



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**DISEÑO DE LA SECCIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL
DE LA ENCUESTA NACIONAL DE DINÁMICA
DEMOGRÁFICA 2014**

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ACTUARÍA

P R E S E N T A:

GEORGINA GARCÍA VILCHIS



DR. MANUEL ORDORICA MELLADO
Tutor

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. Datos del alumno
García
Vilchis
Georgina
54 26 36 95
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
086265245
2. Datos del tutor
Dr.
Manuel
Ordorica
Mellado
3. Datos del sinodal 1
M. en D.
Luisa María
Benítez
Lovenam
4. Datos del sinodal 2
Dra.
Laura Elena
Gloria
Hernández
5. Datos del sinodal 3
M. en D.
Rosalba
Jasso
Vargas
6. Datos del sinodal 4
M. en D.
Adriana
Ramos
Bueno
7. Datos del trabajo escrito
Diseño de la Sección de Salud Materno Infantil de la Encuesta Nacional de
Dinámica Demográfica 2014
166 pp.
2019

IN MEMORIAM

M. en D. Alejandro Mina Valdés

Maestros como usted abren la mente de sus alumnos a nuevos horizontes, apoyándolos a tomar decisiones acertadas para continuar su camino. Su partida nos tomó por sorpresa a todos los que lo conocimos, con incredulidad la aceptamos, pero no por eso lo olvidamos. Presentó este trabajo para concluir esta etapa de mi vida académica, no sin antes agradecerle con todo mi corazón su apoyo y comprensión para realizarlo.

Descanse en Paz

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la vida por permitirme crecer en una familia rodeada de amor con mis padres y mis hermanos, quienes me enseñaron a luchar con honestidad para lograr mis objetivos; y después por darme la oportunidad de formar mi familia con Melchor, con quien Dios me dio el regalo más valioso que puedo tener, mis hijos quienes son mi tesoro máspreciado, Elián e Isaac.

Gracias a Faustino, mi papá, a quien la vida me lo prestó poco tiempo, pero que con su ejemplo aprendí que para lograr tus objetivos en la vida, se lucha todos los días con honestidad y responsabilidad.

A mi mamá Ofe, quien siempre me apoyó y enseñó a vivir con rectitud y luchando para lograr lo que se busca, a mi madre adorada, le agradezco con todo mi corazón su dedicación y cariño, ya que gracias a ella, soy quien soy y a quien extraño cada día, pero siempre está en mi corazón, te amo mamá.

A mis hermanos, principalmente a Rebe, quien no solo es mi hermana, es mi amiga y mi segunda madre, quien gracias a su cariño y entrega, me dio la oportunidad de estudiar a pesar de las complicaciones familiares y siempre está conmigo; y a Víctor, quien siempre fue mi ejemplo a seguir, no solo como profesionalista sino como mi padre, ya que siempre está a mi lado.

Agradezco infinitamente al Dr. Manuel Ordorica, todo el apoyo brindado para continuar con mi trabajo y así concluir una etapa de mi vida que estaba inconclusa; y a la M. en C. Virginia Abrín, quien me impulso, orientó y apoyo, no solo a retomar este trabajo, sino a llevarlo a buen puerto.

Finalmente, les doy las gracias a la M. en D. Luisa María Benítez, a la Dra. Laura Elena Gloria; a la M. en D. Rosalba Jasso y a la M. en D. Adriana Ramos, por dedicarle su tiempo a la revisión de este trabajo, ya que sus comentarios fueron muy valiosos para afinar el mismo.

Contenido

Introducción	1
1. Antecedentes	3
2. Importancia de la Salud Materno Infantil	9
2.1 Recomendaciones internacionales	9
2.1.1 Atención prenatal	13
2.1.2 Complicaciones durante el embarazo	14
2.1.3 Atención en el parto	15
2.1.4 Revisión posparto	17
2.1.5 Atención al recién nacido	18
2.1.6 Lactancia materna y ablactación	18
2.2 Implementación nacional de las recomendaciones internacionales	19
2.2.1 Atención prenatal	23
2.2.2 Prevención del bajo peso al nacer	25
2.2.3 Atención del parto	25
2.2.4 Atención puerperal	27
2.2.4.1 Puerperio inmediato	27
2.2.4.2 Puerperio mediato y tardío	27
2.2.5 Atención al recién nacido	27
2.3 Estrategias de atención salud materna e infantil	28
2.3.1 Estrategia de afiliación Embarazo Saludable	29
2.3.2 Seguro Médico Siglo XXI	29
2.4 Metas nacionales	30
2.4.1 Medición de la Salud Materno Infantil en México	32
3. Selección de temáticas	37
3.1 Definición de conceptos	37
3.1.1 Enfermedades preexistentes	38
3.1.2 Atención prenatal	39

3.1.3 Atención en el parto	40
3.1.4 Atención posparto	40
3.1.5 Cuidado del niño	41
3.2 Diseño de las preguntas	41
Pregunta 9.1 Filtro	42
Pregunta 9.2 Filtro	42
Pregunta 9.3 Enfermedades preexistentes	42
Pregunta 9.4 Tiempo de revisión prenatal	43
Pregunta 9.5 Personal de revisión prenatal	43
Pregunta 9.6 Número de revisiones prenatales	44
Pregunta 9.7 Lugar de atención prenatal	44
Pregunta 9.8 Características de la revisión prenatal	45
Pregunta 9.9 Complicaciones prenatales	45
Pregunta 9.10 Personal de atención en el parto (pérdida)	46
Pregunta 9.11 Complicaciones en el parto (pérdida)	46
Pregunta 9.12 Lugar de atención del parto (pérdida)	46
Pregunta 9.13 Tiempo de revisión posparto	47
Pregunta 9.14 Número de revisiones posparto	47
Pregunta 9.15 Complicaciones en el puerperio	47
Pregunta 9.16 Regreso de la regla	48
Pregunta 9.17 Filtro	48
Pregunta 9.18 Tipo de parto	48
Pregunta 9.19 Motivo de la cesárea	49
Pregunta 9.20 Filtro	49
Pregunta 9.21 Atención en el puerperio	49
Pregunta 9.22 Condición de lactancia materna	50
Pregunta 9.23 Motivo de no lactancia materna	50
Pregunta 9.24 Inicio de la lactancia materna	50

Pregunta 9.25 Duración de la lactancia materna	51
Pregunta 9.26 Ablactación	51
Pregunta 9.27 Edad a la primera revisión del infante	51
Pregunta 9.28 Número de revisión al infante	52
Pregunta 9.29 Personal de atención del infante	52
Pregunta 9.30 Deseo del embarazo (último hijo nacido vivo)	52
4. Capacitación	53
4.1 Elaboración del Manual conceptual de la entrevistadora	54
4.2 Elaboración de presentaciones	58
5. Proceso de validación de la información	63
5.1 Validación de campo	63
5.2 Validación primaria o cero	66
5.3 Validación automática	66
5.4 Codificación	68
5.4.1 Enfermedades preexistentes	69
5.4.2 Lugar de atención prenatal	70
5.4.3 Complicaciones prenatales	71
5.4.4 Complicaciones en el parto (pérdida)	71
5.4.5 Lugar de atención del parto	72
5.4.6 Complicaciones en el puerperio	73
5.4.7 Atención en el puerperio	74
5.4.8 Motivo de no lactancia materna	74
6. Plan de tabulados	77
6.1 Condición de embarazo en mujeres de 15 a 49 años	80
6.2 Resultado del último embarazo	81
6.3 Enfermedades preexistentes	83
6.4 Tiempo de gestación en la primera revisión prenatal	85
6.5 Personal de atención prenatal	88

6.6 Lugar de atención prenatal	89
6.7 Características de la revisión prenatal	90
6.8 Complicaciones en el embarazo	91
6.9 Atención durante el parto	93
6.10 Tipo de parto	94
6.11 Complicaciones en el parto	98
6.12 Atención en el puerperio	100
6.13 Complicaciones en el puerperio	103
6.14 Regreso de la menstruación después del embarazo	105
6.15 Lactancia materna	106
6.16 Inicio de la lactancia materna	109
6.17 Duración de la lactancia materna	111
6.18 Lactancia materna exclusiva	114
6.19 Motivo de no lactancia materna	116
6.20 Ablactación	118
6.21 Primera revisión del recién nacido	120
6.22 Personal de atención del niño	122
6.23 Deseo del embarazo	123
7. Alcances y limitaciones	125
Referencias	127
Anexo 1. Sección de Salud Materno Infantil de la ENADID 2014	137
Anexo 2. Cuadro comparativo de Salud Materno Infantil 2009 y 2014	141
Anexo 3. Conceptos de Salud Materno Infantil de ENADID 2014	149

Introducción

La salud es un derecho de toda la población, que no sólo incluye el acceso oportuno a los servicios médicos, sino también está relacionado con otros derechos humanos como el acceso a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, entre otros; sin embargo, las personas que viven en condiciones de pobreza, los migrantes o los adultos mayores, son población que sufre discriminación a la que no se les respeta como personas y se violan sus derechos, entre ellos uno fundamental como es el acceso a la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017c).

El derecho a la salud también considera la libertad de las personas a cuidar su cuerpo y por ende su salud, en este contexto se encuentran los derechos sexuales y reproductivos de la población; los cuales son negados principalmente a las mujeres, cuando se les impide el acceso y atención a su salud sexual y reproductiva, conducta que se puede observar tanto en países en desarrollo como en los desarrollados; presentándose en algunas sociedades de manera extrema donde las mujeres son sometidas a esterilización, abortos o exámenes de virginidad de manera rutinaria (OMS, 2017c).

De acuerdo con la OMS, la salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social, que no sólo implica la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que además, incluye los procesos de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como el funcionamiento del aparato reproductor de la población en todas las etapas de su vida (OMS, s.f.). A nivel mundial, se estima que la prevalencia de uso de anticonceptivos en las mujeres de 15 a 49 años, que viven en pareja, se incrementó de 55% en 1990 a 64% en 2015 (Naciones Unidas [UN por sus siglas en inglés], 2015).

En este sentido, como parte fundamental en la salud de las mujeres se encuentra la salud materna, que inicia con la atención del embarazo y concluye con el posparto o puerperio. Esta etapa para la mayoría de las mujeres es considerada una experiencia de vida importante, sin embargo, para otras, implica una etapa de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte en algunos casos, derivado de complicaciones que se presentan en este proceso como son las hemorragias, las infecciones, los abortos en condiciones peligrosas, la eclampsia y/o el parto obstruido, que la OMS estima representan 70% de muertes en las mujeres en esta etapa de su vida. Estas muertes pueden ser evitables con una atención médica especializada de calidad, antes, durante y después del parto (OMS, 2015a).

Con la finalidad de combatir la pobreza en todas sus dimensiones, en las que se considera el acceso a la salud, a comienzos de este milenio líderes de todos los países del mundo se reunieron en Naciones Unidas (NU) para trabajar en la

erradicación de estos problemas sociales, traduciéndose en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que han permitido reducir las desigualdades y deficiencias en muchos países (NU, 2015).

Entre estos objetivos se plantea uno referente a mejorar la salud materna, cuyas metas son reducir la mortalidad materna y lograr un acceso universal a la salud reproductiva, meta que pese a los esfuerzos realizados no se ha alcanzado. Tomando en cuenta que una atención materna conlleva a un parto exitoso y por tanto un recién nacido saludable, es trascendental para cualquier mujer en esta etapa de su vida, sea atendida por personal especializado. En este sentido, la OMS estima que desde 1990, la tasa de mortalidad materna se ha reducido a nivel mundial en aproximadamente 45 por ciento (NU, 2015).

De igual manera, los ODM plantean la reducción de la mortalidad de niños menores de cinco años que, de acuerdo con la OMS, en 2016 aproximadamente 15 mil niños menores de cinco años mueren diariamente, de los cuales 46% fue en los primeros 28 días de vida; y que de mantenerse estas tendencias estima que entre 2017 y 2030 fallecerán 30 millones de recién nacidos (OMS, 2017a).

Se sabe que la mortalidad de la población infantil es prevenible mejorando el acceso para su atención por profesionales de la salud, proceso que debe iniciar no al nacimiento, sino desde la etapa de gestación cuando es monitoreada la salud de la madre durante todo el embarazo hasta el nacimiento; además de incentivar la lactancia materna como un instrumento de prevención de enfermedades en el recién nacido (OMS, 2017a).

Es por ello, que en este documento sobre el *Diseño de la Sección Salud Materno Infantil de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica*, que se presenta como trabajo profesional para obtener el título de Actuaría, se considera el binomio formado por la madre y el recién nacido, considerando el proceso que vive la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido durante los primeros años de vida.

1. Antecedentes

El estudio de la población es de gran relevancia para el desarrollo de cualquier país, contar con información referente a la situación demográfica de México, permite desarrollar políticas públicas con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la misma población, a través de la aplicación de medidas pertinentes para que el crecimiento poblacional sea armónico con el desarrollo económico, político y social de los mexicanos.

Asimismo, las políticas públicas dirigidas a combatir el rezago demográfico asociado a las desigualdades sociales, así como del envejecimiento de la población relacionadas con las condiciones de distribución territorial, permiten abatir las demandas de la población y desarrollar estrategias de atención.

La dinámica demográfica comprende aspectos sobre fecundidad, mortalidad y migración y se puede enriquecer con datos de temas como educación, empleo, anticoncepción y salud materno infantil, los cuales dan respuesta a nuevas demandas de información.

A partir de la década de los 70's cuando nace la necesidad de obtener información sistemática de la dinámica demográfica en México, siendo la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976, responsabilidad de la Dirección General de Estadística, una de las primeras encuestas realizadas para analizar el tipo de métodos anticonceptivos utilizados (Welti, 2006).

En 1982, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó la Encuesta Nacional Demográfica (END), en la cual se incluyó por primera vez un módulo sociodemográfico. Posteriormente en 1987, se levantó la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) por la Secretaría de Salud (SSA), en esta se planteó el interés de asociar la anticoncepción con la salud de la mujer, teniendo como base el concepto de salud reproductiva que circulaba a nivel internacional en ese momento (Welti, 2006).

En 1992 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó la primera *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*, que tuvo como objetivo primordial el ofrecer información confiable, actualizada y de calidad que impactara en el diseño e instrumentación de políticas demográficas y sociales (INEGI, s.f.a).

Una característica de esta encuesta es que algunas de sus variables pueden ser comparadas con las captadas por el Censo General de Población y Vivienda, lo que permite ver la evolución de varios indicadores (INEGI, 2003).

En la primera edición de la ENADID en 1992, los temas que se contemplaron fueron:

- Características de la vivienda
- Hogares
- Características generales de la población
- Migración
- Características educativas
- Características económicas
- Migración internacional
- Mortalidad
- Fecundidad
- Registro de nacimientos
- Registro de defunciones
- Anticoncepción

Se consideró la información de 64,794 viviendas de un total de 65,132 que fueron visitadas, identificando a 72,740 mujeres en edad fértil (de 15 a 54 años) recolectando información del 95.6% de éstas (INEGI, s.f.a).

En 1995, el CONAPO levantó la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENAPLAF), cuyo objetivo fue estimar la cobertura de planificación familiar, contar con un perfil de uso de métodos anticonceptivos, así como estimar el grado de satisfacción de la población en estos servicios que prestaban las instituciones (Welti, 2006).

La segunda edición de la ENADID se realizó en 1997, en la cual se recuperó información de 88,022 mujeres en edad fértil (INEGI, s.f.b). Los temas que integraron esta encuesta pasaron de 12 a 15, con respecto a la de 1992, y es a partir de este año que se incluye el tema de salud materno infantil, como temática de interés de la encuesta:

- Características de la vivienda
- Configuración del hogar
- Estructura por edad y sexo
- Migración interna e internacional
- Características educativas
- Características económicas
- Servicios de salud
- Trabajo en Estados Unidos de América
- Mortalidad
- Fecundidad

- Preferencias reproductivas
- Registro de nacimientos y defunciones
- Anticoncepción
- Salud materno infantil
- Estado conyugal y número de uniones

En 2002 se esperaba el levantamiento de la siguiente edición de la ENADID con el fin de dar seguimiento comparativo a las temáticas abordadas; sin embargo, no se efectuó y en su lugar la SSA y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en 2003 levantaron la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR), la cual buscó tener información para tener una aproximación analítica sobre temas de práctica sexual y violencia doméstica (Welti, 2006).

El tercer levantamiento de la ENADID estuvo a cargo de la SSA en 2006; visitando a 41,926 viviendas, en esta encuesta el INEGI únicamente participó como revisor y asesor del proyecto (Secretaría de Gobernación [SEGOB], Secretaría de Salud [SSA], CONAPO, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] e INEGI, 2008).

Los temas abordados en esta encuesta fueron los siguientes:

- Características de la vivienda
- Residentes y hogares
- Características de las personas
- Migración internacional
- Fecundidad e historia de embarazos
- Registro de nacimientos y defunciones
- Preferencias reproductivas
- Anticoncepción
- Salud materno infantil

Es importante señalar que el objetivo de esta encuesta fue actualizar la información demográfica y social de la población para satisfacer las necesidades de los sectores empresarial, comercial y académico (SEGOB et al., 2008).

Sin embargo, el INEGI no recomienda usar los resultados debido a que:

- El inadecuado diseño del cuestionario, principalmente en la sección Historia de embarazos, impactó en la capacitación a entrevistadoras y en el levantamiento de los datos, haciendo que éstos fueran deficientes.
- No se documentaron apropiadamente los cambios que sufrieron las bases de datos.

- Se concluyó que en la captura de la información también se presentaron problemas, lo que se basa en la reconsulta de los cuestionarios aplicados.
- Hay problemas de congruencia en las bases de datos señaladas como definitivas. Se destaca la existencia de siete versiones previas de dichas bases.
- Los resultados presentan serias inconsistencias en el comportamiento de algunos indicadores, como los derivados de historia de embarazos y las características educativas (INEGI, 2006).

En 2009, en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (LSNIEG), en el cual se establece que el Subsistema Nacional de Información Demográfica y Social debe atender la generación de indicadores clave sobre la dinámica demográfica. Por ello, el INEGI en colaboración con el CONAPO levantaron la ENADID 2009, con la finalidad de actualizar la información estadística para fortalecer otros proyectos como los censos de población y el aprovechamiento de los registros administrativos (INEGI, CONAPO, 2010).

En esta edición de la ENADID se recuperó información de las siguientes temáticas:

- Características de la vivienda
- Residentes, hogares y lista de personas
- Características de las personas
- Migración a los Estados Unidos de América
- Fecundidad e historia de embarazos
- Preferencias reproductivas
- Anticoncepción
- Salud materno infantil (último embarazo)
- Nupcialidad

Durante este levantamiento se visitaron 101,023 viviendas, en las cuales fue posible recuperar como entrevista completa al 87.9% de ellas; en estas viviendas se identificaron 101,118 mujeres de 15 a 54 años quienes eran elegibles para recuperar la información del cuestionario Módulo para la mujer, recuperando el 99.1% de éstos (INEGI, 2009).

En seguimiento al compromiso de actualizar información sobre el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica como lo son la fecundidad, la mortalidad y la migración, en 2014 se levanta nuevamente esta encuesta, en la cual se recupera información de las siguientes temáticas (INEGI, 2015b):

- Características de la vivienda
- Residentes, hogares y lista de personas
- Características de las personas
- Migración internacional
- Fecundidad e historia de embarazos
- Certificado y registro de nacimientos y defunciones
- Preferencias reproductivas
- Anticoncepción
- Salud materno infantil (último embarazo)
- Nupcialidad

Es importante remarcar que el 10 de noviembre de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el Acuerdo por el que se determina como Información de Interés Nacional (IIN) la ENADID, en donde se establece que el INEGI será el responsable de generar de manera regular y periódica la información que capta esta encuesta (DOF, 2014). Es por ello que, durante 2018 el INEGI levantó la siguiente edición de la ENADID, cuyos resultados estarán disponibles en mayo de 2019.

2. Importancia de la Salud Materno Infantil

Para fundamentar la selección de variables, fue necesario establecer un marco de referencia que sustentó y justificó la inclusión del tema de Salud Materno Infantil en la ENADID 2009 y 2014, considerando las principales recomendaciones y compromisos internacionales; la producción nacional de información sobre el tema y las metas nacionales que requieren información sobre esta temática. A continuación, se presenta este sustento al tema, la definición, justificación y pregunta de cada variable; así como su utilidad.

2.1 Recomendaciones internacionales

En septiembre de 2000, en el marco de la Cumbre del Milenio, 189 países se comprometieron a cumplir antes de 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que, tenían como propósito primordial, crear un futuro común cimentado en la responsabilidad y el respeto a los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2005); entre sus objetivos contemplaba a la *salud materno infantil*, como se observa a continuación (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés], s.f.):

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 4.A Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

4.2 Tasa de mortalidad infantil

4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta 5.A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Meta 5.B Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta, y al menos cuatro consultas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

En este sentido, es importante mencionar que los ODM fueron un primer esfuerzo a escala mundial para elevar el nivel de vida de millones de personas en todo el mundo, ya que durante 15 años los ODM permitieron que la sociedad y los gobiernos tuvieran la oportunidad de contar con una agenda universal de prioridades, que trazaban una ruta definida para el desarrollo de las naciones; sin embargo, en septiembre de 2015, 150 jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en la Cumbre del Desarrollo Sostenible en la cual aprobaron la Agenda 2030, que incluye 17 objetivos de aplicación universal que regirán los esfuerzos de los países para lograr un mundo sostenible para el año 2030 (UN, 2018).

De esta manera los ODM dan paso a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para buscar alcanzar las metas no logradas, los cuales instan a los países a adoptar medidas para promover la prosperidad de la población; de manera paralela, protegen el planeta. Además, reconocen que las iniciativas para erradicar la pobreza deben contar con estrategias que favorezcan el crecimiento económico y consideren las necesidades de la población, como es la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, así como la lucha contra el cambio climático y la protección del medio ambiente (UN, 2018).

Como resultados de este nuevo compromiso internacional, los objetivos 4 y 5 de los ODM mencionados anteriormente quedan inscritos en el objetivo 3 de los ODS bajo el siguiente esquema (INEGI, s.f.c):

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Meta 3.1

- 3.1.1 Razón de mortalidad materna
- 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado

Meta 3.2

- 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
- 3.2.3 Tasa de mortalidad infantil
- 3.2.4 Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación
- 3.2.5 Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades diarreicas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)

3.2.6 Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)

Las diferencias más significativas respecto a la atención materna en los ODS, es la desagregación del indicador de fecundidad por grupos de edad –de 10 a 14 años y de 15 a 17 años–. Sin embargo, no se consideró la cobertura de atención materna que, si bien de acuerdo con Naciones Unidas la proporción de la mortalidad materna ha descendido 37 puntos porcentuales desde 2000, en 2015 fallecieron en el mundo 303 mil mujeres por complicaciones durante el embarazo o el parto (UN, 2018), por lo que es un indicador de gran relevancia.

Cuadro 1. Comparativo de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
<p>Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años</p> <p>Meta 4.A. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años</p> <p>4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años</p> <p>4.2 Tasa de mortalidad infantil</p> <p>4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión</p>	<p>Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades</p> <p>Meta 3.2</p> <p>3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años</p> <p>3.2.3 Tasa de mortalidad infantil</p> <p>3.2.4 Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación</p> <p>3.2.5 Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades diarreicas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)</p> <p>3.2.6 Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años)</p>

Cuadro 1. Comparativo de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
<p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p> <p>Meta 5.A Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</p> <p>5.1 Tasa de mortalidad materna</p> <p>5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado</p>	<p>Meta 3.1</p> <p>3.1.1 Razón de mortalidad materna</p> <p>3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado</p>
<p>Meta 5.B Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva</p> <p>5.3 Tasa de uso de anticonceptivos</p> <p>5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes</p> <p>5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)</p> <p>5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar</p>	<p>Meta 3.7</p> <p>3.7.2.a Tasa de fecundidad de las adolescentes de 10 a 14 años por cada 1,000 adolescentes en ese grupo de edad</p> <p>3.7.2.b Tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años por cada 1,000 mujeres de ese grupo de edad</p> <p>3.7.1 Proporción de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) con demanda satisfecha de planificación familiar con métodos modernos</p>

Fuente: UNICEF. (s.f.). *Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*; e INEGI. (s.f.c). *Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SIODS)*.

Considerando que la atención prenatal incide de forma directa en la salud del recién nacido, se puede decir que las tendencias de muertes neonatales se relacionan estrechamente con las muertes maternas. La relevancia del tema de salud materno infantil es tal, que en 2005 el Día Mundial de la Salud se enfocó a él, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó durante este año que era 27 veces mayor la probabilidad de que una mujer de América Latina o el Caribe muriera por complicaciones en el embarazo que una mujer estadounidense (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005).

En Latinoamérica, la mortalidad materna ha disminuido en los últimos años, ya que en 1990 se estimaba una razón de 140 por cada 100 mil nacidos vivos, en tanto que para 2010 se calculó en 80 por 100 mil; aunque esta reducción es importante todavía está muy lejos de acercarse a la que presentan países como Canadá, en donde se estiman 12 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (OMS, OPS, Instituto Nacional de Salud de Colombia [INS], (2016).

Por tanto, la mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres y con bajo nivel educativo, que en lo general tienen menor acceso a los servicios de salud durante y después del embarazo, siendo estos factores socioeconómicos los que predisponen embarazos en la adolescencia por tener menor acceso a métodos anticonceptivos; además de tener un espaciamiento entre los mismos menor a dos años que es un factor que puede provocar una descompensación en la salud de la madre, que puede inducir a las condiciones de nacimiento pretérmino (antes de las 36 semanas de gestación), bajo peso al nacer (peso menor a los 2,500 gramos) y/o pequeño para la edad gestacional; además de que el tiempo entre embarazos también influye en el riesgo perinatal (Institute of Health Economics [IHE], 2008).

Otros factores que pueden incrementar el riesgo de muerte materna, así como la prenatal (mortinato), neonatal (en los primeros 28 días) y de menores de un año es la atención durante la gestación, al momento del parto, y en el periodo posparto, así como las condiciones de higiene del lugar del parto, y la revisión al niño durante su primer año de vida.

Como se puede observar, la salud materno infantil se compone de diversas aristas, con la finalidad de presentar una visión general de ésta, a continuación se abordan los principales componentes vistos desde la óptica internacional.

2.1.1 Atención prenatal

Conocer el estado de salud de la futura madre es fundamental pues de esta forma se puede estimar el nivel de riesgo que enfrenta y, en su caso, se le pueden brindar los cuidados preventivos acorde a sus necesidades. La atención prenatal consiste en una serie de visitas de la mujer embarazada programadas con algún prestador de servicios de salud, quién vigila el desarrollo del feto para prevenir posibles complicaciones que puedan impactar negativamente en el producto (Von Waldenfels, Pflanz y Ramón, 1992). Entre más temprana sea la revisión, hay mayor oportunidad de detectar estas complicaciones, lo que permite que sean monitoreadas adecuadamente.

La primera revisión debe realizarse durante el primer trimestre y la mujer debe acudir con un prestador de servicios de salud ante la primera sospecha de embarazo. Al respecto, el UNICEF y la OMS, recomiendan cuatro visitas

prenatales como mínimo (“Revista Panamericana de Salud Pública”, 2004; UNICEF, 2008).

Durante la primera revisión el profesional de la salud debe indagar sobre los antecedentes heredofamiliares de la mujer, lo que permite descartar la presencia de condiciones previas que puedan influir en el resultado del embarazo (Genetic Alliance, 2008). Posteriormente, y de forma rutinaria, la revisión prenatal contempla la toma de la presión arterial, la medición del peso y del crecimiento abdominal, escuchar el latido cardiaco del producto; además de que se sugiere realizar análisis de sangre y orina para descartar la presencia de diabetes gestacional y anemia; así como realizar estudios como ultrasonidos que permiten monitorear el desarrollo fetal (McCoy, 2007). En esta etapa es importante detectar oportunamente la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida Humana (VIH) principalmente en mujeres de alto riesgo como son aquellas que recibieron transfusiones, adictas a sustancias prohibidas y/o trabajadoras sexuales, pues con terapias antirretrovirales es posible evitar el contagio de la madre al hijo (SSA, 1995).

2.1.2 Complicaciones durante el embarazo

El embarazo es un proceso mediante el cual se gesta una nueva vida, y describe el estado durante el cual el feto crece principalmente en el útero de la mujer, con una duración aproximada de alrededor de 40 semanas o poco más de nueve meses, desde el inicio de la última menstruación hasta el parto (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano [NICHD por sus siglas en inglés], 2008).

Durante este proceso pueden existir complicaciones que afectan la salud de la mujer y/o dificultan el desarrollo del feto. Algunas, dependiendo de su gravedad y de la existencia de una intervención adecuada de los sistemas de salud, pueden llegar a provocar la pérdida o muerte del feto; algunas de estas afecciones pueden deberse a factores derivados del estado socioeconómico y de salud de la mujer previo al embarazo, mientras que otras pueden desencadenarse durante el mismo.

Entre las principales complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo (Manual Merck de Información Médica para el Hogar, 2005; OMS, 2003):

- El *aborto* que es la pérdida del feto por causas naturales cuando no es viable, aproximadamente a las 22 semanas de gestación; después de este periodo se considera mortinato.
- La *muerte fetal* también denominada mortinato, es la muerte del feto dentro del útero.

- El *embarazo ectópico* que es cuando el feto se desarrolla fuera del útero.
- La *anemia* siendo la más común por deficiencia de hierro, afectando el número de glóbulos rojos o la cantidad de hemoglobina.
- La *diabetes gestacional* que es cuando la futura madre desarrolla diabetes debido a que crea resistencia a la insulina por los cambios hormonales del embarazo.
- La *incompatibilidad de Rh* entre la sangre de la madre y el feto, por lo que el cuerpo de la madre crea anticuerpos contra los glóbulos rojos del feto.
- Los *problemas con la placenta* que pueden ser el desprendimiento de la placenta de forma completa o parcial; o la implantación de la misma en el cuello del útero.
- Los *vómitos* cuyo exceso puede causar deshidratación o inanición.
- La *preeclampsia* que se caracteriza por hipertensión, y en ocasiones, retención de líquidos.
- La *eclampsia* es una forma más grave de la preeclampsia y provoca convulsiones o coma.
- El *parto pretérmino* que sucede antes de la semana 37 de gestación.
- El *retraso del crecimiento intrauterino* que es un trastorno en el cual el feto tiene un tamaño menor al que debiera tener de acuerdo con su edad gestacional. El recién nacido con esta condición se le conoce también como “pequeño para la edad gestacional”
- Las *infecciones durante el embarazo* que son enfermedades de origen bacteriano como la sífilis, la malaria o las infecciones vaginales mal tratadas pueden hacer que el parto no llegué a término.

Cuando estas u otras complicaciones se presentan durante el embarazo, sin importar su origen requieren de atención profesional en lugares adecuados y con los recursos materiales necesarios (IHE, 2008).

Por lo anterior es imperante que cualquier mujer embarazada tenga acceso a atención especializada durante la etapa de gestación.

2.1.3 Atención en el parto

El momento de la expulsión del feto se le denomina parto y a partir de este momento el producto recibe el nombre de recién nacido; para esta expulsión existen dos vías, el parto vaginal y el parto asistido comúnmente llamado cesárea, que desde el punto de vista médico se justifica ya que permite prevenir morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, en los últimos años se ha

incrementado y no como una intervención de emergencia en casos de complicaciones durante el parto vaginal, ahora es utilizado para programarlos en fechas específicas, a conveniencia del personal de los servicios de salud, y de la propia madre.

Otros factores que han incidido en el incremento de las cesáreas es el valor social, ya que en algunas sociedades es considerada para dar prestigio al médico que la realiza; otro es por razones médico-legales, pues el prestador de servicios puede ser demandado por tomar tardíamente la decisión de realizar una cesárea, pero no por hacerla anticipadamente; además de que aumentan los honorarios médicos y los ingresos institucionales (Nápoles Méndez, 2007).

En este sentido, de acuerdo con una revisión realizada por la OMS de manera sistemática a nivel mundial, establece que conforme las tasas de cesáreas se incrementan hasta en un 10 o 15%, se reduce la mortalidad materna y neonatal; sin embargo, cuando las tasas están por encima de estos porcentajes deja de existir esta relación (OMS, 2015b).

Entre las principales complicaciones que se pueden presentar durante el parto están:

- La *sepsis o infección en el torrente sanguíneo* que es una enfermedad causada por la invasión de microorganismos patógenos a los órganos genitales internos y externos, durante o después del parto o aborto; y se caracterizan por temperaturas superiores a los 38°C, en las siguientes 24 horas después del parto (Casey y Cox, 1997, en SSA, 2001).
- La *hemorragia posparto* que es la pérdida excesiva de sangre que generalmente sucede inmediatamente después del parto, aunque se puede presentar antes o después del alumbramiento –expulsión de la placenta– (University of Virginia Health System, 2004a).
- El *parto obstruido* que es cuando el feto o producto no puede pasar por la pelvis materna, lo cual prolonga el parto y puede ocasionar muerte fetal y lesiones de por vida en la madre como ruptura del útero, desgarre de tejidos y fístulas (Ashford, 2002).

Es por ello, que para reducir la muerte por estas complicaciones es necesario que las mujeres sean atendidas por personal capacitado –médico, enfermera o partera calificada–, que cuente con el conocimiento necesario para manejar situaciones cuando está en riesgo la vida de la madre y/o del recién nacido (UNICEF, 2008).

Conocer la edad gestacional –periodo de desarrollo fetal en el vientre materno, desde la concepción hasta el nacimiento– ofrece información de posibles problemas o complicaciones que puede presentar el recién nacido. Cuando la edad gestacional es menor a 36 semanas pueden presentarse problemas de salud

debido a que sus órganos vitales no están bien desarrollados y requieren de cuidados intensivos inmediatos para evitar secuelas físicas (Medline Plus, 2018b).

Los nacidos de 42 semanas o más son posmaduros y en su caso, las complicaciones pueden deberse a un deficiente aporte de oxígeno y nutrientes de la placenta, ya que disminuye la efectividad de su función; además de correr el riesgo de aspirar meconio (primeras heces), o bien presentar hipoglucemia porque sus reservas de glucosa van disminuyendo (University of Virginia Health System, 2004b).

Los recién nacidos pretérmino por lo general presentan bajo peso al nacer, es decir, pesan menos de 2,500 gramos, este bajo peso es considerado un indicador social de la desnutrición en un país y, a nivel individual, es una señal de la salud de la mujer previa al embarazo; aquellas mujeres que sufren desnutrición tienen bebés pequeños, al igual que las madres adolescentes. Esta condición puede causar retraso en el crecimiento y anemia por déficit de hierro (Leal Soliguera, 2007). Sin embargo, no se debe perder de vista que en ocasiones el bajo peso al nacer puede deberse a diferencias raciales, complejión física de la madre y/o partos múltiples. Por otro lado, los recién nacidos con peso superior a 4,000 gramos padecen sobrepeso, que puede ser originado por el incremento del peso de la madre y/o a la presencia de diabetes gestacional; al igual que en los niños con bajo peso al nacer, se debe considerar que el peso del bebé está influido por la complejión de los padres (University of Virginia Health System, 2004c).

2.1.4 Revisión posparto

Posterior al parto, la mujer pasa por un periodo conocido como puerperio o posparto en el cual se recupera física y emocionalmente del embarazo y el parto. Durante este periodo, que abarca aproximadamente 42 días, tiempo en que los órganos genitales femeninos involucionan, es necesario que profesionales de la salud revise a la mujer, con la finalidad de descartar alguna complicación. De esta forma, la revisión posparto es una oportunidad de observar la salud de la madre que permite detectar la presencia de sepsis o depresión posparto; por ello se recomienda que tanto la madre como el recién nacido sean revisados inicialmente durante la primera semana después del parto.

Durante este periodo es importante incidir en la prevención de reacciones psicoemocionales patológicas, promover el control posnatal y la planificación familiar, al igual que la lactancia materna. Y es necesario dar seguimiento a las enfermedades que se complicaron durante el embarazo como la hipertensión y la diabetes, por ejemplo, así como llevar un seguimiento de los traumas quirúrgicos que pudieron presentarse en el parto (OMS, 2003).

“La atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal (inmediatamente posterior al parto) evita complicaciones a la madre y al recién nacido, y permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud” (OMS, 2017b, ¶16).

2.1.5 Atención al recién nacido

La revisión del recién nacido es preponderante, según OMS en 2016, 46% de las muertes de niños menores de cinco años fueron recién nacidos, principalmente por afecciones relacionadas con la falta de asistencia de calidad durante el parto o inmediatamente después al mismo (OMS, 2017b).

De los 2.6 millones de niños que fallecieron en el primer mes, aproximadamente siete mil por día, un millón murió en el primer día de vida y otro en los siguientes seis días de nacidos, siendo principalmente por complicaciones relacionados con el parto prematuro, neumonía, complicaciones durante el parto, diarrea, septicemia neonatal y paludismo (OMS, 2017b)

Los recién nacidos con bajo peso al nacer, con otros problemas de salud, y los hijos de mujeres seropositivas, requieren cuidados hospitalarios adicionales y por mayor tiempo. Y durante el primer año de vida, deben ser revisados por prestadores de salud capacitados, pues es fundamental cuidar su salud para prevenir enfermedades y monitorear el desarrollo físico y cognoscitivo del niño, además de vigilar su nutrición y recibir inmunización contra ciertas enfermedades (OMS, 2017b).

2.1.6 Lactancia materna y ablactación

La lactancia materna es una práctica por la cual la madre trasmite a su hijo los anticuerpos y nutrientes necesarios para su sano desarrollo, al igual que permite generar un vínculo entre ellos. Asimismo, se ha comprobado que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil al prevenir diarreas, que es una de las enfermedades de mayor incidencia a esta edad, principalmente en los países en vías de desarrollo (Aguilar Palafox y Fernández Ortega, 2007; OMS, 2009b).

La OMS recomienda la alimentación exclusiva con leche materna por un periodo de seis meses como mínimo y calcula que alrededor de un millón de muertes cada año son evitadas gracias a esta práctica. Sin embargo, a nivel mundial, aproximadamente sólo en el 40% de los lactantes de hasta seis meses se cumple esta recomendación. La lactancia materna no solamente tiene beneficios para el niño, sino también en las madres como es dejar de menstruar que es considerado como un método anticonceptivo natural, reduce el riesgo de cáncer de seno y ovario, y la mujer recupera el peso previo al embarazo de forma más rápida (OMS, 2009b).

Para la práctica de la lactancia materna, tanto OMS como UNICEF recomiendan lo siguiente (OMS, 2018a):

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida del recién nacido.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Una vez iniciada la ablactación continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más de vida.

Después de los seis primeros meses de edad, la leche materna ya no cubre todos los requerimientos nutricionales que el lactante necesita, por lo cual se recomienda iniciar la ablactación. Esto no implica abandonar la lactancia materna, sino completarla hasta los dos años de edad o más. Una buena y adecuada ablactación es el principio de la salud y el desarrollo de la población infantil, ya que es por este medio que se refuerza su sistema inmunológico (OMS, 2018a).

Es así, que la buena o mala alimentación durante los dos primeros años de vida impacta en el desarrollo futuro de la población infantil. De acuerdo con la OPS, ésta es una etapa crítica de las personas pues ante una dieta deficiente, existe la posibilidad de tener un retraso irreversible en el crecimiento físico, el desarrollo mental y motor (OPS, 2003).

2.2 Implementación nacional de las recomendaciones internacionales

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo Cuarto, plantea que toda la población tiene derecho a la salud y a decidir de manera libre e informada el número y espaciamiento de sus hijos. En este sentido, la Ley General de Salud establece que, la atención materno infantil es materia de salubridad general y establece con carácter prioritario, emprender acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; así como la vigilancia del crecimiento de su hijo, incluyendo la vacunación (DOF, 1984).

Para ello, en 1995 se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*; en este contexto en 2012 se publicó el *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*, mismo que fue aprobado hasta 2016 denominado como *NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*, con el objetivo de establecer los criterios mínimos de atención médica durante el embarazo, parto y puerperio de la mujer y del recién nacido (DOF, 2016).

A continuación, se presentan las definiciones que la Norma Oficial Mexicana (NOM) establece para la aplicación de la atención de la salud materno infantil¹ en México:

Cuadro 2. Definiciones de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

Concepto	Definición
Aborto	Expulsión o extracción del embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, de aproximadamente 22 semanas; o con cualquier peso o edad gestacional pero no viable.
Atención de urgencia obstétrica	Servicio médico especializado para atención inmediata de cualquier complicación obstétrica.
Cesárea	Intervención quirúrgica en la pared abdominal y uterina, para extraer al producto, vivo o muerto con 22 semanas de gestación o más, así como la placenta y sus anexos.
Conceptus	Producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo, desde la fertilización hasta el nacimiento. Incluye tanto al embrión o feto como a las membranas embrionarias.
Diabetes gestacional	Alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo, que conlleva a una insuficiente adaptación a la insulina.
Distocia	Complicación durante el trabajo de parto que interfieren con la evolución del mismo y requiere maniobras especiales.
Edad gestacional	Periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el nacimiento o evento gestacional en estudio.
Embarazo	Proceso de reproducción que inicia con la implantación del <i>conceptus</i> en el endometrio y termina con el nacimiento.
Eutocia	Proceso con feto en vértice cuyo trabajo de parto es normal sin complicaciones.
Feto	Producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario –ocho semanas después de la fecundación–, hasta el aborto o nacimiento.

¹ Únicamente se presentan los conceptos considerados para el diseño de la Sección de Salud Materno Infantil de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014.

Cuadro 2. Definiciones de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

Concepto	Definición
Lactancia materna	Alimentación del recién nacido con leche humana, sin recibir otros líquidos o alimentos.
Muerte materna	Muerte ocurrida durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo.
Muerte materna directa	Muerte relacionada con complicaciones del embarazo.
Muerte materna indirecta	Muerte a causa de una enfermedad agravada por el embarazo.
Nacido vivo	Producto de la concepción expulsado o extraído del cuerpo de la madre, que respira y presenta signos vitales independientemente de la duración del embarazo.
Nacido muerto	Expulsión o extracción del producto de la concepción del cuerpo de la madre que no respira o le late el corazón.
Nacimiento	Expulsión o extracción del producto del cuerpo de la madre. Término utilizado tanto para nacidos vivos como para defunciones fetales.
Nacimiento con producto pretérmino	Nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.
Nacimiento con producto a término	Nacimiento que ocurre entre las 37 semanas y antes de las 42 semanas de gestación.
Nacimiento con producto posttérmino	Nacimiento que ocurre a las 42 o más semanas de gestación.
Partera técnica	Persona con formación en partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes con nivel técnico.
Partera tradicional	Persona de comunidades indígenas y/o rurales que practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido, se considera como personal no profesional autorizado.
Parto	Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Cuadro 2. Definiciones de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

Concepto	Definición
Parto vertical	Parto en el que la mujer es colocada en posición vertical, ya sea de pie, sentada, semidecúbito o en cuclillas.
Periodo neonatal	Etapas que inician al nacimiento y terminan 28 días después del mismo.
Periodo perinatal	Etapas que inician a las 22 semanas de gestación y terminan siete días después del nacimiento.
Puerperio normal	Periodo posterior a la expulsión o extracción del producto, con una duración de seis semanas o 42 días.
Puerperio inmediato	Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.
Puerperio mediato	Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.
Puerperio tardío	Periodo que entre el octavo día hasta los 42 días después del parto.
Recién nacido	Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
Recién nacido pretérmino	Producto cuya gestación fue de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará al producto que pesa menos de 2,500 gramos.
Recién nacido inmaduro	Producto cuya gestación fue de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer fue de entre 501 a 1,000 gramos.
Recién nacido a término	Producto cuya gestación fue de 37 semanas a menos de 42 semanas o cuando el producto pesó más de 2,500 gramos.
Recién nacido postérmino	Producto con 42 o más semanas de gestación.
Sucedáneo de la leche materna o humana	Fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

Cuadro 2. Definiciones de la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida

Concepto	Definición
Urgencia obstétrica	Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad materna y perinatal, que requiere atención inmediata.

Fuente: DOF (2016). *Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.*

Esta norma plantea las disposiciones generales de atención médica de las mujeres en edad reproductiva, considerando la salud materna y la prevención de morbilidad materna y perinatal, desde el periodo preconcepcional (DOF, 2016).

De igual manera, la norma establece que las instituciones de salud deben capacitar al personal de enfermería obstétrica, parteras técnicas y tradicionales, para que puedan identificar posibles complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio, y así puedan acompañar a las mujeres en esos casos (DOF, 2016).

2.2.1 Atención prenatal

Uno de los temas centrales de la NOM-007-SSA2-2016 es la atención durante el embarazo, la cual establece de manera puntal las actividades o procedimientos que debe realizar el personal de salud en las consultas prenatales. En este sentido indica que en la primera consulta se deben realizar las siguientes actividades² (DOF, 2016):

- Elaborar y registrar una historia clínica, carnet perinatal o guía básica para la mujer embarazada, en la que se anotan los datos generales de la mujer (edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, entre otros).
- Confirmar el diagnóstico del embarazo con un método clínico, de laboratorio o ultrasonográfico.
- Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto.
- Buscar factores de riesgo mediante interrogatorio dirigido, incluyendo antecedentes de diabetes de los padres o familiares en primer grado.

² Se presentan las principales actividades que debe realizar el personal de salud.

- Identificar y/o informar a la mujer sobre el riesgo de la automedicación, así como al contacto con tabaco, alcohol o sustancias prohibidas durante el embarazo.
- Indagar sobre datos de depresión o cualquier otro trastorno de salud mental.
- Para las adolescentes embarazadas, particularmente las menores de 15 años, se debe realizar una búsqueda intencionada del ejercicio de violencia sexual, familiar o de género, y proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.
- Explorar a la mujer y tomar signos vitales, peso, talla y evaluar su estado nutricional.
- Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14; la segunda se debe realizar entre la cuarta y octava semana de gestación.
- Prescribir ácido fólico y micronutrientes para prevenir defectos del tubo neural. Cuando se realicen consultas en periodo preconcepción, marca que es importante prescribirlos tres meses antes de embarazarse.
- Solicitar los exámenes de laboratorio y de gabinete necesarios.
- Explicar la importancia de la detección de VIH y sífilis, y ofertarlos; explicando que esta detección se debe realizar durante las primeras 12 semanas de gestación.

En mujeres embarazadas de bajo riesgo, la norma menciona que deben recibir como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras ocho semanas de gestación, o bien, al obtener el resultado positivo de embarazo. En este sentido, esta norma marca un calendario de ocho consultas como se observa a continuación (DOF, 2016):

- Primera entre la semana seis y ocho.
- Segunda entre la semana 10 y la 13.6 de gestación.
- Tercera entre la semana 16 y 18.
- Cuarta en la semana 22.
- Quinta en la semana 28.
- Sexta en la semana 32.
- Séptima en la semana 36.
- Octava entre la semana 38 y 41.

También establece que, en las consultas de seguimiento, el personal de salud debe realizar una revisión para identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica, por ello debe registrar peso, talla, presión arterial, frecuencia cardiaca

de la madre y del producto, crecimiento del fondo uterino, entre otros; además de permitir que la mujer exponga sus dudas o síntomas y explicárselos (DOF, 2016).

Es importante mencionar que, entre la semana 24 y 28 de gestación, a todas las mujeres se les debe realizar una prueba de detección de diabetes gestacional; sin embargo, en mujeres con mayor riesgo se pueden realizar con antelación. Y todas las embarazadas con diagnóstico positivo deben ser referidas para atención médica de segundo o tercer nivel (DOF, 2016).

Otras de las actividades importantes que debe realizar el personal de salud, durante las consultas de revisión, es proporcionarle a la futura madre información sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, con excepción de los casos medicamente justificados, como son las mujeres con VIH positivo (DOF, 2016).

2.2.2 Prevención del bajo peso al nacer

Respecto a la revisión del producto durante el embarazo, la norma plantea que para detectar la restricción del crecimiento intrauterino es necesario hacer un seguimiento periódico del incremento del peso materno y la altura del fondo uterino, el cuál según la edad gestacional, que se mide a partir del borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino (DOF, 2016).

Esto permite que cuando el personal de salud identifique o sospeche que la mujer presenta una restricción del crecimiento del feto, debe confirmar este diagnóstico con estudios y referenciar a la mujer a consulta de segundo o tercer nivel para su manejo y seguimiento (DOF, 2016).

Otro aspecto considerado en estos casos, es utilizar la estrategia de madre canguro cuando la mujer tiene un parto pretérmino, para facilitar e incrementar el contacto del recién nacido con la mamá, además de iniciar la lactancia materna en cuanto sea posible (DOF, 2016).

La estrategia antes mencionada implica que el recién nacido prematuro este en contacto temprano piel a piel con su madre, que es un método eficaz y fácil que ayuda en la salud y el bienestar no solo de los niños prematuros sino también en los de término (OMS, 2004).

2.2.3 Atención del parto

La NOM-007-SSA2-2016 destaca los procedimientos que se deben realizar durante el parto, para favorecer la seguridad y bienestar de la madre, priorizando la facilitación del parto. Establece que en mujeres primigestas se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que sea posible, con la finalidad de reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y riesgos de complicaciones a largo plazo. Un punto importante que considera esta

norma es la no violencia hacia la mujer por parte del personal de salud durante el trabajo de parto (DOF, 2016).

Además establece que durante el trabajo de parto es indispensable indagar la percepción de la mujer sobre las contracciones uterinas (intensidad y frecuencia), la expulsión de mucosidad, líquido o sangre, además de monitorear el latido cardiaco del feto, de la dilatación cervical, el registro del pulso, tensión arterial y temperatura de la madre; en esta etapa a la mujer se le debe permitir tomar líquidos, propiciar la deambulaci3n alterna con reposo, respetando la posici3n en la que se sienta m3s c3moda; y en caso de que decida recostarse recomendarle que lo haga dec3bito lateral izquierdo, para prevenir hipotensi3n materna y riesgo de hipoxia fetal (DOF, 2016).

Respecto a procedimientos como la episiotomía menciona que solo se deben realizar por indicaci3n m3dica con el consentimiento informado de la mujer; y que el rasurado del vello y enema evacuante no son obligatorios (DOF, 2016).

Un punto importante que incluye esta norma es respecto al pinzamiento y corte del cord3n umbilical, el cual se debe realizar 30 o 60 segundos despu3s del nacimiento, aun en ni3os prematuros; excepto cuando al nacimiento el reci3n nacido presente una circular del cond3n en el cuello o sufrimiento fetal agudo, estipulando que debe ser inmediato (DOF, 2016).

En este sentido, la OMS recomienda la demora en el pinzamiento del cord3n, ya que permite que la sangre continúe pasando de la placenta al neonato, y que debe realizarse entre uno y tres minutos despu3s del parto, por considerar que esta demora aumenta las reservas de hierro del reci3n nacido (OMS, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID por sus siglas en ingl3s], Programa Integrado de Salud Materna e Infantil [MCHIP por sus siglas en ingl3s], 2013).

Menciona que en el expediente clínic3 de la mujer debe quedar constancia del tipo y atenci3n del parto, fecha y hora de nacimiento, condiciones del reci3n nacido (peso al nacer, sexo, edad gestacional, entre otros), valoraciones realizadas (Silverman Anderson, Apgar); medicamentos o vacunas aplicadas; y en caso de existir anormalidades cong3nitas, enfermedades o lesiones, registrarlas. Estableciendo que cuando el parto sea por ces3reas se debe registrar tambi3n los diagn3sticos que condujeron a dicho procedimiento m3dico (DOF, 2016).

Finalmente, una vez concluido el parto, se deben valorar las condiciones clínicas de la mujer, aplicar alg3n m3todo anticonceptivo en el posparto inmediato, como puede ser un dispositivo intrauterino, y solo podr3n colocar despu3s de informar y orientar a la mujer y tener su consentimiento (DOF, 2016).

2.2.4 Atención puerperal

La NOM-007-SSA2-2016 clasifica al puerperio en tres momentos, el puerperio inmediato, que comprende las primeras 24 horas después del parto, el puerperio mediano que abarca del segundo al séptimo día posterior al parto y el puerperio tardío que se comprende del octavo al día 42 después del parto, cubriéndose así las seis semanas establecidas como etapa puerperal (DOF, 2016).

2.2.4.1 Puerperio inmediato

Durante los primeros 30 minutos del puerperio inmediato se debe iniciar de la lactancia materna exclusiva, y la salud de la madre debe ser monitoreada, en la primera hora cada 15 minutos, posteriormente cada 30 minutos hasta completar dos horas y después cada cuatro u ocho horas, de acuerdo con la evolución de la madre; en estas revisiones se debe vigilar su frecuencia cardiaca y respiratoria, presión arterial, temperatura, sangrado transvaginal, tono y tamaño uterino, y el reinicio de la micción. Además de alentar a la madre a caminar, alimentarse e hidratarse normalmente (DOF, 2016).

El egreso de la mujer debe efectuarse hasta que hayan transcurrido 24 horas del posparto, en caso de no existir complicaciones; y antes del mismo se debe orientar a los padres sobre los cuidados que deben tener con el recién nacido, técnica de lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma que ameritan atención de urgencia tanto para la madre como para el recién nacido, incluidos los problemas de salud mental en la mujer que se pueden presentar (DOF, 2016).

2.2.4.2 Puerperio mediano y tardío

La norma señala que en el puerperio mediano y tardío el personal de salud debe proporcionar dos consultas, una inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio, para revisar la involución uterina, loquios o fluidos, presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura, para prevenir y detectar posibles complicaciones; además de orientar a la madre y su pareja sobre los cuidados del recién nacido, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva; así como la nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo (DOF, 2016).

2.2.5 Atención al recién nacido

La atención del recién nacido inicia con la asistencia durante el nacimiento; y continua con la consulta de revisión entre el tercer y quinto día de nacido; y la que se debe realizar a los 28 días de nacido.

La norma marca que todos los establecimientos de salud que proporcionen atención obstétrica, deben tener reglamentados los procedimientos sobre

reanimación neonatal, manejo del cordón umbilical, valoración de Apgar, y Silverman Anderson; previsión de cuadros hemorrágicos y oftalmopatía purulenta; exámenes físicos y antropométricos y de valoración gestacional o madurez física y neuromuscular; para vacunación; alojamiento conjunto; alimentación exclusivo del seno materno; y para la toma de muestras de tamiz neonatal, el cual se debe realizar a partir de las 72 horas de nacido. Además de eliminar las prácticas rutinarias de aspiración de secreciones, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas orales, agua y/o fórmula láctea, uso de biberón y separación de la madre (DOF, 2016).

Respecto a la alimentación del recién nacido, la Norma establece que las instituciones de salud no deben promover el uso de fórmulas en los lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna; además de recomendar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y de manera complementaria hasta el segundo año de vida (DOF, 2016).

2.3 Estrategias de atención salud materna e infantil

Considerando que la salud materno infantil es fundamental para cualquier sociedad, hasta 2015 con base en los ODM México buscó disminuir la mortalidad materna y de niños menores de cinco años, además de lograr cobertura universal de asistencia durante el parto (DOF, 2016).

En este sentido, actualmente las acciones que están encaminadas a reducir esta mortalidad, están orientadas hacia una nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia 2016-2030, cuyo objetivo es lograr el más alto nivel de salud para todas las mujeres, los niños y adolescentes, enfocado no solo a garantizar que todos los recién nacidos, madres y/o niños sobrevivan, sino que también se mejoren sus condiciones de vida a largo plazo (DOF, 2016).

En México, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, establece en la meta *México Incluyente*, objetivos para mejorar la atención de la salud de la población vulnerable, al asegurar un enfoque integral y de participación, para reducir la mortalidad infantil y materna; además de incrementar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal (Presidencia de la República, 2013).

Para continuar con el trabajo iniciado en este sentido en 2002 con el Seguro Popular de Salud (SPS), que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyas prioridades son la protección de la salud materno infantil, instrumentando programas de atención a mujeres vulnerables, apoyándolas con servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio; en 2004 se creó el *Programa Seguro Médico para una Nueva Generación*, actualmente conocido como *Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI)*, así como la *Estrategia de afiliación*

Embarazo Saludable, cuya finalidad es incidir en la reducción de la morbimortalidad materna e infantil. (SSA, 2009).

2.3.1 Estrategia de afiliación Embarazo Saludable

Considerando que la mortalidad materna en el país está relacionada principalmente con la falta de atención y seguimiento de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, la SSA implementó la Estrategia Embarazo Saludable, para priorizar la afiliación al Seguro Popular de mujeres embarazadas sin seguridad social, con la finalidad de proporcionarles atención durante esta etapa de su vida, con cobertura en las comunidades indígenas, pues es en estas zonas en donde se presentan las tasas más altas de mortalidad infantil y materna, principalmente por afecciones prevenibles asociadas a la desnutrición (SSA, 2009).

Esta estrategia considera también la vacunación de los recién nacidos y de la población menor de cinco años; el diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto, parto pretérmino y de choque séptico puerperal; la atención del parto y puerperio fisiológico; el legrado uterino terapéutico por aborto incompleto; la atención de cesárea y puerperio quirúrgico; atención del recién nacido; ictericia neonatal; diagnóstico y tratamiento del prematuro; el diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia; las hemorragias obstétricas puerperales, entre otras (SSA, 2009).

2.3.2 Seguro Médico Siglo XXI

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece la necesidad de contar con una red de protección social a fin de garantizar el acceso al derecho a la salud de toda la población, en este contexto el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, establece como objetivo el avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, por lo que plantea la instrumentación de mecanismos para sentar las bases del Sistema Nacional de Salud Universal, en este sentido el Gobierno Federal a través del Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI), busca garantizar que toda la población menor de cinco años tenga cobertura de servicios de salud (DOF, 2017).

El objetivo del Programa SMSXXI, así como el reforzamiento de las acciones de los otros programas dirigidos a la población menor de cinco años, es buscar asegurar el financiamiento de la atención preventiva, curativa y de rehabilitación para lograr las mejores condiciones posibles de salud y las mayores oportunidades. Esta cobertura incluye atención preventiva, detección temprana de enfermedades, tratamiento oportuno y disminución de daños a la salud, con beneficios adicionales a los que hoy en día proveen los programas de salud

pública y de vacunación universal, así como a las acciones en materia de salud de PROSPERA (DOF, 2017).

Y de esta manera, buscar la disminución de riesgos asociados a la muerte neonatal y a las afecciones originadas en el periodo perinatal, así como prevenir posibles daños a la salud o discapacidades y reducir la mortalidad asociada a las infecciones y la desnutrición (DOF, 2017).

2.4 Metas nacionales

Como se puede observar, en el país existen mecanismos legales y operativos sobre la atención de la salud materno infantil, que dan respuesta a necesidades específicas, pero no dejan de lado las recomendaciones internacionales; con encuestas como la ENADID es posible medir el impacto de estas políticas públicas implementadas y ver cómo han incidido en la atención de la población.

Es por ello que, con el fin de conocer este impacto, es necesario plantear como herramientas de análisis, indicadores para medir el avance y consecución de objetivos o metas nacionales e internacionales.

A nivel internacional, para la medición de la salud materno infantil, UNICEF recomienda utilizar tasas de mortalidad como indicadores de referencia, y de esa forma observar y analizar las tendencias y los niveles de salud materna y neonatal, ya que hay investigaciones que mencionan que aproximadamente el 80% de las muertes maternas pueden evitarse, si las mujeres tienen acceso a servicios básicos de atención materna y de salud (Veneman, en UNICEF, 2008).

En México, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 plantea que existen logros importantes en la atención de la salud de la población, como el incremento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil del país. Sin embargo, en algunos otros indicadores importantes es necesario seguir trabajando, como es la reducción de la mortalidad materna, que de 1990 a 2011 disminuyó menos de la mitad, al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos que, aunque es importante está lejos de alcanzar la meta planteada para 2015 en los ODM de 22 defunciones (Presidencia de la República, s.f.).

En la estrategia para mejorar la atención de la salud de la población en situación de vulnerabilidad, el PND plantea como líneas de acción para la atención materna e infantil lo siguiente (Presidencia de la República, s.f.):

- Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de reducir la mortalidad infantil y materna.

- Intensificar la capacitación y supervisión de la calidad de la atención materna y perinatal.
- Llevar a cabo campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias y la desnutrición.
- Impulsar el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de programas y acciones dirigidos a la población.
- Implementar acciones regulatorias que permitan evitar riesgos sanitarios en aquellas personas en situación de vulnerabilidad.

Por su parte el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, contempla entre sus objetivos uno dirigido a reducir las brechas en las condiciones de salud de la población, cuyas estrategias están vinculadas a consolidar el control de las enfermedades del rezago, abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad (Presidencia de la República, 2013).

Respecto a la estrategia para la reducción de la mortalidad materna, el Programa Sectorial de Salud contempla como líneas de acción las siguientes (Presidencia de la República, 2013):

- Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.
- Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado.
- Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada.
- Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.
- Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas.
- Promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.

De igual manera, respecto a la reducción de la morbilidad infantil en niños menores de cinco años, plantea (Presidencia de la República, 2013):

- Asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años.
- Asegurar una cobertura efectiva en vacunación.
- Proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años.
- Coadyuvar en la provisión de alimentos y suplementos alimenticios para una nutrición adecuada.
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana.
- Promover la realización del tamiz neonatal metabólico, auditivo y de retinopatía.
- Reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial.

Si bien en los últimos años estos indicadores han mostrado un decremento por factores como la mejor promoción de la salud entre las mujeres, el acceso a agua potable y otras medidas de higiene, una mejoría en la nutrición, un mayor nivel de vacunación y fundamentalmente, por un mejor acceso a servicios de salud de calidad y de forma oportuna, todavía hay mucho por hacer sobre todo en las zonas de alta marginación, pues las muertes maternas y neonatales son muertes prevenibles.

2.4.1 Medición de la Salud Materno Infantil en México

En países en desarrollo como México, el estudio de la salud materno infantil cobra relevancia porque además de enriquecer la información de la dinámica demográfica, ofrece una oportunidad de observar otras medidas de salud como el estado nutricional de los niños menores de un año, el seguimiento médico de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido.

Contar con información actualizada de estos temas resulta importante, pues permite contar con un panorama de la situación de la población, por ejemplo, se sabe que los niños que son alimentados con leche materna tienen un sistema inmunológico mejor lo que les permite tener mejores defensas contra las

enfermedades; también se tiene documentado que la probabilidad de supervivencia es mayor cuando el tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro es mayor. Así, los cuidados de la salud materna se relacionan directamente con el estado de salud actual de los niños además de impactar en su salud a futuro (Echarri Cánovas, 2004).

En este sentido, los indicadores terminan siendo un instrumentos indispensable para describir y comprender el funcionamiento de los sistemas de salud, ya que permiten evaluar de manera indirecta la calidad de los servicios que la población recibe para la atención de su salud, a través de indicadores sobre la dinámica demográfica como son los de esperanza de vida, de mortalidad y de natalidad; los referentes a estadísticas de morbilidad, en los que se puede conocer el número de personas que se enferman en un periodo de referencia, así como la cobertura de salud de la población (Jara, 2015).

En el campo de la salud, se identifican indicadores para evaluar la política sanitaria; las condiciones socioeconómicas; las prestaciones de atención de salud y el estado de salud de la población, que permiten conocer la situación de salud de la población (Jara, 2015).

En México, los indicadores que permiten medir el avance en la atención de la salud materno infantil son los siguientes:

- Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Proporción de niños de un año de edad con esquema básico completo de vacunación.
- Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades diarreicas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años).
- Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por enfermedades respiratorias agudas (defunciones por cada 100 mil menores de 5 años).
- Razón de mortalidad materna.
- Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado.
- Tasa de fecundidad de las adolescentes de 10 a 14 años por cada 1,000 adolescentes en ese grupo de edad.
- Tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años por cada 1,000 mujeres de ese grupo de edad.

- Proporción de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) con demanda satisfecha de planificación familiar con métodos modernos.

En este sentido, a continuación, se presentan las diferentes variables que han sido incorporadas en los instrumentos de captación de la ENADID:

Cuadro 3. Comparativo de variables entre los instrumentos de captación de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

Variable	1997	2006	2009	2014
Filtro. Condición de embarazo				
Filtro. Resultado del embarazo				
Enfermedades preexistentes				
Tiempo de revisión prenatal				
Personal de revisión prenatal				
Número de revisiones prenatales				
Lugar de atención prenatal				
Características de la revisión prenatal				
Complicaciones prenatales				
Personal de atención en el parto				
Complicaciones en el parto				
Lugar de atención del parto				
Tiempo de traslado al lugar de atención del parto				
Tiempo de revisión posparto				
Número de revisiones posparto				
Complicaciones en el puerperio				
Lugar de revisión posparto				
Regreso de la regla				
Tipo de parto				
Motivo de la cesárea				
Atención en el puerperio				
Condición de ofrecimiento de métodos				
Método anticonceptivo ofrecido				
Edad gestacional				

Cuadro 3. Comparativo de variables entre los instrumentos de captación de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

Variable	1997	2006	2009	2014
Peso al nacer				
Condición de lactancia materna				
Motivo de no lactancia materna				
Inicio de la lactancia materna				
Duración de la lactancia materna				
Ablactación				
Edad a la primera revisión del infante				
Número de revisiones al infante				
Personal de atención al infante				
Lugar de revisión al infante				
Características de la revisión al infante				
Vacunas				
Deseo del embarazo				

Fuente: SEGOB e INEGI (1997). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997*. Cuestionario; SSA, CONAPO, INSP e INEGI (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Módulo para la mujer*; CONAPO e INEGI (2009). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Módulo para la mujer*; e INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo para la mujer*.

3. Selección de temáticas

La Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (LSNIEG) establece que el Subsistema Nacional de Información Demográfica y Social debe generar indicadores clave que atiendan como mínimo los temas de población y dinámica demográfica, salud, educación, empleo, vivienda, distribución de ingreso y pobreza (INEGI, 2018). En este mandato se inscribe la necesidad de contar con una encuesta como la ENADID, por ello en 2014, se realizó un levantamiento de este instrumento de captación, que permitió dar continuidad a la generación de estadísticas para actualizar la información relacionada con los componentes de la dinámica demográfica.

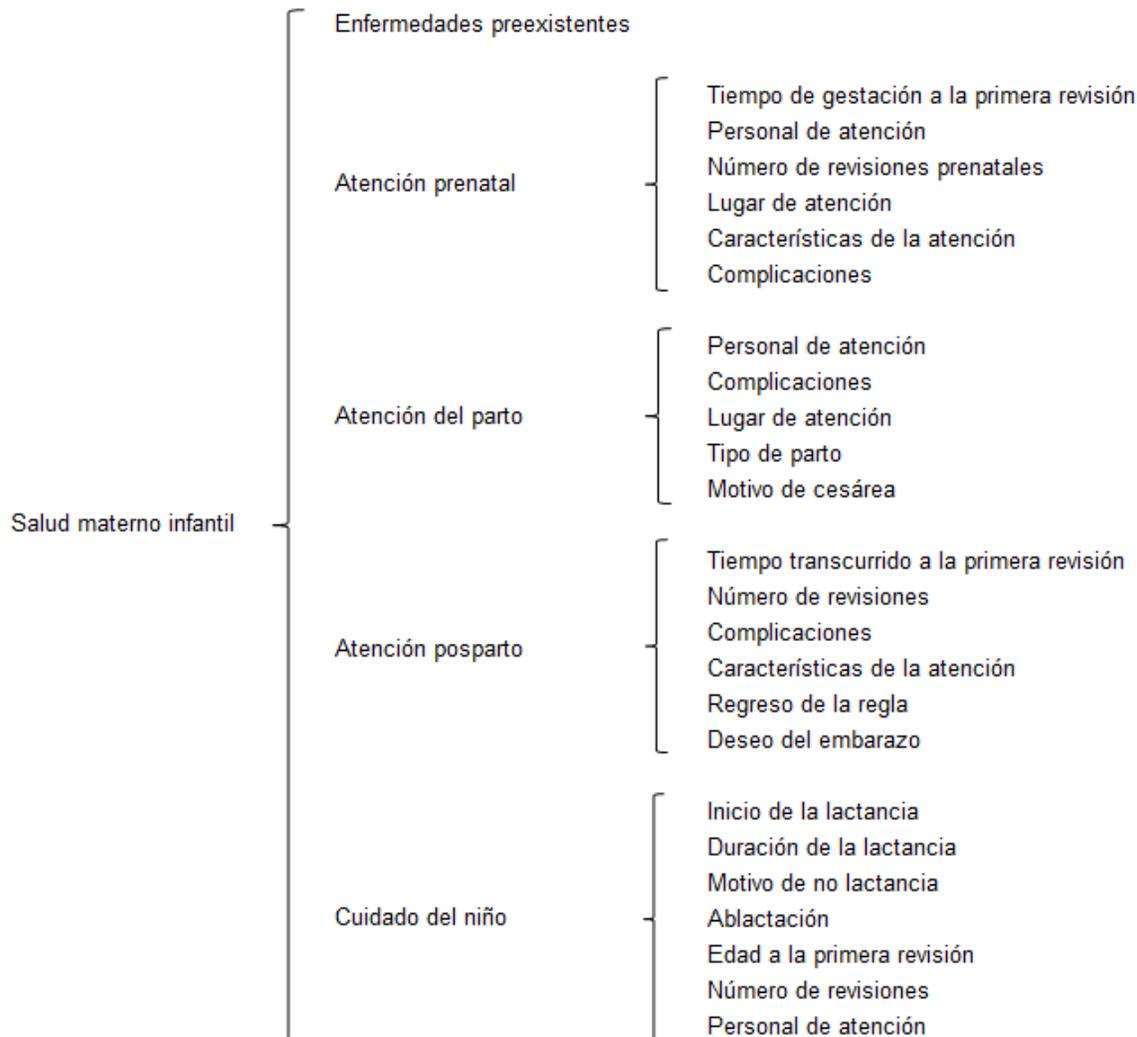
En este instrumento de captación, la sección de Salud Materno Infantil tuvo como objetivo conocer los aspectos de salud relativos al embarazo, parto y posparto, así como del desarrollo del recién nacido durante el primer año de vida. Es importante mencionar, que al igual que en las ediciones anteriores, en esta sección sólo se recuperó la información del último embarazo ocurrido de enero de 2009 a la fecha de la entrevista de las mujeres en edad reproductiva –de 15 a 54 años–, excluyendo a las mujeres embarazadas al momento de la entrevista.

3.1 Definición de conceptos

Para la OMS y la OPS el tema de salud materno infantil lo dividen en dos tópicos debido a su amplitud; en *salud materna* y *salud neonatal*, debido al vínculo existente entre la salud de la madre y la de su hijo, en donde las condiciones de salud de la madre durante el embarazo, parto y puerperio influyen directamente en la del recién nacido.

Considerando la experiencia previa en la ENADID 2009 y las necesidades de información identificadas, tanto a nivel nacional como internacional, para 2014 se consideraron otros factores de impacto en esta etapa de la vida de la mujer y del recién nacido (ver Anexo 2). En este contexto las temáticas consideradas durante este levantamiento de 2014 fueron las siguientes:

Figura 1. Esquema de variables consideradas en la ENADID 2014



Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo para la mujer.*

3.1.1 Enfermedades preexistentes

La NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, considera importante la atención médica preconcepcional de las mujeres en edad reproductiva, que permite evaluar la salud de la mujer antes de embarazarse y así identificar posibles riesgos durante el mismo, a fin de tomar las medidas preventivas necesarias (DOF, 2016).

Los estilos de vida de la población afecta de manera directa la salud de la misma, ya que conductas comunes como el consumo del tabaco, alcohol y drogas están asociadas con enfermedades importantes; considerando que este tipo de conductas son difíciles de dejar, es importante que las mujeres conozcan el riesgo

que tiene el seguir con estos hábitos durante el embarazo, ya que la mujer gestante debe tener presente que durante esta etapa, ella respira y bebe por los dos, es decir, el consumo de la mujer tiene un efecto directo sobre el producto o feto.

Considerando lo anterior, durante la definición del cuestionario de la ENADID 2014, se incluyó por primera vez una pregunta dirigida a identificar enfermedades y estilos de vida de la mujer antes de iniciar el embarazo.

3.1.2 Atención prenatal

La atención prenatal no incluye únicamente la atención de la mujer, sino también el monitoreo del producto, con la finalidad de identificar posibles problemas de salud antes del nacimiento, ya que un tratamiento temprano puede mejorar las condiciones de salud del recién nacido.

Los problemas de salud durante el embarazo son un factor de riesgo tanto para la madre como para el producto, los cuales son considerados como complicaciones prenatales, que pueden llevar a la pérdida del producto.

El aborto es un procedimiento médico utilizado para interrumpir el embarazo, sin embargo, cuando la pérdida del producto ocurre de manera espontánea antes de la semana 22 de gestación se denomina aborto espontáneo, principalmente producido por problemas genéticos del feto, problemas en útero o el cuello uterino, o bien, por enfermedades crónicas en la mujer como el síndrome de ovario poliquístico (Medline Plus, 2018c).

En este mismo sentido, complicaciones como cromosomas anormales, infección en la madre o en el feto, enfermedades crónicas en la madre, problemas en la placenta o el cordón umbilical, sangrado abundante, entre otros, así como mujeres obesas, embarazos múltiples, consumo de drogas, etcétera, pueden derivar en un mortinato o muerte fetal (Medline Plus, 2018a).

Durante el control prenatal se realizan acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, para prevenir, diagnosticar y tratar factores de riesgo que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. En el cual se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo, por lo que debe ser de calidad y proporcionado por personal de salud capacitado (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], s.f.).

Con la finalidad de contar con información importante sobre esta etapa del embarazo, la ENADID 2014 recupera datos sobre el número de revisiones a la madre, el personal y lugar de atención de la mujer, el tipo de revisiones que se realizaron durante las consultas prenatales, así como las complicaciones que presentó la mujer durante el embarazo.

3.1.3 Atención en el parto

El trabajo de parto es el proceso por el cual el producto o feto y la placenta, salen del útero de la mujer, ya sea vaginal o quirúrgico –cesárea–. Este trabajo puede iniciar semanas antes de que nazca el bebé y consta de tres etapas, durante la primera de ellas, inicia con las contracciones que llevan a la dilatación del cuello uterino –aproximadamente de 10 centímetros o 4 pulgadas–, lo que significa que el cuello está preparado para el parto; la segunda etapa es cuando la mujer debe comenzar a pujar y finaliza con el nacimiento del bebé; y finalmente en la tercera etapa o etapa placentaria, inicia con el nacimiento del bebé y finaliza con la expulsión completa de la placenta y sus anexos.

En este sentido, se pueden presentar un trabajo de parto prematuro que es una complicación del parto e inicia antes de completar 37 semanas del embarazo, durante el mismo se pueden presentar síntomas como filtración de líquido o sangrado vaginal, sensación de presión en la pelvis, dolor en la espalda baja, o bien calambres abdominales similares a los menstruales (Medline Plus, 2017).

La mayoría de los partos ocurren sin complicaciones, sin embargo, cuando estas se presentan pueden poner en riesgo la vida de la madre y/o el producto. Estas complicaciones pueden ser problemas con el cordón umbilical, con la posición del bebé al nacer, lesiones al nacer, sufrimiento fetal, trabajo de parto que no avanza, sufrimiento fetal, entre otros, derivando en una cesárea de emergencia (Medline Plus, 2018d).

Considerando que la atención especializada durante el parto evita la morbimortalidad de la madre y el recién nacido, no solo durante el parto sino también a futuro, en la ENADID 2014 se consideró importante recuperar información sobre complicaciones que presentó la mujer, el personal y lugar de atención del parto, así como el tipo de parto; y para los casos en donde la extracción fue por cesárea, el momento en el que se decidió su realización.

3.1.4 Atención posparto

El nacimiento de un bebé para la madre suele ser uno de los momentos más felices, sin embargo, en algunos casos pueden presentar un desafío para ella, no sólo físicos sino también emocionales.

El puerperio o posparto comprende los cuarenta días posteriores al parto, tiempo en que el cuerpo de la mujer se recupera del embarazo y del parto, durante el cual el cuerpo de la mujer sufre cambios, incluidos también los personales y familiares, debido a la llegada del recién nacido, ya que implica una readaptación en el entorno familiar.

Durante esta etapa es normal que la mujer experimente estados de ánimo depresivos como apatía, tristeza, fatiga, insomnio, ansiedad, entre otros, además de poder presentar sensibilidad mamaria y sangrado que durante los primeros cinco días es similar al de la menstruación, para después cambiar de color.

Todos estos cambios deben ser vigilados, ya que es posible que se presenten complicaciones que, en caso de no ser atendidas, ponen en riesgo a la madre y en casos extremos cuando se presenta una depresión posparto grave, la integridad del recién nacido.

Respecto a la atención posparto o puerperal, la ENADID 2014 indaga sobre las complicaciones que presentó la mujer en esta etapa, el número de revisiones y cuando iniciaron, con el fin de evaluar el cumplimiento de lo establecido a nivel nacional.

3.1.5 Cuidado del niño

Las primeras horas de vida de un recién nacido en general son cruciales, y si se considera que cada vez es mayor el número de nacimientos prematuros, debido al estilo de vida de las madres, la atención durante esta etapa de vida de los niños resulta fundamental.

La OMS establece que el desarrollo cerebral y biológico de los primeros años de vida, dependen en gran medida de la calidad de estimulación que recibe el lactante, y considera que la primera infancia es un determinante de la salud, bienestar y capacidad de aprendizaje durante toda la vida (OMS, 2018e).

Los niños menores de cinco años deben tener una atención de salud integral, incluyendo la vigilancia nutricional, el desarrollo del niño, así como la vacunación. Ahora bien, durante las consultas de atención en el primer año de vida es necesario para identificar signos de alarma y evitar enfermedades o complicaciones; además en esta etapa de la vida, enfermedades como las diarreicas y respiratorias, deben ser identificadas y vigiladas para evitar complicaciones ya que son de las principales causas de mortalidad infantil.

Con referencia a la atención del niño, la ENADID 2014 recupera información sobre la práctica de la lactancia materna, duración de la misma, personal que atendió al niño durante su primer año de vida, así como el proceso de ablactación de éste.

3.2 Diseño de las preguntas

El tema de Salud Materno Infantil corresponde a una sección del Módulo para la Mujer, que está dirigido a mujeres de 15 a 54 años embarazadas de enero de 2009 a la fecha de la entrevista. Para el diseño de esta sección se consideraron las recomendaciones internacionales como nacionales sobre la materia.

A continuación, se presenta la importancia de cada una de las preguntas que conforman la sección:

Pregunta 9.1 Filtro

Esta pregunta filtro permitió identificar a las mujeres de 15 a 54 años que estuvieron embarazadas de enero de 2009 a la fecha de la entrevista, independientemente del resultado del mismo, que permite seleccionar a las mujeres que en la sección de Historia de embarazo reportaron algún embarazo en la fecha de referencia.

Vea la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente

Ningún registro en la historia de embarazos

Con algún registro en la historia de embarazos

Para aquellas mujeres con algún registro en Historia de embarazo, se anotaba el número de renglón del embarazo, así como el mes y año de la fecha de nacimiento o pérdida de éste.

Pregunta 9.2 Filtro

Una vez identificadas las mujeres con algún embarazo, con esta pregunta fue posible identificar universos de observación que son utilizados al interior de la sección, es decir, permitió identificar si el último embarazo terminó en un aborto, un mortinato, o bien un hijo sobreviviente o fallecido.

Vea la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente.

Aborto

Mortinato

Hijo sobreviviente

Hijo fallecido

En caso de que el resultado del embarazo fuera un hijo sobreviviente o fallecido, en esta pregunta se anotaba tanto el nombre como la edad del mismo.

Pregunta 9.3 Enfermedades preexistentes

Considerando la importancia del estado de salud de la mujer antes del embarazo se incorporó una pregunta sobre enfermedades preexistentes, en la cual se incluyeron no solamente enfermedades crónicas, sino también otros hábitos como el consumo de tabaco, alcohol o drogas, que pueden causar problemas en el desarrollo del producto como el síndrome de alcoholismo fetal, si no se modifica durante el embarazo.

Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida) ¿personal de salud (médico, enfermera, nutriólogo, etc.) le diagnosticó...

diabetes?

presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?

problemas de la tiroides?

problemas en los riñones?

sobrepeso y obesidad?

VIH/SIDA?

¿tomaba alcohol?

¿fumaba?

¿consumía drogas?

¿otra enfermedad?

Como se puede observar en esta pregunta se indagaron las principales afecciones o adiciones que tienen un impacto directo en la salud de la mujer o del producto durante el embarazo.

Pregunta 9.4 Tiempo de revisión prenatal

Considerando la importancia de la revisión prenatal, la primera pregunta de atención prenatal tuvo como propósito de identificar a las mujeres que tuvieron control y vigilancia médica durante su último embarazo, así como el tiempo de gestación que tenían a la primera revisión.

¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?

En esta pregunta la información se registró en semanas, meses, o bien que las mujeres no fueron revisadas durante el embarazo.

Pregunta 9.5 Personal de revisión prenatal

Para identificar quien le brindó atención prenatal a las mujeres embarazadas, se planteó una pregunta al respecto, pues con esta información se puede conocer la calidad de atención que recibió la mujer. Aunque es posible que la mujer haya sido monitoreada por personas que no tengan un grado académico, y a partir de su experiencia, pudieron auxiliarlas como, por ejemplo, las parteras o comadronas.

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿quién la revisó la mayoría de las veces?

Médico

Enfermera

Auxiliar o promotora de salud

Partera o comadrona

Otra persona

Pregunta 9.6 Número de revisiones prenatales

La importancia de la revisión prenatal, no solo implica el tenerla sino también cuando recibirla, pues es ahí en donde se pueden identificar y prevenir complicaciones en el embarazo. En otros levantamientos solo se indagaba sobre el número de revisiones, sin embargo, para la ENADID 2014 se buscó identificar el número de revisiones en cada uno de los trimestres del embarazo, con la finalidad de evaluar no sólo el cumplimiento de las recomendaciones internacionales sino también lo estipulado a nivel nacional.

En el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuántas consultas recibió (le hicieron) durante...

el primer trimestre (de 1 a 3 meses)?

el segundo trimestre (de 4 a 6 meses)?

el tercer trimestre (de 7 a 9 meses)?

Por ello, el número de revisiones fue registrado en cada uno de los trimestres.

Pregunta 9.7 Lugar de atención prenatal

Contar con atención prenatal por personal de salud es necesaria para evitar complicaciones, por ello conocer el lugar o institución en donde las mujeres recibieron principalmente la atención médica es indispensable, ya que relacionando esta información con otras variables es posible evaluar el cumplimiento de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

Es importante mencionar que esta pregunta se incluyó para este levantamiento.

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿en qué lugar o institución de salud recibió la mayoría de las consultas?

Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades)

ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)

Pemex, Defensa o Marina

Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)

Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados)

Consultorio, clínica y hospital privado

Consultorio de una farmacia

Casa de la partera

En su casa

Otro lugar

Como se puede observar esta pregunta no solo identifica instituciones de salud sino también lugares no especializados, incluyendo el domicilio de las mujeres.

Pregunta 9.8 Características de la revisión prenatal

Captar información sobre las características de la revisión prenatal, como son las medidas o procedimientos que le fueron practicados a la mujer durante las consultas, lo que permite identificar si se cumplieron los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana, así como de manera indirectamente la calidad de los servicios de salud.

¿Durante las consultas de revisión del embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida)...

le tomaron la presión?

le realizaron algún examen de sangre?

le realizaron algún examen de orina?

le aplicaron la vacuna contra el tétanos?

le dieron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico?

escucharon y revisaron los movimientos del bebé?

le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)?

le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara?

le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna?

Pregunta 9.9 Complicaciones prenatales

Otro aspecto importante durante las revisiones prenatales es la identificación de las principales complicaciones que presentó la mujer durante ese periodo, por lo que se indagó sobre algunos problemas de salud que pudieron presentarse en esta etapa.

¿Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...

sangrado vaginal?

presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?

ataques o convulsiones?

diabetes gestacional o azúcar en la sangre durante el embarazo?

infección urinaria?

anemia?

parto prematuro?

ruptura de la fuente antes de tiempo?

poco o mucho líquido amniótico?

problemas con la placenta?

¿el bebé dejó de moverse?

¿el bebé dejó de crecer?

¿el bebé tenía el cordón umbilical enredado?

¿otra complicación?

Es importante mencionar que, aunque esta pregunta ya se preguntaba, durante la ENADID 2014 se incluyeron algunas otras complicaciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre o su hijo.

Pregunta 9.10 Personal de atención en el parto (pérdida)

Una vez indagada la información sobre la atención prenatal, se captan datos sobre las condiciones en las que se desarrolló el parto, iniciando con la identificación del personal que atendió a la mujer durante el mismo.

¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto de (NOMBRE) (su última pérdida)?

Médico

Enfermera

Auxiliar o promotora de salud

Partera o comadrona

Otra persona

Nadie (ella sola)

Pregunta 9.11 Complicaciones en el parto (pérdida)

De igual manera que en la atención prenatal, se indagó sobre el tipo de complicaciones que presentaron las mujeres durante el parto, por considerarse como factores de riesgo para las madres y sus hijos.

¿Durante el parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...

sangrado abundante o grave?

presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?

ataques o convulsiones?

¿el bebé venía en mala posición?

¿el bebé traía el cordón umbilical enredado?

¿el bebé tuvo problemas para nacer?

¿el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)?

¿otra complicación?

Pregunta 9.12 Lugar de atención del parto (pérdida)

El lugar de atención de parto es relevante, ya que contar con especialistas o instalaciones de emergencia, para la atención de alguna complicación de manera inmediata, puede evitar la muerte de la madre o el recién nacido. Por ello, en la ENADID 2014 se decidió incluir el lugar de atención del parto, para analizar de manera conjunta con otras variables, las condiciones en las que se realizó el mismo.

¿En qué lugar o institución de salud se atendió?

Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades)

ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)

Pemex, Defensa o Marina

Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)

Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados)

Consultorio, clínica y hospital privado

Consultorio de una farmacia

Casa de la partera

En su casa

Otro lugar

Pregunta 9.13 Tiempo de revisión posparto

Si bien, el tema de atención durante el parto no está agotado, conviene conocer si a las mujeres se les proporcionó atención después del parto, independientemente de desenlace del mismo. Con lo que se puede estimar el tiempo que transcurrió entre el parto u aborto y la primera revisión posterior al mismo.

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que a usted la revisaran?

En esta pregunta se registró el número de días, semanas o meses transcurridos después del parto cuando se realizó la primera revisión a la mujer, o bien se identificó a aquellas mujeres que no fueron revisadas.

Pregunta 9.14 Número de revisiones posparto

Con la finalidad de identificar si las mujeres recibieron la atención puerperal recomendada a nivel nacional e internacional, se indagó sobre el número total de revisiones que recibió la mujer después del parto.

En total, ¿cuántas consultas para revisión tuvo después del parto (durante la cuarentena)?

Pregunta 9.15 Complicaciones en el puerperio

Conocer las dificultades o problemas que presentaron las mujeres después del parto es una variable que se incluyó durante la ENADID 2014, ya que es durante esta etapa cuando la mujer puede presentar complicaciones no solo físicas sino también emocionales.

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida) durante la cuarentena, ¿tuvo...

sangrado abundante?

presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?

flujo vaginal con mal olor?

neumonía?

infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)?

depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)?

otra complicación?

Pregunta 9.16 Regreso de la regla

Después del embarazo, el cuerpo de la mujer pasa por una serie de cambios físicos y emocionales, entre ellos el del aparato reproductor, es decir, la primera menstruación después del parto implica que el cuerpo de la mujer puede volver a embarazarse. En este sentido, el periodo que puede transcurrir entre el parto y la primera menstruación depende de muchos factores y es diferente en cada mujer.

Cuando la mujer está lactando su cuerpo produce una hormona llamada prolactina responsable de la producción de leche materna; el aumento de esta hormona está ligada con el descenso de estrógenos y progesterona, hormonas responsables del ciclo menstrual, lo que ocasiona que no haya ovulación y por tanto, la menstruación tarda en regularizarse.

En este sentido, la ENADID 2014 indaga el tiempo que paso entre el parto y la primera menstruación después del mismo.

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que le regresara la regla?

Pregunta 9.17 Filtro

Considerando que el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, ya sea inducido o espontáneo, se incluyó una pregunta filtro, para identificar aquellas mujeres que durante su último embarazo tuvieron un aborto y finalizar la aplicación de esta sección, debido a que las preguntas subsecuentes están referidas al parto y el cuidado del niño.

Vea pregunta 9.2 y circule el código correspondiente.

Aborto

Hijo sobreviviente, hijo fallecido o mortinato

Pregunta 9.18 Tipo de parto

Conocer la vía de expulsión o extracción del recién nacido del cuerpo de la madre, es una variable importante, y la misma fue aplicada únicamente para aquellas

mujeres embarazadas que tuvieron como resultado un hijo sobreviviente, un hijo fallecido o un mortinato.

¿Este parto fue...

normal (vaginal)?

cesárea programada?

cesárea de emergencia?

Esta pregunta tiene un pase para aquellas mujeres que tuvieron un parto normal o vaginal, debido a que la pregunta siguiente indaga sobre cuando se decidió que el parto se realizaría por medio de una cesárea.

Pregunta 9.19 Motivo de la cesárea

Considerando que, en los últimos años, el parto por cesárea se ha incrementado sin que en muchas ocasiones sea justificado este procedimiento, y que el mismo puede traer complicaciones principalmente en la salud de la madre, al incrementarse el riesgo de infecciones, en la ENADID 2014 se decidió incluir una pregunta para identificar en qué momento se decidió que el parto sería por cesárea.

¿La cesárea, se decidió...

normal?

por cesárea programada?

por cesárea de emergencia?

Pregunta 9.20 Filtro

Debido a que las siguientes preguntas se aplican únicamente para las mujeres que en su último embarazo tuvieron un hijo sobreviviente o fallecido, fue necesario incluir otro filtro, con la finalidad de excluir a las mujeres que tuvieron un mortinato.

Vea pregunta 9.2 y circule el código correspondiente.

Mortinato

Hijo sobreviviente o hijo fallecido

Pregunta 9.21 Atención en el puerperio

La Norma Oficial Mexicana establece que los sistemas de salud deben proporcionarle a la mujer información de cómo alimentar a su bebé, así como recomendarle métodos de planificación familiar. En este contexto, la ENADID 2014 incorpora una pregunta para conocer si las mujeres recibieron información de este tipo después del parto.

*Después del parto de (NOMBRE), ¿le...
explicaron cómo darle a su bebé leche materna o pecho?
recomendaron algún método anticonceptivo?*

Pregunta 9.22 Condición de lactancia materna

Diversas organizaciones destacan la importancia de la alimentación con leche materna en los primeros meses de vida por ser un alimento que contiene los nutrientes adecuados para el desarrollo del recién nacido. El tema de lactancia materna, inicia con una pregunta sobre condición de la misma, es decir, si la madre dio pecho o leche materna a su último hijo nacido.

Ahora le voy a preguntar por (NOMBRE). ¿Le dio leche materna o pecho?

En esta pregunta se consideró que las mujeres dieron leche materna, cuando lo hicieron de manera conjunta con fórmulas, se la dieron con biberón o cuchara, o bien lo amamanto otra mujer.

Pregunta 9.23 Motivo de no lactancia materna

Con la finalidad de conocer los motivos por los cuales las mujeres no amamantaron a sus hijos, en la ENADID 2014 se incluyó una pregunta para indagar el por qué no lo hicieron.

¿Por qué no le dio leche materna o pecho a (NOMBRE)?

Murió a las horas de nacido

Estaba enferma

Por enfermedad del niño

No tuvo leche

El niño la rechazó

El médico le recomendó dar fórmula

Otra razón

Para las mujeres que mencionaron que no le dieron leche materna a sus hijos, en esta pregunta tienen un pase para no preguntarles más sobre este tema, pasando directamente a la pregunta de ablactación.

Pregunta 9.24 Inicio de la lactancia materna

La lactancia materna ayuda a proteger contra infecciones como la diarrea y neumonía, asma y otras enfermedades. La OMS y la OPS mencionan que iniciar la lactancia durante la primera hora de vida reduce en casi 20% el riesgo de que el recién nacido muera durante el primer mes de vida (OMS, OPS, s.f.).

¿Cuánto tiempo de nacido(a) tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar leche materna o pecho?

Considerando la importancia del inicio temprano de la lactancia, en esta pregunta la información se puede registrar en horas o días.

Pregunta 9.25 Duración de la lactancia materna

Asimismo, diversas instancias internacionales señalan que, durante los primeros seis meses de vida los infantes deben ser alimentados con leche materna exclusivamente, pues ésta ofrece los nutrientes necesarios para su sano desarrollo. Por ello, la pregunta siguiente ofreció la oportunidad de observar durante cuánto tiempo los recién nacidos fueron amamantados.

¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) leche materna o pecho?

En esta pregunta la información fue registrada en días, meses o años, así como aquellos que al momento de la entrevista seguían siendo amamantados.

Pregunta 9.26 Ablactación

La introducción en la dieta del niño de otros alimentos conocida como ablactación, resulta relevante pues permite indagar acerca de la forma en la cual el infante empieza a completar su alimentación, para recibir otros nutrimentos necesarios para su desarrollo, además de que ayuda a identificar hasta que edad los niños fueron lactados de manera exclusiva.

*¿Cuántos días o meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar...
agua o té?
fórmula, leche en polvo, de vaca, etc.?
jugo o caldos?
papillas o purés?
atoles, cereales, tortillas o pan?
huevo?*

Pregunta 9.27 Edad a la primera revisión del infante

La revisión del niño es clave para la salud del recién nacido, ya que permite identificar posibles problemas que pueden impactar en su desarrollo. Se recomienda una revisión temprana pues además facilitar la evaluación de aspectos del crecimiento –talla y peso–, su alimentación, entre otros; durante estas revisiones se realiza la aplicación de vacunas.

¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo (la) llevó a consulta para revisión por primera vez?

En esta pregunta cuando la madre mencionó que el niño no fue revisado, estos casos pasaban directamente a la pregunta sobre el deseo del embarazo.

Pregunta 9.28 Número de revisión al infante

Para completar la información sobre la revisión del niño se incluyó una pregunta sobre el número de revisiones que tuvo durante su primer año de vida, información relevante para conocer la importancia que da la madre al seguimiento de la salud del niño.

Durante el primer año de vida, ¿cuántas consultas de revisión tuvo (ha tenido) (NOMBRE)?

Pregunta 9.29 Personal de atención del infante

Considerando la importancia de conocer quién revisó la mayoría de las veces al niño, para obtener el grado de capacitación del prestador de servicios de salud, o en su defecto, conocer qué otra persona, a partir de su propia experiencia, realizó dicha revisión, se diseñó la pregunta siguiente:

¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces?

Médico

Enfermera

Auxiliar o promotora de salud

Otra persona

Pregunta 9.30 Deseo del embarazo (último hijo nacido vivo)

Finalmente, la última pregunta que se planteó en la sección de salud materna estuvo dirigida a identificar si la mujer tenía programado embarazarse de su último hijo nacido vivo.

¿En el momento que usted se embarazó de (NOMBRE)...

quería embarazarse?

quería esperar más tiempo?

no quería embarazarse?

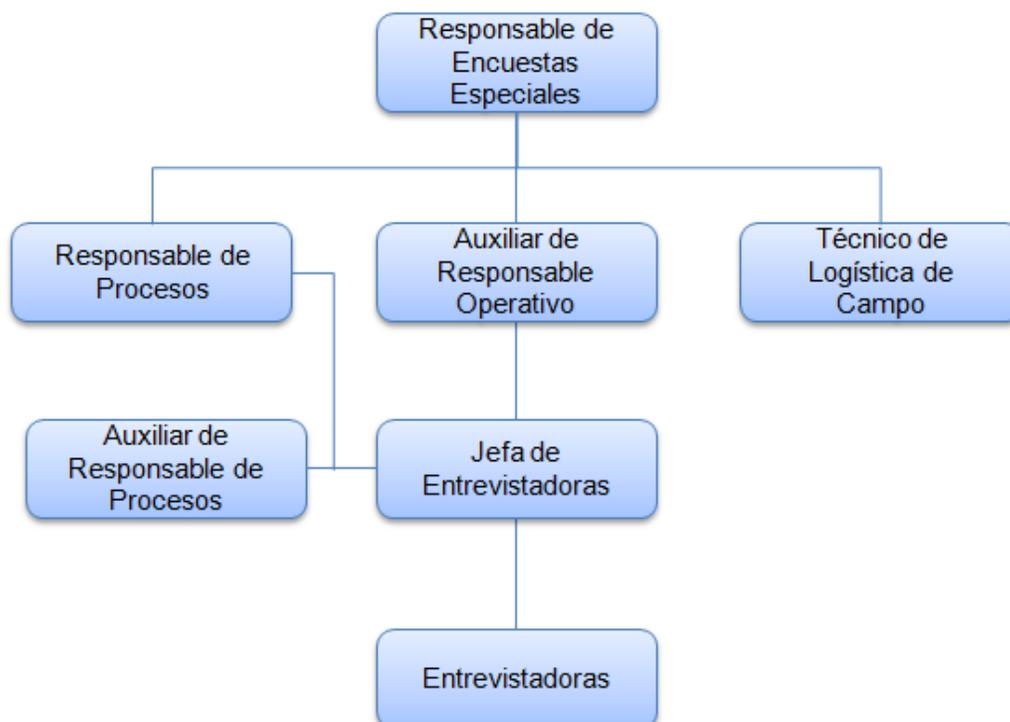
4. Capacitación

La información que se obtuvo como resultado del levantamiento de la ENADID 2014, permitió actualizar la información estadística sobre la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional); así como otros temas referidos a la población, los hogares y las viviendas de México, previo al levantamiento de la próxima Encuesta Intercensal 2015 (INEGI, 2015a).

Por ello, el realizar una capacitación adecuada para llevar a cabo el trabajo de campo de la encuesta es indispensable, pues de ella dependió la calidad y confiabilidad de la información recuperada. Asimismo, considerando recomendaciones internacionales sobre el perfil de los encuestadores, siendo el sexo, una de las variables más importantes debido a la sensibilidad de la población sobre las temáticas abordadas, el personal contratado como entrevistadores fueron principalmente mujeres, con la finalidad de disminuir la no respuesta.

La estructura operativa de dicho levantamiento en los estados fue de cuatro niveles, que contaba con tres puestos de coordinación, supervisión y control y un el puesto de entrevistadora que es la figura responsable de la aplicación del cuestionario (INEGI, 2015b).

Figura 2. Estructura operativa de campo para la captación de la ENADID 2014



Fuente: INEGI (2015a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Informe operativo.*

Con la finalidad de preparar la capacitación que se impartió a nivel nacional, del 19 al 30 de mayo de 2014 se llevó a cabo una autocapacitación en oficinas centrales en la ciudad de Aguascalientes, con el propósito no sólo de capacitar al personal interno que participaría en la supervisión de las capacitaciones y el levantamiento, sino también de probar todo el material de capacitación como son las presentaciones y ejercicios, con la finalidad de identificar posibles errores o inconsistencias en el mismo.

En este sentido, para garantizar que el personal de la estructura operativa contara con los conocimientos necesarios, así como de las habilidades para realizar el trabajo de campo; la estrategia de capacitación fue en cascada, primero se capacitó a los Responsables de Encuestas Especiales, del 9 al 20 de junio en la ciudad de Guadalajara; y a los Auxiliares Responsables de Operativo del 16 de junio al 4 de julio en la misma sede. La capacitación del tema de Salud Materno Infantil estuvo a cargo del Departamento de Salud de la Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas.

Con el fin de que el personal de campo contara con la información necesario para realizar su trabajo, fue necesario elaborar el contenido de la sección de Salud Materno Infantil del *Manual conceptual de la entrevistadora*, así como las presentaciones y ejercicios de apoyo para la capacitación del personal involucrado.

4.1 Elaboración del Manual conceptual de la entrevistadora

Para la elaboración del Manual conceptual de la entrevistadora, fue necesario plantear para cada una de las preguntas de la sección de Salud Materno Infantil, su objetivo, las definiciones de los conceptos más importantes, los criterios de aplicación, así como las instrucciones de llenado.

Para la consolidación de este trabajo fue necesario revisar material bibliográfico, recomendaciones internacionales y nacionales, con el fin de sustentar el planteamiento de la información, pero con un lenguaje sencillo, en lo posible, para el mejor manejo del personal de campo.

A continuación, se presentan algunos ejemplos sobre el tipo de trabajo que se realizó al respecto para entender dicho trabajo.

Para las preguntas consideradas **filtro** –preguntas 9.1, 9.2, 9.17 y 9.20–, por ejemplo, la información presentada en el Manual fue la siguiente:

Pregunta 9.1 Filtro

Objetivo. Identificar a la mujer que alguna vez ha estado embarazada y la fecha del último embarazo para determinar si se aplica o no la sección.

Instrucciones:

- El filtro tiene dos opciones de respuesta y un renglón con casillas para registrar la fecha exacta.
- Revisa si la mujer ha estado embarazada alguna vez en la Sección V. *Fecundidad e historia de embarazos*.
- Si en el momento de la entrevista, la mujer está embarazada por primera vez o no tiene registro en la historia de embarazo, circula el código 1 y pasa a la Sección X. *Nupcialidad*.
- En caso contrario, circula el código 2, revisa la columna 5.17A y anota en la casilla el número de renglón donde aparece el nombre del último hijo nacido vivo que tuvo, haz lo mismo para registrar la fecha de nacimiento (5.17B).
- Si la fecha de nacimiento del último embarazo es anterior a enero de 2009, pasa a la sección X. *Nupcialidad*.
- Si la fecha de nacimiento del último embarazo ocurrió a partir de enero de 2009 a la fecha de la entrevista, pasa al Filtro 9.2.

9.1 FILTRO

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE

NINGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS1 } PASE A LA SECCIÓN X

CON ALGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS2

ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO

NUM DE RENGLÓN (5.17A) MES Y AÑO } ANTES DE ENERO DE 2009 PASE A LA SECCIÓN X
FECHA DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (5.17B)

Para aquellas preguntas en donde era importante que el personal de campo conociera los **conceptos** por su importancia y homogenización de la información, la presentación de la información en el Manual fue la siguiente:

Pregunta 9.3 Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida) ¿personal de salud (médico, enfermera, nutriólogo, etc.) le diagnosticó...

Objetivo. Identificar qué enfermedades padecía la mujer antes del embarazo.

Conceptos:

- **Enfermedades preexistentes.** Padecimientos que fueron diagnosticados a la mujer antes del embarazo.
- **Diabetes.** Enfermedad crónica en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre.
- **Presión alta.** También llamada hipertensión. Término utilizado para indicar que una persona tiene la presión arterial alta.
- **Problemas de la tiroides.** Enfermedades relacionadas con el mal funcionamiento de esta glándula endocrina que produce hormonas que regulan el metabolismo del cuerpo.
- **Problemas en los riñones.** Enfermedades que atacan a los nefronas, provocando que los riñones no puedan eliminar los productos de desecho del organismo.
- **VIH/SIDA.** El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo y el SIDA es el estadio más avanzado de esta infección.
- **Sobrepeso.** Adultos con un índice de masa corporal de 25 a 29.9 kg/m².
- **Obesidad.** Cantidad anormal de grasa en el cuerpo. El término no suele utilizarse a menos que la persona tenga 20 a 30% más del peso correspondiente a su edad, sexo y estatura.

9.3 ENFERMEDADES PREEXISTENTES		
Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida) ¿le diagnosticaron...		
<i>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</i>		
	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
diabetes?	1	2
presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
problemas de la tiroides?	1	2
problemas en los riñones?	1	2
sobrepeso u obesidad?	1	2
VIH/SIDA?	1	2
¿tomaba alcohol?	1	2
¿fumaba?	1	2
¿consumía drogas?	1	2
otra enfermedad? _____	1	2
	<small>ANOTE</small>	

Criterios:

- En Diabetes, incluye la tipo I (insulinodependiente) o diabetes juvenil y la tipo II (no insulinodependiente). Excluye diagnóstico de diabetes durante el embarazo.

- En **Presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)**, excluye la hipotensión arterial (presión baja).
- En **Problemas de la tiroides**, incluye el hipo e hipertiroidismo sin importar la causa, así como el cáncer de tiroides, el bocio, los nódulos y tiroiditis.
- En **Problemas en los riñones**, incluye Pielonefritis aguda (infección urinaria alta que afecta el riñón), insuficiencia renal aguda, enfermedades renales crónicas, piedras (litiasis renal) y síndrome nefrótico (trastornos que producen daño renal). Excluye las infecciones en vías urinarias bajas o recurrente (infección aguda).
- En **Fumaba**, incluye cualquier consumo de tabaco sin importar la frecuencia.
- En **Consumía drogas**, incluye tanto las drogas legales (medicamentos) como las ilegales como son la cocaína, marihuana, crack, piedra, etc.

Instrucciones:

- Lee la pregunta y cada opción, espera la respuesta y circula un código para cada enfermedad.
- Para cada opción, cuando respuesta *Sí* circula el código 1, si la respuesta es *No*, circula el código 2. Todas las opciones deben tener una respuesta.
- Si la respuesta es otra enfermedad, anótala tal como la escuche, evita usar abreviaturas.
- Si no sabe o no recuerda registra el código 2 *No*.

Otro tipo de presentación de la información en el Manual conceptual de la entrevistadora, fueron las preguntas en donde los criterios de llenado eran importantes, pues de ellos dependía que considerar en cada una de las opciones de respuesta, como se observa en la siguiente:

Pregunta 9.4 ¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?

Objetivo. Identificar si la mujer tuvo control y vigilancia médica en el último embarazo; así como el tiempo de gestación que tenía cuando la revisaron por primera vez. El término prenatal debe entenderse como sinónimo de “durante el embarazo”.

Criterios:

- La consulta en la que se detectó o confirmó que la mujer estaba embarazada NO debe considerarse como consulta de revisión prenatal.
- Si no recuerda el tiempo que tenía de embarazo, ayúdala a que asocie esa revisión con algún evento que le permita recordarlo.
- Si menciona que tenía menos de una semana, indaga para identificar si fue una revisión prenatal; si es así, anota 00 en la opción *Semanas*.
- Cuando declare que tenía mes y medio, anota 01 en la opción *Meses* o 06 en la de *Semanas*.

Instrucciones:

- Anota el número que te responda en la casilla que corresponda (semanas o meses). Utiliza sólo uno de los recuadros.
- Circula la opción 88 *No la revisaron* cuando mencione que no fue o no tuvo revisión médica durante su último embarazo y pasa a la pregunta 9.9 *Complicaciones prenatales*.

9.4 TIEMPO DE REVISIÓN PRENATAL

¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?

ANOTE UNA SOLA RESPUESTA

Semanas

o

Meses

No la revisaron **88** } FASE A 9.9

Para conocer todos los conceptos utilizados en el Manual conceptual de la entrevistadora, revisar el Anexo 3.

4.2 Elaboración de presentaciones

Con base en la información plasmada en el Manual conceptual de la entrevistadora, fue necesario preparar presentaciones que contarán con la información necesaria, pero de manera más didáctica y clara, para que los quienes capacitaron al personal en las oficinas estatales, contara con los elementos necesarios para impartirla y así lograra transmitirla de manera consistente y homogénea a todo el personal de campo a nivel nacional.

Las presentaciones se elaboraron en un formato diseñado por el área responsable de coordinar la capacitación a nivel nacional, con la finalidad de que este fuera visualmente lo más homogéneo posible.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo se presentó la información del Manual conceptual de la entrevistadora en las diapositivas utilizadas durante la capacitación. Para el tema de Salud Materno Infantil se inició

con una presentación general sobre el contenido e importancia del tema con láminas como la siguiente:



Sección IX. Salud materno infantil (último embarazo)

Para mujeres con uno o más embarazos ocurridos de enero de 2009 a la fecha de la entrevista

Enfermedades preexistentes	Personal de atención en el parto (pérdida)
Tiempo de revisión prenatal	Complicaciones en el parto (pérdida)
Personal de revisión prenatal	Lugar de atención del parto (pérdida)
Número de revisiones prenatales	Tiempo de revisión posparto
Lugar de atención prenatal	Número de revisiones posparto
Características de la revisión prenatal	Complicaciones en el puerperio
Complicaciones prenatales	Regreso de la regla

Continúa...

Para cada una de las preguntas que conforman la sección de Salud Materno Infantil, en las presentaciones utilizadas, se contaba con una lámina que incluía, además de la pregunta, el objetivo de la misma, y sirvió como apoyo durante la exposición del personal en las capacitaciones estatales.



9.7 Lugar de atención prenatal

9.7 LUGAR DE ATENCIÓN PRENATAL

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿en qué lugar o institución de salud recibió la mayoría de las consultas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades).....	01
ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.).....	02
Pemex, Defensa o Marina.....	03
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).....	04
Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados).....	05
Consultorio, clínica u hospital privado.....	06
Consultorio de una farmacia.....	07
Casa de la partera.....	08
En su casa.....	09
Otro lugar.....	10

ANOTE

Objetivo

Recuperar el lugar o institución en donde tuvo la mayoría de las consultas prenatales.

De igual manera, fue necesario incluir todas las instrucciones de llenado, para evitar que durante la exposición se omitiera alguna que pudiera afectar durante la captación de la información.



Instrucciones

- Lee la pregunta y cada opción, espera la respuesta y circula el código que corresponda.
- Todas las opciones deben tener una respuesta.
- Si la respuesta es otra complicación, anótala tal y como la escuches; evita usar abreviaturas.
- Retoma las definiciones de la pregunta 9.9 *Complicaciones prenatales*.

9.11 COMPLICACIONES EN EL PARTO (PÉRDIDA)

Durante el parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SI	NO
sangrado abundante o grave?	1	2
presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
ataques o convulsiones?	1	2
¿el bebé venía en mala posición?	1	2
¿el bebé traía el cordón umbilical enredado?	1	2
¿el bebé tuvo problemas para nacer? ..	1	2
¿el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)?	1	2
¿otra complicación?	1	2

ANOTE

En el caso de las preguntas con instrucciones más detalladas y que de ellas dependía el flujo del instrumento de captación, como son los filtros, se presentaron diapositivas con ejemplos, sobre cómo debía llenarlas las entrevistadoras, como se observa a continuación:



Instrucciones

- Si es un hijo sobreviviente, transcribe el nombre de la pregunta 5.10 y la edad de 5.13.
- Si es un hijo fallecido, copia el nombre de la pregunta 5.14 y la edad que tenía cuando murió (pregunta 5.16).

9.2 FILTRO

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE

ABORTO 1

MORTINATO 2

HIJO SOBREVIVIENTE 3

HIJO FALLECIDO 4

IDENTIFICACIÓN

ANOTE EL NOMBRE (5.10 o 5.14)

EDAD (5.13 o 5.16) _____

DÍAS O MESES O AÑOS

Los principales conceptos planteados en el Manual también fueron presentados en las diapositivas de las presentaciones, para evitar la omisión de alguno de ellos, que pudiera impactar en la captación de la información.

ENADID 2014

Conceptos

Edad a la primera revisión del infante.
Edad del niño cuando lo revisó por primera vez personal capacitado durante su primer año de vida.




Revisión del infante. Evaluación del crecimiento del niño, al medir su talla, perímetro abdominal y de la cabeza, entre otros; sus reflejos; alimentación; peso; etcétera.

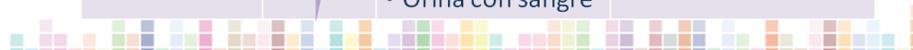



Finalmente, otro tipo de diapositiva que se preparó, fue la presentación de los criterios que debían ser considerados para el llenado del cuestionario, pero de una manera más sencilla y clara como se observa en la siguiente lámina.

ENADID 2014

Criterios

	INCLUYE	EXCLUYE
Ataques o convulsiones	<ul style="list-style-type: none"> Eclampsia 	<ul style="list-style-type: none"> Epilepsia, convulsiones o ataques por afecciones preexistentes Convulsiones por fiebre
Diabetes gestacional		<ul style="list-style-type: none"> Diabetes preexistente
Infección urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Infección en riñones Ardor al orinar Orina con sangre 	



Con estas presentaciones se logró que todo el personal de campo contará con las herramientas necesarias para la captación de la información de manera adecuada.

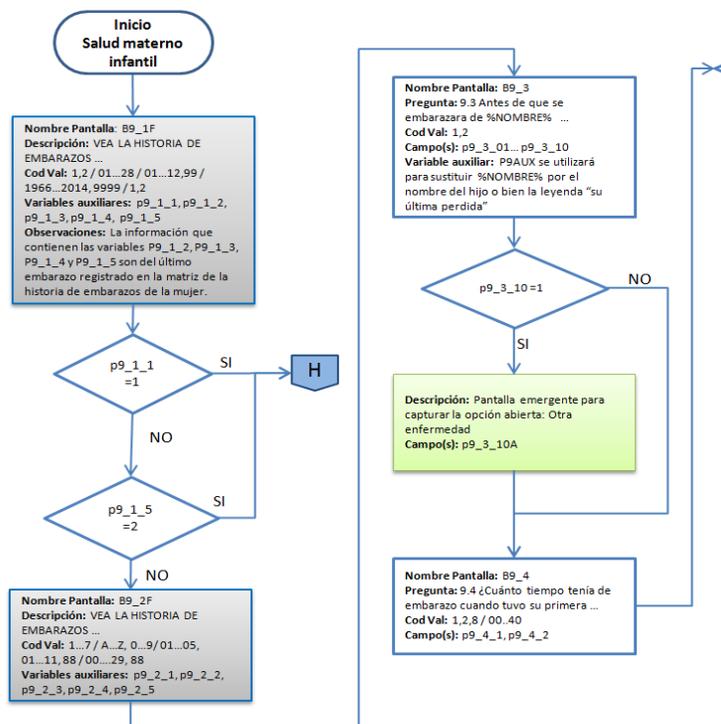
5. Proceso de validación de la información

Uno de los procesos más importante para la liberación de la información es la validación de la misma, que es una actividad que permite identificar posibles inconsistencias en la información, es decir, permite verificar que la información recuperada tenga congruencia lógica entre sí, que los universos entre las diferentes secciones sean consistentes, además de que los datos captados estén completos y sean congruente entre cada una de las secciones al interior del cuestionario, por lo que es necesario realizar algunos procesos. Para la ENADID 2014 la validación central se realizó en tres etapas, la validación de campo, la validación primaria (cero) y la validación automática.

5.1 Validación de campo

La validación de campo busca asegurar la integridad de la encuesta, así como la congruencia entre variables y secciones, además de la coherencia en los flujos y códigos válidos de la entrevista. Considerando que este levantamiento se realizó en medios electrónicos fue necesario diseñar una serie de diagramas para que el área responsable hiciera la programación (INEGI, 2015b). Por ello se diseñaron diagramas para toda la sección de Salud Materno Infantil, como se muestra a continuación:

Figura 3. Diagramación de la sección de Salud Materno Infantil (ejemplo)



Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno para el Sistema de Captura de la ENADID 2014.

En una segunda fase, la jefa de entrevistadoras ejecutó una validación adicional en el sistema, que permitió identificar errores clasificados como débiles o fuertes, siendo ella la responsable de avalar la información o retornar el cuestionario a campo en caso de identificar inconsistencias graves. Posteriormente, el responsable de procesos generaba un reporte de validación, y si después de analizarlo, identificaba casos que no cubrían con los criterios establecidos, tenían la autoridad de retornarlos a campo.

Para esta etapa del proyecto, durante el diseño del sistema de levantamiento fue necesario generar alertas, como se muestra a continuación en un ejemplo sobre el filtro de la pregunta 9.1 de la sección de salud materno infantil:

Cuadro 4. Alertas generadas para el Sistema de Captura de la ENADID 2014, para identificar el último embarazo de la mujer (ejemplo)

Expresión	Interpretación ¹	
Pregunta 9.1 Filtro		
((P5_17_1=01...12 OR P5_17_1=99) AND (P5_17_2=1968...2014 OR P5_17_2=9999)) AND P9_1_1=1	Mes de nacimiento entre 01 y 12 o 99 (mes y no especificado); y año de nacimiento entre 1968 y 2014 o no especificado; y en p9.1 se registró Ningún registro en la historia de embarazos	<p>MENSAJE: Error en el filtro, mujer con registro en Fecundidad e historia de embarazos</p> <p>SUGERENCIA: Verifique la información</p> <p>TIPO DE ERROR: Fuerte</p>
ULTIMO (P5_17_2)<>P9_1_4	El último registro en sección V, el año de nacimiento es diferente al registrado en p9.1	<p>MENSAJE: El año de nacimiento o pérdida no corresponde al último embarazo</p> <p>SUGERENCIA: Verifique la información del último embarazo</p> <p>TIPO DE ERROR: Fuerte</p>
(ULTIMO (P5_17_2)=P9_1_4) AND (ULTIMO (P5_17_1)<>P9_1_3)	El último registro en sección V, el año de nacimiento es igual al registrado en p9.1; y el último registro en sección V, el mes de nacimiento es diferente al registrado en p9.1	<p>MENSAJE: El mes de nacimiento o pérdida no corresponde al último embarazo</p> <p>SUGERENCIA: Verifique la información del último embarazo</p> <p>TIPO DE ERROR: Fuerte</p>

Cuadro 4. Alertas generadas para el Sistema de Captura de la ENADID 2014, para identificar el último embarazo de la mujer (ejemplo)

Expresión	Interpretación ¹	
P9_1_4=9999 OR P9_1_4<2009	Año de nacimiento no especificado o menor a 2009	<p>MENSAJE: No se aplica la sección</p> <p>SUGERENCIA: No aplica la sección</p> <p>TIPO DE ERROR: Fuerte</p>

¹ Esta interpretación presentada solo es para fines de ejemplificación.

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno para el Sistema de Captura de la ENADID 2014.

Es importante mencionar, que todas las congruencias entregadas, se encuentran anidadas entre sí, y se diseñaron para toda la sección de Salud Materno Infantil. Otros ejemplos sobre el tipo de congruencias que se entregaron para la aplicación en la revisión en la validación automática, son las siguientes:

Cuadro 5. Alertas generadas para el Sistema de Captura de la ENADID 2014, para la sección de Salud Materno Infantil (ejemplo)

Expresión	Interpretación ¹	
Pregunta 9.3 Enfermedades preexistentes		
P9_3_10=1 AND P9_3_10A="	Otra enfermedad preexistente pero no se anotó cual	<p>MENSAJE: Falta anotar "otra enfermedad"</p> <p>SUGERENCIA: Capture lo declarado por la mujer</p> <p>TIPO DE ERROR: Débil</p>
Pregunta 9.7 Lugar de atención prenatal		
P9_7=10 AND P9_7A="	Otro lugar de atención prenatal pero no especificó cual	<p>MENSAJE: Falta anotar el nombre de "otro lugar"</p> <p>SUGERENCIA: Capture lo declarado por la mujer</p> <p>TIPO DE ERROR: Débil</p>

¹ Esta interpretación presentada solo es para fines de ejemplificación.

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno para el Sistema de Captura de la ENADID 2014.

5.2 Validación primaria o cero

Una vez concluido el trabajo de campo se lleva a cabo la segunda validación llamada “Cero”, que consiste en dar integridad a la base de datos entre los registros y tablas, para asegurar la completitud de los cuestionarios y suprimir entrevistas incompletas o que no cumplieran los requisitos de completitud e integridad para su permanencia en la base.

En esta etapa de la validación se verifican que los universos de cada una de las secciones del cuestionario se encuentren correctas y en caso de identificar alguna inconsistencia se ajustan, lo que permite que las bases de datos resultado del levantamiento sean congruentes entre sí.

5.3 Validación automática

La última validación es la automática, la cual se realiza cuando se aseguró la integridad de la información, durante esta fase se aplican procedimientos para detectar y corregir incongruencias conceptuales o de secuencia que no se corrigen durante la validación primaria. Ésta etapa consistió en tres actividades, la definición de universos, la ejecución del sistema de validación automática, y la verificación de secuencias y códigos válidos (INEGI, 2015b).

Para la definición de universos que es la primera actividad de la validación automática se revisa la congruencia entre el resultado de la entrevista, las preguntas de elegibilidad y la información del módulo de cada mujer entrevistada, para garantizar que exista congruencia entre el universo de población y el de las mujeres elegibles.

En la segunda actividad se ejecuta el sistema de validación automática, integrada por los criterios y tratamientos diseñados y probados para cada sección temática, posteriormente se revisan los reportes de frecuencias cruzadas, con la finalidad de garantizar la correcta aplicación de los programas y la limpieza de los datos, procurando el menor número de cambios posibles (INEGI, 2015b).

Y la tercera actividad consiste en aplicar el sistema de secuencias y códigos válidos utilizado durante la validación primaria, para tipificar los registros con código no especificado.

Para esta validación los responsables conceptuales, diseñan una serie de congruencias para asegurar que la información cumpla con lo establecido conceptualmente, en esta etapa se consideran como parte del proceso las congruencias consideradas en el sistema de levantamiento, debido a que no todas las entrevistas se levantan de manera electrónica (CAPI) y en el caso de las que fueron recuperadas en papel (PAPI) requieren ser validadas en el mismo sentido en esta etapa del proyecto. A continuación, se presenta un ejemplo del tipo de

validación que solicita el área conceptual durante esta etapa para que sean aplicadas a las bases de datos, para concluir el proceso de validación de la información:

Cuadro 6. Congruencias de validación de la sección de Salud Materno Infantil (ejemplo)

Pregunta	Expresión	Mensaje	Sugerencia	Tipo Error
P9.1	(P5_17_1 <> b AND P5_17_2 <> b) AND P9_1_1 = 1	Mujeres que tienen registro en la Historia de embarazos, con código 1 en 9.1	Verifica la información de historia de embarazos	Fuerte
P9.1	(P5_17_1 = b AND P5_17_2 = b) AND P9_1_1 = 2	Mujeres que tienen registro en la Historia de embarazos, con código 2 en 9.1	Verifica la información de historia de embarazos	Fuerte
P9.1	ULTIMO (P5_17_2) <> P9_1_4	El año de nacimiento o pérdida no corresponde al último embarazo	Verifica la información del último embarazo	Fuerte
P9.1	(ULTIMO (P5_17_2) = P9_1_4) AND (ULTIMO (P5_17_1) <> P9_1_3)	El mes de nacimiento o pérdida no corresponde al último embarazo	Verifica la información del último embarazo	Fuerte
P9.1	(P9_1_4 = 9999 OR P9_1_4 < 2009) AND (P9_2_1...P9_30 <> b)	La sección no se aplica	Verifica la información de la sección	Débil
P9.1	P9_1_5 = 1 AND P9_1_4 < 2009	La sección no se aplica	Verifica la información de la sección	Fuerte
P9.1	(P9_1_5 = 1 AND (P9_1_4 >= 2009 AND P9_1_4 <= 2014)) AND (P9_2_1...P9_30 = b)	La sección debe tener información	Verifica la información de la sección	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_22 = 1 AND P9_2_1 <> 1	El último embarazo es un aborto	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_18 = 1 AND P9_2_1 <> 2	El último embarazo es un mortinato	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_10 <> b AND P9_2_1 <> 3	El último embarazo es un hijo sobreviviente	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_14 <> b AND P9_2_1 <> 4	El último embarazo es un hijo fallecido	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_24 <= 3 AND P9_2_1 <> 1	El último embarazo es un aborto	Corrige la información del filtro	Fuerte

Cuadro 6. Congruencias de validación de la sección de Salud Materno Infantil (ejemplo)

Pregunta	Expresión	Mensaje	Sugerencia	Tipo Error
P9.2	((ULTIMO P5_24 >= 4 AND ULTIMO P5_24 <= 9) AND P5_21 = 2) AND P9_2_1 = 1	El último embarazo es un mortinato	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	((ULTIMO P5_24 >= 4 AND ULTIMO P5_24 <= 9) AND P5_21 = 1) AND P9_2_1 = 1	El último embarazo es un hijo nacido vivo fallecido recuperado	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	ULTIMO P5_20 <= 3 AND P9_2_1 <> 1	El último embarazo es un aborto	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	((ULTIMO P5_20 >= 4 AND ULTIMO P5_24 <= 9) AND P5_21 = 1) AND P9_2_1 = 2	El último embarazo es un hijo nacido vivo fallecido recuperado	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	(P9_2_2 <> p510 OR P5_14)	Falta el nombre del hijo nacido vivo, fallecido o sobrevivientes	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	P9_2_1 = 3 AND P9_2_3 <> P5_13	Falta el nombre del hijo nacido vivo, fallecido o sobreviviente	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	P9_2_1 = 3 AND (P9_2_4 <> b OR P9_2_5 <> b)	De los hijos sobrevivientes sólo se recuperó información de edad en años cumplidos	Corrige la información del filtro	Fuerte
P9.2	P9_2_1 = 4 AND (P9_2_3 <> P5_16_1 OR P9_2_4 <> P5_16_2 OR P9_2_5 <> P5_16_3)	La edad de hijo nacido vivo fallecido es incorrecta	Corrige la información del filtro	Fuerte

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno de la ENADID 2014.

5.4 Codificación

La codificación es un procedimiento indispensable debido a que la encuesta cuenta con variables con respuestas abiertas, es decir, que se captan de manera textual. Por ello, con la finalidad de utilizar la información proporcionada por el informante es necesario revisarla, organizarla y clasificarla, mediante la asignación de códigos adicionales para integrar catálogos complementarios (INEGI, 2015b).

El proceso de codificación se aplica de dos formas, una es la codificación automática, que se realiza por medio de estrategias informáticas y materiales preestablecidos –catálogos disponibles–, que permiten asignar códigos de manera automatizada y es igual en todos los eventos estadísticos en donde se utilizan estos catálogos nacionales.

Y la segunda codificación que es la manual, que es cuando el personal a cargo del marco conceptual revisa todas las respuestas textuales, para clasificar en caso de ser posible en las opciones del propio cuestionario, o bien, con base en la revisión de todas las descripciones definir criterios de codificación o asignación de claves nuevas, con base en criterios conceptuales de cada pregunta.

Respecto al tema de Salud Materno Infantil, se realizó una revisión de las preguntas con alguna opción abierta, como son las variables de enfermedades preexistentes; lugar de atención prenatal y del parto; complicaciones prenatales, en el parto y en el puerperio; atención en el puerperio; y motivo de no lactancia.

Todas estas preguntas fueron revisadas y clasificadas en opciones que no era posible incorporar en las opciones originales del cuestionario, y para ello se elaboró un archivo con las posibles clasificaciones.

5.4.1 Enfermedades preexistentes

Con base en los resultados del levantamiento ENADID 2014, la pregunta 9.3 Enfermedades preexistentes presenta casi 700 casos con respuestas textuales, representando 2.4% de los casos; algunos ejemplos de las descripciones revisadas son las siguientes:

Considerando las respuestas dadas por las informantes, solo fue posible recodificar en los códigos originales del cuestionario ocho casos, en enfermedades como diabetes, presión alta y problemas con los riñones.

El resto de los casos se recodificaron con el código *10 Otra enfermedad*, debido a que corresponden a enfermedades que por su peso específico no es posible abrir un código nuevo. En esta opción quedaron clasificadas enfermedades principalmente del sistema respiratorio, digestivo y cardíaco, así como anemias y enfermedades del sistema reproductor femenino.

En este mismo sentido, un porcentaje menor fueron clasificadas con el código *99 Respuesta no válida*, debido a que se refieren a enfermedades agudas o de corta duración, que no son riesgosas o implican complicaciones durante el embarazo.

Cuadro 6. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.3 Enfermedades preexistentes

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Diabetes	1.4	1.4
Presión alta	7.1	7.1
Problemas de la tiroides	1.2	1.2
Problemas en los riñones	3.7	3.7
Sobrepeso u obesidad	11.5	11.5
VIH/SIDA	0.6	0.6
Tomaba alcohol	11.5	11.5
Fumaba	7.8	7.8
Consumía drogas	0.9	0.9
Otra enfermedad	2.4	2.1
Respuesta no válida		0.3

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.2 Lugar de atención prenatal

De acuerdo con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014, la pregunta 9.7 Lugar de atención prenatal presentó cerca de 200 casos de respuestas textuales, representando 0.6% de ellos.

De estas respuestas fue posible clasificar en las opciones del cuestionario considerando el catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Secretaría de Salud (SSA), aproximadamente al 75 por ciento de los casos, y del 25% restante, en su mayoría se recodificaron en la opción de “otro lugar”, ya que algunos casos fueron considerados como respuestas no válidas.

Cuadro 7. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.7 Lugar de atención prenatal

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Seguro Social (IMSS)	25.7	25.7
ISSSTE o ISSSTE Estatal	2.6	2.6
Pemex, Defensa o Marina	0.4	0.4
Centro de salud u hospital de la SSA	49.0	49.2
Otro servicio médico público	0.9	1.0
Consultorio, clínica u hospital privado	19.5	19.7
Consultorio de una farmacia	0.5	0.5
Casa de la partera	0.3	0.3
En su casa	0.3	0.3
Otro lugar	0.6	0.1
Respuesta no válida		0.0

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.3 Complicaciones prenatales

Como resultado del levantamiento de la ENADID 2014, en la pregunta 9.9 Complicaciones prenatales, se identificaron poco más de 800 respuesta textuales de las informantes, que representan 2.9% de los casos.

Con base en la revisión de las respuestas textuales fue posible clasificar en las opciones del cuestionario a cerca del 15% de estas, clasificándoles principalmente en las opciones de *Parto prematuro, Problemas con la placenta, y el bebé dejó de moverse*. En tanto que el resto de los casos el 66% se clasifico en otra complicación y el 20% en como *Respuestas no válidas*, ya que se referían a condiciones que no tienen implicaciones en el proceso del embarazo como la posición fetal, síntomas inespecíficos como el dolor y afecciones que corresponden con el trabajo de parto y no con el embarazo.

Cuadro 8. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.9 Complicaciones prenatales

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Sangrado vaginal	23.0	23.1
Presión alta o preeclampsia	15.3	15.3
Ataques o convulsiones	1.0	1.1
Diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo	2.7	2.7
Infección urinaria	37.4	37.4
Anemia	12.1	12.1
Parto prematuro	9.7	9.8
Ruptura de la fuente antes de tiempo	7.3	7.3
Poco o mucho líquido amniótico	16.5	16.5
Problemas con la placenta	3.8	3.9
El bebé dejó de moverse	5.1	5.3
El bebé dejó de crecer	3.3	3.3
El bebé tenía el cordón umbilical enredado	9.8	9.8
Otra complicación	2.9	1.9
Respuesta no válida		0.6

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.4 Complicaciones en el parto (pérdida)

En este mismo sentido, con los resultados del levantamiento en la pregunta 9.11 Complicaciones en el parto se reportaron poco más de 1,100 casos con respuestas textuales, representando el 3.9% de los casos.

De estas respuestas fue posible recodificar en las opciones de respuesta del cuestionario a poco más del 26% de los casos, concentrándose principalmente en las opciones de *tuvo problemas para nacer y sufrimiento fetal*.

De los casos restantes, casi el 17% se recodificaron en la opción de *Otra complicación*, debido a que corresponden a enfermedades que por su peso no es posible abrir un código nuevo, quedando clasificadas principalmente por ser anomalías en la dinámica del trabajo de parto y afecciones relacionadas con parto prematuro.

En tanto que casi 57% de los casos fueron recodificados como *Respuestas no válidas*, debido a que eran eventos no clasificados como complicaciones del parto, mismos, como amenaza de aborto y embarazo ectópico; o bien síntomas inespecíficos como dolor y presión baja, entre otras.

Aunque pueden parecer que muchos casos fueron depurados, la estructura de los resultados del levantamiento para esta pregunta, no se modificaron de manera significativa, como se muestra a continuación:

Cuadro 9. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.11 Complicaciones en el parto (pérdida)

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Sangrado abundante o grave	15.5	15.5
Presión alta o preeclampsia	11.2	11.2
Ataques o convulsiones	0.7	0.7
El bebé venía en mala posición	6.5	6.5
El bebé traía el cordón umbilical enredado	10.0	10.0
El bebé tuvo problemas para nacer	8.1	8.5
El bebé tuvo sufrimiento fetal	5.8	6.4
Otra complicación	3.9	0.7
Respuesta no válida		2.2

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.5 Lugar de atención del parto

De igual manera, las respuestas textuales de la pregunta 9.12 Lugar de atención del parto (pérdida), fueron casi 300 casos, representando el 1.0 por ciento. De ellas fue posible asignar alguna opción de respuesta del cuestionario al 63% de los registros.

Las respuestas se recodificaron con base en el catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Secretaría de Salud (SSA), principalmente en las opciones de *Centro de salud u hospital de la SSA, Otro servicio de salud público y Consultorio, clínica y hospital privado*.

Cuadro 10. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.12 Lugar de atención del parto (pérdida)

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Seguro Social (IMSS)	27.5	27.6
ISSSTE o ISSSTE Estatal	3.0	3.0
Pemex, Defensa o Marina	0.5	0.5
Centro de salud u hospital de la SSA	47.8	47.9
Otro servicio médico público	1.5	1.7
Consultorio, clínica u hospital privado	18.2	18.5
Consultorio de una farmacia	0.0	0.1
Casa de la partera	0.7	0.7
En su casa	2.5	2.6
Otro lugar	1.0	0.3
Respuesta no válida		0.1

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.6 Complicaciones en el puerperio

Respecto a las complicaciones reportadas por las mujeres durante el puerperio, pregunta 9.15 Complicaciones en el puerperio, se registraron cerca de 500 casos con respuestas textuales, representando 1.7% de los casos.

Poco más del 5% de estos casos fueron clasificados principalmente en las opciones de *Presión alta* y *Flujo vaginal con mal olor*, porque la respuesta textual se refiere a signos relacionados con estas complicaciones; 45% se quedaron codificados en la opción de *Otra complicación*, debido a que corresponden enfermedades que por su peso específico no es posible abrir un código nuevo, quedando codificadas principalmente la dehiscencia (abertura) de herida, problemas físicos de la mama, infección por retención de restos placentarios o material de curación e infecciones urinarias.

Y casi el 50% del resto de los casos se asignaron como *Respuestas no válidas*, debido a que fueron síntomas que no se consideran complicaciones en este periodo, ya que forman parte del proceso del puerperio normal para restituir a un estado normal las funciones a nivel anatómico y fisiológico.

Cuadro 11. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.15 Complicaciones en el puerperio

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Sangrado abundante	16.2	16.2
Presión alta o preeclampsia	4.5	4.6
Flujo vaginal con mal olor	6.5	6.5
Neumonía	0.4	0.4
Infección en la herida	3.1	3.1
Depresión posparto	6.7	6.7
Otra complicación	1.7	0.8
Respuesta no válida		0.8

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.7 Atención en el puerperio

En la pregunta 9.21 Atención en el puerperio, la opción abierta corresponde a la descripción del método anticonceptivo que le fue recomendado a la mujer durante el puerperio, por lo que todas las mujeres que respondieron afirmativamente a esta opción tiene respuesta.

Del total de respuestas afirmativas, 98% de los casos fueron asignados a un método anticonceptivo en el catálogo diseñado para esta opción; los restantes fueron asignados otros métodos, respuestas no válidas y que la mujer no sabe el nombre del método. Por lo que la clasificación para esta pregunta fue la siguiente:

Cuadro 12. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.21 Atención en el puerperio

Opción de respuesta	Porcentaje
Métodos definitivos (OTB o vasectomía)	18.3
Dispositivo intrauterino (DIU, tradicional u hormonal)	59.3
Implante anticonceptivo o Norplant (subdérmico)	5.5
Inyecciones o ampollitas anticonceptivas	7.3
Pastillas anticonceptivas	4.8
Condón (masculino o femenino)	2.8
Otros métodos	1.2
Respuesta no válida	0.1
No sabe	0.6

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

5.4.8 Motivo de no lactancia materna

Finalmente, la última pregunta con opciones abiertas, es la 9.23 Motivo de no lactancia materna, en donde se registraron poco más de 400 respuestas textuales de las informantes, con una representación del 20.5% de ellas.

De estas respuestas fue posible clasificar a poco más del 57% de los casos, en las opciones del cuestionario, principalmente en las opciones *Murió a las horas de nacido*, *Estaba enferma*, *Por enfermedad del niño*, *Nunca tuvo leche* y *El niño la rechazo*.

Sin embargo, en esta pregunta debido al peso que tenían algunas respuestas de las mujeres, se consideró pertinente abrir opciones de clasificación *No quiso amamantarlo*, *Trabajaba o estudiaba*, *Problemas anatómicos de la mama* y *No sabe*, quedando la propuesta de recodificación de la siguiente manera:

Cuadro 13. Porcentaje de codificación de las respuestas textuales en la pregunta 9.23 Motivo de no lactancia

Opción de respuesta	Porcentaje de respuesta	
	Original	Recodificado
Murió a las horas de nacido	3.2	4.0
Estaba enferma	9.0	14.3
Por enfermedad del niño	5.2	8.4
Nunca tuvo leche	31.8	32.8
El niño la rechazó	25.7	26.8
El médico le recomendó dar fórmula	4.6	4.9
Otra razón	20.5	2.3
No quiso amamantarlo		1.3
Trabajaba o estudiaba		1.5
Problemas anatómicos de la mama		1.5
No sabe		2.2

Fuente: INEGI (2014). Trabajo interno con los resultados del levantamiento de la ENADID 2014.

6. Plan de tabulados

Para definir y elegir el tipo de información a incluir en los tabulados de difusión de la encuesta, se tomó en consideración el marco conceptual de la sección de Salud Materno Infantil, así como los tabulados presentados para la ENADID 2009.

En este sentido, es importante mencionar que para la presentación de resultados de encuestas con muestreo probabilístico se debe tener presente que los mismos están sujetos a errores derivado de generalizar a toda la población, es decir, que entre mayor sea el desglose de la variable o bien, sea poco frecuente la característica de interés en el tabulado, estas observaciones pueden ser estadísticamente cuestionables.

Es por eso que, para la presentación de resultados de encuestas por muestreo, el INEGI estima no sólo los factores de expansión, sino también las precisiones estadísticas de todos los tabulados generados, con el fin de que el usuario tome decisiones sobre el uso de la información presentada.

Los indicadores de precisión que se estiman para cualquier encuesta son la desviación estándar, el coeficiente de variación y el intervalo de confianza, con la finalidad de corroborar que la información presentada cumple con los parámetros de calidad establecidos durante el diseño del tamaño de la muestra. En este contexto, el INEGI considera que un indicador cuenta con una buena precisión estadística, si el coeficiente de variación es menor al 15 por ciento, tomando en cuenta que, a menor valor del coeficiente presentado, la calidad de la información es mejor.

Considerando lo anterior, con la información resultado del levantamiento de la ENADID 2014, se generaron 28 tabulados que fueron publicados por el INEGI con sus respectivas precisiones estadísticas. A continuación se enlistan los tabulados publicados:

Tabulado 1. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según condición de embarazo.

Tabulado 2. Distribución porcentual de embarazos en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según resultado del embarazo.

Tabulado 3. Distribución porcentual de enfermedades preexistentes al embarazo en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según principales enfermedades.

Tabulado 4. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por condición de revisión prenatal; promedio total de consultas prenatales;

promedio de consultas prenatales por trimestre de embarazo según entidad federativa.

Tabulado 5. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por entidad federativa según tiempo de gestación a la primera revisión.

Tabulado 6. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por tamaño de localidad según personal de atención.

Tabulado 7. Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por entidad federativa según lugar de revisión.

Tabulado 8. Distribución porcentual de acciones realizadas en la revisión prenatal en las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa.

Tabulado 9. Distribución porcentual de complicaciones prenatales en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones prenatales.

Tabulado 10. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y lugar de atención del parto según personal de atención.

Tabulado 11. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según tipo de parto.

Tabulado 12. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con parto por cesárea por entidad federativa según tipo de cesárea y motivo de la cesárea.

Tabulado 13. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con parto por cesárea, por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según tipo de cesárea y motivo de la cesárea.

Tabulado 14. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con complicaciones en el parto por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones.

Tabulado 15. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según condición de revisión posparto y tiempo a la primera revisión (en días).

Tabulado 16. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según condición de revisión posparto y tiempo a la primera revisión posparto (en días).

Tabulado 17. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con complicaciones en el puerperio por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones.

Tabulado 18. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad según tiempo de regreso de la menstruación.

Tabulado 19. Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por entidad federativa según condición de lactancia materna.

Tabulado 20. Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según condición de lactancia materna.

Tabulado 21. Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según edad al inicio de la lactancia materna.

Tabulado 22. Hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que recibieron leche materna y duración media de la lactancia (en meses) por entidad federativa.

Tabulado 23. Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que recibieron leche materna y duración media de la lactancia (en meses) por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre.

Tabulado 24. Distribución porcentual de hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años con lactancia materna exclusiva por grupo quinquenal de edad de la madre según tamaño de localidad.

Tabulado 25. Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que no recibieron lactancia materna por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre y distribución porcentual según principales motivos de no lactancia.

Tabulado 26. Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años y tiempo promedio de inicio de la ablactación (en días) por tamaño de localidad y tipo de alimento.

Tabulado 27. Distribución porcentual de hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa, según condición de revisión en el primer año de vida; edad a la primera revisión y promedio de revisiones.

Tabulado 28. Distribución porcentual de los hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según deseo del embarazo.

De los tabulados mencionados, a continuación, se presenta una breve justificación sobre su importancia del mismo, su esquema de presentación, así como la

definición para su construcción con base en la estructura de la base de datos definitiva de la ENADID 2014.

6.1 Condición de embarazo en mujeres de 15 a 49 años

La salud materno infantil constituye un eje fundamental para el área de la salud, pues promueve el óptimo cuidado prenatal, natal y posnatal a través de intervenciones específicas. Para tener una primera visión al respecto es importante conocer cómo se distribuyen los porcentajes de embarazos en relación con los grupos de edad y tamaño de la localidad; y observar si la proporción de embarazos no ha cambiado.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según condición de embarazo Tabulado 1

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Condición de embarazo		
	Mujeres de 15 a 49 años	Con algún registro en la historia de embarazos	Ningún registro en la historia de embarazos
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años			
20 a 24 años			
25 a 29 años			
30 a 34 años			
35 a 39 años			
40 a 44 años			
45 a 49 años			
Menor de 15 000 habitantes	100.0	100.0	100.0
...			
De 15 000 y más habitantes	100.0	100.0	100.0
...			

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
2.4C	1	Cumple con el criterio de mujer elegible y tiene módulo	UNIVERSO
	2	No cumple con el criterio de mujer elegible	M_ELEGIBLE=1
	3	Cumple con el criterio de mujer elegible pero no tiene módulo	Condición de embarazo: Ningún registro en la historia de embarazos $P9_1_1 = 1$

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.1	1	Ningún registro en la historia de embarazos	Con algún registro en la historia de embarazos
	2	Con algún registro en la historia de embarazos	$P9_1_1 = 2$
5.2	15...54	Edad	<p>Grupos de edad:</p> <p>15 a 49 años $P5_2 \geq 15$ AND $P5_2 \leq 19$</p> <p>20 a 24 años $P5_2 \geq 20$ AND $P5_2 \leq 24$</p> <p>25 a 29 años $P5_2 \geq 25$ AND $P5_2 \leq 29$</p> <p>30 a 34 años $P5_2 \geq 30$ AND $P5_2 \leq 34$</p> <p>35 a 39 años $P5_2 \geq 35$ AND $P5_2 \leq 39$</p> <p>40 a 44 años $P5_2 \geq 40$ AND $P5_2 \leq 44$</p> <p>45 a 49 años $P5_2 \geq 45$ AND $P5_2 \leq 49$</p> <p>Tamaño de localidad:</p> <p>Menor de 15,000 habitantes $TLOC=3$ AND $TLOC=4$</p> <p>De 15,000 y más habitantes $TLOC=1$ AND $TLOC=2$</p>
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	

6.2 Resultado del último embarazo

La proporción de abortos, mortinatos, hijos sobrevivientes y fallecidos, de acuerdo a la edad de la madre es otro factor de análisis de la salud materno infantil. Tomando como referencia qué programas de salud específicos están directamente relacionados con su variabilidad, conocer estas distribuciones se pueden reforzar y/o mejorar las estrategias enfocadas a los grupos de población más vulnerables.

Distribución porcentual de embarazos en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad, según resultado del embarazo

Tabulado 2

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Embarazos en mujeres de 15 a 49 años en el periodo	Resultado del embarazo			
		Total	Aborto	Mortinato	Hijos nacidos vivos ¹
Estados Unidos Mexicanos	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años					
20 a 24 años					
25 a 29 años					
30 a 34 años					
35 a 39 años					
40 a 44 años					
45 a 49 años					
Menor de 15 000 habitantes	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
...					
De 15 000 y más habitantes	Total	100.0	100.0	100.0	100.0
...					

¹ Incluye hijos sobrevivientes y fallecidos.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.2	1	Aborto	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	2	Mortinato	
	3	Hijo sobreviviente	
	4	Hijo fallecido	
5.2	15...54	Edad	Resultado del embarazo: Aborto P9_2_1=1 Mortinato P9_2_1=2 Hijos nacidos vivos P9_2_1=3 AND p9_2_1=4
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19 20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24 25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29 30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4 De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.3 Enfermedades preexistentes

La mayoría de las mujeres tienen un embarazo saludable con solo recibir cuidados prenatales regulares tempranos y, en consecuencia, un parto sin complicaciones; conocidos como embarazo de bajo riesgo, que se presenta en condiciones óptimas para asegurar el bienestar a la madre y el feto y carece de antecedentes patológicos o epidemiológicos que aumenten la probabilidad de que la madre o el feto desarrollen una enfermedad (UNAM, s.f.)

Sin embargo, algunas mujeres pueden estar en riesgo incluso antes de quedar embarazadas. Algunos de los factores que conllevan a un embarazo de alto riesgo incluyen problemas de salud existente en la mujer como el sobrepeso, la obesidad o los embarazos múltiples; embarazarse a edad temprana o avanzada, quienes deben recibir cuidados especializado para tener un embarazo saludable que pueda llegar a término (Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano *Eunice Kennedy Shriver* [NICHD, por sus siglas en inglés], s.f.).

Es por ello, que resulta importante conocer las principales afecciones que padecían las mujeres antes de embarazarse, clasificándolas por grupos de edad, considerando que este es un factor de riesgo en algunos casos.

Distribución porcentual de enfermedades preexistentes al embarazo en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según principales enfermedades

Tabulado 3

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Principales condiciones preexistentes al embarazo				
	Sobrepeso u obesidad	Tomaba alcohol	Fumaba	Presión alta	Problemas en los riñones
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años					
20 a 24 años					
25 a 29 años					
30 a 34 años					
35 a 39 años					
40 a 44 años					
45 a 49 años					
Menor de 15 000 habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					
De 15 000 y más habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.3	1 2	Sí No	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
5.2	15...54	Edad	Condiciones preexistentes:
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Presión alta P9_3_02=1
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	Problemas en los riñones P9_3_04=1
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	Sobrepeso u obesidad P9_3_05=1
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	Tomaba alcohol P9_3_07=1 Fumaba P9_3_08=1
			Grupos de edad:
		15 a 49 años	P5_2>=15 AND P5_2<=19
		20 a 24 años	P5_2>=20 AND P5_2<=24

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29
			30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.4 Tiempo de gestación en la primera revisión prenatal

El tiempo de gestación que las mujeres tienen cuando se realiza la primera revisión prenatal es un indicador que permite detectar posibles riesgos y/o complicaciones en esta etapa. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, las mujeres embarazadas deben asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal; y las consultas deben realizarse de acuerdo con la etapa de gestación, iniciando preferentemente en las primeras ocho semanas de gestación.

Con la finalidad de conocer la proporción de mujeres que recibieron atención prenatal, así como el promedio de consultas en cada uno de los trimestres del embarazo, se generó un tabulado por entidad federativa.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por condición de revisión prenatal; promedio total de consultas prenatales; promedio de consultas prenatales por trimestre de embarazo según entidad federativa

Tabulado 4

Entidad federativa	Condición de revisión prenatal ¹		Promedio total de consultas prenatales ²	Promedio de consultas prenatales por trimestre ²		
	Sin revisión	Con revisión		Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%	%
Aguascalientes						
Baja California						
...						
Yucatán						
Zacatecas						

¹ Excluye a las mujeres que no saben.

² Se calculó con las mujeres que especificaron el número de consultas.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.4	1 2 8 9	Semanas Meses No la revisaron No sabe	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
9.6	00...15	Número de revisiones	Condición de revisión prenatal: Con revisión P9_4_1=1 OR P9_4_1=2 Sin revisión P9_4_1=8
			UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_4_1=1 OR P9_4_1=2)
			Promedio total de consultas prenatales: Promedio de consultas prenatales PROM (P9_6_1, P9_6_2, P9_6_3)
			Promedio de consultas prenatales por trimestre: Primer trimestre PROM (P9_6_1) Segundo trimestre PROM (P9_6_2) Tercer trimestre PROM (P9_6_3)

De igual manera tomando en cuenta que la Norma Oficial Mexicana establece que la primera revisión se debe realizar preferentemente en las primeras ocho semanas de gestación, es importante contar con información sobre la proporción de mujeres que fueron atendidas por primera vez durante su embarazo, con base en los meses de gestación.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por entidad federativa según tiempo de gestación a la primera revisión Tabulado 5

Entidad federativa	Tiempo a la primera revisión prenatal (en meses)			
	Menos de 1	De 1 a 3	Más de 3	No sabe ¹
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%
Aguascalientes				
Baja California				
...				
Yucatán				
Zacatecas				

¹ Mujeres que no especificaron el tiempo a la primera consulta prenatal.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.4	1	Semanas	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_4_1=1 OR P9_4_1=2)
	2	Meses	
	8	No la revisaron	
	9	No sabe	
Tiempo a la primera revisión prenatal:			
Menos de 1 mes			P9_4_2=00
De 1 a 3 meses			(P9_4_1=1 AND (P9_4_2>=01 AND P9_4_2<=12)) OR (P9_4_1=2 AND (P9_4_2>=01 AND P9_4_2<=03))
Más de 3 meses			(P9_4_1=1 AND (P9_4_2>=13 AND P9_4_2<=30)) OR (P9_4_1=1 AND P9_4_2=66) (P9_4_1=2 AND (P9_4_2>=04 AND P9_4_2<=09)) OR (P9_4_1=2 AND P9_4_2=77)
No sabe			P9_4_1=9 OR P9_4_2=99

6.5 Personal de atención prenatal

El tipo de personal que realiza la revisión prenatal señala diferencias importantes en términos de la competencia para detectar y/o prevenir algún padecimiento o complicación gineco-obstétrica, ya que con base en el mismo es importante realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno y certero. De esta forma, se calcula que, de contar con la atención adecuada, se disminuiría cerca del 50% de las muertes maternas ocurridas por razones prevenibles (INEGI e INMUJERES, 2009). Por eso se presenta información sobre el porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal por tamaño de localidad.

Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por tamaño de localidad según personal de atención Tabulado 6

Tamaño de localidad	Personal de atención prenatal			
	Médico	Enfermera	Partera o comadrona	Otra persona ¹
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0	100.0
Menor de 15 000 habitantes				
De 15 000 y más habitantes				

¹ Incluye auxiliar o promotora de salud.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.5	1	Médico	UNIVERSO
	2	Enfermera	(P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND
	3	Auxiliar o promotora de salud	(P9_4_1=1 OR P9_4_1=2)
	4	Partera o comadrona	Personal de atención prenatal:
	5	Otra persona	Médico
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	P9_5=1
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	Enfermera
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	P9_5=2
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	Partera o comadrona
			P9_5=4
			Otra persona
			P9_5=3 OR P9_5=5
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes
			TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes
			TLOC=1 AND TLOC=2

6.6 Lugar de atención prenatal

Las mujeres embarazadas deben ser atendidas de manera oportuna para evitar que una complicación no diagnosticada evolucione y ponga en riesgo no solo la salud de la madre sino también del producto, por ello uno de los factores de análisis es el lugar en donde la mujer recibió la atención médica, ya que, en caso de una emergencia obstétrica, es un factor determinante para poder atender a la mujer.

Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años con revisión prenatal por entidad federativa según lugar de revisión

Tabulado 7

Entidad federativa	Lugar de revisión prenatal				
	Seguro Social (IMSS)	ISSSTE o ISSSTE Estatal	Otros servicios de salud públicos ¹	Consultorio, clínica u hospital privado	Otro lugar ²
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%
Aguascalientes					
Baja California					
...					
Yucatán					
Zacatecas					

¹ Incluye Pemex, Defensa o Marina; Centro de salud u hospital de la SSA; y otro servicio de salud público.

² Incluye consultorio de una farmacia; casa de la partera; en su casa; y otro lugar.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.7	01	Seguro Social (IMSS)	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_4_1=1 OR P9_4_1=2)
	02	ISSSTE o ISSSTE Estatal	
	03	Pemex, Defensa o Marina	
	04	Centro de Salud y Hospital de la SSA	
	05	Otro servicio de salud público	Lugar de atención prenatal: Seguro Social (IMSS) P9_7=01
	06	Consultorio, clínica y hospital privado	ISSSTE o ISSSTE Estatal P9_7_02
	07	Consultorio de una farmacia	Otros servicios de salud públicos
	08	Casa de la partera	P9_7=03 OR P9_7=04 OR P9_7=05
	09	En su casa	Consultorio, clínica u hospital privado
	10	Otro lugar	P9_7=06 Otro lugar P9_7=07 OR P9_7=08 OR P9_7=09 OR P9_7=10

6.7 Características de la revisión prenatal

La atención prenatal representa una de las intervenciones más importantes en las estrategias de salud, ya que de ella depende que la mujer tenga menos complicaciones durante el embarazo y el parto. Estas revisiones incluyen diferentes procedimientos de acuerdo a la edad gestacional y deben ser realizadas de manera exhaustiva, por eso es relevante conocer las acciones que llevo a cabo el médico durante esta etapa de atención.

Distribución porcentual de acciones realizadas en la revisión prenatal en las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa Tabulado 8

Entidad federativa	Acciones realizadas en la revisión prenatal									
	Toma de presión	Examen de sangre	Examen de orina	Vacuna contra tétanos	Dar ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico	Escuchar y revisar movimientos del bebé	Prueba para detectar VIH	Ofrecimiento de método anticonceptivo	Explicación o enseñanza de cómo dar leche materna	
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Aguascalientes										
Baja California										
...										
Yucatán										
Zacatecas										

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.8	1	Sí	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_4_1=1 OR P9_4_1=2) Acciones realizadas en la revisión prenatal: Toma de presión P9_8_1=1 Examen de sangre P9_8_2=1 Examen de orina P9_8_3=1 Vacuna contra el tétanos P9_8_4=1 Dar ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico P9_8_5=1 Escuchar y revisar movimientos del bebé P9_8_6=1 Prueba para detectar VIH P9_8_7=1
	2	No	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			Ofrecimiento de método anticonceptivo P9_8_8=1
		Explicación o enseñanza de cómo dar leche materna	P9_8_9=1

6.8 Complicaciones en el embarazo

Las complicaciones durante el embarazo afectan tanto la salud del producto como de la madre; la OPS estimó que es 27 veces más probable que una mujer de América Latina y el Caribe muera por complicaciones en el embarazo que una mujer estadounidense (OPS, 2005).

De acuerdo con Manual Merck de Información Médica para el Hogar (2005), las principales complicaciones en el embarazo son el aborto, embarazo ectópico, anemia, incompatibilidad de Rh, problemas con la placenta, vómitos, preeclampsia, eclampsia y parto pretérmino.

Disponer de información sobre las complicaciones que presentaron las mujeres durante su último embarazo, es un indicador de la calidad del embarazo y las posibles consecuencias en el producto. Para el diseño de este tabulado se consideraron únicamente las complicaciones que fueron señaladas principalmente por las mujeres entrevistadas.

Distribución porcentual de complicaciones prenatales en mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones prenatales Tabulado 9

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Principales complicaciones prenatales				
	Infección urinaria	Sangrado vaginal	Poco o mucho líquido amniótico	Presión alta o preeclampsia	Anemia
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años					
20 a 24 años					
25 a 29 años					
30 a 34 años					
35 a 39 años					
40 a 44 años					
45 a 49 años					
Menor de 15 000 habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					
De 15 000 y más habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.9	1	Sí	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	2	No	
5.2	15...54	Edad	Principales complicaciones prenatales: Sangrado vaginal P9_9_01=1 Presión alta o preeclampsia P9_9_02=1 Infección urinaria P9_9_05=1 Anemia P9_9_06=1 Poco o mucho líquido amniótico P9_9_09=1 Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19 20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24 25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29 30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34 35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39 40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44 45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49 Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4 De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	

6.9 Atención durante el parto

La persona que atiende el parto o la pérdida es trascendental para actuar ante posibles complicaciones que se pudieran presentarse durante o después del parto, y con ello mantener estable la salud del niño y la madre.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, de los 8.4 millones de nacimientos registrados entre 2007 y 2012, en ocho millones la atención prenatal y durante el parto fue proporcionada por un médico. Sin embargo, se identifica que el problema más importante que es necesario atender es la brecha entre el total de nacimientos atendidos en un hospital, ya que, entre la población más vulnerable, 86.4% de los nacimientos ocurrieron en un hospital; en tanto que en la población con mayores recursos fue del 94% de los casos, comportamiento similar al que se observó en la ENSANUT 2006 (SSA, Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012c). En este sentido, se presentó un tabulado con la información que atendió a la mujer durante el parto, de acuerdo con la institución o lugar de atención.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y lugar de atención del parto según personal de atención Tabulado 10

Tamaño de localidad y lugar de atención del parto (o pérdida)	Personal de atención del parto				No sabe
	Médico	Enfermera	Partera o comadrona	Otra persona ¹	
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%
Seguro Social (IMSS)					
ISSSTE o ISSSTE Estatal					
Otro servicio de salud público ²					
Consultorio, clínica u hospital privado					
Otro lugar ³					
Menor de 15 000 habitantes	%	%	%	%	%
...					
De 15 000 y más habitantes	%	%	%	%	%
...					

¹ Incluye auxiliar o promotora de salud y nadie.

² Incluye PEMEX, Defensa o Marina; Centro de Salud u hospital de la SSA; y Otro servicio de salud público.

³ Incluye Consultorio de una farmacia; Casa de la partera; En su casa; y No sabe.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.10	1	Médico	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	2	Enfermera	
	3	Auxiliar o promotora de salud	
	4	Partera o comadrona	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
	5	Otra persona	Personal de atención del parto: Médico P9_10=1
	6	Nadie (ella sola)	
9.12	01	Seguro Social (IMSS)	Enfermera P9_10=2
	02	ISSSTE o ISSSTE Estatal	Partera o comadrona P9_10=4
	03	Pemex, Defensa o Marina	Otra persona P9_10=3 OR P9_10=5 OR P9_10=6
	04	Centro de Salud y Hospital de la SSA	No sabe P9_10=9
	05	Otro servicio de salud público	
	06	Consultorio, clínica y hospital privado	
	07	Consultorio de una farmacia	
	08	Casa de la partera	
	09	En su casa	
	10	Otro lugar	Lugar de atención del parto: Seguro Social (IMSS) P9_12=01
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	ISSSTE o ISSSTE Estatal P9_12=02
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	Otros servicios de salud públicos P9_12=03 OR P9_12=04 OR P9_12=05
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	Consultorio, clínica u hospital privado P9_12=06
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	Otro lugar P9_12=07 OR P9_12=08 OR P9_12=09 OR P9_12=10
			Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4 De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.10 Tipo de parto

De acuerdo con la OMS, la vía de expulsión con menos complicaciones para la madre y que menos compromete la salud del producto a largo plazo es el parto vaginal, especificando que algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de 10% de cesáreas; en este sentido, también señala que no puede justificarse una incidencia de entre un 10 y 15% de cesáreas en cualquier país (OMS, 2006).

A nivel mundial la práctica de cesáreas sin indicación médica es alta, situando a México como el cuarto país con el mayor número de cesáreas innecesarias practicadas, después de China, Brasil y Estados Unidos (SSA, INPS, 2012b). Además de que se ha observado en las últimas décadas un incremento en la práctica de este procedimiento médico, que supera por mucho el límite máximo recomendado por indicación médica; el cual no ha tenido un beneficio para el recién nacido o la madre, pero si ha estado relacionado con el incremento de morbilidad y mortalidad para ambos (SSA, INPS, 2012b).

Considerando lo anterior es importante contar con información sobre el tipo de parto, motivo de la cesárea el motivo por el cual se realizó, tanto por entidad federativa como por grupos de edad.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según tipo de parto Tabulado 11

Entidad federativa	Tipo de parto		
	Normal (vaginal)	Cesárea programada	Cesárea de emergencia
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%
Aguascalientes			
Baja California			
...			
Yucatán			
Zacatecas			

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.18	1	Normal (vaginal)	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_2_1>=2 AND P9_2_1<=4)
	2	Cesárea programada	
	3	Cesárea de emergencia	
Tipo de parto:			
Normal (vaginal)			
P9_18=1			
Cesárea programada			
P9_18=2			
Cesárea de emergencia			
P9_10=3			

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con parto por cesárea según entidad federativa, tipo de cesárea y motivo de la cesárea

Tabulado 12

Entidad federativa	Tipo de cesárea		Motivo de la cesárea		
	Programada	De emergencia	Durante las consultas prenatales	Antes de iniciar trabajo de parto	Durante el trabajo de parto
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%
Aguascalientes					
Baja California					
...					
Yucatán					
Zacatecas					

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.18	1	Normal (vaginal)	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_2_1>=2 AND P9_2_1<=4)
	2	Cesárea programada	
	3	Cesárea de emergencia	
9.19	1	Durante las consultas prenatales	Tipo de cesárea: Cesárea programada P9_18=2 Cesárea de emergencia P9_10=3
	2	Antes de iniciar el trabajo de parto	
	3	Durante el trabajo de parto	
			UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_2_1>=2 AND P9_2_1<=4) AND (P9_18= 2 OR P9_18= 3)
			Motivo de la cesárea: Durante las consultas prenatales P9_19=1 Antes de iniciar el trabajo de parto P9_19=2 Durante el trabajo de parto P9_19=3

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con parto por cesárea, por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según tipo de cesárea y motivo de la cesárea

Tabulado 13

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Tipo de cesárea		Motivo de la cesárea		
	Programada	De emergencia	Durante las consultas prenatales	Antes de iniciar trabajo de parto	Durante el trabajo de parto
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%
15 a 19 años					
20 a 24 años					
25 a 29 años					
30 a 34 años					
35 a 39 años					
40 a 44 años					
45 a 49 años					
Menor de 15 000 habitantes	%	%	%	%	%
...					
De 15 000 y más habitantes	%	%	%	%	%
...					

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.18	1	Normal (vaginal)	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_2_1>=2 AND P9_2_1<=4)
	2	Cesárea programada	
	3	Cesárea de emergencia	
9.19	1	Durante las consultas prenatales	Tipo de cesárea: Cesárea programada P9_18=2 Cesárea de emergencia P9_10=3
	2	Antes de iniciar el trabajo de parto	
	3	Durante el trabajo de parto	
5.2	15...54	Edad	UNIVERSO
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	(P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P9_2_1>=2 AND P9_2_1<=4) AND (P9_18= 2 OR P9_18= 3) Motivo de la cesárea: Durante las consultas prenatales P9_19=1 Antes de iniciar el trabajo de parto P9_19=2
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			Durante el trabajo de parto P9_19=3
			Grupos de edad:
		15 a 49 años	P5_2>=15 AND P5_2<=19
		20 a 24 años	P5_2>=20 AND P5_2<=24
		25 a 29 años	P5_2>=25 AND P5_2<=29
		30 a 34 años	P5_2>=30 AND P5_2<=34
		35 a 39 años	P5_2>=35 AND P5_2<=39
		40 a 44 años	P5_2>=40 AND P5_2<=44
		45 a 49 años	P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
		Menor de 15,000 habitantes	TLOC=3 AND TLOC=4
		De 15,000 y más habitantes	TLOC=1 AND TLOC=2

6.11 Complicaciones en el parto

La prevención de complicaciones durante el parto o la atención oportuna en el mismo es un indicador de un buen desarrollo de la salud tanto del niño como de la madre, así como de la calidad de la atención que recibió la mujer en el parto; ya que las principales complicaciones que se presentan son las hemorragias, las sepsis y el parto obstruido (UNICEF, 2008).

Con la finalidad de reducir la muerte de la madre como resultado de alguna de estas complicaciones es necesario que las mujeres sean atendidas por personal capacitado como médicos, enfermeras o parteras calificadas, que tenga el conocimiento necesario para discernir entre un parto complicado y uno grave que requiere un nivel de atención más especializado; y que los prestadores de salud a su vez, dispongan de materiales adecuados para la realización de su trabajo (UNICEF, 2008).

En este sentido, se consideró importante contar con información sobre las principales complicaciones que las mujeres tuvieron durante su último embarazo.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con complicaciones en el parto por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones

Tabulado 14

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Principales complicaciones en el parto				
	Sangrado abundante o grave	Presión alta o preeclampsia	El bebé traía cordón umbilical enredado	El bebé tuvo problemas para nacer	El bebé venía en mala posición
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años					
20 a 24 años					
25 a 29 años					
30 a 34 años					
35 a 39 años					
40 a 44 años					
45 a 49 años					
Menor de 15 000 habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					
De 15 000 y más habitantes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
...					

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.11	1	Sí	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	2	No	
5.2	15...54	Edad	Principales complicaciones en el parto (pérdida):
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Sangrado abundante o grave P9_11_1=1
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	Presión alta o preeclampsia P9_11_2=1
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	El bebé venía en mala posición P9_11_4=1
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	El bebé traía cordón umbilical enredado P9_11_5=1
			El bebé tuvo problemas para nacer P9_11_6=1
			Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24
			25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29
			30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.12 Atención en el puerperio

Después del nacimiento del bebé, la mujer tiene cambios físicos y emocionales, que permiten que el organismo de la madre se recupere después del embarazo, etapa en donde la revisión médica es importante. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, define al puerperio normal como el periodo posterior al alumbramiento en el cual tanto los órganos genitales, como el organismo de la mujer en general, regresa a sus condiciones previas al embarazo, con una duración de seis semanas o 42 días (DOF, 2016).

Durante esta etapa, la NOM establece que, durante el puerperio mediano y tardío, el personal de salud debe proporcionar dos consultas, la primera en los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio, en las cuales debe vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones (DOF, 2016). Por ello, resulta importante contar con información sobre la población femenina que recibió atención en esta etapa de su vida, así como las características de la misma.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según condición de revisión posparto y tiempo a la primera revisión (en días)

Tabulado 15

Entidad federativa	Condición de revisión posparto ¹		Tiempo de revisión posparto (en días) ²	
	Sin revisión	Con revisión	Primeros 15 días	Posterior a primeros 15 días
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%
Aguascalientes				
Baja California				
...				
Yucatán				
Zacatecas				

¹ Excluye a las mujeres que No saben.

² Con base en el total de mujeres que tuvieron revisión posparto; las mujeres que no saben se consideraron con revisión 15 días después del parto.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.13	1	Días	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	2	Semanas	
	3	Meses	
	8	No la revisaron	
	9	No sabe	
5.2	15...54	Edad	Condición de revisión posparto: Sin revisión P9_13_1=8 OR P9_13_1=9 Con revisión P9_13_1=1 OR (P9_13_1=2 AND P9_13_2=5) OR (P9_13_1=3 AND P9_13_2=1) OR
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Tiempo de revisión posparto: Primeros 15 días (P9_13_1=1 AND P9_13_2<=15) OR (P9_13_1=2 AND P9_13_2<=2) Posterior a primeros 15 días (P9_13_1=1 AND (P9_13_2>15 AND P9_13_2<=40)) OR (P9_13_1=2 AND (P9_13_2>2 AND P9_13_2<=5)) OR (P9_13_1=3 AND P9_13_2=1) OR ((P9_13_1>=1 AND P9_13_1<=3) AND P9_13_2=99))
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
----------	--------	-------------	---------

Grupos de edad:

15 a 49 años
P5_2>=15 AND P5_2<=19

20 a 24 años
P5_2>=20 AND P5_2<=24

25 a 29 años
P5_2>=25 AND P5_2<=29

30 a 34 años
P5_2>=30 AND P5_2<=34

35 a 39 años
P5_2>=35 AND P5_2<=39

40 a 44 años
P5_2>=40 AND P5_2<=44

45 a 49 años
P5_2>=45 AND P5_2<=49

Tamaño de localidad:

Menor de 15,000 habitantes
TLOC=3 AND TLOC=4

De 15,000 y más habitantes
TLOC=1 AND TLOC=2

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad según condición de revisión posparto y tiempo a la primera revisión posparto (en días)

Tabulado 16

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Condición de revisión posparto ¹		Tiempo de revisión posparto (en días) ²	
	Sin revisión	Con revisión	Primeros 15 días	Posterior a primeros 15 días
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%
15 a 19 años				
20 a 24 años				
25 a 29 años				
30 a 34 años				
35 a 39 años				
40 a 44 años				
45 a 49 años				
Menor de 15 000 habitantes	%	%	%	%
...				
De 15 000 y más habitantes	%	%	%	%
...				

¹ Excluye a las mujeres que No saben.

² Con base en el total de mujeres que tuvieron revisión posparto; las mujeres que no saben se consideraron con revisión 15 días después del parto.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.13	1	Días	UNIVERSO
	2	Semanas	P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
	3	Meses	
	8	No la revisaron	Condición de revisión posparto:
	9	No sabe	Sin revisión P9_13_1=8 OR P9_13_1=9 Con revisión P9_13_1=1 OR (P9_13_1=2 AND P9_13_2=5) OR (P9_13_1=3 AND P9_13_2=1) OR
			Tiempo de revisión posparto:
			Primeros 15 días (P9_13_1=1 AND P9_13_2<=15) OR (P9_13_1=2 AND P9_13_2<=2)
			Posterior a primeros 15 días (P9_13_1=1 AND (P9_13_2>15 AND P9_13_2<=40)) OR (P9_13_1=2 AND (P9_13_2>2 AND P9_13_2<=5)) OR (P9_13_1=3 AND P9_13_2=1) OR ((P9_13_1>=1 AND P9_13_1<=3) AND P9_13_2=99)

6.13 Complicaciones en el puerperio

Una vez que nace el producto inicia la etapa del puerperio y durante la misma se pueden presentar complicaciones, algunas de ellas deben ser monitoreadas debido a que iniciaron durante el embarazo; sin embargo, hay otras que son más frecuentes en este periodo. La más común son las infecciones pélvicas puerperales, por la cual mueren las mujeres durante esta etapa, así como otro tipo de infecciones como la mastitis y los abscesos mamarios, entre otras. Es así, que con la información de la ENADID 2014 se generó información sobre las principales complicaciones que las mujeres presentaron durante el puerperio.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años con complicaciones en el puerperio por tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad, según principales complicaciones

Tabulado 17

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad	Principales complicaciones en el puerperio		
	Sangrado abundante	Depresión posparto	Flujo vaginal con mal olor
Estados Unidos Mexicanos	100.0	100.0	100.0
15 a 19 años			
20 a 24 años			
25 a 29 años			
30 a 34 años			
35 a 39 años			
40 a 44 años			
45 a 49 años			
Menor de 15 000 habitantes	100.0	100.0	100.0
...			
De 15 000 y más habitantes	100.0	100.0	100.0
...			

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.15	1 2	Sí No	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
5.2	15...54	Edad	Principales complicaciones en el puerperio:
Tamaño de la localidad	1 2 3 4	Localidad de 100,000 y más hab. Localidad de 15,000 a 99,999 hab. Localidad de 2,500 a 14,999 hab. Localidad menor de 2,500 hab.	Sangrado abundante P9_15_1=1 Flujo vaginal con mal olor P9_15_3=1 Depresión posparto P9_15_6=1
			Grupos de edad:
			15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19
			20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24
			25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29
			30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.14 Regreso de la menstruación después del embarazo

Después del embarazo el cuerpo de la mujer poco a poco regresa a su estado natural, reiniciando las funciones del aparato reproductor. Sin embargo, es complicado establecer un periodo o tiempo en el que la menstruación vuelve, ya que depende de algunos factores que son diferentes en cada mujer.

Un porcentaje muy bajo de mujeres que practican la lactancia materna exclusiva inician su periodo menstrual en ese periodo, regularmente retorna cuando inicia el proceso de ablactación de su bebé. Por ello, contar con esta información permitirá no sólo conocer el tiempo promedio de retorno de la menstruación después del parto, sino también tener un acercamiento sobre el volumen de mujeres que lactan de manera exclusiva a sus hijos.

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años por grupos quinquenales de edad según tiempo de regreso de la menstruación Tabulado 18

Grupos quinquenales de edad	Tiempo de regreso de la menstruación (en meses)					No le ha regresado
	Primer mes	De 2 a 3 meses	De 4 a 6 meses	De 7 a 11 meses	12 meses y más	
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%	%
15 a 19 años						
20 a 24 años						
25 a 29 años						
30 a 34 años						
35 a 39 años						
40 a 44 años						
45 a 49 años						

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.16	12 88 99	12 meses y más No le ha regresado No sabe	UNIVERSO P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009
5.2	15...54	Edad	Tiempo de regreso de la regla: Primer mes P9_16=01 De 2 a 3 meses P9_16=02 OR P9_16=03 De 4 a 6 meses P9_16>=04 AND P9_16<=06 De 7 a 11 meses P9_16>=07 AND P9_16<=11 12 meses y más P9_16=12 No le ha regresado P9_16=88 Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19 20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24 25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29 30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34 35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39 40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44 45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49

6.15 Lactancia materna

La leche materna es el alimento más importante en los primeros meses de vida del niño, no solo por sus propiedades nutricionales e inmunológicas, sino por el contacto físico que tienen con su madre. La leche materna contiene todos los

nutrientes necesarios que requiere el recién nacido para su crecimiento y desarrollo, además de que lo protege contra infecciones y alergias, por lo que los niños amamantados tienen menores probabilidades de desarrollar obesidad no sólo durante la infancia sino también durante la edad adulta.

Además, la lactancia materna es un método de planificación familiar natural, y para que se logre, la mujer debe amamantar de manera exclusiva a su hijo, es decir, la madre no debe complementar la alimentación del niño con fórmula o agua, y no haber iniciado la ablactación del mismo, además de que la mujer no debe dejar pasar mucho tiempo entre cada ofrecimiento de leche materna. A este método de planificación se le conoce como MELA (Método de la Amenorrea de la Lactancia), y para conocer su uso, se consideró importante incluir información sobre la condición de lactancia de la población infantil.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por entidad federativa según condición de lactancia materna Tabulado 19

Entidad federativa	Condición de lactancia materna ¹	
	Con lactancia	Sin lactancia
Estados Unidos Mexicanos	%	%
Aguascalientes		
Baja California		
...		
Yucatán		
Zacatecas		

¹ Excluye la respuesta No sabe.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.22	1	Sí	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
	2	No	
Condición de lactancia materna:			
Con lactancia			P9_22=1
Sin lactancia			P9_22=2

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según condición de lactancia materna

Tabulado 20

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad de la madre	Condición de lactancia materna ¹	
	Con lactancia	Sin lactancia
Estados Unidos Mexicanos	%	%
15 a 19 años		
20 a 24 años		
25 a 29 años		
30 a 34 años		
35 a 39 años		
40 a 44 años		
45 a 49 años		
Menor de 15 000 habitantes	%	%
...		
De 15 000 y más habitantes	%	%
...		

¹ Excluye la respuesta No sabe.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.16	1 2	Sí No sabe	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
5.2	15...54	Edad	Condición de lactancia materna: Con lactancia P9_22=1 Sin lactancia P9_22=2
Tamaño de la localidad	1 2 3 4	Localidad de 100,000 y más hab. Localidad de 15,000 a 99,999 hab. Localidad de 2,500 a 14,999 hab. Localidad menor de 2,500 hab.	Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19 20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24 25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29 30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34 35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.16 Inicio de la lactancia materna

La OMS recomienda que el inicio de la lactancia materna debe ser preferentemente durante la primera hora de vida, con lo que se asegura que el recién nacido reciba el calostro que es la "primera leche" rica en nutrientes. Estudios recientes señalan que el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido al nacimiento conocido como Método Madre Canguro, ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida (OMS, 2018b).

Es importante resaltar que el Método de Madre Canguro, se desarrolló como alternativa al cuidado en incubadora, principalmente en recién nacidos prematuros que ya superaron dificultades iniciales y únicamente necesitan alimentarse y crecer. Sin embargo, a casi dos décadas de implementación se ha observado que también es eficaz en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos (OMS, 2018b).

Considerando lo anterior, resulta importante tener información sobre el tiempo en el cual la madre inicio la alimentación del recién nacido con leche materna.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años, por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, según edad al inicio de la lactancia materna Tabulado 21

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad de la madre	Edad de inicio de la lactancia						No sabe
	Al nacer	En la primera hora de nacido	2 a 23 horas de nacido	Un día de nacido	Dos a tres días de nacido	Más de 3 días de nacido	
Estados Unidos Mexicanos	%	%	%	%	%	%	%
15 a 19 años							
20 a 24 años							
25 a 29 años							
30 a 34 años							
35 a 39 años							
40 a 44 años							
45 a 49 años							
Menor de 15 000 habitantes	%	%	%	%	%	%	%
...							
De 15 000 y más habitantes	%	%	%	%	%	%	%
...							

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.24	1	Horas	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4) AND P9_22=1
	2	Días	
5.2	15...54	Edad	
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Edad de inicio de la lactancia: Al nacer
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	P9_24_1=1 AND P9_24_2=00
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	En la primera hora de nacido P9_24_1=1 AND P9_24_2=01
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	Dos a 23 horas de nacido P9_24_1=1 AND (P9_24_2>=02 AND P9_24_2<=23)
			Un día de nacido P9_24_1=2 AND P9_24_2=01
			Dos o tres días de nacido P9_24_1=2 AND (P9_24_2=02 OR P9_24_2=03)
			Más de tres días de nacido P9_24_1=2 AND (P9_24_2>03 AND P9_24_2<=23)
			No sabe (P9_24_1=1 OR P9_24_1=2) AND P9_24_2=99

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
----------	--------	-------------	---------

Grupos de edad:

15 a 49 años

P5_2>=15 AND P5_2<=19

20 a 24 años

P5_2>=20 AND P5_2<=24

25 a 29 años

P5_2>=25 AND P5_2<=29

30 a 34 años

P5_2>=30 AND P5_2<=34

35 a 39 años

P5_2>=35 AND P5_2<=39

40 a 44 años

P5_2>=40 AND P5_2<=44

45 a 49 años

P5_2>=45 AND P5_2<=49

Tamaño de localidad:

Menor de 15,000 habitantes

TLOC=3 AND TLOC=4

De 15,000 y más habitantes

TLOC=1 AND TLOC=2

6.17 Duración de la lactancia materna

UNICEF y OMS señalan que, a nivel mundial es posible salvar más de un millón de vidas al año con la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida (UNICEF y OMS, 2004).

De acuerdo con la ENSANUT, la duración de la lactancia materna en México es de aproximadamente 10 meses; sin embargo, de igual manera identifica que el porcentaje de niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva ha disminuido, pues los niños también son alimentados con fórmulas lácteas y agua innecesaria, lo que inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales (SSA, INSP, 2012a).

Así identificar cuanto tiempo las madres alimentaron a sus hijos nacidos en los últimos cinco años, permite conocer la práctica de la lactancia materna en México.

Hijos nacidos vivos en el último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que recibieron leche materna y duración media de la lactancia (en meses) por entidad federativa

Tabulado 22

Entidad federativa	Hijos nacidos vivos con lactancia materna	Duración media de la lactancia materna (en meses) ¹
Estados Unidos Mexicanos	Total	Promedio
Aguascalientes		
Baja California		
...		
Yucatán		
Zacatecas		

¹ Para los hijos nacidos vivos con duración de la lactancia materna en días, se consideraron como menos de un mes. Excluye a hijos nacidos vivos que no se especificó el periodo y tiempo de duración de la lactancia, con menos de un día de lactancia y quienes aún están lactando.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.25	1	Días	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4) AND P9_22=1
	2	Meses	
	3	Años	
	8	Aún toma pecho	
	9	No sabe	
		Duración media de la lactancia materna:	IF P9_25_1=1 THEN P25AUX=P9_25_2<=29/30 IF P9_25_1=2 THEN P25AUX=P9_25_2<=11 IF P9_25_1=3 THEN P25AUX=P9_25_2>=01*12
		Promedio	PROM (P925AUX)

Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que recibieron leche materna y duración media de la lactancia (en meses) por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre

Tabulado 23

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad de la madre	Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna	Duración media de la lactancia materna (en meses) ¹
Estados Unidos Mexicanos	Total	Promedio
15 a 19 años		
20 a 24 años		
25 a 29 años		
30 a 34 años		
35 a 39 años		
40 a 44 años		
45 a 49 años		
Menor de 15 000 habitantes	Total	Promedio
...		
De 15 000 y más habitantes	Total	Promedio
...		

¹ Para los hijos nacidos vivos con la lactancia materna en días, se consideraron como menos de un mes. Excluye a los hijos nacidos vivos que no se especificó el periodo y tiempo de duración de la lactancia, con menos de un día de lactancia y quienes aún están lactando.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.25	1 2 3 8 9	Días Meses Años Aún toma pecho No sabe	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4) AND P9_22=1
5.2	15...54	Edad	Duración media de la lactancia materna: IF P9_25_1=1 THEN P25AUX=P9_25_2<=29/30 IF P9_25_1=2 THEN P25AUX=P9_25_2<=11 IF P9_25_1=3 THEN P25AUX=P9_25_2>=01*12 Promedio PROM(P25AUX)
Tamaño de la localidad	1 2 3 4	Localidad de 100,000 y más hab. Localidad de 15,000 a 99,999 hab. Localidad de 2,500 a 14,999 hab. Localidad menor de 2,500 hab.	Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24
			25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29
			30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.18 Lactancia materna exclusiva

La lactancia materna es alimento natural e ideal para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, además de tener repercusiones importantes en la salud de la madre; estudios científicos han revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante seis meses de vida es la mejor alimentación para los lactantes, ya que les aporta toda la energía y los nutrientes que el niño requiere en sus primeros meses de vida. Por ello resulta importante conocer el porcentaje de población infantil que recibió alimentación materna exclusiva durante su primera etapa de la vida (OMS, 2018c).

Para conocer la práctica de la lactancia exclusiva entre las mujeres mexicanas se considero importante contar con información desglosada por edad de las madres.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años con lactancia materna exclusiva por grupo quinquenal de edad de la madre según tamaño de localidad

Tabulado 24

Grupos quinquenales de edad de la madre	Hijos nacidos vivos en el periodo con lactancia materna exclusiva ¹	Tamaño de localidad		
		Menor de 15 000 habitantes	De 15 000 y más habitantes	
Estados Unidos Mexicanos		Total	%	%
15 a 19 años				
20 a 24 años				
25 a 29 años				
30 a 34 años				
35 a 39 años				
40 a 44 años				
45 a 49 años				

¹Incluye a los hijos nacidos vivos de quienes se reportó tiempo de inicio de otros alimentos.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.25	1 2 3 9	Días Meses No le ha dado ese alimento No sabe	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4) AND P9_22=1
5.2	15...54	Edad	Lactancia materna exclusiva: (P9_26_1_1=3 AND P9_26_2_1=3 AND P9_26_3_1=3 AND P9_26_4_1=3 AND P9_26_5_1=3 AND P9_26_6_1=3) OR [(P9_26_1_1=2 AND P9_26_1_2>06) AND (P9_26_2_1=3 AND P9_26_2_2>06) AND (P9_26_3_1=3 AND P9_26_3_2>06) AND (P9_26_4_1=3 AND P9_26_4_2>06) AND (P9_26_5_1=3 AND P9_26_5_2>06) AND (P9_26_6_1=3) AND P9_26_6_2>06]
Tamaño de la localidad	1 2 3 4	Localidad de 100,000 y más hab. Localidad de 15,000 a 99,999 hab. Localidad de 2,500 a 14,999 hab. Localidad menor de 2,500 hab.	Grupos de edad: 15 a 49 años P5_2>=15 AND P5_2<=19 20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24 25 a 29 años P5_2>=25 AND P5_2<=29

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			30 a 34 años P5_2>=30 AND P5_2<=34
			35 a 39 años P5_2>=35 AND P5_2<=39
			40 a 44 años P5_2>=40 AND P5_2<=44
			45 a 49 años P5_2>=45 AND P5_2<=49
			Tamaño de localidad:
			Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4
			De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.19 Motivo de no lactancia materna

Si bien los beneficios de la lactancia materna están científicamente documentados; los motivos por los cuales las mujeres no amamantan son principalmente factores sociales ancestrales como el miedo a no tener suficiente leche, inseguridades, o bien desconocimiento sobre la producción de leche materna, aspectos que inciden de manera negativa en la percepción de la mujer sobre su capacidad para producir leche en cantidad suficiente para su hijo.

De acuerdo con la OMS, la lactancia materna debe interrumpirse cuando el recién nacido padezca galactosemia, problemas para metabolizar el azúcar simple; enfermedades de orina en jarabe de arce, que es cuando el cuerpo no puede descomponer ciertas partes de las proteínas; y fenilcetonuria, que es un trastorno genético en el que el organismo no procesa la proteína fenilalanina; o bien la madre sea portadora del VIH (OMS, 2009b).

En este sentido se presentan los principales motivos por los cuales las mujeres no amamantaron a su hijo nacido vivo del último embarazo que tuvieron.

Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años que no recibieron lactancia materna por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre y distribución porcentual según principales motivos de no lactancia

Tabulado 25

Tamaño de localidad y grupos quinquenales de edad de la madre	Hijos nacidos vivos en el periodo sin lactancia materna	Principales motivos de no lactancia		
		Nunca tuvo leche	El niño la rechazó	Estaba enferma
Estados Unidos Mexicanos	Total	%	%	%
15 a 19 años				
20 a 24 años				
25 a 29 años				
30 a 34 años				
35 a 39 años				
40 a 44 años				
45 a 49 años				
Menor de 15 000 habitantes				
...				
De 15 000 y más habitantes				
...				

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.23	01	Murió a las horas de nacido	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4) AND P9_22=2 Principales motivos de no lactancia: Estaba enferma P9_23=02 Nunca tuvo leche P9_23=04 El niño la rechazó P9_23=05
	02	Estaba enferma	
	03	Por enfermedad del niño	
	04	Nunca tuvo leche	
	05	El niño la rechazó	
	06	El médico le recomendó dar fórmula	
	07	Otra razón	
	08	No quiso amamantarlo	
	09	Trabajaba o estudiaba	
	10	Problemas anatómicos de la mama	
	99	No sabe	
5.2	15...54	Edad	Grupos de edad: 15 a 49 años
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	P5_2>=15 AND P5_2<=19
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	20 a 24 años P5_2>=20 AND P5_2<=24
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	25 a 29 años $P5_2 \geq 25 \text{ AND } P5_2 \leq 29$ 30 a 34 años $P5_2 \geq 30 \text{ AND } P5_2 \leq 34$ 35 a 39 años $P5_2 \geq 35 \text{ AND } P5_2 \leq 39$ 40 a 44 años $P5_2 \geq 40 \text{ AND } P5_2 \leq 44$ 45 a 49 años $P5_2 \geq 45 \text{ AND } P5_2 \leq 49$
			Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes $TLOC=3 \text{ AND } TLOC=4$ De 15,000 y más habitantes $TLOC=1 \text{ AND } TLOC=2$

6.20 Ablactación

El inicio del consumo de otros alimentos proceso conocido como ablactación, resulta relevante pues significa que el infante podrá adquirir nuevos nutrientes necesarios para continuar su crecimiento y permite conocer la edad en meses en que el niño disminuyó o dejó el consumo de leche materna. Como se ha dicho anteriormente la UNICEF y la OMS (2004) recomiendan el inicio de la ablactación al sexto mes puesto que la leche materna cubre satisfactoriamente 95% de los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes, disminuye a 80% durante el sexto mes y a 60% en el noveno.

En este contexto se presenta información sobre los principales alimentos que se le dan al niño de acuerdo con el tiempo promedio de edad de inicio en cada uno de ellos.

Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años y tiempo promedio de inicio de la ablactación (en días) por tamaño de localidad y tipo de alimento

Tabulado 26

Tamaño de localidad y tipo de alimento	Hijos nacidos vivos en el periodo	Tiempo promedio de inicio de alimentación (ablactación en días) ¹
Estados Unidos Mexicanos	Total	Promedio
Agua o té		
Fórmula, leche en polvo, de vaca, etc.		
Jugos o caldos		
Papillas o purés		
Atoles, cereales, tortillas o pan		
Huevo		
Menor de 15 000 habitantes	Total	Promedio
...		
De 15 000 y más habitantes	Total	Promedio
...		

¹ Excluyen los hijos que tenía menos de un día y los que No saben.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.26	1	Días	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
	2	Meses	
	3	No le ha dado ese alimento	
	9	No sabe	
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Tiempo promedio de inicio de alimentación: IF P26_1_1=1 THEN P26_1AUX=P26_1_2 IF P26_1_1=2 THEN P26_1AUX=P26_1_2*30 IF P26_2_1=1 THEN P26_2AUX=P26_2_2 IF P26_2_1=2 THEN P26_2AUX=P26_2_2*30 IF P26_3_1=1 THEN P26_3AUX=P26_3_2 IF P26_3_1=2 THEN P26_3AUX=P26_3_2*30 IF P26_4_1= 1 THEN P26_4AUX=P26_4_2 IF P26_4_1=2 THEN P26_4AUX=P26_4_2*30
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	
	4	Localidad menor a 2,500 hab.	

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			IF P26_5_1=1 THEN P26_5AUX=P26_5_2 IF P26_5_1=2 THEN P26_5AUX=P26_5_2*30 IF P26_6_1=1 THEN P26_6AUX=P26_6_2 IF P26_6_1=2 THEN P26_6AUX=P26_6_2*30 Agua o té PROM(P26_1AUX) Fórmula, leche en polvo, de vaca, etc. PROM(P26_2AUX) Jugos o caldos PROM(P26_3AUX) Papillas o purés PROM(P26_4AUX) Atoles, cereales, tortillas o pan PROM(P26_5AUX) Huevo PROM(P26_6AUX) Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4 De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.21 Primera revisión del recién nacido

La revisión del niño constituye un factor clave de la salud neonatal, ya que permite identificar problemas que impactan en su salud. Una revisión temprana es recomendable pues facilita la evaluación del crecimiento y desarrollo del recién nacido, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, establece que el recién nacido debe recibir atención al momento del nacimiento, y su primera consulta de revisión debe realizarse entre los tres y cinco días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días de nacido.

Por lo que resulta importante contar con información sobre el cumplimiento de esta recomendación a nivel nacional con el fin de generar estrategias de apoyo a la población en caso de requerirlo.

Distribución porcentual de hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa, según condición de revisión en el primer año de vida; edad a la primera revisión y promedio de revisiones

Tabulado 27

Entidad federativa	Condición de revisión en el primer año de vida ¹		Edad a la primera revisión ¹					Promedio de revisiones ⁴
	Sin revisión	Con revisión	1 semana	2 a 3 semanas	1 mes	Posterior a 1 mes	No sabe ²	
Estados Unidos Mexicanos	%	%	Total	Total	Total	Total	Total	Promedio
Aguascalientes								
Baja California								
...								
Yucatán								
Zacatecas								

¹ No se considera el No sabe.

² Hijos nacidos vivos con edad no especificada a la primera revisión.

³ Incluye únicamente a los hijos nacidos vivos con información de edad a la primera revisión y número total de revisiones durante el primer año de vida.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.27	1	Días	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
	2	Semanas	
	3	Meses	
	8	No la(lo) revisaron	
	9	No sabe	
			Condición de revisión en el primer año de vida:
928	01...24	Número de revisiones	Sin revisión
	99	No sabe	P27_1_1=8
			Con revisión
			P27_1_1=1 OR P27_1_1=2 OR P27_1_1=3
			Edad a la primera revisión:
			1 semana
			[P27_1_1=1 AND (P27_1_2>=1 AND P27_1_2<=7)] OR (P27_1_1=2 AND P27_1_2=1)
			2 a 3 semanas
			[P27_1_1=1 AND (P27_1_2>=8 AND P27_1_2<28)] OR [(P27_1_1=2 AND (P27_1_2=2 OR P27_1_2=3))]
			1 mes
			P27_1_1=2 AND P27_1_2=1

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
			Posterior a 1 mes (P27_1_1=2 AND P27_1_2>=2) OR P27_1_1=3
			No sabe P27_1_1=9 OR [(P27_1_1>=1 AND P27_1_2<3) AND P27_1_2=99]
			Promedio de revisiones: Promedio IF P28<>99 THEN PROM(P28)

6.22 Personal de atención del niño

Es importante que la población infantil reciba atención de su salud, con la finalidad de monitorear su desarrollo durante los primeros años de vida, además de aplicar la vacunación necesaria para evitar la aparición de enfermedades prevenibles. Durante la primera etapa de vida de la población las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de morbimortalidad en la población infantil, por lo que deben ser atendidos oportunamente.

En este sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño estipula que el personal de salud debe otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28; en los niños menores de un año seis consultas al año, una cada dos meses; y en los niños de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de seis meses (DOF, 2000).

Con la información de la ENADID 2014 es viable presentar información sobre el personal que atendió a los niños durante su primer año de vida.

Hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años con revisión en el primer año de vida por personal de atención y distribución porcentual según tamaño de localidad

Tabulado 28

Personal de atención al infante	Hijos nacidos vivos en el periodo con revisión en el primer año de vida ¹	Tamaño de localidad	
		Menor de 15 000 habitantes	De 15 000 y más habitantes
Estados Unidos Mexicanos	Total	%	%
Médico			
Enfermera			
Otra persona ²			

¹ Excluye a los hijos nacidos vivos que fallecieron a las horas de nacidos.

² Incluye auxiliar o promotora de salud.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.29	1	Médico	UNIVERSO (P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
	2	Enfermera	
	3	Auxiliar o promotora de salud	
	9	Otra persona	
Tamaño de la localidad	1	Localidad de 100,000 y más hab.	Personal de atención al infante: Médico P29=1
	2	Localidad de 15,000 a 99,999 hab.	Enfermera P29=2
	3	Localidad de 2,500 a 14,999 hab.	Otra persona P29=3 OR P29=4
	4	Localidad menor de 2,500 hab.	Tamaño de localidad: Menor de 15,000 habitantes TLOC=3 AND TLOC=4 De 15,000 y más habitantes TLOC=1 AND TLOC=2

6.23 Deseo del embarazo

No siempre los embarazos son planeados, por eso con la finalidad de conocer si las mujeres planearon o deseaban quedar embarazadas del último hijo nacido vivo, la ENADID 2014 recupera información al respecto para conocer esta situación en la población entrevistada.

Distribución porcentual de los hijos nacidos vivos del último embarazo de las mujeres de 15 a 49 años por entidad federativa según deseo del embarazo

Tabulado 29

Entidad federativa	Hijos nacidos vivos en el periodo	Deseo del embarazo ¹		
		Quería embarazarse	Quería esperar más tiempo	No quería embarazarse
Estados Unidos Mexicanos	Total	%	%	%
Aguascalientes				
Baja California				
...				
Yucatán				
Zacatecas				

¹ Excluye a la respuesta No sabe.

Definición

Pregunta	Código	Descripción	Cálculo
9.30	1	Quería embarazarse	UNIVERSO
	2	Quería esperar más tiempo	(P9_1_1=2 AND P9_1_4>=2009) AND (P92_1=3 OR P92_1=4)
	3	No quería embarazarse	
	9	No sabe	Deseo del embarazo: Quería embarazarse P30=1 Quería esperar más tiempo P30=2 No quería embarazarse P30=3

7. Alcances y limitaciones

Las disposiciones para la atención de la Salud Materno Infantil en México están alineadas con las recomendaciones internacionales en las normas oficiales mexicanas principalmente en la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño y la NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Sin embargo, las fuentes de información para evaluar el cumplimiento de lo establecido en esta materia son pocas, siendo la ENADID la principal fuente de información estadística, con la cual existe evidencia que en nuestro país se cumplen las disposiciones oficiales, como son la atención durante el embarazo, en el parto y después del parto, así como la atención de los recién nacidos y su seguimiento durante el primer año de vida.

Si bien este cumplimiento se observa es evidente de manera general, la encuesta permite identificar que, en algunas entidades como la Ciudad de México, los partos por cesárea superan por mucho el 20% que establece la Norma Oficial Mexicana, por lo que es necesario concientizar tanto al personal médico como a las mujeres de los efectos negativos de esta práctica en la salud de éstas.

Otro tema que la encuesta permite medir es la práctica de la lactancia materna, si bien en nuestro país el tiempo promedio es de aproximadamente seis meses, con lo que se cumple lo establecido en la norma, es importante reforzar la importancia de la lactancia entre las mujeres, no solo por su valor nutricional para el recién nacido, sino también por los beneficios que tiene la propia mujer.

En este sentido, cuando se observa que con base en los resultados de la ENADID que los principales motivos por los que las mujeres no amamantaron a sus hijos fueron porque mencionaron no haber tenido leche o bien que el niño las rechazó, es una evidencia de que puede deberse a que no se les proporcionó la información suficiente para iniciar la lactancia de manera adecuada; además de dejar evidencia estadística de que son los propios profesionales de salud, es decir, los médicos quienes recomiendan la alimentación de los niños con fórmulas lácteas, lo que va en contra de lo dispuesto en la propia norma oficial.

Entre las limitaciones que tienen la información recabada por la ENADID está la falta de medición de algunos aspectos durante el proceso de atención, lo cual debe ser investigado de manera cualitativa o con estudios de caso, para dejar evidencia de algunos procesos que ocurren durante esta etapa de la mujer.

De acuerdo con la OMS, en las últimas dos décadas, se ha incrementado considerablemente algunas prácticas durante el trabajo de parto que permiten que el parto inicie y se acelere por medio de la medicalización, lo que tiende a debilitar

la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta negativamente su experiencia durante el parto; por ello plantea algunas directrices para identificar estas prácticas con la finalidad de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto sin complicaciones (OMS, 2018d); esta práctica médica no es viable medirla con base en los resultados de la ENADID 2014.

Otro aspecto que se tiene identificado que sufren las mujeres durante esta etapa de su vida es la violencia obstétrica, que sufren las mujeres por parte de los prestadores de servicios de salud, tanto en el sector público como en el privado, que consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto.

Esta violencia no solo incluye la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, sino también en el trato que reciben las mujeres por parte del personal de salud, o bien el abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Grupo de Información en Reproducción Elegida [Gire], s.f.).

En México, la violencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio se encuentra en una etapa incipiente, a pesar de existir evidencia de la práctica de esta en los sistemas de salud, que es otro de los aspectos que con la ENADID no es posible medir.

Tomando en consideración lo presentado resulta necesario que todas las mujeres conozcan sus derechos humanos y reproductivos, para que puedan exigir a los profesionales de la salud un trato digno no solo durante esta etapa de su vida, sino en todos los aspectos de la misma.

Por ello, la ENADID resulta ser un instrumento importante que permite visualizar todas las implicaciones que tiene para cualquier mujer, esta etapa de la vida, ya que al ser un proceso natural se considera en muchos casos que no tiene implicaciones a largo plazo; sin embargo, en caso de una atención no adecuada no resulta ser así.

Referencias

- Aguilar Palafox, M. I. y Fernández Ortega, M. A. (2007). Lactancia materna exclusiva. *Revista de la Facultad de Medicina*, 004. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>
- Ashford, L. (2002). *Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados*. Population Reference Bureau [PRB] y Measure Communication: Washington, D.C. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (9 de junio de 2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (10 de noviembre de 2014). *Acuerdo por el que se determina Información de Interés Nacional el proyecto de generación de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://www.snieg.mx/DocumentacionPortal/iin/Acuerdo_9_IV_2014/ACUERD O_ENADID.pdf
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (7 de abril de 2016). *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*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016&print=true
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (30 de diciembre de 2017). *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio fiscal 2018*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509797&fecha=30/12/2017
- Echarri Cánovas, C. J. (2004). Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México. *Papeles de población*, 039, 95-128. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252004000100005

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés]. (s.f.). *Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Recuperado el 13 de octubre de 2018, en: https://www.unicef.org/spanish/statistics/index_24304.html
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés] y Organización Mundial de la Salud [OMS]. (23 de marzo 2004). *Estrategia mundial: la lactancia materna, fundamental para la supervivencia infantil*. Comunicado de prensa conjunto. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/es/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF por sus siglas en inglés]. (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud materna y neonatal*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2009_Main_Report_LoRes_PDF_SP_USLetter_03112009.pdf
- Genetic Alliance. (2008). *Cómo entender la genética: Una guía para pacientes y profesionales médicos en la región de Nueva York y el Atlántico Medio*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132191/>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE]. (s.f.). *Violencia obstétrica*. Revisado el 14 de diciembre de 2014, en: <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>
- Institute of Health Economics [IHE]. (2008). *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A synopsis of the evidence*. Canadá: IHE.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (s.f.a). *Características Metodológicas de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1992*. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/est/702825000048.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (s.f.b). *Características Metodológicas de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997*. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/est/702825000065.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (s.f.c). *Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SIODS)*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://agenda2030.mx/#/home>

- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2003). *Síntesis Metodológica de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. México: INEGI. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/est/702825000042.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Evaluación de las bases de datos y diagnóstico de la información*. (Mecanograma).
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2009). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Informe operativo*. México: INEGI. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/est/informe_op_enadid09.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2015a). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Informe operativo*. México: INEGI. Recuperado el 2 de noviembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075293.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2015b). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Síntesis metodológica*. México: INEGI. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075255.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2018). *Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica*. Recuperado el 29 de septiembre de 2018, en: <http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/LSNIEG.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] y Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2010). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Informe operativo*. México: INEGI. Revisado el 29 de septiembre de 2018, en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/informe_op_enadid09.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] e Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2009). *Mujeres y Hombres en México 2009*. INEGI: México. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100976.pdf

- Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano *Eunice Kennedy Shriver* [NICHD, por sus siglas en inglés]. (s.f.). *¿Qué es un embarazo de alto riesgo?* Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/riesgo.aspx>
- Jara L. (2015). *Indicadores de salud* en Acceso Estadístico. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-de-salud/>
- Leal Soliguera, M. C. (2007). *Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu16108.htm
- McCoy, K. (2007). *Cuidado y examinación prenatal*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=4677452c-35ab-45e8-bf11-99aede4601cb&chunkiid=217111>
- Manual Merck de Información Médica para el Hogar. (2005). *Complicaciones del embarazo*. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España.
- Medline Plus. (2017). *Trabajo de parto prematuro*. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, en: <https://medlineplus.gov/spanish/preterm labor.html>
- Medline Plus. (2018a). *Cuando su bebé es un mortinato*. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000626.htm>
- Medline Plus. (2018b). *Edad gestacional*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002367.htm>
- Medline Plus. (2018c). *Pérdida del embarazo*. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, en: <https://medlineplus.gov/spanish/miscarriage.html>
- Medline Plus. (2018d). *Problemas durante el parto*. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, en: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirthproblems.html>
- Naciones Unidas [UN por sus siglas en inglés]. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Recuperado el 5 de octubre de 2018, en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Naciones Unidas [UN por sus siglas en inglés]. (2018). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://agenda2030.mx/docs/doctos/SDG_Report2018_es.pdf
- Nápoles Méndez, D. (2007). Cesáreas y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *MEDISAN* [revista en línea], 11(3). Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.pdf

- National Institute of Child Health and Human Development [NICHD]. (2008). *Pregnancy*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Salud reproductiva*. Recuperado el 5 de octubre de 2018, en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Manejo de las complicaciones en el embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Método madre canguro. Guía práctica*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf;jsessionid=6411230A75D3C2C2634F6201666EE423?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento*. Declaración de Fortaleza, Brasil 1985. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009a). *Nutrition for health and development*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: <http://www.who.int/nutrition/en/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009b). *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69939/WHO_FCH_CAH_09.01_spa.pdf;jsessionid=C4C98E55A165BF45F737364AC24D763B?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015a). *10 datos sobre la salud materna*. Recuperado el 5 de octubre de 2018, en: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015b). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=BC0C9047E1EBD2EB693368F0398B1931?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017a). *Comunicado de prensa del 19 de octubre de 2017*. Revisado el 6 de octubre de 2018, en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017b). *Reducción de la mortalidad de recién nacidos*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017c). *Salud y derechos humanos*. Recuperado el 5 de octubre de 2018, en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018a). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018b). *Inicio temprano de la lactancia materna*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018c). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018d). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Recuperado el 14 de diciembre de 2018, en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018e). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 2 de noviembre de 2018, en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.) *Beneficios*. Recuperado el 5 de octubre de 2018, en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID por sus siglas en inglés], Programa Integral de Salud Materna e Infantil [MCHIP por sus siglas en inglés]. (2013). *Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: [https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefing%20\(DCC\)%20-%20Spanish.pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefing%20(DCC)%20-%20Spanish.pdf)

- Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización Panamericana de la Salud [OPS], Instituto Nacional de Salud de Colombia [INS]. (2016). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33712/9789275319338-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85622/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2005). *Día Mundial de la Salud 2005 enfoca a madre y niños*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps050201.htm>
- Presidencia de la República. (s.f.). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://pnd.gob.mx/>
- Presidencia de la República. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2016*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2006). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005*. Recuperado el 13 de octubre de 2018, en: https://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf
- Revista Panamericana de Salud Pública. (2004, octubre). *La atención prenatal y el bajo peso al nacer*, 16(4), 280-281.
- Secretaría de Gobernación [SEGOB], Secretaría de Salud [SSA], Consejo Nacional de Población [CONAPO], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] e Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2008). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Informe final*. México: INSP, INEGI, CONAPO, SSA y SEGOB.
- Secretaría de Salud [SSA]. (1995). *Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2001). *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/LineamientoTec.pdf>

- Secretaría de Salud [SSA]. (2009). *Informe de resultados 2009*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/informe_resultados_2009_v3.pdf
- Secretaría de Salud [SSA]. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México: SSA. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Secretaría de Salud [SSA]. (2018). *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados. Enero-junio 2018*. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: [http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IRE-J2018Integrado\(31-07-2018\).pdf](http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IRE-J2018Integrado(31-07-2018).pdf)
- Secretaría de Salud [SSA], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf>
- Secretaría de Salud [SSA], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
- Secretaría de Salud [SSA], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2012c). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Recuperado el 5 de noviembre de 2018, en: https://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM]. (s.f.). *Control prenatal en Educación para la Salud*. Recuperado el 1 de noviembre de 2018, en: <http://www.edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/control%20prenatal2.pdf>
- University of Virginia Health System. (2004a). *El embarazo de alto riesgo. Las complicaciones del embarazo*.
- University of Virginia Health System. (2004b). *El recién nacido de alto riesgo. La posmadurez*.
- University of Virginia Health System. (2004c). *El recién nacido de alto riesgo. Grande para la edad gestacional*.

Von Waldenfels, H. A., Pflanz, M. y Ramón, J. (1992). *Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), OPS y OMS. Recuperado el 14 de octubre de 2018, en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1992v1/art11.pdf>

Walti, C. (2006). *Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación*. Revisado el 29 de septiembre de 2018, de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11205014.pdf>

Anexo 1. Sección de Salud Materno Infantil de la ENADID 2014

9.1 FILTRO

VÉA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE

NINGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS 1 } PASE A LA SECCIÓN X

CON ALGÚN REGISTRO EN LA HISTORIA DE EMBARAZOS 2

↓ ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO

NÚM. DE REVOLCIÓN (S.17A) MES Y AÑO } ANTES DE ENERO DE 2009 PASE A LA SECCIÓN X

FECHA DE NACIMIENTO O PÉRDIDA (S.17B)

PARA MUJERES CON UNO O MÁS EMBARAZOS OCURRIDOS DE ENERO DE 2009 A LA FECHA DE LA ENTREVISTA

9.2 FILTRO

VÉA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE

ABORTO 1

MORTINATO 2

HIJO SOBREVIVIENTE 3 } IDENTIFICACIÓN

HIJO FALLECIDO 4 }

ANOTE EL NOMBRE (S.10 ó S.14)

EDAD (S.13 ó S.16) DÍAS O MESES O AÑOS

9.3 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida) ¿personal de salud (médico, enfermera, nutriólogo, etc.) le diagnosticó...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
diabetes?	1	2
presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
problemas de la tiroides?	1	2
problemas en los riñones?	1	2
sobrepeso u obesidad?	1	2
VIH/SIDA?	1	2
¿tomaba alcohol?	1	2
¿fumaba?	1	2
¿consumía drogas?	1	2
¿otra enfermedad?	1	2

ANOTE

9.4 TIEMPO DE REVISIÓN PRENATAL

¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?

ANOTE UNA SOLA RESPUESTA

Semanas [] []

o

Meses [] []

No la revisaron 88 } PASE A 9.9

9.5 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿quién la revisó la mayoría de las veces?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Médico 1

Enfermera 2

Auxiliar o promotora de salud 3

Partera o comadrona 4

Otra persona 5

9.6 NÚMERO DE REVISIONES PRENATALES

En el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuántas consultas recibió (le hicieron) durante...

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LO DECLARADO PARA CADA OPCIÓN SIN REVISIONES, ANOTE "00"

el primer trimestre (de 1 a 3 meses)? [] []

el segundo trimestre (de 4 a 6 meses)? [] []

y, en el tercer trimestre (de 7 a 9 meses)? [] []

9.7 LUGAR DE ATENCIÓN PRENATAL

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿en qué lugar o institución de salud recibió la mayoría de las consultas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades) 01

ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 02

Pemex, Defensa o Marina 03

Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 04

Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados) 05

Consultorio, clínica u hospital privado 06

Consultorio de una farmacia 07

Casa de la partera 08

En su casa 09

Otro lugar 10

ANOTE

9.8 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL

¿Durante las consultas de revisión del embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida)...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
le tomaron la presión?	1	2
le realizaron algún examen de sangre?	1	2
le realizaron algún examen de orina?	1	2
le aplicaron la vacuna contra el tétanos?	1	2
le dieron ácido fólico, hierro o algún otro complemento vitamínico?	1	2
escucharon y revisaron los movimientos del bebé?... 1	1	2
le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)?	1	2
le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo?	1	2
le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna?	1	2

Continúe con la pregunta 9.9 ➔

137

9.9 COMPLICACIONES PRENATALES

Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SI	NO
sangrado vaginal?	1	2
presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
ataques o convulsiones?	1	2
diabetes gestacional o azúcar en la sangre por el embarazo?	1	2
infección urinaria?	1	2
anemia?	1	2
parto prematuro?	1	2
ruptura de la fuente antes de tiempo?	1	2
poco o mucho líquido amniótico?	1	2
problemas con la placenta?	1	2
¿el bebé dejó de moverse?	1	2
¿el bebé dejó de crecer?	1	2
¿el bebé tenía el cordón umbilical enredado? ..	1	2
¿otra complicación?	1	2

ANOTE

9.10 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL PARTO (PÉRDIDA)

¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto de (NOMBRE) (su última pérdida)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Médico.....	1
Enfermera	2
Auxiliar o promotora de salud.....	3
Partera o comadrona	4
Otra persona	5
Nadie (ella sola) ..	6

9.11 COMPLICACIONES EN EL PARTO (PÉRDIDA)

Durante el parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SI	NO
sangrado abundante o grave?	1	2
presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
ataques o convulsiones?	1	2
¿el bebé venía en mala posición?	1	2
¿el bebé traía el cordón umbilical enredado?	1	2
¿el bebé tuvo problemas para nacer? ..	1	2
¿el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)? ..	1	2
¿otra complicación?	1	2

ANOTE

9.12 LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO (PÉRDIDA)

¿En qué lugar o institución de salud se atendió?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades).....	01
ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.).....	02
Pemex, Defensa o Marina.....	03
Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).....	04
Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados)	05
Consultorio, clínica u hospital privado	06
Consultorio de una farmacia	07
Casa de la partera.....	08
En su casa	09
Otro lugar	10

ANOTE

9.13 TIEMPO DE REVISIÓN POSPARTO

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que a usted le revisaran?

ANOTE UNA SOLA RESPUESTA

Días | | |

o

Semanas | | |

o

Meses | | |

No la revisaron 88 } /FASE A 9.15

9.14 NÚMERO DE REVISIONES POSPARTO

En total, ¿cuántas consultas para revisión tuvo después del parto (durante la cuarentena)?

ANOTE EL NÚMERO DE CONSULTAS DE REVISIÓN

9.15 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida) durante la cuarentena, ¿tuvo...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SI	NO
sangrado abundante?	1	2
presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?	1	2
flujo vaginal con mal olor?	1	2
neumonía?	1	2
infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)?	1	2
depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)?	1	2
otra complicación?	1	2

ANOTE

9.16 REGRESO DE LA REGLA

Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que le regresara la regla?

ANOTE LOS MESES

No le ha regresado 88

9.17 FILTRO

VEA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

ABORTO 1 } /FASE A LA SECCIÓN X

HIJO SOBREVIVIENTE, HIJO FALLECIDO O MORTINATO..... 2

Continúe con la pregunta 9.18 ➔

<p>9.18 TIPO DE PARTO</p> <p>¿Este parto fue...</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>normal (vaginal)?...1 } FASE A 9.20</p> <p>cesárea programada?.....2</p> <p>cesárea de emergencia?3</p>	<p>9.19 MOTIVO DE LA CESÁREA</p> <p>¿La cesárea, se decidió...</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>durante las consultas prenatales?1</p> <p>antes de iniciar el trabajo de parto?2</p> <p>durante el trabajo de parto?3</p>	<p>9.20 FILTRO</p> <p>VEA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE</p> <p>MORTINATO 1 } FASE A LA SECCIÓN X</p> <p>HIJO SOBREVIVIENTE O HIJO FALLECIDO..... 2</p>	<p>9.21 ATENCIÓN EN EL PUERPERIO</p> <p>Después del parto de (NOMBRE), ¿le...</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p> <p>SI NO</p> <p>explicaron cómo darle a su bebé leche materna o pecho? 1 2</p> <p>recomendaron algún método anticonceptivo?..... 1 2</p> <p>¿cuál? _____ ANOTE</p>
<p>9.22 CONDICIÓN DE LACTANCIA MATERNA</p> <p>Ahora le voy a preguntar por (NOMBRE).</p> <p>¿Le dio leche materna o pecho?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí1 } FASE A 9.24</p> <p>No 2</p>	<p>9.23 MOTIVO DE NO LACTANCIA MATERNA</p> <p>¿Por qué no le dio leche materna o pecho a (NOMBRE)?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Murió a las horas de nacido 1 } FASE A 9.30</p> <p>Estaba enferma 2</p> <p>Por enfermedad del (de la) niño(a) 3</p> <p>Nunca tuvo leche 4 } FASE A 9.26</p> <p>El (la) niño(a) la rechazó 5</p> <p>El médico le recomendó dar fórmula 6</p> <p>Otra razón 7 } ANOTE</p>	<p>9.24 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA</p> <p>¿Cuánto tiempo de nacido(a) tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar leche materna o pecho?</p> <p>ANOTE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>MEJOS DE UNA HORA, ANOTE "00" EN HORAS</p> <p>Horas </p> <p>o</p> <p>Días </p>	
<p>9.25 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA</p> <p>¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) leche materna o pecho?</p> <p>ANOTE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>MENOS DE UN DÍA, ANOTE "00" EN DÍAS</p> <p>Días </p> <p>o</p> <p>Meses </p> <p>o</p> <p>Años </p> <p>Aún toma pecho 88</p>	<p>9.26 ABLACTACIÓN</p> <p>¿Cuántos días o meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar...</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN</p> <p>MENOS DE UN DÍA, ANOTE "00" EN DÍAS</p> <p>NO LE HA DADO ESE ALIMENTO, ANOTE "99" EN MESES</p> <p>DÍAS MESES</p> <p>agua o té? </p> <p>fórmula, leche en polvo, de vaca, etc.? . </p> <p>jugos o caldos? </p> <p>papillas o purés? </p> <p>atoles, cereales, tortillas o pan? </p> <p>huevo? </p>	<p>9.27 EDAD A LA PRIMERA REVISIÓN DEL INFANTE</p> <p>¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo(la) llevó a consulta para revisión por primera vez?</p> <p>ANOTE UNA SOLA RESPUESTA</p> <p>NO CONSIDERES LAS REVISIONES POR ALGUNA ENFERMEDAD O PARA APLICAR VACINAS</p> <p>Días </p> <p>o</p> <p>Semanas </p> <p>o</p> <p>Meses </p> <p>No lo(la) revisaron 88 } FASE A 9.30</p>	
<p>9.28 NÚMERO DE REVISIONES AL INFANTE</p> <p>Durante el primer año de vida, ¿cuántas consultas de revisión tuvo (ha tenido) (NOMBRE)?</p> <p>NO CONSIDERES LAS REVISIONES POR ALGUNA ENFERMEDAD O PARA APLICAR VACINAS</p> <p>_____ ANOTE EL NÚMERO DE REVISIONES</p>	<p>9.29 PERSONAL DE ATENCIÓN AL INFANTE</p> <p>¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Médico 1</p> <p>Enfermera 2</p> <p>Auxiliar o promotora de salud 3</p> <p>Otra persona 4</p>	<p>9.30 DESEO DEL EMBARAZO (ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO)</p> <p>¿En el momento que usted se embarazó de (NOMBRE)...</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>quería embarazarse? 1</p> <p>quería esperar más tiempo? 2</p> <p>no quería embarazarse? 3</p>	

Continúe con la sección X ➡

Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo para la mujer.*

Anexo 2. Cuadro comparativo de Salud Materno Infantil 2009 y 2014

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>8.1 Ve a la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente</p> <p>Ningún registro en la historia de embarazos</p> <p>Con algún registro en la historia de embarazos</p>	<p>9.1 Ve a la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente</p> <p>Ningún registro en la historia de embarazos</p> <p>Con algún registro en la historia de embarazos</p>
<p>8.2 Ve a la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente.</p> <p>Aborto</p> <p>Mortinato</p> <p>Hijo sobreviviente</p> <p>Hijo fallecido</p>	<p>9.2 Ve a la historia de embarazos, circule el código y anote la información correspondiente.</p> <p>Aborto</p> <p>Mortinato</p> <p>Hijo sobreviviente</p> <p>Hijo fallecido</p>
	<p>9.3 Antes de que se embarazara de (NOMBRE) (su última pérdida) ¿personal de salud (médico, enfermera, nutriólogo, etc.) le diagnosticó...</p> <p>diabetes?</p> <p>presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</p> <p>problemas de la tiroides?</p> <p>problemas en los riñones?</p> <p>sobrepeso y obesidad?</p> <p>VIH/SIDA?</p> <p>¿tomaba alcohol?</p> <p>¿fumaba?</p> <p>¿consumía drogas?</p> <p>¿otra enfermedad?</p>
<p>8.3 ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez, después de que supo que estaba embarazada de (NOMBRE) (su última pérdida)?</p>	<p>9.4 ¿Cuánto tiempo tenía de embarazo cuando tuvo su primera consulta para revisión?</p>
<p>8.4 ¿Quién la revisó la mayoría de las veces durante este embarazo?</p> <p>Médico</p> <p>Enfermera</p>	<p>9.5 Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿quién la revisó la mayoría de las veces?</p> <p>Médico</p>

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>Auxiliar o promotora de salud Partera o comadrona Otra persona No sabe</p>	<p>Enfermera Auxiliar o promotora de salud Partera o comadrona Otra persona</p>
<p>8.6 En total, ¿cuántas revisiones le hicieron en este embarazo?</p>	<p>9.6 En el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuántas consultas recibió (le hicieron) durante... el primer trimestre (de 1 a 3 meses)? el segundo trimestre (de 4 a 6 meses)? el tercer trimestre (de 7 a 9 meses)?</p>
	<p>9.7 Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿en qué lugar o institución de salud recibió la mayoría de las consultas? Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades) ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) Pemex, Defensa o Marina Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados) Consultorio, clínica y hospital privado Consultorio de una farmacia Casa de la partera En su casa Otro lugar</p>
<p>8.5 ¿Durante las revisiones de este embarazo: la pesaron? le tomaron la presión? le revisaron el abdomen? Le hicieron algún ultrasonido? le realizaron algún examen de sangre? le realizaron algún examen general de orina? le aplicaron la vacuna contra el tétanos?</p>	<p>9.8 ¿Durante las consultas de revisión del embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida)... le tomaron la presión? le realizaron algún examen de sangre? le realizaron algún examen de orina? le aplicaron la vacuna contra el tétanos? le dieron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico? escucharon y revisaron los movimientos del bebé?</p>

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>le recetaron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico?</p> <p>le recomendaron dar pecho?</p> <p>le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara?</p> <p>le ofrecieron realizarle alguna prueba de detección de VIH o SIDA?</p>	<p>le ofrecieron realizarle la prueba para saber si tenía VIH (SIDA)?</p> <p>le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara?</p> <p>le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna?</p>
<p>8.7 ¿Durante el embarazo tuvo usted:</p> <p>sangrado vaginal?</p> <p>hinchazón de pierna y/o cara?</p> <p>dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbidos de oídos?</p> <p>contracciones antes de tiempo?</p> <p>azúcar en la sangre?</p> <p>infección en los riñones?</p> <p>ruptura de la fuente antes de tiempo?</p> <p>ataques o convulsiones?</p> <p>otra complicación?</p>	<p>9.9 ¿Durante el embarazo de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...</p> <p>sangrado vaginal?</p> <p>presión alto o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</p> <p>ataques o convulsiones?</p> <p>diabetes gestacional o azúcar en la sangre durante el embarazo?</p> <p>infección urinaria?</p> <p>anemia?</p> <p>parto prematuro?</p> <p>ruptura de la fuente antes de tiempo?</p> <p>poco o mucho líquido amniótico?</p> <p>problemas con la placenta?</p> <p>¿el bebé dejó de moverse?</p> <p>¿el bebé dejó de crecer?</p> <p>¿el bebé tenía el cordón umbilical enredado?</p> <p>¿otra complicación?</p>
<p>8.8 ¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto (pérdida)?</p> <p>Médico</p> <p>Enfermera</p> <p>Auxiliar o promotora de salud</p> <p>Partera o comadrona</p> <p>Otra persona</p> <p>Nadie (ella sola)</p> <p>No sabe</p>	<p>9.10 ¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto de (NOMBRE) (su última pérdida)?</p> <p>Médico</p> <p>Enfermera</p> <p>Auxiliar o promotora de salud</p> <p>Partera o comadrona</p> <p>Otra persona</p> <p>Nadie (ella sola)</p>
<p>8.9 ¿Durante el parto (pérdida):</p> <p>Tuvo sangrado abundante o grave?</p> <p>Tuvo presión alta?</p> <p>tuvo ataques o convulsiones?</p> <p>le bajo mucho la presión?</p>	<p>9.11 ¿Durante el parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿tuvo...</p> <p>sangrado abundante o grave?</p> <p>presión alta o preeclampsia (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)?</p> <p>ataques o convulsiones?</p>

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>se le rompió la fuente antes de que sintiera dolores? el(la) niño(a) venía de pies o sentado(a)? el(la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado? tuvo otra complicación?</p>	<p>¿el bebé venía en mala posición? ¿el bebé traía el cordón umbilical enredado? ¿el bebé tuvo problemas para nacer? ¿el bebé tuvo sufrimiento fetal (nació morado o tuvo dificultad para respirar)? ¿otra complicación?</p>
	<p>9.12 ¿En qué lugar o institución de salud se atendió? Seguro Social (IMSS) (IMSS-Oportunidades) ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) Pemex, Defensa o Marina Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) Otro servicio de salud público (DIF, INI, de los estados) Consultorio, clínica y hospital privado Consultorio de una farmacia Casa de la partera En su casa Otro lugar</p>
<p>8.10 ¿Cuántos días o meses después del parto (pérdida) la revisaron nuevamente?</p>	<p>9.13 Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que a usted la revisaran?</p>
	<p>9.14 En total, ¿cuántas consultas para revisión tuvo después del parto (durante la cuarentena)?</p>
	<p>9.15 Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida) durante la cuarentena, ¿tuvo... sangrado abundante? presión alta (vio luces, dolor de cabeza excesivo, etc.)? flujo vaginal con mal olor? neumonía? infección en la herida (de la cesárea o episiotomía)?</p>

ENADID 2009	ENADID 2014
	depresión posparto (tristeza por más de una semana o que no le permitió cuidar a su bebé)? otra complicación?
	9.16 Después del parto de (NOMBRE) (su última pérdida), ¿cuánto tiempo pasó para que le regresara la regla?
8.11 Vea pregunta 8.2 y circule el código correspondiente. Aborto Hijo sobreviviente, hijo fallecido o mortinato	9.17 Vea pregunta 9.2 y circule el código correspondiente. Aborto Hijo sobreviviente, hijo fallecido o mortinato
8.12 ¿Este parto fue: normal? por cesárea programada? por cesárea de emergencia?	9.18 ¿Este parto fue... normal (vaginal)? cesárea programada? cesárea de emergencia?
	9.19 ¿La cesárea, se decidió... normal? por cesárea programada? por cesárea de emergencia?
8.13 Vea pregunta 8.2 y circule el código correspondiente. Mortinato Hijo sobreviviente o hijo fallecido	9.20 Vea pregunta 9.2 y circule el código correspondiente. Mortinato Hijo sobreviviente o hijo fallecido
	9.21 Después del parto de (NOMBRE), ¿le... explicaron cómo darle a su bebé leche materna o pecho? recomendaron algún método anticonceptivo?
8.14 Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre (NOMBRE). ¿Cuántos meses estuvo embarazada de (NOMBRE)? Menos de 7 meses 7 a menos de 8 meses 8 a menos de 9 meses Más de 9 meses No sabe	

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>8.15 ¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer? Lo(a) pesaron pero no sabe cuánto pesó No lo(a) pesaron No sabe</p>	
<p>8.16 ¿Le dio usted pecho a (NOMBRE)? Sí No</p>	<p>9.22 Ahora le voy a preguntar por (NOMBRE). ¿Le dio leche materna o pecho? Sí No</p>
	<p>9.23 ¿Por qué no le dio leche materna o pecho a (NOMBRE)? Murió a las horas de nacido Estaba enferma Por enfermedad del niño No tuvo leche El niño la rechazó El médico le recomendó dar fórmula Otra razón</p>
<p>8.17 ¿Cuánto tiempo de nacido(a) tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar pecho?</p>	<p>9.24 ¿Cuánto tiempo de nacido(a) tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar leche materna o pecho?</p>
<p>8.18 ¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) el pecho?</p>	<p>9.25 ¿Durante cuánto tiempo le dio (ha dado) a (NOMBRE) leche materna o pecho?</p>
<p>8.20 ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar: agua o té? leche en polvo, de vaca, etc.? Atoles o cereales? jugo (frutas o verduras)? caldos (frijoles, res o pollo)? puré de frutas o verduras? puré de res o pollo? sopa, tortillas o pan? huevo?</p>	<p>9.26 ¿Cuántos días o meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar... agua o té? Fórmula, leche en polvo, de vaca, etc.? jugo o caldos? papillas o purés? atoles, cereales, tortillas o pan? huevo?</p>
<p>8.19 ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo(a) revisaron la primera vez?</p>	<p>9.27 ¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo(la) llevó a consulta para revisión por primera vez?</p>

ENADID 2009	ENADID 2014
<p>8.21 ¿Cuántas veces revisaron o han revisado a (NOMBRE) durante su primer año de vida?</p> <p>Número de revisiones No lo(a) revisaron No sabe</p>	<p>9.28 Durante el primer año de vida, ¿cuántas consultas de revisión tuvo (ha tenido) (NOMBRE)?</p>
<p>8.22 ¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces durante su primer año de vida?</p> <p>Médico Enfermera Auxiliar o promotora de salud Partera o comadrona Otra persona No sabe</p>	<p>9.29 ¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces?</p> <p>Médico Enfermera Auxiliar o promotora de salud Otra persona</p>
	<p>9.30 ¿En el momento que usted se embarazó de (NOMBRE)...</p> <p>quería embarazarse? quería esperar más tiempo? no quería embarazarse?</p>

Fuente: CONAPO e INEGI (2009). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Módulo para la mujer*; e INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Módulo para la mujer*.

Anexo 3. Conceptos de Salud Materno Infantil de ENADID 2014

Concepto	Definición
Ablactación	Introducción de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula (leche maternizada), en la dieta del niño en forma habitual.
Anemia	Afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos, que son los encargados de suministrar el oxígeno a los tejidos.
Antes de iniciar el trabajo de parto	Implica que existe la presencia de una afección o situación anormal de la gestación; puede presentarse por una emergencia obstétrica o por alguna situación que dificulta el proceso de parto normal (parto distócico).
Ataque o convulsiones	Crisis epiléptica o convulsiva que ocurre después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro.
Atención en el puerperio	Cuidado de la salud de la mujer posterior al parto, que incluye vigilancia médica, información sobre síntomas de alerta en este periodo, así como proporcionar información sobre lactancia materna y uso de métodos anticonceptivos.
Auxiliar o promotora de salud	Persona de la comunidad instruida por alguna institución de salud para la aplicación de vacunas, uso de métodos anticonceptivos, identificación de factores de riesgo de las mujeres embarazadas; entre otras actividades de promoción y cuidado de la salud.
Características de la revisión prenatal	Criterios con los cuales se permite diagnosticar un estado de normalidad o riesgo en el embarazo, que deben incluir la elaboración de historia clínica; identificación de signos; síntomas de alarma; medición y registro de presión arterial; valoración del riesgo obstétrico, del crecimiento uterino y el estado de salud del feto; biometría hemática completa; entre otras.
Centro de salud u hospital de la SSA	Instituciones de salud como clínicas, caravanas de salud, centros de salud y hospitales a cargo de la Secretaría de Salud (SSA), que atienden a la población sin seguridad social, y a la inscrita en los programas de seguridad social en salud como el Seguro Popular.
Cesárea de emergencia	Parto abdominal de urgencia. Se realiza cuando la mujer presenta complicaciones durante el trabajo de parto o llega al hospital por alguna emergencia obstétrica
Cesárea programada	Parto abdominal programado durante las consultas prenatales. Puede ser por evidencia de complicaciones o por solicitud de la madre.
Complicaciones en el parto	Dificultades o problemas que se manifiestan en signos y síntomas anormales en la mujer durante el parto o pérdida, y que constituyen un factor de riesgo para ella o el producto
Complicaciones en el puerperio	Dificultades o problemas que se manifiestan en signos y síntomas anormales en la mujer durante el puerperio (cuarentena) y que

Concepto	Definición
	constituyen un factor de riesgo para ella o el recién nacido.
Complicaciones prenatales	Dificultades o problemas que se manifiestan en signos y síntomas anormales en la mujer durante el desarrollo del embarazo y que constituyen un factor de riesgo para ella o el bebé.
Consultorio de una farmacia	Espacios adjuntos y pertenecientes a farmacias en los que se brinda atención médica de primer nivel por un pago.
Consultorio, clínica u hospital privado	Instituciones de salud privadas que atienden a la población a cambio de un pago.
Depresión posparto	Tristeza de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz, que se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. Generalmente está acompañada de llanto fácil, incapacidad para el cuidado propio y el del bebé, dificultad para comer, problemas de sueño, agitación o lentitud para moverse, fatiga, falta de energía, ideas de culpa o inutilidad, alteración de la concentración e ideación suicida.
Diabetes gestacional	Enfermedad que se presenta durante el embarazo al registrar glucemia alta (niveles altos de azúcar en la sangre). También se puede identificar como azúcar alta en la sangre.
Diabetes	Enfermedad crónica en la cual hay niveles altos de azúcar en la sangre.
Duración de la lactancia materna	Lapso durante el cual se alimenta al niño con leche materna (pecho). Abarca desde el primer momento en que el niño recibió alimentación materna (ya sea directo del pecho o por otro medio) hasta el último día en que fue amamantado.
Durante el trabajo de parto	Decisión de realizar una cesárea por la presencia de una emergencia obstétrica que pone en riesgo inminente la salud de la madre y el bebé.
Durante las consultas prenatales	Decisión de realizar la cesárea en alguna de las consultas de revisión, que no implica una emergencia o causa obstétrica de riesgo.
Edad a la primera revisión del infante	Edad de los niños al ser revisado por un profesional de la salud, en su primer año de vida, así como los que no fueron revisados.
El bebé dejó de moverse	Falta de movimiento fetal que se relaciona con la insuficiencia placentaria, provoca que el feto reciba menos oxígeno y nutrientes, y en consecuencia altera el crecimiento fetal, aparecen signos de sufrimiento fetal (el corazón del bebé no trabaja normalmente).
El bebé tuvo problemas para nacer	Hay ocasiones en que el feto es incapaz de descender por la pelvis. Generalmente, esto sucede cuando el bebé es grande; la pelvis de la madre es estrecha o el cordón umbilical es muy corto.

Concepto	Definición
El bebé tuvo sufrimiento fetal	El sufrimiento fetal es una alteración causada por falta de oxígeno (anoxia). Se identifica al encontrar alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, poca reacción del mismo, en el líquido amniótico (ante el estrés, el bebé libera meconio, que es su primera evacuación, con lo que el líquido amniótico se torna verde) o en la sangre fetal.
El bebé venía en mala posición	En algunas ocasiones el bebé puede asumir posiciones no adecuada para su nacimiento como venir de nalgas, o mostrar partes del cuerpo al salir como la frente, una mano, un pie, etc., situación que puede alargar el trabajo de parto ocasionando un parto traumático para la madre y generar lesiones en el recién nacido, incluyendo la muerte.
Enfermedades preexistentes	Padecimientos que fueron diagnosticados a la mujer antes del embarazo.
Enfermera	Persona que ayuda directamente al médico en los aspectos terapéuticos o preventivos, con el fin de lograr la recuperación de la salud de la población, o bien, vigilan el curso del embarazo. Cuentan con un conocimiento orientado a auxiliar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y proporcionar cuidados específicos integrales, para apoyar el restablecimiento de la salud. No tiene competencia en la realización de diagnósticos médicos ni para recetar.
Flujo vaginal con mal olor	Secreciones vaginales con olor fétido (mal oliente), que puede acompañarse con dolor pélvico y fiebre, lo que es indicativo de infección puerperal.
Infección en la herida	Infección en la incisión realizada para el nacimiento, con fiebre, dolor, sensibilidad, enrojecimiento, supuración e inflamación en la herida.
Infección urinaria	Infección que se puede presentar en cualquier parte de las vías urinarias, como vejiga, riñones, uréter o uretra. Comúnmente se le conoce como mal de orín o cistitis (inflamación de la vejiga). Se caracteriza por ardor, dificultad y sensación de no haber terminado de orinar.
Inicio de la lactancia materna	Tiempo transcurrido en horas o días entre el nacimiento y el ofrecimiento por primera vez de leche materna al recién nacido.
ISSSTE o ISSSTE Estatal	Institución de salud que atiende a los trabajadores del gobierno federal o los de gobiernos estatales y municipales, pensionados, jubilados y sus beneficiarios (familiares directos inscritos en cada uno de los sistemas).
Lugar de atención prenatal	Espacio en el que fue revisada la mujer durante el embarazo.
Médico	Persona cuyos conocimientos académicos le permiten diagnosticar, prevenir o tratar enfermedades, y que además está legalmente autorizada para ejercer esta actividad. En esta opción registra también a los médicos con alguna especialidad (ginecólogo, obstetra, ginecobstetra, médico partero, médico cirujano, médico general, pasante, cirujano, entre otros).

Concepto	Definición
Motivo de no lactancia materna	Causas por las que la madre no alimenta a su bebé con leche materna, ya sea médica o personal.
Neumonía	Inflamación del pulmón causada generalmente por una infección por bacterias, virus u hongos.
Número de revisiones al infante	Visitas para revisión, seguimiento o valoración del crecimiento y desarrollo del lactante durante el primer año de vida.
Número de revisiones posparto	Ocasiones que se dio seguimiento y valoración a la madre durante el puerperio.
Número de revisiones prenatales	Ocasiones que la mujer recibió seguimiento y valoración, durante el embarazo.
Obesidad.	Cantidad anormal de grasa en el cuerpo. El término no suele utilizarse a menos que la persona tenga 20 a 30% más del peso correspondiente a su edad, sexo y estatura.
Otro servicio médico público	Instituciones de salud que proporcionan algún servicio médico público por parte del gobierno estatal o municipal.
Partera o comadrona	Persona de la comunidad que ha adquirido empíricamente y por tradición, la habilidad de diagnosticar, curar o controlar ciertas enfermedades. Principalmente se dedica al cuidado de la salud de las mujeres embarazadas y de los niños, aunque también pueden revisar otros aspectos. En algunas localidades estas mujeres han sido capacitadas por la Secretaría de Salud para mejorar la calidad del servicio que ofrecen.
Parto abdominal.	También conocido como cesárea. Extracción del feto y el resto de los productos del embarazo, por medio de una incisión en el útero realizada a través de la pared abdominal.
Parto prematuro	Parto que inicia antes de cumplir los 9 meses o 37 semanas de gestación.
Parto vaginal	También llamado parto normal o eutócico. Expulsión del feto con placenta y membranas del útero hacia la vagina y de ahí al exterior del cuerpo de la madre.
Personal de atención al infante	Personas que ofreció el servicio de salud al niño durante su primer año de vida, que puede ser calificado académicamente, capacitado o adiestrado para cuidar la salud, o bien personas que sin dedicarse al cuidado de la salud, apoyan a partir de su propia experiencia, en la revisión.
Personal de atención en el parto	Persona que auxilia o dirige el proceso del parto, independientemente de su formación en disciplinas de la salud o con formación empírica.
Personal de revisión prenatal	Persona que revisó el mayor número de veces a la mujer embarazada, independientemente de su formación en disciplinas de la salud o de formación empírica.

Concepto	Definición
Poco o mucho líquido amniótico	Cantidad anormal de líquido amniótico que debe ser claro y ligeramente amarillento que rodea el bebé (feto) dentro del útero durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico.
Preeclampsia	Afección que se presenta durante el embarazo al desarrollar hipertensión arterial, proteínas en la orina (proteinuria) y edema en las extremidades inferiores, después de la semana 20 de gestación.
Presión alta	También llamada hipertensión. Término utilizado para indicar que una persona tiene la presión arterial alta.
Problemas con la placenta	Situación de placenta no sana, hay desprendimiento o está o mal colocada en el útero por lo que el feto puede recibir menos oxígeno y nutrientes.
Problemas de la tiroides.	Enfermedades relacionadas con el mal funcionamiento de esta glándula endocrina que produce hormonas que regulan el metabolismo del cuerpo.
Problemas en los riñones	Enfermedades que atacan a los nefronas, provocando que los riñones no puedan eliminar los productos de desecho del organismo.
Revisión del infante	La revisión que implica la evaluación de aspectos tales como el crecimiento (medir su talla, perímetro abdominal y de la cabeza, entre otros); sus reflejos; alimentación; peso; etcétera.
Ruptura de la fuente antes de tiempo	Rompimiento de las membranas que contienen el líquido amniótico y al producto. También se le conoce como "romper aguas"; se manifiesta con la salida del líquido por la vagina y normalmente ocurre antes de iniciar el trabajo de parto.
Sangrado abundante o grave	El sangrado abundante o grave es conocido como hemorragia uterina. Las contracciones del útero permiten que los vasos se cierren y curen. La pérdida de sangre puede ser mayor si el útero no se contrae; existen traumatismos o heridas en el útero, cérvix (cuello del útero) o en la región perianal; por problemas de coagulación o si una parte de la placenta sigue dentro del útero después del parto, evitando que éste se contraiga por completo. Un desgarre en la vagina o del cuello uterino también puede causar una hemorragia grave.
Sangrado vaginal	Hemorragia genital que puede ocurrir por diversas causas durante el embarazo puede estar acompañada de dolor abdominal (tipo cólico) entre otros síntomas. Los síntomas incluyen una hemorragia indolora que comienza al final del embarazo y que puede intensificarse.
Seguro Social	Institución de salud que atiende a los trabajadores, pensionados, jubilados, así como a sus beneficiarios; además de la población registrada en el padrón de beneficiarios del IMSS Oportunidades que es atendida en unidades médicas de primer y segundo nivel.
Sobrepeso	Adultos con un índice de masa corporal de 25 a 29.9 kg/m ² .

Concepto	Definición
Tiempo de revisión posparto	Intervalo transcurrido para dar seguimiento y atención a la mujer a partir del momento que fue dada de alta.
Trimestre del embarazo	División temporal de las 40 semanas de duración del embarazo. El primer trimestre comprende de la semana 0 a 12 (3 meses de gestación); el segundo de la semana 13 a 27 (de 4 a 6 meses); y el tercero de la 28 a 42 (de 7 a 9 meses).
VIH/SIDA	El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo y el SIDA es el estadio más avanzado de esta infección.

Fuente: INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Manual conceptual de la entrevistadora.*