Instituto Nacional de Salud Pública

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2024

Nuevo León

Informe de Resultados

NL SALUD

Gobierno del Estado de Nuevo León
Dr. Samuel Alejandro García Sepúlveda
Gobernador Constitucional

Secretaría de Igualdad e Inclusión
Mtra. Martha Patricia Herrera González
Secretaria

Secretaría de Salud de Nuevo León
Dra. en Med. Alma Rosa Marroquín Escamilla
Secretaria

Dra. María Mirthala Cavazos Parra
Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades

MA. Raúl Alejandro Abrego Fife
Director de Promoción de la Salud

MSP. Ana Luisa Ramírez Aranda
Jefa de Departamento de Determinantes Personales de la Salud

MCSP. Shunashii Rogelly Silva Hurtado
Coordinadora de la Encuesta Estatal de Salud y Nutrición

Revisión y formato del informe
MCSP. Shunashii Rogelly Silva Hurtado

AUTORES POR TEMA

METODOLOGÍA
Martín Romero Martínez

HOGAR

Características de la población
Norma Isela Vizuet Vega, Ignacio Méndez Gómez-Humarán, Erika Mayorga Borbolla

Necesidades de salud y casca de atención
M. Arantxa Colchero, Sergio Bautista-Arredondo

Apoyo de programas alimentarios
Araceli A. Salazar Coronel, María del Carmen Morales Ruán

Inseguridad del agua en los hogares
Alicia Muñoz Espinosa, Verónica Mundo Rosas, Corin Hernández Palafox, Jesús Martínez Domínguez

Suministro de agua
José Luis Figueroa Oropeza, Faith Cole, Alejandra Rodríguez Atristrain, Zoe Boudart, Juan Carlos Figueroa Morales, Brisa Sánchez, Martha María Téllez-Rojo, Sergio Bautista- Arredondo, Elizabeth Roberts.

Inseguridad alimentaria en los hogares
Verónica Mundo Rosas, Norma Isela Vizuet Vega, María de Ángeles Torres Valencia, Jesús Martínez Domínguez

SALUD

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

Enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas

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

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

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

Educación, Desarrollo infantil temprano, Calidad del contexto

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

Funcionamiento

Ruth Argelia Vázquez Salas, Celia Hubert López, Betania Allen Leigh, Aremis Villalobos Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Eduardo César Lazcano Ponce

Sintomatología depresiva

Ruth Argelia Vázquez Salas, Aremis Villalobos Hernández, Celia Hubert López, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Disciplina

Ruth Argelia Vázquez Salas, Celia Hubert López, Aremis Litaí Villalobos Hernández, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Salud sexual y reproductiva en adolescentes

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

Salud sexual y reproductiva en adultos

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

Accidentes

Elisa Hidalgo Solórzano, José Arturo Valdés Méndez

Ataque y violencia
Rosario Valdez Santiago, Aremis Villalobos Hernández

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

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

Conductas alimentarias
Aremis Villalobos, Claudia Unikel

Programas preventivos
Rosalba Rojas Martínez, Consuelo Escamilla Núñez

Diagnóstico previo de enfermedades crónicas y Antecedentes heredo-familiares
Consuelo Escamilla Nùñez, Rosalba Rojas Martínez

NUTRICIÓN

Estado de nutrición de escolares y adolescentes
Lucía Cuevas Nasu, Alicia Muñoz Espinosa, Raquel García Feregrino, Marco A. Ávila Arcos

Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil
Luz Dinorah González Castell

Sobrepeso y obesidad, Tensión arterial en adultos
Ismael Campos, Lucía Hernández, Cecilia Oviedo, Simón Barquera

Actividad física
Catalina Medina, Alejandra Jáuregui, Simón Barquera

Concentraciones de plomo en sangre y fuente de exposición
Martha María Tellez-Rojo, Luis F Bautista-Arredondo, Belem Trejo-Valdivia, Luz María Gómez Acosta, Martín Romero-Martínez, Lucía Cuevas Nasu.

Anemia en preescolares y escolares
Vanessa De la Cruz Góngora, Teresa Shamah-Levy

Anemia en mujeres de 12 a 49 años
Fabiola Mejía Rodríguez, Teresa Shamah Levy, Verónica Mundo Rosas, Eric Rolando Mauricio López.

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables para consumo cotidiano
María Concepción Medina Zacarías, Danae Gabriela Valenzuela Bravo, Andrea Arango Angarita, Brenda Martinez Tapia, Elsa Berenice Gaona Pineda, Sonia Rodríguez Ramírez.

Presentación 10
Resumen ejecutivo 11
Metodología 18
Objetivos 21
Unidades de análisis 22
Diseño muestral 23
Marco de muestreo 24
Selección de unidades primarias de muestreo 24
Selección de unidades secundarias de muestreo 25
Selección de viviendas en muestra ENSANUT 26
Selección de personas dentro de las viviendas 26
Logística de campo 30
Hogar 100
1.1 Características de las viviendas y sus integrantes 100
1.2 Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud 105
1.3 Apoyo de Programas Sociales 108
1.4 Escala de Experiencia de Inseguridad del Agua en el Hogar 111
1.5 Suministro de agua 113
Inseguridad alimentaria 118
Conclusiones de hogar 122
SALUD 128
Niños y Niñas 128
2.1 Vacunación 128
Indicadores positivos, factores de riesgo, cobertura de atención al niño sano y control de DIT 136
Educación 150
Desarrollo infantil temprano 153

Calidad del contexto 157
Enfermedades diarreicas 163
Infecciones respiratorias agudas 165
Accidentes 169
Adolescentes 178
Consumo de tabaco 178
Consumo de alcohol 179
Salud sexual y reproductiva 181
Accidentes 188
Funcionamiento y discapacidad en la población de 2 a 17 años. 190
Disciplina 194
Conductas alimentarias 197
Adultos 200
Programas preventivos 200
Consumo de tabaco 166
Consumo de alcohol 167
Salud sexual y reproductiva 169
Accidentes 178
Sintomatología depresiva 180
Funcionamiento 181
Diagnóstico previo de enfermedades crónicas 182
Antecedentes heredo-familiares 188
Conclusiones componente de Salud 190
NUTRICIÓN 200
Niños y Niñas 200
Estado de nutrición de preescolares 200
Estado de nutrición de escolares 202
Plomo 204
Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil 207
Consumidores de grupos de alimentos en población menor de 20 años. 210
Anemia en preescolares y escolares 215
Adolescentes 217
Estado de nutrición de adolescentes 217
Actividad física en adolescentes 218
Anemia en mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) 220
Adultos 221

Sobrepeso y obesidad 221
Tensión arterial 224
Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en adultos 225
Actividad física 227
Conclusiones del componente de Nutrición 227
Referencias 234

Presentación

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) - NUEVO LEÓN 2024, es un esfuerzo conjunto de la Secretaría de Salud, la Dirección de Servicios de Salud del estado de Nuevo León y la Secretaría de Igualdad e Inclusión del Estado de Nuevo León, con el Instituto Nacional de Salud Pública, para reforzar la información y dar seguimiento a diversos indicadores sobre el adecuado desarrollo integral de los niños y las niñas y la salud de los adolescentes, adultos y los adultos mayores.

La ENSANUT forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, y es por eso que en apego a la Ley para Prevenir la Obesidad y el Sobrepeso en el Estado y Municipios de Nuevo León, en donde se enuncia que se presentará un instrumento estatal de diagnóstico de salud y nutrición, que identifique factores ambientales, socioeconómicos, culturales, y de estilos de vida asociados con el estado de salud por grupo de edad, así como los programas asistenciales y su cobertura en la población.

Con una muestra efectiva de 1,033 hogares que representan a 5'683,895 neoloneses, la ENSANUT para el Estado de Nuevo León, da a conocer los principales indicadores de salud y nutrición, identificando las necesidades de la población y priorizando las estrategias de acción para mejorar la situación en salud y nutrición que se presentan en el estado.

La Encuesta Estatal de Salud y Nutrición, Capítulo Nuevo León aporta una plataforma de información que permite elaborar diagnósticos de las condiciones y necesidades en materia de salud y bienestar en el estado. La información que se genera por esta Encuesta fortalece la eficacia y efectividad de las intervenciones de gobierno, a partir de la toma de decisiones centradas en principales prioridades en salud pública basados en evidencia científica.

Este proyecto fue resultado de un trabajo de investigadores en salud, que gracias a la sinergia entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Igualdad del Estado de Nuevo León hacen posible generar este reporte, demostrando así su compromiso con la salud de la población de Nuevo León, y colaborando para que Nuevo León sea el mejor lugar para nacer, crecer, educarse y vivir.

Dra. en Med. Alma Rosa Marroquín Escamilla
Secretaria de Salud en el Estado de Nuevo León

Resumen ejecutivo

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el período 2020-2024 pasó de tener grandes tamaños de muestra con periodicidad sexenal a un tamaño mediano con periodicidad anual; de tal manera que tiene los objetivos de obtener estimaciones anuales a nivel regional y, al finalizar el 2024 será posible obtener las estimaciones a nivel estatal.

Por otro lado, debido a la pandemia por COVID-19 que enfrenta la humanidad desde el 2020, la ENSANUT incluyó un módulo para identificar el impacto de esta contingencia sanitaria en la salud y nutrición de la población mexicana; así como para estimar el porcentaje de la población que ha estado expuesta al virus SARS-CoV-2 o que ya cuentan con anticuerpos debido a la vacunación mediante muestras de suero. De tal manera que para el año 2022, la Secretaría de Salud, la Dirección de Servicios de Salud del estado de Nuevo León a la par de la Secretaría de Igualdad e Inclusión del Estado de Nuevo León en un esfuerzo conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública consideró la importancia de obtener resultados a nivel Estatal sobre las condiciones de Salud y Nutrición de la población nuevoleonense; así como en relación con la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI), con el fin de obtener información y dar seguimiento a diversos indicadores sobre el adecuado desarrollo integral de los niños y las niñas menores de 5 años.

Hogar

Dentro de los principales hallazgos, la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León recolectó información de 1 011 hogares; mostró que la distribución de la muestra fue similar a la del Censo de Población y Vivienda 2020 para la entidad, indicando un índice de masculinidad de 0.99. El 3.4% de los hogares se encontró en localidades rurales y el 29.6% contaba con jefatura femenina. En el 1.3% de los hogares aún no cuentan con energía eléctrica y menos del 1% usan leña y/o carbón como combustible para cocinar, carece de agua potable entubada dentro de la vivienda, no tiene drenaje, el piso es de tierra y tampoco tienen un cuarto exclusivo para cocinar. La escolaridad promedio de la población de 15 años y más fue de 13.7 años; con 60.1% de la población de 15 a 24 años asistiendo a la escuela y el 97.9% de 6 a 14 años. El 71.3% de la población económicamente activa son empleados.

Con relación a las necesidades de salud de la población en los tres meses previos a la entrevista, de 3 251 informantes 24.9% reportó haber tenido alguna necesidad de salud, de ellos, el 96.6% buscó atención, el 96.7% recibió atención, pero solo 53.4% se atendió en los servicios públicos de salud. La principal necesidad fue por eventos crónicos (26.9%).

En el 28.7% de los hogares reportaron que al menos alguno de sus integrantes recibe algún programa social de ayuda alimentaria, siendo en mayor proporción la Pensión para el Adulto mayor (87.9%), seguido del Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez (8.2%) y el programa de alimentos escolares modalidad fríos (3.3%).

Otras de las características estudiadas a nivel de hogar, fue la inseguridad del agua y su suministro, donde se encontró que el 7% presentaron inseguridad del agua. El 92.5% de los hogares reportó haber recibido agua de la red pública de manera diaria. Cerca del 40% de los hogares deben almacenar agua, el 18.8% recurren a contenedores como cubetas.

Salud de la población de 0 a 9 años

En cuanto a los temas de salud de la población de 0 a 9 años, se encontraron los siguientes hallazgos relevantes. Sobre la atención prenatal de las madres de menores de 2 años de edad, el 94.1% indicaron que contaron con un control adecuado de mínimo cinco consultas y el 100% tuvieron un parto atendido por personal del área médica. Más del 90% de la población menor de 5 años asistieron a consulta del niño sano y fueron pesados y medidos, sólo al 50.7% se les otorgaron suplementos de hierro.

La cobertura de vacunación con BCG aplicada antes del primer año de vida está cercana a la meta del 95% (93.2%). No obstante; las coberturas de vacunación con los demás biológicos evidencian que cerca de la tercera parte de la población con edades entre 12 y 35 meses se encuentra subvacunada con la tercera dosis de las vacunas hepatitis B, pentavalente y/o hexavalente y anti-neumococo que debe recibir antes del año de edad. La cobertura estimada de dosis única de triple viral evidencia vacunación tardía, se estima cobertura de 75.4% en niños y niñas de 12 a 35 meses de edad y 95.2% en niños y niñas de 5 a 6 años de edad.

La prevalencia de enfermedad diarreica en las dos semanas previas a la entrevista en menores de 5 años fue de 6.4%; mientras que de infección respiratoria aguda fue del 12.2%. Además, en población menor de 10 años se identificó que el 6.1% sufrió alguna lesión provocada por un accidente en los últimos 12 meses, el tipo de accidente más frecuente fueron caídas (73.5%) siendo el hogar el lugar donde más se presentan los accidentes de este grupo de edad (49.8%).

Salud de la población adolescente de 10 a 19 años

Dentro de los factores de riesgo para la salud de esta población se encontró que la prevalencia de consumo actual de tabaco fumado en la población de 10 a 19 años fue de 4.7%, la prevalencia de consumo de cigarro electrónico fue de 2.5%. El 4.6% fueron ex fumadores y el 90.6% nunca han fumado. El consumo actual de alcohol en este grupo de edad fue de 18.6% y el consumo excesivo se encontró en el 9.0%.

Sobre la salud sexual de esta población se encontró que el 74.9% reportó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, el 59.3 % identifica que el condón masculino es útil para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual. El 22.5% de los adolescentes de 12 a 19 años de Nuevo León han iniciado la vida sexual. El 13.8% reportó no haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.

La población adolescente que reportó algún daño a la salud por accidentes en los 12 meses previos a la entrevista fue del 4.9%, el tipo de accidentes más frecuentes fueron caídas con el 36.2% y el 30.9% fue con accidentes viales, y los lugares donde se registraron los accidentes fueron centro recreativo o deportivo (31.1%), vía pública

(18.2%) y escuela (16.4%). Además, el 1.5% de los adolescentes reportó haber experimentado un evento violento en los últimos 12 meses, principalmente por robo o asalto en la vía pública.

Finalmente, la prevalencia de dificultad funcional en población de 2 a 17 años, se encontró una prevalencia de dificultades en al menos un ámbito en el 10.4%. Además, para la población de 10 a 12 años, se encontró que en el 12.0% se presenta una frecuente y muy frecuente preocupación por engordar como un trastorno de la conducta alimentaria.

Salud del adulto de 20 años o más

En cuanto a la detección oportuna de padecimientos crónicos, sólo el 28.3% de las mujeres de 20 años o más de Nuevo León se realizaron el Papanicolaou para la detección de cáncer cervicouterino durante el año previo a la entrevista, y el 23.3% se realizó una exploración clínica de senos. Los adultos de 20 años y más que acudieron a detección de diabetes e hipertensión fueron 14.1 y 12.5%, respectivamente. Todas estas proporciones son menores a las registradas en ENSANUT 2012. El consumo actual de tabaco fumado en la población adulta fue de 23.8%, el 19.2% son ex fumadores y el 57.0% nunca han fumado. En relación con el consumo de alcohol en esta población fue de 60.6% y el consumo excesivo se encontró en el 42.7%.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la población adulta del estado de Nuevo León, el 93.5% reportó haber iniciado vida sexual, el 30.6% no utilizó algún método anticonceptivo en la última relación sexual. En salud materna, se encontró

que el 80.2% de las mujeres de 20 a 49 años de la entidad señalaron haber estado alguna vez embarazadas, el 100% recibió atención médica con el último hijo nacido vivo; siendo las principales medidas de atención prenatal la detección de sífilis (83.2%) y VIH (91.0%) y la prescripción de ácido fólico (99.3%); el porcentaje de cesáreas fue de 63.8%, cifra superior a lo recomendado por la OMS y la NOM-007. Al 69.4% de estas mujeres les proporcionaron algún método anticonceptivo en el posparto.

El 4.6% de los adultos de 20 años o más presentaron daños a la salud por accidentes en el año previo a la entrevista. El tipo de accidente más reportado fueron las caídas (62.8%) y golpes con objeto, equipo o maquinaria (19.3%) y el lugar más reportado fue la vía pública con 40% y el trabajo con 27.6%. Por otro lado, el 11.4% de los adultos de 20 años o más presentaron sintomatología depresiva moderada o severa. El 4.9% de la población mayor de 18 años mostró algún ámbito de funcionamiento con dificultades.

Nutrición

Para los menores de 36 meses de la entidad, en el 92.3% se reportó lactancia a libre demanda, el 72.8% era alimentados con fórmula infantil y en el 48.3% además eran amamantados. En el 84.1% se encontró la diversidad alimentaria mínima y el 76.2% tenía consumo de alimentos ricos en hierro.

En población de 1 a 4 años se determinó su exposición a plomo, encontrando una prevalencia de intoxicación por este metal del 5.2%, siendo las fuentes principales

el uso de loza de barro vidriado con plomo, la exposición laboral y la ambiental. Además, el 11.1% presenta baja talla.

Para la población escolar de 5 a 11 años la prevalencia de sobrepeso más obesidad fue del 38.1%; mientras que en la población de 12 a 19 años se encontró en 48.8%. Para la población de 20 años o más, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró en 70% con IMC; y la obesidad abdominal en 81.6%; además, la prevalencia de hipertensión arterial total de 29.1% en mujeres y 32.5% para hombres, considerando el hallazgo en encuesta y el diagnóstico médico previo.

En relación a las deficiencias nutricionales, se encontró que el 7.7% de los preescolares, el 11.1% de los escolares y 13.3% de las mujeres de 12 a 49 años neoloneses tuvieron anemia.

Parte de las prevalencias antes mencionadas pueden deberse a que el 94.8% de los escolares de 10 a 14 años y el 95.6% de los adolescentes de 15 a 19 años pasa más de 2 horas al día frente a pantallas; mientras que en adultos esta cifra es del 85%.

En ese mismo contexto, se aprecia que 8 de cada 10 neoloneses menores de 20 años y 7 de cada 10 adultos consumen bebidas endulzadas de manera cotidiana. Solo 3 de cada 10 menores de 20 años consumen verduras de forma diaria.

Metodología

Antecedentes

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Continua 2020-2024 forma parte del Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), creado por la Secretaría de Salud en 1986 con la primera Encuesta Nacional de Salud. El SNES tiene como objetivo obtener información periódica y confiable del estado de salud y nutrición de la población en México, así como documentar el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

A más de 30 años de su creación, el SNES engloba más de 20 encuestas nacionales entre las que se encuentran: las Encuestas Nacionales de Salud de 1986, 1994 y 2000, las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1988 y 1999. Para el 2006 ambas encuestas se fusionaron creando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, misma que se repitió en 2012, 2016 y 2018-19. La planeación de la ENSANUT se fijó cada seis años, con el objetivo general de actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y las tendencias de las condiciones de salud y nutrición, sus determinantes y las demandas de los servicios de salud de la población. Información de utilidad para la nueva administración del país.

En 2020, en un esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), se tomó la decisión de implementar la ENSANUT de manera anual (ENSANUT Continua), durante un periodo de cinco años, periodo que va del añ0 2020 al año 2024. El primer levantamiento de la ENSANUT Continua (ENSANUT 2020 COVID-19) ocurrió en el año 2020; sin embargo, ante la grave situación que atravesaba México y el mundo derivado de la pandemia por COVID-19, la encuesta enfocó sus esfuerzos en el estudio de varios aspectos relacionados con la misma y en un conjunto mínimo de indicadores sobre salud, nutrición y desempeño del sistema de salud.

Afortunadamente, entre los años 2021 y 2022 se observó un descenso en la mortalidad por COVID-19. Por ello, la ENSANUT Continua 2024 se adaptó para retomar sus objetivos iniciales: a) la descripción cuantitativa, año con año, del estado de salud y nutrición de la población mexicana, b) acumular información para generar estimaciones para las 32 entidades federativas en el año 2024.

La Secretaría de Salud del estado de Nuevo León inició su participación con la ENSANUT Continua 2022, con el interés de obtener información actualizada que permitiera describir la situación de diversos indicadores de salud y nutrición en la población del estado de Nuevo León. Ahora, en el año de 2024, la Secretaría de Salud del estado de Nuevo León participa nuevamente con la ENSANUT Continua 2024, con el fin de actualizar las conclusiones obtenidas en el año 2022, como ejemplo:

- Con relación a las necesidades de salud de la población en los tres meses previos a la entrevista, 24.3% reportó haber tenido alguna necesidad de salud, de ellos, 91.4% buscó atención, 90.5% recibió atención, pero sólo 50.2% se atendió en los servicios públicos de salud.
- El 34% de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 44% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se atendieron en servicios privados. Para la población en general esta proporción fue de 44.2%.
- El 36% de los hogares reportaron que al menos alguno de sus integrantes recibe algún programa social de ayuda, siendo en mayor proporción la Pensión para el Adulto Mayor (81.6%).

Adicionalmente, se requirió la estimación de indicadores relacionados con el adecuado desarrollo integral de los niños y niñas menores de 5 años en el contexto de la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia (ENAPI).

Objetivos

General

1. Actualizar el panorama sobre la frecuencia, distribución y tendencias de indicadores relevantes sobre condiciones de salud y nutrición y sus determinantes sociales en el estado de Nuevo León.

Específicos

- Determinar el estado de nutrición de la población neoleonesa, y cuantificar la magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición y de la obesidad.
- Estimar las prevalencias y distribución de enfermedades crónico-degenerativas en los adultos neoloneses (personas de 20 años en adelante).
- Estudiar factores ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, incluyendo patrones dietéticos y otros relacionados con estilos de vida en la población de Nuevo León para todos los grupos de interés.
- Estudiar las prácticas de alimentación infantil (lactancia materna y alimentación complementaria) en menores de 36 meses del estado.
- Estimar las prevalencias de anemia en la población.
- Cuantificar la exposición al Plomo (Pb) por medio de la medición de la concentración de Pb en sangre capilar en los grupos poblacionales más vulnerables a la intoxicación por este metal: niños de 1-4 años.
- Estimar la prevalencia de uso y frecuencia de uso de loza de barro vidriado (BV),

y analizar su asociación con la concentración de Pb en sangre en niños de 1 a 4 años de edad.

- Generar información primaria para analizar las tendencias de los niveles de sulfuro de plomo (PbS) a nivel poblacional y aportar evidencia para la implementación de la estrategia nacional dirigida a controlar la exposición a plomo por el uso de BV.
- Estimar el nivel de actividad física y sedentarismo en adolescentes de 10 a 14 años de edad.
- Estimar el nivel de actividad física en adultos de 20 años y más.
- Estimar indicadores de desarrollo infantil temprano en menores de 5 años de edad a nivel estatal.
- Evaluar la calidad del contexto de menores de 5 años en términos de agresiones psicológicas o castigo físico a nivel estatal.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis definidas son las siguientes:

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

recibieron atención ambulatoria en los tres últimos meses a la fecha de la entrevista por necesidad de salud a cualquier síntoma que generó malestar físico u emocional en el entrevistado, además de consultas programadas y servicios de medicina preventiva.

- Preescolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, con edades de 0 a 4 años.
- Escolares: son los habitantes del hogar, niños y niñas, de 5 a 9 años.
- Adolescentes: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 10 a 19 años.
- Adultos: son los habitantes del hogar, hombres y mujeres, de 20 años o mayores.

Diseño muestral

La ENSANUT Continua 2024 asignó un tamaño de muestra de 225 entrevistas completas de hogar al estado de Nuevo León. Entonces, con el propósito de poder hacer inferencias comparables a las de ENSANUT Continua 2022 para el estado de Nuevo León, se realizó una sobre-muestra de 775 entrevistas completas de hogar para el estado de Nuevo León. A la unión de la sobre-muestra y la muestra de ENSANUT Continua 2024 se le denomina ENSANUT Continua 2024 Nuevo León, la cual tuvo un tamaño de muestra de 1,000 entrevistas completas de hogar distribuidas en 49 unidades Primarias de Muestreo (UPM).

La población objetivo de la ENSANUT Continua 2024 Nuevo León (49 UPM), estuvo compuesta por todos los habitantes de las viviendas particulares habitadas del estado. Se excluyó a los habitantes de viviendas colectivas como son: instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles o asilos; además, se excluyeron las áreas geográficas que no fueron posible visitar por motivos de seguridad o salud de los entrevistadores.

Marco de muestreo

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

Selección de unidades primarias de muestreo

Las unidades primarias de muestreo (UPM) se clasificaron en tres estratos en función del tamaño de localidad: Rural, Urbano, Metropolitano (ver cuadro 2).

Cuadro 1. Estratificación de unidades primarias de muestreo

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

Las UPM se seleccionaron con probabilidad proporcional a su población y el tamaño de muestra (en UPM) que se asignó a los estratos fue proporcional a la población del estrato en el estado.

Selección de unidades secundarias de muestreo

El esquema de selección dependió del tipo de estrato. En las UPM de los estratos urbano o metropolitano, se seleccionaron cinco manzanas con probabilidad proporcional a la población en la manzana para la muestra ENSANUT. En contraste, en el caso de las UPM del estrato rural, se seleccionaron dos localidades con probabilidad proporcional a su tamaño (población total).

Selección de viviendas en muestra ENSANUT

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

Selección de personas dentro de las viviendas

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

Cuadro 2. Grupos de selección de individuos en muestra de ENSANUT

Grupo de selección	Descripción	Fracción de muestreo
Preescolar	Niños de 0 a 4 años	Todos
Escolar	Niños de 5 a 9 años	Uno por hogar
Adolescentes	Adolescentes de 10 a 19 años	Uno por hogar
Adultos 20-44	Adulto de 20 a 44 años	Uno por hogar
Adultos 45- +	Adulto de 45 y más	Uno por hogar
Utilizador	Personas que fueron atendidas por alguna necesidad de salud durante los últimos 3 meses.	Hasta 2 utilizadores en el 50% de los hogares.

Una vez seleccionadas las personas y utilizadores, a cada uno de ellos se les aplicó su cuestionario individual de salud; luego, en una segunda visita al hogar se aplicaron los cuestionarios de nutrición con las fracciones de muestreo, respecto de los individuos seleccionados en los cuestionarios de salud: Antropometría (100% en personas de 0 o más años), Frecuencia de consumo de alimentos (39% promedio, en personas de 1+ años), recordatorio de 24 horas de alimentos (30%, en personas de 0 o más años) y su réplica en el 10% de los cuestionarios de recordatorio; obtención de muestras de sangre Venosa para enfermedades crónicas (30% en adultos de 20 años y más), prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria (100% de los niños 0 a 2 años)

y actividad física (70% para personas de 10 a 69 años de edad). Finalmente, Micronutrientes (50% de los niños 1 a 11 años, y 40% de las mujeres 12 a 49 años), Hemoglobina (30%) en el agregado de niños de 1 a 11 años, mujeres de 12 a 49 años y adultos de 60 y más años.

Tamaño de muestra en ENSANUT

Considerando que la ENSANUT Continua Nuevo León 2022 debiera ser comparable a la ENSANUT Continua Nuevo León 2024, se propuso un tamaño de muestra de n= 1,000 entrevistas de hogar completas. Las capacidades inferenciales de n=1,000 hogares para el estado se evaluaron del modo siguiente. El INEGI clasifica una estimación como *altamente confiable* si tiene un coeficiente de variación (cv) menor al 15%; donde el coeficiente de variación de la estimación de una prevalencia (p) se define por (cv= σ/p) donde σ puede ser aproximado por $\sigma = \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} Deff}$, n es el número de mediciones, P = prevalencia a estimar, y Deff es el efecto estimado del diseño de muestra, el cual se interpreta como el número de unidades colectadas por el procedimiento de muestreo ENSANUT que son equivalentes, para propósitos de estimación, con una unidad colectada por muestreo aleatorio simple; el Deff se estimó con 2,

valor que se ha asumido en las ENSANUT previas de 2018[1] y 2023[2].

El cuadro 4 presenta la prevalencia mínima para la cual es plausible obtener estimaciones con un coeficiente de variación del 15% (Ver Cuadro 4) con 1000 hogares; por ejemplo, se espera estimar prevalencias mayores al 8% con alta confiabilidad en el cuestionario de hogar, según los criterios del INEGI.

Cuadro 3. Prevalencia mínima por cuestionario para la cual se espera tener estimaciones altamente confiables (cv=15%)

Cuestionario	Prevalencia mínima
Hogar	8%
Salud menores de 0-4 años	34%
Salud menores de 5-9 años	32%
Salud Adolescentes 10-19 años	24%
Salud Adultos 20 y + años	8%
Salud Utilizadores	23%
Antropometría	9%

Alcance

Respecto a la incertidumbre de las estimaciones presentadas, todas las estimaciones son inciertas debido al error de muestreo, es decir, a la obtención

de conclusiones a partir de un subconjunto de población (muestra).

El error de muestreo de cualquier estimador puede ser cuantificado por un intervalo de confianza y en este informe no se incluyeron todos los intervalos de confianza dada la gran cantidad de estimaciones reportadas; sin embargo, éstos pueden ser calculados a partir de las bases de datos de la encuesta. Adicionalmente, es importante señalar que dada la cantidad de intervalos de confianza que se presentan, existe una posibilidad de que algunos de ellos sean equivocados en el sentido de no incluir el parámetro.

También, se desea enfatizar que algunos intervalos de confianza pudieran no ser de utilidad práctica para los tomadores de decisiones, especialmente, si los intervalos son muy amplios; lo que es más probable que suceda en parámetros estimados con pocas observaciones.

Logística de campo

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

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

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

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

1. Los encuestadores se presentaron y brindaron información sobre la encuesta para solicitar el consentimiento informado de todos los participantes, o sus padres o tutores.

2. Se aplicó el cuestionario del hogar a un informante de 18 o más años. Con la información obtenida sobre los integrantes del hogar, se eligió de manera aleatoria a las personas por grupo de edad para la aplicación de los cuestionarios individuales de salud y de utilizadores de servicios de salud. En el

caso de los y las seleccionados(as) menores a 10 años, las preguntas fueron formuladas a sus padres o tutores. Para el resto de los grupos de edad, el cuestionario se aplicó directamente a la persona elegida.

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

3. Se realizaron las mediciones antropométricas, de tensión arterial y obtención de las muestras de sangre capilar (casual).

4. En una visita subsecuente al hogar se recolectaron muestras de sangre venosa.

5. Además, se aplicaron a los integrantes seleccionados los cuestionarios correspondientes a cada edad para actividad física, recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo de alimentos y prácticas de lactancia materna y alimentación infantil.

Para el operativo de campo de la ENSANUT Continua 2024 de Nuevo León la información recolectada fue recabada mediante dispositivos electrónicos móviles (tabletas) con sistema operativo Android, y se empleó un sistema de captura y validación desarrollado en el lenguaje CS-Pro 4.0. Adicionalmente, se utilizaron dos sistemas para la administración de la información recolectada: el sistema CSweb para transferir datos desde dispositivos Android a un servidor donde se integró de la información y el sistema de reportes de la Dirección de Encuestas para realizar tabulados de avance en tiempo real.

Hogar

1.1 Características de las viviendas y sus integrantes

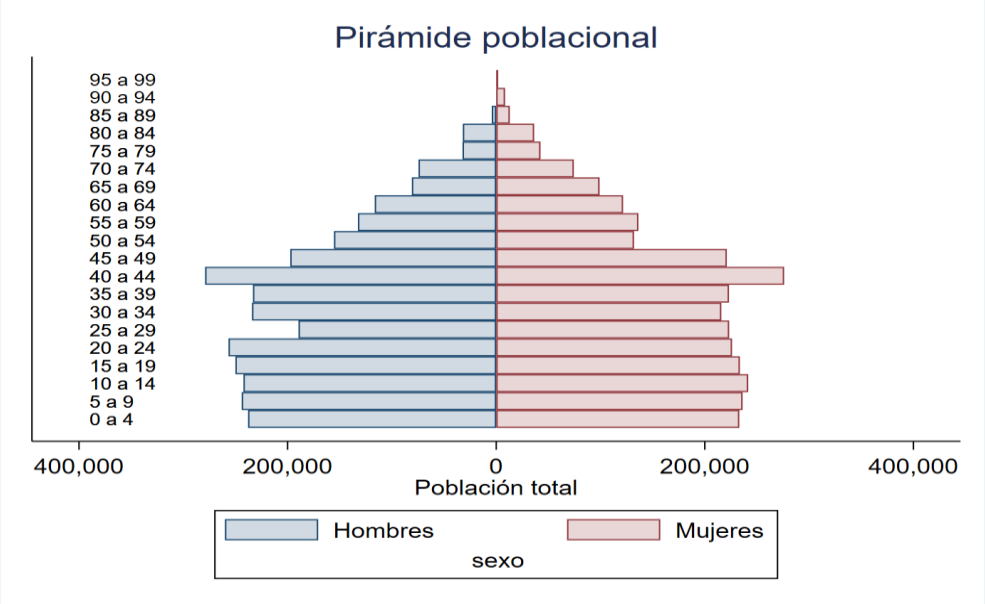
En los últimos tiempos que ha vivido la humanidad se ha podido corroborar la relación de la salud con los diferentes elementos del ambiente que nos rodea. El ambiente en el que se desarrollan los hogares y el tipo de vivienda que habitan, son dos elementos cruciales para el estado de salud de sus habitantes. Dada esta importancia, el tener datos que permitan conocer las características de la vivienda y el tipo de servicios de salud a los que tienen acceso, permite conocer el panorama actual al que están expuestos a diversos riesgos en los que viven sus habitantes y que son factores fundamentales que predisponen las condiciones y calidad de vida.

Para el análisis de la información de las viviendas y las características sociodemográficas de los participantes en la encuesta se construyeron tablas con las estimaciones generales de medias para las variables numéricas, totales y proporciones para variables categóricas, se generaron estimaciones condicionadas por sexo y urbanidad (rural y urbano). Los procedimientos de estimación se realizaron por medio del paquete estadístico Stata 16.0, usando los comandos para encuestas complejas por medio del prefijo “svy”.

Durante el levantamiento del trabajo de campo de la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León se obtuvo información de 1,011 hogares, los cuales

representan 1 819, 508 hogares del estado de Nuevo León. El promedio de individuos que habitan estos hogares fue de 3.2, representando a 5 857 445 habitantes neoleoneses, de los cuales el 50% eran hombres (IC95% 48.7, 51.3) (figura 1.1.1), con un índice de masculinidad de 0.99. En estos hogares se identificó que la jefatura del hogar corresponde en 29.6% (IC 95% 25.9, 33.7) a las mujeres.

Figura 1.1.1. Pirámide poblacional ponderada (población por 100 000)



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=3,251

El 3.4% de los hogares se encontró en localidades rurales y el 29.6% contaba con jefatura femenina.

Educación

En lo que respecta a la educación, se identificó que el 97.9% (IC95% 94.4, 99.2) de los niños de 6 a 14 años asistía a la escuela, mientras que entre los individuos

de 15 a 24 años este porcentaje fue de 60.1% (IC95% 54.3, 65.6). En la figura 1.1.2. se presentan las razones por las que la población de 15 y más años no asiste actualmente a la escuela, observándose que las 3 principales razones son: 1) no quiso o no le gustó estudiar (33.0%, IC95% 26.1, 40.7), 2) por falta de dinero o trabajo (27.0%, IC95% 19.7, 36.1), y 3) logró su meta educativa (19.5% IC95% 13.5, 27.2).

Figura 1.1.2. Razones por las que la población de 15 y más años no asiste actualmente a la escuela.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=3,251

El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más en Nuevo León fue de 13.7 años. En cuanto a la población de cinco años o más que habla una lengua indígena se encontró que tan solo el 1.4% lo habla (IC95%: 0.8, 2.3), de los cuales el 89.4% habla también español.

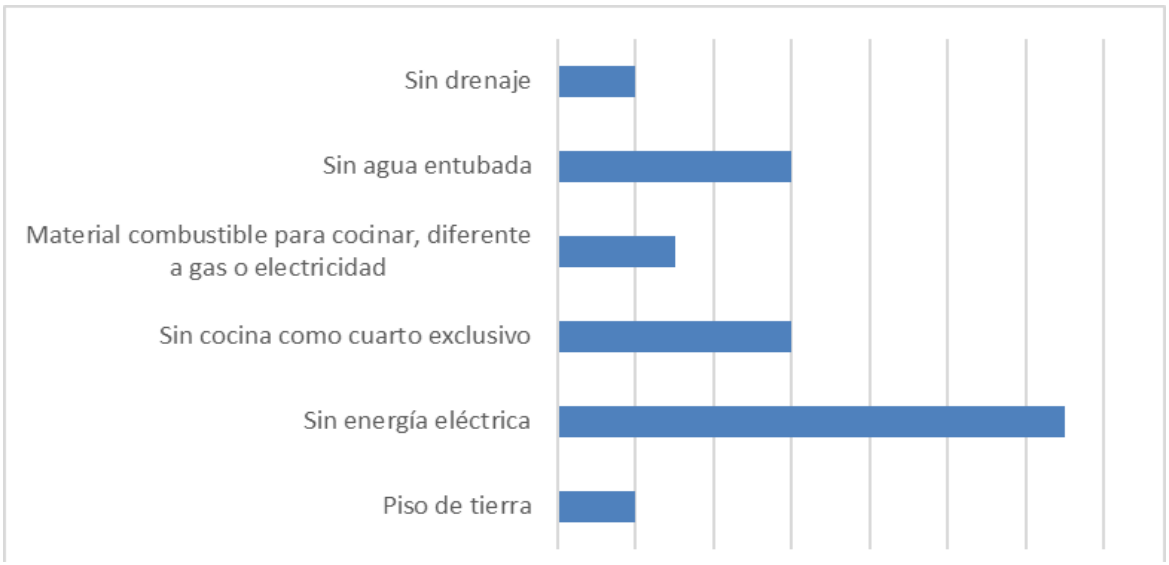
Vivienda

Con relación a la disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, observamos que, el 0.2% (IC95% 0.1, 1.0) de las viviendas tienen piso de tierra y el 1.3% (IC95% 0.8, 2.2) no tienen luz eléctrica. Sobre un cuarto exclusivo para cocinar, el 0.6% (IC95% 0.3, 1.4) informó no tenerlo y el 0.2% (IC95% 0.0, 1.5) y 0.1% (IC95% 0.0, 0.6) de los hogares reportaron que usan leña y carbón respectivamente como combustible para cocinar.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, que garanticen a sus ocupantes una protección contra el desalojo u otra amenaza y cuenten con los servicios básicos, la población entrevistada refirió que en un 69.9% (IC95% 65.5, 74.0), algún integrante del hogar es propietario de la vivienda, y el 10.6% (IC95% 7.8,14.3) la está pagando; el 14.8% (IC95% 11.9, 18.2) informó que renta la vivienda donde vive con su familia y al 3.9% (IC95% 2.5, 6.0) se la han prestado.

Tomando en cuenta que una vivienda debe tener acceso a un saneamiento adecuado, encontramos que el 98.0% (IC95% 92.8, 99.5) tiene una conexión de drenaje a la red pública, aunque se encontró que el 0.2% (IC95% 0.0, 1.4) aún no tiene ningún tipo de drenaje. El 98.2% (IC95% 96.4, 99.1) cuenta con agua entubada dentro de la vivienda, el 1.2% (IC95% 0.6, 2.4) solo en el terreno y un 0.6% (IC95% 0.2, 2.4) no cuenta con este servicio, el 74.8% de ellos (IC95% 0.0, 100.0) la obtiene de una pipa. (figura 1.1.3).

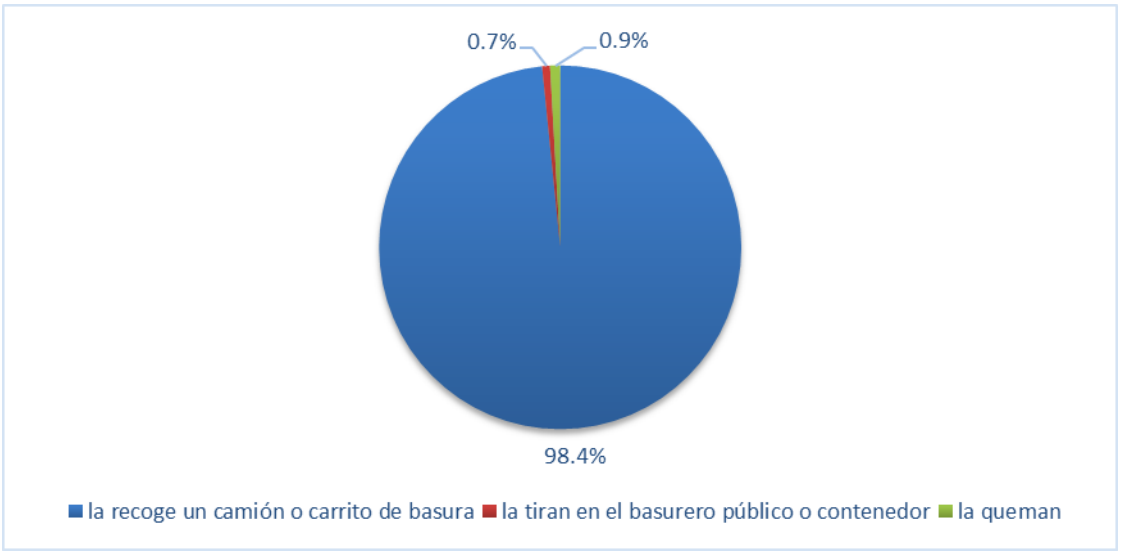
Figura 1.1.3 Distribución en porcentajes de las características de las viviendas.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=3,251

En cuanto a la recolección de la basura, en el 98.4% (IC95% 94.4, 99.6) de las viviendas, hay un camión o carrito que la recoge; sin embargo, se encontró que en un 0.9% (IC95% 0.1, 7.0) queman la basura (figura 1.1.4).

Figura 1.1.4. Distribución en porcentajes de la eliminación de la basura.

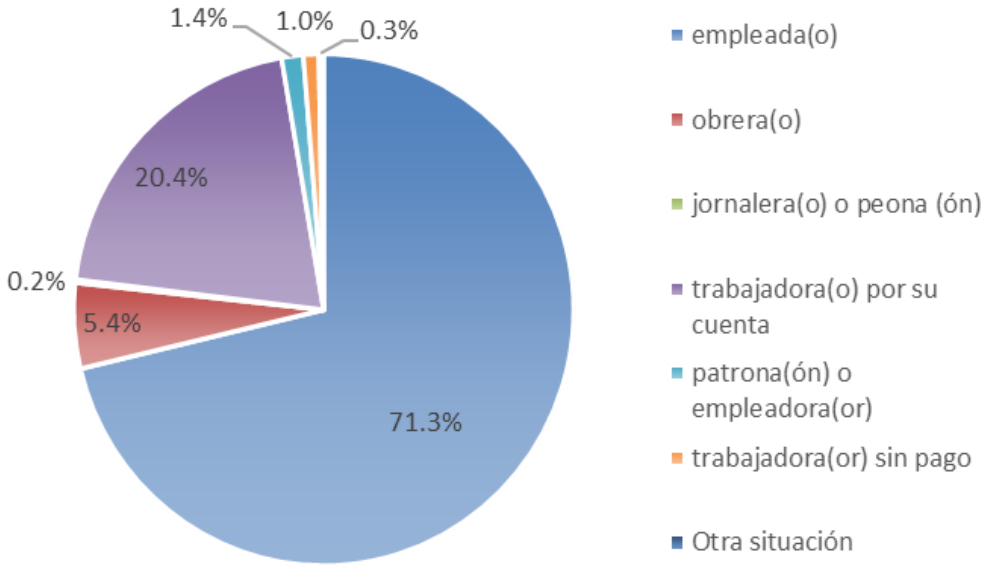


Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=3,251

Ocupación laboral

En cuanto a la ocupación laboral de la semana previa a la entrevista, el 57.3% (IC95% 54.6, 59.9), refirió haber trabajado al menos una hora. La principal ocupación fue ser empleado o empleada en un 71.3% (IC95% 67.9, 74.5), seguido de ser trabajador por su cuenta con un 20.4% (IC95% 17.8, 23.2) (figura 1.1.5).

Figura 1.1.5 Ocupación laboral durante la semana previa a la entrevista.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=3,251

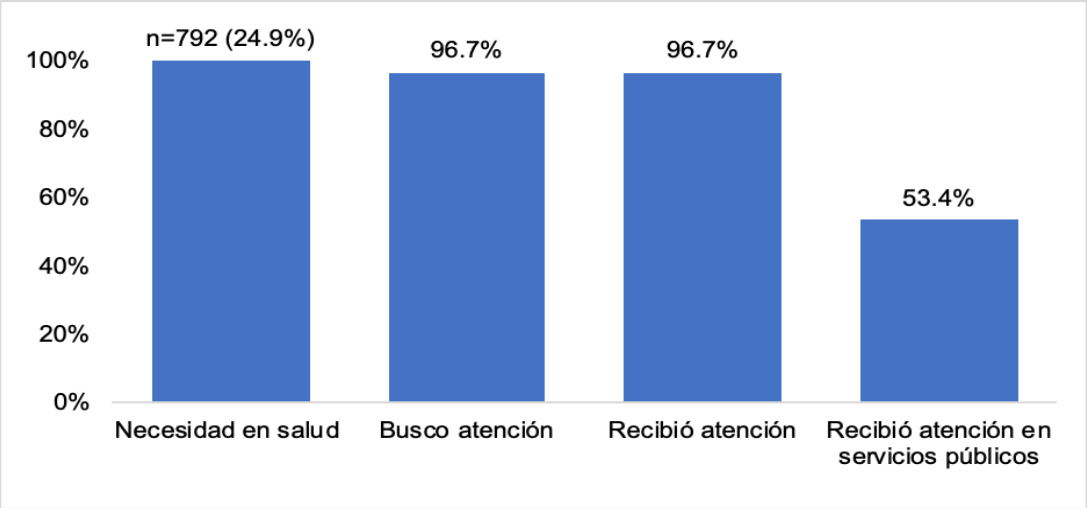
1.2 Necesidades de salud y cascada de atención en servicios de salud

La cascada de atención permite saber qué proporción de la población que tuvo alguna necesidad de salud en los últimos tres meses buscó atención, qué proporción fue atendida y qué proporción se atendió en servicios públicos. La

encuesta nos permite conocer motivos de no búsqueda de atención y razones por no haber sido atendido.

En la figura 1.2.1 se presenta la cascada de atención. De 3,251 individuos entrevistados, el 24.9% reportó haber tenido una necesidad de salud, de estos el 96.6% buscó atención, el 96.7% fue atendido y solo el 53.4% se atendió en servicios públicos.

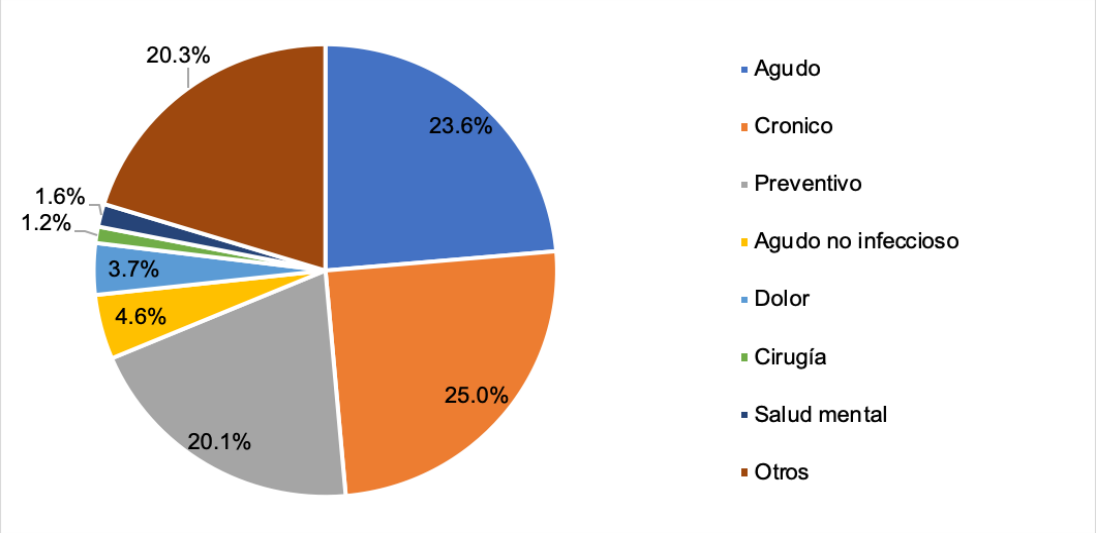
Figura 1.2.1. Cascada de atención en servicios públicos de la población que reportó tener una necesidad de salud en 2024



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=792

La figura 1.2.2 muestra la distribución de las necesidades de salud reportadas. El 25.0% corresponden a enfermedades crónicas, 23.6% a eventos agudos, el 20.1% a servicios preventivos, 4.6% a enfermedades agudas no infecciosas, 3.7% dolor, 1.2% cirugías y 1.6% salud mental.

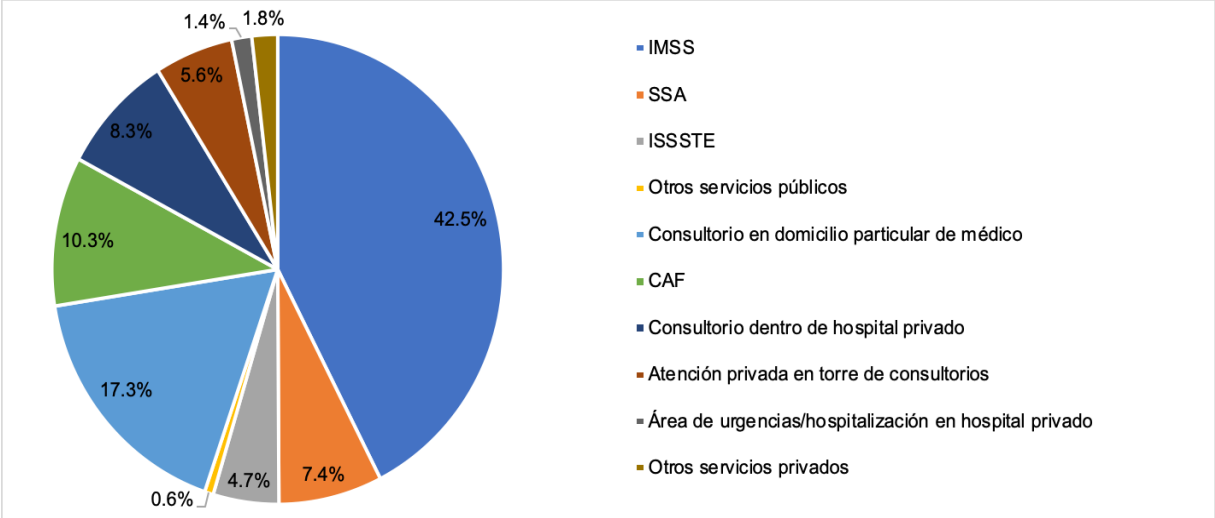
Figura 1.2.2. Distribución de las necesidades de salud reportadas.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=792

La figura 1.2.3 muestra el lugar dónde se atendió la población que reportó una necesidad de salud. El 42.5% se atendió en el IMSS, 17.3% en consultorios en domicilio particular de médico privado, 7.4% en clínicas u hospitales de la Secretaría de Salud, 10.3% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), 8.3% en consultorio dentro de un hospital privado, 5.6% en torre de consultorios, 4.7% en ISSSTE, 1.4% en área de urgencias en hospital privado, 1.8% en otros servicios privados y el resto en otros servicios públicos.

Figura 1.2.3. Lugar dónde se atendió por la necesidad de salud reportada



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=762

Nota Figura 1.2.3: "Otros servicios privados" incluyen: organizaciones de la sociedad civil que dan atención médica, en mi domicilio, vía remota, médico laboral, medicina alternativa (curandero, hierbero y naturista); "Otros servicios públicos" incluyen Secretaría de Defensa Nacional, Pemex y Marina.

1.3 Apoyo de Programas Sociales

Se obtuvo información de los programas sociales de ayuda alimentaria de mayor cobertura mediante la aplicación de un instrumento diseñado para dicho fin. En el hogar, se preguntó al informante seleccionado si algún miembro del hogar recibía algún apoyo de cualquier programa social de ayuda alimentaria, fuera o no gubernamental. En caso de una respuesta afirmativa, se solicitó información específica de cada programa.

Los programas sociales de ayuda alimentaria pueden consistir en transferencias monetarias, como la pensión para adultos mayores, el programa nacional de becas para el bienestar Benito Juárez y el programa de Jóvenes construyendo el futuro; distribución de alimentos, como las despensas, o desayunos escolares fríos; el subsidio a alimentos como la leche Liconsa; y la alimentación a través de comedores como es el caso del Programa de alimentos escolares (modalidad desayunos calientes) o las Cocinas Populares.

Se analizó información de 1011 hogares que representan 1,819,507 hogares del estado de Nuevo León. De estos, el 28.7% recibe algún programa social o de ayuda alimentaria. El 26.6% de los hogares son beneficiarios de un programa y el 2.6% de dos.

El programa con mayor presencia en los hogares es el de apoyo para adultos mayores con 87.9% de cobertura y en segundo lugar el programa de Programa Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez con 8.2%. Los programas de despensas de alimentos del DIF y el de Alimentos Escolares (modalidad fríos) benefician alrededor del 3% de los hogares (2.5 y 3.3% respectivamente), seguido del Programa de Abasto Social de Leche Liconsa con el 1.3%.

Los programas para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras, Jóvenes construyendo el futuro y el Programa de Comedores Populares del DIF se encuentra presente en menos del 1% de los hogares.

Cuadro 1.3.1 Porcentaje de hogares que reciben programas sociales y de ayuda alimentaria en Nuevo León.

Tipo de Programas	Muestra	Expansión		
	n	n(miles)	%	IC95%
Programa Abasto Social de leche LICONSA	1011	1819.5	1.3	0.5, 2.7
Programa Pensión para adultos mayores	205	392.7	87.9	81, 92.4
Programa Despensas de alimentos del DIF	1011	1819.5	2.5	1.5, 4
Programa Alimentos Escolares (modalidad fríos) del DIF	399	701.7	3.3	1.7, 6.1
Programa Alimentos Escolares (modalidad Calientes) del DIF	399	701.7	0.7	0.1, 3.1
Programa Comedores Populares del DIF	1011	1819.5	0.1	0, 0.8
Programa de Organizaciones No Gubernamentales	1011	1819.5	0.1	0, 0.7
Programa Alimentario de albergues y/o comedores escolares indígenas	579	1020.2	---	---
Programa Jóvenes construyendo el futuro	431	744.1	0.3	0, 1.2
Programa Nacional de Becas para el bienestar Benito Juárez	674	1188.4	8.2	5.8, 11.3
Programa Pensión para el bienestar de las personas con discapacidad	958	1711.3	2.1	1.3, 3.2
Programa Para el bienestar de las niñas y los niños hijos de madres trabajadoras	204	351.9	---	---
Programa Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días	666	1176.8	---	---

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N(miles)= Frecuencia expandida/1000

1.4 Escala de Experiencia de Inseguridad del Agua en el Hogar

La inseguridad del agua en los hogares se define como la incapacidad de acceder y beneficiarse de agua asequible, adecuada, confiable y segura para el bienestar y una vida saludable.[3] Dicha condición se evaluó mediante el uso, de la versión traducida y adecuada al español, de la escala de experiencias de inseguridad del agua en los hogares (The Household Water Insecurity Experiences-HWISE).[3] En la actualidad, la HWISE es el único instrumento validado a nivel mundial que indaga sobre el acceso y uso de agua al interior de los hogares. Incluye 12 preguntas acerca de la ocurrencia de experiencias relacionadas con la inseguridad del agua en el hogar, en las cuatro semanas previas a la fecha de entrevista, como: sentir preocupación, alterar las actividades diarias, dormirse con sed o sentir vergüenza debido a la falta de agua; además de la frecuencia en que cada una de estas experiencias ocurrieron, en el periodo de tiempo señalado.[4]

Las preguntas se dirigieron a la jefatura de la familia o a la persona mayor de edad que conociera las condiciones del hogar. Las opciones de respuesta relacionadas con la frecuencia fueron: “Nunca” (0 veces), “Raramente” (1-2 veces), “A veces” (3-10 veces), “Frecuentemente” (11-20 veces), “Siempre” (más de 20 veces).[4]

El puntaje asignado a cada opción de respuesta fue: Nunca=0, Raramente=1, A veces=2, Frecuentemente o siempre= 3. El puntaje varía de 0 a 36. La puntuación más alta indica mayor inseguridad del agua. Si un participante respondió con "no sé" o "no aplica" en alguna de las preguntas, no se generó una puntuación para su hogar.[4]

De acuerdo con trabajos anteriores, los hogares con una puntuación de 12 o más se consideran inseguros de agua pues en este punto de corte reportaban una menor satisfacción con su situación hídrica, así como una mayor percepción de estrés e inseguridad alimentaria en comparación con los hogares clasificados en seguridad hídrica.[5]

En el estado de Nuevo León, se obtuvo información de 1007 hogares. Aplicando factores de expansión, esta cantidad de hogares representa a 1 812 400 hogares del estado.

De acuerdo con las respuestas de los informantes, a nivel estatal se observó que 7% de hogares se clasificó en inseguridad del agua, debido a que reportaron experiencias negativas relacionadas con problemas con el agua (cuadro 1.4.1).

Cuadro 1.4.1. Proporción de hogares del estado de Nuevo León, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua.

Clasificación		Expansión		
	Muestra n	N (miles)	%	IC 95%
Seguridad del agua	931	1684.9	93.0	(88.7, 95.6)
Inseguridad del agua	76	127.5	**7.0**	(4.3, 11.2)
Total	1007	1812.4	100.0	

N(miles)=Frecuencia expandida/1000
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León.

De acuerdo con el tamaño de la localidad donde se ubican los hogares, 11.1% de los hogares ubicados en localidades rurales presentaron inseguridad del agua. Esta proporción fue mucho mayor que la proporción de hogares con

inseguridad del agua en los hogares que se ubican en localidades urbanas (5%) y en las de más de 100,000 habitantes (7.6%). (Cuadro 1.4.2)

Cuadro 1.4.2. Proporción de hogares del estado de Nuevo León, de acuerdo con la clasificación de inseguridad del agua y el tamaño de localidad.

Tamaño de localidad	Clasificación		Expansión		
		Muestra n	N (miles)	%	IC 95%
Rural (<2500 habitantes)	Seguridad del agua	40	55.0	88.9	(23.2, 99.5)
	Inseguridad del agua	2	6.9	**11.1**	(0.4, 76.7)
	Total	42	61.9	100.0	
Urbano (2500-99,999 habitantes)	Seguridad del agua	230	438.9	95.5	(89.9, 97.5)
	Inseguridad del agua	13	23.3	**5.0**	(2.4, 10.0)
	Total	243	462.2	100.0	
Metropolitano (100 mil y + habitantes)	Seguridad del agua	661	1191.0	92.4	(86.6, 95.8)
	Inseguridad del agua	61	97.3	**7.6**	(4.1, 13.3)
	Total	722	1288.3	100.0	

N(miles)= Frecuencia expandida/1000

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León.

1.5 Suministro de agua

La seguridad en el acceso al agua es fundamental para mantener la salud, así como el bienestar económico y social de las personas y las familias.[4] Los

Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 establecen la meta de "lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos".[6] De igual forma, el Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento del Agua, Saneamiento e Higiene, establece el acceso equitativo y universal en términos de "agua para consumo proveniente de una fuente mejorada ubicada en la vivienda o lote, disponible en el momento en que se necesite y libre de contaminación fecal y por químicos prioritarios" [7].

Tradicionalmente, la conexión del hogar al agua entubada ha sido la medida más común para analizar si el hogar tiene acceso al agua potable, sin embargo, la interrupción en el suministro es cada vez más frecuente y afecta cada vez a más personas en el mundo [8].

La interrupción en el suministro representa una amenaza de salud, ya que, al no estar "disponible en el momento que se necesita", se incrementa el riesgo de "contaminación fecal y por químicos prioritarios" derivado frecuentemente de un manejo y almacenamiento inadecuado de los recursos hídricos del hogar. Por tanto, para comprender mejor el impacto del suministro en el bienestar familiar, es fundamental monitorear adecuadamente la continuidad y disponibilidad del agua que reciben los hogares.

Desde el año 2000, ENSANUT mide el acceso a agua entubada en los hogares. Sin embargo, no existían datos hasta la ronda de 2022 que permitieran medir y monitorear la frecuencia en el suministro que llega a los hogares. Por otro lado,

tampoco existían hasta antes de 2022 datos que permitieran entender la forma en que los hogares hacen frente a las interrupciones en el suministro. En esta edición 2024, se muestran datos desagregados sobre el suministro de agua más allá del acceso a la infraestructura (estar conectados a la red de agua entubada) que pueden tener los hogares.

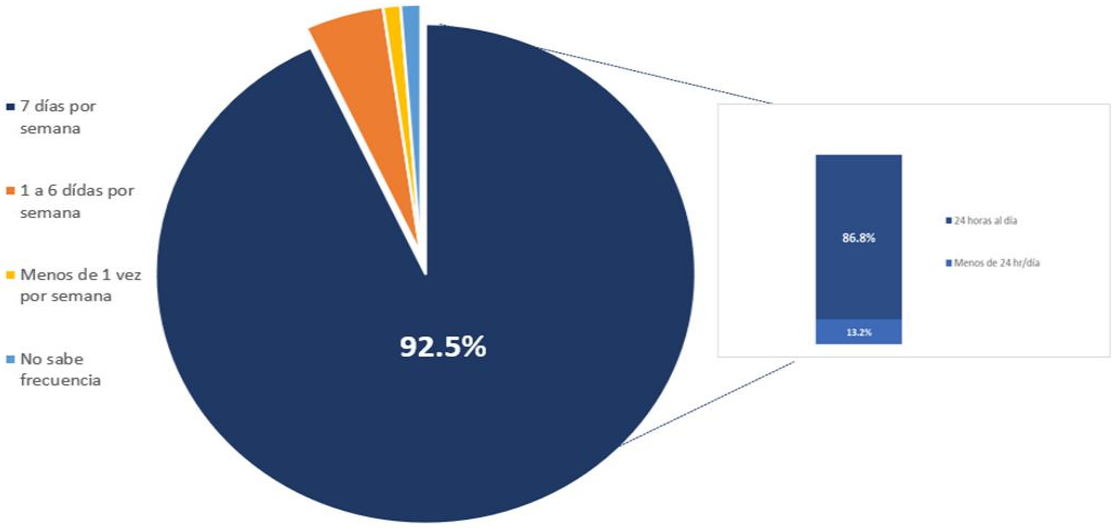
De este modo, se intenta una aproximación más detallada de la experiencia de las familias con el agua. Para ello se analiza la frecuencia en que el agua llega al hogar por semana para las últimas 4 semanas, así como el número de horas que el agua llega diario durante una semana promedio. Las opciones de respuesta para esta variable incluyeron las opciones "diario", "de uno a seis días por semana", y "no haber recibido suministro en las últimas 4 semanas". Estas preguntas se analizan en conjunto con información sobre el número de horas que el agua llega en una semana típica al hogar (de lunes a domingo).

Así, se pudo construir un indicador que engloba el suministro por número de días y horas. Aunado a esto, se incluyó información sobre la gestión del agua que los hogares siguen para almacenar el líquido disponible. Para ello, se preguntó la forma en que se almacena el agua que llega al hogar o terreno. Las opciones de respuesta incluyeron almacenamiento en tinacos, cisternas, cubetas u otros contenedores con tapa y sin tapa, así como otro tipo de contenedores. Las preguntas fueron dirigidas a la persona que contesta la sección de hogar en la encuesta (personas mayores de 18 años integrantes del hogar o la jefatura).

En total se recolectó información de 1,011 hogares que representan a 1,819,508

hogares del estado de Nuevo León. En la Figura 1.5.1 se muestra la distribución del suministro de agua reportado por los hogares en Nuevo León para las últimas cuatro semanas. El 92.5% de los hogares reportaron haber recibido agua de la red pública diariamente. Sin embargo, de estos hogares el 13.2% no tuvo suministro continuo, es decir, aunque les llegó agua diariamente el suministro no estuvo disponible las 24 horas del día. Por otro lado, 4.7% de las familias recibieron agua entre 4 y 6 días por semana, mientras que 1.2% no supieron con qué frecuencia les llegó el agua a sus hogares. Es posible que esto se deba a la disponibilidad de medios de almacenamiento como aljibes o instalaciones de bombeo que permiten que las familias no noten cuando el agua no llega al hogar en días de escasez.

Figura 1.5.1 Frecuencia en el suministro de agua en los hogares durante las últimas 4 semanas.



Fuente: INSP, ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León.
Los porcentajes que se muestran son con referencia al total de hogares encuestados (N=1,011).

También, la falta o recurrencia en el suministro determina la forma en que los

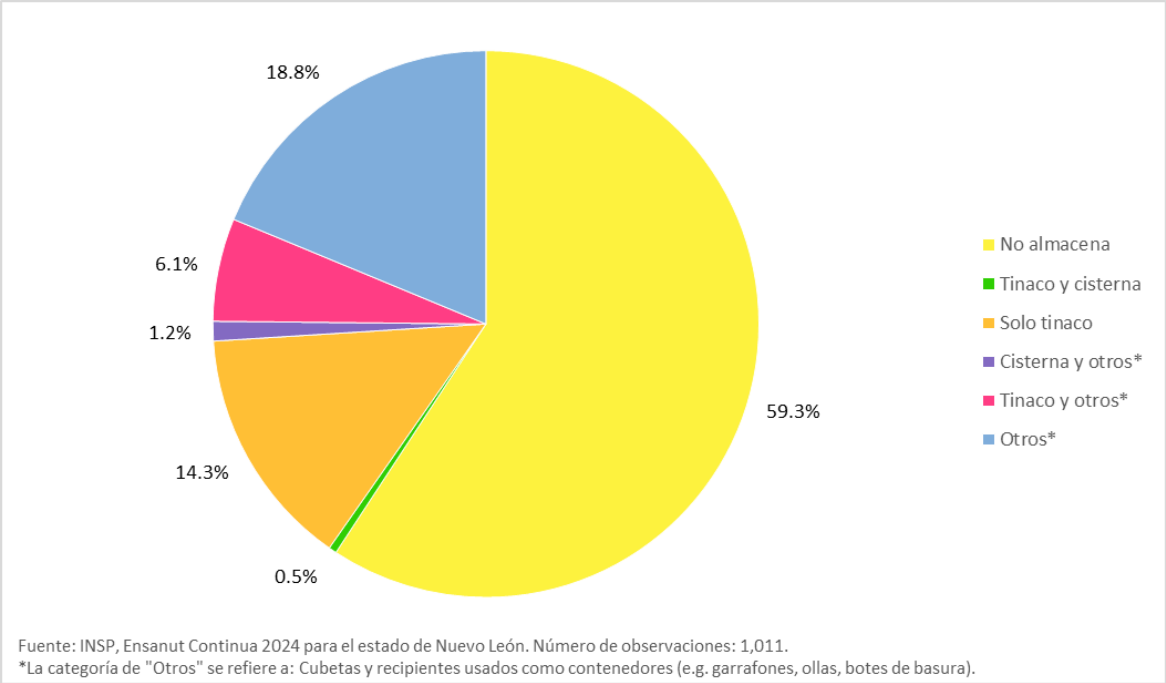
hogares tienen que gestionar el agua disponible (Figura 1.5.2). Una de estas formas es el almacenamiento del vital líquido a través de distintos medios.

En Nuevo León, 59.3% de los hogares, por ejemplo, reportaron no tener que almacenar el agua; sin embargo, el resto tuvo que recurrir a guardar agua a través del uso de tinacos, cisternas, o distintos tipos de contenedores como cubetas, botes, o tambos. Del total de hogares de la muestra, un 14.3% reportó haber almacenado agua en tinacos como principal fuente de almacenamiento, mientras que el 6.1% lo hizo en tinacos y cisternas.

Más aún, un porcentaje alto de hogares en el estado (18.8%) reportan tener que almacenar agua a través de medios no convencionales como cubetas, tambos, u otro tipo de contenedores que no son ni tinacos ni cisternas.

De igual forma, algunas familias aun contando con un tinaco en casa, tienen que recurrir a cubetas para almacenar agua, así lo sugieren los datos que muestran que 6.1% de las familias neoleonesas almacenan agua en tinacos en conjunto con otro tipo de contenedores no convencionales.

Figura 1.5.2. Tipo de almacenamiento de agua en los hogares de Nuevo León.



Fuente: INSP, ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León.
(N=1,011)
*La categoría de "Otros" se refiere a: Cubetas y recipientes usados como contenedores (e.g. garrafones, ollas, botes de basura).

Inseguridad alimentaria

La seguridad Alimentaria, a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana.

Para medir la inseguridad alimentaria en los hogares, la ENSANUT recolectó información sobre las experiencias de inseguridad alimentaria que viven los miembros del hogar a partir de los datos recolectados en la Escala

Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) armonizada para México.

La ELCSA se administró a la persona encargada de la compra, preparación o administración de los alimentos en el hogar y se compone de 15 preguntas (P) con opciones de respuesta "sí" y "no", divididas en dos secciones: la primera está integrada de ocho preguntas que se refieren a los miembros adultos del hogar (P1 a P8).

En la segunda sección (P9 a P15) las preguntas se refieren a condiciones que afectan a los menores de 18 años en el hogar. Cada pregunta indaga sobre experiencias vividas en los tres meses previos a la fecha de la entrevista respecto a algunas dimensiones de la inseguridad alimentaria como calidad, cantidad y hambre, debido a la falta de dinero u otros recursos[iii].

La escala clasifica a los hogares en cuatro categorías: seguridad alimentaria, inseguridad alimentaria leve, moderada y severa, dependiendo del número de respuestas positivas y si cuentan o no con integrantes menores de 18 años[iv]. Los puntajes utilizados para cada categoría por tipo de hogar, se encuentra descrito en el cuadro 1.6.1.

Cuadro 1.6.1. Puntos de corte para la clasificación de la inseguridad alimentaria con y sin integrantes menores de 18 años

Tipo de hogar	Categorías			
	Seguridad alimentaria	Inseguridad alimentaria leve	Inseguridad alimentaria moderada	Inseguridad alimentaria severa

Hogares integrados solo por personas adultas	0	1-3	4-6	7-8
Hogares integrados por personas adultas y personas menores de 18 años	0	1-5	6-10	11-15

La categoría de seguridad alimentaria indica que ninguno de los integrantes del hogar sacrificó la calidad o cantidad de los alimentos que habitualmente consumen y tampoco omitió tiempos de comida o dejó de comer en todo un día. Los hogares clasificados en inseguridad alimentaria leve experimentan primero preocupación por el acceso a los alimentos y, si la falta de acceso a los alimentos se prolonga, sacrifican la calidad de la dieta.

Los hogares que se encuentran en inseguridad alimentaria moderada reportan restricciones en la cantidad de los alimentos consumidos mientras que los hogares en inseguridad alimentaria severa presentan situaciones donde alguno de los integrantes omite tiempos de comida o deja de comer en todo un día debido a la falta de dinero o recursos para adquirir alimentos. Este tipo de experiencias ocurren primero en adultos y finalmente en niños.

En el año 2024, se recolectó información de 1005 hogares que representan a 1,809,300 hogares del estado de Nuevo León. El cuadro 1.6.2 destaca que el 73.3% de los hogares entrevistados se encuentra en seguridad alimentaria mientras que el 26.7% se ubicó en algún grado de inseguridad alimentaria. Cabe mencionar que 8.4% se clasificó en inseguridad alimentaria moderada o severa.

Cuadro 1.6.2 Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria en el estado de Nuevo León

Nivel de seguridad alimentaria		Expansión		
	Muestra	N (miles)	%	IC 95%
Seguridad alimentaria	726	1326.6	73.3	68.9, 77.2
Inseguridad Leve	189	331.6	18.3	15.4, 21.6
Inseguridad Moderada	40	69.3	3.9	2.6, 5.5
Inseguridad Severa	50	81.7	4.5	3.2, 6.2
Total	1005	1809.3		

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

El cuadro 2 destaca que 27.3% de los hogares rurales, 28.2% de los urbanos y 26.2% de los metropolitanos, se ubican en inseguridad alimentaria leve, moderada o severa.

Un dato relevante es que las localidades urbanas presentaron una mayor proporción de hogares con inseguridad alimentaria moderada y severa (10.4%) en comparación con las localidades rurales (7.8%) y metropolitanas (7.7%) (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Proporción de hogares en cada una de las categorías de inseguridad alimentaria tomando en cuenta el tamaño de la localidad de residencia

Tipo de localidad	Nivel de seguridad alimentaria	Muestra	Expansión		
			N miles	%	IC 95%
Rural (<2500 Hab)	Seguridad alimentaria	34	45.0	72.7	29.5, 94.4
	Inseguridad Leve	6	12.0	19.5	5.2, 51.2
	Inseguridad Moderada	0	0.0	0.0	0.0, 0.0
	Inseguridad Severa	2	4.8	7.8	1.2, 36.3
	Total	42	61.9		

Urbano (2500-99,999 Hab)	Seguridad alimentaria	173	332.1	71.8	65.9, 76.9
	Inseguridad Leve	44	82.4	17.8	13.9, 22.4
	Inseguridad Moderada	11	20.9	4.5	2.0, 9.5
	Inseguridad Severa	15	27.3	5.9	3.4, 9.8
	Total	243	462.7		
Metropolitano (100mil y + Hab)	Seguridad alimentaria	519	949.5	73.9	68.3, 78.7
	Inseguridad Leve	139	237.2	18.5	14.8, 22.7
	Inseguridad Moderada	29	48.4	3.8	2.4, 5.6
	Inseguridad Severa	33	49.6	3.9	2.4, 5.9
	Total	720	1284.7		

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Conclusiones de hogar

Los resultados de ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León se obtuvieron en los hogares de localidades urbanas en un mayor porcentaje. En lo que respecta a la escolaridad, el promedio de años completos de escolaridad en mayores de 15 años fue de 13.7 años, siendo las 3 principales razones por las que no asisten a la escuela o la abandonan son: 1) no quiso o no le gustó estudiar, 2) por falta de dinero o trabajo y 3) logró su meta educativa. Es importante continuar trabajando en todas esas condiciones particulares para que las familias de Nuevo León tengan una vivienda adecuada, ya que la calidad de ésta tiene implicaciones directas en la salud de sus habitantes. Así como, en disminuir la quema de basura, ya que esas emisiones liberadas a la atmósfera son una amenaza al medio ambiente y a la salud de quienes viven y trabajan en las cercanías.

También, encontramos que el 24.9% de la población reportó haber tenido una necesidad de salud, de éstos el 96.6% buscó atención, el 89.6% fue atendido y solo el 46.9% se atendió en servicios públicos. De las necesidades de salud, el 36.5% corresponden a eventos agudos y 34.2% a enfermedades crónicas.

En el estado de Nuevo León, el programa social con mayor cobertura en los hogares es el Programa de pensiones para adultos mayores, ya que aproximadamente 9 de cada 10 hogares con adultos mayores cuenta con este beneficio. En contraste, no se observó la presencia del Programa Asistencia Social Alimentaria durante los primeros mil días, lo cual es relevante dada la importancia de enfocar el cuidado y atención en este grupo de edad.

El agua es un recurso natural indispensable para mantener la vida y la salud de los seres vivos. Por lo tanto, la inseguridad del agua tiene efectos adversos en la salud física y mental de las personas.[9] En lo que concierne al estado de Nuevo León, los resultados de la ENSANUT Continua 2024, documentaron que en comparación con la evaluación de inseguridad del agua en Nuevo León de la ENSANUT Continua 2022 donde cuatro de cada diez hogares presentaron inseguridad del agua siendo las localidades con mayor densidad de población las más afectadas.

En la evaluación de 2024, hay una disminución importante en la prevalencia estatal (7%) y donde ahora las localidades rurales son las que reportaron mayor inseguridad. En 2022, se presentó un fuerte desabasto de agua potable en Nuevo León para uso público y doméstico.

El Gobierno Federal lanzó un decreto para establecer un plan de acción para atender la emergencia.[10] Con los resultados de este año, parece haber funcionado el plan para disminuir la inseguridad del agua, sin embargo, las localidades rurales quedaron desatendidas aparentemente. De manera que habrá que tomar con precaución los resultados de 2024 y realizar mediciones en los siguientes años para identificar si se sostiene en el tiempo la disminución en la prevalencia.

Al igual que Nuevo León, se espera que los problemas con el agua aumenten en diferentes grupos de población como consecuencia del cambio climático, de los efectos negativos de conductas humanas (como la apropiación indebida de los recursos naturales o contaminación de los recursos hídricos) y de una mayor demanda atribuida al crecimiento poblacional.[11]

Además, a raíz del evidente problema sobre el uso y acceso al agua se ha recomendado invertir en la creación y reformulación de medios eficaces de gobernanza de los recursos hídricos a nivel local y estatal[12] enfocándose en el uso racional, en la conservación y reúso del agua además de la conservación de las fuentes de abastecimiento y la recarga de los acuíferos.[13] Por eso, en noviembre de 2024 la CONAGUA publicó el Plan Nacional Hídrico 2024-2030 cuyo objetivo es garantizar el derecho humano al agua en cantidad y calidad suficiente, asegurar la sostenibilidad de los recursos del país y fomentar un manejo adecuado y responsable del agua en todos sus usos.(ref)

A diferencia de mediciones donde el acceso al agua se basa en indicadores binarios que reflejan si los hogares están conectados a la red de agua potable, el uso de medidas más detalladas basadas en la frecuencia del suministro efectivo provee de una medición mucho más certera del potencial efecto de la falta de agua en el bienestar de familias. A pesar de que en Nuevo León prácticamente todas las familias están conectadas a la red de agua potable, 7.5% de las familias todavía no tiene tienen disponibilidad de agua días por semana. Más aún, hay familias que a pesar de tener agua diariamente, no reciben el suministro las 24 horas al día.

Esto refleja que existe aún brechas en el suministro que impiden que el estado garantice a las familias gozar plenamente de seguridad hídrica. La falta de acceso supone, también, problemas en la forma en que las familias tienen que lidiar con la falta de agua en el día a día. Los datos de la ENSANUT continua 2024 para Nuevo León muestran que alrededor de 41% de las familias en el estado tienen que almacenar agua y alrededor de un 18% recurren a medios como cubetas para guardar el agua que llega al hogar, lo cual, posiblemente supone un deterioro considerable en la calidad del agua usada por estas familias.

Para el año 2024, dos de cada diez hogares en Nuevo León se encuentran en inseguridad alimentaria moderada y severa, afectando con mayor intensidad a la población que habita en localidades rurales y urbanas. La inseguridad alimentaria moderada y severa están relacionadas a experiencias como la disminución en la cantidad de alimentos que habitualmente se consumen, omitir algún tiempo de comida o haber dejado de comer en todo un día, debido a la falta de ingresos o recursos insuficientes para adquirir una canasta de alimentos

suficiente para los miembros del hogar. Las experiencias de inseguridad alimentaria tienen consecuencias graves a corto y largo plazo en el bienestar, estado de nutrición y salud de los niños y niñas, mujeres y de las personas adultas.

De acuerdo con el Protocolo de San Salvador, "Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada para gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual" por lo tanto, es deber del Estado evitar la discriminación. En este sentido, es deber de las autoridades del estado aplicar la Ley General para la Alimentación Adecuada y Sostenible, mediante la adopción de algunas de las siguientes medidas dentro de sus agendas de trabajo: 1) Abordar la pobreza y las desigualdades estructurales, garantizando que las intervenciones sean favorables a los pobres; 2) intervenir a lo largo de las cadenas de suministro de alimentos para reducir el costo y facilitar la disponibilidad a los alimentos nutritivos; 3) promover el consumo de dietas saludables en la población; 4) Crear mecanismos para que la sociedad civil, el sector privado, representantes de las comunidades y población vulnerable, participen en la planificación y aplicación de estrategias relacionadas con la agricultura y la alimentación así como en la evaluación de su impacto; 5) Reconocer las características físicas, sociales, medioambientales y políticas de cada contexto, en la implementación de políticas relacionadas con la seguridad alimentaria y la buena nutrición. 6) Apoyar la economía alimentaria informal, que es un componente clave de los sistemas alimentarios urbanos, para facilitar su acceso a los mercados, apoyando sus cooperativas y asociaciones, facilitando su acceso a la tierra, el espacio público, la infraestructura y los servicios, y fomentando sus capacidades en relación con la calidad de los alimentos, su inocuidad y las negociaciones

estratégicas sobre mercados. 7) Desarrollar y fortalecer políticas y prácticas alimentarias ambientalmente responsables que minimicen las pérdidas y el desperdicio de alimentos y en la medida de lo posible, reducir los desechos y la contaminación ambiental.

SALUD

Niños y Niñas

2.1 Vacunación

La ENSANUT continua 2024 para el estado de Nuevo León muestreo a 55 y 80 niños y niñas de 12 a 35 meses de edad y de 5 a 6 años de edad, que representan a una población estimada cercana a 155 mil y 210 mil menores, respectivamente.

Las coberturas de vacunación se midieron a partir de la información encontrada en las Cartillas Nacionales de Salud o de documentos probatorios, en total un aproximado de 39.6% de los niños y niñas muestreados acreditaron el estado de vacunación (CNS o documento probatorio). (Cuadro 2.1.1).

Cuadro 2.1.1. Porcentaje estimado de posesión de Cartilla Nacional de Salud o documento probatorio según grupo etario en niñas y niños de 0 a 4 años de edad. Nuevo León, ENSANUT continúa 2024.

Edad	Mostró CNS/DP		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No especifica		Total	
	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%
0	45.8	9.7	49.9	10.6	0.0	0.0	0.0	0.0	6.3	1.3	102.0	21.7
1	30.8	6.5	52.3	11.1	0.0	0.0	4.5	1.0	0.0	0.0	87.7	18.6
2	34.0	7.2	34.6	7.3	0.0	0.0	3.0	0.	0.0	0.0	71.6	15.2

								6				
3	33.5	7.1	53.0	11.3	0.0	0.0	11.2	2.4	0.0	0.0	97.8	20.8
4	42.5	9.0	53.7	11.4	1.9	0.4	11.0	2.3	2.9	0.6	112.1	23.8
Total	186.7	39.6	243.5	51.7	1.9	0.4	29.7	6.3	9.2	2.0	471.0	100.0

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
CNS, Cartilla Nacional de Salud.

*N(miles) Frecuencia en miles

Las coberturas de vacunación de ENSANUT continua 2024 fueron evaluadas de acuerdo con los lineamientos técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones de México, que establece para cada grupo de edad; los biológicos, el número e intervalo de tiempo mínimo entre dosis y las edades mínimas permitidas para cada dosis, factores que influyen en la respuesta inmune y por tanto en la eficacia de las vacunas.

Algunas excepciones en el cálculo de la cobertura de vacunación obedecieron al uso de diferentes esquemas para un mismo biológico (Anti-rotavirus). Biológico: incluye las vacunas, contienen antígenos capaces de estimular el sistema inmune, desencadenando una respuesta celular y una humoral. Esquema de Vacunación: Conjunto de biológicos y número de dosis recomendadas para cada grupo de población blanco (cuadro 2.1.2).

Cuadro 2.1.2. Dosis acumuladas de los esquemas de vacunación desde el nacimiento hasta el primer cumpleaños en niñas y niños de 12 a 35 meses.

Esquemas para evaluar coberturas según dosis válidas	Utilidad del esquema
1 BCG + 3 HB +3 Pva / 3 Hva + 3PCV + 2	"Esquema 6 vacunas" que permite comparar con los resultados de la ENSANUT 2012.
RV + 1 SRP	
1 BCG + 3 HB +3 Pva o PV / / 3 Hva + 1 SRP	Esquema que permite comparar con los resultados a partir de la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012.

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

BCG: Vacuna Bacillus Calmette-Guérin.
Pva: Vacuna Pentavalente acelular.
PV: Vacuna Pentavalente de células completas.
HV: Vacuna Hexavalente
RV: Vacuna contra Rotavirus.
HB: Vacuna contra la Hepatitis B.
PCV: Vacuna contra Neumococo Conjugada.
SRP: Vacuna Triple Viral contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

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

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

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

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

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

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

Polio: contenida en las vacunas Hexavalente y/o Pentavalente: Cuatro dosis, de las cuales al menos 3 dosis aplicadas durante el primer año de vida, siendo la edad mínima permitida de la primera y la cuarta dosis, a las 6 semanas y a los 12 meses de vida, respectivamente. El intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre dosis para las 3 primeras dosis y de 6 meses entre la tercera y la cuarta dosis.

DPT (Difteria, Tos-ferina y Tétanos) –Hib (Haemophilus influenzae tipo b):

Inmunogenos contenidos en las vacunas Hexavalente y/o Pentavalente: Cuatro dosis, de las cuales al menos 3 dosis aplicadas durante el primer año de vida, siendo la edad mínima permitida de la primera y la cuarta dosis, a las 6 semanas y a los 12 meses de vida, respectivamente. El intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre dosis para las 3 primeras dosis y de 6 meses entre la tercera y la cuarta dosis.

Anti-neumocócica conjugada (PCV): 3 dosis, dos dosis aplicadas durante el primer año de vida y la tercera después de los 12 meses de edad. La edad mínima permitida para la primera dosis es de 6 semanas y con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis.

Anti-rotavirus (RV): Dado el manejo de dos tipos de vacunas de RV (RV1, con esquema de 2 dosis y RV5, con esquema de 3 dosis) y las limitaciones para comparar con años previos se consideró esquema completo con RV sí recibieron 2 dosis. La edad mínima permitida para la primera dosis es de 6 semanas y con intervalo de tiempo mínimo de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis.

Triple viral (SRP): Al menos una dosis entre los 12 y 35 meses de edad.

Esquema completo de vacunación: Se consideró a quienes documentaron haber recibido durante el primer año de vida y de acuerdo con las condiciones anteriormente mencionadas para cada biológico, 1 dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de pentavalente y/o hexavalente, tres dosis de PCV y dos dosis de RV. Entre los 12 y los 35 meses de edad una dosis de SRP.

Esquema de 4 vacunas: Se consideró a quienes documentaron haber recibido durante el primer año de vida y de acuerdo con las condiciones

anteriormente mencionadas para cada biológico, 1 dosis de BCG, tres dosis de HB, tres dosis de pentavalente y/o hexavalente y entre los 12 y 35 meses de edad, una dosis de SRP.

Coberturas de Vacunación en niños y niñas de 5 a 6 años de edad:

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

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

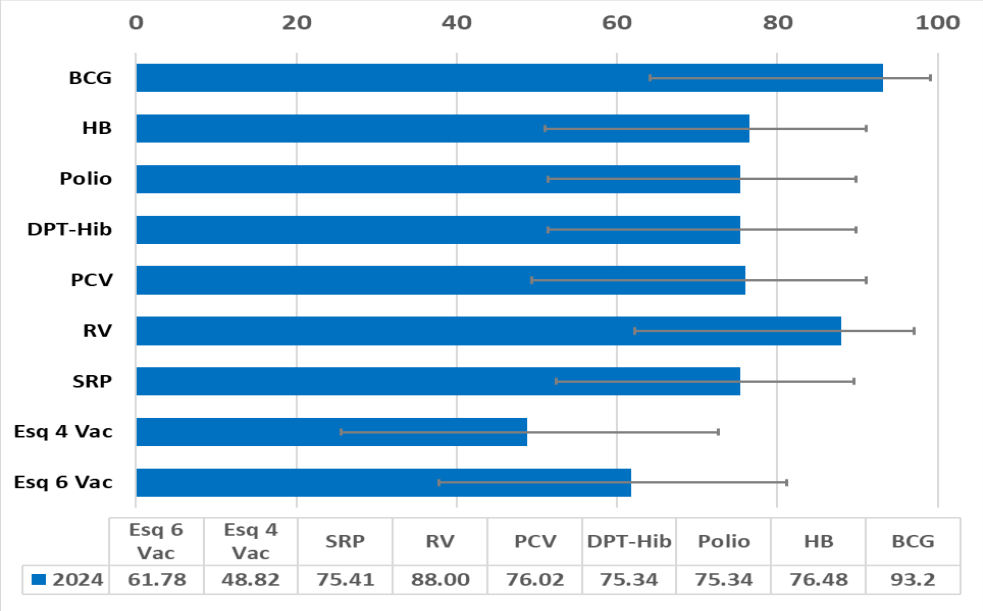
- SRP: Dos dosis, la primera dosis aplicada desde la edad mínima permitida de 12 meses y la segunda con intervalo mínimo entre dosis de 4 semanas y hasta los seis años de edad.

Niños de 12 a 35 meses de edad

Cobertura por vacuna

Las coberturas de vacunación estimadas para los niños y niñas entre 12 y 35 meses de edad no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre biológicos y oscilaron entre 75.34% para polio, DPT y Hib contenidas en las vacunas Pentavalente y/o hexavalente y 93.2% para la vacuna de BCG. (Figura 2.1.1)

Figura 2.1.1 Cobertura estimada de vacunación por biológico y esquema de vacunación en niños y niñas de 1 y 2 años de edad. Nuevo León, ENSANUT Continua 2024.



	Esq 6 Vac	Esq 4 Vac	SRP	RV	PCV	DPT-Hib	Polio	HB	BCG
2024	61.78	48.82	75.41	88.00	76.02	75.34	75.34	76.48	93.2

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Cobertura por esquema

En los niños de 12 a 35 meses de edad las coberturas de vacunación con esquema de 6 vacunas y con esquema de 4 vacunas oscilaron entre 61.78% y 48.82%, sin diferencias estadísticamente significativas por esquema (figura 2.1.1).

Niños de 5 y 6 años 11 meses de edad

El 38.2% de las madres o tutores de niños de 5 y 6 años mostraron CNS o CNV (cuadro 2.1.3).

Las coberturas de vacunación estimadas con la dosis única y con refuerzo de

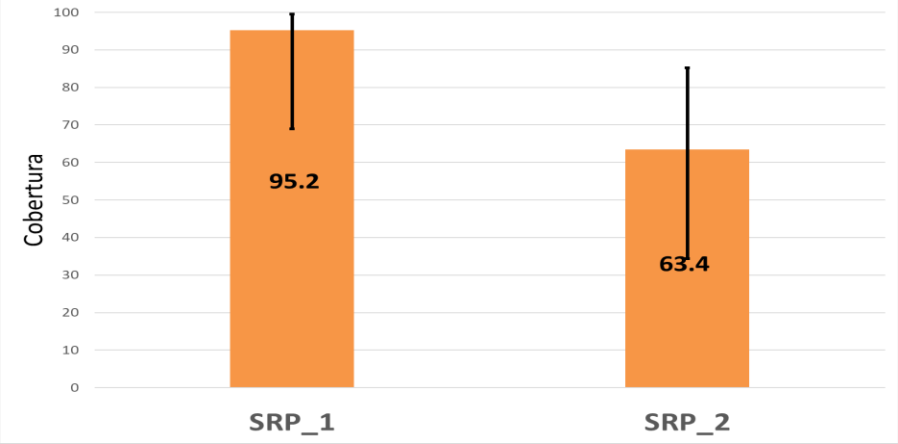
triple viral son de 95.2% (68.89-99.45) y 63.4% (34.38-85.19). (Figura 2.1.2)

Cuadro 2.1.3. Distribución de la población de 5 y 6 años de edad, según posesión de la Cartilla Nacional de Vacunación. Nuevo León, EENSANUT Continua 2024.

Edad	Mostró		Tiene pero no mostró		Mostró sin información		No tiene		No especifica		Total	
	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%	N(miles)*	%
5	17.1	25.3	45.8	67.6	0.0	0.0	4.8	7.1	0.0	0.0	67.7	100
6	63.1	44.3	63.7	44.7	1.3	0.9	6.0	4.2	8.4	5.9	142.4	100
Total	80.3	38.2	109.4	52.1	1.3	0.6	10.9	5.2	8.4	4.0	210.1	100

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
* N(miles)=Frecuencia en miles
CNS: Cartilla Nacional de Salud
CNV: Cartilla Nacional de Vacunación

Figura 2.1.2. Cobertura estimada de vacunación para SRP en niños y niñas de 5 a 6 años y 11 meses de edad que mostraron Cartilla Nacional de Vacunación[a]. Nuevo León. ENSANUT Continua 2024.



SRP_1: Dosis única de Triple viral
SRP_2: Refuerzo de Triple viral

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

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

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, la salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Adicionalmente es una condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.[16] Los primeros 1,000 días de vida, desde el embarazo hasta los dos años, son un periodo crítico para lograr el óptimo desarrollo y contribuye a la salud a lo largo de la vida.

Por lo anterior, se debe promover la atención de las mujeres embarazadas y de las niñas/os durante este período, con la finalidad de contribuir a la disminución de la mortalidad de las niñas/os menores de cinco años, así como mejorar la salud y nutrición materno-infantil.

La NOM-007 establece al menos cinco consultas prenatales y la suplementación con ácido fólico y micronutrientes desde los tres meses previos al embarazo y durante toda la gestación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda proporcionar hierro elemental y ácido fólico, para prevenir anemia, sepsis puerperal, parto prematuro y, en la persona recién nacida, bajo peso al nacer y defectos del tubo neural.[17] La evidencia más reciente sugiere que, si la suplementación con hierro y ácido fólico se otorga con otros

micronutrientes múltiples, se pueden mejorar otros resultados de salud infantil, y reducir el riesgo de mortalidad neonatal.[18]

Se debe otorgar consejería sobre lactancia materna durante el embarazo, postparto y hasta 24 meses o más después del nacimiento, en al menos seis ocasiones de acuerdo con la OMS,[19] así como promover una ganancia adecuada de peso en el embarazo a través de una alimentación saludable y de la actividad física,[17] para evitar complicaciones en el parto y efectos negativos en la salud de la madre y la niña/o.[20]

La Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño[21] estipula las condiciones y periodicidad de la atención integrada a las niñas/os menores de cinco años. En relación a la periodicidad la NOM establece que el neonato debe recibir dos consultas médicas, la niña/o menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses,

mientras que las niñas/os de uno a cuatro años deben recibir una consulta cada seis

meses.[21] La atención para niñas/os menores de cinco años considera la vigilancia de vacunación, atención del motivo de consulta, atención médica del niño sano (vigilancia de crecimiento y desarrollo en forma periódica), vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre. Adicionalmente estipula el contenido de las consultas de control de niño sano como consejería sobre los siguientes temas: lactancia, la forma de acostar a la niña/o, nutrición, higiene oral, enfermedades en las niñas/os, prevención de accidentes, juego y actividad física, habilidades de la niña/o de acuerdo con su edad, educación inicial,

estimulación, lectura y depresión materna, etc.

A la consulta del niño sano se debe integrar el diagnóstico de deficiencias de micronutrientes.[22] La OMS recomienda la suplementación de hierro y micronutrientes a partir de los seis meses de edad para prevenir, controlar y reducir la anemia y deficiencias de vitaminas y minerales.[17]

En relación a la medición del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), el lineamiento de operación 2020 del componente Desarrollo en la Infancia[23] estipula como objetivo general el promover el desarrollo integral de niñas/os en las instituciones públicas, privadas y en la comunidad; además en uno de sus objetivos específicos se detalla la evaluación del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) mediante tamizaje para la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo y hacer referencia, así como tratamiento y rehabilitación de las niñas/os.

Para medir la atención a la salud materno-infantil se evalúo el inicio de la atención prenatal, el cumplimiento de por lo menos cinco consultas prenatales durante el embarazo y atención por personal del área médica, así como atención por personal del área médica durante el parto (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica); además de la entrega de suplementos durante el embarazo o postparto, así como la consejería durante el embarazo. Asimismo, se evaluó la asistencia a consultas del niño sano y atenciones prestadas durante la misma, entrega de

suplementos, así como evaluación de desarrollo infantil temprano.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

Indicador		Definición	Numerador
Control oportuno prenatal	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años con inicio de control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años con inicio de control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que iniciaron el control prenatal a más
Control prenatal adecuado	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años con al menos 5 consultas prenatales y atención por personal del área médica	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que tuvieron por lo menos 5 consultas prenatales y fueron atendidas por personal del área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica)	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron atención prenatal independientemente del número de consultas prenatales y personal que otorgó las consultas
Atención del parto por personal del área médica	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años con atención del parto por personal de área médica	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron atención por parte de personal del área médica (médico, enfermera, promotor(a), auxiliar o asistente de salud, partera profesional técnica) durante el parto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años

Entrega de suplementos solo con hierro durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas solo con hierro durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas solo con hierro por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años
Entrega de suplementos con hierro y otros micronutrientes durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas de hierro y otras vitaminas / minerales durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas de hierro y otras vitaminas / minerales por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años
Entrega de suplementos con ácido fólico durante el embarazo o postparto por personal de salud	Porcentaje de madres de niñas/os menores de 2 años que recibieron tabletas con ácido fólico durante el embarazo o postparto	Número de madres de niñas/os menores de 2 años que reportaron recibir tabletas con ácido fólico por personal de salud durante el embarazo o postparto	Número total de madres de niñas/os menores de 2 años
Asistencia a consulta del niño sano	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con por lo menos una consulta de control de niño sano en su vida	Número de niñas/os menores de 5 años con al menos una consulta de control del niño sano	Número total de niñas/os menores de cinco años
Monitoreo de talla en niñas/os menores de 5 años	Porcentaje niñas/os menores de 5 años con monitoreo de talla en consulta	Número de niñas/os con monitoreo de talla en consulta	Número de niñas/os menores de 5 años
Monitoreo del peso en niñas/os menores de 5 años	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con monitoreo de peso en consulta	Número de niñas/os con monitoreo de peso en consulta	Número de niñas/os menores de 5 años

Entrega de suplementos con hierro y vitaminas a niñas/os de 6 a 59 meses	Porcentaje de niñas/os de 6 a 59 meses que recibieron tabletas, jarabes o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número de niñas/os de 6 a 59 meses que recibieron tabletas, jarabes o gotas con hierro y vitaminas en consulta	Número total de niñas/os de 6 a 59 meses
Evaluación de DIT en atención a la salud – Estimado con la muestra de PRIMERA INFANCIA	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con al menos una evaluación de DIT, por ejemplo, la prueba de evaluación del desarrollo infantil (EDI) u otra prueba de evaluación de DIT	Número de niñas/os menores de 5 años con al menos una evaluación de DIT de la muestra de Primera Infancia	Número total de niñas/os menores de cinco años de la muestra de Primera Infancia

Para las estimaciones de control prenatal y suplementación de madres con niñas/os menores de 2 años se utilizó una muestra de 69 niñas/os, mientras que, para suplementación con hierro se consideraron 162 niñas/os de 6 a 59 meses, que es el rango de edad recomendado.

Para consejería sobre lactancia materna se consideró la información de mujeres con niñas/os menores de 5 años. Además, para los indicadores de consulta del niño sano, monitoreo de talla y peso se utilizó una muestra de 180 niñas/os menores de 5 años.

El cuadro 4.2.1 presenta los indicadores de atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas/os menores de 2 años.

El 73.3% de las madres de niñas/os menores de 2 años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación, mientras que 94.1% de estas mujeres reportaron un control prenatal adecuado considerando un mínimo de cinco consultas prenatales y atención por personal del área médica.

Adicionalmente, el 100% de estas mujeres fueron atendidas por personal del área médica durante el parto.

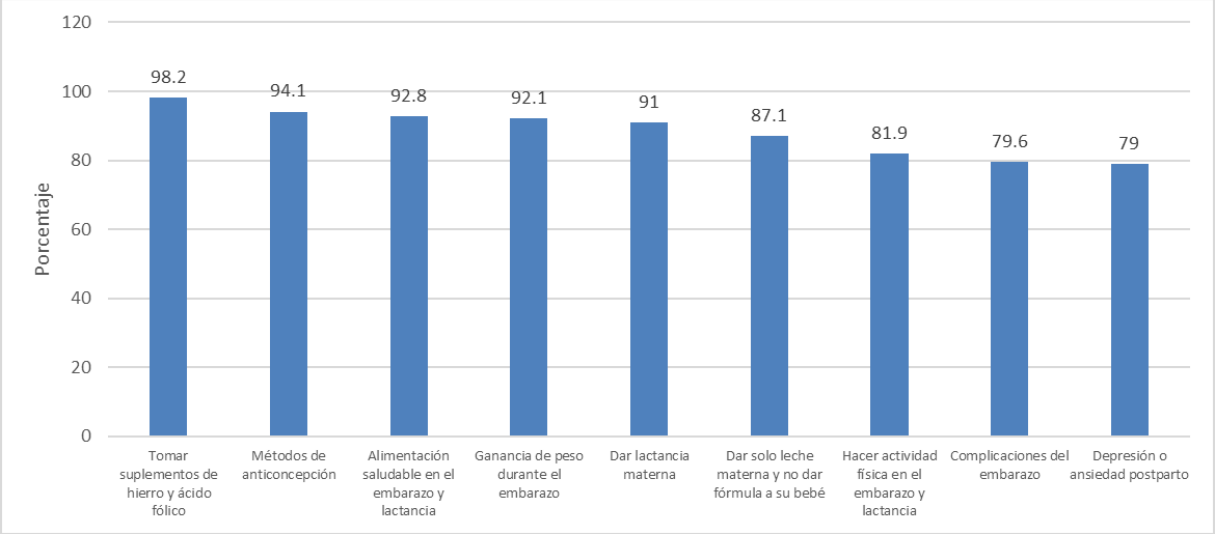
Cuadro 2.2.1. Atención prenatal durante el embarazo de mujeres con niñas y niños menores de 2 años, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Control prenatal oportuno			Control prenatal adecuado			Atención del parto por personal del área médica		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	139	73.3	60.4, 83.2	189.6	94.1	78.1,9 8.6	189.6	100.0	---
Sexo									
Hombre	70.0	73.1	56.3, 85.2	87.4	91.3	69.7,9 8.0	95.7	100.0	---
Mujer	69.1	73.6	52.2,8 7.7	91.1	97.0	80.8, 99.6	93.9	100.0	---
Escolaridad materna									
Primaria o menos	41.1	(86.6)	63.5, 96.0	(43.6)	91.8	65.6, 98.5	(47.5)	100.0	---
Secundaria	36.7	56.2	32.0,7	60.9	93.2	62.5,	65.3	100.0	---

			7.7			99.1			
Media superior	61.2	79.7	61.3,90.7	74.0	96.3	76.3,99.5	76.8	100.0	---
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011									
* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas									
() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas									

La Figura 4.2.1 presenta la consejería otorgada a las madres de niñas/os menores de 2 años ya sea en las consultas prenatales o durante la atención del parto. Las principales recomendaciones que recibieron estas mujeres fueron en relación con la toma de suplementos de hierro y ácido fólico (98.2%), uso de métodos de anticoncepción después del parto (94.1%), alimentación saludable en el embarazo y lactancia (92.8%), ganancia de peso durante el embarazo (92.1%) le explicaron cómo amamantar (91.0%), dar solo leche materna y no dar fórmula (87.1%). Mientras que las recomendaciones menos frecuentes fueron acerca de realizar actividad física durante el embarazo (81.9%), las complicaciones en el embarazo (79.6%) y signos y síntomas de la depresión o ansiedad postparto (70.7%).

Figura 2.2.1 Consejería durante el embarazo o la atención del parto de mujeres con niñas y niños menores de 2 años.

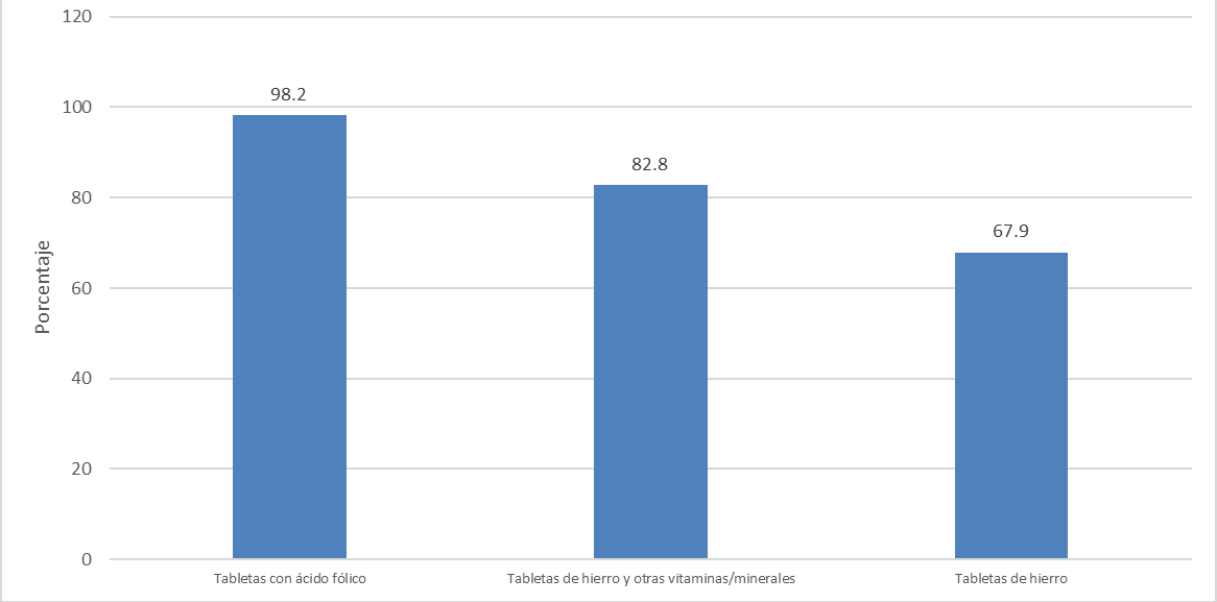


Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

N=1,011

El porcentaje de entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo o postparto se muestra en la Figura 4.2.2. El 98.2% de las mujeres recibieron tabletas con ácido fólico, 82.8% recibieron tabletas con hierro y otras vitaminas/minerales y 67.9% tabletas solo con hierro.

Figura 4.2.2 Entrega de suplementos a mujeres durante el embarazo y postparto por personal de salud.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

N=1,011

El cuadro 4.2.2 presenta la prevalencia de niñas/os menores de cinco años con por lo menos una consulta del niño sano. El 77.1% de las niñas/os menores de cinco años y residentes de Nuevo León han asistido por lo menos a una consulta del niño sano en su vida.

Cuadro 2.2.2. Prevalencia de niñas/os menores de 5 años con por lo menos una consulta del niño sano, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Por lo menos 1 consulta del niño sano		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	357.2	77.1	69.6,83.3
Sexo			
Hombre	183.0	76.9	65.1,85.6
Mujer	180.3	77.4	67.2,85.1
Edad			
0-11 meses	93.3	(91.5)	77.9,97.1
12 a 59 meses	270.0	73.2	63.7,80.9
Escolaridad materna			
Primaria o menos	85.5	(89.2)	72.4,96.3
Secundaria	119.4	71.3	59.4,80.9
Media superior	152.3	78.4	65.9,87.2
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León			
() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas			

El cuadro 4.2.3 presenta la prevalencia de por lo menos una evaluación de Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 5 años de acuerdo al componente de primera infancia. El 22.9% de niñas y niños residentes de Nuevo León cuentan con al menos una evaluación de DIT.

Cuadro 2.2.3. Distribución porcentual de atención de Desarrollo Infantil Temprano en niñas/os menores de 5 años, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Evaluación de DIT		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	107.7	22.9	16.0,31.6
Sexo			
Hombre	61.6	25.9	16.1,38.8
Mujer	46.1	19.8	11.9,31.1
Edad			
0-11 meses	16.3	(16.0)	8.0,29.5
12 a 59 meses	91.3	24.8	16.5,35.4
Escolaridad materna			
Primaria o menos	15.8	(16.5)	6.4,36.4
Secundaria	32.2	19.2	11.4,30.6
Media superior	53.6	27.6	18.0,39.8

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

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

En el cuadro 4.2.4 se muestra que la gran mayoría de las niñas/os que asistieron a consulta del niño sano fueron pesados (94.1%) y medidos (93.2%). De las niñas/os de 6 a 59 meses, solo el 50.7% recibió suplementos con hierro y vitaminas (Cuadro 4.2.4). La presentación más común del suplemento fue en jarabes o gotas (39.0%), seguido de polvos (6.8%) y tabletas o gomitas (2.9%) (Datos nos mostrados en cuadros). Adicionalmente, la Figura 4.2.3 presenta la consejería que recibieron las madres en la consulta del niño sano sobre la lactancia materna (80.6%), nutrición (80.0%), habilidades de la niña/o de acuerdo con la edad (79.9%), enfermedades en las niñas/os (78.1%), la forma de

acostar a la niña/o (77.8%), juego y actividad física (75.8%), estimulación (70.5%), lectura (69.8%), higiene oral (69.2%), y desnutrición, retraso en el crecimiento y anemia (69.2%). Adicionalmente los temas menos trabajados en la consejería de la consulta del niño sano fueron sobrepeso y ganancia rápida de peso (67.0%), depresión materna (66.4%), prevención de accidentes (61.4%), educación inicial (60.1) y DIT (22.9%).

Cuadro 2.2.4. Porcentaje de monitoreo de talla y ganancia de peso a niñas/os menores de 5 años, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

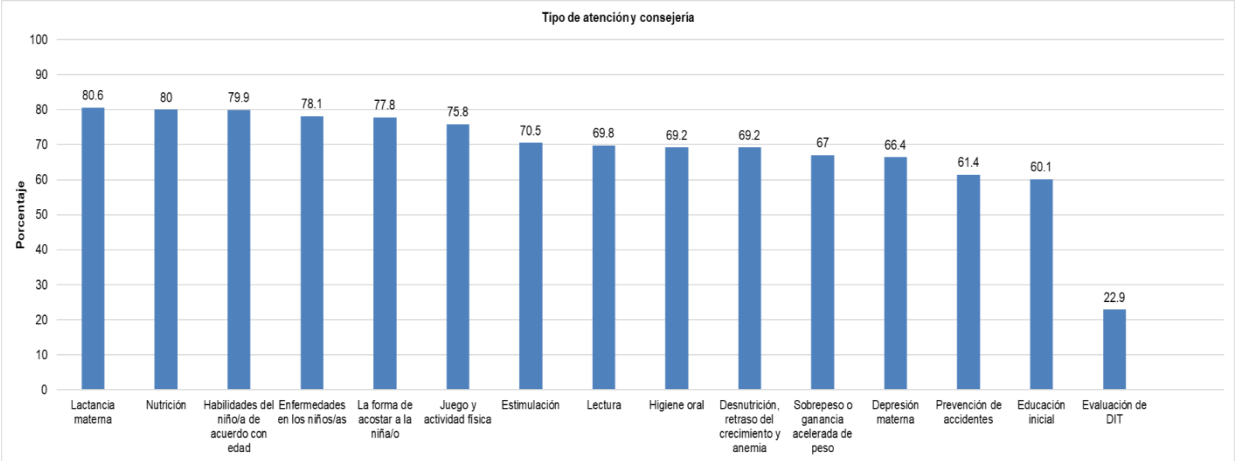
	Monitoreo de talla			Monitoreo del peso			Entrega de suplementos con hierro		
	Expansión			Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	438.9	93.2	87.9,96.2	443.3	94.1	89.7,96.7	213.3	50.7	41.7,59.6
Sexo									
Hombre	216	90.8	81.6,95.6	220.4	92.6	86.3,96.2	109.9	51.0	38.7,63.1
Mujer	222.9	95.6	88.9,98.4	222.9	95.6	88.9,98.4	103.4	50.3	38.3,62.4
Edad									
0-11 meses	92.2	(90.4)	75.5,96.7	92.2	(90.4)	75.5,96.7	17.0	(32.7)	14.6,57.9
12 a 59 meses	346.7	93.9	87.0,97.3	351.1	95.1	89.8,97.7	196.3	53.2	44.2,62.0
Escolaridad materna									
Primaria o menos	87.4	(91.2)	74.5,97.4	87.4	(91.2)	74.5,97.4	38.0	(45.6)	28.6,63.7
Secundaria	155.8	93.1	81.0,97.7	160.2	95.7	83.1,99.0	94.0	(64.3)	50.9,75.8
Media superior	187.4	96.5	90.6,98.8	187.4	96.5	90.6,98.8	77.1	43.4	28.9,59.2

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas

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

Figura 2.2.3 Tipo de atención y consejería en consulta de niño sano, niñas/os menores de 5 años.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

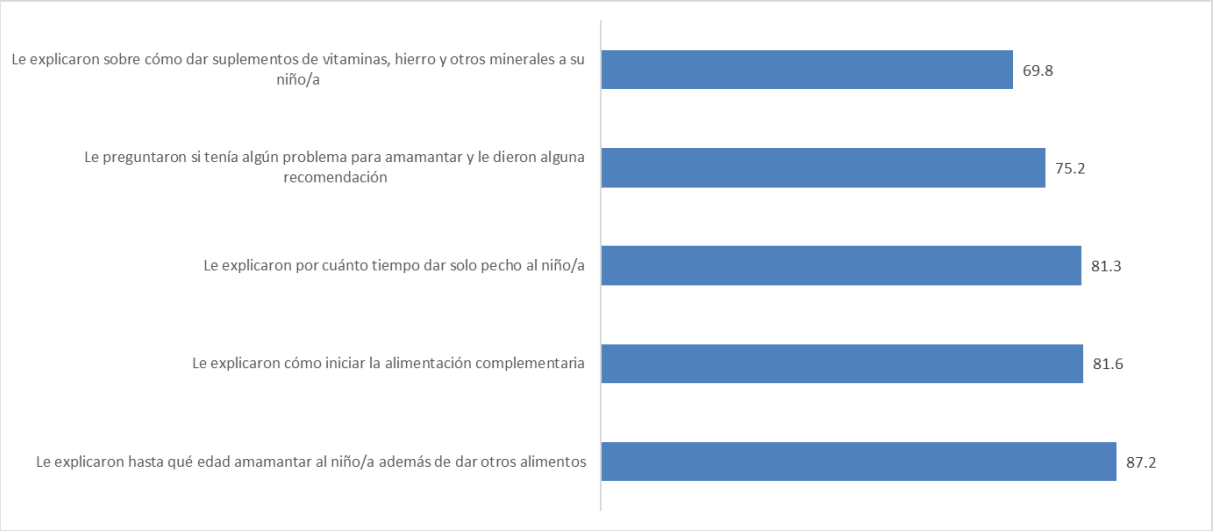
N=1,011

Las mujeres con niñas/os menores de 5 años reportan que el personal de salud le habló de lactancia en 3.8 consultas en promedio desde que nació su bebé. En la Figura 2.2.4 se presenta la información que el personal de salud les ha dado sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

El 87.2% de las mujeres refieren que le explicaron hasta qué edad amamantar al niño/a además de dar otros alimentos, al 81.6% le explicaron cómo iniciar la alimentación complementaria, 81.3% de las mujeres refiere que le explicaron por cuánto tiempo dar solo pecho al niño/a.

Solo al 75.2% le preguntaron si tenía algún problema para amamantar y le dieron alguna recomendación para resolverlo y al 69.8% le explicaron cómo dar suplementos de vitaminas, hierro y otros minerales a su niña/o.

Figura 2.2.4 Información sobre lactancia materna y alimentación complementaria a mujeres con niñas/os menores de 5 años.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

N=1,011

Educación

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

Desde la reforma educativa de 2019, la educación inicial es obligatoria ya que es un derecho de la niñez y se establece que el Estado la impartirá y garantizará como parte de la educación básica. La educación inicial se imparte en tres modalidades: escolarizada, semi-escolarizada y no escolarizada.[24] El propósito de la educación inicial es propiciar el desarrollo cognitivo, físico, afectivo y social de las niñas/os; adicionalmente, se brinda orientación a las madres y padres de familia o a los cuidadores como guía en la educación de las niñas/os.[25] El modelo que rige la educación inicial es el modelo de atención con enfoque integral para la educación inicial y cuenta con distintas modalidades de acuerdo al contexto donde habitan las niñas/os; las principales modalidades son institucionales y comunitarias.[26]

En México, desde el 2002 la educación preescolar es obligatoria y forma parte de la educación básica que atiende a niñas/os de 3, 4 y 5 años; principalmente se ofrece en las modalidades general (jardines de niños), indígena (currículum intercultural bilingüe) y comunitaria (localidades rurales con menos de 500 habitantes).

A nivel nacional, el programa de estudios se basa en competencias que las niñas/os deben desarrollar y se organiza en seis campos formativos: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, exploración y conocimiento del mundo, desarrollo físico y salud, desarrollo personal y social, así como expresión y apreciación artística.[27]

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

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

Para las estimaciones de asistencia a programas de cuidado o educación inicial se consideró una muestra de 95 niñas y niños de 0 a 35 meses, mientras que para las estimaciones de asistencia a preescolar se utilizó una muestra de 85 niñas y niños de 36 a 59 meses.

En Nuevo León, 15.5% de las niñas y niños de 0 a 35 meses asiste a algún programa de cuidado o educación inicial, mientras que 73.9% de las niñas y niños de 36 a 59 meses asiste a preescolar (Cuadro 3.3.1).

Cuadro 3.3.1. Asistencia de niñas/os menores de 5 años a servicios de cuidado/educación inicial y preescolar durante la primera infancia, Nuevo León ENSANUT Continua 2024

	Asistencia a programas de cuidado o educación inicial (niños/as de 0 a 35 meses)			Asistencia a preescolar (niños/as de 36 a 59 meses)		
	Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	40.5	15.5	7.0,30.9	155.1	73.9	62.9,82.6
Sexo						
Hombre	9.8	(7.3)	3.1,16.1	73.3	(71.5)	56.1,83.2
Mujer	30.7	(24.4)	9.1,51.3	81.9	(76.2)	59.8,87.4
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011						
() Prevalencias estimadas entre 26 y 60 observaciones absolutas						

Desarrollo infantil temprano

El Desarrollo Infantil Temprano es el proceso ordenado y predecible a lo largo del cual una niña/o aprende a manejar niveles más complejos de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás. Los dominios vitales para el desarrollo general de las niñas/os son el crecimiento físico, las habilidades de alfabetización y conocimientos numéricos, el desarrollo socioemocional y la disposición de aprender.[28] Dada la importancia del tema se incluyó en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), en específico el indicador 4.2.1, que estípula la medición del porcentaje de niñas/os menores de 5 años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.[29]

Para la medición del indicador 3.2.1 de los ODS se usa el Índice de Desarrollo Infantil Temprano 2030 (ECDI 2030). Para calcular el ECDI 2030, se utilizó un módulo de 20 preguntas desarrollado y validado por UNICEF, en donde madres o cuidadores primarios informan sobre el comportamiento, habilidades y conocimientos de sus hijas/os. El ECDI 2030 mide el porcentaje de niñas/os de 24 a 59 meses que tienen un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.[30]

Para la estimación del indicador se dicotomizan las preguntas del ECDI 2030 de acuerdo con los comportamientos, habilidades y conocimientos esperados de las niñas/os. Después se suman las respuestas recodificadas de tal manera que el mínimo del ECDI 2030 es "0" y el máximo es "20". Posteriormente, se determina si el desarrollo es adecuado, comparando el puntaje obtenido con el punto de corte definido para la edad de la niña/o.

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

- Niñas/os de 24 a 29 meses el punto de corte es 7 de los 20 puntos posibles
- Niñas/os de 30 a 35 meses el punto de corte es 9 de los 20 puntos posibles

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

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

Ninguna respuesta por sí sola indica que la niña/o tiene un Desarrollo Infantil Temprano adecuado en alguno de los tres dominios evaluados por separado, ya que el instrumento no fue diseñado para ser utilizado a nivel individual o con fines diagnósticos.[30] Para las estimaciones del porcentaje de niñas/os con un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial se contó con una muestra de 111 niñas/os de 24 a 59 meses.

En el cuadro 3.4.1 se presentan los resultados sobre Desarrollo Infantil Temprano de niñas/os de 24 a 59 meses. A nivel estatal, el 82.0% de las niñas y niños tiene un desarrollo adecuado en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial.

Cuadro 3.4.1. Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI2030) en niñas/os de 24 a 59 meses, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Índice de Desarrollo Infantil Temprano		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	230.9	82	73.2,88.4
Sexo			
Hombre	109.2	76.8	61.9,87.1
Mujer	121.7	(87.4)	74.6,94.3
Edad			
24-35 meses	50	(69.8)	48.6,85.0
36-47 meses	85.6	(87.6)	73.1,94.8
48-59 meses	95.3	(85.0)	72.9,92.3
Asistencia a educación temprana			
No asiste	74.7	(69.7)	51.8,83.1
Asiste	156.2	89.7	79.6,95.1
Escolaridad materna			
Primaria o menos	40.1	(83.1)	54.6,95.2
Secundaria	83.4	(81.6)	66.5,90.9
Media superior o más	99.1	(84.5)	67.8,93.4
Fuente:ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011			
* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas			
() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas			

Calidad del contexto

Durante la primera infancia el cerebro se desarrolla rápidamente, por lo que la exposición a contextos e interacciones de calidad constituye uno de los principales determinantes del desarrollo de la niña/o.[31,32] Adicionalmente, las prácticas de crianza, que forman parte de la calidad del contexto, incluyen el manejo del comportamiento de las niñas/os y el uso de distintos métodos de disciplina, como métodos no violentos y violentos. Los primeros incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas/os y adultos, mientras que los métodos de disciplina violentos incluyen estrategias punitivas basadas en el castigo físico y la intimidación verbal.

La exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas/os a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.33–35

La meta 16.2 del Objetivo del Desarrollo Sostenible 16 establece como uno de sus indicadores de monitoreo a la proporción de niñas/os entre 1 y 17 años que ha experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. Por otra parte, se ha comprobado que dejar a las niñas/os solos o en presencia de otras niñas/os pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.36

Algunos indicadores importantes de la calidad del contexto en el hogar son la presencia de libros infantiles en el hogar, la participación de los adultos en el hogar en actividades de estimulación y aprendizaje con la niña/o, así como el acceso a y el tipo de juguetes disponibles en el hogar. Además, en la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León se midió la exposición a métodos violentos de disciplina para la población de 1 a 4 años y se utilizó el Módulo de Disciplina de las encuestas MICS de UNICEF, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disciplina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. También se incluyeron en el cuestionario de niños de 0 a 9 años dos preguntas para identificar si las niñas/os menores de 5 años fueron dejados solos en el hogar o al cuidado de otras niñas/os menores de 10 años en la semana previa a la entrevista. Todas las preguntas se aplicaron a las madres de las niñas/os, o cuidadoras primarias cuando la madre no formaba parte del hogar.

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

Indicador	Definición	Numerador	Denominador
Apoyo al aprendizaje[1]	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más	Número de niñas/os menores de 5 años con los que algún adulto del hogar participó en cuatro actividades o más	Número de niñas/os menores de 5 años

Porcentaje de niñas/os con tres libros[1]	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar	Número de niñas/os menores de 5 años
Cualquier método de disciplina violenta[1]	Porcentaje de niñas/os de 1 a 4 años que sufrieron cualquier método de disciplina violenta	Número de niñas/os de 1 a 4 años que sufrieron cualquier método de disciplina violenta en el mes anterior a la encuesta con la muestra de Primera Infancia.	Número de niñas/os de 1 a 4 años de la muestra de Primera Infancia
Cuidado inadecuado[1]	Porcentaje de niñas/os menores de 5 años con cuidado inadecuado	Número de niñas/os menores de 5 años que fueron dejados solas/os y/o al cuidado de otra niña/o menor de 10 años la semana anterior.	Número de niñas/os menores de 5 años

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

Para las estimaciones de exposición a métodos de disciplina se utilizó una muestra de 142 niñas/os de 1 a 4 años del diseño muestral para la Primera Infancia, mientras que para las estimaciones del resto de indicadores se usó una muestra de 180 niñas/os de 0 a 4 años.

El Cuadro 3.5.1. presenta las actividades de estimulación y los materiales de aprendizaje disponibles, para niñas/os menores de 5 años. El 84.5% de las niñas/os menores de 5 años participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje. Adicionalmente, 39.0% de las niñas/os menores de 5 años cuentan con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar.

Cuadro 3.5.1. Actividades de estimulación y materiales de aprendizaje en niñas/os menores de 5 años, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Niños/as menores de 5 años con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más			Niños/as menores de 5 años con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar		
	Expansión			Expansión		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	398.2	84.5	76.9,90.0	183.8	39	29.1,50.0
Sexo						
Hombre	207.2	87.1	77.9,92.8	100.7	42.3	29.2,56.6
Mujer	190.9	81.9	71.5,89.1	83.1	35.6	23.9,49.4
Edad						
0-35 meses	201.2	77	65.5,85.6	65.7	25.2	14.2,40.6
36-47 meses	87.8	(89.8)	74.6,96.4	60.6	(62.0)	44.4,76.9
48-59 meses	109.1	(97.4)	89.1,99.4	57.5	(51.3)	33.8,68.5
Escolaridad materna						
Primaria o menos	81.6	(85.1)	66.5,94.3	40.4	(42.2)	22.4,64.8
Secundaria	129.7	77.	64.6,86.6	37	22.1	13.1,35.0

		5				
Media superior o más	173.2	89.2	79.4,94.7	102.1	52.6	39.2,65.7
Fuente:ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011						
() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas						

El cuadro 3.5.2. presenta los métodos de disciplina violenta utilizados en el último mes con niñas y niños menores de 5 años. El 47.0% de las niñas y niños son disciplinados mediante algún método violento de disciplina (ya sea física o psicológica).

El Cuadro 3.5.3. presenta las actitudes de aceptación de los métodos de disciplina violenta usados en niñas/os menores de 5 años. El 9.3% de las madres aceptan que los métodos de disciplina violenta se utilicen en las niñas/os menores de 5 años.

Cuadro 3.5.2. Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas/os menores de 5 años en el último mes, Nuevo León, ENSANUT continua 2024			
	Disciplina violenta		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	173.4	47.0	36.5,57.8
Sexo			
Hombre	103.9	53.7	42.8,64.3
Mujer	69.6	39.6	24.1,57.4
Escolaridad materna			
Primaria o menos	29.8	(44.2)	26.1,63.9
Secundaria	63.8	(49.7)	32.6,66.9
Media superior o más	75	47.0	34.0,60.4
Fuente:ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011			
() Prevalencias estimadas con una muestra de 25 a 60 observaciones no ponderadas			

El cuadro 3.5.3. presenta la distribución de los métodos de cuidado usados en niñas/os menores de 5 años en la última semana. El 9.3% de las niñas/os recibieron cuidado inadecuado (los dejaron solos o al cuidado de otra niña/o menor de 10 años) en la última semana.

Cuadro 3.5.3. Distribución porcentual de métodos de cuidado usados en niñas/os menores de 5 años en la última semana, Nuevo León, ENSANUT continua 2024			
	Niños/as menores de 5 años con cuidado inadecuado		
	Expansión		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	43.8	9.3	5.4,15.6

Sexo			
Hombre	20.5	8.6	3.5,19.9
Mujer	23.3	10	4.5,20.6
Edad			
0-11 meses	3.9	(3.8)	0.9,15.0
12-59 meses	39.9	10.8	6.1,18.4
Escolaridad materna			
Primaria o menos	14.9	(15.5)	5.5,36.6
Secundaria	17.2	10.3	4.4,22.3
Media superior o más	11.7	6	2.1,16.2
Fuente:ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León N=1,011			
* Prevalencias estimadas con menos de 25 observaciones absolutas			

Enfermedades diarreicas

Se evaluaron los episodios de enfermedad diarreica aguda (EDA) que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas previas a la entrevista. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta a las madres, cuidadoras o cuidadores de las niñas y niños: "¿Ha tenido diarrea (NOMBRE) en las últimas dos semanas?", para la cual se consideraron, las categorías "Sí" y "No".

Se compararon los resultados de la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León con los resultados de la ENSANUT Continua 2022 y las ENSANUT 2018 y 2012.

Se consideraron datos de 201 niñas y niños, que correspondieron a una población estimada de 470,979 (Cuadro 3.6.1).

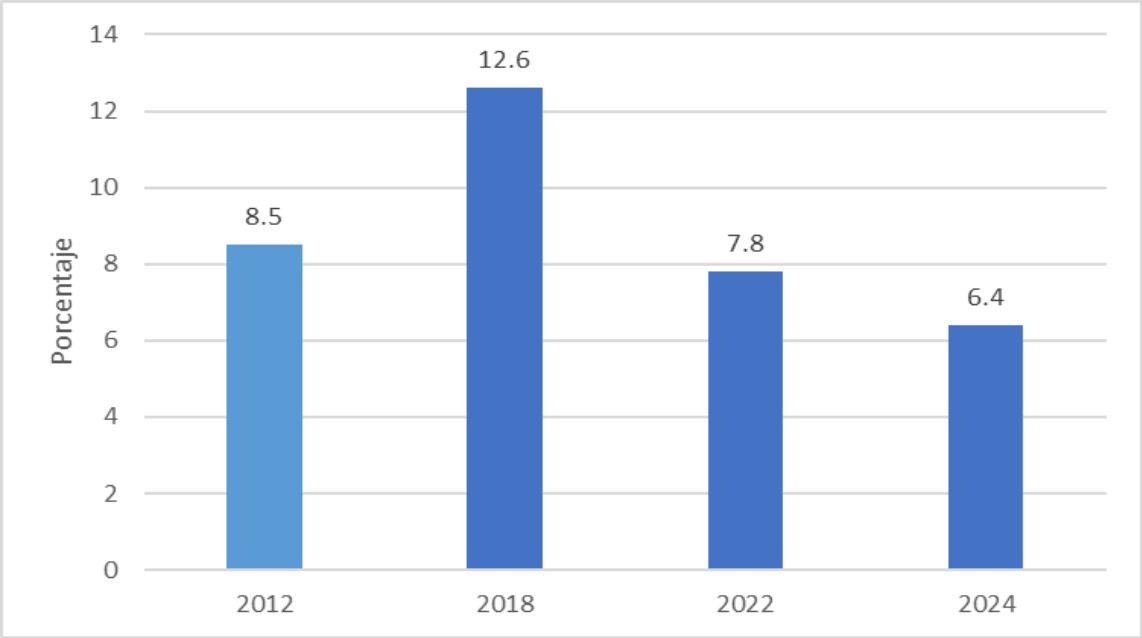
Cuadro 3.6.1. Tamaño muestral y población ponderada para el análisis de enfermedad diarreica aguda.

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	38	101,950
1 año	31	87,656
2 años	26	71,554
3 años	38	97,760
4 años	47	112,059
Total	180	470,979

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

De acuerdo con la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León, se estimó que, en las niñas y los niños menores de cinco años de edad, la prevalencia de EDA fue de 6.4%, similar la prevalencia estimada en 2022 (7.8%) y 2012 (8.4%), menor a la estimada en 2018 (12.6%) (Figura 3.6.1).

Figura 3.6.1. Prevalencia estimada de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de cinco años de edad por año de encuesta.



*Estimación realizada con 201 observaciones.
Fuente: ENSANUT 2012, ENSANUT 2018 y ENSANUT Continua 2022 y 2024 para el estado de Nuevo León*

Infecciones respiratorias agudas

Se estimó la prevalencia de los episodios de Infección Respiratoria Aguda (IRA) que presentaron las niñas y los niños menores de cinco años de edad durante las dos semanas previas a la entrevista, la cual se recabó en la sección Infecciones respiratorias agudas del Cuestionario de niños de 0 a 9 años de la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León. Para obtener información sobre la ocurrencia de este episodio se realizó la siguiente pregunta "¿Ha tenido

gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos nombre en las últimas dos semanas?", para la cual se consideraron las categorías "Sí" y "No". Se compararon los resultados de esta edición de la ENSANUT Continua con los de la edición del 2022 y de las ENSANUT 2012 y 2018. Se estimó la prevalencia y sus respectivos IC 95% de los signos de alarma de IRA identificados por las madres, cuidadoras o cuidadores, información que se recabó con la pregunta "¿Qué molestias debe tener nombre cuando tiene gripa, catarro, anginas, tos, bronquitis o dolor de oídos, para que usted lo(a) lleve inmediatamente al médico?", con las siguientes categorías de respuesta y la posibilidad de que se seleccionaron hasta cinco opciones de respuesta: 1) Respira rápido; 2) Tiene dificultad para respirar; 3) No come, ni bebe; 4) Se pone frío; 5) Se ve más enfermo; 6) Más de tres días con calentura; 7) Le salga pus del oído, 8) Le aparecieron puntos blancos en la garganta.

Se consideraron datos de 180niñas y niños, que correspondieron a una población estimada de 470,979 (Cuadro 3.7.1).

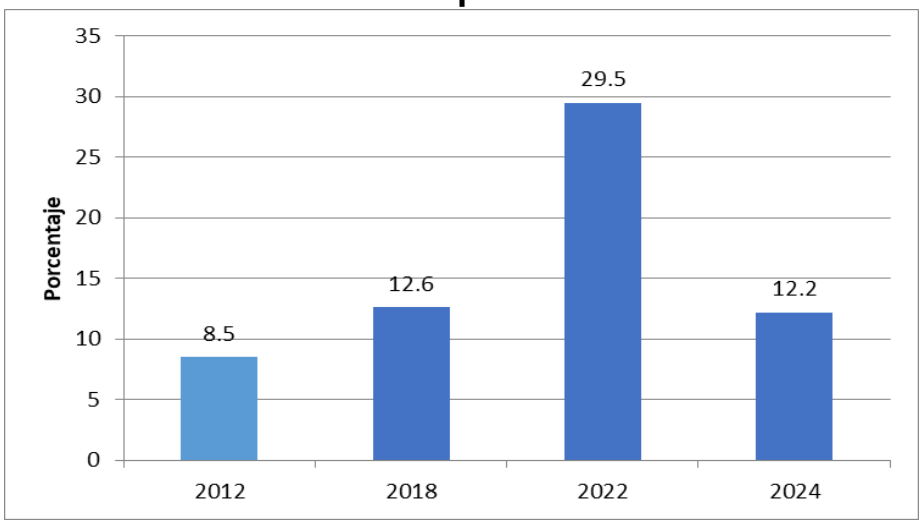
Cuadro 3.7.1. Tamaño muestral y población ponderada para el análisis de infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años de edad

Edad	n muestral	Población ponderada
0 años	38	101,950
1 año	31	87,656
2 años	26	71,554
3 años	38	97,760
4 años	47	112,059
Total	180	470,979

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

De acuerdo con la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León, se estimó que, en las niñas y los niños menores de cinco años de edad, la prevalencia de IRA fue de 12.2%, 17.3 puntos porcentuales menos que la estimación del 2022, similar a la de 2018 (12.6%) y mayor que en 2012 (8.5%)(Figura 3.7.1).

Figura 3.7.1. Prevalencia estimada de infección respiratoria aguda en niñas y niños menores de cinco años de edad por año de encuesta*



Fuente: Ensanut 2012, Ensanut 2018, Ensanut Continua 2022 y 2024 para el estado de Nuevo León

* Estimaciones realizadas con 201 observaciones

Las madres, cuidadoras o cuidadores de las niñas y los niños menores de cinco años de hogares de Nuevo León identificaron como signos de alarma de IRA, principalmente dificultad para respirar (34.8%), verlo más enfermo (33.4%), respirar rápido (32.5%), que se ponga frío (6.0%), presentar calentura por más

de tres días (25.9%) que le aparezcan puntos blancos en la garganta (23.42.2%) y que no coma ni beba (19.2%) y, en menor medida identifican, que les salga pus del oído (4.9%) (Cuadro 3.7.2)

Cuadro 3.7.2. Prevalencia estimada de la identificación de signos de alarma por la madre, cuidador o cuidadora de niñas y niños menores de cinco años

Síntomas de alarma	Total			
	Muestra	Prevalencia estimada		
		N(miles)	%	IC 95%
Respira rápido	55	153.0	32.5	25.1,40.72
Tiene dificultad para respirar	66	164.0	34.8	28.5,41.7
No come ni bebe	25	90.3	19.2	13.6,26.4
Se pone frío	11	28.2	6.0	3.2,10.9
Se ve más enfermo	55	157.3	33.4	24.1,44.2
Más de tres días con calentura	43	121.7	25.9	19.4,33.6
Le sale pus del oído	1	4.9	1.0	0.1,7.3
Le aparecen puntos blancos en la garganta	10	23.4	5.0	1.9,12.5

‡ Se admitieron hasta cinco opciones de respuesta
+n muestral
* N(miles)= Frecuencia expandida/1000
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Accidentes

Las estadísticas oficiales de mortalidad señalan que alrededor de 40,275 personas fallecieron en el año 2023 a causa de un accidente, ocupando el cuarto lugar como causa de mortalidad general en México.[37]

Aunque México no cuenta con un sistema de información que registre el número total de personas lesionadas en accidentes no fatales, la información generada por las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición han sido un elemento fundamental para conocer su magnitud, tendencia y características. Es a partir de la última encuesta que sabemos que, para 2018 casi

5.6 millones de personas tuvieron una lesión accidental no fatal,[38] de las cuales alrededor de

22% reportaron una consecuencia permanente en su estado de salud. También sabemos que los principales tipos de accidentes son las caídas, los accidentes viales, las quemaduras, asfixias, envenenamientos e intoxicaciones, ahogamientos por sumersión y, otro tipo de accidentes[38] y que ocurren principalmente en el hogar y la vía pública.[38,39]

La metodología empleada en la ENSANUT que permite la estimación de la prevalencia de accidentes, tiene como base el auto-reporte de lesiones accidentales no fatales durante los 12 meses previos a la encuesta, que se explora para población infantil, adolescente, y adulta. Esta información permite cuantificar la magnitud de los accidentes no fatales en México, que fueron reconocidos como problema de salud pública desde 1961.

Solo en quienes reportaron haber sufrido una lesión debida a un accidente, se exploró más a detalle el mecanismo, que permite caracterizar las principales causas externas de las lesiones accidentales.

Tomando como referencia las principales categorías del Capítulo 20 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10),[40] identificamos los siguientes tipos:

- Choque entre vehículos de 4 o más ruedas
- Choque en motocicleta
- Choque o atropellamiento como ciclista
- Atropellado como peatón
- Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha
- Caída a nivel de piso
- Golpe con objeto, equipo o maquinaria
- Caída de un nivel a otro: silla, escalera etc.
- Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro etc.)
- Exposición a corriente eléctrica, radiación
- Exposición a humo o fuego
- Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras)
- Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo
- Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas
- Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos
- Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna
- Otros accidentes que obstruyen la respiración (objeto extraño, alimento)
- Exposición accidental a otros factores
- No Sabe / No Responde

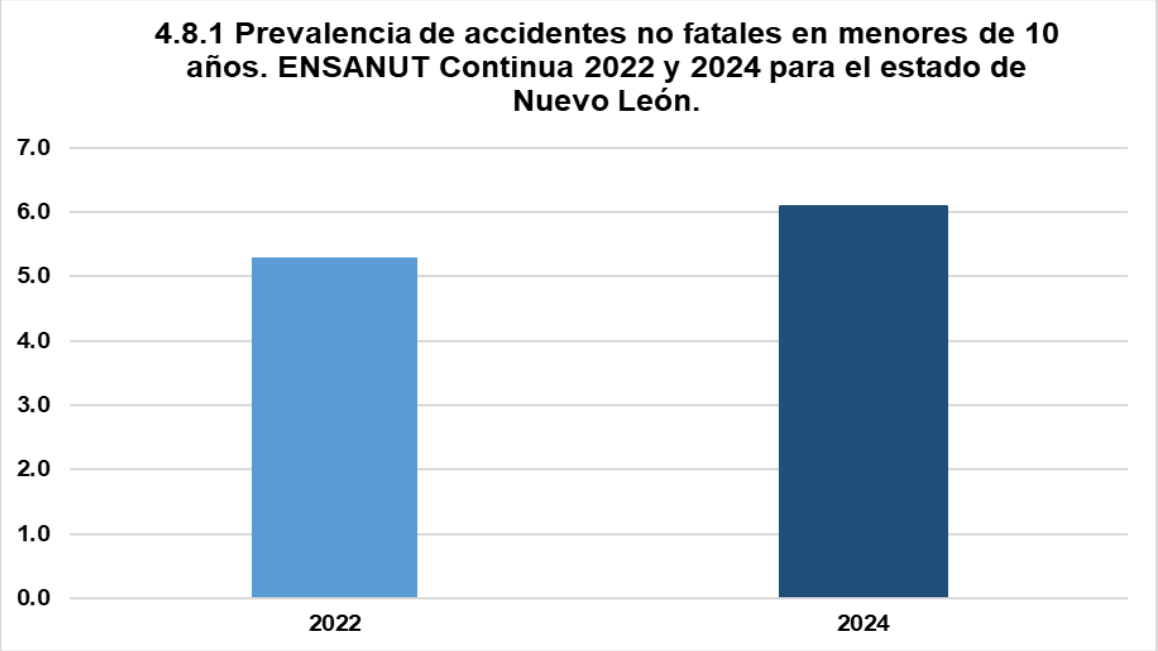
También se exploró el á*mbito de ocurrencia de los accidentes*, para identificar los lugares específicos en los que es preciso trabajar para disminuir los riesgos y la ocurrencia de accidentes no fatales en México. Los posibles lugares donde ocurren fueron:

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

Un aspecto fundamental, es que se exploró la existencia de consecuencias permanentes en salud a causa de las lesiones accidentales, que van desde limitaciones para moverse o caminar, para usar los brazos y manos, para ver, oír, hablar, u otra limitación física o mental.

La prevalencia de daños a la salud por accidentes en población menor de 10 años se obtuvo a partir del auto reporte de la madre o de quien estaba a cargo de cuidar al menor de edad en ese momento.

Se encontró que en Nuevo León 6.1% de esta población había tenido daños a la salud por esta causa, notando un incremento con respecto a la ENSANUT 2022 (5.3%) (figura 3.8.1.



Fuente: ENSANUT Continua 2022 y 2024 para el estado de Nuevo León.

Con esta información fue posible estimar que alrededor de 58,000 menores de 10 años tuvieron una lesión a causa de un accidente el año previo a la encuesta. Es importante hacer notar, que la prevalencia fue más alta en niñas que en niños con 7.4 y 4.8%, respectivamente. En 2022, las prevalencias fueron de 6.2% en niños y 3.7% en niñas; lo que muestra que tanto en niños como niñas hubo un incremento de más de un punto porcentual. La edad en la que ocurrieron con más frecuencia los accidentes fue en el grupo de 2 a 4 años tanto en niñas (8.0%) como en niños (9.4%). (Cuadro 3.8.1)

Cuadro 3.8.1. Distribución porcentual de la población menor de 10 años que presentó al menos un accidente en el último año por edad y sexo.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡	N(miles)*	%	IC95%‡
0 a 1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2 a 4	13.4	9.4	4.2-19.9	11.2	8.0	3.1-19.2	24.6	8.7	5.0-14.9
5 a 9	22.4	9.2	4.1-19.2	11.1	4.7	1.2-17.3	33.5	7.0	3.4-13.7
Total	35.8	7.4	4.1-13.0	22.3	4.8	2.1-10.5	58.1	6.1	3.9-9.4

*N(miles)= Frecuencia expandida/1000
‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Por tipo de accidente, los más frecuentes fueron las caídas (tanto a nivel de piso como las de un nivel a otro) con 73.5%, seguidas por golpe con objeto, equipo o maquinaria (13.7%) y exposición accidental a otros factores (ingesta de cloro, DDT) (5.6%). Los principales lugares de ocurrencia de los accidentes en menores de 10 años son, en primer lugar, el hogar con 49.8%, seguido de vía pública con 18.5% y otro lugar 13.1% en tercer lugar. Para 5.0% de esta población, es decir, alrededor de 2,822 niños y niñas, se reportaron consecuencias permanentes a la salud del tipo otra limitación física o mental.

Adolescentes

Consumo de tabaco

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

1.- **Fumador actual:** Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un período de 30 días) fuma tabaco.

2.- **Exfumador:** Porcentaje de la población que fumó tabaco en el pasado y actualmente no fuma.

3.- **Nunca ha fumado:** Porcentaje de la población que no fumó tabaco en el pasado y que actualmente no fuma.

4.- **Uso de Cigarro electrónico:** Porcentaje de la población que actualmente (dentro de un período de 30 días) usa cigarros electrónicos.

En el Estado de Nuevo León, el 4.7% de la población adolescente entre 10 y 19 años (45,513 personas) reportaron fumar tabaco en 2024. La prevalencia de consumo actual en hombres es de 7.2% y de 2.2% en mujeres, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En cuanto al consumo previo de tabaco, el 4.6% de la población adolescente (44,602 personas) reportó ser exfumadora, sin diferencias significativas por sexo (3.8% de los hombres, 5.5% las mujeres). El 90.6% de la población adolescente (870,785 personas) reportó nunca haber fumado, sin diferencias significativas entre hombres (89.0%) y mujeres (92.3%). El

2.5% de las y los adolescentes de Nuevo León reportaron ser usuarios de cigarro electrónico (23,845), sin diferencias entre hombres (3.6%) y mujeres (1.3%) (Cuadro 4.2.1).

Cuadro 4.2.1 Consumo de tabaco fumado en población de 10 a 19 años. ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Fumador actual	45.5	4.7	2.1,10.3	35.2	7.2	2.8,17.1	10.3	2.2	0.7,6.3
Exfumador	44.6	4.6	2.7,8.0	18.7	3.8	1.5,9.3	25.9	5.5	2.6,11.5
Nunca fumador	870.8	90.6	84.8,94.3	438.5	89.0	78.6,94.8	432.3	92.3	85.9,95.9
Cigarro electrónico	23.8	2.5	0.8,7.7	17.8	3.6	0.8,14.4	6.1	1.3	0.3,5.2

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

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

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

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

Cigarro electrónico: porcentaje de la población que actualmente usa cigarros electrónicos.

Consumo de alcohol

Se analizaron tres indicadores de consumo de alcohol en adolescentes: consumo actual de alcohol, consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses y consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días. El denominador en todos los indicadores fue la muestra total de estudio:

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

*Una bebida estándar contiene aproximadamente 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, ó 70 ml de licor.

· Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses.- Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol en el caso de los hombres y cuatro o más bebidas estándar en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses.

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

La prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adolescente fue de 18.6%, representando 180,415 personas en este grupo de edad. El 9.0% de adolescentes reportaron un consumo excesivo de alcohol en al menos una ocasión en los últimos 12 meses (87,470 personas) y 1.6% en los 30 días previos a la encuesta (15,255 personas). No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres para consumo actual y consumo excesivo (cuadro 5.2.1).

Cuadro 4.2.1 Consumo actual y excesivo de alcohol en población de 10 a 19

años. ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Consumo actual	108.5	22.0	13.5,33.8	71.9	15.1	9.2,24.0	180.4	18.6	13.0,26.0
Consumo excesivo	51.2	10.4	5.8,18.0	36.3	7.6	4.2,13.5	87.5	9.0	5.8,13.9
Consumo excesivo en los últimos 30 días	12.1	2.5	1.0,6.0	3.1	0.7	0.1,4.6	15.3	1.6	0.7,3.5

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Consumo actual de alcohol: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual.

Consumo Excesivo de Alcohol: Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más copas en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses. Se estimó la frecuencia de este patrón de consumo de forma diaria, semanal, mensual, ocasional (1-11 veces al año) y en los últimos 30 días.

*Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[42] la meta siete del objetivo tres sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, es fundamental para alcanzar la Agenda 2030. Misma en la que se plantea la

necesidad de garantizar la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales de cada país.[43] La posibilidad de que la población pueda ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva, es un prerrequisito para contribuir al cumplimiento de los ODS. La planificación familiar es una de las mejores estrategias costo

efectivas ya que coadyuva a tomar decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva que permiten a las personas desarrollarse en todas las esferas de la vida.[44]

Para el cálculo de los indicadores de salud sexual y reproductiva del estado de Nuevo León se parte de una muestra de 321 adolescentes de 10 a 19 años. Los indicadores estimados en la ENSANUT Continua 2024 son:

- *Adolescentes con conocimiento de algún método anticonceptivo.* Con este indicador se obtiene la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento de algún método anticonceptivo, independientemente de si han iniciado vida sexual.
- *Adolescentes con conocimiento sobre el número de veces que se puede utilizar el condón.* Este indicador permite conocer la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento correcto del uso del condón masculino.
- *Adolescentes con conocimiento sobre la utilidad del condón masculino*. Este indicador permite conocer la proporción de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento correcto sobre la funcionalidad de este método.
- *Edad a la primera relación sexual.* Este indicador permite conocer la proporción y edad de inicio de vida sexual de adolescentes de 12 a 19 años. Para

su cálculo se consideran estimaciones válidas con límite inferior de 6 años.

- *Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.*
- *Uso de anticonceptivos en la última relación sexual.* Este indicador se calcula siempre y cuando la/el adolescente señale que tuvo más de una relación sexual.

Los indicadores que a continuación se reportan para esta entidad federativa, muestran que 74.9% de la población adolescente de 10 a 19 años reportó haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo. Se observaron diferencias estadísticas entre adolescentes de 10 a 11 años respecto a los grupos de edad de 12 a 15 (32.3% vs. 83.2%) y de 16 a 19 años (32.3% vs 92.4%). Así mismo se encontraron diferencias marginales entre el grupo de 12 a 15 y el de 16 a 19 años (83.2% vs 92.4%) (cuadro 4.4.1). Los datos anteriores evidencian una disparidad en la información de las/los adolescentes sobre un tema relevante de la salud sexual y reproductiva que es parte de los programas escolares desde el nivel básico. Cabe destacar que el hecho de que las/los adolescentes reporten haber escuchado hablar de métodos anticonceptivos no necesariamente significa que tengan el conocimiento adecuado sobre el uso correcto de los mismos. Por lo que es necesario ampliar y reforzar la información de manera completa, correcta y oportuna.

Cuadro 4.4.1 Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años que han escuchado hablar de algún método anticonceptivo por grupos de edad.

Edad	Ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo									
	Sí			No			No responde			Total
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)
10 a 11	74.1	32.3	19.9,47.8	144.2	62.9	48.8,75.1	11.0	4.8	1.1,18.1	229.3
12 a 15	288.0	83.2	73.7,89.8	57.0	16.5	9.9,26.1	1.2	0.3	0.0,2.6	346.1
16 a 19	362.2	92.4	85.8,96.0	25.3	6.5	3.1,12.9	4.7	1.2	0.2,6.1	392.2
Total	724.3	74.9	68.5,80.3	226.5	23.4	18.4,29.2	16.8	1.7	0.5,5.5	967.6

N(miles)=Frecuencia expandida/1000
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Se ha documentado que el condón masculino es el método anticonceptivo más utilizado por la población adolescente[45] por lo que es indispensable indagar acerca del conocimiento funcional que los adolescentes tienen. Sobre esto se preguntó ¿cuántas veces se puede usar un condón? Dando como resultado que 89.3% de las/os adolescentes respondió correctamente –"una sola vez"-, sin diferencia estadística por sexo (91.6% en hombres y 86.3% en mujeres). Respecto a la utilidad del condón masculino para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual, se obtuvo que en 2024 el 60.2% de la población adolescente respondió de manera correcta, sin diferencias entre hombres y mujeres (59.3% y 61.3%, respectivamente).

Esta situación requiere enfocar esfuerzos para aumentar los conocimientos básicos del condón, ya que 39.8% de esta población no los tiene (cuadro 4.4.2).

Cuadro 4.4.2 Distribución porcentual de adolescentes de 10 a 19 años con conocimiento del uso del condón masculino.

Conocimiento del condón masculino	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
¿Cuántas veces se puede usar un condón masculino?									
Una sola vez	338.2	91.6	85.1,95.5	249.2	86.3	75.7,92.8	587.4	89.3	83.2,93.4
Otra respuesta	4.3	1.2	0.3,5.1	4.8	1.7	0.4,6.8	9.1	1.4	0.5,3.7
No sabe/No responde	26.5	7.2	3.7,13.6	34.6	12	5.9,23.0	61.1	9.3	5.3,15.7
Total	369.0	100		288.6	100		657.6	100	
¿Para qué se utiliza el condón masculino?									
Para prevenir un embarazo	122.3	33.1	22.5,45.8	89.7	31.1	22.2,41.6	212.0	32.2	25.3,40.0
Para prevenir una infección de transmisión sexual	27.9	7.6	4.0,13.8	17.4	6	2.7,13.1	45.3	6.9	3.9,11.8
Para ambos	218.8	59.3	46.0,71.4	176.9	61.3	49.3,72.0	395.7	60.2	50.7,68.9
No sabe/No responde	0.0	0.0		4.7	1.6	0.3,7.3	4.7	0.7	0.2,3.3
Total	369.0	100		288.6	100		657.6	100	

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

El inicio sexual es un hito que tiene implicaciones a lo largo de la vida de las personas, que se refleja en nuevos roles y patrones sociales de comportamiento y tienen efectos en la salud sexual y reproductiva. De los adolescentes de 12 a 19

años, incluyendo aquellos que iniciaron vida sexual[1] pero no recordaron la edad, en 2022 el 22.5% inició vida sexual, sin diferencias significativas por sexo (25.8% hombres y 18.8% mujeres) (cuadro 4.4.3).

Cuadro 4.4.3 Distribución porcentual de adolescentes de 12 a 19 años por inicio de vida sexual por sexo.

Inicio de vida sexual	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	101.6	25.8	16.9,37.2	64.7	18.8	10.9,30.6	166.3	22.5	15.6,31.3
No	292.4	74.2	62.8,83.1	279.7	81.2	69.4,89.1	572	77.5	68.7,84.4
Total	393.9	100		344.4	100		738.3	100	

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Para un inicio de vida sexual saludable es fundamental el uso informado, adecuado y oportuno de métodos anticonceptivos a fin de prevenir embarazos y planificar el momento y el número de hijos deseados. Dentro de la gama de anticonceptivos, es importante saber cuáles son adecuados para cada persona de acuerdo con sus necesidades reproductivas y circunstancias de vida. El método anticonceptivo más apropiado debe circunscribirse a la situación de salud general de la persona, edad, frecuencia de la actividad sexual, número de parejas sexuales, deseo de tener hijos en el futuro y antecedentes familiares de determinadas enfermedades.[46] Un elemento importante para garantizar la

[1] En esta cifra no se consideraron las personas que declararon haberse iniciado sexualmente antes de los 7 años.

utilización de métodos anticonceptivos es la erradicación de barreras de acceso a los servicios y satisfacer necesidades anticonceptivas.[47]

En esta encuesta se indagó sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera y última relación sexual. En relación con la primera, se observó que del total de adolescentes de 12 a 19 años edad que reportaron haber iniciado vida sexual, 13.0% no utilizó métodos anticonceptivos. De los que usaron algún método, 77.9% usó condón masculino (cuadro 5.4.4).

Cuadro 4.4.4 Porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años con inicio de vida sexual que usaron condón o ningún método anticonceptivo en la primera y última relación sexual.

Método anticonceptivo	Primera relación sexual			Última relación sexual		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Condón	129.6	77.9	62.0,88.4	71.9	(75.5)	55.1,88.5
Nada	21.7	13.0	4.5,32.2	13.1	(13.8)	4.6,34.9
Total	166.3	100.0		95.2	100.0	

N(miles)=Frecuencia expandida/1000

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

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

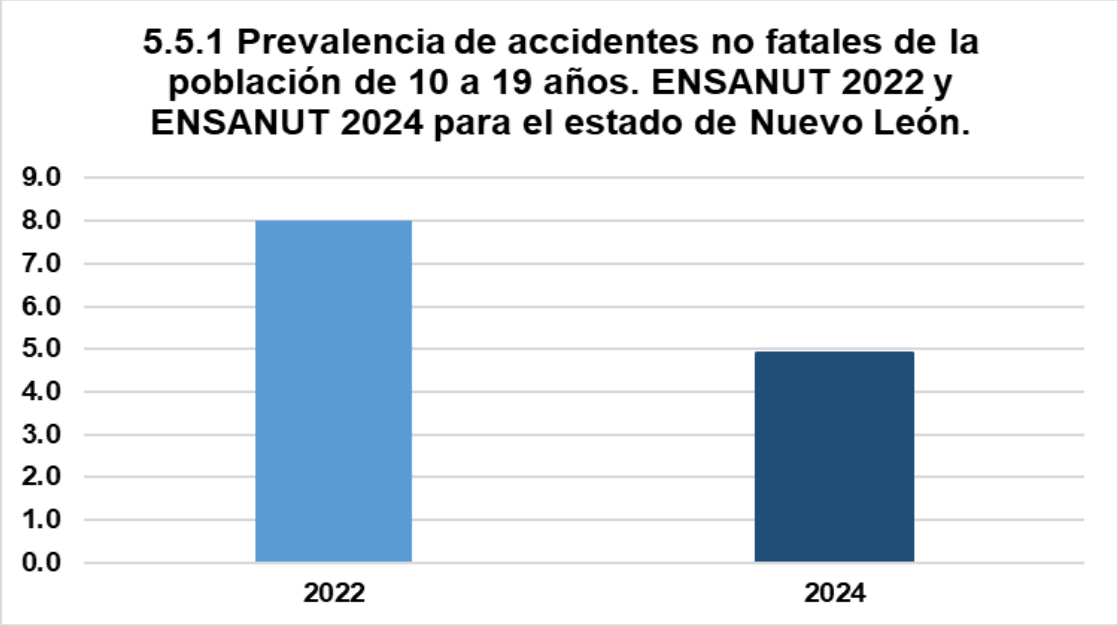
Estimación obtenida con 52 observaciones no ponderadas para la primera relación sexual y 31 observaciones para la última relación sexual

Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual, el 13.8% de los adolescentes con más de una relación sexual reportó no haber utilizado ningún método anticonceptivo; mientras que 75.5% de éstos utilizó el condón

masculino. Los datos presentados muestran un bajo uso de este método, particularmente en la última relación sexual (cuadro 4.4.4).

Accidentes

Siguiendo la metodología descrita en la sección 5 de este informe, en población de 10 a 19 años, se encontró que en Nuevo León la prevalencia de daños a la salud por accidentes en el año previo al levantamiento de la encuesta fue de 4.9%, notándose una reducción con relación a los datos de 2022, cuando 8.0% de los adolescentes de Nuevo León sufrió daños a la salud por esta causa.



Fuente: ENSANUT Continua 2022 y 2024 para el estado de Nuevo León.

Se estima que casi 47,495 adolescentes presentaron una lesión a causa de un

accidente, el año previo a la encuesta, mostrando que la prevalencia fue más alta en hombres que en mujeres (7.5% y 2.2% respectivamente) (cuadro 5.5.1), patrón similar al observado en 2022, cuando la prevalencia de daños a la salud por accidentes fue mayor en hombres (11.3% hombres y 4.6% mujeres).

Cuadro 5.5.1. Distribución porcentual de la población de 10 a 19 años que presentó al menos un accidente en el último año por edad y sexo.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%‡	Frecuencia*	%	IC95%‡	Frecuencia*	%	IC95%‡
10 a 12	24.6	15.6	8.0-28.4	3.0	1.7	0.2-12.2	27.6	8.3	4.1-15.9
13 a 15	3.5	2.5	0.6-10.0	0.0	0.0	0.0	3.5	1.5	0.4-5.9
16 a 19	9.0	4.6	1.8-11.4	7.4	3.7	1.1-11.7	16.4	4.1	1.9-8.8
Total	37.1	7.5	4.4-12.7	10.4	2.2	0.8-6.0	47.5	4.9	3.0-7.9

*Frecuencia en miles
‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Los accidentes más frecuentes fueron caídas con 36.2%, seguidas de accidentes viales con 30.9% y golpe con objeto, equipo o maquinaria (17.8%). Los principales lugares donde ocurren los accidentes en adolescentes fueron: centro recreativo o deportivo con 31.1%, seguido de la vía pública con 18.2% y la escuela con 16.4%. Alrededor de 5,970 adolescentes reportaron consecuencias permanentes en su salud, lo que equivale al 12.6% de quienes tuvieron una lesión accidental el año previo; siendo la principal consecuencia limitaciones para moverse o caminar o lo hace con ayuda.

Funcionamiento y discapacidad en la población de 2 a 17 años.

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

La definición de discapacidad ha cambiado con el tiempo. La definición médica de la discapacidad identifica a las personas de acuerdo con su diagnóstico y se enfoca en trastornos, enfermedades o condiciones (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.) entendidos como las causas de la discapacidad. El pensamiento sobre la discapacidad ha evolucionado hacia una definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. Es decir, en lugar de enfocarse en las causas se enfatizan los problemas que encuentran las personas en términos de su funcionamiento cotidiano; esta definición toma en cuenta la interacción entre la condición del individuo y el contexto.[52–54] Este nuevo paradigma biopsicosocial, en sintonía con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, enmarca el abordaje metodológico de la medición poblacional de la discapacidad, el cual se describe a continuación.

En la encuesta ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León se utilizó el módulo de preguntas sobre funcionamiento desarrollado por UNICEF y el Grupo Washington para la medición de la discapacidad en la niñez y la

adolescencia,[55] así como el módulo para adultos[56] desarrollado por el Grupo Washington. Dichos módulos fueron diseñados para identificar a las niñas y niños, adolescentes y adultos con dificultades en el funcionamiento, los cuales, ante la ausencia de un entorno adaptado a sus necesidades, se encuentran en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con la población general. Los módulos sobre funcionamiento se incluyeron en los cuestionarios de niños de 0 a 9 años, adolescentes y adultos. La batería de preguntas se aplicó a las madres de las niñas y niños de 2 a 9 años y directamente a las niñas y niños mayores de 10 años, así como a los adolescentes y adultos. Dependiendo del grupo de edad (2-4 años, 5-17 años o ≥ 18 años), el módulo incluye 16, 24 o 10 preguntas con respuestas categóricas que evalúan dificultades de funcionamiento en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad, así como emociones, entre otras.

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

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información:

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

a. Indicador de las Encuestas de Indicadores Múltiples (MICS, acrónimo en inglés) de UNICEF
b. Los ámbitos considerados para los niños/as de 2 a 4 años son: visión, audición, caminar, motor fino, comunicación, aprendizaje, jugar y control del comportamiento.
c. Los ámbitos considerados para los niños/as de 5 a 17 años son: visión, audición, caminar, autocuidado, comunicación, aprendizaje, recuerdo, concentración, aceptación del cambio, control del comportamiento, hacer amigos, ansiedad y depresión.
d. Los ámbitos considerados para los adultos (18 años o mayores) son: visión, audición, caminar, cognición, autocuidado y comunicación.

Para las estimaciones de dificultades severas del funcionamiento en niñas y niños de 2 a 4 años se consideraron 111 observaciones, mientras que para las niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años se contó con 446 observaciones. Por lo que en el rango de 2 a 17 años se analizó información de 557 niñas, niños y adolescentes.

El Cuadro 5.8.1 presenta la prevalencia de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. En este grupo etario el 10.4% de los niñas, niños y adolescentes tiene dificultades de funcionamiento en al menos un ámbito. Mientras que el 3.2% de las niñas/os de 2 a 4 años y el 12.0% de las niñas/os de 5 a 17 años presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.

Cuadro 4.9.1. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un ámbito, Nuevo León, ENSANUT continua 2022

	Niños de 2 a 4 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 5 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio			Niños de 2 a 17 años con dificultad funcional en al menos un dominio		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Estatal	9.1	3.2	1.2,8.6	148.2	12	9.1,15.7	157.3	10.4	7.9,13.6
Sexo									
Hombre	3.2	2.2	0.5,9.4	94.5	15.1	10.3,21.6	97.7	12.7	8.8,18.2
Mujer	5.9	4.3	1.1,15.1	53.7	8.9	5.5,13.8	59.6	8	5.3,12.0

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Disciplina

En todas las culturas, las prácticas de crianza incluyen el manejo del comportamiento de las niñas/os y el uso de distintos métodos de disciplina. Los métodos de disciplina no violentos incluyen la orientación y apoyo para el manejo de emociones y comportamientos, resolución de conflictos y la adquisición de niveles progresivamente más maduros de responsabilidad, tolerancia e interacción con otras niñas/os y adultos. Los métodos de disciplina violentos incluyen el empleo de estrategias punitivas basados en el castigo físico y la intimidación verbal. La evidencia científica[33,35] ha señalado que la exposición a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en el desarrollo de las niñas/os, a corto y a largo plazo, dificultando el desarrollo de capacidades de aprendizaje, inhibiendo las relaciones positivas, promoviendo la baja autoestima, angustia emocional y depresión.

La meta 16.2 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 16, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niñas/os de 1 a 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes. En la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León, se midió la exposición a métodos violentos y no violentos de disciplina, para toda la población de 1 a 14 años. Para las niñas/os de 1 a 14 años, se utilizó el Módulo de Disciplina de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) de UNICEF, el cual incluye 11 preguntas con respuestas categóricas sobre el uso de métodos de disciplina (violentos y no violentos) por parte de algún miembro del hogar. El módulo se aplicó a las madres de las niñas/os menores de 10 años, y directamente a las niñas/os y adolescentes de 10 a 14 años.

Para el cálculo de los indicadores de métodos de disciplina se cuenta con una muestra de 498 niñas/os de 1 a 14 años. Para la construcción de los indicadores de disciplina violenta se consideraron las siguientes definiciones:

Indicador	Cuestionario	Numerador	Denominador
Disciplina violenta	Niños de 0 a 9, y Adolescentes	Población de 1 a 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes previo a la encuesta	Número de niñas/os de 1 a 14 años

En 2024 en Nuevo León, 58.9% de las niñas y niños de 1 a 14 años fueron sometidos a al menos una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes previo a la encuesta.

Cuadro 5.9.1. Distribución porcentual de métodos de disciplina usados en niñas, niños y adolescentes de 1 a 14 años, Nuevo León, México, ENSANUT 2024.

	Cualquier método de disciplina violento		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	785.8	58.9	53.1,64.6
Sexo			
Hombre	430.5	63.3	56.0,70.1
Mujer	355.4	54.4	46.4,62.1
Edad			
1 a 4 años	173.4	47.0	36.5,57.8
5 a 14 años	612.4	63.5	56.8,69.7

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

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
*N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias comunes, el Cuadro 5.9.2 revela que 4.6% de las madres que respondieron el cuestionario de niños de 0 a 9 años cree que el castigo físico es necesario para educar a las niñas/os. Adicionalmente, el cuadro 5.9.3 muestra que únicamente el 12.0% de los adolescentes encuestados piensan que el castigo físico es necesario para educarlos apropiadamente.

Cuadro 5.9.2. Porcentaje de informantes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña/o apropiadamente, Nuevo León, México, ENSANUT 2024

	N (miles)	%	IC95%
Estatal	38.8	4.6	2.4,8.5
Sexo			
Hombre	15.4	3.5	1.6,7.5
Mujer	23.3	5.7	2.4,12.9

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
*N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Cuadro 5.9.3. Porcentaje de adolescentes que creen que el castigo físico es necesario para educar a una niña/o apropiadamente, Nuevo León, México, ENSANUT 2024

	N (miles)	%	IC95%
Estatal	58.3	12	7.4,19.0
Sexo			
Hombre	34.8	14.4	7.2,26.5
Mujer	23.5	9.7	4.7,19.1

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
*N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Conductas alimentarias

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental cada vez más frecuente entre mujeres y hombres jóvenes. Si bien los trastornos definidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales* (DSM-5, por sus siglas en inglés),[57] son anorexia nervosa, bulimia nervosa, y trastorno por atracón, tienen prevalencias bajas, las conductas alimentarias de riesgo son mucho más frecuentes. Las conductas alimentarias de riesgo incluyen todas las manifestaciones de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) – como son conductas restrictivas, purgativas y atracones[58]– pero con menor intensidad y frecuencia.[59]

La información para la medición de conductas alimentarias de riesgo en la ENSANUT Continua se captó utilizando un cuestionario breve propuesto por Unikel y cols. apegado a los criterios establecidos en el DSM-IV. Se trata de una batería de 10 preguntas, que considera una conducta de riesgo cuando el puntaje obtenido es mayor a 10 puntos.[60]

Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en la población adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. Se reportó las respuestas de frecuentemente y muy frecuentemente la preocupación por engordar

(12.0% y 6.9%), así como haber comido demasiado (6.3% y 4.3%, respectivamente). En menor proporción se encuentra el perder el control sobre lo que come, ejercicio en exceso y realizar dietas con el fin de tratar de bajar de peso (cuadro 5.10.1).

Cuadro 5.10.1 Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos de 10 a 19 años. México, ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

	Nunca			Algunas veces			Frecuentemente			Muy frecuentemente		
	N(miles)*	**%**	**(IC95%)**	**N(miles)***	**%**	**(IC95%)**	**N(miles)***	**%**	**(IC95%)**	**N(miles)***	**%**	**(IC95%)**
¿Te ha preocupado engordar?	600.8	62.1	55.7,68.0	191.3	19.8	15.3,25.2	134.5	13.9	9.8,19.3	41	4.2	2.3,7.7
¿has comido demasiado?	507	52.4	46.9,57.9	358.1	37	31.8,42.6	78.7	8.1	5.3,12.2	23.8	2.5	0.8,6.9
¿Has perdido el control sobre lo que comes?	755	78	73.8,81.8	170.2	17.6	14.4,21.3	37.3	3.9	2.1,7.0	5.1	0.5	0.1,1.8
¿Has vomitado después de comer para bajar de peso?	941.4	97.3	93.8,98.8	12.7	1.3	0.5,3.3	13.5	1.4	0.3,5.9	0		
¿Has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	877.7	90.7	86.3,93.8	52.5	5.4	3.3,8.8	26.6	2.7	1.1,6.7	10.9	1.1	0.3,4.1
¿Has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	894.7	92.5	88.5,95.1	52.4	5.4	3.5,8.3	20.5	2.1	0.8,5.8	0		

¿Has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	847.5	87.6	82.0,91.6	104.7	10.8	6.9,16.6	11.3	1.2	0.4,3.7	4.2	0.4	0.1,1.9
¿Has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	960.8	99.3	97.6,99.8	5.2	0.5	0.1,2.4	1.6	0.2	0.0,1.3	0		
¿Has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	963.4	99.6	96.8,99.9	4.2	0.4	0.1,3.2	0			0		
¿Has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	960.5	99.3	97.7,99.8	5.5	0.6	0.1,2.3	1.6	0.2	0.0,1.3	0		

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
*N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Adultos

Programas preventivos

Con el fin de identificar personas asintomáticas con enfermedades crónicas no diagnosticadas se realizan pruebas de detección o tamizaje en servicios de salud públicos y privados. El resultado de dichas pruebas permite establecer medidas preventivas para retardar el desarrollo de la enfermedad, modificando el estilo de vida del paciente como en el caso de la diabetes,[61] hipertensión,[62] dislipidemias y obesidad; o si la prueba de detección resulta positiva, los individuos deberán ser enviados a confirmación diagnóstica de la enfermedad y en su caso al tratamiento en etapas tempranas. Dependiendo de la presencia de factores de riesgo de las enfermedades mencionadas, la periodicidad de la detección recomendada en las normas oficiales mexicanas llega a ser anual.

El 33.6% de las mujeres de 20 años o más de edad residentes en Nuevo León acudieron, durante el año previo al levantamiento de esta encuesta, a que les realizaran una prueba de papanicolaou. Las mujeres que acudieron en mayor proporción fueron las de 40 a 59 años de edad (40%) (Cuadro 6.2.1). Acudieron a exploración clínica de senos, el 29% de las mujeres de esta entidad. En mayor proporción, asistieron a un servicio médico las mujeres de 40 a 59 años de edad (36.2%), seguidas por las de 60 años y más (36%), para que les realizaran dicha exploración. (Cuadro 6.2.1).

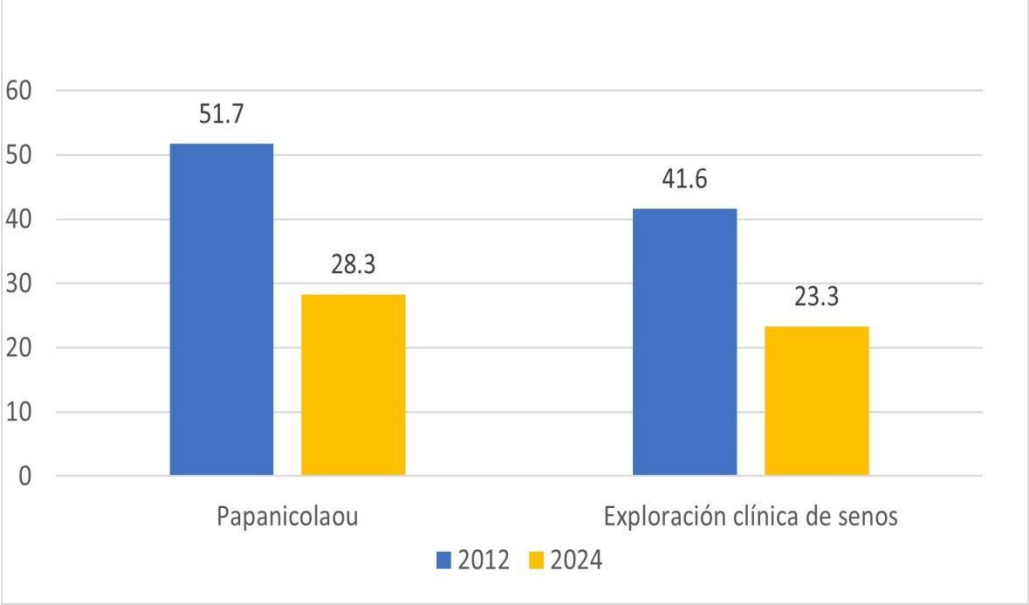
Cuadro 6.2.1 Uso de servicios médicos preventivos de en mujeres, según grupo de edad.

Estudio			
Prueba de Papanicolaou	N(miles)*	%	IC95%
20-39	221	23.7	17.9,30.7
40-59	220	37.8	30.9,45.3
60 años y más	130	25.7	17.8,35.7
Total	570	28.3	23.4,33.7
Exploración clínica de senos			
20-39	159	17.1	12.8,22.3
40-59	192	33.1	25.3,42.1
60 años y más	119	23.7	15.9,33.7
Total	471	23.3	18.7,28.8

N(miles)= Frecuencia expandida/1000
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

En comparación con las pruebas de detección realizadas con anterioridad en Nuevo León, la proporción de mujeres que acudieron a que les realizaran una prueba de papanicolaou en el año previo al levantamiento de la ENSANUT continua 2024 (33.6%), casi dos terceras partes de la proporción de las que acudieron en el año previo del levantamiento de la ENSANUT 2012 (51.7%). El 41.6% de las mujeres de 20 años y más de edad, residentes de Nuevo León, en el año previo al levantamiento de la ENSANUT 2012, acudieron a que les realizaran una exploración clínica de senos. Este porcentaje disminuyó a 29% en el 2024. (Figura 6.2.1)

Figura 6.2.1 Pruebas de detección oportuna de Papanicolaou y exploración clínica de senos en mujeres.



Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2024 para el estado de Nuevo León

La proporción de los hombres y mujeres de 20 años o más, residentes de Nuevo León, que acudieron en el año previo al levantamiento de la ENSANUT continua 2024 a detección de diabetes, es diferente (24%y 34%, respectivamente). La distribución entre los grupos de edad también es diferente. El 13.9% de los hombres y el 24.7% de las mujeres de 20 a 39 años de edad; el 57.6% de las mujeres y el 40.3% de los hombres de 60 y más años de edad acudieron a detección de diabetes. En cuanto a detección de hipertensión, el 31% de los hombres y el 38.3% de las mujeres de 20 años y más, acudieron a detección de esa enfermedad durante el año previo. En el grupo de 20 a 39 años de edad, el

24.1% de los hombres y el 27.7% de las mujeres, les realizaron detección de hipertensión. A detección de colesterol alto, acudieron el año previo, el 32.9% (28.6% de los hombres y 37.6% de las mujeres) y de sobrepeso y obesidad el 20% (18.9% de los hombres y 21% de las mujeres) de los adultos de 20 años y más de edad. (Cuadro 6.2.2)

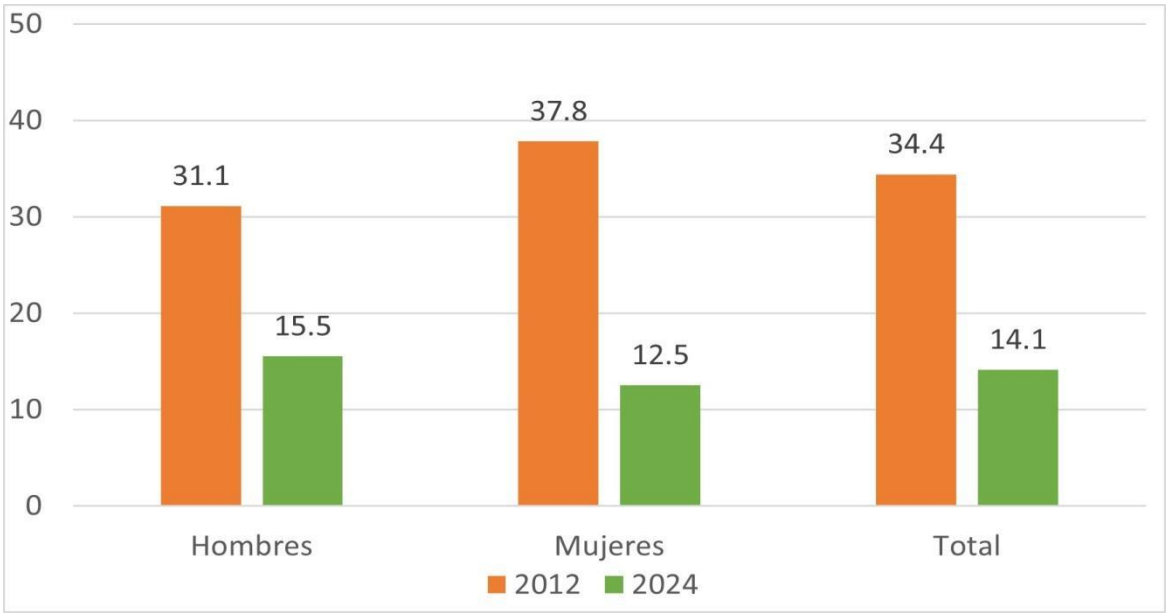
Cuadro 6.2.2 Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo.

	Hombres			Mujeres			Total		
	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%	N(miles)*	%	IC95%
Estudio Detección de diabetes mellitus									
20-39	137	16.6	11.8,22.8	63	7.1	4.1,12.2	200	11.7	8.5,15.8
40-59	108	16.2	10.5,24.1	82	17.1	11.3,25.0	190	16.6	12.4,21.8
60 años y más	27	10.4	4.0,24.4	66	20.8	11.6,34.3	93	16.1	9.3,26.4
Total	272	15.5	11.7,20.2	212	12.5	9.4,16.5	483	14.1	11.5,17.1
Detección de hipertensión arterial									
20-39	132	15.9	10.2,23.8	71	8.1	4.7,13.8	204	11.9	8.5,16.5
40-59	83	13	8.4,19.7	55	12.5	8.1,18.7	138	12.8	9.0,18.0
60 años y más	26	11.9	4.6,27.5	37	16.9	10.1,26.9	63	14.4	7.9,24.7
Total	241	14.3	10.3,19.5	163	10.6	7.4,15.1	405	12.5	9.5,16.4
Detección de triglicéridos o colesterol alto									
20-39	86	11.3	6.6,18.6	61	6.9	4.1,11.4	147	8.9	6.2,12.8
40-59	56	9.2	5.5,15.0	53	12.6	7.0,21.6	109	10.6	7.2,15.3
60 años y más	25	8.9	3.8,19.3	31	9.2	5.1,16.1	56	9.1	5.7,14.1
Total	167	10.1	7.2,14.1	145	8.8	5.9,13.0	312	9.5	7.4,12.2
Detección de obesidad o sobrepeso									
20-39	156	17.9	11.9,26.1	107	11.4	6.9,18.5	263	14.6	10.1,20.5
40-59	78	10.4	6.8,15.6	73	12.4	7.4,20.1	151	11.3	7.8,16.0
60 años y más	56	14.5	8.0,24.9	55	10.8	6.0,18.8	110	12.4	7.7,19.3
Total	289	14.5	10.8,19.1	235	11.6	8.6,15.4	524	13	10.1,16.6

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

A partir del 2012, se observó un importante decremento en la proporción de adultos a quienes les realizaron pruebas de detección de diabetes e hipertensión arterial. En 2012, el 34.4% de los adultos (31.1% de los hombres y el 37.8% de las mujeres) les realizaron pruebas de detección de diabetes. Esta proporción disminuyó a 14.1% (15.5% en hombres y 12.5% en mujeres) en 2022. (Figura 6.2.2)

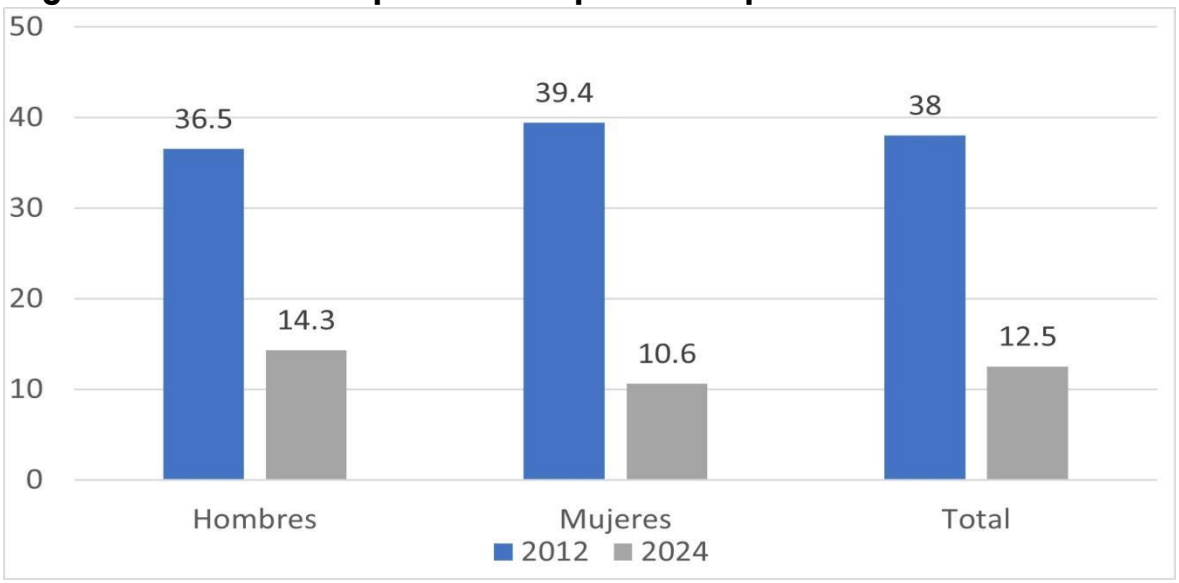
Figura 6.2.2 Detección oportuna de diabetes por sexo.



Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2024 para el estado de Nuevo León

La detección de hipertensión arterial, presentó un importante decremento en su aplicación en la población adulta de Nuevo León, entre las ENSANUT 2012 y la ENSANUT continua 2022, de 38% (36.5% en hombres y 39.4% en mujeres) a 12.5% (14.3% en hombres y 10.6% en mujeres), respectivamente. (Figura 6.2.3).

Figura 6.2.3 Detección oportuna de hipertensión por sexo.



Fuente: Ensanut 2012 y Ensanut Continua 2024 para el estado de Nuevo León

Consumo de tabaco

Siguiendo la misma metodología planteada en la sección 5.2, en el Estado de Nuevo León en 2024, el 23.8% de la población con 20 años y más (967,729 personas) consumió tabaco fumado, encontrando un mayor consumo entre los hombres (31.9%), en comparación de las mujeres (15.9%). Por otra parte, el 19.2% de la población adulta de Nuevo León (779,421personas) reportó ser exfumadora, con una mayor prevalencia en hombres (25.0%) comparado con las mujeres (13.5%). En cuanto a las personas nunca fumadoras, el 57.0% (2,313,405 personas) reportó no haber fumado, con una mayor proporción de mujeres (70.6%) en comparación con los hombres (43.1%). El 3.1% de la población adulta del estado de Nuevo León (125,492 personas) reportó usar cigarros electrónicos; 2.4% de los hombres, 3.8% de las mujeres. (cuadro 6.3.1).

Cuadro 6.3.1 Consumo de tabaco fumado en población de 20 años y más. ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Fumador actual	967.7	23.8	20.4,27.6	642.5	31.9	26.7,37.6	325.3	15.9	12.8,19.4
Exfumador	779.4	19.2	16.6,22.1	501.7	25.0	20.7,29.8	277.7	13.5	10.2,17.8
Nunca fumador	2313.4	57.0	53.4,60.4	865.1	43.1	38.2,48.0	1448.3	70.6	66.0,74.8
Cigarro electrónico	125.5	3.1	2.1,4.6	47.7	2.4	1.3,4.4	77.8	3.8	2.2,6.4

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

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

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

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

Cigarro electrónico: porcentaje de la población que actualmente usa cigarros electrónicos.

Consumo de alcohol

Se analizaron tres indicadores de consumo de alcohol en adultos: consumo actual de alcohol, consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses y consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días. El denominador en todos los indicadores fue la muestra total de estudio:

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

*Una bebida estándar contiene aproximadamente 13 g de alcohol puro, equivalente a, por ejemplo, 330 ml de cerveza, 140 ml de vino, ó 70 ml de licor.1

· Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses.- Porcentaje de adultos que refirió consumir cinco o más bebidas estándar de alcohol en el caso de los hombres y cuatro o más bebidas estándar en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses.

· Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días.- En concordancia con la definición determinada por la Organización Mundial de la Salud,2 adicionalmente se estimó el porcentaje de adultos que reportaron consumir cinco o más bebidas estándar en el caso de los hombres y de cuatro o más bebidas estándar en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo actual de alcohol en la población adulta en Nuevo León en 2024 fue de 60.6%, representando 2,467,677 personas y siendo mayor en hombres (73.0%) que en mujeres (48.7%). Respecto al consumo excesivo, el 42.7% de las y los adultos en Nuevo León reportó un consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses (1,738,663 personas), siendo mayor en hombres (57.2%) que en mujeres (28.5%). Por último, el 23.4% de la población adulta de Nuevo León reportó haber consumido alcohol en exceso en al menos una ocasión en los 30 días previos a la encuesta en 2024 (33.4% de los hombres, 13.6% de las mujeres) (cuadro 6.4.1).

	Hombres			Mujeres			Total		
	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%	N (miles)	%	IC 95%
Consumo actual	1472.8	73.0	67.7,77.6	994.8	48.5	43.3,53.8	2467.7	60.6	56.4,64.7
Consumo excesivo	1154.3	57.2	51.6,62.6	584.4	28.5	23.9,33.6	1738.7	42.7	39.1,46.5
Consumo excesivo en los últimos 30 días	674.1	33.4	28.0,39.3	278.9	13.6	10.4,17.5	952.9	23.4	20.2,27.0

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Consumo actual de alcohol: Porcentaje de adolescentes que reportaron consumir al menos una copa de una bebida alcohólica* en los últimos 12 meses con una frecuencia diaria, semanal, mensual o anual.

Consumo Excesivo de Alcohol: Porcentaje de adolescentes que refirió consumir cinco o más copas por ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más copas en el caso de las mujeres en al menos una ocasión en los últimos 12 meses. Se estimó la frecuencia de este patrón de consumo de forma diaria, semanal, mensual, ocasional (1-11 veces al año) y en los últimos 30 días.

*Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[42] la meta siete del objetivo tres sobre el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, es

fundamental para lograr el cumplimiento de la Agenda 2030. Misma en la que se plantea la necesidad de garantizar la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales de cada país.[43] Para posibilitar esto es necesario garantizar que la población pueda ejercer su derecho a la salud sexual y reproductiva, como un prerrequisito para contribuir al cumplimiento de los ODS. Así como fortalecer la planificación familiar como una de las mejores estrategias costo efectivas que coadyuva a tomar decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva, y contribuye a que las personas puedan desarrollarse en todas las esferas de la vida.[44]

Para el cálculo de los indicadores de salud sexual y reproductiva en el estado de Nuevo León se parte de una muestra de 716 mujeres y hombres adultas/os de 20 a 49 años. Los indicadores estimados en la ENSANUT Continua 2024 son:

- *Edad a la primera relación sexual.* Este indicador permite conocer la proporción de adultas/os de 20 a 49 años según edad de inicio de vida sexual. Para su cálculo se consideran estimaciones válidas el inicio de vida sexual a partir de los 6 años.

- *Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.*

- *Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.*

- *Prueba de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Este indicador muestra la proporción de población adulta que se ha realizado la prueba para detectar VIH, y sí conocen el resultado de ésta.

- *Mujeres adultas alguna vez embarazadas.* Permite conocer la prevalencia de mujeres de 20 a 49 años con inicio de vida sexual que alguna vez han estado embarazadas, independientemente de si el producto del embarazo nació vivo, nació muerto o fue un aborto.

- *Atención prenatal*. Este indicador permite estimar la prevalencia de mujeres embarazadas de 20 a 49 años que recibe atención médica programada para vigilar la evolución del embarazo, con el fin de tener una preparación adecuada para el parto, el puerperio y la atención del recién nacido.

La Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida[16] es la guía en la que se recomiendan acciones y actividades que se deben realizar para el control prenatal. En relación con lo anterior, en este apartado se muestran los resultados de tres acciones que son relevantes para la salud materno- infantil en mujeres que declararon haber tenido al menos un(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) cinco años antes de la encuesta.

- *Prueba de detección de sífilis.* Con este indicador se obtiene la prevalencia de mujeres de 20 a 49 años embarazadas a las que se les realizó esta prueba.

- *Prueba de detección del VIH.* Con este indicador se obtiene la prevalencia de mujeres embarazadas de 20 a 49 años a las que se les realizó esta prueba.

- *Consumo de ácido fólico.* Con este indicador se obtiene la prevalencia de mujeres embarazadas de 20 a 49 años a las que se le prescribió el consumo de esta vitamina.

- *Resolución del parto.* Porcentaje de mujeres de 20 a 49 años según vía de expulsión o extracción del bebé del vientre materno en el momento del parto, el cual puede ser vaginal o abdominal (cesárea).

- *Anticoncepción posparto.* Con este indicador se puede estimar la prevalencia de mujeres de 20 a 49 años que declararon haber tenido al menos un/a hijo/a nacido/a vivo/a cinco años antes de la encuesta, y que recibieron un método anticonceptivo durante el puerperio.

La situación de la salud sexual y reproductiva de la población adulta de Nuevo León se puede conocer a través de indicadores reportados en la Ensanut Continua 2024 donde se muestra que del total de adultos de 20 a 49 años 93.5% iniciaron vida sexual,[2] (92.6% hombres y 94.4% mujeres) (cuadro 6.5.1).

Cuadro 6.5.1 Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años por inicio de vida sexual.

Inicio de vida sexual	Sexo								
	Hombre			Mujer			Total		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	1254.2	92.6	88.6,95.2	1297	94.4	90.5,96.7	2,551.1	93.5	90.7,95.4
No	80	5.9	3.5,9.9	64.4	4.7	2.7,8.1	144.4	5.3	3.6,7.7
No responde	20.9	1.5	0.6,3.9	13.0	0.9	0.2,3.9	33.9	1.2	0.5,3.0
Total	1,355.1	100		1,374.4	100		2,729.5	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

[2] En esta cifra no se consideraron las personas que declararon haber iniciado sexualmente antes de los 7 años.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, en 2024 se reportó que el 29.5% no utilizó ninguno. Entre la población que utilizó algún método, 67.4% usó condón y 4.2% métodos hormonales (cuadro 6.5.2).

Cuadro 6.5.2 Porcentaje de población de 20 a 49 años con inicio de vida sexual por uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Método anticonceptivo	Primera relación sexual		
	N (miles)	%**	IC95%
Condón	1718.7	67.4	62.3,72.1
Hormonales***	108.2	4.2	2.7,6.6
Nada	752.1	29.5	24.8,34.7

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

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

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

En la última relación sexual 30.6% de la población adulta informó no haber usado algún método anticonceptivo, resultado sin diferencias significativas respecto al porcentaje registrado en la primera relación (29.5%). De la población que sí utilizó algún método anticonceptivo, 47.8% usó condón masculino, 8.1% métodos hormonales, 8.3% Dispositivo intrauterino y 9.1% Oclusión tubaria bilateral/vasectomía (cuadro 6.5.3).

Cuadro 6.5.3 Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años con inicio de vida sexual por uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual.

Método anticonceptivo	Última relación sexual		
	N (miles)	%**	IC95%
Condón	1220.2	47.8	42.3,53.4
Hormonales***	206	8.1	6.1,10.5
Dispositivo intrauterino	211.8	8.3	5.9,11.6
Oclusión tubaria bilateral/ Vasectomía	232.5	9.1	6.9,12.0
Nada	781.4	30.6	26.1,35.6

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000
**El porcentaje suma más de 100% debido a que algunas mujeres o parejas usan más de un método anticonceptivo al mismo tiempo.

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

Los resultados referentes a la realización de la prueba del VIH indican que 15.1% de la población de mujeres y hombres de 20 a 49 años de edad se realizó esta prueba alguna vez en la vida. De estos, 90.7% dijo conocer el resultado (cuadro 6.5.4). Conocer esta información es fundamental porque es el punto de partida para diseñar acciones focalizadas en grupos poblacionales que ayuden a concientizarlos sobre la importancia de las conductas sexuales saludables.

Cuadro 6.5.4 Distribución porcentual de la población de 20 a 49 años que se ha realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida y conoce el resultado.

Prueba del VIH	Prueba del VIH			Conoce el resultado de la prueba del VIH		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	412.6	15.1	12.3,18.4	374.3	90.7	82.8,95.2
No	2298.5	84.2	80.8,87.1	31.5	7.6	3.7,14.9
No responde	18.4	0.7	0.2,1.9	6.8	1.7	0.2,11.5
Total	2729.5	100		412.6	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

En cuanto a salud materna, 80.2% de las mujeres de 20 a 49 años señaló haber estado alguna vez embarazada (cuadro 6.5.5). Respecto a la atención prenatal del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la entrevista el 100% de las mujeres recibió atención médica.

Cuadro 6.5.5 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años alguna vez embarazadas.

Alguna vez embarazada	N (miles)	%	IC95%
Sí	1039.2	80.2	74.0,85.3
No	256.3	19.8	14.7,26.0
Total	1295.5	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Como parte de la atención prenatal básica es primordial la realización de las pruebas para detectar sífilis y VIH, así como la prescripción de ácido fólico durante el embarazo, a fin de dar seguimiento a la salud de las embarazadas. Sobre estas pruebas, los resultados muestran que a 83.2% de las mujeres de 20 a 49 años se les realizó la prueba de detección de sífilis, a 91.0% la prueba del VIH, y a 99.3% se le prescribió ácido fólico (cuadro 6.5.6).

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

Prueba de detección de sífilis y del VIH y prescripción de ácido fólico	Prueba de detección de sífilis			Prueba de detección del VIH			Prescripción de ácido fólico		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Sí	239.7	83.2	74.4,89.5	262.1	91	83.4,95.3	285.9	99.3	94.8,99.9
No	31.5	11	5.7,20.1	18.4	6.4	2.8,13.9	2.1	0.7	0.1,5.2
No responde	16.8	5.8	2.6,12.6	7.6	2.6	0.6,10.3			
Total	288	100		288	100		288	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Respecto a la atención del parto de las mujeres de 20 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, la resolución de estos partos fueron

36.2% vía vaginal y 63.8% de cesáreas (cuadro 6.5.7). Estos resultados muestran un alto porcentaje de cesáreas que rebasa el rango recomendando por la Organización Mundial de la Salud (10 a 15%)[63] y el de los hospitales de 2o y 3er nivel de atención (15% y 20%, respectivamente) establecido en la Norma Oficial Mexicana 007.[16]

Cuadro 6.5.7 Distribución porcentual de mujeres de 20 a 49 años con último hijo nacido vivo cinco años antes de la encuesta por resolución del parto.

Resolución del parto	N (miles)	%	IC95%
Normal (vaginal)	104.4	36.2	26.3,47.5
Cesárea (urgencia o programada)	183.7	63.8	52.5,73.7
Total	288	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Las cifras sobre la situación de la anticoncepción posparto muestran que a 69.4% de las mujeres que tuvieron un hijo en los cinco años anteriores a la encuesta le otorgaron un método (cuadro 6.5.8). Conocer la cobertura de la anticoncepción en el puerperio permite valorar el cumplimiento de las metas establecidas en los programas prioritarios de salud reproductiva. Además, ésta es útil para prevenir embarazos subsecuentes no deseados o no planeados, intervalos intergenésicos cortos[64] y riesgos de morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil,[65] y constituye una valiosa oportunidad para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.

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

Método anticonceptivo en el posparto	N (miles)	%	IC95%
Sí	199.8	69.4	57.5,79.1
No	88.3	30.6	20.9,42.5
Total	288	100	

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Accidentes

Acorde a la metodología planteada en la sección 4.8 de este documento, se encontró en población adulta de 20 años y más, en Nuevo León, una prevalencia de daños a la salud por accidentes en el año previo al levantamiento de la encuesta de 4.6%, esto significa que alrededor de 187,000 personas de este grupo de edad tuvieron un accidente el año previo a la encuesta. Estos resultados indicaron una reducción de más de dos puntos porcentuales, con respecto a 2022 cuando la prevalencia fue de 6.9% (figura 6.6.1).



Fuente: ENSANUT Continua 2022 y 2024 para el estado de Nuevo León.

Al comparar los resultados por sexo, la prevalencia fue mayor en mujeres (4.9%) en comparación con los hombres (4.3%), mostrando un patrón de comportamiento diferente al observado en 2022, donde la prevalencia de daños a la salud por accidentes fue mayor en hombres (8.2%) que en mujeres (5.8%) (cuadro 6.6.1).

Cuadro 6.6.1. Distribución porcentual de la población de 20 años y más que presentó al menos un accidente en el último año por edad y sexo.

Edad en años	Hombres			Mujeres			Total		
	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%	Frecuencia*	%	IC95%
20 a 29	21.6	4.9	2.0-11.6	18.4	4.7	2.0-10.6	39.9	4.8	2.5-9.0
30 a 39	34.5	6.8	2.5-17.2	29.9	6.3	2.9-13.3	64.4	6.6	3.5-11.8
40 a 49	7.2	1.8	0.4-7.3	14.0	2.8	0.9-8.2	21.2	2.3	1.0-5.3
50 a 59	3.1	1.1	0.2-8.2	14.5	5.6	1.9-15.2	17.6	3.3	1.4-7.9
60 a 69	5.0	2.1	0.5-9.1	14.7	6.3	2.1-17.3	19.8	4.2	1.7-10.1
70 a 79	0.0			6.5	5.4	1.6-16.8	6.5	2.8	0.8-9.4
80 y mas	15.2	31.4	4.6-81.4	3.0	4.8	0.5-33.2	18.2	16.3	2.9-55.9
Total	86.6	4.3	2.5-7.3	101.2	4.9	3.0-8.1	187.7	4.6	3.2-6.7

* N(miles)=Frecuencia expandida/1000
‡Intervalo de confianza al 95% tomando en cuenta el diseño de la muestra Fuente: Ensanut Continua 2024 para el estado de Nuevo León.

El tipo de accidente más frecuente fueron las caídas (a nivel de piso y de un nivel a otro) con 62.8%, seguidas por golpe con objeto, equipo o maquinaria (19.3%) y accidentes viales (12.3%).

El lugar donde más frecuentemente ocurrieron los accidentes fue la vía pública con 40.0%, seguido del lugar de trabajo con 27.6% y en tercer lugar el hogar con 26.5%. Finalmente se exploró si había consecuencias permanentes en salud, estimándose que alrededor del 45% de las personas que refirieron haber tenido un accidente, presentaban consecuencias permanentes en salud, lo que equivale a casi 84,529 personas. Entre las principales consecuencias reportadas encontramos: limitaciones para moverse o caminar, limitaciones para usar los brazos y manos y otra limitación física o mental.

Sintomatología depresiva

La CESD-7 se validó en población mexicana adulta[50,51] y los puntos de corte para identificar la presencia de sintomatología depresiva moderada o severa son 9 puntos para adultos de 20 a 59 años y 5 puntos para adultos de 60 años y más.

Para la construcción de indicadores se consideró la siguiente información en

una muestra de 1110 adultos:

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

En el cuadro 6.8.1 se muestra la prevalencia de sintomatología depresiva en adultos. El 11.4% presentaron sintomatología depresiva moderada o severa, es más elevada en mujeres (14.8%) que en hombres (8.1%).

Cuadro 6.8.1. Prevalencia de sintomatología depresiva en Adultos, Nuevo León, ENSANUT continua 2024

	Sintomatología depresiva		
	N (miles)	%	IC95%
Estatal	465.6	11.4	9.1,14.3
Sexo			
Hombre	162.7	8.1	5.6,11.5
Mujer	302.9	14.8	11.6,18.6

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Funcionamiento

Para la estimación de prevalencias de dificultades severas del funcionamiento y discapacidad en adultos se consideraron 1,176 observaciones, siguiendo la metodología del punto 5.8. El Cuadro 6.9.1 presenta el porcentaje de adultos/as (≥18 años) con dificultades severas de funcionamiento en diversos ámbitos. La prevalencia de dificultades de funcionamiento en algún ámbito entre adultos es de 4.9%.

Cuadro 6.9.1 Porcentajes de dificultades severas de funcionamiento para adultos, Nuevo León, ENSANUT continua 2022

	Dificultades de funcionamiento en al menos un dominio		
	N (miles)	**%**	**IC95%**
Estatal	209.7	4.9	3.7,6.4
Sexo			
Hombre	62.4	2.9	1.6,5.2
Mujer	147.3	6.8	4.8,9.7

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Diagnóstico previo de enfermedades crónicas

Las prevalencias de diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedad renal y cardiovascular por diagnóstico médico previo en la población de 20 años y más, se obtuvieron a partir de las respuestas obtenidas en el cuestionario de adultos, cuando se le preguntó al entrevistado "¿Algún médico le ha dicho que tiene..?" cada una de estas enfermedades crónicas. El cálculo por edad se obtiene sobre el total de población de la encuesta de 20 años y más, de hombres y de mujeres en cada grupo de edad.

Cuadro 6.10.1 Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes.

	Hombres		Mujeres		Total	
Grupo de edad / Encuesta	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]
De 20 a 39 años						
2006	5.3	0.8 [0.3,2.0]	13.2	1.9 [0.9,3.9]	18.5	1.3 [0.7,2.5]
2012	7.6	1.0 [0.4,2.4]	30.2	3.9 [2.1,7.1]	37.8	2.4 [1.4,4.1]
2024	10.0	1.1 [0.3,3.5]	21.2	4.1 [2.2,7.7]	31.1	1.7 [0.9,3.3]
De 40-59 años						
2006	31.2	8.5 [5.1,13.7]	52.3	12.7 [8.9,17.9]	83.5	10.7 [8.0,14.3]
2012	40.8	7.9 [4.3,14.1]	107.9	20.0 [14.5,26.9]	148.7	14.0 [10.2,19.1]
2024	68.0	10.0 [6.0,16.1]	104.3	13.7 [9.7,19.1]	172.3	12.0 [9.3,15.3]
De 60 y más						
2006	21.6	10.8 [6.6,17.4]	37.3	22.0 [14.0,32.8]	58.9	16.0 [10.7,23.2]
2012	58.2	28.8 [18.9,41.2]	101.6	43.1 [32.1,54.7]	159.8	36.5 [29.2,44.4]
2024	97.8	24.5 [13.3,40.6]	157.3	37.0 [28.8,46.0]	255.1	30.9 [23.8,39.1]
Total						
2006	58.1	**4.7** [3.4,6.5]	102.8	**8.0** [6.1,10.3]	160.9	**6.4** [5.1,7.9]
2012	106.7	**7.1** [5.2,9.7]	239.7	**15.5** [12.5,19.1]	346.4	**11.4** [9.5,13.6]
2024	175.8	**8.7** [5.8,12.9]	282.8	**13.9** [11.1,17.2]	458.6	**11.3** [9.1,14.0]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Diagnóstico médico previo de hipertensión

La prevalencia de hipertensión por diagnóstico previo se obtuvo del reporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó tener un diagnóstico médico previo de presión alta.

El diagnóstico previo de hipertensión ha aumentado según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, 2012 y 2024; en 2024, en el estado de Nuevo León 17.6% de adultos tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial, mientras que, en 2012 lo reportaron el 16.8% y en 2006 el 12.2% de adultos de 20 años o más. Este patrón se observa en ambos grupos de comparación, hombres y mujeres.

En el grupo de 40 a 59 años, al comparar la prevalencia de hipertensión diagnosticada según datos de la ENSANUT 2006 con respecto a la 2012, se observa un incremento de 4.8% en hombres mientras que en el grupo de mujeres de 2.8 puntos porcentuales, y del 2012 al 2024 las diferencias fueron mínimas; en hombres aumentó 2.2% y en mujeres disminuyó 0.5%%. (Cuadro 6.10.2)

Cuadro 6.10.2 Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de hipertensión.

	Hombres		Mujeres		Total	
Grupo de edad / Encuesta	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]
De 20 a 39 años						
2006	24.2	3.6 [1.9,6.6]	57.9	8.1 [5.2,12.5]	82.1	5.9 [4.1,8.5]
2012	34.5	4.4 [2.3,8.5]	56.9	7.4 [4.7,11.6]	91.4	5.9 [3.9,8.9]
2024	24.3	2.6 [1.0,6.6]	32.3	3.8 [1.9,7.6]	56.6	3.2 [1.7,5.8]
De 40-59 años						
2006	42.3	11.5 [7.4,17.5]	82.2	19.9 [14.3,27.1]	124.5	16.0 [12.6,20.0]
2012	84.3	16.3 [11.3,22.8]	122.4	22.7 [16.7,30.0]	206.7	19.5 [16.1,23.4]
2024	124.0	18.2 [12.9,25.0]	124.5	16.3 [12.1,21.6]	248.5	17.2 [14.1,20.8]
De 60 y más						
2006	45.2	22.7 [16.4,30.4]	57.2	33.8 [23.7,45.6]	102.4	27.8 [21.5,35.1]
2012	94.2	46.6 [34.0,59.6]	118.4	50.2 [39.8,60.5]	212.6	48.5 [41.0,56.1]
2024	183.6	45.9 [33.0,59.4]	226.9	53.3 [41.7,64.6]	410.5	49.7 [40.3,59.2]
Total						
2006	111.7	**9.0** [7.0,11.6]	197.4	**15.2** [12.4,18.6]	309.1	**12.2** [10.4,14.3]
2012	213.0	**14.2** [11.4,17.7]	297.7	**19.3** [16.4,22.6]	510.7	**16.8** [14.7,19.1]
2024	331.9	**16.4** [12.5,21.3]	383.7	**18.8** [15.0,23.4]	715.6	**17.6** [14.8,20.9]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia

La prevalencia de hipercolesterolemia se obtuvo del reporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó que le habían realizado una medición en laboratorio de colesterol y triglicéridos y que recibió un diagnóstico médico previo de colesterol alto.

En el estado de Nuevo León la prevalencia de hipercolesterolemia en la encuesta

2012 fue de 22.5% y para 2024, 21.9%. En hombres aumentó dos puntos porcentuales de 19.1% pasó a 21.1% y en mujeres disminuyó de 25.6% a 22.5%. Con respecto, a los grupos de edad, se observó un aumento en la prevalencia de colesterol alto en hombres de 60 años y más, y reducciones en mujeres y en los hombres jóvenes. (Cuadro 6.10.3).

Cuadro 6.10.3 Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de hipercolesterolemia.

	Hombres		Mujeres		Total	
Grupo de edad / Encuesta	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]
De 20 a 39 años						
2012	42.8	13.3 [8.1,21.1]	41.8	11.4 [7.5,17.1]	84.6	12.3 [8.8,17.0]
2024	26.8	7.7 [3.3,17.2]	58.1	13.8 [8.2,22.3]	84.9	11.1 [7.2,16.7]
De 40-59 años						
2012	90.6	26.8 [18.9,36.4]	112.6	30.7 [22.7,40.0]	203.2	28.8 [23.3,35.0]
2024	106.8	26.3 [18.8,35.6]	146.3	27.4 [20.2,36.1]	253.1	26.9 [21.8,32.9]
De 60 y más						
2012	23.7	14.5 [6.7,28.5]	79.9	44.0 [32.6,56.0]	103.6	30.0 [22.4,39.0]
2024	88.4	29.6 [15.6,49.0]	83.6	25.7 [16.1,38.5]	172.0	27.6 [19.4,37.6]
Total						
2012	157.1	**19.1** [14.2,25.1]	234.2	**25.6** [20.9,31.1]	391.3	**22.5** [18.9,26.6]
2024	222	**21.1** [15.1,28.8]	288.0	**22.5** [18.1,27.7]	510.00	**21.9** [18.2,26.1]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Diagnóstico médico previo de enfermedad renal

La prevalencia de enfermedad renal se obtuvo del reporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó tener al menos un diagnóstico médico previo de infección de vías urinarias, cálculos o insuficiencia renal.

En el 2006 en el estado de Nuevo León, 10.6% de los adultos de 20 años y más

reportaron tener un diagnóstico médico previo de algún padecimiento renal como infección de vías urinarias, cálculos o insuficiencia renal, mientras que en 2022 es 19.2%. Tanto en hombres como en mujeres, la prevalencia de enfermedad renal se incrementó, en mujeres 12 puntos y en hombres 6 puntos porcentuales. Similar comportamiento fue observado dentro de los grupos de edad tanto en hombres como en mujeres; en los jóvenes adultos (de 20 a 30 años) la prevalencia aumento 4.7% y en mujeres 8; mientras que en el grupo de 60 años y más, el incremento en la prevalencia fue de 20% en hombres y 14.1% en mujeres. (Cuadro 6.10.4)

Cuadro 6.10.4 Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de enfermedad renal.

	Hombres		Mujeres		Total	
Grupo de edad / Encuesta	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]
De 20 a 39 años						
2006	30.0	4.5 [2.8,7.1]	93.0	13.0 [9.8,17.1]	123.0	8.9 [7.0,11.2]
2024	87.2	9.3 [5.5,15.2]	181.4	21.0 [15.6,27.7]	268.6	14.9 [11.6,18.9]
De 40-59 años						
2006	40.9	11.1 [6.9,17.5]	61.6	14.9 [11.3,19.5]	102.5	13.1 [10.2,16.7]
2024	68.6	10.1 [5.9,16.7]	206.6	27.1 [19.4,36.5]	275.2	19.1 [14.0,25.3]
De 60 y más						
2006	10.2	5.1 [2.5,10.2]	31.3	18.5 [12.7,26.0]	41.5	11.3 [7.9,15.8]
2024	100.9	25.2 [15.0,39.2]	138.7	32.6 [20.6,47.4]	239.6	29.0 [21.1,38.5]
Total						
2006	81.2	**6.6** [4.9,8.9]	185.9	**14.4** [11.7,17.5]	267.1	**10.6** [9.0,12.4]
2024	256.7	**12.7** [9.3,17.2]	526.7	**25.7** [21.0,31.0]	783.3	**19.2** [16.1,22.9]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Diagnóstico médico previo de enfermedad cardiovascular

La prevalencia de enfermedad cardiovascular se obtuvo del reporte de la población de 20 años y más al momento de la encuesta, la cual manifestó tener al menos un diagnóstico médico previo de un infarto, angina de pecho, insuficiencia cardiaca o haber presentado una embolia o infarto cerebral.

La prevalencia de la enfermedad cardiovascular a partir de un diagnóstico médico en adultos de 20 años y más fue de 2.3% en 2006, 5.6% en 2012 y 4.4% en 2024. Al contrastar las prevalencias por sexo, la prevalencia en las mujeres fue mayor que con respecto al de los hombres en 2006, 2012 y 2024; 1.2% contra 3.3%, 5.4% contra 5.8% y, 5.0% contra 3.8%, respectivamente. (Cuadro 6.10.5)

Cuadro 6.10.5 Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de enfermedad cardiovascular.

	Hombres		Mujeres		Total	
Grupo de edad / Encuesta	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]	N(miles)	% [IC 95%]
De 20 a 39 años						
2006	1.3	0.2 [0.0,1.5]	9.8	1.4 [0.6,3.2]	11.1	0.8 [0.4,1.8]
2012	8.4	1.1 [0.3,3.8]	20.9	2.7 [1.1,6.5]	29.3	1.9 [0.9,3.9]
2024	7.9	0.8 [0.2,3.8]	3.1	0.4 [0.0,2.6]	11.0	0.6 [0.2,2.1]
De 40-59 años						
2006	1.3	0.4 [0.0,2.5]	13.9	3.4 [1.7,6.6]	15.2	1.9 [1.0,3.7]
2012	33.3	6.4 [3.7,10.9]	32.0	5.9 [3.5,9.8]	65.3	6.2 [4.2,9.0]
2024	36.3	5.3 [2.4,11.6]	25.6	3.4 [1.7,6.4]	61.9	4.3 [2.3,8.0]
De 60 y más						
2006	12.2	6.1 [3.1,11.6]	19.6	11.6 [5.7,22.1]	31.8	8.6 [5.5,13.4]
2012	39.6	19.6 [11.6,31.2]	36.9	15.6 [9.7,24.3]	76.5	17.5 [12.2,24.4]
2024	57.0	14.2 [5.2,33.3]	48.5	11.4 [6.4,19.4]	105.5	12.8 [6.8,22.7]
Total						
2006	14.8	**1.2** [0.6,2.3]	43.3	**3.3** [2.2,5.0]	58.1	**2.3** [1.6,3.3]
2012	81.3	**5.4** [3.9,7.5]	89.8	**5.8** [4.2,8.0]	171.1	**5.6** [4.5,7.0]
2024	101.2	**5.0** [2.3,10.7]	77.2	**3.8** [2.4,5.9]	178.4	**4.4** [2.6,7.2]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Antecedentes heredo-familiares

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

En esta sección, se presenta la información que se le preguntó a los adultos sobre si alguno de sus padres tiene o tuvo diabetes o hipertensión. El 44.2% contestó que al menos uno de sus padres tiene o tuvo diabetes y el 11% mencionó que ambos. Con respecto al antecedente de hipertensión en sus padres, el 49.3% mencionó que al menos uno de sus padres la tiene o tuvo y el 11.4% mencionó que ambos padres la tienen o tuvieron. (Cuadro 6.11.1).

ENSANUT Continua 2024 e indicadores para la primera Infancia. Nuevo León

Cuadro 6.11.1 Porcentaje de adultos que reportan padres con diabetes o hipertensión.

	Con antecedente de padres con diabetes						Con antecedente de padres con hipertensión					
	Padre o madre			Ambos padres			Padre o madre			Ambos padres		
Grupos de edac	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Hombres												
20 a 39	330	35.2	[28.9,42.1]	69	7.3	[4.5,11.8]	379	40.7	[34.0,47.8]	73	7.9	[4.5,13.5]
40 a 59	355	52.5	[43.2,61.6]	122	18.1	[13.3,24.3]	328	48.5	[39.1,58.1]	71	10.5	[6.5,16.5]
60 y mas	154	38.8	[27.5,51.5]	30	7.6	[3.5,15.8]	156	39.3	[28.2,51.7]	38	9.5	[4.7,18.0]
Total	839	41.7	[35.9,47.8]	222	11	[8.2,14.7]	862	43.1	[37.5,48.8]	182	9.1	[6.3,13.0]
Mujeres												
20 a 39	345	40.0	[32.5,47.9]	93	10.8	[7.0,16.4]	439	50.8	[42.9,58.7]	94	10.9	[6.8,17.1]
40 a 59	417	55.2	[47.0,63.2]	98	13.0	[8.8,18.9]	491	64.8	[56.5,72.3]	139	18.4	[13.8,24.2]
60 y mas	190	45.0	[35.9,54.3]	31	7.4	[3.9,13.7]	198	47.5	[38.4,56.8]	47	11.3	[6.9,18.0]
Total	952	46.6	[41.7,51.6]	223	10.9	[8.2,14.4]	1128	55.4	[51.0,59.6]	281	13.8	[11.1,17.0]
Total												
20 a 39	675	37.5	[32.6,42.7]	162	9.0	[6.4,12.5]	818	45.6	[40.6,50.7]	167	9.3	[6.2,13.8]
40 a 59	772	54.0	[47.7,60.0]	221	15.4	[11.8,19.9]	819	57.1	[50.4,63.7]	211	14.7	[11.6,18.5]
60 y mas	344	42.0	[35.2,49.1]	62	7.5	[4.5,12.2]	354	43.5	[37.2,50.0]	85	10.4	[6.9,15.4]
Total	1790	44.2	[40.8,47.7]	445	11.0	[9.0,13.4]	1990	49.3	[46.0,52.5]	462	11.4	[9.4,13.9]

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011
N(miles) = Frecuencia expandida/1000

Conclusiones componente de Salud

En Nuevo León, la cobertura de vacunación con BCG aplicada antes del primer año de vida está cercana a la meta del 95%. No obstante; la cobertura con los demás biológicos requiere ser fortalecida para que aproximadamente la tercera parte de la población actualmente sub-vacunada disminuya.

Fortalecer la cobertura de vacunación con vacunas pentavalente y/o hexavalente representa una oportunidad para mejorar las coberturas de vacunación con varios inmunógenos.

La cobertura estimada de dosis única de triple viral evidencia la vacunación tardía, dado que en los niños entre 12 y 35 meses la cobertura es del 75.41%, en tanto los niños entre 5 y 6 años la cobertura estimada es de 95.2%.

Se deben aprovechar todas las oportunidades de contacto con los servicios de salud para mejorar la oportunidad de la vacunación.

El monitoreo de vacunación se fortalecería impulsando el seguimiento mediante instrumentos electrónicos que faciliten el acceso tanto a proveedores de servicios de salud como a la población. Se deben aprovechar todas las oportunidades de contacto con los servicios de salud para mejorar la oportunidad de la vacunación.

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León, 73.3% de las madres de niñas/os menores de 2 años iniciaron control prenatal a más tardar en la octava semana de gestación y el 94.1% de estas reportaron un control prenatal adecuado; además el 100% de ellas fueron atendidas por personal del área médica durante el parto.

Durante el embarazo y postparto, 87.1% de las mujeres recibieron consejería para dar solo leche materna a su bebé y no dar fórmula,98.2% recibieron suplementos con ácido fólico, 82.8% suplementos con hierro y otros micronutrientes y 67.9% tabletas solo con hierro. En relación con la salud infantil, 77.1% de las niñas/os menores de 5 años han asistido a por lo menos una consulta del niño sano, 93.2% y 94.1% recibieron monitoreo de talla y peso respectivamente, solo 80.6% de las mamás recibieron consejería sobre lactancia materna en la consulta del niño sano.

Solo el 50.7% de los niños entre 6 y 59 meses recibió suplementos con hierro y vitaminas. Debido a la pandemia por COVID-19 los servicios de salud materno-infantil se interrumpieron, tanto por una menor demanda de la población por temor a contagiarse como por una reducción en la oferta para atender otros problemas de salud; aunado a esto, los resultados muestran que hay oportunidades para fortalecer la atención de la salud materno-infantil en el estado de Nuevo León. Por lo anterior, es muy importante incrementar la cobertura de los servicios básicos de salud materno-infantil.

En relación con la calidad del contexto para las niñas/os menores de 5 años 84.5% de las niñas/os participaron en cuatro actividades o más de estimulación y aprendizaje, además 39.0% contaba con por lo menos 3 libros infantiles en el hogar. Finalmente, 9.3% de las niñas/os recibieron cuidado inadecuado la semana previa a la entrevista.

En menores de 5 años, se estimó una prevalencia de EDA en las últimas dos semanas de 6.4% en niñas y niños menores de 5 años del estado de Nuevo León, menor a lo reportado en el 2012 y 2022, y menor a la estimación del 2018. Mientras que se estimó una prevalencia de IRA en las últimas dos semanas de 12.2% en niñas y niños menores de 5 años del estado de Nuevo León, mayor a lo estimado en el 2018 y el 2012, menor a la estimación del 2022. La identificación de signos de alarma por las madres, cuidadoras o cuidadores es mayor que en 2022. Los signos de alarma más identificados fueron dificultad para respirar, verlo más enfermo, respirar rápido, que se ponga frío, presentar calentura por más de tres días, que le aparezcan puntos blancos en la garganta y que no coma ni beba La IRA es un problema de salud pública relevante en niñas y niños menores de 5 años en el estado de Nuevo León que requiere ser atendido a la brevedad, ya que en cuatro años (del 2018 a 2022) la prevalencia aumentó 16.9 puntos porcentuales y aunque disminuyó para el 2024, la estimación es similar a la del 2028. Se requiere innovar, fortalecer e incrementar las estrategias de capacitación continua del personal de salud de atención primaria con el fin de sensibilizarlos y que tengan herramientas y conocimientos para orientar y entrenar a las madres, cuidadoras y cuidadores de niñas y niños menores de cinco años respecto a la prevención. Se reconoce que más personas cuidadoras identifican los signos de alarma de IRA, se debe continuar con estos esfuerzos de

educación y promoción para la salud. Asimismo, control de la IRA. Asimismo, se requiere reforzar las acciones dirigidas a su prevención y control en madres, cuidadoras o cuidadores de las niñas y los niños para implementar en casa, guarderías y escuelas, principalmente en niños de dos años, en quienes se estima una prevalencia ligeramente mayor que a nivel estatal. El trabajo intersectorial es necesario para atender esta situación de manera colaborativa y con un enfoque integral, acorde a las realidades actuales de las distintas comunidades.

En cuanto al funcionamiento de la población, el 10.4% de las niñas, niños y adolescentes de 2 a 17 años en el estado de Nuevo León tienen dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito. Con respecto a los adultos (≥18 años), el porcentaje de dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito corresponde al 4.9%.

Sobre los accidentes en la población neolonesa, el hogar sigue siendo el principal lugar en el que ocurren los accidentes en menores de edad. En este breve análisis se pudo observar que la prevalencia de accidentes fue mayor en niños, mostrando un cambio con respecto a lo observado en 2022, aunque sigue siendo en el grupo de 2 a 4 años la mayor frecuencia; además se observa que no se reportaron lesiones en el grupo de menor de un año tanto en niñas como en niñas. En la población adolescente, se observó una reducción de la prevalencia de accidentes y de las consecuencias permanentes en salud, por lo que se puede reflexionar sobre una posible disminución de la severidad de las lesiones. Por otro lado, el sitio de ocurrencia de las lesiones se ha modificado, siendo los centros recreativos o deportivos donde más se reportaron para la edición 2024

de esta encuesta. Valdrá la pena revisar los mecanismos de prevención existentes en estos espacios. Para población adulta, se observó una reducción de más de dos puntos porcentuales (2.3 pp) en la prevalencia lesionados en un accidente, notándose un incremento en el grupo de 80 años y más y en el de 30 a 39 años; en ambos grupos se reportó casi la mitad de todos los lesionados de población adulta. La causa principal para todos los grupos de población fueron las caídas, por lo que sería importante explorar los mecanismos o programas de acción que se desarrollan en la entidad y cómo podrían contribuir a la reducción del número de lesionados por este mecanismo. La proporción de personas que reportan consecuencias permanentes en salud es particularmente importante en población adulta y podría significar que se requieren servicios de rehabilitación para su recuperación e incorporación a sus actividades sociales y económicas.

En cuanto a los eventos de violencia sufridos en los 12 meses previos a la entrevista, a pesar del reducido tamaño de muestra, se puede observar que las violencias en contra de la población adolescente de la entidad, son problemas importantes que debe atender el estado. Sobre todo, llama la atención los intentos de suicidio en este grupo de edad.

Los resultados mostrados sobre conductas alimentarias en adolescentes son útiles para diseñar estrategias de salud pública enfocadas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en los grupos poblacionales con mayor riesgo como las mujeres y los adolescentes de mayor edad.

En relación con factores de riesgo para la salud, En el estado de Nuevo León, se estimó que 4.7% de los adolescentes de 10 a 19 años de edad consumían tabaco fumado (7.2% de los hombres, 2.2% de las mujeres), mientras que el 2.5% reportó utilizar cigarros electrónicos (3.6% de los hombres, 1.3% de las mujeres). Estos hallazgos nos revelan la magnitud del problema de salud pública por consumo de sustancias legales (uso de tabaco) entre los adolescentes a nivel global[70] y en Nuevo León. Es importante reiterar que el consumo de cigarros electrónicos es "puerta de entrada" al consumo de productos combustibles y uso dual entre los adolescentes. La implementación completa de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), el plan de medidas para retroceder la epidemia de tabaquismo MPOWER[75], y el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (CMCT de la OMS)[76] por parte de las y los tomadores de decisiones locales para evitar el inicio del consumo de tabaco y uso de cigarros electrónicos entre la población adolescente de Nuevo León resulta urgente y prioritario.

En cuanto al uso de alcohol en adolescentes, casi uno de cada cinco adolescentes de Nuevo León consumieron al menos una bebida estándar de alcohol en los 12 meses previos Este hallazgo indica la necesidad de implementar y fortalecer medidas para la prevención y reducción del consumo de alcohol en este grupo de edad. Entre estas medidas están las restricciones en la disponibilidad de alcohol (no venta a menores de edad y la distancia mínima de establecimientos de venta de alcohol a escuelas), así como la publicidad y patrocinio de bebidas alcohólicas no sólo en cine, radio y televisión, sino también en redes sociales, eventos sociales y deportivos y puntos de venta.[81]

En cuanto al consumo de tabaco en adultos en el estado de Nuevo León, se

estimó que el 17.3% de las personas de 20 años y más del estado de Nuevo León reportaron ser fumadoras actuales; 27.6% de los hombres y 7.4% de las mujeres. Es importante resaltar que los hombres adultos del estado de Nuevo León reportaron un mayor consumo de tabaco y aunque la prevalencia de exfumadores es también mayor, la epidemia se mantiene estable.

El 60.6% de la población adulta de Nuevo León reportó ser consumidora actual de alcohol y 42.7% reportó haber consumido alcohol en exceso en los 12 meses previos a la encuesta. Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar las medidas para el control y reducción del alcohol en esta población, donde los múltiples riesgos que implica su consumo.

Entre los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el estado de Nuevo León, destaca el conocimiento correcto que la gran mayoría de esta población tiene sobre el número de veces que se puede usar un condón masculino, masculino, no obstante, es baja la proporción que sabe de la utilidad de éste para evitar embarazos y/o infecciones de transmisión sexual. Otros aspectos relevantes observados a partir de la información recabada es que 1 de cada 5 inició vida sexual y 4 de cada 5 utilizó condón masculino en la primera relación sexual. Esta situación da cuenta de que algunos/as adolescentes está expuesta a riesgos de infecciones de transmisión sexual y embarazos, ya que en estas edades es importante la utilización de anticoncepción dual.

En la población adulta del estado de Nuevo León los hallazgos más relevantes sobre salud sexual y reproductiva muestran que cerca de un tercio de la población no utiliza anticoncepción en la primera ni en la última relación sexual, situación que muestra que un importante número de personas tiene prácticas sexuales sin protección, lo que los expone a riesgos sexuales y reproductivos. El condón se ubica entre los métodos más utilizados tanto en la primera como en la última relación sexual, sin embargo, su utilización es particularmente baja en la última relación sexual, lo que conlleva a riegos de infecciones de transmisión sexual y embarazos. Una situación más crítica se observa en la baja cobertura de realización de la prueba del VIH, que puede ser consecuencia de la falta de promoción y de acciones para que la población reconozca la relevancia de esta prueba. En relación con la atención prenatal se encuentra que aun cuando la totalidad de las mujeres embarazadas la reciben, existe una menor realización de la prueba de detección de sífilis comparada con la del VIH. Es necesario buscar estrategias focalizadas para ampliar la cobertura de realización de esta prueba en mujeres embarazadas, e integrar acciones que fortalezcan la oferta de este servicio y el seguimiento de las usuarias para su continuidad en la atención. También se encontró que la realización de cesáreas es muy elevada y triplica los límites recomendados por la Norma Oficial Mexicana 007, situación preocupante porque cuando las cesáreas son innecesarias se arriesga la salud de la madre y del recién nacido. En cuanto a la cobertura de anticoncepción posparto existe un número importante de mujeres que no utiliza esta protección anticonceptiva. Es relevante continuar fortaleciendo esta acción, ya que permite a las mujeres y a sus parejas planear embarazos subsecuentes y evitar intervalos intergenésicos cortos.

Sobre la sintomatología depresiva se sabe que puede llevar a alteraciones en el funcionamiento y se ha asociado con una variedad de problemas de salud, incluidos problemas de salud mental.[82] Por lo anterior es de suma relevancia conocer las prevalencias poblacionales de sintomatología depresiva en Nuevo León. La prevalencia de sintomatología depresiva se presentó en el 11.4% de la población adulta y es considerablemente mayor en las mujeres (14.8%) que en los hombres (8.1%).

En Nuevo León del 2012 al 2024, la proporción de mujeres a quienes les realizaron pruebas de detección en el año previo disminuyó: de papanicolaou de 51.7 a 28.3%, de exploración clínica de senos, de 41.6 a 23.3%, de diabetes de 37.8 a 12.5%, y de Hipertensión arterial de 39.4 a 10.6%. En hombres, la reducción puede observarse en las detecciones de diabetes de 31.1 a 15.5%, de hipertensión de 36.5 a 14.3%.

Lo anterior contrasta con el diagnóstico previo de enfermedades crónicas en la población adulta de Nuevo León. La prevalencia de diabetes diagnosticada continúa incrementándose, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, son el grupo de hombres quien muestra un incremento casi del doble; pasó de 4.7% en el 2006 al 8.7% en el 2024. La prevalencia de hipertensión se presenta con mayor frecuencia en adultos de 60 años y más. Sin embargo, en los hombres de 40 a 59 años se aprecia un incremento de 5 pp del 2006 al 2012, y en mujeres de casi 3%. En los últimos 10 años la presencia de hipercolesterolemia se incrementó 6.5%, este patrón se observó tanto en hombres como en mujeres. Si bien el incremento de la enfermedad renal por diagnóstico médico previo, en el grupo de hombres, se ha incrementado del 2012 al 2024. En el caso de las de

enfermedades cardiovasculares se observa un ligero decremento en la prevalencia. El 44.2% de los adultos tienen o tuvieron al menos uno de sus padres diabetes y 11% ambos. Con respecto al antecedente de hipertensión en sus padres, 49.3% tienen o tuvieron al menos uno de sus padres hipertensión y 11.4% ambos padres la tienen o tuvieron.

Con lo anterior se aprecian diversas potenciales áreas de oportunidad para fortalecer la atención de la salud de todos los grupos de edad en Nuevo León.

NUTRICIÓN

Niños y Niñas

Estado de nutrición de preescolares

Se obtuvo el peso y la longitud o talla en niñas, niños y adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión.

La medición de la longitud para menores de dos años se realizó con un infantómetro, marca Seca, modelo 416, de fabricación alemana. Su longitud es de 100 centímetros y tiene una precisión milimétrica, lo que significa que la lectura de la longitud se realiza en centímetros y milímetros. La determinación de la talla se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana.

La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de niñas, niños y adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales y, en el caso de los adolescentes, con técnicas de estandarización antropométrica realizada en adultos.[83,84]

Los datos de peso y talla/longitud, de los menores de 5 años, se transformaron para obtener puntajes Z de peso y talla con relación a la edad y de peso con relación a la talla. Se calcularon los indicadores peso y talla para la edad y peso para la talla, determinando bajo peso, baja talla y emaciación, por debajo de -2 desviaciones estándar del promedio de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud de 2006.[85]

En menores de 5 años, el indicador de sobrepeso más obesidad se consideró arriba de 2 desviaciones estándar del promedio del puntaje z del Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad, del mismo patrón de referencia OMS 2006. Para los escolares, también se consideró el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 DE y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS de 2007, antes mencionado.

Para el estado de Nuevo León se analizó el peso y la talla de 144 niñas y niños menores de 5 años. Los resultados muestran la mayor prevalencia de desnutrición en niños y niñas con baja talla, siendo esta del 11.1%, el 4.9% presenta bajo peso y el 4.2% tiene emaciación. El 9.0 % de niños y niñas presentan sobrepeso/obesidad.

(Cuadro 7.1.1).

Cuadro 7.1.1. Prevalencia de desnutrición y sobrepeso más obesidad en menores de cinco años del estado de Nuevo León.

Condición	n	%	n TOTAL
BAJO PESO	7	4.9	144
BAJA TALLA	16	11.1	144
EMACIACIÓN	6	4.2	144
SOBREPESO MÁS OBESIDAD	13	9.0	144

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Estado de nutrición de escolares

Con la misma metodología plasmada en el punto 7.1 y con las mediciones de peso y talla (estatura) de 198 niñas y niños de 5 a 11 años (representan a alrededor de 824 100 escolares) se construyeron los indicadores del estado de nutrición de esta población de Nuevo León. Para la clasificación de bajo peso,

sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes se utilizó la población de referencia de la OMS.[86] Para los escolares, también se consideró el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 DE y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS de 2007, antes mencionado.

En el cuadro 7.2.1 se presentan las prevalencias de sobrepeso y obesidad para este grupo de edad. De manera general en el estado, la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad (SB+O) fue de 38.1 %. La prevalencia de sobrepeso en niñas fue 23.5%, y en niños de 15.4 %. La prevalencia de obesidad en niños fue de 26.5 %, y en niñas de 10.2%.

Cuadro 7.2.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad, general, por sexo en población escolar (5 a 11 años de edad) de Nuevo León

Categoría	Condición	Muestra (n=215)	%
Nuevo León	Sobrepeso	41	19.1
	Obesidad	41	19.1
	SP+O	82	38.1
Sexo	**Masculino (n=117)**		
	Sobrepeso	18	15.4
	Obesidad	31	26.5
	SP+O	49	41.9
	Femenino (n=98)		
	Sobrepeso	23	23.5
	Obesidad	10	10.2
	SP+O	33	33.7

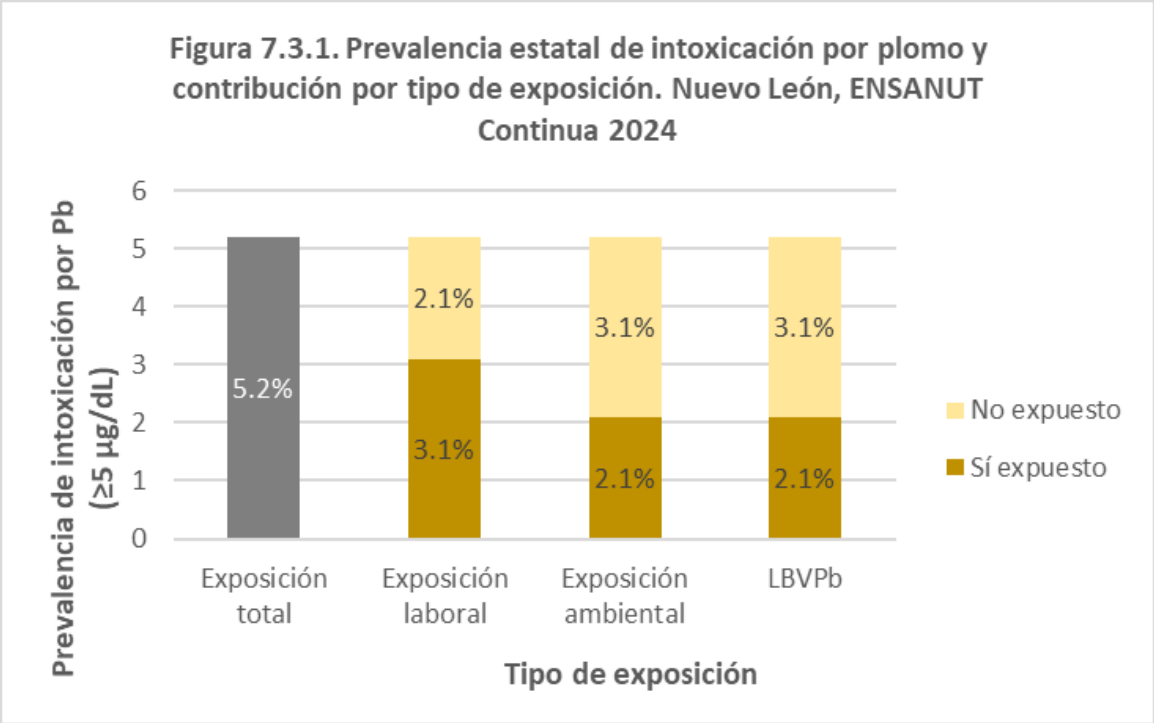
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Plomo

Se midió la concentración de plomo en sangre (PbS) en una muestra de niños y niñas de 1 a 4 años de edad. Debido a sus efectos en salud y desarrollo, la población infantil es una de las más vulnerables a la exposición a plomo (Pb).[87] Se determinó la concentración de PbS capilar por voltamperometría de redisolución anódica, utilizando el analizador portátil LeadCare II (Magellan Diagnostics, North Billerica, MA, EE.UU.), con rango de detección de 3.3 a 65

microgramos (µg) de Pb por decilitro (dL) de sangre). La Norma Oficial Mexicana 199-SSA1-2000 establece un valor de 5 µg/dL de PbS como valor criterio para realizar acciones para proteger la salud de menores de 15 años y mujeres embarazadas en población general, no expuesta ocupacionalmente.[88] Considerando este valor criterio, el resultado principal que se reporta es la prevalencia de niños y niñas con valor igual o mayor a 5 µg/dL; nivel considerado en la literatura especializada como intoxicación por Pb.[89] Se aplicó un cuestionario para indagar sobre fuentes de exposición a Pb: (a) uso reciente de loza de barro vidriada con plomo (LBVPb) para la preparación, almacenamiento y consumo de alimentos en los últimos tres meses, debido a que es la principal fuente de exposición a Pb documentada en población general;[90] (b) aproximación a exposición laboral mediante auto-reporte de trabajo reciente de un miembro del hogar en oficios y ocupaciones con exposición documentada a Pb; y (c) aproximación a exposición ambiental mediante auto- reporte de proximidad reciente a sitios o establecimientos contaminados o con presencia de posible fuente de exposición a Pb.[87]

Se midió PbS capilar en 96 menores de entre 1 y 4 años de edad. La prevalencia estatal de intoxicación por plomo fue 5.2%. Los resultados del ejercicio de aproximación a la identificación de fuentes de exposición se muestran en la Figura 7.3.1. El tamaño de muestra no permite identificar la principal fuente de exposición entre la población que presenta intoxicación por plomo es el uso de LBVPb; puesto que de la proporción de niños y niñas con niveles de intoxicación (5.2%), el 2.1% corresponde a intoxicación por uso de LBVPb y a la que proviene de hogares próximos a un sitio "contaminante" mientras que el 3.1% de hogares con algún tipo de exposición laboral.



Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Lactancia materna y prácticas de alimentación infantil

La información de *lactancia materna* se captó a partir de la entrevista a una mujer seleccionada en el hogar (o cuidador) madre de un menor de 3 años (36 meses). La recolección de datos fue conforme a la recomendación de la OMS[91] bajo el método de status-quo haciendo referencia a la alimentación del menor del día anterior a la entrevista.[iv] Los indicadores de lactancia materna y de alimentación complementaria se refieren solo al hecho de si consumió o no el alimento pero no a cantidad consumida, por lo que no pueden usarse para el cálculo de adecuación de cantidades consumidas. Adicionalmente, se hace notar que algunos indicadores no se calcularon exactamente por grupos de edad conforme a la recomendación de la OMS debido al tamaño de muestra insuficiente.

Alguna vez amamantado: < 36 m: si el niño fue puesto al pecho para recibir calostro o leche materna.

Aún amamantados: <36 m que su madre refirió ser aún amamantados el día de la entrevista Lactancia a libre demanda: <36 m que son alimentados con leche materna cada vez que el menor lo pide.

Alimentación con leche materna en biberón en niños 0-36 m: % de niños de esta edad que se les alimentó con leche materna en biberón

Alimentación con biberón en niños 0-36 m: % de niños de esta edad que fueron alimentados con biberón, ya sea leche materna o cualquier otra bebida o alimento. –

Alimentación con fórmula infantil 0-36 m: % de niños de esta edad que fueron alimentados con fórmula infantil.

Alimentación con leche materna y fórmula infantil 0-36 m: % de niños de esta edad que son amamantados y además alimentados con fórmula infantil.

Diversidad alimentaria mínima de 6 a 36 m: número de grupos de alimentos consumidos el día anterior. Para los niños de 6-11 m: se clasificó a los infantes con una diversidad dietética si consumía ≥3 grupos de alimentos, y no ≥4 como re~~comienda la OMS dado q~~ue el cuestionario utilizado no tenía suficiente desagregación de grupos para ésta edad.

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

Frecuencia mínima de consumo de alimentos de 6-36 m: proporción de niños en este rango de edad que recibieron el día anterior alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o más (2 veces para niños amamantados de 6-8 m; 3 veces para 9- 23 m; y 4 veces en niños no amamantados de 6-36 m).

Consumo de alimentos ricos en hierro de 6-36 m: % de niños en esta edad que durante el día anterior recibieron un alimento rico en Fe o fortificado con Fe (carnes rojas, blancas, embutidos, Leche LICONSA (en polvo y líquida) y papilla Nutrisano o micronutrimentos en polvo que distribuía el programa PROSPERA (antes Programa de Desarrollo Humano OPORTUNIDADES).

Obsequios en hospital o clínica: Se construyeron respuestas cerradas para rescatar información de posibles donaciones de obsequios en el hospital o clínica al momento del nacimiento.

La muestra de estudio consiste en hijos vivos de madres de 17 a 67 años residentes en el estado de Nuevo León. Se obtuvo información de 81 menores de 36 meses. En el cuadro 7.4.1 se presentan las prevalencias de las prácticas en este grupo de edad a nivel estatal. El 97.5% de los menores fueron amamantados y de ellos el 49.4 % aún lacta y el 20.5% de los menores recibe leche materna en biberón. Se observa que el 72.8% de los menores son alimentados con fórmula infantil. Por otro lado, se observan altas prevalencias de diversidad alimentaria mínima (84%) y de consumo de alimentos ricos en hierro (76.2), y el 44.4%de los menores cumple con una frecuencia mínima de comidas. El 25.9% de las madres refirieron haber recibido obsequios en el hospital o clínica: y el 85.7% recibió fórmula infantil (datos no mostrados en el cuadro). Destaca el alto porcentaje de mujeres que refiere dar lactancia a libre demanda (92.3%).

Cuadro 7.4.1. Prevalencias nacionales de prácticas de lactancia y alimentación complementaria en menores de 36 meses. ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León.

Práctica	Grupo de edad (meses)		N		Prevalencia
Inicio temprano de lactancia	0 - 36		79		41.8
Aún amamantados	0 - 36		79		49.4
Lactancia a libre demanda	0 - 36		39		92.3
Alimentación con biberón cualquier alimento	0 - 36		80		23.7
Alimentación con fórmula infantil (todos los menores)	0 - 36		79		72.8
Diversidad alimentaria mínima	6-36		63		84.1
Frecuencia mínima de comidas	6-36		63		44.4
Consumo de alimentos ricos en hierro	6-36		63		76.2

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Consumidores de grupos de alimentos en población menor de 20 años.

La información sobre dieta se obtuvo utilizando un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos de los siete días previos a la entrevista, que incluye

144 alimentos y bebidas, los cuales fueron seleccionados a partir de aquellos más consumidos por la población mexicana en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999.[92] Se preguntó por los días de consumo, veces de consumo al día, tamaño de porción consumida por cada vez y número de porciones consumidas de los alimentos y bebidas por cada vez, Dicho cuestionario fue previamente validado para la estimación de ingesta de energía y nutrimentos en población mexicana.[93] Se analizó información dietética de población menor de 20 años (de 1 a 19 años de edad), de adultos (20 años o más).

Se clasificaron los alimentos y bebidas en 13 grupos, de acuerdo con sus características nutrimentales y su relevancia para desenlaces de salud:[94] frutas, verduras, leguminosas, agua sola, huevo, carnes no procesadas, lácteos, nueces y semillas, carnes procesadas, comida rápida y antojitos mexicanos fritos o con grasa, botanas, dulces y postres, cereales dulces y bebidas endulzadas (Cuadro A). Se consideró que un grupo de alimentos fue consumido si se reportó su consumo 3 o más días de la semana, para los alimentos con una ingesta mínima de 10 gramos. En el caso de agua, frutas y verduras, se consideró como consumo si se reportó un consumo mínimo de 10 g, los 7 días de la semana.

Cuadro A. Clasificación de alimentos y bebidas en grupos de alimentos de relevancia.

Grupo de alimentos *Grupos recomendables para consumo cotidiano*	Alimentos	
Frutas	Durazno/melocotón Fresa Guayaba Jícama Limón, por ejemplo, en ensaladas, caldos o carnes Mango Manzana o pera	Melón o sandía Naranja o mandarina Papaya Piña Plátano Toronja Uvas
Verduras	Aguacate Brócoli o coliflor Calabacita Cebolla, por ejemplo, en ensaladas, antojitos o comida rápida Chayote Chile poblano Chile seco promedio Col Ejotes Elote Hojas verdes (acelgas, espinacas, quelites)	Jitomate Lechuga Nopales Pepino Verduras congeladas como chícharo, zanahoria, brócoli, coliflor, ejotes Verduras envasadas como chícharo, zanahoria, champiñones y ejotes Zanahoria
Leguminosas	Frijoles de la olla caseros Frijoles refritos caseros Frijoles envasados o de lata: de la olla Frijoles envasados o de lata: refritos	Lenteja, garbanzo, haba amarilla o alubia Haba, garbanzo o lenteja como botana
Agua	Agua sola	
Huevo	Huevo frito, estrellado o revuelto Huevo tibio o cocido	
Carnes no procesadas	Algún marisco (camarón, ostión, etc.) Atún y sardina (en tomate, agua o aceite) Carne de puerco Carne de res	Pescado fresco Pescado seco (charales, bacalao) Pollo (ala, patas) Pollo (higadito o molleja) Pollo (pierna, muslo,

	Carne de res seca (machaca)	pechuga chica)
Lácteos	Leche sola Queso panela, fresco o cottage Quesos madurados (chihuahua, manchego, gouda, etc.) Yogurt de vaso bajo en grasa o light natural o con fruta	Yogurt de vaso entero con frutas Yogurt de vaso entero natural
Nueces y semillas	Nuez, almendra, avellana, cacahuates, semilla de calabaza(pepita) o de girasol, pistache, piñón, etc.	
Grupos no recomendables para consumo cotidiano		
Carnes procesadas	Longaniza o chorizo Salchicha de puerco, pavo o combinado, jamón de puerco o pavo o mortadela (incluyendo la cantidad promedio que forma parte de preparaciones como torta, sándwich y hot dog)	
Comida rápida y antojitos mexicanos	Antojitos con vegetales como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas (no tacos): fritos Antojitos con res, cerdo, pollo, vísceras, etc., como tacos, quesadillas, tlacoyos, enchiladas, gorditas: fritos	Hamburguesa Hot dog Pizza Tamal (todo tipo)
Botanas, dulces y postres	Cacahuates, habas o pepitas Chocolate Postre lácteo o similar Dulce (caramelos, paletas) Dulces enchilados Frituras (todos tipos, incluyendo cacahuates japoneses) Frutas cristalizadas o secas Helado y paletas de leche Helado, nieves y paletas de agua	Frutas en almíbar Gelatina, flan Paletas y dulces de malvavisco Palomitas de maíz de microondas o del cine (todo tipo, excepto acarameladas) Pastel o pay
Cereales dulces	Barras de cereal Cereales de caja Donas y churros de panadería Galletas dulces (todo tipo)	Pan dulce (excepto donas y churros) Pastelillos y donas industrializadas

Bebidas endulzadas	Aguas de fruta natural con azúcar Atole de maíz con agua Bebidas o aguas de sabor industrializadas con azúcar Café con azúcar agregada, con o sin leche agregada (cualquier tipo de leche) Jugos naturales con azúcar Néctares de frutas o pulpa de frutas industrializados con azúcar Refresco normal Té con azúcar agregada	Bebida láctea con lactobacilos Atole de maíz con leche Leche con azúcar o chocolate agregados Leche preparada de sabor (chocolate u otro) Yogurt para beber entero con fruta Yogurt para beber entero natural

Para el análisis se consideraron los cuestionarios que presentaban información completa de alimentos y bebidas. Se excluyeron a las mujeres embarazadas o lactantes (11 mujeres adultas). Finalmente, se estimó el porcentaje de consumidores de los grupos de alimentos por grupo de edad con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El análisis estadístico se realizó en el paquete estadístico STATA, versión 14.2.

En el cuadro 7.5.1 se muestra el porcentaje de consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud en menores de 20 años.

De los grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano, cerca del 48% de los menores de 20 años del estado de Nuevo León consumieron frutas, alrededor del 29% verduras los 7 días de la semana, mientras que el 90.8% tomaron agua diariamente. Asimismo, el 70% consumió lácteos, poco más de la mitad carnes no procesadas y cerca del 40% huevo al menos 3 días de la semana o más. El consumo de leguminosas fue de sólo 14.2%.

Con respecto a los grupos de alimentos no recomendables para consumo cotidiano, cerca del 45% consumió cereales dulces, alrededor del 52% consumieron botanas, dulces y postres y 8 de cada 10 bebidas endulzadas al menos 3 días a la semana.

Cuadro 7.5.1 Porcentaje de menores de 20 años consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud, Nuevo León, 2024		
	Estatal Nuevo León	
	Muestra n	%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano		
Frutas	124	47.5
Verduras	76	29.1
Leguminosas	37	14.2
Agua	237	90.8
Huevo	109	41.8
Carnes no procesadas	137	52.5
Lácteos	183	70.1
Nueces y semillas	4	2.2
Grupos de alimentos NO recomendables para consumo cotidiano		
Carnes procesadas	72	27.6
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	44	16.9
Botanas, dulces y postres	137	52.5
Cereales dulces	118	45.2
Bebidas endulzadas	220	84.3
n= 261 participantes menores de 20 años.		
Fuente: ENSANUT continua 2024 para el estado de Nuevo León		

Anemia en preescolares y escolares

La submuestra de sangre venosa para medir la concentración de hemoglobina se obtuvo en 26 niños de 1-4 años y en 72 niños de 5-11 años del Estado de Nuevo León.

Se obtuvo una muestra de sangre venosa del brazo no dominante del participante, misma que fue almacenada en tubos vacutainers con EDTA con anticoagulante. El tubo se agitó un mínimo de 10 veces para homogeneizar la muestra. Después del mezclado de sangre total, se obtuvo una muestra *in situ* (≈ 40 µL) con una pipeta Pasteur estéril y se colocó una gota de sangre venosa (≈ 15 µL) en una microcuveta para ser leída en el HemoCué 201+ (HemoCue. Hb 201, Angelholm, Sweden). La hemoglobina (Hb) se registró en g/dL.

Aquellos valores de Hb venosa obtenida en poblaciones de localidades con altitudes mayores a 1,000 metros sobre el nivel del mar se ajustaron de acuerdo con la metodología propuesta por Cohen y Hass.[95]

Los puntos de corte utilizados para clasificar anemia en cada grupo de población fueron los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[96] (cuadro B).

Cuadro B. Puntos de corte empleados para clasificar anemia de acuerdo a la OMS.

Grupo de población	Grupo de edad	Punto de corte para clasificar anemia (g/dL)
Niños preescolares	<2 años 2 - 4 años	<10.5 <11.0
Niños escolares	5 - 11 años	<11.5
Mujeres no embarazadas	12 años o más	<12.0

En niños de 1-4 años, la prevalencia de anemia fue de 7.7%, mientras que en niños de 5-11 años, dicha prevalencia fue de 11.1% (ver cuadro 7.6.2).

Cuadro 7.6.2. Prevalencia de anemia en niños y niñas de Nuevo León.

Grupo de edad	n muestra	%*
Preescolares (1-4 años)	26	7.7
Escolares (5-11 años)	72	11.1

**Estimación obtenida con un tamaño de muestra limitado y sin los factores de expansión*

Adolescentes

Estado de nutrición de adolescentes

Se obtuvo el peso y la talla (estatura) en adolescentes. Para la toma del peso se utilizaron básculas electrónicas de piso, con capacidad de 200kg, marca Seca modelo 874, de fabricación alemana. Estas básculas tienen una precisión ± 100 g y pueden utilizarse en lugares con diferentes niveles de humedad sin que afecten su precisión. La determinación de la talla (estatura) se realizó con un estadímetro tipo cinta métrica enrollable con capacidad de 220 cm, marca Seca, modelo 206, de fabricación alemana. La alta precisión de los instrumentos permitió obtener medidas confiables y válidas para el diagnóstico del estado de nutrición de adolescentes. Estas mediciones se realizaron por personal capacitado utilizando técnicas internacionales.[83] Para el caso de la toma de mediciones en adolescentes se llevó a cabo el ejercicio de estandarización antropométrica propuesto por Habicht.[105] Esto se realizó en pequeños grupos respetando las indicaciones de higiene y sana distancia dispuestos en el manual de riesgos para el personal de ENSANUT.

En la población de estudio de 12 a 19 años de edad se estimó el puntaje z del IMC para la edad y se clasificó con sobrepeso por arriba de 1 DE y con obesidad por arriba de 2 DE utilizando el patrón de referencia de la OMS, 2007.[86]

Se analizaron las mediciones de peso y talla (estatura) de 203 adolescentes de

12 a 19 años del estado de Nuevo León. La prevalencia de obesidad fue de 20.7 %, y la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad (SP+O) fue de 48.8% en los adolescentes del estado. La prevalencia de SP+O en hombres fue de 48.1%, y en mujeres fue de 49.5% (cuadro 8.1.1).

Cuadro 8.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad, general, por sexo en población adolescente (12 a 19 años) de Nuevo León.

Categoría	Condición	Muestra (n=203)	Expansión %
Nuevo León	Sobrepeso	57	28.1
	Obesidad	42	20.7
	SP+O	99	48.8
	Masculino (n=106)		
	Sobrepeso	25	23.6
	Obesidad	26	24.5
	SP+O	51	48.1
	Femenino (N=97)		
	Sobrepeso	32	33.0
	Obesidad	16	16.5
	SP+O	48	49.5

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Actividad física en adolescentes

Se utilizó la pregunta “En los últimos 7 días, ¿Cuántos días estuviste activo durante al menos 60 minutos al día?” del cuestionario Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para estimar la prevalencia de actividad física de los escolares de 10 a 14 años. Esta pregun ha sido validada en otros países. El tiempo frente a pantalla para todos los grupos de edad se estimó por medio de tres preguntas validadas en población mexicana: 1) “¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla, viendo televisión (incluyendo películas o DVD), 2) “¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla jugando videojuegos (Atari, Sega, Nintendo, GameBoy, Playstation, Wii, Xbox u otros juegos de video y/o computadora, tableta electrónica o teléfono)” y 3) “¿Cuántas horas pasa frente a una computadora, tableta electrónica o teléfono, ya sea chateando, navegando en internet, enviando mails o trabajando (sin contar jugar en la computadora, tableta electrónica o teléfono)?”

Se recolectó información de 97 niños y niñas de 10 a 14 años. En total, el 86.6% de los escolares no acumula en promedio 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa. Con respecto al tiempo frente a pantalla, el 94.8% de los escolares pasa más de 2 horas frente a la pantalla diariamente.

Se obtuvo información de 91 adolescentes de 15-19 años, el 95.6% pasa más de 2 horas diarias frente a una pantalla.

Anemia en mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años)

Se obtuvo una muestra de sangre venosa, la cual fue almacenada en tubos vacutainers con EDTA con anticoagulante. El tubo se agitó un mínimo de 10 veces para homogeneizar la muestra. Después se obtuvo una muestra *in situ* (≈ 40 µL) con una pipeta Pasteur estéril y se colocó una gota de sangre venosa (≈ 15 µL) en una microcuveta para ser leída en el HemoCué 201+ (HemoCue. Hb 201, Angelholm, Sweden). La hemoglobina (Hb) se registró en g/dL y se ajustaron los valores de acuerdo con la metodología propuesta por Cohen y Hass.[95]

Los puntos de corte para Hb utilizados[96] se muestran en el cuadro B. Se contó con información válida de la concentración de hemoglobina para 113 mujeres no embarazadas en el grupo de edad 12 a 49 años, y la prevalencia de anemia no ponderada fue del 13.3% de acuerdo con la Ensanut Continua 2024 para el estado de Nuevo León (Cuadro 8.3.1).

Cuadro 8.3.1. Prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años

Anemia	n muestra	%
Si	15	13.3
No	98	86.7
Total	135	100

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Adultos

Sobrepeso y obesidad

Las mediciones de peso y talla las realizó personal capacitado y estandarizado, utilizando un protocolo internacional.[109] El peso se midió con una balanza electrónica que tiene una precisión de 100 g y la talla se midió con un estadiómetro con precisión de 1 mm. Se consideraron como datos válidos todos aquellos valores de talla entre 1.3 y 2.0 m, y los valores de IMC entre 10 y 58 kg/m^2.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue utilizada para categorizar el IMC en cuatro categorías: (<18.5 kg/m^2), IMC normal (18.5 a 24.9 kg/m^2), sobrepeso (25.0-29.9 kg/m^2) y obesidad (≥30.0 kg/m^2).[109] Para identificar a los adultos con adiposidad abdominal, se utilizó como referencia la clasificación de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), que establece como punto de corte una circunferencia de cintura ≥80 cm en mujeres y ≥90 cm en hombres.[110]

En Nuevo León la prevalencia de sobrepeso es de 35.8% y la prevalencia de obesidad de 44.2% (cuadro 9.1.1). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en Nuevo León (80.0%) es más alta que a nivel nacional.

En la figura 9.1.1 se observa que la prevalencia de sobrepeso en hombres es 33.1% más alta que en mujeres, pero la prevalencia de obesidad es 37.2% mayor en mujeres que en hombres.

Al categorizar por perímetro de cintura, en el Cuadro 9.1.2 se observa que la prevalencia de obesidad abdominal fue de 81.6%. Al comparar la prevalencia de

obesidad abdominal por grupos de edad, fue 45.6% mayor en los adultos de 60 a 69 años, que en los adultos de 20 a 29 años.

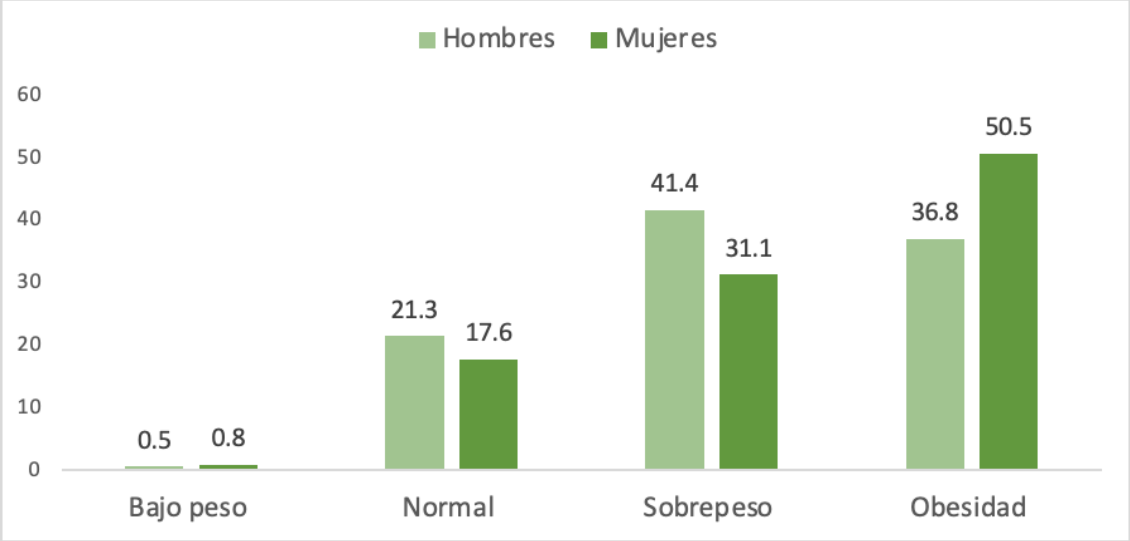
Cuadro 9.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más.

		Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Grupo de edad (años)	**Muestra número**	**%**	**%**	**%**	**%**
20 a 29	185	1.1	30.8	36.8	31.5
30 a 39	176	1.1	15.3	381.0	45.4
40 a 49	202	0.0	11.9	37.6	50.5
50 a 59	158	0.0	16.5	36.7	46.8
60 a 69	106	0.0	16.0	32.1	51.9
70 a 79	58	3.4	31.0	22.4	43.1
80 o más	16	0.0	31.2	43.7	25.0
Total	901	0.7	19.3	35.8	44.2

Categoría de IMC (kg/m^2): bajo peso <18.5, normal 18.5 a 24.9, sobrepeso 25.0-29.9 kg/m^2 y obesidad ≥30.0.

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Figura 9.1.1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más, categorizando por sexo.



Categoría de IMC (kg/m²): bajo peso <18.5, normal 18.5 a 24.9, sobrepeso 25.0-29.9 kg/m² y obesidad ≥30.0.

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Cuadro 9.1.2. Prevalencia de obesidad abdominal en adultos de 20 años y más.

		Normal	Obesidad abdominal
Grupo de edad (años)	**Muestra número**	**%**	**%**
20 a 29	167	35.9	64.1
30 a 39	159	20.7	79.2
40 a 49	195	7.2	92.8
50 a 59	153	14.4	85.6
60 a 69	102	14.7	85.3
70 a 79	52	19.2	80.8
80 o más	15	6.7	93.3
Total	843	18.4	81.6

Adiposidad abdominal: circunferencia de cintura ≥80 cm en mujeres y ≥90 cm en hombres.
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

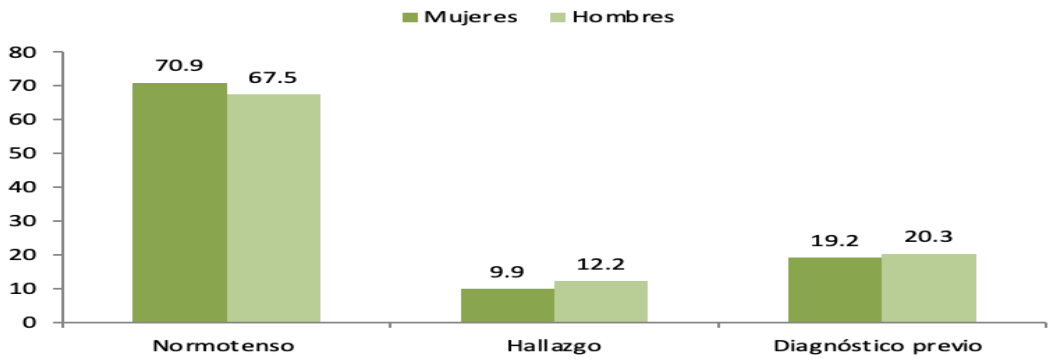
Tensión arterial

La medición de la tensión arterial (TA) se realizó utilizando el esfigmomanómetro digital Omron HEM907 XL, siguiendo el protocolo recomendado por la European Society of Cardiology.[111] Para el análisis de la información se consideraron como datos válidos los valores de tensión arterial sistólica (TAS) ≥80 mmHg y de tensión arterial diastólica (TAD)

≥50 mmHg. Se clasificó como normotensos a los adultos con TAS <140 mmHg y TAD <90 mmHg; y como hipertensos a quienes reportaron haber recibido previamente el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) o presentaban TAS ≥140 mmHg o TAD ≥90 mmHg.[112] Para evaluar la TA de los adultos de 20 o más años de edad, se utilizó la información de TAS y TAD.

La figura 9.2.1 muestra la prevalencia total de HTA, estratificando por sexo. En esta figura se observa que la prevalencia de HTA en mujeres fue de 29.1% y en hombres 32.5%.

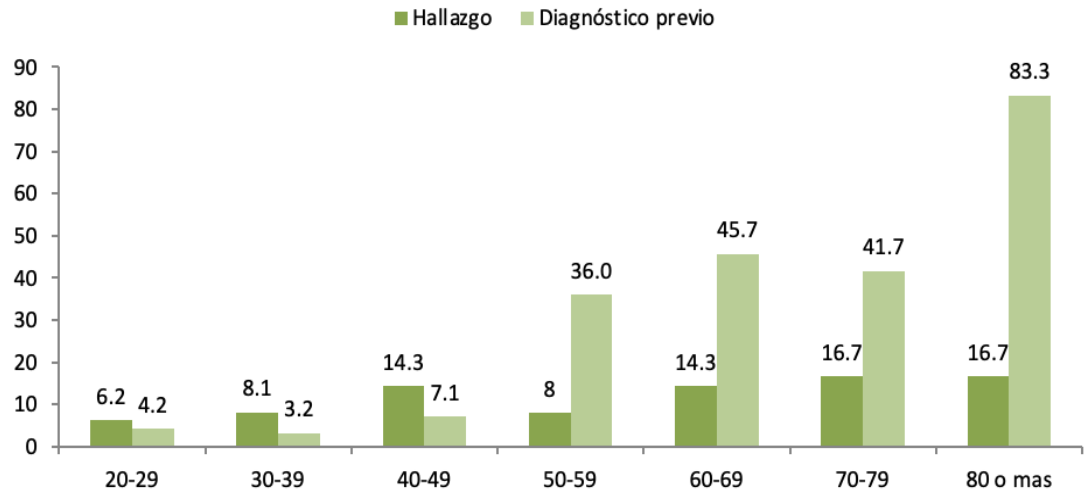
Figura 9.2.1 Prevalencia de HTA* en adultos ≥20 años de edad, de acuerdo con la clasificación de la European Society of Cardiology‡ y categorizando por sexo.



* Prevalencia de HTA: adultos diagnosticados previamente con HTA más los adultos que fueron diagnosticados durante la encuesta con TAS ≥140 mmHg o TAD ≥90 mmHg.
‡ Puntos de corte propuestos por la European Society of Cardiology.
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

En la figura 9.2.2 se muestra la prevalencia de HTA por grupos de edad. Ahí puede observarse que, en los adultos de 20 a 29 años, 59.6% no habían sido diagnosticados, sino hasta que fueron identificados con HTA durante la ENSANUT Continua 2024. Por otro lado, en los adultos de 80 o más años, sólo 16.7% de los hipertensos no había sido diagnosticado previamente por un médico.

Figura 9.2.2. Prevalencia de HTA* de acuerdo con la clasificación de la European Society of Cardiology ,‡ por grupos de edad.



* Prevalencia de HTA: adultos diagnosticados previamente con HTA más los adultos que fueron diagnosticados durante la encuesta con TAS ≥140 mmHg o TAD ≥90 mmHg.
‡ Puntos de corte propuestos por la European Society of Cardiology.
Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=1,011

Consumidores de grupos de alimentos recomendables y no recomendables en adultos

El análisis se realizó siguiendo la metodología plasmada en la sección 7.5 y con información de 221 participantes adultos de 20 años o más del estado de Nuevo León.

Entre los grupos de alimentos recomendables, los que mostraron más proporción de consumidores, después del agua simple (89.1%) fueron: las carnes no procesadas (70.6%), seguido de las verduras y el huevo (50.7% y 45.7% respectivamente), mientras que las frutas presentaron un porcentaje de consumidores del 40.7%, (cuadro 9.3.1). Respecto a los grupos no recomendables, las bebidas endulzadas (72.4%), los cereales dulces (24.8%) y las carnes procesadas (24.4%) mostraron más consumidores.

Cuadro 9.3.1. Porcentaje a nivel nacional de adultos consumidores de grupos de alimentos de relevancia para la salud.

Nuevo León Estatal		
	n muestral	%
Grupos de alimentos recomendables para consumo cotidiano		
Frutas	90	40.7
Verduras	112	50.7
Leguminosas	39	17.7
Agua	197	89.1
Huevo	101	45.7
Carnes no procesadas	156	70.6
Lácteos	83	37.6
Nueces y semillas	14	6.3
Grupos de alimentos NO recomendables para consumo cotidiano		
Carnes procesadas	54	24.4
Comida rápida y antojitos mexicanos fritos	45	20.4
Botanas, dulces y postres	54	24.4
Cereales dulces	55	24.9
Bebidas endulzadas	160	72.4

Fuente: ENSANUT Continua 2024 para el estado de Nuevo León
N=221

Actividad física

En total se encuestaron a 583 adultos de ≥20 años, el 85% pasa más de 2 horas diarias frente a una pantalla.

Conclusiones del componente de Nutrición

En cuanto a las prácticas de alimentación de la población menor de 36 meses, estos resultados muestran que aún se debe trabajar en mensajes a la población indicada en el Estado de Nuevo León para evitar donar el uso de fórmula láctea y sucedáneos. En cuanto a la alimentación complementaria, aún se debe trabajar en mensajes a la población de padres y cuidadores de la alimentación de los menores de 3 años para incrementar el número de comidas durante el día y de esa manera poder cumplir con sus requerimientos diarios. Para los cálculos se utilizó toda la muestra por lo cual, los resultados no son comparables con resultados nacionales puesto que estos se reportan para los diferentes grupos de edad en meses recomendados por OMS/UNICEF. Entre los resultados vemos una constante en indicadores de lactancia materna. Sin embargo, el consumo de fórmula infantil ha incrementado en los menores de 36 meses.

Al analizar el estado de nutrición de niñas y niños menores de 5 años en el Estado de Nuevo León se observan aún importantes problemas de malnutrición tanto en desnutrición crónica (cerca de una décima parte de la población preescolar (9.3%) como en sobrepeso/obesidad (SP+O 5.4%). Presentar SP+O en estas edades aumenta el riesgo de continuar con este tipo de malnutrición en las siguientes etapas de su vida. Ambas situaciones de malnutrición ponen en riesgo a niñas y niños de presentar enfermedades no transmisibles a edades cada vez más tempranas, así como, mayor riesgo de morbi-mortalidad en la vida adulta.

Para la población en edad escolar, de 5 a 11 años, se mantiene como un indicador importante la prevalencia de exceso de peso en Nuevo León. Las prevalencias de sobrepeso en este grupo de población en el estado mantienen el foco rojo para implementar estrategias que prevengan y reduzcan esta problemática en escolares.

Será importante revisar y evaluar las estrategias o políticas que el estado de Nuevo León contempla para promover un estado de nutrición adecuado en esta población, incluyendo un enfoque de género para identificar qué intervenciones son las más adecuadas.

Respecto a los adolescentes, continúa la necesidad realizar políticas de adecuada alimentación con enfoque de género para atender las necesidades específicas de la promoción de un estado de nutrición adecuado, ya que la mitad de los adolescentes hombres tienen sobrepeso u obesidad.

Los menores de 20 años del estado de Nuevo León consumen con frecuencia (tres o más días a la semana) alimentos no recomendables como botanas, dulces y postres, cereales dulces y bebidas endulzadas, lo cual supera el consumo de alimentos saludables como frutas, verduras, huevo o leguminosas.

El consumo de bebidas endulzadas es de especial preocupación, ya que más del 80% de los niños y adolescentes las consumen. Su ingesta excesiva desde la infancia se asocia con mayor riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, como diabetes tipo 2, en la edad adulta.[116] Por el contrario, un mayor consumo de frutas y verduras reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer y contribuye al adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.[117]

Es necesario implementar estrategias que fomenten el consumo de alimentos saludables y fortalezcan políticas públicas para prevenir el sobrepeso y obesidad, limitando el consumo de alimentos poco saludables como las bebidas endulzadas y alimentos de alta densidad energética y pobres en nutrientes como los ultraprocesados, que se asocian con daños a la salud en etapas posteriores de la vida.[117]

La población adulta de la entidad también mostró bajo porcentaje de consumidores de frutas, principalmente, lo que puede asociarse con un bajo consumo de vitaminas y minerales provenientes de estos alimentos.[119] Por el contrario, su inclusión en la dieta contribuye a la reducción del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes e hipertensión, entre otras.[120] Es de suma importancia crear estrategias que promuevan el aumento en el consumo de frutas y de verduras en todos los grupos de población.

Por otro lado, la proporción de consumidores de bebidas endulzadas es muy alta, esto resulta preocupante ya que se ha documentado que la ingesta de bebidas endulzadas desplaza el consumo de agua. De igual manera es de resaltar que los cereales dulces son consumidos por alrededor de cuatro de cada 10 adultos en el estado, así como las carnes no procesadas.

Los alimentos altos en azúcares y harinas refinadas se asocian con el incremento de la ingesta de energía y el incremento en el riesgo de sobrepeso y obesidad.[121] Por otra parte, el consumo excesivo de carnes procesadas, se ha asociado a cáncer colorrectal, principalmente.[122]

Las estrategias que se han implementado para la reducción en el consumo de estos alimentos han mostrado beneficios,[123] sin embargo, es necesario el fortalecimiento en la difusión y sensibilización de la población para que tenga mejores herramientas para la elección de alimentos y bebidas más saludables.

En relación con las prevalencias de anemia encontradas, ésta debe de interpretarse con cautela debido a que provienen de una submuestra que donó sangre venosa. En promedio, 1 de cada 10 niños de 1-11 años del estado de Nuevo León padece anemia, mientras que en mujeres en edad reproductiva afecta a cerca de 1 de cada 8 mujeres de 12 a 49 años en Nuevo León. La prevalencia de anemia en Nuevo León se categoriza de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema leve de anemia que debe ser atendido de manera oportuna.[123] Sobre todo, porque repercute en pérdidas económicas en el estado y deteriora la calidad de vida de las mujeres debido al aumento de la mortalidad materna y perinatal, así como, el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer.[124–126]

En este sentido, resulta indispensable encaminar acciones para combatir la anemia en la población neolonesa, como promover el consumo, acceso y disponibilidad de alimentos ricos en hierro y ácido fólico, programas de fortificación de alimentos, esquemas de suplementación con hierro y otros nutrimentos, principalmente en edades tempranas de la vida; así como en la población de mujeres en edad reproductiva. De igual forma, es importante la identificación de parasitosis intestinales (E. histolytica y G. lamblia) asociadas a anemia, que por lo general se presentan en áreas rurales con instalaciones de saneamiento deficientes y escasez de agua potable.[126–129]

Uno(a) de cada veinte niñas o niños en Nuevo León tiene niveles de intoxicación por Pb que requieren acciones para reducir y eventualmente eliminar la exposición y así detener su efecto tóxico.

La inactividad física y el tiempo sentado excesivo son factores que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensin,[132] así como un mayor riesgo de mortalidad.[133] Por lo anterior, es importante recalcar que particularmente en el estado esta población se encuentra con un riesgo mayor de desarrollar este tipo de padecimientos debido a la alta prevalencia de estos comportamientos.

Finalmente, se debe subrayar que, aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física no implica que destine menos tiempo a actividades sedentarias el resto del día. Por lo anterior, es importante promover no sólo la práctica de actividad física de intensidad moderada y vigorosa, sino también limitar las actividades sedentarias a lo largo del día, como el ver televisión, el uso de dispositivos electrónicos durante el tiempo de ocio, o los traslados mediante transporte motorizado cuando sea posible. Reemplazar dichos comportamientos con actividad física de cualquier intensidad, incluyendo actividades de intensidad ligera como caminar, brindará beneficios para la salud física y mental de la población. Adicionalmente, se debe tomar en cuenta la influencia que tiene el entorno para la práctica de actividad física y los comportamientos sedentarios. La planeación de espacios activos, accesibles, dignos, seguros e inclusivos permitirá fomentar estilos de vida más dinámicos y saludables, tanto en momentos de ocio y recreativos, como durante los traslados de un lugar a otro o la rutina diaria.

Referencias

1. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020 Internet. cited 2022 Feb 3. Available from: https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html

2. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista- Arredondo S, Colchero M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-
19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022.

3. Jepson WE, Wutich A, Colllins SM, Boateng GO YS. Progress in household water insecurity metrics: a cross-disciplinary approach: Progress in household water insecurity metrics. Wiley Interdiscip Rev Water. 2017;4:e1214.

4. Young SL, Boateng GO, Jamaluddine Z, Miller JD, Frongillo EA, Neilands TB, et al. The Household Water InSecurity Experiences (HWISE) Scale: development and validation of a household water insecurity measure for low-income and middle-income countries. BMJ Glob Heal. 2019 Sep 1;4(5):e001750. 10.1136/BMJGH-2019-001750. Available from: https://gh.bmj.com/content/4/5/e001750

5. Cook C, Bakker K. Water security: Debating an emerging paradigm. Glob Environ Chang.
2012;22:94–102.

6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas; 2018. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf%0A

7. United Nations Children's Fund WHO. Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene Internet. 2021.

8. Bivins AW, Sumner T, Kumpel E, Howard G, Cumming O, Ross I, et al. Estimating Infection Risks and the Global Burden of Diarrheal Disease Attributable to Intermittent Water Supply Using QMRA. Environ Sci Technol. 2017 Jul;51(13):7542–51. 10.1021/acs.est.7b01014.

9. Kangmennnanng J, Elliott SJ. Linking water (in)security and wellbeing in low-and middle- income countries. Water Secur. 2021;13:100089. 10.1016/j.wasec.2021.100089.

10. Secretaría de Gobernación. DECRETO por el que se establece el plan de acción inmediata para atender la emergencia por el desabasto de agua potable para uso público urbano y doméstico en los municipios afectados por baja disponibilidad en sus fuentes de abastecimiento y por sequía e. D Of la Fed. 2022; Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5659827&fecha=29/07/2022&print=tru

11. Hoekstra AYJB& KC van G. Urban water security: A review. Enviromental Res Lett. 2018;13(5):053002.

12. Koren O, Bagozzi BE BT. Food and water insecurity as causes of social unrest: Evidence from geolocated Twitter data. J Peace Res. 2021;58(1):67–82.

13. Estévez C, Herrera P TA. Garantizar la disponibilidad de agua, su gestión sostenible y el saneamiento para todos. Implementación de políticas públicas en América Latina y el Caribe. UNESCO, CODIA; 2019. Available from: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000370289.locale=es

14. Martínez-Barnetche J, Carnalla M, Gaspar-Castillo C, Basto-Abreu A, Lizardi R, Antonio RA, et al. Comparable diagnostic accuracy of SARS-CoV-2 Spike RBD and N-specific IgG tests to determine pre-vaccination nation-wide baseline seroprevalence in Mexico. Sci Rep. 2022 Oct 26;12(1):18014. 10.1038/s41598-022-22146-8. Available from: https://www.nature.com/articles/s41598-022-22146-8

15. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Manual de vacunación 2021. 2021.

16. Secretaría de Salud Internet. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. In: Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 2016. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

17. WHO. Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course Internet.
2019 cited 2022 Feb 4. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515856

18. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women

19. WHO. Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. Ginebra; 2018.
Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468

20. Walker R, Bennett C, Blumfield M, Gwini S, Ma J, Wang F, et al. Attenuating Pregnancy Weight Gain—What Works and Why: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutr 2018, Vol 10, Page 944. 2018 Jul 22;10(7):944. 10.3390/NU10070944. Available from: https://www.mdpi.com/2072-6643/10/7/944/htm

21. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Diario Oficial de la Federación, editor. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación; 1999. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html

22. WHO. Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. World Health Organization. Ginebra: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550123

23. Centro nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Lineamiento de Operación 2020 del Componente Desarrollo en la Infancia. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2019. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563149/Desarrollo_en_la_Infancia.pdf

24. Martínez-Vargas T. Educación inicial. Incorporación a la educación básica y obligatoria – CIEP Internet. Investigaciones CIEP. cited 2022 Feb 8. Available from: https://ciep.mx/educacion-inicial-incorpacion-a-la-educacion-basica-y-obligatoria/

25. Secretaría de Educación Pública. LEY GENERAL DE EDUCACIÓN. Ciudad de México: Congreso de la Unión; 2017 p. 1–06. Available from: https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/3f9a47cc-efd9-4724-83e4- 0bb4884af388/ley_general_educacion.pdf

26. Secretaría de Educación Pública. Aprendizaje clave para la educación integral. Educación inicial: Un buen comienzo. Ciudad de México: Secretaría de Educación Pública; 2017. Available from: https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/inicial/1Educacion -Inicial_Digital.pdf

27. Secretaría de Educación Pública. Aprendizajes clave para la educación integral. Educación preescolar. Ciudad de México: Secretaría de Educación Pública; 2017. Available from: https://www.planyprogramasdestudio.sep.gob.mx/descargables/biblioteca/preescolar/1LpM- Preescolar-DIGITAL.pdf

28. Council I of M and NR. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods. Washington, DC: National Academies Press; 2000. 10.17226/9824.

29. Unidas N. Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Internet. cited 2022 Feb 8. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global Indicator Framework_A.RES.71.313 Annex.Spanish.pdf

30. UNICEF. Early Childhood Development Index 2030 (ECDI2030) - UNICEF DATA Internet. cited 2022 Feb 15. Available from: https://data.unicef.org/resources/early-childhood- development-index-2030-ecdi2030/

31. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007 Jan 6;369(9555):60–70. 10.1016/S0140-

6736(07)60032-4/ATTACHMENT/2F933B60-1E68-4B3E-A529-97892C41953B/MMC2.PDF.Available from:http://www.thelancet.com/article/S0140673607600324/fulltext

32. Belsky J, Bell B, Bradley RH, Stallard N, Stewart-Brown SL. Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. Eur J Public Health. 2007 Oct 1;17(5):508–13. 10.1093/EURPUB/CKL261. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/17/5/508/532718

33. Straus MA, Paschall MJ. Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts. http://dx.doi.org/101080/10926770903035168. 2009 Jul;18(5):459–83. 10.1080/10926770903035168. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926770903035168

34. Erickson MF, Egeland B. A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment. https://doi.org/101080/02796015198712085280. 2019 Jun 1;16(2):156–68. 10.1080/02796015.1987.12085280. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02796015.1987.12085280

35. Schneider MW, Ross A, Graham JC, Zielinski A. Do allegations of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? Child Abuse Negl. 2005 May 1;29(5):513–32. 10.1016/J.CHIABU.2004.08.010.

36. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries - PubMed. Futur Child. 2000;10:23–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10911687/

37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Comunicado de Prensa NUM. 661/24.
Estadísticas de defunciones registradas en 2023. México; 2024.

38. Hidalgo-Solórzano E, Pérez-Núñez R, Mojarro FR, Vera-López JD, Híjar M. Accidentes no fatales en población mexicana, prevalencia y factores asociados. Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex. 2020;62(6). 10.21149/11563.

39. Hidalgo-Solórzano E. Lesiones no intencionales en el hogar. In: Híjar M,

editor. Los accidentes como problema de Salud Pública: Una mirada desde la Academia Nacional de Medicina. Ciudad de México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014. p. 107–32. Available from: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L9-Los-accidentes- como-problema-salud-publica.pdf

40. Salud OP de la. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a ed. Washington, DC; 1995.

41. World Health Organization. The Global Observatory.Alcohol, heavy episodic drinking (population) past 30 days Internet. cited 2022 Feb 10. Available from: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459

42. Naciones Unidas México. Objetivos de Desarrollo Sostenible Internet. cited 2022 Feb 15.
Available from: https://www.onu.org.mx/ agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/

43. Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Internet. 2014. Available from: https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la- prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454

44. UNFPA. Acceso universal a salud sexual y reproductiva: la clave para la igualdad de género.
México; Available from: https://mexico.unfpa.org/es/news/%0A

45. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica- Cuevas J, Cuevas-Nasu L et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Pública, Instituto Nacional de Salud; 2020. Available from: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_fin al.pdf

46. Curtis K, Tepper N, Jatlaoui T. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos en los EEUU. RecomeInf del MMWR. 2016;65(RR-4):1–104.

47. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Recomendaciones de prácticas seleccionadas en EE. UU. para el uso de anticonceptivos. Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(RR-4):1–66.

48. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de

los Transtornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.

49. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. http://dx.doi.org/101177/014662167700100306. 2016 Jul 26;1(3):385–401. 10.1177/014662167700100306. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306

50. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez L A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). Salud Publica Mex. 2013 May 9;55(3):267–74. 10.21149/SPM.V55I3.7209. Available from: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7209/9387

51. Salinas-Rodríguez A, en MC, Manrique-Espinoza B, en DC, Isaac Acosta-Castillo G, Franco- Núñez A, et al. Validation of a cutoff point for the short version of the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies in older Mexican adults. Salud Publica Mex. 2014;56:279– 85.

52. Hosseinpoor AR, Williams JAS, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al.
Socioeconomic Inequality in Disability Among Adults: A Multicountry Study Using the World Health Survey. Am J Public Health. 2013 Jul;103(7):1278. 10.2105/AJPH.2012.301115. Available from: /pmc/articles/PMC3682610/

53. Oliver M. The social model of disability: thirty years on. https://doi.org/101080/09687599201381873. 2013 Oct;28(7):1024–6. 10.1080/09687599.2013.818773. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687599.2013.818773

54. World Health Organization, The World Bank. World Report on Disability. Geneva; 2011.
Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

55. Washington Group on Disability Statistics. WG/UNICEF Child Functioning Module (CFM) - The Washington Group on Disability Statistics Internet. cited 2022 Feb 8. Available from: https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wgunicef-child-functioning- module-cfm/

56. Washington Group on Disability Statistics. WG Short Set on Functioning (WG-SS) - The Washington Group on Disability Statistics Internet. 2016

cited 2022 Feb 8. Available from: https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg- ss/

57. Shisslak C, Crago M EL. The spectrum of eating disturbances. Int J Eat Disor.1995;18(3):209–19.

58. Palma O, Hernández MI, Villalobos A, Unikel C, Olaiz G BL. Association of Socioeconomic Status, Problem Behaviors and Disordered Eating in Mexican Adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. J Adolesc Heal J Adolesc Heal. 2011;49(4):400–6.

59. Unikel C GG. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Salud Ment. 2004;27(1):38–49.

60. Unikel C, Bojorquez I CS. Validation of a brief questionnaire for the assessment of risky eating behaviors. Salud Publica Mex. 2004;46:509–15.

61. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. D Of la Fed. 2010;

62. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. D Of la Fed. 2010;

63. WHO. Mother Baby Package. Implementing safe motherhood in countries. A practical guide. WHO. Geneva: World HealthOrganization;1996. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/WHO_FHE_ MSM_94_11/en/

64. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2007 Apr 1;196(4):297–308. 10.1016/J.AJOG.2006.05.055. Available from: http://www.ajog.org/article/S0002937806010064/fulltext

65. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005 Feb 1;192(2):342–9. 10.1016/J.AJOG.2004.10.593. Available from: http://www.ajog.org/article/S000293780401779X/fulltext

66. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista- Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce

E, Martínez-Barnetche J, Alpuche-Arana C R-DJ. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19 Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021. Available from: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19R esultadosNacionales.pdf

67. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista- Arredondo S, Colchero M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion Continua 2021. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2021 sobre Covid-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México; 2022. Available from: https://ensanut.insp.mx/

68. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México; 2017. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data- reporting/mexico/mex-report-2015-spanish.pdf?sfvrsn=cd3163fe_1

69. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. . Ciudad de México; 2017. Available from: https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBIk8gikz7q/view

70. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking

and Health. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012.

71. Kashyap VK, Dhasmana A, Massey A, Kotnala S, Zafar N, Jaggi M et al. Smoking and COVID-19: Adding Fuel to the Flame. Int J Mol Sci. 2020;21(18):6581.

72. E Culbreth R, J Brandenberger K, Battey-Muse CM GD. E-Cigarettes, Hookah Use, and Vaping Lung Injuries During the COVID-19 Pandemic. Respir Care. 2022;67(6):709–14.

73. Vardavas C NK. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tob Induc Dis.
2020;18.

74. Mexicanos CG de los EU. Ley General para el Control del Tabaco. México: Diario Oficial de la Federación; 2008. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_200521.pdf

75. Organización Mundial de la Salud. MPOWER : un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Switerland: Organización Mundial de la Salud; 2008.

76. OMS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. WHO. World Health Organization; 2003. Available from: http://www.who.int/fctc/text_download/es/

77. Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León. Consejo Estatal Contra las Adicciones. Available from: https://www.saludnl.gob.mx/drupal/centros-de-atención-primaria- en-adicciones-capa

78. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Centro de Atención Ciudadana la Línea de la Vida.
Available from: https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/centro-de- atencion-ciudadana-contra-las-adicciones-134381

79. Diario Oficial de la Federación. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Ciudad de México; 1984. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_S

alud.pdf

80. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2020. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyes.pdf

81. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. World Health Organization; 2019.

82. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet. 2012 Mar 17;379(9820):1056–67. 10.1016/S0140-6736(11)60871-4. Available from: http://www.thelancet.com/article/S0140673611608714/fulltext

83. Lohman TJ, Roache AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Med Sci Sport Exerc. 1992; 10.1249/00005768-199208000-00020.

84. Habitcht JP. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno.
Reimpr del Bo!etin la Of Sanit Panam. 1974;

85. WHO GMGRS. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight- for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. World Health Organization. 2006. 10.4067/S0370-41062009000400012.

86. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ. 2007 Sep;85(9):660–7. 10.2471/BLT.07.043497. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18026621/

87. Caravanos J, Dowling R, Téllez-Rojo MM, Cantoral A, Kobrosly R, Estrada D et al. Blood lead levels in Mexico and pediatric burden of disease implications. Ann Glob Heal. 2014;80(4):269– 77.

88. Secretaría de Gobernación. Modificación de los numerales 3, 6.1, tabla 1, así como los numerales 1 y 1.1.10, del Apéndice A, de la Norma Oficial Mexicana NOM-199-SSA1-2000, Salud ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población . D Of la Fed. 2017; Available from: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/6743/salud15_C/salud15_C.html

89. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for Lead. Atlanta, USA: U.S. Department of Health and Human Services; 2012. Available from: https://wwwn.cdc.gov/TSP/ToxProfiles/ToxProfiles.aspx?id=96&tid=22

90. Tellez-Rojo MM, Bautista-Arredondo LF, Trejo-Valdivia B, Tamayo-Ortiz M, Estrada-Sánchez D, Kraiem R, Pantic I, Mercado-García A, Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Fuller R CA. Análisis de la distribución nacional de intoxicación por plomo en niños de 1 a 4 años. Implicaciones para la política pública en México. Salud Publica Mex. 2020;62:627–36. 10.21149/11550.

91. WHO, UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods Internet. World Health Organization an the United Nations Chlidren´s Fund (UNICEF). 2021 cited 2022 Feb 14. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389

92. Barquera S, Rivera JA, Safdie M, Flores M, Campos-Nonato I, Campirano F. Energy and nutrient intake in preschool and school age Mexican children: National Nutrition Survey 1999. Salud Publica Mex. 2003 Jul 9;45. Available from: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4666/5138

93. Denova-Gutiérrez E, Ramírez-Silva I, Rodríguez-Ramírez S, Jiménez-Aguilar A, Shamah- Levy T, Rivera-Dommarco JA. Validity of a food frequency questionnaire to assess food intake in Mexican adolescent and adult population. Salud Publica Mex. 2016 Dec 15;58(6):617–28. 10.21149/SPM.V58I6.7862. Available from: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7862/10973

94. Gaona-Pineda EB, Martínez-Tapia B, Arango-Angarita A, Valenzuela-Bravo

D, Gómez- Acosta LM, Shamah-Levy T, et al. Consumo de grupos de alimentos y factores sociodemográficos en población mexicana. Salud Publica Mex. 2018 May 4;60(3, may- jun):272–82. 10.21149/8803. Available from: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8803/11582

95. Cohen J, Haas J. Hemoglobin Correction Factors for Estimating the Prevalence of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women Residing at High Altitudes in Bolivia. Pan Am J Public Heal. 1999;6:392–9. 10.1590/S1020-49891999001100004.

96. World Health Organization. Haemoglobin Concentrations for the Diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity. Geneva: World Health Organization; 2011.

97. World Health Organitazon. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva, Switzerland: WHO/NHD/01.3.; 2001.

98. Beguin Y. Soluble transferrin receptor for the evaluation of erythropoiesis and iron status. Clin Chim Acta. 2003;329:9–22.

99. Carmen R. Biomarkers of cobalamin (vitamin B-12) status in the epidemiologic setting: a critical overview of context, applications, and performancecharacteristics of cobalamin, methylmalonic acid, and holotranscobalamin II. Am J Clin Nutr. 2011;94(1):348S-358S.

100. World Health Organization. Conclusions of a WHO Technical Consultation on folate and vitamin B12 deficiencies. Food Nutr Bull. 2008;29(2).

101. Holick M. Vitamin D deficiency. N Engl J Med. 2007;357:266–81.

102. Liu X, Baylin A, Levy P. Vitamin D deficiency and insufficiency among US adults: prevalence, predictors and clinical implications. Br J Nutr. 2018;119(8):928–36.

10.1017/S0007114518000491.

103. Green R. Indicators for assessing folate and vitamin B-12 status and for monitoring the efficacy of intervention strategies. Am J Clin Nutr. 2011;94(2):666S-672S.

104. Thurnham D, McCabe L, Haldar S, Wieringa F, Clewes C, McCabe G. Adjusting plasma ferritin concentrations to remove the effects of subclinical inflammation in the assessment of iron deficiency: a meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2010;92(3):546–55.

105. Habicht J-P. Estandarización de metodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno.
Boletín la Of Sanit Panam (OSP);76(5),mayo 1974. 1974; Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/10766

106. Medina C, Barquera S JI. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. Rev Panam Salud Publica. 2013;34:21–8.

107. IPAQ. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-Short and Long Forms. IPAQ Web site; 2005. Available from: http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf. 2005.

108. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128.

109. WHO. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry , report of a WHO expert committee Internet. cited 2022 Feb 14. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003

110. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International . Circulation. 2009;120(16):1640–5. 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644.

111. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. Hypertension. 2005 Jan 1;45(1):142–61. 10.1161/01.HYP.0000150859.47929.8E. Available from:

https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/01.HYP.0000150859.47929.8e

112. Expert Panel on Detection E and T of HBC in AEP on DE and T of HBC in A. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001 May 16;285(19):2486–97. 10.1001/JAMA.285.19.2486. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193847

113. Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults.
Executive Summary of the Third Report (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). J Am Med Assoc. 2001;285(19):2486–97.

114. Aguilar-Salinas CA, Gómez-Pérez FJ, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. Vol. 52, Salud Publica Mex. 2006.

115. González Castell LD, Quezada Sánchez AD. Prácticas de alimentación infantil. In: Shamah- Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA R-DJ, editor. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.

116. Malik VS, Hu FB. The role of sugar-sweetened beverages in the global epidemics of obesity and chronic diseases. Nat Rev Endrocrinology. 2022;18:205–2018. 10.1038/s41574-02100627-6.

117. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. Int J Epidemiol. 2017;46(3):1029-56.

118. Chen X, Zhang Z, Yang H, Qiu P, Wang H, Wang F, et al. Consumption of ultra-processed foods and health outcomes: a systematic review of epidemiological studies. Nutr J. 2020;19. 10.1186/s12937-020-00604-1.

119. Rapallo R, Rivera R. Nuevos patrones alimentarios, más desafíos para los sistemas alimentarios. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, No. 11. Santiago de Chile; 2019. Available from: http://www.fao.org/3/ca5449es/ca5449es.pdf

120. Organización Mundial de la Salud. Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. Internet. 2018. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

121. Hernandez-Cordero S, Barquera S, Rodríguez-Ramírez S, Villanueva-Borbolla MA, González de Cossio T, Rivera-Dommarco J, et al. Substituting water for sugar-sweetened beverages reduces circulating triglycerides and the prevalence of metabolic syndrome in obese but not in overweight Mexican women in a randomized controlled trial. J Nutr. 2014;144(11):1742–52. 10.3945/jn.114.193490.

122. Farvid MS, Sidahmed E, Spence ND, Mante Angua K, Rosner BA, Barnett JB. Consumption of red meat and processed meat and cancer incidence: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur J Epidemiol. 2021 Sep; 36(9):937-951. doi: 10.1007/s10654-021-00741-9.

123. Sánchez-Romero LM, Canto-Osorio F, González-Morales R, Colchero MA, Ng S-W, Ramírez- Palacios P, et al. Association between tax on sugar sweetened beverages and soft drink consumption in adults in Mexico: open cohort longitudinal analysis of Health Workers Cohort Study. BMJ2. 2020;316:m1311. 10.1136/bmj.m1311.

124. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/85842

125. Yang F, Liu X, Zha P. Trends in Socioeconomic Inequalities and Prevalence of Anemia Among Children and Nonpregnant Women in Low- and Middle-Income Countries. JAMA - J Am Med Assoc. 2018;1(5):e182899. 10.1001/jamanetworkopen.2018.2899.

126. Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. Blood. 2014;123(5):615–24. 10.1182/blood-2013-06-508325.

127. Kozuki N, Lee AC, Group CHER. Moderate to severe, but not mild, maternal anemia is associated with increased risk of small-for-gestational-age outcomes. J Nutr. 2012;142(2):358–62. 10.3945/jn.111.149237.

128. Bonvecchio-Arenas A, González W, Théodore FL, Lozada-Tequeanes AL, García-Guerra A, Alvarado R, et al. Translating Evidence-Based Program

Recommendations into Action: The Design, Testing, and Scaling Up of the Behavior Change Strategy EsIAN in Mexico. J Nutr. 2019;149(Suppl 1):2310S-2322S. 10.1093/jn/nxz229.

129. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico en mujeres menstruantes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.

130. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.

131. Alfredsson L, Armstrong B, Butterfield D, Chowdhury R, de Gruijil F, Feelisch M. Insufficient Sun Exposure Has Become a Real Public Health Problem. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(14):5014. 10.3390/ijerph17145014.

132. Cashman K. Vitamin D: dietary requirements and food fortification as a means of helping

achieve adequate vitamin D status. J Steroid Biochem Mol Biol. 2015;148:19–26. 10.1016/j.jsbmb.2015.01.023.

133. Medina C, Tolentino-Mayo L, Lopez-Ridaura R BS. Evidence of increasing sedentarism in Mexico City during the last decade: Sitting time prevalence, trends, and associations with obesity and diabetes. PLoS One. 2017;12:e0188518.

134. Stamatakis E, Gale J, Bauman A, Ekelund U, Hamer M DD. Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. J Am Coll Cardiol. 2019;73(16):2062–72.