	N*	%	IC95%†
< 1 año	6.1	10.8	3.0-32.1	22.3	35.2	20.4-53.4	28.4	23.7	13.3-38.5
1 año	20.9	40.0	15.7-70.5	8.7	16.7	6.7-35.9	29.6	28.3	16.5-44.1
2 años	6.1	10.1	2.1-37.3	10.4	15.1	5.4-35.6	16.5	12.8	4.7-0.3
3 años	14.5	17.5	6.7-38.4	4.4	6.8	1.4-26.7	18.9	12.8	5.7-26.4
4 años	7.0	11.6	1.5-52.4	4.4	6.8	1.5-25.4	11.3	9.1	2.5-28.5
Total	54.6	17.5	10.7-27.3	50.2	16.0	10.0-24.7	104.8	16.8	11.8-23.2

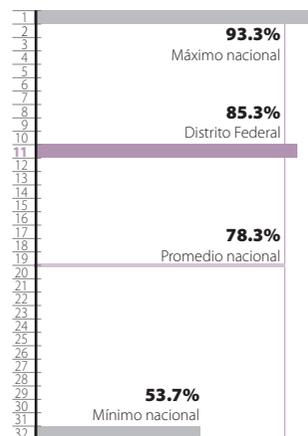
*N= Frecuencia en miles de quienes presentaron el evento.

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Niños. México

Figura 2.8

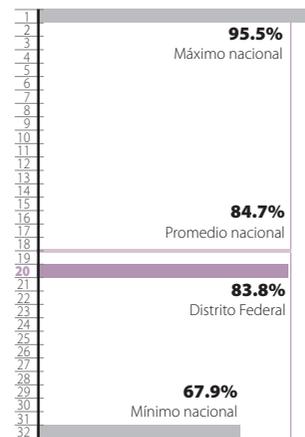
Niños de un año que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con esquema completo de vacunación.* México, ENSANUT 2006



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

Figura 2.9

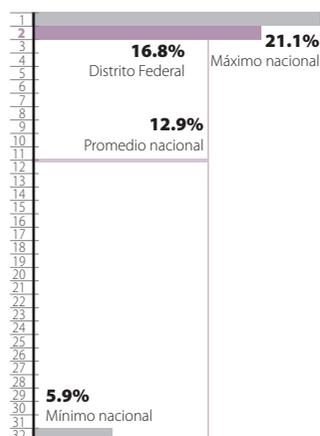
Niños de dos años que presentaron Cartilla Nacional de Vacunación con esquema completo de vacunación.* México, ENSANUT 2006



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

Figura 2.10

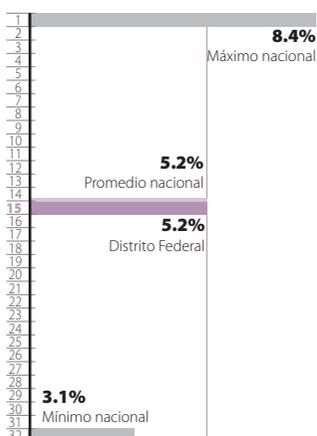
Porcentaje de niños menores de 5 años que presentaron enfermedad diarreica durante las dos semanas previas a la entrevista. México, ENSANUT 2006

**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



La proporción de niños menores de 10 años en el Distrito Federal que presentaron enfermedad respiratoria aguda fue de 51.5 por ciento, lo que sitúa a la entidad a 29.9 puntos porcentuales del valor mínimo y 8.8 puntos porcentuales por arriba del promedio nacional. Pese a los avances logrados en la atención de este problema de salud, aún persisten grandes diferencias entre las entidades del país. La distancia entre los estados con la mayor y menor prevalencia fue de 40.6 puntos porcentuales (figura 2.11).

En el Distrito Federal, la prevalencia de IRAS según sexo fue de 53.5% en hombres y 49.6% en mujeres. La distribución por edad y sexo manifiesta diferencias importantes, las más evidentes se ubican en las edades de siete años (61.3% hombres vs. 34.4% mujeres) y en los menores de un año (70.3% hombres vs. 49.3% 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 el Distrito Federal tuvo lugar durante el mes de 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 el Distrito Federal coincide con el promedio nacional en los menores de 10 años (5.2%, respectivamente) (figura 2.12). La distribución por grupos de edad muestra que este evento se presentó en un 7.4% en la categoría de 2 a 4 años, mientras que, a otras edades su frecuencia fue menor.

■ 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. Distrito Federal, México

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	39.8	70.3	54.2-82.5	31.3	49.3	31.1-67.8	71.1	59.2	44.5-72.4
1 año	38.6	73.9	45.2-90.7	28.2	53.9	34.1-72.5	66.8	63.9	44.9-79.4
2 años	44.1	73.4	48.1-89.2	36.3	52.6	27.0-76.9	80.4	62.3	41.3-79.5
3 años	49.3	59.5	34.8-80.2	40.5	62.8	42.4-79.5	89.8	61.0	43.1-76.3
4 años	33.5	55.7	30.2-78.5	40.5	63.3	36.3-83.9	74.0	59.6	41.7-75.3
5 años	23.9	46.6	26.7-67.7	45.7	48.2	29.1-67.9	69.7	47.7	35.3-60.3
6 años	26.4	42.4	23.5-63.9	31.6	46.3	24.5-69.6	58.0	44.4	28.9-61.1
7 años	34.2	61.3	40.1-78.9	17.6	34.4	14.4-62.0	51.8	48.4	31.9-65.3
8 años	20.0	32.0	14.5-56.7	28.2	46.4	27.4-66.6	48.2	39.1	24.2-56.3
9 años	24.1	30.0	16.3-48.5	21.5	35.7	17.6-59.1	45.6	32.5	20.8-46.9
Total	334.1	53.5	43.9-62.9	321.3	49.6	41.8-57.3	655.4	51.5	44.1-58.9

*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 el Distrito Federal 85.3% de los niños de un año de edad cuentan con esquema completo de vacunación. Situación que ubica a la entidad en el lugar número 11, arriba de la media nacional.
- La prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años fue mayor a la reportada a nivel nacional (16.8 vs. 12.9%, respectivamente).
- La proporción de niños menores de 10 años en el Distrito Federal que presentó enfermedad respiratoria aguda fue del 51.5 por ciento. Lo que sitúa a la entidad a 29.9 puntos porcentuales del valor mínimo y 8.8 puntos porcentuales arriba del promedio nacional.
- En el Distrito Federal la prevalencia de accidentes en población menor de 10 años coincide con el promedio nacional (5.2%, respectivamente).

■ Cuadro 2.5

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

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡	N*	%	IC95%‡
< 1 año	1.5	1.3	0.2-10.0	2.2	1.9	0.2-12.9	3.6	1.6	0.2-11.4
2 - 4 años	18.1	8.9	4.0-18.9	11.6	5.9	2.1-15.3	29.7	7.4	3.6-14.5
5 - 9 años	13.6	4.4	1.9-9.6	19.2	5.7	2.8-11.3	32.8	5.1	3.0-8.4
Total	33.2	5.3	2.9-9.5	32.9	5.1	3.1-8.3	66.2	5.2	3.4-7.8

*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

Por otra parte, en los hombres y mujeres la probabilidad de experimentar daños a la salud por causa de un accidente fue similar (5.3% hombres, 5.1% mujeres) (cuadro 2.5).

En síntesis, los resultados de la ENSANUT 2006 dan un panorama general de la situación de salud de los niños del Distrito Federal, lo que permite identificar algunas fortalezas y debilidades en su atención. Entre los rubros que expresan buenos resultados, se encuentra la atención prenatal y la atención del parto por parte de personal de salud. Otras áreas que merecen mayor atención son las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Además la cobertura del esquema completo de vacunación en la población de un año de edad, debe incrementarse redoblando los esfuerzos en la aplicación de la vacuna SRP. La información sugiere que en el país continúa siendo importante encaminar acciones que promuevan la equidad e incrementen la calidad de vida de la población menor de 10 años, mediante acciones de prevención de enfermedades y protección de la salud.

Referencias

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

Adolescentes

La adolescencia se le ha considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, sin embargo, cada vez existe más evidencia de que lo que sucede en estos años de vida impacta 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}

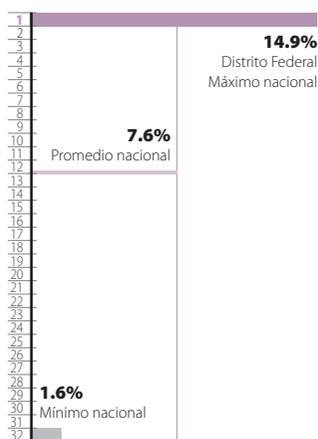
Para 2000 se reportó que 9.2% de los adolescentes fumó 100 cigarrillos o más en su vida. La proporción de adolescentes fumadores aumenta conforme se incrementa la edad, llegando a 25% en adolescentes de 19 años. El consumo de bebidas alcohólicas también es común entre los jóvenes. Se calcula que alrededor 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 y/o a infecciones de transmisión sexual (ITS). En el país, la proporción de adolescentes que tuvo su primera relación sexual para 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

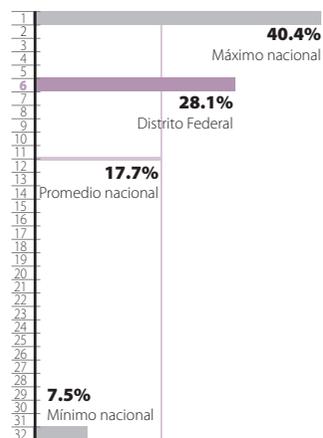
Es importante mencionar que se construyeron algunas variables para el análisis de los datos. A continuación señalamos las más importantes. Para el conocimiento que los adolescentes tienen sobre las formas de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se consideró que se trataba de un conocimiento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

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



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

A continuación se presentan resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), que dan cuenta de diversas conductas de riesgo que afectan la salud de los adolescentes del Distrito Federal. 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 al tipo de muestreo de la encuesta.⁸

Resultados

En el Distrito Federal se entrevistó a 557 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, los cuales representan 1,439,331 adolescentes. De éstos, 53.7% son hombres y 46.3% mujeres.

El porcentaje de adolescentes entre 10 y 19 años que han fumado 100 cigarrillos o más en su vida es de 14.9% en el Distrito Federal (figura 3.1), es decir, mayor que el promedio nacional de 7.6 por ciento. Un 63.3% reportó nunca haber fumado. También se advierte que la proporción de jóvenes que han fumado 100 cigarrillos o más es mayor en hombres (19.2%), que en mujeres (10.0%), constituyendo una relación mujer-hombre de 1:1.9 (cuadro 3.1). Con respecto a la edad (cuadro 3.2), 27.3% de los adolescentes de 15 a 19 años y 1.4% de los adolescentes de 10 a 14 años declararon haber fumado cinco cajetillas o más durante su vida.

En relación al consumo de alcohol en la población de adolescentes de 10 a 19 años, la encuesta permite estimar que 28.1% ha ingerido bebidas que contienen alcohol (figura 3.2). La prevalencia de esta conducta de riesgo en los adolescentes del Distrito Federal es mayor a la reportada en el país (17.7%). Al comparar los porcentajes del consumo de alcohol de al menos alguna vez en la vida según sexo de los adolescentes, se identifica, en el caso de los hombres, un mayor porcentaje (30.6%) que el reportado por las mujeres (25.1%)

■ Cuadro 3.1

Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años según consumo de 100 cigarros o más en su vida y sexo. Distrito Federal, México

Sexo	Consumo de 100 cigarros o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	19.2	14.2	25.4	19.2	15.2	24.0	61.6	55.5	67.3	100
Mujer	10.0	6.5	15.0	24.8	18.3	32.7	65.2	56.8	72.7	100
Total	14.9	11.6	18.9	21.8	18.1	26.1	63.3	58.4	67.8	100
Frecuencia (N)	214 919	313 970			910 442			1 439 331		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.2

Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años según consumo de 100 cigarros o más en su vida y grupos de edad. Distrito Federal, México

Grupo de edad	Consumo de 100 cigarros o más en la vida									Total %
	%	Sí		%	No		%	Nunca ha fumado		
		IC95%			IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
10-14 años	1.4	0.4	4.2	19.1	14.1	25.2	79.6	73.3	84.7	100
15 a 19 años	27.3	21.3	34.2	24.3	19.5	29.9	48.4	42.0	54.8	100
Total	14.9	11.6	18.9	21.8	18.1	26.1	63.3	58.4	67.8	100
Frecuencia (N)	214 919	313 970			910 442			1 439 331		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

(cuadro 3.3). Se encontró que 48.1% de los adolescentes de 15 a 19 años y 6.1% 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 el Distrito Federal señalan que 90.5% de ellos conoce o ha oído hablar de algún método para evitar el embarazo o para no tener hijos (figura

■ Cuadro 3.3

Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años según consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y sexo. Distrito Federal, México

Sexo	Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida						Total %
	%	Nunca ha tomado		%	Sí		
		IC95%			IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	69.4	63.4	74.8	30.6	25.2	36.6	100
Mujer	74.9	68.2	80.5	25.1	19.5	31.8	100
Total	71.9	67.3	76.1	28.1	23.9	32.7	100
Frecuencia (N)	1 035 176		404 155		1 439 331		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

■ Cuadro 3.4

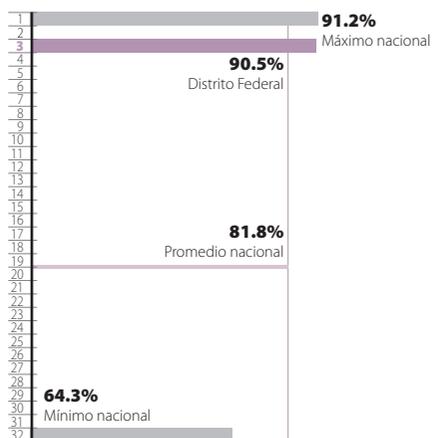
Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años según consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y grupos de edad. Distrito Federal, México

Grupos de edad	Consumo de bebidas alcohólicas						Total %
	Nunca ha tomado			Sí			
	%	IC95%		%	IC95%		
	Inferior	Superior		Inferior	Superior		
10-14 años	3.9	89.4	96.6	6.1	3.4	10.6	100
15 a 19 años	51.9	45.8	58.0	48.1	42.0	54.2	100
Total	71.9	67.3	76.1	28.1	23.9	32.7	100
Frecuencia (N)	1 035 176				404 155		1 439 331

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

Figura 3.3

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



3.3), situación que ubica a los adolescentes del Distrito Federal con un mayor conocimiento respecto de lo reportado en el país (81.8%). El porcentaje de adolescentes que conoce métodos anticonceptivos es mayor entre mujeres (93.2%) que entre hombres (88.1%) (cuadro 3.5). Al analizar la información por grupo de edad se encontró que en adolescentes de 12 a 14 años, sólo 85.8% conoce algún método; en el grupo de 15 a 19 años, 93.0% 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 (85.2%) y los hormonales orales (pastillas y píldoras) (77.9%). En relación con todos los demás métodos, los adolescentes del Distrito Federal han escuchado hablar de ellos tan sólo un 26% o menos, por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) lo mencionan en un 26.2%. Se reporta un conocimiento de la anti-concepción de emergencia en un 5.1% y en último lugar nombran el coito interrumpido (1.2%) (cuadro 3.7). Como se puede observar en este mismo cuadro, de los dos métodos más mencionados, una mayor

■ Cuadro 3.5

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

Sexo	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									
	%	Sí		%	No		%	No responde		Total %
		IC95%			IC95%			IC95%		
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior		
Hombre	88.1	83.8	91.4	11.9	8.6	16.2	0.0	0.0	0.0	100
Mujer	93.2	88.2	96.2	6.2	3.4	11.1	0.6	0.1	4.8	100
Total	90.5	87.4	92.9	9.2	6.9	12.3	0.3	0.0	2.2	100
Frecuencia (N)	1 053 804		107 695		3 484		1 164 983			

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México

■ Cuadro 3.6

Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años según si han escuchado hablar de algún método anticonceptivo y grupos de edad. Distrito Federal, 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	85.8	78.0	91.2	14.2	8.8	22.0	0.0	0.0	0.0	100
15 a 19 años	93.0	89.4	95.4	6.5	4.1	10.2	0.5	0.1	3.3	100
Total	90.5	87.4	92.9	9.2	6.9	12.3	0.3	0.0	2.2	100
Frecuencia (N)	1 053 804		107 695		3 484		1 164 983			

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

■ Cuadro 3.7

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

Método/sexo	%	No		%	Sí		Total %
		IC95% Inferior	IC95% Superior		IC95% Inferior	IC95% Superior	
Pastillas o píldoras							
Hombre	26.4	21.2	32.3	73.6	67.7	78.8	100
Mujer	17.3	11.5	25.2	82.7	74.8	88.5	100
Total	22.1	18.0	26.8	77.9	73.2	82.0	100
Frecuencia (N)	232 599		821 205		1 053 804		
DIU							
Hombre	80.0	72.1	86.1	20.0	13.9	27.9	100
Mujer	67.1	59.1	74.2	32.9	25.8	40.9	100
Total	73.8	67.9	79.0	26.2	21.0	32.1	100
Frecuencia (N)	778 176		275 628		1 053 804		
Inyecciones							
Hombre	90.9	85.4	94.5	9.1	5.5	14.6	100
Mujer	79.7	72.4	85.5	20.3	14.5	27.6	100
Total	85.6	81.6	88.9	14.4	11.1	18.4	100
Frecuencia (N)	902 017		151 787		1 053 804		
Óvulos, jaleas, espumas o diafragma							
Hombre	94.9	90.0	97.5	5.1	2.5	10.0	100
Mujer	97.4	94.0	98.9	2.6	1.1	6.0	100
Total	96.1	93.1	97.8	3.9	2.2	6.9	100
Frecuencia (N)	1 012 486		41 318		1 053 804		
Preservativo o condón							
Hombre	11.5	6.6	19.4	88.5	80.6	93.4	100
Mujer	18.3	13.2	24.9	81.7	75.1	86.6	100
Total	14.8	10.7	20.0	85.2	80.0	89.3	100
Frecuencia (N)	155 685		898 119		1 053 804		
Operación femenina u OTB							
Hombre	95.9	90.6	98.2	4.1	1.8	9.4	100
Mujer	98.0	94.5	99.3	2.0	0.7	5.5	100
Total	96.9	93.8	98.4	3.1	1.6	6.2	100
Frecuencia (N)	1 020 809		32 995		1 053 804		
Operación masculina o vasectomía							
Hombre	96.4	93.3	98.1	3.6	1.9	6.7	100
Mujer	99.7	97.4	100.0	0.3	0.0	2.6	100
Total	97.9	96.0	99.0	2.1	1.0	4.0	100
Frecuencia (N)	1 032 077		21 727		1 053 804		
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, método de Billings							
Hombre	99.1	95.8	99.8	0.9	0.2	4.2	100
Mujer	97.3	93.3	98.9	2.7	1.1	6.7	100
Total	98.2	96.1	99.2	1.8	0.8	3.9	100
Frecuencia (N)	1 034 937		18 867		1 053 804		
Retiro o coito interrumpido							
Hombre	99.6	97.1	99.9	0.4	0.1	2.9	100
Mujer	97.9	89.1	99.6	2.1	0.4	10.9	100
Total	98.8	95.0	99.7	1.2	0.3	5.0	100
Frecuencia (N)	1 041 176		12 628		1 053 804		
Pastilla de emergencia							
Hombre	95.5	91.2	97.8	4.5	2.2	8.8	100
Mujer	94.1	87.9	97.2	5.9	2.8	12.1	100
Total	94.9	91.9	96.8	5.1	3.2	8.1	100
Frecuencia (N)	999 608		54 196		1 053 804		
Otro							
Hombre	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100
Mujer	98.0	93.7	99.4	2.0	0.6	6.3	100
Total	99.0	96.7	99.7	1.0	0.3	3.3	100
Frecuencia (N)	1 043 643		10 161		1 053 804		

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

■ Cuadro 3.8

Edad promedio a la primera menstruación. Mujeres de 10 a 19 años.*
Distrito Federal, México

Edad promedio (años)	IC95%	
	Inferior	Superior
Edad promedio	11.9	12.1

*Incluye mujeres que han tenido menstruación.

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

proporción de hombres que de mujeres señaló haber oído hablar del preservativo (88.5% y 81.7% respectivamente) y por el contrario, una mayor proporción de mujeres que de hombres sabía de las pastillas (73.6% y 82.7% 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 la 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 el Distrito Federal la proporción es un poco mayor (5.4%), siendo 8.4% en hombres y 2.1% en las mujeres (cuadro 3.9). Se encontró que 57.1% de los adolescentes que al momento de la encuesta tenían 19 años cumplidos iniciaron su vida sexual antes de cumplir los 19 años de edad (cuadro 3.10).

Con respecto al uso de condón en su primera relación sexual, 71.6% respondió haberlo utilizado, porcentaje mayor al encontrado para el promedio nacional (52.3%) (figura 3.4). Destaca que 76.9%

■ 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. Distrito Federal, México

Sexo	%	Inicio de vida sexual					Total %
		No		Sí*			
		IC95%		IC95%			
		Inferior	Superior	%	Inferior	Superior	
Hombre	91.6	82.1	96.3	8.4	3.7	17.9	100
Mujer	97.9	91.0	99.5	2.1	0.5	9.0	100
Total	94.6	89.2	97.4	5.4	2.6	10.8	100
Frecuencia (N)	712 402			40 868			753 270

*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. Distrito Federal, México

Inicio de vida sexual	Frecuencia	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí*	72 895	57.1	43.0	70.1
No	54 839	42.9	29.9	57.0
Total	127 734	100	100	100

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

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

de los hombres y 61.8% de las mujeres señalaron la utilización del preservativo en su primera relación sexual (cuadro 3.11).

En la región Centro, donde se encuentra el Distrito Federal, se obtuvo que de las adolescentes de 12 años o más que declararon inicio de vida sexual, el 53.0% 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 40.3% declaró utilizar algún método para no tener hijos, 19.8% refirió no tener pareja al momento de la entrevista, el

■ Cuadro 3.11

Distribución porcentual de los adolescentes de 12 a 19 años, según uso de preservativo o condón en la primera relación sexual y sexo. Distrito Federal, México

Sexo	Utilizó preservativo o condón						Total %
	No			Sí			
	%	IC95%		%	IC95%		
	Inferior	Superior	Inferior	Superior			
Hombre	23.1	11.5	41.0	76.9	59.0	88.5	100
Mujer	38.2	22.1	57.5	61.8	42.5	77.9	100
Total	28.4	18.6	40.9	71.6	59.1	81.4	100
Frecuencia (N)	74 464			187 415			261 879

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 Centro*

Ha estado embarazada	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Sí	203 576	53.0	44.7	61.0
No	180 483	46.9	38.9	55.2
No responde	368	0.1	0.0	0.7
Total	384 427	100	100	100

* Incluye los estados de Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala.

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. Distrito Federal, México

Sexo	Actualmente ¿tú o tu pareja están haciendo algo para no tener hijos?												Total %
	Sí			No			Está embarazada			No tiene pareja			
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Hombre	37.5	25.8	50.9	37.5	25.4	51.5	0.0	0.0	0.0	24.9	16.0	36.6	100
Mujer	45.3	27.8	64.0	36.2	19.6	56.9	8.2	2.2	25.7	10.3	4.1	23.8	100
Total	40.3	29.1	52.6	37.1	26.6	48.9	2.9	0.9	9.3	19.8	13.7	27.8	100
Frecuencia (N)	105 470			97 060			7 546			51 803			261 879

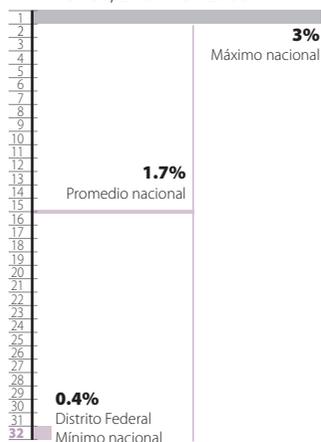
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

Figura 3.5

Conocimiento inadecuado de prevención de infecciones de transmisión sexual.

Adolescentes de 12 a 19 años.

México, ENSANUT 2006



2.9% se encontraba embarazada y 37.1% 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 el Distrito Federal 0.4% de los adolescentes tiene un conocimiento inadecuado de las ITS, cifra menor a la encontrada nacionalmente de 1.7% (figura 3.5). Además, se observó menor porcentaje de mujeres con conocimiento inadecuado sobre la prevención de las ITS en relación con los hombres (0.0 vs 0.7%) (cuadro 3.14).

El método de prevención con el mayor porcentaje de conocimiento acertado para prevenir ITS fue el preservativo (87.4%), seguido de no tener relaciones sexuales (4.2%). Analizado por sexo, no se observan diferencias estadísticamente significativas, pero se muestra una proporción ligeramente menor de hombres en comparación con mujeres que mencionaron el preservativo como medida de prevención (87.1 y 87.9% respectivamente); en cambio, las mujeres mencionaron más no tener relaciones sexuales como medida de prevención (4.8 y 3.6%, respectivamente) (cuadro 3.14). Los adolescentes de 15 a 19 años señalan principalmente al condón, 92.8 contra 77.7% en el grupo de 12 a 14 años, por su parte los más jóvenes mencionan más no tener relaciones sexuales (8.5 y 1.8% respectivamente) (cuadro 3.15).

Los resultados de la ENSANUT 2006 permiten explorar actividades que realizan los adolescentes durante la semana. Una de las

■ 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. Distrito Federal, 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	87.1	81.2	91.3	0.7	0.1	5.1	2.0	0.8	4.8	3.6	1.6	7.8	0.0	0.0	0.0	6.6	3.5	12.1	100
Mujer	87.9	80.0	92.9	0.0	0.0	0.0	1.9	0.3	10.2	4.8	2.4	9.2	0.3	0.0	2.0	5.1	2.5	10.3	100
Total	87.4	83.3	90.7	0.4	0.0	2.8	2.0	0.7	5.3	4.2	2.5	6.8	0.1	0.0	0.9	5.9	3.8	9.2	100
Frecuencia (N)	1 018 705			4 353			23 124			48 439			1 451		68 911			1 644 983	

* Incluye retiro o coito interrumpido, 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. Distrito Federal, 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	77.7	67.8	85.2	0.0	0.0	0.0	3.2	0.8	11.8	8.5	4.8	14.6	0.0	0.0	0.0	10.6	6.4	17.1	100
15 a 19 años	92.8	88.8	95.4	0.6	0.1	4.2	1.3	0.5	3.8	1.8	0.9	3.7	0.2	0.0	1.5	3.4	1.5	7.5	100
Total	87.4	83.3	90.7	0.4	0.0	2.8	2.0	0.7	5.3	4.2	2.5	6.8	0.1	0.0	0.9	5.9	3.8	9.2	100
Frecuencia (N)	1 018 705			4 353			23 124			48 439			1 451		68 911			1 644 983	

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

preguntas que se realizaron fue el número de horas que ven televisión de lunes a viernes sin incluir videojuegos o películas. Destaca que 45.0% de los adolescentes de 10 a 19 años que viven en el Distrito Federal ven de 1 a 2 horas de televisión de lunes a viernes y 3.4% 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 el Distrito Federal destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 24.3% de los adolescentes refieren que han tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 1.0%. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 1.0% de los adolescentes. Además, el 3.9% de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir,

■ Cuadro 3.16

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

Horas de ver televisión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Nada	53 639	3.7	2.2	6.1
Menos de una hora	83 530	5.8	4.3	7.8
1-2 horas	648 394	45.0	40.6	49.5
3-4 horas	440 193	30.6	26.3	35.2
5-6 horas	137 040	9.5	7.0	12.8
7-8 horas	27 719	1.9	0.9	4.0
9 o más horas	48 816	3.4	1.9	6.0
Total	1 439 331	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. Distrito Federal, México

Trastorno	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Ha perdido el control				
No	1 090 100	75.7	70.5	80.3
Sí	349 231	24.3	19.7	29.5
Vómito autoinducido				
No	1 425 399	99.0	97.2	99.7
Sí	13 932	1.0	0.3	2.8
Medidas compensatorias*				
No	1 425 180	99.0	96.9	99.7
Sí	14 151	1.0	0.3	3.1
Prácticas de tipo restrictivo‡				
No	1 383 427	96.1	94.0	97.5
Sí	55 904	3.9	2.5	6.0
Total	1 439 331	100	100	100

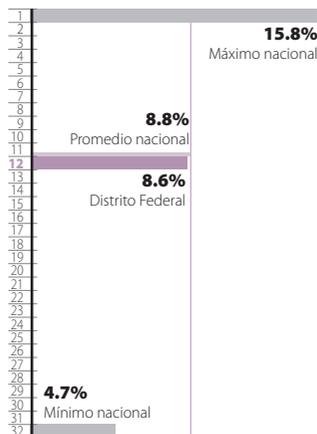
* Incluye uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso.

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

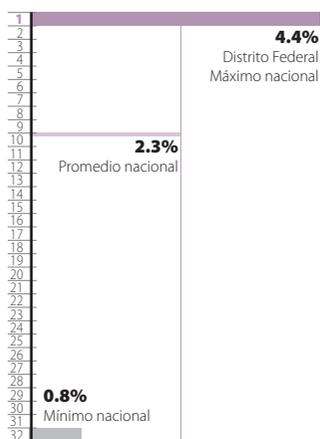
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

Figura 3.6

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

**Figura 3.7**

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



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 el Distrito Federal la proporción de adolescentes con daños a la salud por accidentes fue de 8.6%, mientras que el promedio nacional es de 8.8% (figura 3.6). En relación al tipo de accidente, destacan las caídas con 45.5%, seguido de los accidentes con fuerzas mecánicas inanimadas (18.9%), accidentes con transportes terrestres (13.4%) (cuadro 3.18). Los tres principales lugares donde ocurren el mayor número de accidentes en esta población son: en la escuela (33.5%), la vía pública (32.6%) y el hogar (13.9%) (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. Distrito Federal, México

Tipo de accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Caída*	56 606	45.5	31.0	60.8
Fuerzas mecánicas animadas	11 321	9.1	3.5	21.8
Fuerzas mecánicas inanimadas	23 546	18.9	8.9	35.7
Otro tipo‡	14 727	11.8	4.3	28.4
Transporte terrestre§	16 642	13.4	6.1	27.0
No especificado	1 451	1.2	0.2	7.8
Total	124 293	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 los adolescentes que sufrieron algún accidente en los últimos 12 meses, según lugar del accidente. Distrito Federal, México

Lugar del accidente	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escuela	41 634	33.5	21.2	48.6
Hogar	17 323	13.9	4.6	35.0
Lugar de recreo o deportivo	11 030	8.9	2.5	27.2
Otro*	10 547	8.5	2.5	25.4
Trabajo	3 193	2.6	0.6	11.0
Vía pública	40 566	32.6	17.6	52.4
Total	124 293	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 4.4% 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 39.5%, le siguen las agresiones con objetos cortantes (23.5%) y agresiones con arma de fuego (15.1%) (cuadro 3.20). El 61.0% de las agresiones ocurrieron en la vía pública, el 25.6% en la escuela, el 7.0% en algún establecimiento comercial, las menores frecuencias se reportaron en algún lugar de recreo o deportivo con 3.0% (cuadro 3.21).

Acerca del intento de suicidio, la prevalencia entre los adolescentes del Distrito Federal es de 1.7%, la cual es un poco 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 el Distrito Federal, lo que permite la adecuación de políticas

■ Cuadro 3.20

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

Tipo de agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Agresión sexual	1 742	2.8	0.3	20.7
Arma de fuego	9 432	15.1	4.0	43.4
Golpes, patadas, puñetazos	24 667	39.5	15.2	70.5
Objetos cortantes	14 638	23.5	9.4	47.6
Otras agresiones o maltrato	6 095	9.8	2.5	31.6
Otro	5 804	9.3	1.8	36.1
Total	62 378	100	100	100

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adolescentes. México.

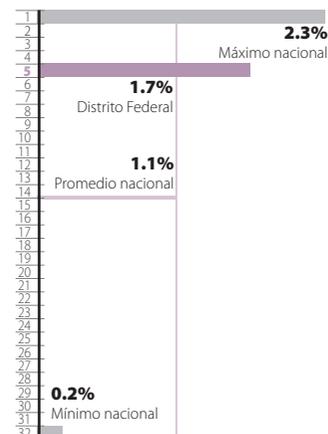
■ Cuadro 3.21

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

Lugar de la agresión	Frecuencia (N)	%	IC95%	
			Inferior	Superior
Escuela	15 961	25.6	7.0	61.1
Establecimiento comercial	4 353	7.0	0.8	40.4
Lugar de recreo o deportivo	1 866	3.0	0.3	23.8
Transporte público	2 177	3.5	0.4	24.4
Vía pública	38 021	61.0	34.2	82.4
Total	62 378	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

- El porcentaje de adolescentes que consume alcohol en el país ha aumentado en años recientes y en el Distrito Federal se observa un consumo mayor al promedio nacional.
- En relación con el promedio nacional, los adolescentes del Distrito Federal tienen un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos.
- El 72% de los adolescentes del Distrito Federal utilizó condón en su primera relación sexual.
- El 53.0% de las adolescentes de 12 a 19 años con vida sexual activa de la región Centro, reporta haber estado alguna vez embarazada.
- Los adolescentes del Distrito Federal tienen un menor 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 similar en el DF a lo encontrado en el ámbito nacional.

públicas para la atención de dicho grupo poblacional. Debido a la relevancia de los problemas analizados, se propone continuar no sólo con la caracterización de conductas de riesgo y salud reproductiva en 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 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 Mex* 2003; 45 supl 1:S153- S166
6. González-Garza C, Rosalba Rojas-Martínez, María I Hernández-Serrato, Gustavo Olaiz-Fernández. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Publica Mex* 2005; 47:209-218
7. Unikel Santoncini Claudia, Bojórquez Chapela Ietza, Villatoro Velázquez Jorge Ameth, Fleiz Bautista Clara M, Medina-Mora Icaza María Elena, Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003, *Rev Invest Clin* 2006; 58(1):15-27
8. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villapando-Hernández S, Hernández Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006

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

En el ámbito nacional, uno de los resultados más importantes obtenidos a partir de la ENSANUT 2006¹ es el crecimiento de los programas de detección de enfermedades como resultado del impulso de los programas preventivos del sector salud. Estos resultados muestran que una mayor proporción de la población de 20 años o más, acudió en los últimos 12 meses a realizarse pruebas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama en mujeres, así como para pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial en la población general. En comparación con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)², los incrementos en estas pruebas de detección fueron de 31.8, 69.1, 111 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 con origen amerindio, han impactado 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, disli-

pidemia 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 1993¹, 5.8% en 2000 a 7% en 2006, y la de hipertensión arterial, de 10.1% en 1993, 12.5% en el 2000 y 15.4% en 2006. El diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia en la población adulta mexicana fue de 6.4% en 2000 y de 8.5% en 2006. El impacto que estas enfermedades tienen no sólo en la mortalidad sino en la morbilidad y calidad de vida representa una enorme carga tanto para el individuo y su familia como para el sistema de salud y la sociedad en general.

Como seguimiento al reporte preliminar del análisis nacional publicado 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 del Distrito Federal. 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 nacionalmente y en la medida de lo posible con los hallazgos estatales reportados en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)².

Resultados

En el Distrito Federal se visitaron 1 381 hogares y se entrevistó un total de 1 293 adultos de 20 años o más, residentes en él. Después de aplicar los factores de expansión, esta muestra representa a 5 956 670 adultos residentes en el Distrito Federal, 46.9% hombres y 53.1% 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 e hipertensión arterial en el Distrito Federal (cuadro 4.1).

■ Cuadro 4.1

Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Distrito Federal, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Detección de cáncer cervicouterino				
20-39 años	493.0	32.4	27.3	38.0
40-59 años	444.0	44.9	36.5	53.5
60 años o más	260.7	40.6	31.5	50.4
Total	1197.6	38.0	33.8	42.4
Detección de cáncer de mama				
20-39 años	200.6	13.2	9.8	17.6
40-59 años	275.4	27.8	20.9	35.8
60 años o más	157.3	24.5	17.4	33.4
Total	633.3	20.1	16.9	23.7
Detección de diabetes mellitus				
Hombres				
20-39 años	128.3	9.5	6.8	13.0
40-59 años	244.5	27.6	21.1	35.1
60 años o más	119.6	38.0	25.7	52.0
Total	492.4	19.3	15.6	23.6
Mujeres				
20-39 años	237.2	15.7	11.1	21.9
40-59 años	326.7	36.4	29.6	43.7
60 años o más	220.6	47.2	36.1	58.6
Total	784.4	27.3	22.5	32.7
Total				
20-39 años	365.5	12.8	10.3	15.7
40-59 años	571.2	32.0	27.3	37.1
60 años o más	340.2	43.5	34.1	53.4
Total	1276.9	23.5	20.8	26.5
Detección de hipertensión arterial				
Hombres				
20-39 años	193.0	14.8	11.3	19.1
40-59 años	182.7	22.6	15.7	31.4
60 años o más	65.5	26.3	14.7	42.4
Total	441.3	18.7	14.9	23.1
Mujeres				
20-39 años	298.8	21.8	15.9	29.1
40-59 años	247.7	32.7	24.6	42.1
60 años o más	130.2	36.9	24.7	51.0
Total	676.6	27.3	22.0	33.3
Total				
20-39 años	491.8	18.4	14.5	23.1
40-59 años	430.4	27.5	22.6	33.0
60 años o más	195.7	32.5	23.6	42.8
Total	1117.9	23.1	19.6	26.9

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.1

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

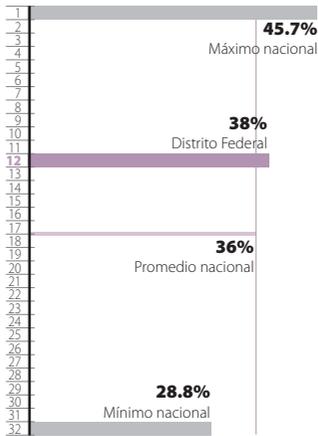


Figura 4.2

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

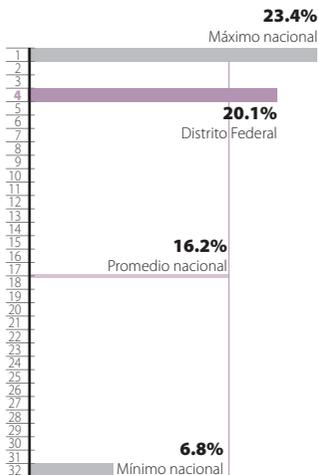


Figura 4.3

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

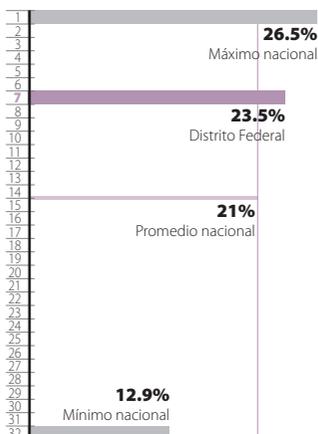
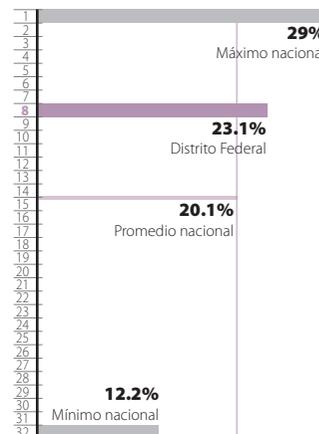


Figura 4.4

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



El 38% de las mujeres de 20 años o más residentes en el Distrito Federal acudieron a un servicio médico a realizarse una prueba de Papanicolau 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 (44.9%). En el caso de la prueba de detección de cáncer de mama, el 20.1% 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 (27.8 y 24.5% para las mujeres de 40 a 59 años y de 60 años o más, respectivamente).

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial, el 23.5% de los adultos de 20 años o más acudieron a realizarse una determinación de glucosa en sangre (venosa o capilar) en el año previo a la ENSANUT 2006, mientras que este porcentaje fue 23.1% para el caso de medición de la tensión arterial. Para ambas pruebas hubo una tendencia al aumento en la detección en los grupos de mayor edad, y existe una tendencia de prueba 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, el Distrito Federal se ubica arriba de la media nacional para las pruebas de detección de cáncer cervicouterino, cáncer de mama, diabetes e hipertensión arterial (figuras 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4).

Al igual que lo observado en el ámbito nacional, el Distrito Federal presenta incrementos importantes para los servicios de detección en los últimos seis años. En comparación con lo reportado en la ENSA 2000 para el Distrito Federal, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (38 vs. 29.2%), cáncer de mama (20.1 vs. 13.0%) representando incrementos del 30.1% y 54.6%

respectivamente. También hubo incremento en las pruebas de detección de diabetes (23.5 vs. 13.9%) e hipertensión arterial (23.1% vs. 18.9%) siendo de 69.4 y 29.3% 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 en el Distrito Federal por grupo de edad.

La prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más para el Distrito Federal fue 8.9%, siendo mayor en mujeres (9.1%) que en hombres (8.6%). Para el grupo de edad de 60 años o más esta prevalencia fue de 26.7%. Por otro lado, el 18.7% de los adultos reportó el diagnóstico médico previo de hipertensión arterial, 21.5% en mujeres y 15.5% en hombres, e igualmente estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a ser de 43.6% en adultos de 60 años o más. Finalmente, el diagnóstico médico previo de colesterol elevado lo reportó el 11.8% de los adultos mayores de 20 años y el 24% de los adultos de 60 años o más. Nuevamente este diagnóstico fue mayor en mujeres que en hombres.

■ Cuadro 4.2

Diagnóstico médico previo de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, según grupos de edad. Distrito Federal, México

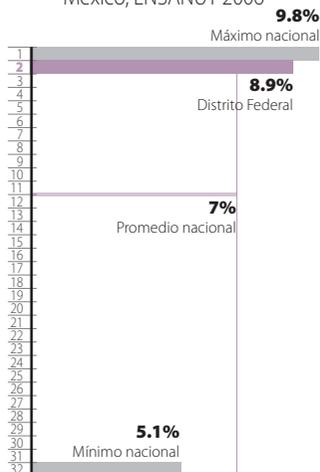
	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Diagnóstico médico previo de diabetes				
20-39 años	30.4	1.1	0.5	2.2
40-59 años	212.6	10.6	7.4	15.0
60 años o más	285.1	26.7	20.3	34.3
Total	528.2	8.9	7.1	11.1
Diagnóstico médico previo de hipertensión				
20-39 años	216.1	7.5	5.6	9.9
40-59 años	431.1	21.6	18.1	25.5
60 años o más	465.7	43.6	35.6	52.0
Total	1112.9	18.7	16.3	21.4
Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia				
20-39 años	94.1	3.3	2.0	5.2
40-59 años	352.8	17.7	13.6	22.7
60 años o más	255.8	24.0	19.3	29.4
Total	702.6	11.8	9.8	14.1

* Frecuencia en miles

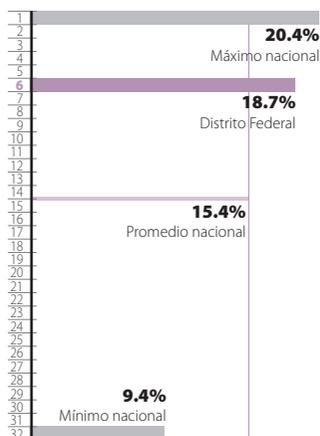
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

Figura 4.5

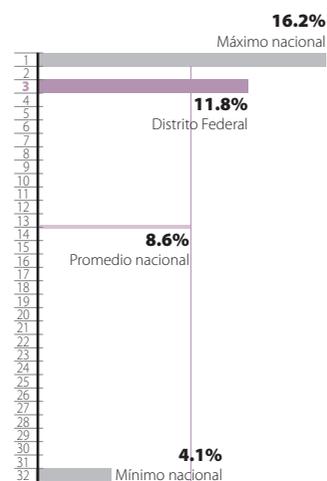
Diabetes mellitus por diagnóstico médico previo. Adultos de 20 años o más. México, ENSANUT 2006

**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



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. Esto es especialmente relevante para estas enfermedades en las que el subdiagnóstico es considerablemente alto.

En comparación con las prevalencias nacionales, el Distrito Federal se ubicó por arriba de las medias nacionales para la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia (figuras 4.5 a 4.7).

Comparando con lo reportado en la ENSA 2000, el Distrito Federal presentó incrementos en las prevalencias de los diagnósticos médicos de estas enfermedades: 30.9% de incremento para diabetes (de 6.8% a 8.9%), 29.9% de incremento para hipertensión arterial (de 14.4% a 18.7%) y 21.6% de incremento para la hipercolesterolemia (de 9.7% a 11.8%).

Factores de riesgo

Además de los daños establecidos 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 asociados al perfil epidemiológico actual del país es el problema creciente de sobrepeso y obesidad a todo lo largo de las 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 27.2% de los adultos de 20 años o más del Distrito Federal fumaban al momento de la encuesta y habían fumado más de 100 cigarros en su vida como para considerarlos fumadores (cuadro 4.3). Al compararlo con el estimado nacional, la entidad se ubica en el lugar número 1, es decir ocupa el máximo en el ámbito nacional (figura 4.8). Esta proporción fue casi dos veces mayor en hombres que en mujeres (37.3 vs. 18.3%), diferencia que se conservó en todos los

■ Cuadro 4.3

Consumo de tabaco en adultos, según grupos de edad y sexo. Distrito Federal, 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.
Hombre	581.3	42.5	35.9	49.3	143.2	10.5	6.7	15.9	643.4	47.0	39.6	54.6
Mujer	310.0	20.3	15.5	26.2	139.0	9.1	6.1	13.4	1074.7	70.5	64.0	76.3
Total	891.3	30.8	26.5	35.5	282.2	9.8	7.6	12.5	1718.2	59.4	54.7	64.0
40-59 años												
Hombre	358.5	35.8	29.3	42.8	246.1	24.6	18.4	31.9	397.7	39.7	31.8	48.1
Mujer	212.5	21.3	16.2	27.6	113.0	11.4	7.8	16.3	669.8	67.3	60.7	73.3
Total	571.0	28.6	24.9	32.6	359.1	18.0	14.0	22.8	1067.5	53.4	47.6	59.2
60 años o más												
Hombre	102.0	23.9	17.5	31.9	119.7	28.1	17.9	41.1	204.3	48.0	36.1	60.0
Mujer	55.4	8.6	4.5	15.8	57.6	9.0	5.2	15.0	528.4	82.4	75.3	87.8
Total	157.4	14.7	10.9	19.6	177.3	16.6	12.2	22.1	732.8	68.6	62.6	74.1
Totales												
Hombre	1 041.8	37.3	32.9	41.8	509.0	18.2	14.4	22.8	1245.5	44.5	39.2	50.0
Mujer	577.8	18.3	14.9	22.3	309.6	9.8	7.7	12.5	2273.0	71.9	67.6	75.9
Totales	1 619.7	27.2	24.4	30.2	818.6	13.7	11.3	16.6	3518.5	59.1	55.3	62.7

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

grupos de edad. Si a esta proporción de fumadores actuales se le agrega un 13.7% de adultos (18.2% hombres, 9.8% mujeres) que habiendo fumado más de 100 cigarros a lo largo de su vida, al momento de la encuesta ya se consideraban ex fumadores, se estima que 28.1% de las mujeres y 55.5% de los hombres adultos del Distrito Federal se han expuesto activamente al humo de tabaco, lo que representa aproximadamente 2 400 000 adultos en riesgo importante de 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 15.8% siendo éste mayor en hombres (19.4%).

En cuanto al consumo de alcohol también se encontraron grandes diferencias entre hombres y mujeres (cuadro 4.4). Mientras un 80.2% de las mujeres de 20 años o más se consideraban abstemias al momento de la encuesta (ya sea que nunca había tomado o actualmente no tomaba), esta proporción sólo fue de 57.2% en caso de los hombres. Por otro lado, 17.3% de los adultos del Distrito Federal

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

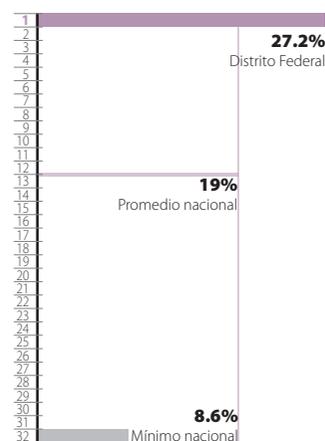
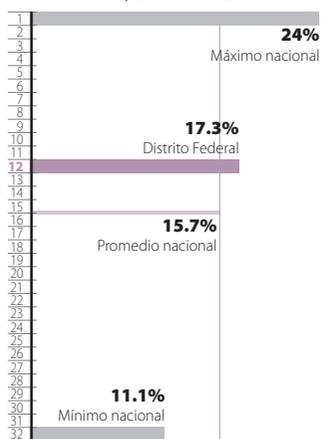
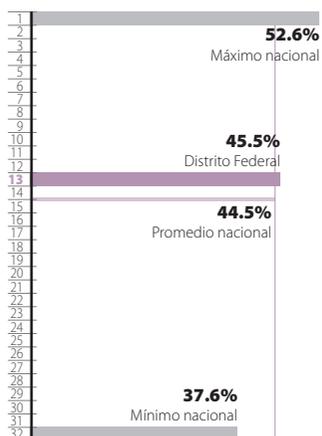


Figura 4.9

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

**Figura 4.10**

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

**■ Cuadro 4.4**

Consumo de alcohol en adultos. Distrito Federal, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Nunca ha tomado				
Hombres	580.4	20.8	16.0	26.5
Mujeres	1811.3	57.3	53.0	61.5
Total	2391.7	40.2	36.3	44.1
Actualmente no toma				
Hombres	1017.3	36.4	32.1	40.9
Mujeres	724.4	22.9	19.7	26.5
Total	1741.7	29.2	26.4	32.2
Toma, no se intoxicó con alcohol en el último mes				
Hombres	340.7	12.2	9.1	16.1
Mujeres	425.5	13.5	10.2	17.6
Total	766.2	12.9	10.1	16.2
Toma, se intoxicó con alcohol al menos una vez en el último mes				
Hombres	833.8	29.8	25.6	34.4
Mujeres	199.2	6.3	4.6	8.6
Total	1032.9	17.3	15.2	19.8
No especificado				
Hombres	24.1	0.9	0.2	4.3
Mujeres	N.d.			
Total	24.1	0.4	0.1	2.0
Total	5956.7	100.0		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

(29.8% de los hombres y 6.3% de las mujeres) reportaron 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 al Distrito Federal en el lugar número 12, arriba de la media nacional (figura 4.9).

Salud reproductiva

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

De los adultos entre 20 y 49 años de edad del Distrito Federal que reportaron tener vida sexual activa, el 45.5% reportaron estar usando algún método de planificación familiar (cuadro 4.5). Al compararlo con lo encontrado a nivel nacional, el Distrito Federal se ubica en el lugar número 13 (figura 4.10). Este hallazgo representa una reducción en la utilización de métodos de planificación fami-

■ Cuadro 4.5

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

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
Grupos de edad				
20-29				
Hombre	202.4	28.2	20.0	38.1
Mujer	187.3	50.0	37.8	62.2
Total	389.7	35.7	28.7	43.2
30-39				
Hombre	319.9	49.2	40.4	58.1
Mujer	328.0	58.5	48.4	67.9
Total	648.0	53.5	47.3	59.6
40-49				
Hombre	238.9	45.6	35.9	55.7
Mujer	238.0	47.7	38.2	57.3
Total	476.9	46.6	40.6	52.8
Totales				
Hombre	761.2	40.2	35.2	45.5
Mujer	753.4	52.5	46.2	58.8
Total	1514.6	45.5	41.9	49.2

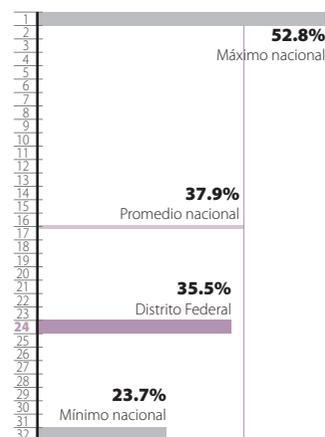
* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Adultos. México

liar con respecto a lo reportado en la ENSA2000 donde el Distrito Federal reportó un 50.2% de utilización. El grupo de edad con mayor tendencia a la utilización de planificación familiar es el de 30 a 39 años donde el 53.5% reportaron algún método. Además, las mujeres reportaron mayor utilización que los hombres en todos los grupos de edad. El método más utilizado fue la operación permanente femenina (oclusión tubaria bilateral) con 39.7% seguido del uso de dispositivo intrauterino con 26.4% y el condón con 17.6%.

En el Distrito Federal, las mujeres de entre 20 y 49 años que reportaron haber tenido al menos un hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta recibieron atención prenatal por parte de personal de salud en 95.3 por ciento. La primera revisión de estas mujeres ocurrió durante el primer trimestre del embarazo en el 85.5% de los casos. El parto se resolvió en un 35.5% de los casos por cesárea, 22.8% de urgencia y 12.8% programada (cuadro 4.6). Este mismo indicador a nivel nacional fue de 37.9%, ocupando el Distrito Federal el lugar número 24 (figura 4.11). En cuanto a la institución que atendió los partos, el 35.2% se atendió en el IMSS, seguido por la SSA-Seguro Popular y el medio privado con un 33.3% y 22.9% respectivamente. A nivel de la entidad, la institución con el mayor porcentaje de cesáreas fue otra diferente al IMSS, SSA e ISSSTE con 56.9% de los partos y seguido por el medio privado con 53.1%.

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. Distrito Federal, México

	N*	%	IC95%	
			L.I.	L.S.
IMSS				
Parto vaginal	124.2	62.4	43.9	77.8
Cesárea por urgencia	59.3	29.8	15.2	50.2
Cesárea programada	15.6	7.8	2.7	20.6
Total	199.1	100.0		
SSA/Seguro Popular				
Parto vaginal	155.5	82.7	72.0	89.9
Cesárea por urgencia	20.0	10.6	4.7	22.3
Cesárea programada	12.5	6.6	3.0	14.1
Total	188.0	100.0		
ISSSTE, ISSSTE estatal				
Parto vaginal	12.4	56.4	19.5	87.3
Cesárea por urgencia	4.4	19.8	3.9	59.9
Cesárea programada	5.2	23.8	3.3	74.3
Total	22.0	100.0		
Privado				
Parto vaginal	60.8	46.9	27.9	66.8
Cesárea por urgencia	41.1	31.7	16.9	51.5
Cesárea programada	27.8	21.4	8.1	45.8
Total	129.7	100.0		
Otro lugar[‡]				
Parto vaginal	11.3	43.1	13.3	78.9
Cesárea por urgencia	3.9	14.7	1.8	61.5
Cesárea programada	11.1	42.2	12.7	78.5
Total	26.3	100.0		
Total				
Parto vaginal	364.2	64.5	54.3	73.5
Cesárea por urgencia	128.6	22.8	14.8	33.4
Cesárea programada	72.1	12.8	7.8	20.2
Total	565.0	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

En comparación con lo encontrado en la ENSA2000, el porcentaje de cesáreas en el Distrito Federal disminuyó un 1.4% (36.0% a 35.5%). Por último, el 99.4% de los partos fueron atendidos por un médico y sólo el 0.6% por partera, lo que está por debajo del 4.9% de la media nacional.

Conclusiones

Semejante a lo observado en el ámbito nacional, el Distrito Federal 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 el Distrito Federal, una mayor proporción de mujeres de 20 años o más acudieron a un servicio médico para la detección de cáncer cervicouterino (38 vs. 29.2%) y de cáncer de mama (20.1 vs. 13.0%), representando incrementos del 30.1 y

Aspectos relevantes

- El uso de servicios preventivos para la detección de cáncer cervicouterino entre las mujeres del Distrito Federal se encuentra arriba de la media nacional.
- Cuatro puntos porcentuales arriba de la media nacional se encuentra la realización de mastografías en mujeres adultas para la detección de cáncer de mama.
- La detección de diabetes mellitus en adultos del Distrito Federal se encuentra más de dos puntos porcentuales mejor que la media nacional.
- La detección de hipertensión arterial en adultos del Distrito Federal ocupa el octavo mejor sitio nacional.
- La prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo se encuentra muy por arriba del promedio nacional.
- La prevalencia de tabaquismo actual en adultos residentes del Distrito Federal es la mayor a nivel nacional.
- La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en el Distrito Federal se encuentra arriba del promedio nacional.
- El Distrito Federal se ubica con una proporción ligeramente mayor al promedio nacional en el uso de métodos de planificación familiar.
- La proporción de cesáreas es menor a la presentada en el país.

54.6% respectivamente. El incremento en las pruebas de detección de diabetes mellitus (23.5 vs. 13.9%) e hipertensión arterial (23.1 vs. 18.9%) fue del 69.4 y 29.3% respectivamente.

La prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más en el Distrito Federal fue de 8.9, 18.7 y 11.8%, respectivamente.

El 27.2% de los adultos de 20 años o más del Distrito Federal son fumadores y el 17.3% 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. Afecta, además, el crecimiento y el desarrollo mental, lo que se manifiesta en una disminución en el desempeño escolar y en el rendimiento intelectual a lo largo de la vida. Asimismo, la desnutrición durante la gestación y el primer año de vida aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta.¹ Por otra parte, la obesidad es un grave problema de salud pública, que resulta de la ingestión de dietas elevadas en alimentos con alta densidad energética y bajos en fibra, así como 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 y a los actuales estilos de recreación.²

En definitiva, las alteraciones en el equilibrio entre la ingestión de energía y el gasto energético se traducen 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: altas cifras, por un lado, 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 pun-

tos 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 ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$) para la edad, el 26% de los escolares en México y uno de cada tres adolescentes presentan exceso de peso, es decir, la combinación de sobrepeso y obesidad. En las personas mayores de 20 años, las prevalencias de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$) se han incrementado de manera alarmante; actualmente, 71.9% de las mujeres y 66.7% de los hombres mexicanos padecen 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 residente en el Distrito Federal.

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 2 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 fue empleado 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), basada en una población de niños sanos y bien alimentados de Estados Unidos,⁹ 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; a este retardo en el crecimiento lineal se le conoce también como desnutrición crónica o desmedro. Cuando el peso esperado para la talla o el peso esperado para la edad se ubican 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 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 encima de 2 desviaciones estándar de la OMS/NCHS/CDC.

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

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

^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.

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

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

Adolescentes

El estado nutricional de la población de 12 a 19 años de edad 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 de edad. También se evaluó la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) de los adolescentes mediante el cálculo del IMC según 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 de edad se realizó mediante dos indicadores: el IMC, descrito antes para niños y adolescentes, y la circunferencia de cintura. La clasificación basada en el IMC utilizó como puntos de corte los propuestos por la OMS:¹¹ desnutrición (<18.5 kg/m²), estado nutricional adecuado (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²). Se incluyeron como datos válidos todos aquellos valores de IMC entre 10 y 58 kg/m². Se consideraron como valores válidos de talla los datos comprendidos entre 130 y 200 cm. Se excluyeron del análisis los datos de IMC cuando la talla fue menor de 130 cm. Para el análisis de la circunferencia de cintura se empleó el criterio propuesto por la Federación Internacional de Diabetes (IDF),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, el 5%, poco más de 472 mil niños, se clasificó con bajo peso (puntaje z de peso para la edad debajo de -2); 12.7%, alrededor de 1 194 805 niños, con baja talla o desmedro (puntaje z de talla para la edad debajo de -2); y 1.6%, 153 mil niños, con emaciación (puntaje z de peso para la talla debajo de -2). En contraste, el 5.3% de estos niños, cerca de 500 mil, presentaron sobrepeso (determinado por el indicador peso para la talla arriba de 2 z).⁵

Aplicando los factores de expansión, la muestra de niños estudiados en el Distrito Federal representa a 704 mil 600 niños menores de cinco años. Del total de niños preescolares evaluados el 4.6% presentó bajo peso, 11.9% tuvo baja talla o desmedro y 2.0% presentó emaciación. Cerca del 5% presentó sobrepeso (cuadro 5.1).

En las figuras 5.1 a 5.3 se muestra la ubicación de la prevalencia de bajo peso, baja talla y emaciación en población infantil, con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país. Se puede observar que el bajo peso y la baja talla en el Distrito Federal se ubican debajo del promedio nacional, pero la emaciación es mayor a la media nacional.

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 repre-

■ Cuadro 5.1

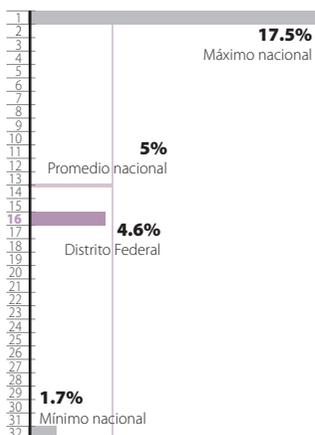
Distribución de puntuación z en población menor de 5 años de edad del Distrito Federal, México

Indicador	<-2z			>=-2z, <=2z			>2z			TOTAL	
	Expansión			Expansión			Expansión			Expansión	
	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%	IC95%	Número (miles)	%
Peso / Edad	32.4	4.6	(2.1,9.7)	666.7	94.6	(88.8,97.5)	5.5	0.8	(0.2,3.4)	704.6	100
Talla / Edad	83.9	11.9	(6.5,20.7)	613.0	87.0	(78.0,92.7)	7.7	1.1	(0.3,4.1)	704.6	100
Peso / Talla	15.2	2.2	(0.9,5.2)	656.0	93.1	(88.4,96.0)	33.4	4.7	(2.3,9.6)	704.6	100

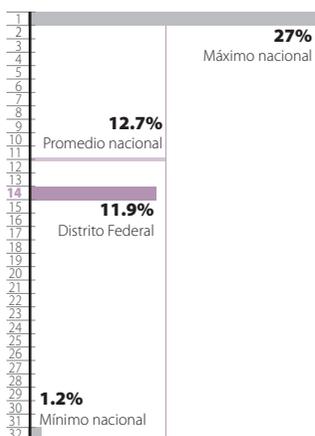
Fuente: ENSANUT 2006. México

Figura 5.1

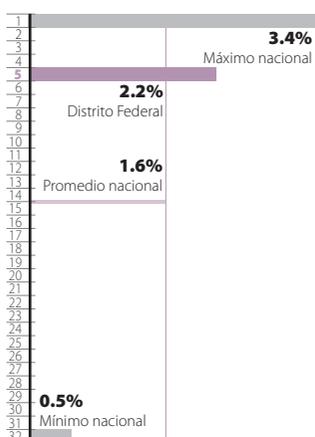
Prevalencia de bajo peso (ZPE<-2) en población menor de cinco años. México, ENSANUT 2006

**Figura 5.2**

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

**Figura 5.3**

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



sentan 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 el Distrito Federal la conforman poco más de 1 millón 13 mil escolares representativos de la capital del país. La prevalencia de baja talla se ubicó en 5.9%, con un mayor índice para las mujeres (7.5%) en comparación con los hombres (4.4%). La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad se ubicó en 35%, con 34.1% para mujeres y 36.1% para hombres. Sin diferenciar por género, la prevalencia de sobrepeso es mayor a la prevalencia de obesidad. Con respecto a la prevalencia de obesidad, las mujeres mantienen porcentajes ligeramente 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 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 los escolares del Distrito Federal se ubica debajo de la media nacional. En contraste, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ubica arriba del promedio nacional, cercano al valor máximo encontrado a escala nacional.

Adolescentes

En el ámbito nacional, la ENSANUT 2006 analizó la información de 14 578 adolescentes (12 a 19 años de edad), 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 el Distrito Federal, de una muestra cuya expansión representa 1 millón 262 mil 100 adolescentes, el 8.2% presentó baja talla, 11.1% para hombres y 4.5% para mujeres. En contraste, el 32.3% de los adolescentes presentó exceso de peso, ligeramente mayor para las mujeres 35.2% en comparación con los hombres 30% (cuadro 5.3).

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

■ Cuadro 5.2

Prevalencia de talla baja (ZTE <-2), sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años de edad del Distrito Federal, 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%
Baja talla (<-2 ZTE)	507.2	22.5	4.4	(1.8,10.8)	493.8	36.9	7.5	(4.0,13.6)	1000.9	59.3	5.9	(3.5,9.8)
Sobrepeso	519.6	133.9	25.8	(19.6,33.1)	493.8	109.0	22.1	(15.2,30.9)	1013.4	242.9	24.0	(18.4,30.5)
Obesidad	519.6	53.4	10.3	(6.3,16.3)	493.8	59.5	12.1	(7.5,18.9)	1013.4	112.9	11.1	(7.8,15.7)
Sobrepeso+obesidad	519.6	187.3	36.1	(29.9,42.7)	493.8	168.5	34.1	(25.6,43.8)	1013.4	355.8	35.1	(28.9,41.8)

Fuente: ENSANUT 2006. México

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 (lo que representa 24 910 507 mujeres) y 66.7% de los hombres (16 231 820 hombres). La prevalencia de desnutrición (IMC<18.5) en ambos sexos fue menor a 2 por ciento.⁵

La prevalencia de sobrepeso más obesidad en el Distrito Federal fue de 73% en los adultos mayores de 20 años de edad (69.8% para hombres y 75.4% para mujeres). Aunado a las altas cifras de sobrepeso y obesidad, la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal, fue de 75.8% en la capital del país, con una marcada diferencia entre sexos: 65.1% hombres y 83.5% mujeres. Por otro lado, la prevalencia de desnutrición se ubicó en 1% (cuadro 5.4).

En la figura 5.7 se presenta la ubicación de la prevalencia de sobrepeso más obesidad en la población adulta, con respecto a la media nacional y a los valores máximos y mínimos encontrados en el país. El Distrito Federal tiene una prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos 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 2006.

Los resultados mostraron que la prevalencia de baja talla en menores de cinco años de edad es baja, lo que ubica al Distrito Federal como una de las entidades con menor prevalencia. No obstante, es importante implementar acciones, para reducir dicha prevalencia a cifras menores al 5 por ciento.

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



■ Cuadro 5.3

Prevalencia de talla baja (ZTE <-2), sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años de edad del Distrito Federal, 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%
Baja talla (<-2 zte)	558.1	61.8	11.1	(6.1,19.3)	440.1	19.8	4.5	(2.0,9.6)	998.2	81.6	8.2	(4.9,13.2)
Sobrepeso	685.4	138.1	20.1	(13.9,28.3)	576.7	140.2	24.3	(17.9,32.1)	1262.1	278.3	22.1	(17.2,27.7)
Obesidad	685.4	67.4	9.8	(6.1,15.4)	576.7	62.6	10.8	(6.4,17.8)	1262.1	130.0	10.3	(7.6,13.8)
Sobrepeso+obesidad	685.4	205.5	30.0	(22.7,38.4)	576.7	202.8	35.2	(27.4,43.8)	1262.1	408.3	32.3	(26.8,38.4)

Fuente: ENSANUT 2006. México

Figura 5.5

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

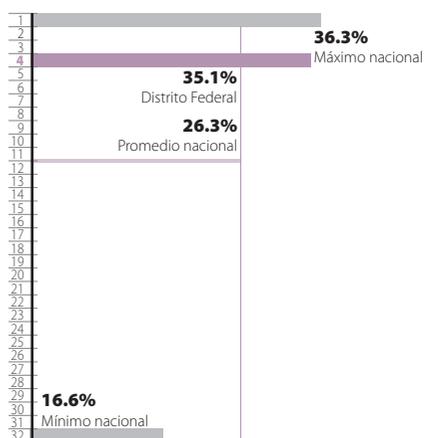
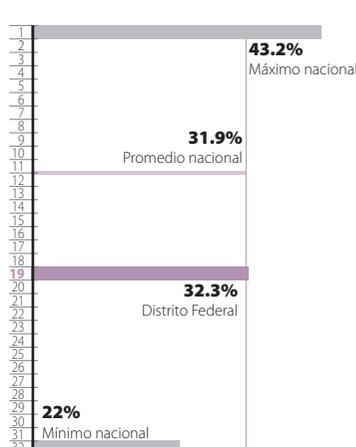


Figura 5.6

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



■ Cuadro 5.4

Distribución porcentual del IMC (OMS) en población adulta (mayor a 20 años de edad) del Distrito Federal, 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%
Desnutrición	2394.9	42.2	1.8	(0.9,3.6)	3327.8	23.1	0.7	(0.2,2.0)	5722.7	65.3	1.1	(0.6,2.0)
Adecuado	2394.9	681.7	28.5	(23.4,34.1)	3327.8	795.6	23.9	(20.2,28.1)	5722.7	1477.3	25.8	(23.0,28.8)
Sobrepeso	2394.9	1048.3	43.8	(37.1,50.7)	3327.8	1371.4	41.2	(35.6,47.1)	5722.7	2419.7	42.3	(38.3,46.4)
Obesidad	2394.9	622.7	26.0	(21.1,31.6)	3327.8	1137.7	34.2	(29.9,38.7)	5722.7	1760.4	30.8	(27.8,33.8)
Sobrepeso+obesidad	2394.9	1671.0	69.8	(63.9,75.0)	3327.8	2509.1	75.4	(71.2,79.2)	5722.7	4180.1	73.0	(70.0,75.9)
Obesidad abdominal	2299.6	1496.5	65.1	(60.2,69.7)	3179.1	2653.7	83.5	(79.5,86.8)	5478.7	4150.2	75.8	(72.4,78.8)

Fuente: ENSANUT 2006. México

Aspectos relevantes

- En el Distrito Federal, 12 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años de edad tienen talla baja.
- Más de una tercera parte de los niños y niñas en edad escolar y de los adolescentes presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad.
- Siete de cada 10 adultos mayores de 20 años de edad en el Distrito Federal presentan exceso de peso (IMC \geq 25). Más del 75% de la población mayor de 20 años de edad del Distrito Federal tiene obesidad abdominal.

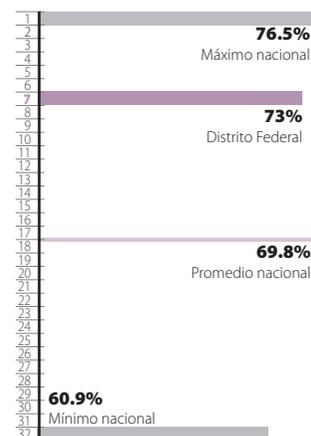
La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue elevada en los diversos grupos de edad. Poco más de un tercio de los niños en edad escolar y de los adolescentes presentan sobrepeso y obesidad. En el caso de los adultos siete de cada 10 presentan exceso de peso. Dado que el sobrepeso y la obesidad aumentan 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.

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 standarization reference manual. Champlaign, 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.

Figura 5.7

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



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 insuficiencia 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 por estratos de edad. Actualmente, con los resultados de la ENSANUT 2006, se pudo cuantificar que de 1999 a 2006 la anemia disminuyó 15.6% (4.3 puntos porcentuales), pasando de 28 a 23.7 por ciento. También se observaron disminuciones en la prevalencia de anemia en los escolares, las mujeres adolescentes y mujeres en edad reproductiva.² Cabe destacar que en la ENSANUT 2006 por primera vez se cuenta con información probabilística respecto a las prevalencias de anemia en jóvenes y adultos del sexo masculino, grupos no estudiados en encuestas previas.

El propósito de este capítulo es describir la prevalencia y la distribución de la anemia en la población preescolar, escolar, adolescente y adulta residente en el Distrito Federal.

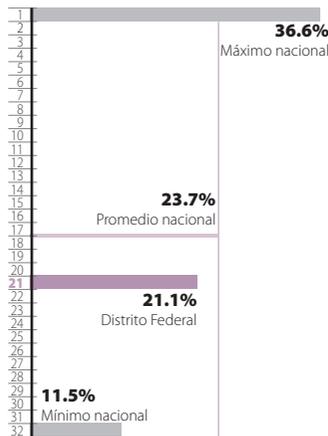
Metodología

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.

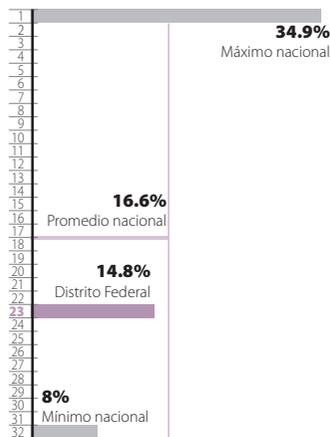
Los valores de corte utilizados para clasificar anemia son los propuestos por la OMS³ y se muestran en el cuadro 6.1:

Figura 6.1

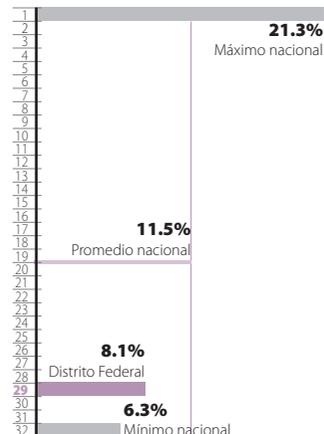
Prevalencia de anemia en menores de 5 años. México, ENSANUT 2006

**Figura 6.2**

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

**Figura 6.3**

Prevalencia 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

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

Los puntos de corte se ajustaron de acuerdo a 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 de anemia observada en el grupo de niños de 1 a 5 años de edad fue de 21.1%. Dicha prevalencia expande a 100 511 niños de uno a cinco años que padecen anemia en el Distrito Federal. Esta prevalencia fue menor a la observada a nivel nacional en este grupo de edad (23.7%)² (figura 6.1) (cuadro 6.2).

Escolares

El 14.8% (365 146) de los niños de 5 a 11 años de edad en el Distrito Federal son anémicos: 14.2%, alrededor de 182 981 hombres, y 15.5%, 182 668 mujeres. Esta prevalencia es menor a la observada a nivel nacional (16.6%) (figura 6.2) (cuadro 6.2).

Adolescentes

La prevalencia de anemia en los adolescentes del Distrito Federal fue de 8.1 por ciento. Lo anterior indica que aproximadamente 231 830 adolescentes presentaron anemia, lo que supone 3.4 puntos porcentuales menor a la prevalencia nacional (figura 6.3) (cuadro 6.2).

■ Cuadro 6.2

Prevalencia de anemia. Información estratificada por grupos de población y sexo en el Distrito Federal, México

Grupo de población	Sexo	Expansión		
		Número (miles)	%	IC95%
Niños menores de 5 años	Ambos	1 242.3	21.1	(15.1 , 28.6)
Niños de 5 a 11 años	Hombres	1 288.6	14.2	(9.4 , 20.7)
	Mujeres	1 178.5	15.5	(9.9 , 23.6)
	Total	2 467.2	14.8	(11.0 , 19.7)
Adolescentes de 12 a 19 años	Hombres	1 536.3	8.0	(4.9 , 13.0)
	Mujeres	1 325.8	8.2	(5.0 , 13.1)
	Total	2 862.1	8.1	(5.6 , 11.6)
Adultos de 20 a 49 años	Hombres	3 289.4	2.9	(1.5 , 5.5)
	Mujeres	4 711.7	13.3	(10.3 , 16.9)
	Total	8 001.1	9.0	(6.9 , 11.6)
Adultos de 50 años o más	Hombres	1 758.9	9.0	(5.4 , 14.4)
	Mujeres	2 367.7	26.3	(20.5 , 33.2)
	Total	4 126.6	18.9	(15.5 , 22.9)

Adultos

El 9.0% (720 099 personas) de la población de 20 a 49 años de edad tienen anemia en el Distrito Federal. Esta prevalencia es menor a la observada a nivel nacional (12.4%) (figura 6.4). En este grupo de edad es muy marcada la diferencia en la distribución de la anemia según el sexo ya que el 2.9% de los hombres (95 393) y el 13.3% de las mujeres (626 656) presentan anemia (cuadro 6.2).

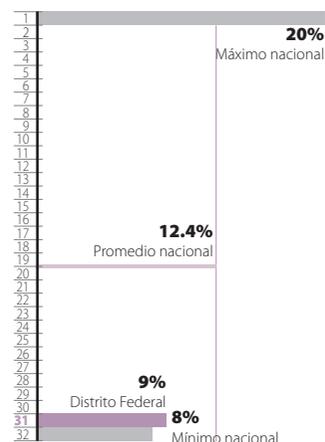
Adultos de cincuenta años o más

La prevalencia de anemia en los adultos de 50 años o más fue de 18.9% (4.8 puntos porcentuales menor a la prevalencia nacional). La cifra anterior expande a 779 927 adultos mayores de 50 años que son anémicos (figura 6.5).

Al igual que con los adultos de 20 a 49 años, la anemia afecta en mayor medida a las mujeres (26.3%) que a los hombres (9.0%) (cuadro 6.2).

Figura 6.4

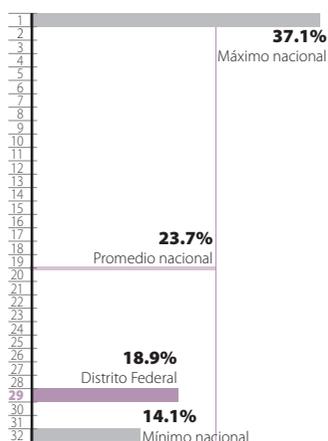
Prevalencia de anemia en población de 20 a 49 años. México, ENSANUT 2006



Aspectos relevantes

- Poco más de una cuarta parte de la población femenina mayor de 50 años de edad en el Distrito Federal tiene anemia.
- Aunque la población infantil y adolescente del Distrito Federal tiene prevalencias de anemia por debajo del promedio nacional, dicha carencia en este grupo de edad constituye un problema de salud pública que debe atenderse.

Figura 6.5
Prevalencia de anemia en población de 50 años o más. México, ENSANUT 2006



Conclusiones

Las mayores prevalencias de anemia se observaron en niños menores de cinco años, mujeres de 20 a 49 años y en adultos de más de 50 años. La prevalencia de anemia en niños menores de cinco años del Distrito Federal fue menor a la cifra nacional. Sin embargo, dados los efectos adversos sobre el desarrollo psicomotor en niños de esta edad, es necesario emprender acciones para su prevención.

La ENSANUT 2006 obtuvo por primera vez información sobre anemia en adultos de 50 años o más y demostró que ésta constituye un problema importante de salud pública nacional, así como en el Distrito Federal, 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 del Distrito Federal, 17.5% (IC: 15.7%, 19.4%)* 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 (47.1%; IC: 42.2%, 52.0%), seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (27.3%; IC: 22.4%, 32.9%). Los servicios de la Secretaría de Salud tienen la menor cobertura (12.9%; IC: 8.8%, 18.5%) (cuadro 7.1).

De la población que reportó algún problema de salud, pero que no utilizó los servicios médicos formales, 13% (IC: 8.8%, 18.8%) 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. Distrito Federal, México

Instituciones	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	249.0	27.3	22.4	32.9
SSA‡	117.5	12.9	8.8	18.5
Privados	429.3	47.1	42.2	52.0
Otros§	110.0	12.1	8.8	16.3
No Respuesta	6.4	0.7	0.2	2.3
Total	912.3	100		

* En miles

‡ SSA, Hospital Civil y Seguro Popular

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

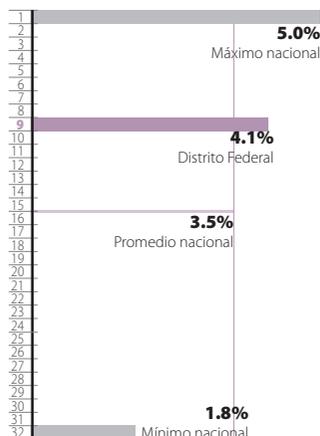
Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

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 11.1% 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 a los estratos socioeconómicos más altos III, IV y V (55.4%; IC: 49.1%, 61.6%; cuadro 7.2). La población del estrato más alto figura también como la más importante entre aquellos que no atendieron su problema de salud (52.2%; IC: 44.6%, 59.6%) (cuadro 7.3).

En el Distrito Federal el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas en los 12 meses previos a la entrevista fue de 4.1% (IC: 3.6%, 4.8%) (cuadro 7.4), lo que ubica al estado arriba del promedio nacional (3.5%) (figura 7.1).

El porcentaje de utilizadores de servicios hospitalarios, por sexo, muestra que 3.4% (IC: 2.8%, 4.2%) son hombres y 4.8% (IC: 4%; 5.8%) mujeres (cuadro 7.4). Del total de la población que se hospitalizó en el último año, 79.8% (IC: 74.4%, 84.3%) 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. Distrito Federal, México

Estratos‡	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
I	157.6	17.3	12.5	23.5
II	248.9	27.3	22.4	32.8
III, IV y V	505.8	55.4	49.1	61.6
Total	912.3	100		

* En miles

‡ El estrato I corresponde al nivel socioeconómico más bajo

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

Aspectos relevantes

- El 17% de las personas manifestaron haber padecido algún problema de salud durante los 15 días previos a la entrevista.
- Los servicios médicos privados fueron el principal proveedor de la atención médica ambulatoria.
- La principal razón de no atención médica fue por causa económica.
- La onceava parte de la población utilizó los servicios ambulatorios en las dos semanas previas a la entrevista.
- La mayor proporción de población que se atendió con profesionales de la salud corresponde al grupo de estratos socioeconómicos más altos III, IV y V.
- En la atención hospitalaria, la mayor proporción corresponde a mujeres.

■ Cuadro 7.3

Población que no atendió su problema de salud, por estrato socioeconómico. Distrito Federal, México

Estratos [‡]	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
I	102.0	16.9	10.7	25.8
II	186.1	30.9	24.3	38.4
III, IV y V	314.1	52.2	44.6	59.6
Total	602.1	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. Distrito Federal, México

Sexo	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Hombre	141.1	3.4	2.8	4.2
Mujer	218.3	4.8	4.0	5.8
Total	359.3	4.1	3.6	4.8

* 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 OMS para garantizar la atención adecuada a la salud y para asegurar los derechos humanos relacionados a la salud.³ El acceso a medicamentos esenciales incluye que estos 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 las 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

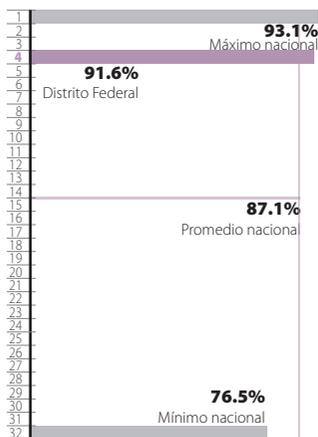


Figura 8.2

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

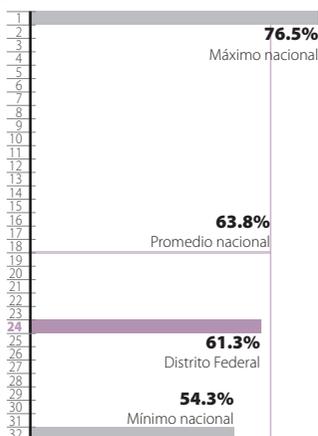
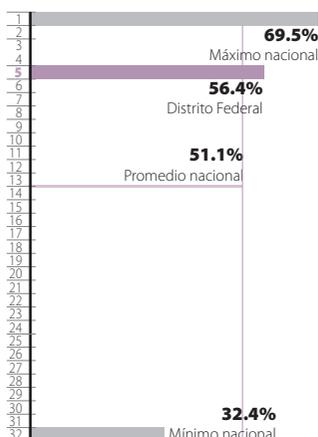


Figura 8.3

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 Distrito Federal muestran que en la gran mayoría de las consultas (91.6%) se recetaron medicamentos, proporción superior a la correspondiente a los datos nacionales (87.1%) (figura 8.1).

De los usuarios de los servicios de salud en el Distrito Federal, el 61.3% consiguió los medicamentos en el lugar de atención, cifra que casi corresponde al promedio nacional (63.8%) (figura 8.2). Respecto al acceso a medicamentos por institución, se observan diferencias significativas (cuadro 8.1). El Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución que presenta el más alto porcentaje (83.4%; IC: 72.5%, 90.5%) de usuarios que obtuvieron los medicamentos en el lugar de la consulta. Por otra parte, solamente el 30.9% (IC: 16.3, 50.8) de los usuarios de la Secretaría de Salud obtuvo los medicamentos en el lugar de atención. En el caso de los usuarios de instituciones privadas, el 53.9% (IC: 44.6%, 62.9%) obtuvo los medicamentos en el lugar de consulta.

El 56.4% de los usuarios de los servicios de salud del Distrito Federal pagó por medicamentos (figura 8.3). Esta cifra es notablemente superior al promedio nacional, de 51.1%, lo cual posiciona al Distrito Federal entre las cinco entidades federativas con los porcentajes más altos de usuarios que pagaron por medicamentos.

Respecto a la realización de exámenes de laboratorio o de gabinete, estos fueron solicitados a uno de cada cuatro usuarios (27.5%) de los servicios de salud (figura 8.4). El 34.6% 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 la institución que brindó la atención.⁽¹⁾ Distrito Federal, México

Instituciones	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
IMSS	208.4	83.4	72.5	90.5
SSA‡	38.2	30.9	16.3	50.8
Privados	208.5	53.9	44.6	62.9
Otros§	79.9	70.7	55.9	82.1
No respuesta	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	535.0	61.3	55.2	67.0

⁽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-ISSSTE estatal, INSALUD, Cruz Roja y otras instituciones

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Aspectos relevantes

- El 39% de los usuarios de los servicios de salud en el Distrito Federal no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención.
- El 56% de los usuarios de los servicios de salud tuvo que pagar por los medicamentos.
- En comparación con el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, donde el 83% de los usuarios obtuvieron sus medicamentos, sólo uno de cada tres usuarios de la Secretaría de Salud pudo conseguirlos en el lugar de la consulta.
- Una tercera parte de los usuarios tuvo que pagar por exámenes de laboratorio y de gabinete.

Conclusiones

El hecho de que el 39% de usuarios de los servicios de salud en el Distrito Federal no pudo conseguir los medicamentos recetados en el lugar de atención, y que el 56% de los usuarios tuvo que pagar por medicamentos, son indicadores que expresan la existencia de barreras significativas para el acceso a medicamentos. Sin embargo, esta situación varía para diferentes instituciones de salud: el IMSS presenta un mayor porcentaje de cobertura de medicamentos para sus usuarios en comparación con la Secretaría de Salud, en la cual casi el 60% de los usuarios no pudo conseguir sus medicamentos en el lugar de atención.

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, Eriviti-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. 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

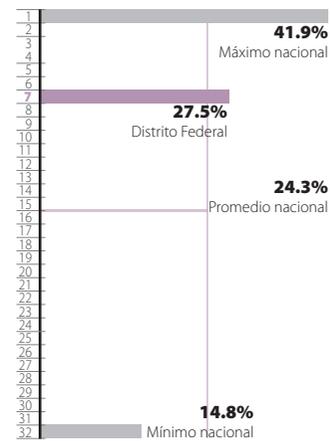
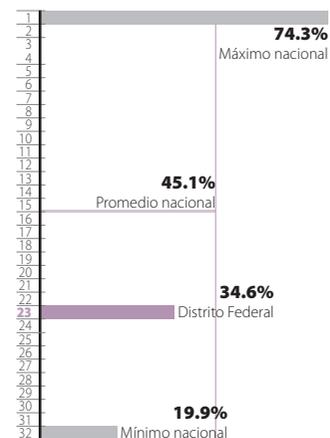


Figura 8.5
Porcentaje de usuarios que pagaron por estudios de laboratorio o de gabinete. México, ENSANUT 2006



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

La mayoría de la población que acudió a unidades ambulatorias considera que su salud mejoró o mejoró mucho debido a la atención que recibió (82.2%; IC: 77.4%, 86.1%), y casi un 18% (IC: 13.9%, 22.6%) percibió que su estado de salud no cambió o incluso empeoró o empeoró mucho (cuadro 9.1). En relación con las 32 entidades federativas, el Distrito Federal se ubica en el lugar 5, por arriba del porcentaje promedio nacional de usuarios de servicios ambulatorios que percibió que su salud mejoró o mejoró mucho (78.5%) (figura 9.1).

Para 81.0% (IC: 76.5%, 84.9%) de las personas atendidas en servicios ambulatorios de carácter curativo y para 74.7% (IC: 53.1%,

■ Cuadro 9.1

Percepción de mejoría en la salud posterior a recibir atención ambulatoria. Distrito Federal, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	786.9	82.2	77.4	86.1
No	170.3	17.8	13.9	22.6
Total	957.2	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Utilizadores. México

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

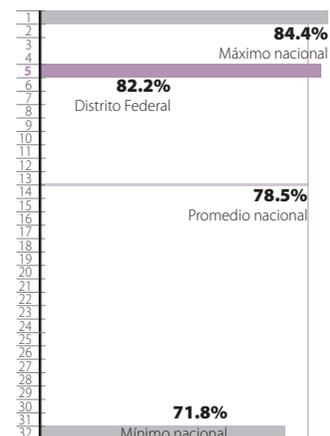
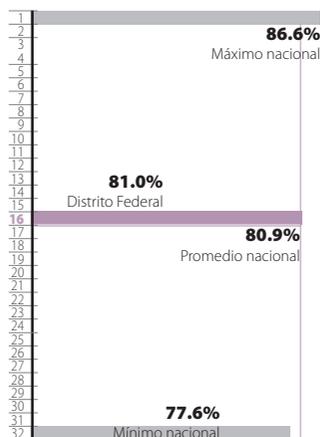
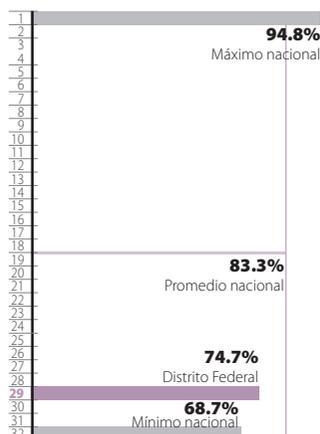


Figura 9.2

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

**Figura 9.3**

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



88.5%) de las que recibieron atención ambulatoria preventiva, la calidad de la misma fue percibida como buena y muy buena (cuadro 9.2). En el comparativo estatal, el Distrito Federal ocupa los lugares 16 y 29 en servicios ambulatorios curativos y en servicios preventivos, respectivamente; ubicándose en el primer caso, ligeramente por arriba (81.0%) de la media para el país (80.9%), y en el segundo, visiblemente por debajo (74.7%) del promedio nacional (83.3%) (figuras 9.2 y 9.3). En el caso de los hospitales, para el DF, el porcentaje de percepción buena y muy buena en la calidad de la atención fue de 82.3% (IC: 76.6%, 86.8%). También respecto de la atención hospitalaria, cabe resaltar que 84.6% (IC: 78.4%, 89.3%) de los usuarios respondió que sí regresaría a la misma unidad en la que fue atendido.

Conclusiones

Es claro que la mayoría de la población en el Distrito Federal percibe una mejoría en su salud a partir de la atención, tanto preventiva como curativa, que recibió en unidades ambulatorias. No obstante, será conveniente analizar la situación de aproximadamente una quinta parte de la población atendida en este tipo de unidades que no comparte esa opinión.

Resulta interesante que el porcentaje de usuarios que opina que la atención ambulatoria preventiva es buena o muy buena, sea notablemente menor que los porcentajes correspondientes a la atención ambulatoria curativa y a la atención hospitalaria. Esto podría deberse al énfasis que tanto población como servicios otorgan a la atención curativa y quizá refleje la necesidad de fortalecer las acciones preventivas para hacerlas más visibles a los usuarios.

■ Cuadro 9.2

Percepción de la calidad de atención buena y muy buena, según tipo de servicio. Distrito Federal, México

Tipo de servicio	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios ambulatorios curativos	723.3	81.0	76.5	84.9
Servicios ambulatorios preventivos	50.5	74.7	53.1	88.5
Total de servicios ambulatorios	773.9	80.6	75.7	84.7

* 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 (5 523) en el Distrito Federal el 1.9% (IC: 1.3%, 2.7%) está afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (cuadro 10.1), por debajo de la media nacional (10.8%) (figura 10.1). Durante el tiempo que estuvieron inscritos al Seguro Popular, el 60.3% (IC: 44.6%, 74.1%) solicitó algún tipo de atención médica (cuadro 10.2).

De la población que hizo uso de los servicios, un segmento utilizó dos o más de ellos, por lo que la suma total de porcentajes es mayor al 100%. Uno de los aspectos más notables es el hecho de que

■ Cuadro 10.1

Población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Distrito Federal, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	165.7	1.9	1.3	2.7
No	8502.8	98.1	97.3	98.7
Total	8668.5	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

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

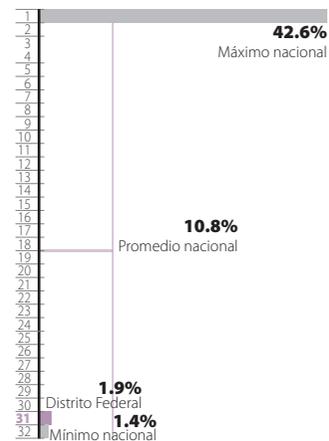
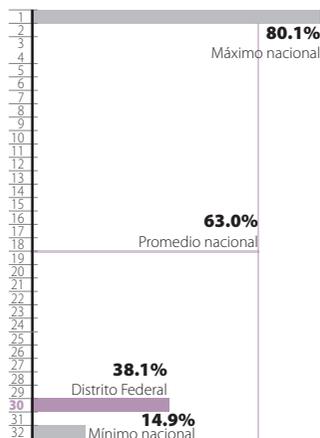


Figura 10.2

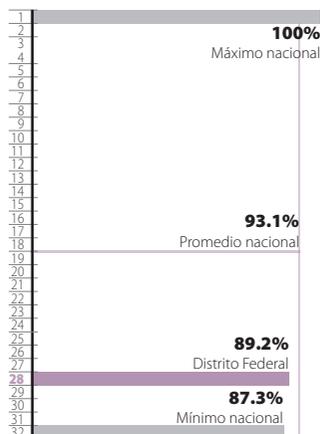
Utilización de servicios ambulatorios curativos por población afiliada al Seguro Popular. México, ENSANUT 2006

**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. Distrito Federal, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Sí	43.8	60.3	44.6	74.1
No	28.9	39.7	25.9	55.4
Total	72.7	100		

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar: México

93.4% (IC:74.5%; 98.6%) 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 74.8% (IC:55.3%, 87.7%) es usuario de servicios preventivos y el 72.9% (IC: 58.4%, 83.7%) solicitó algún tipo de servicios hospitalarios (consulta externa, hospitalización o emergencia) (cuadro 10.3).

Al 83.4% (IC: 58.0%, 94.8%) de los usuarios se les prescribió medicamentos (cuadro 10.4). De ellos, 38.1% (muestra insuficiente para confiabilidad del estimador) obtuvo todos o casi todos los medicamentos prescritos. En estas condiciones, el Distrito Federal se coloca en el lugar 30 respecto a los otros estados por debajo de la media nacional, en cuanto al acceso a los medicamentos prescritos (figura 10.3).

El 100% (IC: 100.0%, 100.0%) no realizó pago alguno por afiliarse. El 81.2% (IC: 67.5%, 90.0%) está subsidiado por el gobierno a través de programas sociales (*Oportunidades* y *Procampo*).

Por último, en cuanto a su disposición a la reinscripción, el 89.2% (IC: 74.2%, 96.0%) de los asegurados señala que está dispuesto a reinscribirse, porcentaje inferior al promedio nacional y que deja al Distrito Federal en el lugar 28 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. Distrito Federal, México

	Frecuencia (N)*	%	IC95%	
			Inferior (%)	Superior (%)
Servicios preventivos	32.8	74.8	55.3	87.7
Consulta externa				
Centro de Salud	40.9	93.4	74.5	98.6
Servicios hospitalarios‡	31.9	72.9	58.4	83.7

* 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: Distrito Federal, México

	Frecuencia		IC95%	
	(N)*	%	Inferior (%)	Superior (%)
Sí	36.6	83.4	58.0	94.8
No	7.3	16.6	5.2	42.0
Total	43.8	100		

* En miles

Fuente: ENSANUT 2006. Cuestionario de Hogar. México

Conclusiones

El Distrito Federal se encuentra en fase de desarrollo del Seguro Popular. A pesar de la baja afiliación, es posible discernir que algunos componentes del programa presentan deficiencias que es necesario atender para lograr su mejor funcionamiento. Ejemplo de ello es la baja utilización de servicios preventivos, los cuales representan el eje sustantivo del programa, pero también, en el componente curativo, el bajo acceso a los medicamentos prescritos representa uno de los indicadores clave, tanto para la población como para la propia funcionalidad del programa.

Referencias

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

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Resultados por entidad federativa, Distrito Federal

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

