

Contacto CONAMER

JRL-LCF-CFP- B000192088

De: René Fonseca Medina <rfonseca@canilec.org.mx>
Enviado el: miércoles, 10 de abril de 2019 02:04 p. m.
Para: Contacto CONAMER; Julio Cesar Rocha Lopez
CC: Morales, Xochitl
Asunto: Comentarios a AIR NOM 050
Datos adjuntos: Conamer NOM Lactancia.pdf; País amigo de la lactancia materna.pdf; UNICEF_ENIM2015.pdf; ANEXO Comentarios CANILEC al Anteproyecto NOM050.pdf; Anexo Comentarios CANILEC al AIR apartado 6.4 final.pdf; Comentarios CANILEC a la AIR NOM-050.pdf

Buenas tardes,

A nombre de la Cámara Nacional de Industriales de la Leche, se adjuntan comentarios al AIR del anteproyecto de NOM-050-SSA2 así como los respectivos Anexos

Atentos saludos

Ing. René Fonseca Medina
Director General

Benjamín Franklin No. 134, Colonia Escandón,
C.P. 11800, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.

Tel: 5271-2100

www.canilec.org.mx



Ciudad de México a 09 de abril de 2019

Lic. César Emiliano Hernández Ochoa

Comisionado Nacional

Comisión Nacional de Mejora Regulatoria

Blvd. Adolfo López Mateos 3025,

San Jerónimo Aculco, Ciudad de México

C.P. 10400

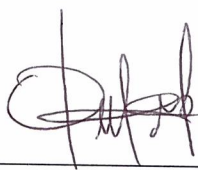
PRESENTE

Distinguido Lic. Hernández

Sirva la presente para enviarle un cordial saludo y remitirle comentarios a nombre de la **Cámara Nacional de Industriales de la Leche (CANILEC)** con respecto a los últimos comentarios realizados al Análisis de Impacto Regulatorio (AIR) correspondiente al *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna* publicados en el portal de esta H. Comisión el pasado 27 de septiembre de 2018.

Agradeciendo de antemano su consideración, al ser estos presentados en tiempo y forma

ATENTAMENTE



Ing. René Fonseca Medina

Director General



Comentarios CANILEC con respecto al Análisis de Impacto Regulatorio “AIR” sobre el PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Es un instrumento que representa beneficios notoriamente superiores a sus costos en términos de la competitividad y eficiencia de los mercados	NO	Sin comentarios
Brinde la justificación por la que el (los) supuesto (s) de calidad anteriormente señalado (s) es (son) aplicable (s) al anteproyecto:	Partiendo de la Ley General de Salud, legislación rectora en materia de salubridad general, reglamentaria del Artículo 4 Constitucional, establece en los artículos 13, inciso A, fracción I, que corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud dictar las Normas Oficiales Mexicanas, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar el cumplimiento y; 133 fracción I, en el que faculta a la Secretaría de Salud como entidad competente para expedir Normas Oficiales Mexicanas en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes.	Partiendo que este proyecto de Norma Oficial Mexicana considera aspectos comerciales y de publicidad que impactan a la Industria fabricante y distribuidora de los productos regulados, por lo cual se solicita se incluyan a estos dos actores: (Secretaría de Economía y las empresas productoras o comercializadoras de sucedáneos de leche materna), como parte del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Adicionalmente consideramos que desde la perspectiva Industrial, existen sectores industriales regulados tales como el sector farmacéutico y empresas de suplementos alimenticios, ya que forman parte del sector que atiende la salud materno-infantil. Consideramos muy importante citar que este proyecto de Norma Oficial Mexicana de servicios de salud en materia de salubridad general que consista en instrucciones al Sistema Nacional de Salud, el campo de aplicación alcanza también a todas aquellas personas, empresas e instituciones vinculadas con mujeres en periodo de lactancia o la alimentación infantil, por lo tanto, también se regular en el texto de la Norma la comercialización de productos alimenticios que puedan competir con la lactancia materna (No sólo refiere a Sucédáneos de la leche materna, dada la aplicación de una definición diferente a la de la



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		legislación mexicana) e imponiéndose a los patrones condiciones especiales de seguridad e higiene en el trabajo en materia de lactancia de madres trabajadoras. Por lo tanto, no sólo se trata de una disposición de carácter sanitario, sino que también trastoca materias que son competencia de otras entidades de la administración pública federal y que involucran a sectores que también debieran ser parte del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Solicitamos el involucramiento de otras empresas reguladas como son farmacéuticas y empresas del ramo alimenticio.
<u>Apartado I.- Definición del problema y objetivos generales de la regulación</u>		
1. Describa los objetivos generales de la regulación propuesta ^{#1}	La presente regulación tiene como objetivo establecer los criterios y lineamientos para unificar las acciones para la promoción, fomento, seguimiento y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, en los establecimientos de salud así como establecer criterios para el fomento y protección de la lactancia en caso de desastres y de apoyo a las mujeres que trabajan fuera de casa, con lo que se podrá dar cumplimiento de las disposiciones que señalan la protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna en La Ley General de Salud, la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, todo con pleno respeto a los derechos humanos de las mujeres y sus hijos en período de lactancia.	Tal como se cita en el comentario donde se cita la justificación de los supuestos.
2. Describa la problemática o situación que da	A pesar de los múltiples beneficios de la lactancia	CANILEC considera que es indispensable la inclusión de datos más



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
origen a la intervención gubernamental a través de la regulación propuesta: *	materna y su impacto favorable en el combate de malnutrición e infecciones, además de prevenir la obesidad y sobrepeso infantil en menores de 5 años, actuando como un elemento protector de dichos riesgos en etapas posteriores de la vida, lo que disminuye el riesgo consecuente de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y los altos costos de atención asociados que ocasionan al sistema nacional de salud. En nuestro país la evidencia indica que ha habido un deterioro alarmante en las prácticas de lactancia materna, con las tasas de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses más bajas en América y un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años que es de 9.7% por otro lado la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda a lo largo de cuatro encuestas nacionales, continúa ubicándose entre 3 y 5% en niños menores de un año de edad, condiciones que incrementan el riesgo de infección y muerte, en especial entre los niños que no son alimentados al seno materno. De acuerdo a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la lactancia materna exclusiva descendió a nivel nacional de 22.3 % a 14.5% de 2006 a 2012, en el medio rural el descenso fue más dramático ya que descendió de 36.9% a 18.5% en el mismo período. La misma encuesta hizo evidente que solo el 38.3% de los recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida, al año sólo la tercera parte de los niños recibe lactancia materna, y solo 1 de cada 7 continua con lactancia materna a los 2 años de edad, cuando la recomendación de la Organización	recientes, los cuales han sido citados por la misma Secretaría, con la finalidad de contar con elementos vigentes para una evaluación más precisa, motivo por lo cual se anexa la México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, donde se cita: “La prevalencia de LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los bebés remontó en México y se duplicó en los últimos tres años, pasando de 14.4% en 2012 (ENSANUT 2012) a 30.8% en 2015 (ENIM 2015).” Adicionalmente se anexo el documento Índice País Amigo de la Lactancia Materna: Caso México 2016, que proporciona datos que proveen contexto a la problemática.



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	Mundial de la Salud (OMS) es Lactancia Materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros 6 meses. (Anexo 1). Los riesgos a la salud asociados con una alimentación infantil diferente a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene un costo elevado en enfermedad, muertes y recursos económicos, tanto para las familias, gobiernos y la sociedad en general. La ENSANUT también menciona que las principales causas para que las mujeres no den pecho se relacionan con falta de apoyo para iniciar y continuar la lactancia, particularmente cuando trabajan fuera de casa. La lactancia materna protege a los niños en su primer año de vida contra las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, otitis media, infecciones diarreicas y respiratorias. Esto la hace una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir mortalidad infantil. Según un metaanálisis publicado por la OMS de datos de países de medianos y bajos ingresos, los niños que no son amamantados tienen seis veces más riesgo de morir por enfermedades infecciosas durante los primeros 2 meses de vida que aquellos que son amamantados. El efecto protector de la lactancia se extiende a etapas posteriores, hay evidencia para enfermedades crónicas como dermatitis, asma, sobrepeso, obesidad, diabetes y leucemia; y por otro lado está el efecto promotor de un mejor desarrollo y mayores logros en la educación formal. La alimentación infantil apropiada es uno de los pilares más importantes para la promoción de la salud y	



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	la lactancia materna adecuada es considerada una de las medidas más costo-efectivas para evitar enfermedad y muerte, no solo en la etapa infantil y preescolar, sino también en la etapa adulta al conceder factores protectores para enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. (Anexo2) La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño se estima que ahorra entre 450 y 800 millones de dólares en servicios de salud y asistencia gubernamental en los Estados Unidos. El tratamiento adicional de los casos atendidos por diarrea infantil debido a la no lactancia les cuesta aproximadamente 291 millones de dólares al año, por virus respiratorios 225 millones, por diabetes mellitus de 10 a 25 millones y por otitis media 260 millones. En el Reino Unido las enfermedades diarreicas debido a la alimentación con biberón se estima que tiene un costo de 41,5 millones anuales en atención hospitalaria. (Anexo 3) Los pobres resultados de lactancia no son sorprendentes cuando se considera que el medio en el que se desarrolla y vive la mujer mexicana es hostil para establecer y continuar esta práctica, es necesario hacer hincapié en que en la consulta prenatal se prepare a la mujer para la lactancia. También las estrategias de promoción de lactancia tanto en la comunidad como en los servicios de salud han mostrado beneficios prometedores en la mejora de las prácticas de lactancia materna exclusiva. Los sistemas de salud tienen el potencial de proporcionar acceso y asesoramiento a las madres y/o los cuidadores sobre las acciones necesarias	



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	para promover la LM a través de las visitas programadas del niño sano o a través de la consulta del niño enfermo. En un estudio realizado en los servicios de salud de 4 entidades federativas, en el primer nivel de atención que atienden a población beneficiaria del programa Prospera, encontró que las prácticas de promoción de la lactancia en los servicios de salud estudiados son deficientes, sólo 20% de los médicos y enfermeras (N = 56) evaluó las prácticas de lactancia materna en niños menores 2 años de edad. La mayoría no proporcionó consejería sobre el tema de forma rutinaria, sólo 12.5% recomendó lactancia materna exclusiva por 6 meses y 2% proporcionó recomendaciones sobre cuándo iniciar la alimentación complementaria. En muchos casos las recomendaciones proporcionadas fueron inconsistentes con las de la OMS. (Anexo 4) Las barreras identificadas a través de los diferentes niveles podrían explicar que las oportunidades existentes para la promoción de la LM en los servicios del primer nivel de atención no sean utilizadas o se utilicen de forma ineficiente, además, como sugieren los resultados de ENSANUT 2012, con frecuencia la mujer es separada inmediatamente de su recién nacido durante varias horas, lapso en el cual se le ofrecen otros líquidos o fórmulas al recién nacido, consultas posnatales, la madre no encuentra personal de salud con las competencias suficientes para ayudarle a resolver los problemas comunes de lactancia solucionando con la introducción de la fórmulas. (Anexo 5) Existe evidencia científica de que la lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer.	



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	El efecto protector es más fuerte cuando la lactancia es mayor a 12 meses. En México, desde el 2006, el cáncer de mama es el principal tipo de cáncer en mujeres mayores de 25 años de edad, la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres mexicanas y la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad. Asimismo, en el 2010 el ocupó el primer lugar de muerte por cáncer (13.3%) en la mujer, y el de ovario ocupó la octava causa (4.8%). La carga económica y de salud relacionada con este tipo de cáncer es mucho más alta para los servicios de salud del país, el sector económico y la sociedad, mismas que podrían reducirse si las madres aumentaran la duración de la lactancia materna.(Anexo 4) De manera adicional, en nuestro país desde noviembre de 2016 se emitió la declaratoria de emergencia epidemiológica para fortalecer acciones para prevenir el sobre peso obesidad y diabetes, es por lo anterior considerando que la lactancia materna es costo efectiva para la reducción de estas enfermedades crónicas no transmisibles. En México existen múltiples Leyes que disponen el apoyo, promoción y protección de la práctica de la lactancia, aunado a que existe una política pública denominada Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que requiere la unificación de acciones para la promoción, protección y apoyo a las mujeres para iniciar y mantener esta práctica, que se vuelve necesario establecer criterios que estandaricen las acciones con las que se dará cumplimiento a las diferentes disposiciones de la Ley a través del personal de salud, en las unidades de salud y que se defina la	



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	forma de favorecer condiciones propicias en las empresas para contribuir a la continuidad de la lactancia en mujeres trabajadoras y en albergues en casos de desastres.	
3. Indique el tipo de ordenamiento jurídico propuesto: *	Norma Oficial Mexicana	Consideramos muy importante citar lo mencionado en el documento Índice País Amigo de la Lactancia Materna: Caso México 2016 (adjunto)
Asimismo, señale si existen disposiciones jurídicas vigentes directamente aplicables a la problemática materia del anteproyecto. Enumérelas y explique por qué son insuficientes para atender la problemática identificada:		“Legislación y políticas” fue el engrane más fuerte de los ocho que conforman el modelo (1. Abogacía; 2. Voluntad política; 3. Legislación y políticas; 4. Financiamiento y recursos; 5. Capacitación y entrega de programas; 6. Promoción, investigación y evaluación; 7. Coordinación y 8. Monitoreo), por lo que se recomienda que la sociedad civil continúe apoyando la promoción para fomentar la voluntad política de establecer la financiación y los recursos para una sólida estrategia pro lactancia, la cual debe considerar como una prioridad la capacitación de estudiantes de salud, proveedores y personal de apoyo en las mejores prácticas de lactancia materna; así como un sistema de monitoreo y evaluación multinivel que considere la fragmentación del Sistema Mexicano de Salud para compartir la información del nivel local al nacional y permitir la toma de decisiones apropiadas.
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#1}	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta	Sin comentarios



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	Constitución. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Sin embargo, por tratarse de un ordenamiento jurídico mayor, la disposición es general y no determina las acciones y criterios que se deberán considerar para que de manera estandarizada se dé cumplimiento al derecho a la salud y mejor alimentación de niños y niñas.	
Disposiciones jurídicas vigentes#2	Ley General de Salud, Capítulo V Atención Materno-Infantil en su Artículo 64.- Fracciones II y II Bis Establece que deben realizarse acciones para la orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, y la creación de bancos de leche humana respectivamente. Sin embargo por tratarse de un ordenamiento jurídico mayor, la disposición es general y no determina las acciones y criterios que se deberán considerar para que de manera estandarizada se dé cumplimiento en los establecimientos de salud y por el personal de atención a la salud.	Si bien es correcto lo que se señala y al ser la Ley General de Salud un ordenamiento jurídico de mayor jerarquía, se establecen disposiciones generales sobre el cumplimiento de la acciones a tomarse en materia de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, y la creación de bancos de leche humana respectivamente sí existen otros ordenamientos vigentes, así como instrumentos de reciente difusión o en proceso de desarrollo, que atienden o pretenden atender las problemáticas aquí planteadas, siendo así que el pasado mes de mayo del presente año, la Secretaría de Salud en coordinación con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) presentaron la <u>Guía de Buenas Prácticas en Materia de Sucdáneos de la Leche Materna en Hospitales</u> en donde se establece que corresponde a éstas, llevar a cabo acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil según el artículo 64 fracción II de la Ley General de Salud. De forma tal que dicho documento tiene el objetivo de que las unidades hospitalarias den cumplimiento a la normatividad vigente en materia de sucedáneos de leche materna; establecen acciones claras en materia de promoción y difusión de los beneficios de la práctica de la lactancia



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		materna exclusiva en las madres y en los lactantes y su contribución a la protección contra enfermedades y mejora en el estado de salud del binomio madre-hijo, así como, el establecimiento de parámetros para la evaluación del cumplimiento con la normatividad sanitaria relacionada al tema. La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, trabajó hasta 2017 en un documento borrador titulado “Bancos de Leche Humana” que buscaba dar a conocer los lineamientos generales para la correcta implementación de los Bancos de Leche Humana en las unidades hospitalarias que así lo requiriese; beneficiando así la alimentación de los niños recién nacidos. Se desconoce la razón por la cual dicho trabajo fue suspendido, pero es claro el avance que se alcanzó en la materia, siendo dicho documento extenso y específico sobre las consideraciones que un Banco de leche humana debe cubrir para su correcta implementación y funcionamiento adecuado. Haciéndose también un estimado de los costos a dicha implementación, considerando la inversión en recursos humanos, equipamiento, propuesta arquitectónica, programa médico así como costos paramétricos asociados. Sin dejar de mencionar que en adición a las disposiciones legales antes mencionadas, existen además otros ordenamientos que regulan la lactancia materna, como lo son, entre otras, la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio la cual tiene por objeto, establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida, dentro de los que destacan: proporcionar los factores educativos que le permitan a la mujer lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto, brindar información sobre la adecuada alimentación de la persona recién



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		nacida incluyendo el fomento del inicio de la lactancia a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida, factores de riesgo y las respectivas técnicas de lactancia desde el periodo preconcepcional hasta después del parto, entre otros. Y la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, resulta necesario emitir un Acuerdo que fortalezca la Certificación de los establecimientos de atención médica en materia de lactancia materna, los cuales son amplios y específicos sobre la información que debe proporcionarse a las madres y a sus familiares en los servicios de atención médica materno-infantil, que detallan de manera estandarizada y dan cumplimiento a los criterios aquí planteados.
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#3}	Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional; Artículo 28; Ley del Seguro Social, Artículo 94, fracciones II y III; Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Artículo 39. fracciones II y III; las cuales establecen el derecho a contar con una hora de descanso al día para el amamantamiento de su hija o hijo o para la extracción manual de leche en un lugar adecuado e higiénico que designe la institución y el acceso a la capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad. Sin embargo, por tratarse de un ordenamiento jurídico mayor, la disposición es general y no determina	Sin comentarios



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	las características del lugar donde podrá realizarse la extracción de leche, los contenidos de capacitación, ni las acciones para el fomento de la lactancia materna y amamantamiento.	
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#4}	Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Artículo 28, Fracción C se refiere a capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad. Sin embargo, por tratarse de un ordenamiento jurídico mayor, la disposición es general y no determina las características o criterios para el fomento a la lactancia, ni los contenidos de capacitación.	Sin comentarios
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#5}	Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia Artículo 11. Define como violencia laboral el impedimento a las mujeres de llevar a cabo el período de lactancia previsto en la ley y todo tipo de discriminación por condición de género. Sin embargo, por tratarse de un ordenamiento jurídico mayor, la disposición es general, para la prevención de la violencia laboral por impedimento de llevar a cabo la lactancia, se requiere especificar las condiciones de los espacios para la extracción, que permitan el cumplimiento de lo establecido en las leyes de los trabajadores, evitando la violencia laboral por esta causa.	Sin comentarios
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#6}	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, TÍTULO TERCERO; Capítulo III Fórmulas	Consideramos que la explicación expuesta es parcial, ya que el ordenamiento citado sí establece ciertos requerimientos que debe cumplir



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	para lactantes; Artículo 25, Fracciones I, II y III; Establece que la publicidad y promoción de las fórmulas para lactantes, deben fomentar la lactancia, <i>indicar cuando se recomienda la formula y la preparación y el manejo de biberones. No obstante, esta regulación no describe los criterios de fomento a la lactancia, ni los criterios que la OMS considera para recomendar el uso de fórmulas para lactantes o el uso de biberones.</i>	la publicidad de las fórmulas para lactantes, dentro de los que se destaca: <u>“Fomentar la lactancia materna, para lo cual señalará claramente los beneficios de ésta”</u>; así mismo <u>se señalan los casos en los cuales es aceptable la recomendación de uso de fórmulas para lactantes</u> siendo éstas: <u>“a. Por intolerancia del niño a la leche materna; b. Por ausencia de la madre y</u> <u>c. Por incapacidad de la madre para dar leche o por cualquier otra razón sanitaria fundada”</u> Lo cual No contraviene el marco regulatorio vigente, como se indica en el ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana; [DOF 14 de Marzo de 2013]: <u>“Que considerando que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, y por justificación médica debe acceder a productos sucedáneos de la leche materna o humana ello no implica que se obstaculice la protección y la promoción de la lactancia natural”</u>; así como disposiciones específicas que se detallan en los incisos 5.3.1.9, 5.8.5, de la NOM-007-SSA2-2016 y 5.6.6 de la NOM-010-SSA2-2010.
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#7}	Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, TÍTULO DÉCIMO CUARTO Alimentos para lactantes y niños de corta edad Capítulo II Fórmulas para lactantes; Artículos 140, 141, 142, 143, 144, 146 y 147. En esta disposición jurídica se establecen características que deben cumplir los sucedáneos de la leche materna, que la Secretaría de Salud debe establecer programas de promoción de la lactancia, no promover el uso de sucedáneos en los establecimientos de salud y las	A este respecto nos permitimos señalar que si bien en efecto el Reglamento citado no abunda en los criterios específicos para la promoción de la lactancia materna en la Secretaría, el marco regulatorio vigente es particularmente claro sobre las acciones que los establecimientos de salud deben tomar para promover y garantizar una lactancia exitosa desde la consulta preconcepcional hasta pasado el segundo año de edad del niño, el alojamiento conjunto, sobre los casos médicamente justificados para la recomendación de uso de sucedáneos de leche humana y las diferentes restricciones para la promoción de los



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC												
	condiciones para recibir la donación de sucedáneos. No obstante, esta regulación no describe los criterios de promoción de lactancia en la secretaria de salud, ni los criterios para la donación de sucedáneos.	mismos tanto para el Sector Salud como para los fabricantes y comercializadores de los sucedáneos de leche materna . Por citar algunos ejemplos: <table><tr><th>Ordenamiento</th><th>Numerales específicos</th></tr><tr><td>Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.</td><td>3.2, 3.20, 5.1.4, 5.1.6, 5.1.10, 5.2.1.18, 5.3.1.9, 5.3.1.15, 5.6.1.3, 5.6.1.9, 5.6.2.3 así como el 5.8 titulado Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva en su totalidad y los numerales 5.11.1.3 y 5.11.1.3.3.</td></tr><tr><td>Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana</td><td>4.1 y 5.6.6</td></tr><tr><td>Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.</td><td>9.3</td></tr><tr><td>Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.</td><td>7.1.1.6 y 11.1</td></tr><tr><td>Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.</td><td>La cual urge a todas aquellas personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria sobre la importancia de atención en materia nutricional a los niños y niñas desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, entre otros, que han sido</td></tr></table>	Ordenamiento	Numerales específicos	Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	3.2, 3.20, 5.1.4, 5.1.6, 5.1.10, 5.2.1.18, 5.3.1.9, 5.3.1.15, 5.6.1.3, 5.6.1.9, 5.6.2.3 así como el 5.8 titulado Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva en su totalidad y los numerales 5.11.1.3 y 5.11.1.3.3.	Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana	4.1 y 5.6.6	Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	9.3	Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.	7.1.1.6 y 11.1	Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.	La cual urge a todas aquellas personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria sobre la importancia de atención en materia nutricional a los niños y niñas desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, entre otros, que han sido
Ordenamiento	Numerales específicos													
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.	3.2, 3.20, 5.1.4, 5.1.6, 5.1.10, 5.2.1.18, 5.3.1.9, 5.3.1.15, 5.6.1.3, 5.6.1.9, 5.6.2.3 así como el 5.8 titulado Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva en su totalidad y los numerales 5.11.1.3 y 5.11.1.3.3.													
Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana	4.1 y 5.6.6													
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.	9.3													
Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.	7.1.1.6 y 11.1													
Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.	La cual urge a todas aquellas personas físicas o morales de los sectores público, social y privado, que forman parte del Sistema Nacional de Salud, que ejercen actividades en materia de orientación alimentaria sobre la importancia de atención en materia nutricional a los niños y niñas desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, entre otros, que han sido													



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC	
			identificados como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición. Y por tanto abunda en el tipo recomendaciones específicas en sus numerales: 3.35, 4.3.3, 5.2.3, 5.3.1, 5.4.2, 5.4.3, 5.4.4, así como su Apéndice Informativo A y Apéndice Informativo F que en su totalidad establece las alternativas para la ministración de la Leche Materna y Sucedáneos.
		Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, publicada el 9 de febrero de 2001 y su resolución modificatoria del 26 de septiembre de 2006.	3.47, 7.1.3, 7.1.4.2, 8.1.1.1, 8.2.5.1.1.3, 8.2.5.2.1.4 y 9.1.1.2
		NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba	7. sobre las Disposiciones sanitarias para fórmulas y 9. Etiquetado
		ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana.	Artículos PRIMERO, A OCTAVO, en su totalidad.
		Reglamento de control sanitario de productos	Capítulo II, Artículos 40 incisos I y II,



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC	
		y servicios	141 a 147.
		Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad	Artículo 25; fracciones I y II incisos del a al c, III y 26.
Disposiciones jurídicas vigentes ^{#8}	NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba. Esta normativa, no describe las condiciones para recibir la donación de sucedáneos ni los criterios que establece la OMS para el uso de éstos y los riesgos de su utilización.	Con lo cual, hacemos observar que algunas de las disposiciones propuestas en este proyecto de norma contravienen lo dispuesto en la marco regulatorio vigente en México, y por ende deben ser revisadas para brindar claridad al sector regulado. A este respecto nos permitimos señalar que si bien el ordenamiento citado no abunda en los criterios específicos para la donación de sucedáneos, el proyecto de regulación propuesto únicamente señala al respecto que: “6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.” - PROY NOM-050 Lo cual, tampoco es resolutivo ni mayormente específico a la problemática planteada en esta AIR. La Organización Mundial de la Salud a través del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, reconoce que los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna tienen un papel importante y constructivo que desempeñar en relación con la alimentación infantil y en lo que respecta a la promoción del objetivo del mismo código y su correcta aplicación; y considerando que el objetivo	



Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		primordial del mismo Código es contribuir a la provisión de medidas seguras y adecuadas para la nutrición de los lactantes, a través de la protección y promoción de la lactancia materna, y <u>garantizar el uso adecuado de los sustitutos de la leche materna, cuando sean necesarios, con base en información adecuada y a través de la comercialización y distribución apropiadas.</u> Así mismo considera que teniendo en cuenta que, cuando las madres no amamantan, o sólo lo hacen parcialmente, hay un mercado legítimo de fórmulas para lactantes y de ingredientes apropiados para prepararlas; que todos estos productos deben ser accesibles en consecuencia a quienes los requieren, a través de sistemas de distribución comerciales o no comerciales; y que <u>no deben comercializarse ni distribuirse de manera que puedan interferir con la protección y promoción de la lactancia materna;</u> A este respecto, la NOM citada incluye en su inciso 7.1 una referencia clara sobre la obligatoriedad del cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna así como de las Resoluciones Posteriores que emita la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, el sector regulado se adhiere al precepto cumplimiento con el marco regulatorio vigente, así como en lo que respecta a las donaciones, éstas sólo serían realizadas por los fabricantes o distribuidores únicamente a petición de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y con el escrito de aprobación de la autoridad gubernamental apropiada o dentro de las directrices dadas por el gobierno para este propósito.



CONCLUSIÓN CANILEC

Por lo antes expuesto y citando también las consideraciones del reporte 2016 “Índice País Amigo de la Lactancia Materna Caso México 2016”, en lo que respecta a Legislación y Política, cuyos temas comprendidos son: 1) Política Nacional de Lactancia Materna 2) Iniciativa Hospital amigo del Niño (IHAN), 3) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y 4) legislación nacional de protección de la maternidad; cada tema es evaluado por al menos un indicador los cuales han sido evaluados entre julio del 2015 y 2016 y se ha obtenido una interpretación para el engranaje legislativo de **“El engranaje es fuerte”**.

Hacemos observar también que las disposiciones propuestas en este proyecto de norma podrían representar una sobre regulación y en algunos casos contravenir lo dispuesto en la marco regulatorio vigente de México, y por ende deben ser revisadas a profundidad con la finalidad de ser un instrumento útil y eficaz para el para brindar claridad al sector regulado en materia de promoción y fomento de la lactancia materna.

Tomando en cuenta la perspectiva de un organismo multilateral tal como la Organización Mundial de la Salud, en adición al marco jurídico vigente y la problemática y objetivos citados **consideramos que no sería necesaria la emisión de disposiciones adicionales a las ya establecidas en el marco jurídico vigente**.

Se adjuntan, comentarios particulares realizados durante el periodo de Consulta Pública al Proyecto de Norma en revisión.

Punto AIR	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Apartado II.- Identificación de las posibles alternativas a la regulación		Sin comentarios
4. Señale y compare las alternativas con que se podría resolver la problemática que fueron evaluadas, incluyendo la opción de no emitir la regulación. Asimismo, indique para cada una de las alternativas consideradas una estimación de los costos y beneficios que implicaría su instrumentación:		Sin comentarios
Alternativas ^{#1}	No emitir regulación alguna	Sin comentarios
Descripción de las alternativas y estimación de los	De no emitir esta normatividad, las acciones que el	Canilec considera que existen puntos importantes a



costos y beneficios ^{#1}	personal para la atención de la salud en los establecimientos de salud debe realizar para el fomento y protección de la práctica de la lactancia materna, serán diferentes y desiguales para la población, tampoco las acciones de apoyo a las mujeres trabajadores para mantener o iniciar la lactancia serán homogéneas para dar cumplimiento a lo establecido en la Legislación actual y en consecuencia, no solamente será inviable el cumplimiento de metas y la mejora de los indicadores establecidos en la política pública de lactancia materna, sino que además se incrementará el costo de atención médica tanto para la población como para el Estado, ocasionado por el incremento de enfermedades agudas de la infancia y alergias, cáncer de mama y ovario en las mujeres que amamantan, que son prevenibles con la práctica de la lactancia materna, y en el largo plazo, contribuirá a la epidemia de obesidad y diabetes, condiciones que incrementan los costos de atención médica y reducen el número de años productivos e incrementan la mortalidad.	tomarse en cuenta en la evaluación de los costos, como son: a) Capacitación del personal, b) modificación de prácticas, c) la prohibición o restricción de actividades, d) incremento de requerimientos obligatorios para la implementación y cumplimiento de esta regulación. Se solicita considerar los costos referidos en el Apartado III.- Impacto de la regulación, punto número "6."
Alternativas ^{#2}	Esquemas voluntarios	Sin comentarios
Descripción de las alternativas y estimación de los costos y beneficios ^{#2}	Esta alternativa no se considera opción, toda vez que existen disposiciones en diversas leyes, que obligan a realizar acciones para fomentar y proteger la práctica de la lactancia y apoyar a las mujeres que trabajan fuera de casa para que puedan mantener esta práctica hasta el segundo año de edad; por lo que se requiere	Sin comentarios



	una regulación que unifique criterios y defina las acciones que el personal de salud deberá realizar para fomentar y proteger la práctica de la lactancia en unidades de salud y apoye la continuidad de esta en casos de desastre, así como en los sitios de trabajo y guarderías. Permitir esquemas voluntarios favorece la inequidad en las mujeres en etapa de lactancia y disminuye las oportunidades de un mejor desarrollo y nutrición en los niños, violentando sus derechos.	
Alternativas ^{#3}	Esquemas de autorregulación alineados a la recomendado por la Organización Mundial de la Salud::	Este Sistema de autorregulación de CANILEC - CFFI tiene como objetivo aplicar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que en 1981 publicó el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" (Código de la OMS), mientras a la par, el actual monitoreo del programa mantiene actualizado y auditado el Código de Ética. La autorregulación es uno de los pilares clave sobre los cuales los miembros de CANILEC - CFFI promueven prácticas de mercadeo basadas en hechos responsables; sus otros dos son educación del consumidor e innovación.
Descripción de las alternativas y estimación de los costos y beneficios ^{#3}	No se considera opción, en virtud de que existen diversas leyes que establecen que deben realizarse acciones para proteger y promover la práctica de la lactancia y apoyar su inicio y mantenimiento en casos de desastres y en mujeres que trabajan fuera de casa, existiendo además una política nacional (Estrategia Nacional de Lactancia Materna) en la cual se	Desde 2016, el Código de Ética es implementado y difundido por las empresas miembros de CANILEC – CFFI, mientras que es monitoreado y evaluado de manera independientemente por CETIFARMA.



	establecen metas e indicadores, los indicadores de impacto se encuentran en los sistemas oficiales de información en salud, por lo que no es factible la autorregulación, sino el establecimiento de una regulación técnica y médica, que describan en forma detallada las acciones para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales y metas nacionales, para incrementar el indicador de lactancia materna exclusiva a los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad.	Es importante notar que, durante los primeros seis meses de implementación, el 100% de la alta dirección, los representantes médicos y personal administrativo de las empresas afiliadas por lo cual han sido capacitados 5 mil 422 colaboradores sobre las disposiciones del Código de Ética, el modelo de autorregulación y su sistema de denuncias, así como los controles de supervisión correspondientes han sido diseñados y aplicados. Algunos aspectos destacados fueron:: --El retiro de las muestras gratuitas de "formula de rutina" de los hospitales. --Una vez que el Código de Ética entró en vigor, el 100% de las muestras gratuitas y originales de obsequio de fórmulas de rutina entregadas a profesionales de la salud, clínicas y hospitales de maternidad han sido retiradas. --Antes de la entrada en vigor del Código de Ética Nov. 2016, 15,000 profesionales de la salud recibían aproximadamente 2, 160,000 de latas de fórmula de rutina al año. Las muestras gratuitas de fórmulas para necesidades especiales de nutrición, ahora sólo se entregan a solicitud expresa del pediatra. y en cumplimiento las disposiciones contenidas en el Código de Ética. El material informativo está destinado sólo a los



		profesionales de la salud. Las compañías restringieron el apoyo otorgado a profesionales de la salud para asistir a eventos de educación médica continúa. Algunos de los compromisos establecidos incluyen actividades de monitoreo in-situ realizados en junio de este año, por Gestión Social y Cooperación A.C. (GESOC), organización independiente y con reconocimiento internacional en la materia, que realizó el primer monitoreo para contar con un diagnóstico que cubrió dos vertientes: la revisión y análisis de la práctica con base en observaciones en hospitales públicos y privados, puntos de venta y entrevistas con médicos pediatras y el análisis documental de las diferentes políticas internas que proporcionaron las empresas y con esto conocer el grado de apego de la industria a los estándares de actuación establecidos en el Código de Ética. Nuestro trabajo de casos de investigación y educación mejora y refuerza las prácticas de mercadeo responsable a la vez que protege y promueve la lactancia materna en México. La autorregulación también apoya que nuestra industria pueda garantizar el cumplimiento y, en caso de actores que no cumplan con la regulación, referirlos con las autoridades



		correspondientes y nombrarlos públicamente Durante más de 2 años, CANILEC - CFFI ha elaborado y aplicado una fuerte autorregulación de la industria en asociación con sus miembros y ha establecido un historial comprobado de cumplimiento de las empresas. La autorregulación es cambiante y flexible, al ritmo de los cambios en la industria y la sociedad. Esto brinda a los fabricantes la oportunidad de innovar, lo que beneficia a los consumidores y a la economía, al tiempo que protege eficazmente a los consumidores y promueve la lactancia natural. Esto incluye la asistencia y educación de todos los actores involucrados. En 2017, la autorregulación de la industria se fortaleció aún más con la inclusión de auditorías in situ y monitoreo por parte de Gestión Social y Cooperación A.C. (GESOC), una organización de la sociedad civil especializada en generar evidencia y soluciones metodológicas que se adhieran a los principios de transparencia, rendición de cuentas y respeto por los derechos humanos. En ese sentido GESOC, que es parte del Consejo de Organizaciones de Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, llevó a cabo un seguimiento del cumplimiento del Código de Ética en hospitales públicos y privados, así como con médicos pediatras. Además, GESOC realizó un



		análisis documental de las diferentes políticas internas que dan efecto al Código de Ética por parte de las empresas miembro. En ese sentido, el Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica (CETIFARMA), como entidad administradora refrenda su convenio con COFEPRIS en marzo de 2018, dentro del cual se reconoce al Consejo como entidad vigilante en temas de ética y transparencia. Durante el período de julio de 2017 a julio de 2018, se lograron resultados destacados del Código de Ética, entre los cuales tenemos: la instalación de 30 salas de lactancia materna dentro de las empresas y el compromiso de la industria para establecer salas de lactancia en lugares públicos; así como resultado de un trabajo conjunto entre gobierno e Industria logró la inclusión del fortificador de leche materna dentro del Cuadro Básico y Catalogo de Nutriología del Consejo de Salubridad General, siendo importante citar que el fortificador de leche materna apoya la lactancia en todas sus etapas, así como en un esquema de lactancia exclusiva y mixto. Dentro de los principales puntos del Sistema de Auto-regulación, del periodo 2017 -2018:



		• La expansión de la cobertura al monitoreo de este sistema de regulación con 2 ciudades adicionales (Puebla y León). • La instalación de más de 30 lactarios dentro de las empresas. • La inclusión del fortificador de leche materna dentro del Cuadro Básico y Catalogo de Nutriología del Consejo de Salubridad General, siendo importante citar que el fortificador de leche materna apoya la lactancia en todas sus etapas, así como en un esquema de lactancia exclusiva y mixto. • Se tiene contemplado la actualización y alineación del Código de Ética al Sistema Nacional de Anticorrupción, específicamente a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas. Dichas acciones, soportan y confirman la efectividad de este sistema de autorregulación, así como ratifican el trabajo de las compañías afiliadas a CANILEC-CFFI para una apropiada promoción y comercialización de los sucedáneos de la leche materna en el país.
5. Justifique las razones por las que la	Los pobres resultados de lactancia no son	Derivado del análisis a las disposiciones jurídicas



regulación propuesta es considerada la mejor opción para atender la problemática señalada: *	sorprendentes cuando se considera que el medio en el que se desarrolla y vive la mujer mexicana es hostil para establecer y continuar esta práctica. También las estrategias de promoción de lactancia en los servicios de salud son deficientes, en un estudio realizado en unidades que atienden población Prospera, encontró que sólo 20% de los médicos y enfermeras (N = 56) evaluó las prácticas de lactancia materna en niños menores 2 años de edad. La mayoría no proporcionó consejería sobre el tema de forma rutinaria, sólo 12.5% recomendó lactancia materna exclusiva por 6 meses y 2% proporcionó recomendaciones sobre cuándo iniciar la alimentación complementaria. En muchos casos las recomendaciones proporcionadas fueron inconsistentes con las de la OMS. (Anexo 4) Aunado a lo anterior, en los establecimientos que otorgan atención obstétrica, además, con frecuencia la mujer es separada inmediatamente de su recién nacido durante varias horas, lapso en el cual se le ofrecen otros líquidos o formulas al recién nacido, consultas posnatales, la madre no encuentra personal de salud con las competencias suficientes para ayudarle a resolver los problemas comunes de lactancia. Una Norma Oficial Mexicana es el instrumento normativo que permite establecer de manera uniforme y detallada los criterios y acciones mínimas con las que se puede dar cumplimiento a los mandatos establecidos en las diferentes leyes que señalan que debe protegerse, promoverse y apoyarse	vigentes, Canilec concluye que las disposiciones propuestas en este proyecto de norma podrían representar una sobre regulación y en algunos casos contravenir lo dispuesto en la marco regulatorio vigente de México, y por ende deben ser revisadas a profundidad con la finalidad de ser un instrumento útil y eficaz para brindar claridad al sector regulado en materia de promoción y fomento de la lactancia materna. Tomando en cuenta la perspectiva de un organismo multilateral tal como la Organización Mundial de la Salud, en adición al marco jurídico vigente y la problemática y objetivos citados consideramos que no sería necesaria la emisión de disposiciones adicionales a las ya establecidas en el marco jurídico vigente.



	la práctica de la lactancia materna. De la misma manera las acciones y criterios descritos en la norma contribuyen a atender la problemática en salud pública que representan los bajos índices de lactancia en el país, ya que a pesar de existen múltiples regulaciones, estas son insuficientes por ser ordenamientos jurídicos en los que no se describen características y/o especificaciones que deban reunir los servicios de salud y la prestación generalizada de servicios de salud para mujeres y niños en etapa de lactancia, no se especifican las acciones, criterios ni procedimientos que de manera estandarizada deben realizarse en las unidades de salud para cumplir la ley y la política pública en la materia.	
Apartado III.- Impacto de la regulación		
6. ¿La regulación propuesta crea, modifica o elimina trámites?:		En la evaluación del Impacto de la regulación, la AIR considera que la regulación propuesta no crea, modifica o elimina trámites, sin embargo; se involucra a las empresas para impulsar la instalación de salas de lactancia, contar con personal encargado de las mismas y crea la obligación de la capacitación continua del personal que permita mantener la lactancia hasta los 2 años, por lo que deberán considerarse los siguientes trámites dentro del Registro Federal de Trámites y Servicios (RFTS): Certificación:



		• Instalaciones de Salas de Lactancia en empresas, Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil Programas de Capacitación en Lactancia • Formación y Certificación de capacitadores en programas de lactancia dentro de las empresas y Estancias Infantiles Aviso de Informe de Capacitación en Lactancia
7. Seleccione las disposiciones, obligaciones y/o acciones distintas a los trámites que correspondan a la propuesta:		Se hace notar que el Proyecto de NOM, establece requisitos y obligaciones especiales que van más allá de instruir al Sistema Nacional de Salud de tomar acciones de fomento y protección de la lactancia materna. En materia de recomendaciones médicas para el consumo de sucedáneos de la leche materna, por un lado se establece la obligación del pediatra de realizar la prescripción de producto, situación que en la legislación sanitaria solamente está reservada a los insumos para la salud y en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA y NOM-131-SSA1, se ha establecido para el consumo de sucedáneos de la leche materna en menores de 6 meses, lo anterior constituye una carga al profesional de la salud y un punto de verificación por parte de la Autoridad Sanitaria, así mismo se ha establecido la obligatoriedad de usar un formato de “Consentimiento Informado” junto con la prescripción de sucedáneos de



		la leche materna, resaltando los peligros del suministro de los sucedáneos de la leche materna, no obstante estos productos son una alternativa de alimentación para lactantes cuando la lactancia materna se imposibilita, siendo incluso la única alternativa de alimentación, cabe destacar que el “Consentimiento Informado” es una figura que sólo aplica de acuerdo con la legislación sanitaria a la prescripción de tratamientos médicos riesgosos e intervenciones quirúrgicas, no existe para alimentos. Lo anterior al estar incorporado en una Norma, convierte el cumplimiento respectivo en puntos de verificación sanitaria y para ello debe haber una guía de verificación y un criterio de cumplimiento que establecerá cargas a su vez en los controles y seguimiento de los pediatras. Todo lo anterior, aunado a que se establecen igualmente cargas a los patrones de cualquier centro de trabajo en materia de lactancia de madres trabajadoras y obligaciones en materia de comercialización.



PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#1*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables ^{#1*}	Apartado 5: Disposiciones generales 5.1; 5.2; 5.3; 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10	Sin comentarios
5. Disposiciones generales		Sin comentarios
5.1. El personal de salud de todos los establecimientos para la atención médica, del Sistema Nacional de Salud, debe promover y fomentar la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y apoyar su mantenimiento hasta los 2 años de edad.	El apartado de disposiciones generales establece las acciones que en la consulta médica, el personal de salud de todos los establecimientos para la atención médica obstétrica y de menores de dos años, deberá realizar para favorecer el inicio temprano de la lactancia materna, fomentar el mantenimiento de esta como alimento exclusivo los primeros seis meses de vida y apoyar su continuidad hasta los dos años de edad. Están consideradas acciones de información a las embarazadas y a las madres de menores de 2 años, sobre los beneficios de la lactancia y los riesgos de su abandono, asesoría para la adquisición de habilidades y resolución de problemas frecuentes de la lactancia para propiciar la continuidad del amamantamiento. Todas estas acciones deben formar parte de las buenas prácticas en salud, por lo que se requiere que estén alineadas y con criterios uniformes, que permitan contribuir para que los niños y niñas	Con respecto a lo señalado en la disposición 5.1 del presente anteproyecto que hace referencia al mantenimiento de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva (LME) es necesario precisar la redacción debido a que la recomendación de mantener la práctica de la LME abarca los primeros 6 meses de edad, sin embargo, después de los 6 meses de edad, para los lactantes se torna progresivamente difícil cubrir sus requerimientos únicamente con la leche materna, por lo tanto, el fraseo se debe precisar indicando que: “se debe promover y fomentar la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y apoyar su mantenimiento de manera complementaria hasta los 2 años de edad” conforme lo establecen las guías de la OMS (Ref. OMS La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)



5.2 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas, el personal de salud debe realizar examen de las mamas, otorgar información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de uso de los sucedáneos, así como favorecer el desarrollo de habilidades para el adecuado amamantamiento, de conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.2 y 2.7, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico desde la primera consulta prenatal.	tengan acceso al mejor alimento a que tienen derecho: la leche materna. Se identifica como una obligación adicional para el personal de salud, la utilización de sucedáneos bajo prescripción médica en casos justificados establecidos en el apéndice y con la firma de consentimiento informado por los riesgos que puede representar su utilización en aquellos casos que son innecesarios. La utilización de sucedáneos en casos innecesarios, representa un riesgo mayor para la persona recién nacida e infantes para desarrollar infecciones gastrointestinales, respiratorias, alergias y en la edad adulta enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, por lo que se considera relevante señalar y hacer de conocimiento de las madres sobre dichos riesgos. Aunado a lo anterior, estas acciones contribuirán al cumplimiento de las metas e indicadores establecidos en el Programa Sectorial de Salud, Estrategia Nacional de Lactancia Materna y al mandato establecido en la Ley General de Salud.	El apartado de disposiciones generales se incluye una descripción general de la importancia que tienen las acciones que se deberán llevar a cabo para favorecer el inicio temprano de la lactancia materna, fomentar el mantenimiento de ésta como alimento exclusivo los primeros 6 meses y apoyar su continuidad hasta los dos años. Sin embargo, no se precisan las acciones regulatorias y la manera en que éstas contribuirán a lograr los objetivos establecidos. Se requiere incluir de manera específica y con mayor precisión las consideraciones clave para apoyar la práctica de la lactancia materna, así como sus beneficios y las advertencias reales del uso incorrecto de los sucedáneos de leche materna alineadas con marco regulatorio vigente (Ref. RCSPyS Art. 147 Fracción IV, NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba. y 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), y alineadas con las recomendaciones internacionales. Por ej., el preámbulo del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna de la OMS incluye el considerando que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo de preparaciones para
5.3 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres en etapa de lactancia y a menores de 2 años de edad, el personal de salud debe otorgar información sobre los beneficios de la lactancia materna, los riesgos de la alimentación con sucedáneos de la leche materna y favorecer el desarrollo de habilidades para la adecuada extracción, conservación y manejo de la leche humana, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico.		
5.4 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el personal de salud debe realizar la búsqueda intencionada de los factores de riesgo que puedan ocasionar el abandono de la lactancia y prevenirlos oportunamente, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas		



acciones deben registrarse en el expediente clínico.		lactantes y de ingredientes adecuados que entran en su composición; que, en consecuencia, todos estos productos deben ponerse al alcance de cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución...” Por tanto, se reconoce que en los casos en los que los sucedáneos de leche materna sean requeridos o necesarios, se deberá asegurar su uso correcto. Dentro de la AIR destaca la obligación adicional que recae en el personal de salud, la utilización de sucedáneos bajo prescripción médica en los casos justificados establecidos en el apéndice A y la firma de consentimiento informado en el apéndice B, sin embargo, dicho requerimiento deberá estar alineado al contexto regulatorio vigente. Actualmente la definición de prescripción médica se encuentra regulada en el Art. 28 Bis del Reglamento de Insumos para la Salud de la Ley General de Salud, en donde la prescripción sanitaria está supeditada a la indicación de un insumo para la salud, específicamente un medicamento; sin embargo, conforme a la regulación vigente, los sucedáneos de leche humana están clasificados como alimentos de acuerdo a sus características, ingredientes y su descripción de uso al que están destinados en conformidad con el Art. 215 Fracción I y V de la Ley General de Salud y, por tanto, son objeto de aplicación del Reglamento de Control Sanitario
5.5 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, tomando en cuenta la condición sociocultural de la población, el personal debe aplicar criterios para favorecer la práctica de la LME, el alojamiento conjunto y la vigilancia del cumplimiento del CICSLM, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		
5.6 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y continuarla a libre demanda y en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida del recién nacido, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		
5.7 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica y/o a menores de 2 años de edad, el personal de salud debe evitar utilizar o recomendar el uso de chupón y/o biberón, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		



5.8 En todo establecimiento que proporcione atención a menores de 2 años, el personal de salud debe promover el inicio de alimentación complementaria a partir del sexto mes y continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		de Productos y Servicios (RCSPyS).
5.9 En todo establecimiento que proporcione atención neonatal, el personal de atención debe promover y fomentar el inicio de la alimentación enteral con leche humana y favorecer cuando las condiciones del RNPT lo permitan, la utilización del Método Canguro, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		Por otra parte, con fundamento en lo establecido en la regulación vigente (Ref. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, NOM-007-SSA2-2016, Numeral 3.10) la definición de consentimiento informado no coincide en el propósito expresado en la AIR que tiene como propósito hacer del conocimiento de las madres sobre los riesgos del uso de los sucedáneos de leche humana; (conforme a la regulación vigente el consentimiento informado implica la revisión y aprobación de las instituciones de salud involucradas y se define como el “<i>proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados</i>”) ante esto se hace evidente que el factor riesgo indicado en la AIR es sustancialmente diferente al indicado en la definición vigente (Art. 51, 51 Bis 1, 51 Bis 2, de la Ley General de Salud, Art. 48, 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de servicios de atención Médica, que básicamente hace referencia a procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos).
5.10 La entrega o utilización de sucedáneos de leche materna deberá realizarse bajo prescripción médica, solamente en casos justificados en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, en el Apéndice A Normativo, de esta Norma y demás disposiciones aplicables, previa firma de la carta de consentimiento informado contenida en el Apéndice B Normativo, de esta Norma .		



		Adicionalmente, se observa que la disposición 5.10 hace referencia al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad, sin embargo, en dicho ordenamiento no se establece ninguna disposición del ámbito de aplicación indicado en el presente anteproyecto.

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#2*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables ^{#2*}	Apartado 6.1: Unidades Amigas del Niño y la Niña 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.1.5	Sin comentarios
6. Disposiciones Específicas	Establece las acciones que el personal de salud deberá realizar en los establecimientos que otorgan atención obstétrica y unidades de primer nivel de atención, para favorecer la práctica de la lactancia materna, de conformidad con la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña. Estas acciones permiten al personal de salud emplear información técnica y evidencia científica para brindar apoyo a las mujeres en la preparación para el amamantamiento natural desde el embarazo, en el trabajo de parto, al inicio de la práctica de la lactancia materna mediante el apego inmediato, el alojamiento conjunto, la organización de grupos de apoyo para la solución de problemas frecuentes relacionadas con la lactancia, en	Canilec, la AIR no indica los costos, ahorros y el balance correspondiente que permita evaluar los beneficios de la implementación de esta regulación.
6.1 Unidades Amigas del Niño y la Niña		
6.1.1 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los criterios para la capacitación, asesoría y evaluación para el reconocimiento de unidades de primer nivel y hospitales como “Amigos del Niño y la Niña”.		
6.1.2 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los criterios para la capacitación y formación de evaluadores externos de las unidades “Amigas del Niño y la Niña”.		



6.1.3 Las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención que otorgan atención prenatal, obstétrica y de menores de 2 años, deben obtener el reconocimiento como “Amigas del Niño y la Niña”, cumpliendo los criterios establecidos para este fin .	concordancia con los estándares establecidos a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Asimismo, establece que estas acciones serán coordinadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de conformidad con la política nacional de lactancia materna. NO representa costos para los particulares e implementar en las unidades de salud las disposiciones, representan como señala la OMS, ahorros a partir de establecer el alojamiento conjunto del binomio madre hijo, permite desocupar una sala que antes albergaba a neonatos sanos y destinarla para otro fin, disminuyendo sus costos de operación de conformidad con el Cost analysis of maintaining a newborn nursery at the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital. Desarrollada por Gonzales R. Baby Friendly Hospital Initiative, Revised, Updated and expanded for Integrated Care, WHO/UNICEF que demuestra que se disminuyen costos en salarios de personal encargado de la atención de neonatos y del personal encargado de preparar sucedáneos de la leche materna, en elaboración de formula infantil, así como la disminución de los costos de mantenimiento como electricidad, agua, materiales de limpieza, bacinetes en total representaría un ahorro de \$310,034.00 USD al año. Que pueden invertirse en otros servicios del establecimiento hospitalario.	
6.1.4 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, le corresponde integrar el grupo evaluador externo que realizará la evaluación de las unidades de salud, de conformidad con los criterios establecidos para este fin.		
6.1.5 El reconocimiento “Amigo del Niño y la Niña” tendrá una vigencia de tres años		

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#4*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios



Artículos aplicables#4*	Apartado Protección de la lactancia humana en caso de desastres 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4 * No es parte del PROY-NOM	Sin comentarios
6.3 Protección de la lactancia humana en caso de desastres		Sin comentarios
6.3.1 En situaciones de desastres naturales o de emergencia, así como para la prevención de riesgos inminentes a que se refiere la Ley General de Protección Civil, en los refugios temporales se deben favorecer entornos que permitan la práctica de la LME los primeros 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad .	Establece los criterios aplicables para que el personal de salud que asiste a los refugios temporales realice acciones de promoción y fomento de la lactancia materna de manera uniforme y de esta manera dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud, de promover LM hasta los dos años. Los menores de dos años son uno de los grupos más vulnerables en situaciones de desastres naturales o de emergencia, las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la falta de agua potable con la cual se preparan sus alimentos, son los principales riesgos a enfrentar, por lo que es indispensable que el personal de salud que asista a los refugios temporales conceda especial atención a niños pequeños y apoye con asesoría y solucione problemas de la lactancia a las madres que amamantan, informe a la población en general que la lactancia materna es la mejor opción para disminuir riesgos de infecciones así como	El Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios en su ARTÍCULO 147. Incisos IV y V, se establece que está permitida la distribución gratuita de sucedáneos de la leche materna en los supuestos: IV. Cuando sean necesarias para la atención de situaciones de desastre o emergencia , así como para la prevención de los riesgos inminentes a que se refiere la Ley General de Protección Civil, y V. Cuando la Secretaría lo determine como una medida de salud pública. Se observa que ante estas nuevas acciones regulatorias no se incluye información detallada con respecto a las prácticas que fomenten la lactancia materna y el uso correcto o inadecuado de los sucedáneos de leche humana, destacando que dicha facultad es exclusiva del médico o profesional de la
6.3.2 En los refugios temporales el personal de salud que asiste a brindar atención a la salud debe informar a la población en general y principalmente a las madres de menores de 2 años de edad que la lactancia materna es la mejor opción para disminuir riesgos de infección y muerte prematura.		



6.3.3 La administración de sucedáneos de leche materna en refugios temporales, sólo se realizará bajo prescripción médica o en aquellos casos en los que se haya incluido previamente como forma de alimentación del menor.	también otorgue información para llevar a cabo una alimentación complementaria oportuna, inocua y apropiada, que disminuya riesgos de padecimientos gastrointestinales de mayor riesgo en condiciones de desastre, debido a la mala higiene, falta de agua potable y hacinamiento. La interrupción de la lactancia natural y la alimentación complementaria inadecuada incrementan el riesgo de malnutrición, adquisición de infecciones gastrointestinales y muerte. (Anexo 8) Estas disposiciones, no representa adicionales a particulares, ya que están dirigidas a personal de salud que apoya en los refugios temporales.	salud, derivada de una evaluación clínica exhaustiva, y, por tanto, podrían existir situaciones o consideraciones que no se mencionan dentro de los anexos. El médico o profesional de la salud es quién tiene las facultades suficientes para determinar las razones y los casos específicos que justifiquen el uso apropiado o correcto de estos productos cuando se requieran (ver Ref. OMS/UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna, 2009.)

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#5*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables ^{#5*}	Apartado 6.4: Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna 6.4.1 6.4.2, 6.4.3, 6.4.4, 6.4.5, 6.4.6, 6.4.7, 6.4.8	Sin comentarios
6.4 Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna		Sin comentarios



6.4.1 El personal de salud de las unidades que otorgan atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como el personal encargado de la nutrición en menores de dos años de edad, debe conocer, difundir, promover y vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y resoluciones posteriores, de conformidad con lo establecido en el Apéndice C Normativo, de esta Norma. 6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.. 6.4.3 En las unidades de cuidados neonatales y de menores de 2 años, está proscrito obsequiar o distribuir sucedáneos de leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la	Establece disposiciones que el personal de atención a la salud de los establecimientos para la atención médica y del personal encargado de la nutrición de menores de 2 años, deberán realizar para la difusión, promoción y cumplimiento de lo establecido en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (CICSLM) y resoluciones posteriores. Se consideran obligaciones adicionales para asociaciones médicas y hospitales sobre evitar recibir donativos de sucedáneos y/o materiales para su preparación, así como abstenerse de recibir regalos o equipamiento con objeto de evitar el conflicto de intereses y alinear las acciones que permitan dar cumplimiento al Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, así como al compromiso internacional de dar cumplimiento al CICSLM. Se requiere establecer acciones coordinadas para dar cumplimiento al exhorto realizado a los países miembros de la AMS, la NOM es un instrumento que permitirá regular y reducir las prácticas inadecuadas de comercialización, a través	Canilec considera que es importante garantizar la alineación de estas nuevas disposiciones al marco regulatorio vigente. Así mismo, se adjunta en anexo independiente los comentarios específicos realizados al apartado 6.4 sobre Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.



Ley General de Salud en Materia de Publicidad , el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables. 6.4.4 Los establecimientos para la atención médica, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de aceptar donativos de sucedáneos de la leche materna o muestras de éstos, así como materiales o utensilios que sirvan para su preparación, dosificación o administración , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables. 6.4.5 El personal de atención a la salud, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de recibir de los fabricantes o productores de sucedáneos de leche materna materiales de promoción, donativos, incentivos financieros, becas, viajes , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la	de las acciones de fomento a la lactancia y la asesoría sobre el uso correcto de sucedáneos, toda vez que la comercialización agresiva e inadecuada de estos y otros productos alimenticios que compiten con la leche materna continúa minando los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia natural. Estas prácticas suelen afectar negativamente a las decisiones de las madres y a su capacidad para amamantar a sus bebés de manera óptima. (Anexo 9).	



Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.

6.4.6 El personal de atención a la salud se abstendrá de promover el uso o distribución de sucedáneos de leche materna o sus muestras, a las mujeres embarazadas, a las madres de niños menores de 2 años o a los miembros de la familia, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.

6.4.7 Los establecimientos para la atención médica se abstendrán de recibir donativos de equipo o de materiales informativos o educativos de productores o fabricantes de sucedáneos de leche humana, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.

6.4.8 En los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrito la exposición de carteles y/o promoción de sucedáneos de leche materna para menores de 2 años de edad.



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#6*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables ^{#6} :	Apartado 6.5: Red de Bancos de Leche Humana 6.5.1 6.5.2, 6.5.3, 6.5.4, 6.5.5, 6.5.6, 6.5.7, 6.5.8	Sin comentarios
6.5 Red de Bancos de Leche Humana		Sin comentarios



6.5.1 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los contenidos técnicos y metodologías para la capacitación del personal encargado de los BLH, así como de la verificación del procesamiento y control de calidad, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el artículo 40, fracciones VIII y IX. 6.5.2 La Red de Bancos de Leche Humana está constituida por el banco de leche y los lactarios. 6.5.3 El BLH sólo se establecerá en hospitales que otorguen atención obstétrica y neonatal, con una productividad mayor o igual a 3,000 nacimientos al año, con una política de lactancia establecida y con el reconocimiento "Hospital Amigo del Niño y la Niña" vigente. 6.5.4 El personal del BLH, es responsable de promover, proteger y fomentar la lactancia materna y realizar actividades de capacitación, recolección, transporte, procesamiento, control de calidad y distribución de la leche humana. 6.5.5 Los lactarios que envíen leche humana al BLH, para ser pasteurizada y devuelta para su administración en RN o lactantes, deben estar a una distancia no mayor de 5 horas de traslado del lactario al BLH. 6.5.6 La leche humana cruda y/o pasteurizada deberá trasladarse en red de frío, manteniendo la leche líquida a un máximo de 5°C y congelada a un máximo de menos 5°C. 6.5.7 El personal de atención a la salud debe fomentar	Este apartado establece las disposiciones para que personal de salud de los establecimientos que cuentan con un Bancos de Leche Humana (BLH), realicen acciones de apoyo, fomento y protección a la práctica de la lactancia materna, de manera uniforme con todos los Bancos de la Mexicana, así como también dispongan de leche humana para ser procesada y distribuirla a los recién nacidos prematuros, de bajo peso, enfermos u hospitalizados que no pueden recibir leche directamente de sus madres. Estas disposiciones permitirán un adecuado funcionamiento que permita dar cumplimiento de manera alineada a lo establecido en la Ley General de Salud, referente a la implementación de al menos uno en cada entidad federativa. Diversos estudios muestran que posterior a la implementación de las actividades de un banco de leche humana, se incentiva en las madres el uso de leche humana como alimento de los recién nacidos que se encuentran en las terapias intensivas y se fomenta continuidad hasta por lo menos los dos años de edad. Existe una cantidad importante de personas recién nacidas hospitalizadas que no pueden recibir leche directamente de su madre, perdiendo los múltiples beneficios que la leche materna concede y se vuelve necesario proporcionarles, leche humana pasteurizada, segura y con calidad certificada y evite los riesgos de la alimentación artificial. Los bancos de leche humana son una estrategia que coadyuva en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, la universalización del acceso a la leche humana pasteurizada para recién nacidos prematuros y/o	Canilec considera importante que la AIR debe considerar información detallada de costos y beneficios asociados a la implementación y cumplimiento del proyecto propuesto que permita su evaluación.



la donación de leche materna en forma voluntaria y altruista. 6.5.8 La leche humana pasteurizada se entregará de forma gratuita a los RN y lactantes hospitalizados que así lo requieran.	enfermos hospitalizados, debe planearse estratégicamente, implementando acciones capaces de garantizar que la leche, conserva su valor biológico e inocuidad. En un estudio del Banco de Leche Humana del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua, Guatemala, realizado de 2005 a 2013, se evidenció que al implementar la intervención de BLH, la tasa de mortalidad neonatal disminuyó considerablemente de 11.68% en 2005 a 7.49% en 2013, con causas asociadas a la sepsis y a enterocolitis, así mismo se evidenció una reducción día estancia por paciente a 3.06 días. (Anexo 10) Este apartado establece criterios para su adecuada implementación, siendo indispensable la adopción de un riguroso sistema de control, capaz de determinar los principios y mecanismos que serán instituidos para garantizar la calidad del producto, su conservación y traslado. Durante esta administración se ha implementado 25 bancos de leche Humana en el país, lo que hace necesario establecer los criterios que homologuen el funcionamiento y las acciones que el personal debe realizar para la correcta asesoría de mujeres y el buen funcionamiento del banco que permita entregar a las personas recién nacidas prematuras o enfermas, leche humana de calidad certificada.	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones#7*	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables#7:	Apartado Lactancia Materna de Madres Trabajadoras 6.6.1 6.6.2, 6.6.3, 6.6.4, 6.6.5, 6.6.6, 6.6.7, 6.6.8	Sin comentarios
6.6 Lactancia Materna de Madres Trabajadoras		Sin comentarios
6.6.1 Informar y Capacitar al personal de las empresas y organizaciones de los sectores público, social y privado sobre la importancia de la lactancia materna.	En México la participación de la mujer en el ámbito laboral se ha incrementado en los últimos años; para el tercer trimestre de 2017 la tasa de participación económica de la mujer era 42.9%, de conformidad con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, lo que representa un gran avance en lo que se refiere a los derechos de las mujeres por la igualdad de oportunidades y la equidad de género. Con el fin de las madres que trabajan fuera de su hogar logren mantener la lactancia materna, en la presente regulación se establecen los criterios para instalar salas de lactancia que permitan a las madres trabajadoras extraer la leche de sus pechos en un ambiente digno e higiénico y conservarla adecuadamente para que le sea proporcionada a sus hijas e hijos mientras está ausente. Esta acción reporta múltiples ganancias a las compañías que promueven y apoyan la lactancia materna entre ellas: las madres cuyos niños reciben alimentación con	El AIR considera que las disposiciones señaladas en el anteproyecto no establecen nuevas obligaciones para los particulares, y facilitan el cumplimiento de la legislación ya establecida”. Sin embargo el anteproyecto establece el requerimiento de contar con personal encargado de la sala de lactancia quien deberá difundir y promover el uso de las salas de lactancia, lo cual establece una obligación para las empresas. No existe claridad en relación a la Información y capacitación del personal de las empresas que estará a cargo de fomentar la lactancia, misma que en la Ley General de Salud Capítulo V Art. 164 establece la responsabilidad de la capacitación y fomento para la lactancia materna a las autoridades sanitarias competentes, siendo desarrollada en servicios de salud destinados a la atención materno infantil, no así en particulares quienes tendrían que recibir capacitación para el desarrollo de tal actividad. Ante la LFT Con fundamento en el Artículo 153, la capacitación y adiestramiento a la que están obligados los particulares se encuentra enfocada en los



	fórmulas se ausentan (para cuidar a sus hijos enfermos) más del doble de días que quienes amamantan como se determina en el artículo de Rona Cohen, Marsha B. Mrtek, Robert G. Mrtek. Comparison of Maternal Absenteeism and Infant Illness Rates Among Breast-feeding and Formula-feeding Women in Two Corporations). Asimismo en el estudio de Dickson V, Hawkes C, Slusser W, Lange L, & Cohen R. (2000). The positive impact of a corporate lactation program on breastfeeding initiation and duration rates: help for the working mother. Se menciona que la compañía de seguros CIGNA llevó a cabo un estudio de 2 años sobre 343 empleadas que participaron en su programa de apoyo a la lactancia, y encontró que el programa tuvo como resultado un ahorro anual de \$240.000 en gastos de atención médica, un 62% menos de confección de recetas médicas, y un ahorro de \$60.000 por reducción del ausentismo. (Anexo 11)	conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad, además de otros supuestos relativos al puesto que desempeña, por lo que ejecutar dicha acción establecida en el anteproyecto, genera obligación económica para capacitar a las empresas y la necesidad de contar con aprobación de STPS.
6.6.2 Respetar y promover que las mujeres usen sus dos reposos extraordinarios de media hora al día o la reducción de una hora de su jornada laboral para amamantar a su hija o hijo o extraerse la leche.		Se genera una obligación en materia de capacitación o adiestramiento que al referir a “personal” como el objeto de la capacitación, constituye una obligación al campo de los patrones.
6.6.3 Se impulsará la instalación de salas de lactancia en los sectores público, social y privado, en términos de las disposiciones aplicables.	Toda vez que ya está contemplado en: la Ley General de Salud, artículo 64, fracción II; Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del artículo 123 Constitucional, Artículo 28; Ley del Seguro Social, Artículo 94, fracciones II y III; Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Artículo 39. fracciones II y III; Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Artículo 11; estas disposiciones no establecen nuevas obligaciones para	Se encuentra señalado en el artículo 170, fracción IV de la LFT el derecho a contar con un periodo de lactancia establecido para un plazo de seis meses, por lo tendrá que contemplarse la extensión de este periodo hasta los dos años en la Ley Federal del trabajo.
6.6.4 La sala de lactancia debe cumplir con los requisitos y mobiliario descritos en el Apéndice D Normativo, de esta Norma.		
6.6.5 El personal encargado de la sala de lactancia debe difundir la existencia de la misma entre las y los trabajadores de la institución, dependencia o empresa.		
6.6.6 El personal encargado de la sala de lactancia debe promover el uso de la misma por las madres		La Ley Federal del Trabajo no contempla la implementación de Salas de Lactancia como obligación para las empresas, dada la relevancia de este tema en la promoción y cumplimiento de la lactancia materna, se considera importante involucrar a la STPS. A fin de alinear el marco regulatorio vigente.



trabajadoras.	los particulares, facilitan el cumplimiento de la legislación ya establecida.	
6.6.7 Las empresas y organizaciones de los sectores público, social y privado deben impulsar la práctica de la lactancia materna durante los dos primeros años de vida del hijo o hija de la mujer trabajadora.		Se requiere alinear al marco regulatorio vigente, ya que la propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, sin embargo, en el artículo 170, fracción IV de la LFT se establece el derecho a contar con un periodo de lactancia establecido hasta por el término máximo de seis meses, con dos reposos de media hora, por lo que tendrá que contemplarse la extensión de este periodo hasta los dos años en la Ley Federal del trabajo, así como la evaluación de dichos reposos para garantizar la lactancia exclusiva.
6.6.8 Las instituciones, dependencias y empresas, deben impulsar así como otorgar el tiempo y las facilidades necesarias para la práctica de la lactancia materna de madres trabajadoras, conforme a las disposiciones aplicables.		

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#8*}	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables ^{#8:}	Apartado Lactancia en Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil 6.7.1, 6.7.2, 6.7.3	Sin comentarios
6.7 Lactancia en Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil		Sin comentarios
6.7.1 El personal de las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil debe promover y favorecer la lactancia materna de manera exclusiva los primeros seis meses de vida y complementaria hasta los dos años de edad.	Establece los criterios y recomendaciones para que el personal encargado de las estancias, guarderías y centros de desarrollo infantil realice acciones de promoción y para favorecer la lactancia materna de manera exclusiva los primeros seis meses de vida y	El anteproyecto considera la capacitación de lactancia en estancias infantiles, sin embargo, es importante considerar el desarrollo de este punto, dentro de las Reglas de Operación del marco regulatorio actual, que se establece como medida obligatoria la



6.7.2 El personal de las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil deben orientar a las madres o familiares responsables de los menores de 2 años, sobre los beneficios de la lactancia materna, el almacenamiento y conservación adecuados de la leche humana, así como los riesgos de la alimentación con sucedáneos de la leche materna.	complementaria hasta los dos años de edad. Con estas acciones se pretende que el personal otorgue información actualizada a las madres y familias que acuden a ellas y tengan los elementos técnicos y de evidencia científica a fin de que promuevan y fomenten la práctica de la lactancia materna en su área de trabajo (Anexo 12). Los centros de desarrollo infantil mantienen como población blanco a niñas y niños desde los 45 días de nacidos hasta edades superiores a los dos años, siendo de primordial importancia la participación de su personal en el fomento y apoyo de la lactancia materna.	instalación de salas de lactancia, para fomentar la lactancia hasta los 2 años de edad.
6.7.3 Las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil deben impulsar la instalación de salas de lactancia y facilitar su utilización por las madres de menores de 2 años de edad atendidos en las mismas.		

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones#10*	Establecen obligaciones	Sin comentarios
Artículos aplicables#10:	Apartado Promoción 8.1, 8.2, 8.3, 8.4	Sin comentarios
8. Promoción		Sin comentarios
8.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, deben proporcionar en forma oportuna, información veraz, para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad.	Las disposiciones de este apartado no establecen obligaciones adicionales ni costos para los particulares, ya que describe las acciones que de manera alineada deberá realizar el personal de salud para realizar difusión permanente así como acciones intensivas en fechas conmemorativas como la semana mundial de lactancia materna que se celebra del 1 al 7 de agosto de cada año y en la que México se ha sumado desde hace varios años, fortaleciendo las acciones que habitualmente se desarrollan. Actualmente en los servicios de salud se realizan estas acciones como parte de la política pública en lactancia materna, no obstante se requiere establecer	Se precisa incluir información detallada con respecto a las prácticas o acciones que tengan como propósito fomentar la lactancia materna, así como el uso correcto de los sucedáneos de leche humana, destacando que dicha facultad es exclusiva del médico o profesional de la salud, derivada de un proceso de evaluación clínica exhaustiva en dónde podrían evidenciarse la existencia de situaciones o razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. En dichos casos, el médico o profesional
8.2 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como los promotores de salud, deben realizar acciones permanentes de difusión sobre las ventajas y beneficios de la alimentación con leche materna y		



reforzarla durante la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año del 1 al 7 de agosto 8.3 El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, definirán los materiales impresos y digitales para la promoción de la lactancia materna, con el fin de que las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Estatales de Salud los repliquen para su distribución y difusión. 8.4 En los Centros de Desarrollo Infantil, salas de lactancia materna y lactarios se debe exponer en lugares visibles, información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación con sucedáneos de leche materna.	criterios para realizar dichas acciones de manera alineada y coordinadas por el órgano rector en la materia, dentro de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.	de la salud tiene las facultades suficientes para determinar las razones y los casos específicos que justifiquen el uso apropiado de estos productos cuando se requieran de manera permanente o temporal (Ref. OMS/UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna, 2009.) Finalmente, dichas acciones deberán estar alineadas con el marco regulatorio vigente.

JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
Obligaciones ^{#11*}	Establecen obligaciones	
Artículos aplicables ^{#11:}	Apartado Registro de la información 9.1, 9.2, 9.3, 9.4	
9. Registro de la información		
9.1 El registro de la práctica de la lactancia materna, desde el nacimiento y hasta los 2 años de edad, se debe realizar en los formatos institucionales correspondientes al seguimiento de la salud del menor.	Las disposiciones de este apartado no establecen obligaciones adicionales ni costos para los particulares ya que el registro debe realizarse por formar parte de los indicadores de lactancia materna exclusiva a los 6 meses y complementaria a los 2 años de edad que ya	Canilec considera que la AIR no identifica los registros de información derivados de la implementación y verificación de este instrumento normativo



9.2 Es competencia de cada institución, entregar a la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva los informes respectivos sobre el número de menores de seis meses con LME y el número de menores de 6 meses a dos años de edad con lactancia materna complementaria.	se encuentran en los sistemas oficiales de información. El registro permanente y continuo de la información permitirá hacer el seguimiento estadístico de la práctica de la lactancia materna para realizar la evaluación de las acciones que permita la toma oportuna de decisiones que permitan modificar los bajos indicadores de lactancia materna que actualmente se tienen en el país y que representan un grave problema de salud pública al poner en un riesgo mayor de padecer enfermedades gastrointestinales y respiratorias a niños y niñas durante la infancia, así como también incrementa el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, obesidad y cardiovasculares en la edad adulta, estos últimos problemas importantes entre la población. Por lo anterior la lactancia materna se ha considerado una estrategia costo efectiva para la reducción de enfermedades agudas de la infancia y crónicas no transmisibles. Actualmente se realiza registro de los indicadores de manera irregular en las instituciones, estas disposiciones permitirán homologar las acciones para disponer de la misma información a nivel nacional.	
9.3 La periodicidad del reporte institucional será semestral y deberá ser entregada los primeros 10 días de julio y enero, respectivamente		
9.4 La Secretaría de Salud integrará y difundirá la información nacional de los datos entregados por las instituciones en el marco de Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal vigente.		

Los comentarios con relación a los Apéndices necesitan ser considerados:

Canilec considera que se necesita incluir los puntos asociados con los Apéndices Normativos, de acuerdo a las acciones regulatorias generadas por cada requerimiento; es importante garantizar la alineación de estas nuevas disposiciones al marco regulatorio vigente.

Así mismo, se adjunta en anexo independiente, los comentarios específicos realizados a los diferentes Apéndices Normativos del Anteproyecto.



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
9.1 Costos: Grupo o industria al que le impacta la regulación^{#1*}	Sistema Nacional de Salud	De acuerdo con el campo de aplicación, esta Norma no sólo aplica al Sistema Nacional de Salud, también regula la actividad de todas aquellas personas, empresas o instituciones vinculadas con mujeres en periodo de lactancia y las que se relacionan con la atención, alimentación, cuidado y desarrollo infantil, por lo tanto, también se regular en el texto de la Norma la comercialización de productos alimenticios que puedan competir con la lactancia materna (No sólo refiere a Sucédáneos de la leche materna, dada la aplicación de una definición diferente a la de la legislación mexicana) e imponiéndose a los patrones condiciones especiales de seguridad e higiene en el trabajo en materia de lactancia de madres trabajadoras. Por lo tanto, no sólo se trata de una disposición de carácter sanitario, sino que también trastoca materias que son competencia de otras entidades de la administración pública federal y que involucran a sectores que también debieran ser parte del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Solicitamos el involucramiento de otras empresas reguladas como son farmacéuticas y empresas del



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		ramo alimenticio.
Describa o estime los costos^{#1*}	Los riesgos ampliamente documentados de morbilidad y mortalidad en niños no lactados al seno materno y en las madres no lactantes pueden traducirse en una carga económica importante para un país. Esta carga se ha estimado en la literatura como: • costos directos de atención médica asociados al exceso de morbilidad por una lactancia inadecuada • costos indirectos por pérdida de productividad asociada con tiempo destinado a cuidar al niño enfermo por parte de los padres o cuidadores, a discapacidad o muerte prematura, y costos de la alimentación artificial. Para el sector público, no representa costos adicionales, ya que las disposiciones establecen criterios para homologar las acciones que se realizan como parte de la política pública en lactancia y para dar cumplimiento a lo establecido en diversas Leyes. Por el contrario, incrementar la cobertura de acciones de promoción, capacitación y difusión, significan beneficios no solo a la salud y sino también económicos, ya que al incrementar los índices de lactancia materna en el país, se contribuirá a reducir la morbimortalidad infantil, reducir la incidencia de enfermedades agudas de la infancia (respiratorias y gastrointestinales) así como procesos alérgicos y enfermedades crónicas en la edad adulta como la obesidad, diabetes y cardiovasculares. Así mismo, reduce la incidencia de cáncer de mama y ovario en las mujeres que	En la evaluación del Impacto de la regulación, la AIR no brinda información sobre las erogaciones que enfrentará el sistema nacional de salud, las estancias, guarderías y centros de desarrollo infantil, las organizaciones académicas y/ o científicas, así como la industria nacional, para dar cumplimiento a las acciones regulatorias señaladas en el cuerpo del Proyecto de NOM, para impulsar la instalación de salas de lactancia, contar con personal encargado de las mismas y crea la obligación de la capacitación continua del personal que permita mantener la lactancia hasta los 2 años, por lo es necesario considerar las siguientes acciones como aquellas que conllevarán costos asociados: Sistema Nacional de Salud: - Capacitación del personal (p.e. 5.4. En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el personal de salud debe realizar la búsqueda intencionada de los factores de riesgo que puedan ocasionar el abandono de la lactancia y prevenirlos oportunamente). - Evaluación para el reconocimiento de unidades de primer nivel y hospitales como "Amigos del Niño y la Niña". - Formación de evaluadores para el reconocimiento de unidades de primer nivel y hospitales como "Amigos



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	amamantan. Existen diversos estudios en países de altos y medianos ingresos que han documentado el exceso de costos asociados a una lactancia inadecuada. (ANEXO 16) Existen tres estudios con estimaciones para Estados Unidos. El primero es el de Riordan que estimó un costo anual nacional de 1 000 millones de dólares en costos directos de atención médica y fórmula láctea para el tratamiento de cuatro enfermedades en niños asociadas con no lactar. El segundo es el estudio de Weimer, quien estimó los beneficios económicos a corto plazo de aumentar la prevalencia de lactancia exclusiva a nivel nacional para enfermedades infecciosas en niños. El estudio incluyó costos directos por uso de servicios médicos, costos indirectos por tiempo invertido en cuidados del niño y costos por muerte prematura. Los resultados muestran que podrían ahorrarse al menos 3 600 millones de dólares anuales al alcanzar metas de lactancia de hasta 75% para madres en hospital y 50% a 6 meses posparto. El estudio no incluye enfermedades no infecciosas, costos de morbilidad a largo plazo, ni costos de fórmula. Estimaciones nacionales para Países Bajos muestran que de lograr una meta de 100% de lactancia se ahorrarían cerca de 50 millones de euros anuales en costos directos de atención. El estudio incluye enfermedades en niños y madres (cáncer de ovario y mama y artritis reumatoide). Existe un estudio que estima los potenciales ahorros para el sistema nacional de salud del Reino Unido para diferentes políticas de aumento	del Niño y la Niña". - Integración de un grupo evaluador externo que realizará la evaluación de las unidades de salud, de conformidad con los criterios establecidos. - Establecimiento de bancos de leche - Equipos particulares para traslado y conservación de leche materna; dependiendo de la distancia y la cantidad de leche, pueden ser necesarios también transportes refrigerados. - Controles de calidad para la leche recibida. - Establecimiento de salas de lactancia con requisitos y mobiliario establecidos - Desarrollo de materiales para el fomento de la lactancia materna - Registro de la práctica de la lactancia materna, desde el nacimiento y hasta los 2 años de edad, en formatos institucionales. - Elaboración y entrega de reportes semestrales sobre el número de menores de seis meses con LME y el número de menores de 6 meses a dos años de edad con lactancia materna complementaria. Sistema de salud particular: - Capacitación del personal - Establecimiento de salas de lactancia con requisitos y mobiliario establecidos (No obligados actualmente) Patrones: - Establecimiento de salas de lactancia con requisitos y mobiliario establecidos (No obligados actualmente)



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	en lactancia materna para cinco enfermedades infecciosas en los niños y el cáncer de mama en mujeres. Se incluyeron sólo costos directos de atención dado que el estudio refleja la perspectiva del sistema de salud; no se tomaron en cuenta costos indirectos o costos de fórmula. Los resultados más importantes muestran que incrementar la tasa de lactancia exclusiva o mixta de 7 a 65% hubiera ahorrado 5 millones de libras esterlinas de 2009-2010 por año en hospitalizaciones y 5.4 millones de libras en servicios ambulatorios. Si la tasa de lactancia se duplicara a 6 meses se ahorrarían 15 millones de libras durante la vida de esas mujeres. En México, un estudio reciente estimó los costos de no lactar asociados con enfermedades infecciosas en niños menores de 1 año de edad en México, los costos totales de no lactar en 2012 se estimaron entre 745.6 y 2,416.5 millones de dólares, de los cuales entre 11 y 38%, respectivamente, correspondieron a compras de fórmula infantil, estos últimos en su mayoría a cargo de las familias. De acuerdo a los resultados del estudio en México, publicado por Colchero M.A., et al, el costo directo por la atención de las infecciones respiratorias de las vías inferiores, otitis media aguda, infecciones respiratorias agudas superiores y gastroenteritis aguda; así como enterocolitis necrotizante y el síndrome de muerte súbita infantil, según la incidencia de la patología reportada en 2012, es de \$ 183.6 millones de dólares por año, mientras que en el escenario de la incidencia estimada de las	- Instalación de personal encargado de la sala de lactancia (No obligado actualmente) - Capacitación del personal y orientación a las madres trabajadoras (No obligado actualmente, es responsabilidad del Sistema Nacional de salud la orientación a las madres en materia de lactancia materna). Estancias, guarderías, centros de desarrollo infantil: - Establecimiento de salas de lactancia con requisitos y mobiliario establecidos. (No obligados actualmente) - Capacitación del personal y orientación a las madres trabajadoras, así como fomento a la lactancia (No obligado actualmente, es responsabilidad del Sistema Nacional de salud la orientación a las madres en materia de lactancia materna).



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	enfermedades asciende a \$ 538.8 millones de dólares. Para el caso de las muertes prematuras, los investigadores encontraron que con la incidencia reportada el costo por productividad perdida fue de \$ 272.1 millones de dólares, mientras que el costo con la incidencia estimada alcanza los \$ 1,587.9 millones de dólares. Por otro lado, el costo por lactancia materna asociada a la compra inadecuada de fórmula infantil se estimó en \$ 289.9 millones de dólares, lo que representa entre el 11 % y 38 % del costo total por malas prácticas de lactancia. Al sumar lo que cuesta la atención directa, la productividad perdida y el costo del uso de fórmulas infantiles, el monto asciende a \$ 745.6 millones de dólares para el modelo con la incidencia reportada de las enfermedades, y a \$ 2,416.5 para el modelo con la incidencia estimada. (Anexo 12) En el análisis de costos destaca también, una publicación del Sureste de Asia en la que el análisis fue realizado en siete países del sur de Asia (Vietnam, Camboya, Laos, Tailandia, Timor Leste, Myanmar e Indonesia) señala seis componentes revisados: 1. Pérdida cognitiva, en menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva; 2. Mortalidad infantil, por presencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias; 3. Mortalidad materna, por cáncer de mama; 4. Costos en el sistema de salud, para los tratamientos de los niños y niñas con infecciones gastrointestinales y respiratorias; 5. Costos indirectos, por traslados y empleo de cuidadores y 6. Costos del uso de fórmulas, resumiendo que con la práctica de la lactancia	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	materna se obtiene un ahorro \$ 1,600,000.00 dólares anuales en los gastos de atención a la salud. (Anexo 13) En un estudio realizado en Canadá en 2016, se concluye que no sólo es importante garantizar un embarazo saludable para la mujer y el producto, sino el crear un entorno para el parto, el desarrollo del niño y la familia. Si el personal de salud es capacitado en los beneficios a corto y largo plazo que brinda la práctica de lactancia materna hasta pasados los 2 años de edad, como lo cita la OMS, las mujeres estarían informadas y convencidas que el mejor alimento que podría recibir su recién nacido es a lactancia materna, y con ello se mejorarían las tasa de la lactancia materna exclusiva. (Anexo 14) Por otro lado, una de las recomendaciones de la OPS/OMS, es la disposición en el lugar de trabajo de una sala privada e higiénica dedicada a la práctica de la lactancia. La Organización Internacional del Trabajo y la Unicef han elaborado estudios en donde se revela que las empresas que apoyan la lactancia materna, logran reducir entre 30 y 70% el ausentismo de las madres durante el primer año de vida de los niños y niñas, por los beneficios a corto y largo plazo que trae está práctica. Por lo que al existir un menor número de niños y niñas enfermos, se incide positivamente en la economía familiar no sólo porque la alimentación con lactancia materna es gratuita, sino también porque evitará gastos por concepto de atención médica y sus repercusiones en el ausentismo laboral de los padres por el cuidado del hijo o hija enfermo, ya que los niños	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	y niñas alimentados con leche materna, se enferman con menor frecuencia y gravedad, generando en las mujeres trabajadoras una mayor lealtad en las empresas e inclusive se retiene el talento y como resultado de su gratitud y satisfacción, mejoran la productividad y su desempeño laboral. Para el sector social o familias, no representa costos, por el contrario, como se ha citado anteriormente, representa ahorros por menor gasto en alimentación artificial, atención médica por procesos infecciosos y al evitar pérdida de ingresos de los padres o cuidadores por tener un mayor número de enfermedades infecciosas. Para el sector público, no representa costos adicionales, ya que las acciones que se describen en la norma, se realizan en cierta medida en el sistema nacional de salud, obedecen a la política pública en lactancia materna, no obstante, se requiere homologar acciones y unificar criterios para obtener mejores resultados en los indicadores y dar cumplimiento a lo establecido en diversas Leyes. Para el grupo específico de particulares, productores o fabricantes de fórmulas infantiles, el costo de implementación se estima no mayor a los beneficios que representa el impacto a la salud pública, la reducción de costos de atención médica por un menor número de infecciones a mayores índices de lactancia materna, y en el largo plazo, por un menor costo de atención en salud por enfermedades crónicas no transmisibles, aunado a que desde agosto de 2016, los fabricantes y productores firmaron un Código de Ética,	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	Transparencia y buenas prácticas de comercialización y publicidad de los sucedáneos de la leche humana para lactantes, que tiene por objeto coadyuvar a proteger y promover la lactancia materna, realizando desde entonces acciones de automonitoreo y vigilancia del código y evitar conflicto de interés. Por lo anterior y toda vez que es una norma para homologar acciones a favor de la lactancia materna y no así para regular la comercialización de sucedáneos, se considera que no generará costos adicionales de consideración para este grupo específico de particulares. (Anexo 15).	
8. ¿La propuesta de regulación contempla esquemas que impactan de manera diferenciada a sectores o agentes económicos?: *	Esta regulación no impacta de manera diferenciada a sectores económicos, toda vez que establece disposiciones que unifican los criterios de acción que el personal para la atención a la salud debe realizar en los establecimientos de salud para promover y proteger la práctica de la lactancia materna, establece recomendaciones para el apoyo de esta práctica en guarderías, centros de desarrollo infantil, así como en los sitios de trabajo de las mujeres, todo con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud, la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
9. Proporcione la estimación de los costos y beneficios que supone la regulación para cada particular o grupo de particulares:		Canilec reitera el comentario anterior
9.2 Beneficios:		Sin comentarios
Grupo o industria al que le impacta la regulación#1		De acuerdo con el campo de aplicación, esta Norma no sólo aplica al Sistema Nacional de Salud, también regula la actividad de todas aquellas personas, empresas o instituciones vinculadas con mujeres en periodo de lactancia y las que se relacionan con la atención, alimentación, cuidado y desarrollo infantil, por lo tanto, también se regular en el texto de la Norma la comercialización de productos alimenticios que puedan competir con la lactancia materna (No sólo refiere a Sucédáneos de la leche materna, dada la aplicación de una definición diferente a la de la legislación mexicana) e imponiéndose a los patrones condiciones especiales de seguridad e higiene en el trabajo en materia de lactancia de madres trabajadoras. Por lo tanto, no sólo se trata de una disposición de carácter sanitario, sino que también trastoca materias que son competencia de otras entidades de la administración pública federal y que involucran a sectores que también debieran ser parte del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
		Solicitamos el involucramiento de otras empresas reguladas como son farmacéuticas y empresas del ramo alimenticio.
Describa de manera general los beneficios que implica la regulación propuesta#1*		Sin comentarios
Descritos en el punto anterior		Sin comentarios
Proporcione la estimación monetizada de los beneficios que implica la regulación#1*		Sin comentarios
Descritos en el punto anterior		Sin comentarios
10. Justifique que los beneficios de la regulación son superiores a sus costos: *	Existen diversos estudios en países de altos y medianos ingresos que han documentado el exceso de costos asociados a una lactancia inadecuada, como la que actualmente tenemos en el país, la más baja en Latinoamérica. Estos elevados costos para el sistema nacional de salud, deberán disminuir de manera paulatina, conforme se incrementen los índices de lactancia materna, como lo han demostrado los estudios descritos. (Anexo 16). Estos costos de no lactar de manera correcta se han estimado para nuestro país por Colchero M.A et al, (Anexo 12) el costo directo por la atención de las infecciones respiratorias de las vías inferiores, otitis media aguda, infecciones respiratorias agudas superiores y gastroenteritis aguda; así como enterocolitis	Derivado del análisis de esta AIR, la industria considera de suma importancia la evaluación e inclusión de los costos derivados de la implementación y cumplimiento de esta regulación por múltiples actores, siendo lo que nos atiende en lo específico, el impacto a la industria productora de sucedáneos de leche materna tomando en cuenta los siguientes rubros en lo general a) Modificación de prácticas y actividades b) Generación nuevos procedimientos c) Capacitación



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	necrotizante y el síndrome de muerte súbita infantil, según la incidencia de la patología reportada en 2012, es de \$ 183.6 millones de dólares por año, mientras que en el escenario de la incidencia estimada de las enfermedades asciende a \$ 538.8 millones de dólares. Para el caso de las muertes prematuras, los investigadores encontraron que con la incidencia reportada el costo por productividad perdida fue de \$ 272.1 millones de dólares, mientras que el costo con la incidencia estimada alcanza los \$ 1,587.9 millones de dólares. Por otro lado, el costo por lactancia materna asociada a la compra inadecuada de fórmula infantil se estimó en \$ 289.9 millones de dólares, lo que representa entre el 11 % y 38 % del costo total por malas prácticas de lactancia. Al sumar lo que cuesta la atención directa, la productividad perdida y el costo del uso de fórmulas infantiles, el monto asciende a \$ 745.6 millones de dólares para el modelo con la incidencia reportada de las enfermedades, y a \$ 2,416.5 para el modelo con la incidencia estimada. La presente norma técnica tiene como objetivo final contribuir al incremento de la práctica de la lactancia materna y la prevención de padecimientos agudos y crónicos asociados a prácticas inadecuadas de alimentación infantil, a través de la estandarización de acciones para proteger, promover y proteger la práctica de la lactancia materna por el personal de atención a la salud. Las disposiciones que establece en general no representan costos para los particulares ni para el sector social ni público, pues solo es un instrumento	



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	que define las acciones y criterios que el personal de salud deberá seguir para dar cumplimiento a lo establecido en diversas leyes y que a la fecha ya se realiza diferente manera como parte de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, sin embargo en este documento no se especifica técnicamente el “como” hacerlo, es por eso que es de gran importancia la emisión de la Norma en el tema. De acuerdo a estudios publicados en otros países se estima que se podrían conseguir ahorros hasta 11.5 millones de dólares si se incrementa la lactancia materna exclusiva a los 3 meses de 60- 80% y hasta 2400 millones de dólares si conseguimos incrementar a 95% la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y parcial entre 6 meses y 1 año (Anexo 16).	
Apartado IV. Cumplimiento y aplicación de la propuesta		Sin comentarios
11. Describa la forma y/o los mecanismos a través de los cuales se implementará la regulación (incluya recursos públicos): *	El mecanismo para la observancia del proyecto de norma en las diferentes entidades federativas del país, corresponde a la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y salud reproductiva de conformidad con el artículo 64, fracciones II y II Bis de la Ley General de Salud y; artículo 40 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Dicha regulación surtirá efectos al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.	Sin comentarios
Apartado V. Evaluación de la propuesta		



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
13. Describa la forma y los medios a través de los cuales se evaluará el logro de los objetivos de la regulación: *	A través del análisis y seguimiento de los indicadores establecidos en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018 y los indicadores de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018 así como los incluidos en el Sistema de Información de Salud.	Sin comentarios
Apartado VI. Consulta pública		Sin comentarios
14. ¿Se consultó a las partes y/o grupos interesados para la elaboración de la regulación?: *	Sí	Sin comentarios
Mecanismo mediante el cual se realizó la consulta#1*	Formación de grupo de trabajo/comité técnico para la elaboración conjunta del anteproyecto	Sin comentarios
Señale el nombre del particular o el grupo interesado#1*	Subcomité de Salud Reproductiva	Sin comentarios
Describa brevemente la opinión del particular o grupo interesado#1	Para la elaboración de la Norma se realizaron 3 reuniones plenarias y tres reuniones por grupo técnico de expertos, mismos que trabajaron cada artículo. En los grupos de trabajo participaron las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, sociedades médicas y académicas, así como, integrantes de la sociedad civil y de manera oficial se envió la propuesta de artículos en los que tenían competencia a la Secretaría de Gobernación, la Secretaría del Trabajo y el Consejo de Salubridad General, quienes igualmente de manera oficial enviaron sus propuestas las mismas	Sin comentarios



JUSTIFICACIÓN SOLICITADA	RESPUESTA DEL PROMOVENTE	COMENTARIOS CANILEC
	que han incluidas en el proyecto de norma.	
15. Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas:	En los grupos de trabajo participaron las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, sociedades médicas y académicas, así como, integrantes de la sociedad civil y de manera oficial se envió la propuesta de artículos en los que tenían competencia a la Secretaría de Gobernación, la Secretaría del Trabajo y el Consejo de Salubridad General, quienes igualmente de manera oficial enviaron sus propuestas las mismas que han incluidas en el proyecto de norma.	Sin comentarios

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana

PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

	PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.	Propuesta	Análisis
1	1. Objetivo y campo de aplicación 1.1 Esta Norma establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimento exclusivo durante los primeros seis meses de edad.	1. Objetivo y campo de aplicación 1.1 Esta Norma establece los criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y complementada hasta los 2 años de edad.	La propuesta sugiera la precisión del concepto de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, lo cual alinea el proyecto al marco regulatorio vigente
2	1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para el personal de los servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que efectúen acciones en el campo de la salud materno infantil, así como todas aquellas personas, empresas o instituciones vinculadas con mujeres en periodo de lactancia y las que se relacionan con la atención, alimentación, cuidado y desarrollo infantil.	Sin comentarios	Basado en que esta NOM considera aspectos comerciales y de publicidad que impacta a las empresas de los productos regulados, por tanto se solicita se considere a estos dos actores (Sría. de Economía y las empresas productoras o comercializadoras de sucedáneos de leche materna), como parte del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Solicitamos el involucramiento de otras empresas reguladas como son farmacéuticas y empresas de suplementos alimenticios como parte del sector que atiende la salud materno-infantil.
2	2. Referencias normativas	Inclusión de los siguientes: x.x Ley General de Salud x.x. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios	Se solicita la inclusión dado que son documentos referenciados en el cuerpo del proyecto de NOM

3	3. Términos y definiciones		
4	3.1 Amamantamiento: a la alimentación directa al pecho materno con un adecuado afianzamiento, agarre y succión.	Sin comentarios	Sin comentarios
5	3.2 Alimentación complementaria: al proceso que inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño o niña, se recomienda a partir de los 6 meses de edad.	Sin comentarios	Sin comentarios
6	Esta definición no está incluida en el proyecto	x.x. Alimentación complementaria temprana: al proceso que inicia con la introducción gradual de alimentos diferentes a la leche humana, antes de los seis meses de edad, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño o niña.	Se propone la Inclusión de la siguiente definición referente a alimentación complementaria temprana para adicionar claridad al alcance de la Norma (Ref.: Consenso para las Prácticas de Alimentación Complementaria en Lactantes Sanos, 2016. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2016; 73 (5): 338-356.)

7	3.3 Alimentación Enteral: a la administración de cualquier alimento en el tracto gastrointestinal, esto incluye alimentación mediante sonda intragástrica, vaso o seno materno.	Eliminación de la definición	Se sugiere la eliminación, dada la imprecisión técnica ya que su utilización pudiera generar confusión con un impacto importante en la salud.
8	3.4 Alojamiento conjunto: a la ubicación y convivencia de las y los recién nacidos y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.	Sin comentarios	Sin comentarios
9	3.5 Banco de Leche Humana (BLH): es el servicio especializado, responsable de la recolección, procesamiento y distribución de Leche Humana Pasteurizada	Sin comentarios	Sin comentarios
10	3.6 Biberón: al recipiente cilíndrico transparente, de cristal o plástico, que tiene un chupón en su extremo y se utiliza para la lactancia artificial.	Sin comentarios	Sin comentarios
11	3.7 Chupón: objeto de goma o silicón con forma de pezón que se les da a los bebés para que succionen la leche o como pacificador.	Sin comentarios	Sin comentarios
12	3.8 Contacto piel a piel: mantener el contacto directo del cuerpo del niño con el pecho de la madre sin prendas de por medio.	Sin comentarios	Sin comentarios
13	3.9 Extracción: a la técnica manual o mecánica para ayudar al vaciamiento del pecho de la mujer en periodo de lactancia	Sin comentarios	Sin comentarios

14	3.10 Lactancia materna: la alimentación del recién nacido o lactante con leche humana.	Sin comentarios	Sin comentarios
15	3.11 Lactancia materna exclusiva (LME): la alimentación de las niñas o niños con leche humana como único alimento; adicional a esta sólo puede recibir solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.	Sin comentarios	Sin comentarios
16	Esta definición no está incluida en el proyecto	Lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre más un sucedáneo de la leche materna.	Se propone la inclusión de la siguiente definición por ser una práctica ya existente y una alternativa para promoción de la lactancia materna
17	Esta definición no está incluida en el proyecto	Lactantes, a los niños hasta los doce meses de edad.	Se propone la inclusión de la siguiente definición por ser Importante en el contexto del alcance y alineado a la citado en el marco regulatorio actual Ref. NOM NOM-131-SSA1-2012
18	3.12 Lactario hospitalario: al espacio digno, privado e higiénico para la extracción y conservación de leche humana destinada a recién nacidos y/o lactantes hospitalizados.	Sin comentarios	Sin comentarios

19	3.13 Leche humana: la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer, para la alimentación del lactante.	Sin comentarios	Sin comentarios
20	3.14 Lactancia inducida: al proceso mediante el cual se estimula la producción de leche en una mujer, para poder amamantar a un lactante que no parió.	Sin comentarios	Sin comentarios
21	3.15 Método canguro: a la atención a las niñas y niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre	Sin comentarios	Sin comentarios
22	3.16 Promoción de la lactancia materna: a fomentar acciones en la población para favorecer la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad.	3.16 Promoción de la lactancia materna: a fomentar acciones en la población para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementada hasta los 2 años.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, lo que alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
23	3.17 Recién nacido (RN): al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.	Sin comentarios	Sin comentarios
24	3.18 Recién nacido prematuro (RNPT): al producto de la concepción menor a 37 de semanas de gestación, que equivale a un producto de 1000 gramos a menos de 2500 gramos.	3.18 Recien Nacido Pretérmino (RNPT): Recién nacido que nace vivo antes de la semana de gestación 37 y se clasifican en extremadamente pretérmino menos de 29 semanas de gestación; muy pretérmino 28 a menos de 32 semanas de gestación y moderado a pretérmino tardío 32 a menos de 37 semanas de gestación	Las modificaciones sugeridas e esta definición BORN TOO SOON. Global action report 2012.

25	3.19 Refugio Temporal: a la instalación física habilitada para brindar temporalmente protección y bienestar a las personas que no tienen posibilidades inmediatas de acceso a una habitación segura en caso de un riesgo inminente, una emergencia, siniestro o desastre;	Sin comentarios	Sin comentarios
26	3.20 Sucedáneo de la leche materna: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.	3.20 Sucedáneo de la leche materna: a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana	Alinear con el marco regulatorio nacional vigente: a) Reglamento de Productos y Servicios b) ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General emite disposiciones para fortalecer la política pública en lactancia materna en materia de sucedáneos de la leche materna o humana. c) NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba d) 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.
27	3.21 Sala de lactancia: al área digna, privada, higiénica y accesible para que las mujeres en periodo de lactancia, amamanten o extraigan y conserven	Sin comentarios	Sin comentarios

	adecuadamente su leche durante el horario de trabajo.		
28	4. Símbolos y Términos abreviados	Sin comentarios	Sin comentarios
	5. Disposiciones generales		
29	5.1. El personal de salud de todos los establecimientos para la atención médica, del Sistema Nacional de Salud, debe promover y fomentar la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y apoyar su mantenimiento hasta los 2 años de edad.	5.1. El personal de salud de todos los establecimientos para la atención médica, del Sistema Nacional de Salud, debe promover y fomentar la práctica de la LME durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido y apoyar su mantenimiento de manera complementaria hasta los 2 años de edad.	Se propone insertar la palabra complementaria para una mayor claridad de la disposición
30	5.2 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas, el personal de salud debe realizar examen de las mamas, otorgar información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de uso de los sucedáneos , así como favorecer el desarrollo de habilidades para el adecuado amamantamiento, de conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas citadas en los puntos 2.2 y 2.7, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico desde la primera consulta prenatal.	5.2 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas, el personal de salud debe realizar examen de las mamas, otorgar información sobre: 1) los beneficios de la lactancia materna 2) los cuidados que deberá tener la madre durante el periodo de lactancia 3) favorecer el desarrollo de habilidades para el adecuado amamantamiento 4) los riesgos que existen en el recién nacido por no llevar a cabo las recomendaciones durante el periodo de lactancia 5) las razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna que abarca afecciones infantiles y afecciones maternas.	La propuesta sugiere incluir consideraciones clave para apoyar la lactancia materna y advertencias alineadas con marco regulatorio actual y recomendaciones internacionales Ref.: OMS/UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna, 2009

		6) el uso adecuado de sucedáneos de la leche materna, cuando sea justificado y los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación. De conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas vigentes. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico desde la primera consulta prenatal.	
31	5.3 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres en etapa de lactancia y a menores de 2 años de edad, el personal de salud debe otorgar información sobre los beneficios de la lactancia materna, los riesgos de la alimentación con sucedáneos de la leche materna y favorecer el desarrollo de habilidades para la adecuada extracción, conservación y manejo de la leche humana, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico.	5.3 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres en etapa de lactancia y a menores de 2 años de edad, el personal de salud debe realizar examen de las mamas y otorgar información sobre: 1) los beneficios de la lactancia materna 2) los cuidados que deberá tener la madre durante el periodo de lactancia 3) favorecer el desarrollo de habilidades para el adecuado amamantamiento 4) los riesgos que existen en el recién nacido por no llevar a cabo las recomendaciones durante el periodo de lactancia 5) las razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna que abarca afecciones infantiles y afecciones maternas. 6) el uso adecuado de sucedáneos de la leche materna, cuando sea justificado y los	La propuesta sugiere incluir consideraciones clave para apoyar la lactancia materna y advertencias alineadas con marco regulatorio actual y recomendaciones internacionales Ref.: OMS/UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna, 2009

		riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación. De conformidad con las Normas Oficiales Mexicanas vigentes. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico desde la primera consulta prenatal.	
32	5.4 En todo establecimiento que proporcione atención a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el personal de salud debe realizar la búsqueda intencionada de los factores de riesgo que puedan ocasionar el abandono de la lactancia y prevenirlos oportunamente, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. Estas acciones deben registrarse en el expediente clínico.	Sin comentarios	Sin comentarios
33	5.5 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, tomando en cuenta la condición sociocultural de la población, el personal debe aplicar criterios para favorecer la práctica de la LME, el alojamiento conjunto y la vigilancia del cumplimiento del CICSLM, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.	5.5 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, tomando en cuenta la condición sociocultural de la población, el personal debe aplicar criterios para favorecer la práctica de la LME durante los primeros seis meses y complementada hasta el 2 año, y el alojamiento conjunto.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, lo que alinea el proyecto con el marco regulatorio actual y la eliminación de la vinculación citada en el proyecto entre la NOM-007 y el cumplimiento del CICSLM, ya que ésta, no existe.

34	5.6 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y continuarla a libre demanda y en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida del recién nacido , de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.	5.6 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida y continuarla a libre demanda y en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida del recién nacido y complementada hasta el segundo año de edad , de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma. <i>En el caso en que la lactancia materna no sea posible, el profesional de la salud evaluará la utilización adecuada de sucedáneos de la leche materna garantizando su uso correcto.</i>	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
35	5.7 En todo establecimiento que proporcione atención obstétrica y/o a menores de 2 años de edad, el personal de salud debe evitar utilizar o recomendar el uso de chupón y/o biberón, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.	Sin comentarios	Sin comentarios
36	5.8 En todo establecimiento que proporcione atención a menores de 2 años, el personal de salud debe promover el inicio de alimentación complementaria a partir del sexto mes y continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana	Sin comentarios	Sin comentarios

	citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.		
37	5.9 En todo establecimiento que proporcione atención neonatal, el personal de atención debe promover y fomentar el inicio de la alimentación enteral con leche humana y favorecer cuando las condiciones del RNPT lo permitan, la utilización del Método Canguro , de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.	5.9 En todo establecimiento que proporcione atención neonatal, el personal de atención debe promover y fomentar el inicio de la lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses y favorecer cuando las condiciones del RNPT lo permitan, la utilización del Método Canguro, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
38	5.10 La entrega o utilización de sucedáneos de leche materna deberá realizarse bajo prescripción médica, solamente en casos justificados en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, en el Apéndice A Normativo, de esta Norma y demás disposiciones aplicables, previa firma de la carta de consentimiento informado contenida en el Apéndice B Normativo , de esta Norma .	5.10 La indicación de sucedáneos de leche materna a menores de seis meses , deberá realizarse bajo prescripción médica, solamente en casos justificados en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, en el Apéndice A Normativo, de esta Norma y demás disposiciones aplicables.	Se solicita la modificación alineado al contexto regulatorio vigente con NOM-131-SSA1-2012, 7.2, NOM-007-SSA2-2016, 5.8.5. Se solicita la eliminación del punto del Consentimiento informado, ya que no entra en el supuesto de la actual definición del contexto regulatorio vigente con (NOM-007-SSA2-2016, 3.10 "3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de

			diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.) <u>Por tanto, se solicita sea eliminado el Apéndice B del presente proyecto de Norma</u>
	6. Disposiciones Específicas		
	6.1 Unidades Amigas del Niño y la Niña	Sin comentarios	Sin comentarios
39	6.1.1 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los criterios para la capacitación, asesoría y evaluación para el reconocimiento de unidades de primer nivel y hospitales como “Amigos del Niño y la Niña”.	Sin comentarios	Sin comentarios
40	6.1.2 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los criterios para la capacitación y formación de evaluadores externos de las unidades “Amigas del Niño y la Niña”.	Sin comentarios	Sin comentarios

41	6.1.3 Las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención que otorgan atención prenatal, obstétrica y de menores de 2 años, deben obtener el reconocimiento como “Amigas del Niño y la Niña”, cumpliendo los criterios establecidos para este fin .	Sin comentarios	Sin comentarios
42	6.1.4 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, le corresponde integrar el grupo evaluador externo que realizará la evaluación de las unidades de salud, de conformidad con los criterios establecidos para este fin.	Sin comentarios	Sin comentarios
43	6.1.5 El reconocimiento “Amigo del Niño y la Niña” tendrá una vigencia de tres años	Sin comentarios	Sin comentarios
	6.2 Método Canguro	Sin comentarios	Sin comentarios
44	6.2.1 En todo establecimiento que proporcione atención neonatal, el personal de atención debe favorecer la implementación del método canguro para aquellos RNPT estables y en proceso de crecimiento.	Sin comentarios	Sin comentarios
45	6.2.2 El personal de atención a la salud de las áreas de cuidados neonatales, debe estar capacitado en el manejo del RNPT con método canguro		Dada la particular condición de esta población, se considera que se debe abundar en los requerimientos conforme a la valoración de un profesional de la salud.

46	6.2.3 Las madres y familiares de los neonatos en método canguro deben ser capacitados, asesorados y supervisados por el personal de las áreas de cuidados neonatales.	Sin comentarios	Sin comentarios
47	6.2.4 El personal de atención a la salud, previo al egreso del neonato en método canguro, debe orientar sobre la continuidad del método canguro en el domicilio.	Sin comentarios	Sin comentarios
48	6.2.5 El RN egresado con método canguro deberá continuar en seguimiento por el servicio de pediatría hasta su alta del método y será referido a la unidad de primer o segundo nivel para continuar su seguimiento de niña o niño sano.	Sin comentarios	Sin comentarios
	6.3 Protección de la lactancia humana en caso de desastres	Sin comentarios	Se debe considerar un texto cuyo alcance remita a los casos en los que haya ausencia de la madre en situaciones de emergencia o desastre.
49	6.3.1 En situaciones de desastres naturales o de emergencia, así como para la prevención de riesgos inminentes a que se refiere la Ley General de Protección Civil, en los refugios temporales se deben favorecer entornos que permitan la práctica de la LME los primeros 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad .	Sin comentarios	Sin comentarios

50	6.3.2 En los refugios temporales el personal de salud que asiste a brindar atención a la salud debe informar a la población en general y principalmente a las madres de menores de 2 años de edad que la lactancia materna es la mejor opción para disminuir riesgos de infección y muerte prematura.	Sin comentarios	Sin comentarios
51	6.3.3 La administración de sucedáneos de leche materna en refugios temporales, sólo se realizará bajo prescripción médica o en aquellos casos en los que se haya incluido previamente como forma de alimentación del menor.	6.3.3 La administración de sucedáneos de leche materna en refugios temporales, sólo se realizará: a) cuando que sea necesario bajo recomendación de un profesional de la salud y por ausencia de quien ejerza la patria potestad o tutela del menor b) en aquellos casos en los que quien ejerza la patria potestad o tutela del menor manifieste que se haya incluido previamente como forma de alimentación del menor.	La redacción propuesta tiene la finalidad de aportar claridad al punto, alineando el proyecto con el marco regulatorio actual y considerando condiciones reales de operación en situaciones de emergencia o desastre. (Ref.: Reglamento a la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Productos y Servicios Art. 147 fracción IV).
	6.4 Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna	6.4 Disposiciones específicas en materia de promoción y uso de sucedáneos de la leche materna en el sistema nacional de salud.	Este proyecto considera aspectos de comercialización que sobrepasan el ámbito sanitario por tanto se debe considerar el involucramiento de la Sría. de Economía y del sector Industrial, por lo cual se proponer la modificación sugerida.
52	6.4.1 El personal de salud de las unidades que otorgan atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como el personal encargado de la nutrición en menores de dos años de edad, debe conocer, difundir, promover y vigilar el cumplimiento del	6.4.1 El personal de salud de las unidades que otorgan atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como el personal encargado de la nutrición en menores de dos años de edad, debe conocer, difundir, promover y vigilar el cumplimiento de esta	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y resoluciones posteriores, de conformidad con lo establecido en el Apéndice C Normativo, de esta Norma.	Norma tomando como referencia el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos.	
53	6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables..	6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

54	6.4.3 En las unidades de cuidados neonatales y de menores de 2 años, está proscrito obsequiar o distribuir sucedáneos de leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad , el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.3 En las unidades de cuidados neonatales y de menores de 2 años, está proscrito obsequiar o distribuir sucedáneos de leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

55	6.4.4 Los establecimientos para la atención médica, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de aceptar donativos de sucedáneos de la leche materna o muestras de éstos, así como materiales o utensilios que sirvan para su preparación, dosificación o administración , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.4 Los establecimientos para la atención médica, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de aceptar donativos de sucedáneos de la leche materna o muestras de éstos, así como materiales o utensilios que sirvan para su preparación, dosificación o administración, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
56	6.4.5 El personal de atención a la salud, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de recibir de los fabricantes o productores de sucedáneos de leche materna materiales de promoción, donativos, incentivos financieros, becas, viajes , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.5 El personal de atención a la salud, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de recibir de los fabricantes o productores de sucedáneos de leche materna materiales de promoción, donativos, incentivos financieros, becas, viajes, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	La propuesta considera una inserción de texto con la finalidad de darle contexto al punto con la finalidad de aportar claridad al alcance y evitar un punto que pudieran impactar en la competencia económica de la empresas impactadas por esta regulación. Se requiere aclaración sobre lo que se considera salvedad, ya ante esta prohibición se requiere certidumbre ya que los documentos citados no consideran los aspectos citados.

		disposiciones aplicables de los productos alcance de esta norma.	Se observa que las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, no forman parte del Sistema Nacional de Salud citado en el objetivo y campo de aplicación de este proyecto de norma, ni se trata de entidades vinculadas con mujeres en periodo de lactancia o a la atención, alimentación o cuidado infantil.
57	6.4.6 El personal de atención a la salud se abstendrá de promover el uso o distribución de sucedáneos de leche materna o sus muestras, a las mujeres embarazadas, a las madres de niños menores de 2 años o a los miembros de la familia, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.6 El personal de atención a la salud se abstendrá de promover el uso o distribución de sucedáneos de leche materna o sus muestras, a las madres o a los miembros de la familia, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
58	6.4.7 Los establecimientos para la atención médica se abstendrán de recibir donativos de equipo o de materiales informativos o educativos de productores o fabricantes de sucedáneos de leche humana, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.7 Los establecimientos para la atención médica se abstendrán de recibir donativos de equipo o de materiales informativos o educativos de productores o fabricantes de sucedáneos de leche humana, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias Se sugieren modificaciones en texto y las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente. Se requiere aclaración sobre lo que se considera salvedad, ya ante esta prohibición se requiere certidumbre ya que los

			documentos citados no consideran los aspectos citados.
59	6.4.8 En los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrito la exposición de carteles y/o promoción de sucedáneos de leche materna para menores de 2 años de edad.	6.4.8 En los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrito la exposición de carteles y/o promoción de sucedáneos de leche materna para menores en cumplimiento con el Reglamento de Control Sanitario de productos y Servicios y demás disposiciones aplicables	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias. Se sugieren modificaciones en texto y las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
60	6.5 Red de Bancos de Leche Humana		En el caso de esta sección, no es legalmente viable, ya que para su implementación y aplicación de las disposiciones del apartado 6.5 se debe contar con la normatividad vigente para la instalación y funcionamiento de los Bancos de Leche Humana, tal como se señala en el Decreto publicado en el Diario Oficial de la federación con fecha 10 de mayo de 2016.
61	6.5.1 Al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva le corresponde establecer los contenidos técnicos y metodologías para la capacitación del personal encargado de los BLH, así como de la verificación del procesamiento y control de calidad, de conformidad con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en el artículo 40, fracciones VIII y IX.	Sin comentarios	Sin comentarios
62	6.5.2 La Red de Bancos de Leche Humana está constituida por el banco de leche y los lactarios.	Sin comentarios	Sin comentarios

63	6.5.3 El BLH sólo se establecerá en hospitales que otorguen atención obstétrica y neonatal, con una productividad mayor o igual a 3,000 nacimientos al año, con una política de lactancia establecida y con el reconocimiento “Hospital Amigo del Niño y la Niña” vigente.	Sin comentarios	Sin comentarios
64	6.5.4 El personal del BLH, es responsable de promover, proteger y fomentar la lactancia materna y realizar actividades de capacitación, recolección, transporte, procesamiento, control de calidad y distribución de la leche humana.	Sin comentarios	Sin comentarios
	6.5.5 Los lactarios que envíen leche humana al BLH, para ser pasteurizada y devuelta para su administración en RN o lactantes, deben estar a una distancia no mayor de 5 horas de traslado del lactario al BLH.	Sin comentarios	Sin comentarios
65	6.5.6 La leche humana cruda y/o pasteurizada deberá trasladarse en red de frío, manteniendo la leche líquida a un máximo de 5°C y congelada a un máximo de menos 5°C.	Sin comentarios	Sin comentarios
66	6.5.7 El personal de atención a la salud debe fomentar la donación de leche materna en forma voluntaria y altruista.	Sin comentarios	Sin comentarios
67	6.5.8 La leche humana pasteurizada se entregará de forma gratuita a los RN y lactantes hospitalizados que así lo requieran.	Sin comentarios	Sin comentarios

68	6.6 Lactancia Materna de Madres Trabajadoras		Es indispensable establecer vínculo y congruencia con la Ley Federal del Trabajo, pues hasta no haberse adecuado, existe armonización entre ambas regulaciones. Se solicita el involucramiento de la Sría. Federal del Trabajo así como Asociaciones Patronales al marco de esta discusión.
69	6.6.1 Informar y Capacitar al personal de las empresas y organizaciones de los sectores público, social y privado sobre la importancia de la lactancia materna.		Se genera una obligación en materia de capacitación o adiestramiento que al referir a “personal” como el objeto de capacitación, constituye una obligación al campo de los patrones.
70	6.6.2 Respetar y promover que las mujeres usen sus dos reposos extraordinarios de media hora al día o la reducción de una hora de su jornada laboral para amamantar a su hija o hijo o extraerse la leche.	Sin comentarios	Sin comentarios
71	6.6.3 Se impulsará la instalación de salas de lactancia en los sectores público, social y privado, en términos de las disposiciones aplicables.	Sin comentarios	Sin comentarios
72	6.6.4 La sala de lactancia debe cumplir con los requisitos y mobiliario descritos en el Apéndice D Normativo, de esta Norma.	Sin comentarios	Sin comentarios
73	6.6.5 El personal encargado de la sala de lactancia debe difundir la existencia de la misma entre las y los trabajadores de la institución, dependencia o empresa.	Sin comentarios	Sin comentarios

74	6.6.6 El personal encargado de la sala de lactancia debe promover el uso de la misma por las madres trabajadoras.	Sin comentarios	Sin comentarios
75	6.6.7 Las empresas y organizaciones de los sectores público, social y privado deben impulsar la práctica de la lactancia materna durante los dos primeros años de vida del hijo o hija de la mujer trabajadora.	6.6.7 Las empresas y organizaciones de los sectores público, social y privado deben impulsar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementaria hasta los 2 años de edad del hijo o hija de la mujer trabajadora.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
76	6.6.8 Las instituciones, dependencias y empresas, deben impulsar así como otorgar el tiempo y las facilidades necesarias para la práctica de la lactancia materna de madres trabajadoras, conforme a las disposiciones aplicables.	Sin comentarios	Sin comentarios
77	6.7 Lactancia en Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil	Sin comentarios	Sin comentarios
78	6.7.1 El personal de las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil debe promover y favorecer la lactancia materna de manera exclusiva los primeros	Sin comentarios	Sin comentarios

	seis meses de vida y complementaria hasta los dos años de edad.		
79	6.7.2 El personal de las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil deben orientar a las madres o familiares responsables de los menores de 2 años, sobre los beneficios de la lactancia materna, el almacenamiento y conservación adecuados de la leche humana, así como los riesgos de la alimentación con sucedáneos de la leche materna.	6.7.2 El personal de las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil deben orientar a las madres o familiares responsables de los menores de 2 años, sobre los beneficios de la lactancia materna, el almacenamiento y conservación adecuados de la leche humana, así como en el caso justificado del uso de sucedáneos de la leche materna, los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.	La propuesta sugiere incluir consideraciones clave para apoyar la lactancia materna y las advertencias alineadas con el marco regulatorio actual
80	6.7.3 Las Estancias, Guarderías y Centros de Desarrollo Infantil deben impulsar la instalación de salas de lactancia y facilitar su utilización por las madres de menores de 2 años de edad atendidos en las mismas.	Sin comentarios	Sin comentarios
81	7.Capacitación	Sin comentarios	Sin comentarios
82	7.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos que brindan atención prenatal, obstétrica, neonatal y/o pediátrica, debe recibir capacitación en contenidos de lactancia materna, conforme a lo establecido en el Apéndice E Normativo, de esta Norma.	Sin comentarios	Sin comentarios

83	7.2 El personal que labora en Centros de Desarrollo Infantil, estancias infantiles y los encargados de las salas de lactancia debe recibir capacitación en contenidos de lactancia materna, conforme a lo establecido en el Apéndice E Normativo, de esta Norma.	Sin comentarios	Sin comentarios
84	7.3 Las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, deben integrar en los programas curriculares, contenidos indispensables sobre lactancia materna, conforme a lo establecido en el Apéndice E Normativo, de esta Norma.	7.3 Las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, deben integrar en los programas curriculares, contenidos indispensables sobre lactancia materna y alimentación complementaria , conforme a lo establecido en el Apéndice E Normativo, de esta Norma.	La propuesta sugiere la precisión de la alimentación ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
85	7.4 Las organizaciones académicas y/o científicas de pediatría, ginecología, medicina familiar, neonatología, enfermería, nutrición o trabajo social, deben promover la capacitación y/o actualización continua en contenidos de lactancia materna y el cumplimiento del CICSLM.	7.4 Las organizaciones académicas y/o científicas de pediatría, ginecología, medicina familiar, neonatología, enfermería, nutrición o trabajo social, deben promover la capacitación y/o actualización continua en contenidos de lactancia materna, promover y vigilar el cumplimiento de esta Norma tomando como referencia el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos.	En congruencia a la solicitud realizada al numeral 6.4.1
86	7.5 Las organizaciones académicas y/o científicas deben promover el cumplimiento de los principios del CICSLM	7.5 Las organizaciones académicas y/o científicas deben promover el cumplimiento de los principios del CICSLM y promover el cumplimiento de esta Norma tomando como referencia el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos.	En congruencia a la solicitud realizada al numeral 6.4.1
87	8. Promoción		

88	8.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, deben proporcionar en forma oportuna, información veraz , para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad.	8.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, deben proporcionar en forma oportuna, información veraz , para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementarla hasta los 2 años de edad.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
89	8.2 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como los promotores de salud, deben realizar acciones permanentes de difusión sobre las ventajas y beneficios de la alimentación con leche materna y reforzarla durante la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año del 1 al 7 de agosto	Sin comentarios	Sin comentarios
90	8.3 El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, definirán los materiales impresos y digitales para la promoción de la lactancia materna, con el fin de que las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Estatales de Salud los repliquen para su distribución y difusión.	Sin comentarios	Sin comentarios

91	8.4 En los Centros de Desarrollo Infantil, salas de lactancia materna y lactarios se debe exponer en lugares visibles, información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación con sucedáneos de leche materna.	8.4 En los Centros de Desarrollo Infantil, salas de lactancia materna y lactarios se debe exponer en lugares visibles, información sobre los beneficios de la lactancia materna y en el caso justificado del uso de sucedáneos de la leche materna, los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.	La propuesta sugiere incluir consideraciones clave para apoyar la lactancia materna y las advertencias alineadas con el marco regulatorio actual
92	9. Registro de la información		
93	9.1 El registro de la práctica de la lactancia materna, desde el nacimiento y hasta los 2 años de edad, se debe realizar en los formatos institucionales correspondientes al seguimiento de la salud del menor .	Sin comentarios	Sin comentarios
94	9.2 Es competencia de cada institución, entregar a la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva los informes respectivos sobre el número de menores de seis meses con LME y el número de menores de 6 meses a dos años de edad con lactancia materna complementaria.	Sin comentarios	Sin comentarios
95	9.3 La periodicidad del reporte institucional será semestral y deberá ser entregada los primeros 10 días de julio y enero, respectivamente	Sin comentarios	Sin comentarios
96	9.4 La Secretaría de Salud integrará y difundirá la información nacional de los datos entregados por las instituciones en el marco de Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal vigente.	Sin comentarios	Sin comentarios

97	10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta Norma tiene concordancia: 10.2 Modificada con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, OMS. Etc.		La cita a las referencias normativas, no cumple con las disposiciones establecidas en NMX-Z-013-SCFI-2015 Guía para la Estructuración y Redacción de Normas. Al referirse al Código e incluirse una “modificación” al mismo documento referenciado, no existe claridad sobre los elementos regulados.
98	10.3 Modificada con el lineamiento técnico para la implementación del Programa Madre Canguro, Ministerio de Salud de Colombia.	Sin comentarios	Sin comentarios
99	12. Observancia de la Norma La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.	Sin comentarios	Sin comentarios
100	13. Vigencia Esta Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México a 17 de abril de 2018.	13. Vigencia Esta Norma entrará en vigor 24 meses posteriores a su fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México a 17 de abril de 2018.	Es necesario tiempo para ajustar las salas de lactancia y la difusión de esta norma en el sistema hospitalario, para tener un adecuado cumplimiento. Además este proyecto impone obligaciones en temas laborales que deben ser revisados en conjunto con otras autoridades nacionales, más allá de las de salud, ejemplo: trabajo. Se impone al patrón las siguientes obligaciones: • Informar y Capacitar al personal de la

			empresa sobre la importancia de la lactancia materna. • Respetar y promover que las mujeres usen sus dos reposos extraordinarios de media hora al día o la reducción de una hora de su jornada laboral para amamantar a su hija o hijo o extraerse la leche. • Se impulsará la instalación de salas de lactancia. • La sala de lactancia debe cumplir con los requisitos y mobiliario descritos en el Apéndice D Normativo, de la Norma. • El personal encargado de la sala de lactancia debe difundir la existencia de la misma entre las y los trabajadores de la empresa. • El personal encargado de la sala de lactancia debe promover el uso de la misma por las madres trabajadoras. • Las empresas deben impulsar la práctica de la lactancia materna durante los dos primeros años de vida del hijo o hija de la mujer trabajadora. • La empresa debe impulsar así como otorgar el tiempo y las facilidades necesarias para la práctica de la lactancia materna de madres trabajadoras, conforme a las disposiciones aplicables.
101	14. APÉNDICES Apéndice A Normativo. Razones médicas justificadas para el uso de sucedáneos de leche materna	Sin comentarios	Sin comentarios

102	Apéndice A		Se solicita eliminar el Apéndice A, pues al incluirse sugiere que el uso de sucedáneos de la leche materna debe limitarse únicamente a los motivos enumerados. Esto resulta parcial y contradictorio con lo establecido en el mismo Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, que es claro en su orientación sobre el uso de estos productos: "Teniendo en cuenta que, cuando las madres no amamantan, o solo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo para las fórmulas infantiles y los ingredientes adecuados para prepararla; que todos estos productos deberían, en consecuencia, ponerse a disposición de quienes los necesitan a través de sistemas de distribución comerciales o no comerciales; y que no se deben comercializar ni distribuir de manera que pueda interferir con la protección y promoción de la lactancia materna "; Incluir una lista limitativa, demerita que la indicación de uso de sucedáneos de leche humana es una decisión del médico o profesional de la salud, derivada de una exhaustiva evaluación clínica, excluye el hecho de que pueden existir otras afecciones no mencionadas en el listado. Por tanto, el médico o profesional de la salud está facultado de manera suficiente para determinar las razones y los casos

			específicos que justifican el uso apropiado de estos productos cuando son requeridos.
103	Apéndice B		Se solicita que se elimine en congruencia con el comentario al punto 5.9
104	Apéndice C Normativo. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.		Se solicita la eliminación de este Apéndice ya que lo ya establecido en el numeral 6.4 donde se enfatizan los puntos que deberán estar en Cumplimiento con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Adicionalmente el Código de la OMS es uno de los documentos referenciados en este proyecto de norma, por tanto, una inclusión parcial del contenido de este Código, genera confusión y descontextualiza el propósito y alcance tanto de este Proyecto como del propio Código.
105	Apéndice D Normativo. Requisitos para la instalación de salas de lactancia.		

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana

PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.	Propuesta en Español	Análisis
6. Disposiciones Específicas		
6.4 Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna		
6.4.1 El personal de salud de las unidades que otorgan atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como el personal encargado de la nutrición en menores de dos años de edad, debe conocer, difundir, promover y vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y resoluciones posteriores , de conformidad con lo establecido en el Apéndice C Normativo, de esta Norma.	6.4.1 El personal de salud de las unidades que otorgan atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como el personal encargado de la nutrición en menores de dos años de edad, debe conocer, difundir, promover y vigilar el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos y; así como otras recomendaciones basadas en evidencia de la OMS ;; de conformidad con lo establecido en el Apéndice C Normativo, de esta Norma, con apego al Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.2 En el Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrita la distribución gratuita, donación o adquisición a costos subvencionados de sucedáneos de la leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

6.4.3 En las unidades de cuidados neonatales y de menores de 2 años, está proscrito obsequiar o distribuir sucedáneos de leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad , el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.3 En las unidades de cuidados neonatales y de menores de 2 años, está proscrito obsequiar o distribuir sucedáneos de leche materna, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
6.4.4 Los establecimientos para la atención médica, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de aceptar donativos de sucedáneos de la leche materna o muestras de éstos, así como materiales o utensilios que sirvan para su preparación, dosificación o administración , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.4 Los establecimientos para la atención médica, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de aceptar donativos de sucedáneos de la leche materna o muestras de éstos, así como materiales o utensilios que sirvan para su preparación, dosificación o administración , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables	Se sugiere una modificación en las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente

6.4.5 El personal de atención a la salud, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de recibir de los fabricantes o productores de sucedáneos de leche materna materiales de promoción, donativos, incentivos financieros, becas, viajes , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.5 El personal de atención a la salud, las asociaciones médicas, las escuelas formadoras de personal para la salud, se abstendrán de recibir de los fabricantes o productores de sucedáneos de leche materna materiales de promoción, donativos, incentivos financieros, becas, viajes , salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables de los productos alcance de esta norma.	La propuesta considera una inserción de texto con la finalidad de darle contexto al punto con la finalidad de aportar claridad al alcance y evitar un punto que pudieran impactar en la competencia económica de la empresas impactadas por esta regulación
6.4.6 El personal de atención a la salud se abstendrá de promover el uso o distribución de sucedáneos de leche materna o sus muestras, a las mujeres embarazadas, a las madres de niños menores de 2 años o a los miembros de la familia, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	6.4.6 El personal de atención a la salud se abstendrá de promover el uso o distribución de sucedáneos de leche materna o sus muestras, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de la familia, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
6.4.7 Los establecimientos para la atención médica se abstendrán de recibir donativos de equipo o de materiales informativos o educativos de productores o fabricantes de sucedáneos de leche humana, salvo en los casos expresos señalados por el	6.4.7 Los establecimientos para la atención médica se abstendrán de recibir donativos de equipo o de materiales informativos o educativos de productores o fabricantes de	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias Se sugieren modificaciones en texto y las referencias regulatorias con la

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	sucedáneos de leche humana, salvo en los casos expresos señalados por el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios y demás disposiciones aplicables.	finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
6.4.8 En los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrito la exposición de carteles y/o promoción de sucedáneos de leche materna para menores de 2 años de edad.	6.4.8 En los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud y en las estancias de desarrollo infantil, está proscrito la exposición de carteles y/o promoción de sucedáneos de leche materna para menores en cumplimiento con el Reglamento de Control Sanitario de productos y Servicios y demás disposiciones aplicables	La propuesta considera modificaciones en el texto y las referencias. Se sugieren modificaciones en texto y las referencias regulatorias con la finalidad de alinearlas al marco regulatorio vigente
8. Promoción		
8.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, deben proporcionar en forma oportuna, información veraz, para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para mantener la lactancia materna hasta los 2 años de edad.	8.1 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, deben proporcionar en forma oportuna, información veraz, para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementarla hasta los 2 años de edad.	La propuesta sugiere la precisión de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementaria a los 2 años de edad, ya que la adición alinea el proyecto con el marco regulatorio actual.
8.2 El personal de atención a la salud de los establecimientos de todos los niveles, que otorguen atención obstétrica, neonatal y/o pediátrica, así como los promotores de salud, deben realizar acciones permanentes de difusión sobre las ventajas	Sin comentarios	Sin comentarios

y beneficios de la alimentación con leche materna y reforzarla durante la Semana Mundial de Lactancia Materna que se celebra cada año del 1 al 7 de agosto		
8.3 El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud, definirán los materiales impresos y digitales para la promoción de la lactancia materna, con el fin de que las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Estatales de Salud los repliquen para su distribución y difusión.	Sin comentarios	Sin comentarios
8.4 En los Centros de Desarrollo Infantil, salas de lactancia materna y lactarios se debe exponer en lugares visibles, información sobre los beneficios de la lactancia materna y los riesgos de la alimentación con sucedáneos de leche materna .	8.4 En los Centros de Desarrollo Infantil, salas de lactancia materna y lactarios se debe exponer en lugares visibles, información sobre los beneficios de la lactancia materna y en el caso justificado del uso de sucedáneos de la leche materna, los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación.	La propuesta sugiere incluir consideraciones clave para apoyar la lactancia materna y las advertencias alineadas con marco regulatorio actual
9. Registro de la información		
9.1 El registro de la práctica de la lactancia materna, desde el nacimiento y hasta los 2 años de edad, se debe realizar en los formatos institucionales correspondientes al seguimiento de la salud del menor .	Sin comentarios	Sin comentarios

9.2 Es competencia de cada institución, entregar a la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva los informes respectivos sobre el número de menores de seis meses con LME y el número de menores de 6 meses a dos años de edad con lactancia materna complementaria.	Sin comentarios	Sin comentarios
9.3 La periodicidad del reporte institucional será semestral y deberá ser entregada los primeros 10 días de julio y enero, respectivamente	Sin comentarios	Sin comentarios
9.4 La Secretaría de Salud integrará y difundirá la información nacional de los datos entregados por las instituciones en el marco de Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal vigente.	Sin comentarios	Sin comentarios
10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta Norma tiene concordancia: 10. Concordancia con normas internacionales y mexicanas Esta Norma tiene concordancia: Puedes poner concordancia con algo modificado cuando tienes una norma te dice que se aplica tal como esta NORMA Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba 7.1 Los responsables del expendio o suministro al público de fórmulas deben cumplir con el Código	Sin comentarios	Sin comentarios

Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y Resoluciones Posteriores de la Organización Mundial de la Salud. 10.2 Modificada con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, OMS. 10.3 Modificada con el lineamiento técnico para la implementación del Programa Madre Canguro, Ministerio de Salud de Colombia.		
10.3 Modificada con el lineamiento técnico para la implementación del Programa Madre Canguro, Ministerio de Salud de Colombia.	Sin comentarios	Sin comentarios
12. Observancia de la Norma La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.	Sin comentarios	Sin comentarios
13. Vigencia Esta Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México a 17 de abril de 2018.	13. Vigencia Esta Norma entrará en vigor 24 meses posteriores a su fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación. Ciudad de México a 17 de abril de 2018.	Es necesario tiempo para ajustar las salas de lactancia y la difusión de esta norma en el sistema hospitalario, para tener un adecuado cumplimiento. Además este proyecto impone obligaciones en temas laborales que deben ser revisados en conjunto con otras autoridades nacionales, mas allá de las de salud, ejemplo: trabajo. Se impone al patrón las siguientes obligaciones: • Informar y Capacitar al personal de

		la empresa sobre la importancia de la lactancia materna. • Respetar y promover que las mujeres usen sus dos reposos extraordinarios de media hora al día o la reducción de una hora de su jornada laboral para amamantar a su hija o hijo o extraerse la leche. • Se impulsará la instalación de salas de lactancia. • La sala de lactancia debe cumplir con los requisitos y mobiliario descritos en el Apéndice D Normativo, de la Norma. • El personal encargado de la sala de lactancia debe difundir la existencia de la misma entre las y los trabajadores de la empresa. • El personal encargado de la sala de lactancia debe promover el uso de la misma por las madres trabajadoras. • Las empresas deben impulsar la práctica de la lactancia materna durante los dos primeros años de vida del hijo o hija de la mujer trabajadora. • La empresa debe impulsar así como otorgar el tiempo y las facilidades necesarias para la práctica de la lactancia materna de madres trabajadoras, conforme a las disposiciones aplicables.

14. APÉNDICES

Apéndice C Normativo. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.		
C.1. Objetivo El objetivo del Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.	Sin comentarios	Sin comentarios
C.2. Alcance El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna. Incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen Lácteo . alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación , para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas . Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.		Esta disposición debe ser eliminada para evitar confusión debido a que no se alinea al marco regulatorio vigente
C.3. Publicidad El Código proscribe la publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados .	C.3. Publicidad El Código proscribe la publicidad destinada al público de los	Partiendo de una alineación de la definición de Sucedáneo de leche maternal al marco regulatorio

	sucedáneos de leche materna de 0 a 12 meses	vigente, por lo cual se sugiere la modificación de este punto
C.4. Muestras Está vedada la entrega de muestras a las madres y sus familias ni al personal de salud .	Sin comentarios	Sin comentarios
C.5. Sistemas de atención de salud El Código proscrib[e] la promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. Se abstendrán de admitir como personal operativo de los servicios de salud a aquellas personas pagadas por compañías fabricantes de dichos productos.	C.5. Sistemas de atención de salud El Código proscrib[e] la promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. Se abstendrán de emplear como personal operativo de los servicios de salud a aquellas personas pagadas por compañías fabricantes de dichos productos.	Se solicita la modificación del segundo párrafo, en concordancia con el Art. 6.4 del CICS LM y previa alineación de la definición

C.6. Personal de salud Los fabricantes tienen proscrito dar regalos o muestras a los agentes de salud, para evitar el conflicto de interés . La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.	Sin comentarios	Sin comentarios
C.7. Suministros Está vedada la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.	Sin comentarios	Sin comentarios
C.8. Información El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.	Sin comentarios	Sin comentarios
C.9. Etiquetas Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a personal de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.	Sin comentarios	Sin comentarios
C.10. Productos Los productos que no son apropiados para lactantes,	C.10. Productos Los productos que no son apropiados	Esta propuesta considera la eliminación de ejemplos ya que

como la leche entera, descremada, condensada azucarada , no se deben promover para menores de 3 años. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius , y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.	para lactantes, no se deben promover para menores de 3 años. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius , y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.	serían puntos que discriminan a ciertos alimentos ya que citarlos genera confusión

Índice País Amigo de la Lactancia Materna: Caso México 2016





Tabla de contenido

Introducción	9
Desarrollo de la métrica BFCI	12
La métrica BBF	17
Metodología de la aplicando la métrica BBF en México	19
Abogacía	21
Atención Pública	21
Indicador AG1: Ha habido acontecimientos que han atraído la atención de los medios de comunicación a asuntos de la lactancia materna	21
Individuos Campeones	23
Indicador AG2: Hay individuos de alto nivel (es decir, 'campeones') o personas influyentes que han tomado la lactancia materna como una de las causas que promueven.	23
Cohesión social /movilización	26
Indicador AG3: Existe una estrategia de abogacía a nivel nacional basada en investigación formativa.	26
Indicador AG4: Existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos que abogan para aumentar el compromiso político y financiero para la lactancia materna.	28
Calificación del engraneje	33
Voluntad política	34



Compromiso expresado	35
Indicador PWG1: Altos funcionarios de gobierno han expresado públicamente su compromiso con la acción de lactancia materna.....	35
Indicador PWG2: Las iniciativas del gobierno se han implementado para crear un entorno propicio que promueva la lactancia materna.....	37
Indicador PWG3: Un individuo dentro del gobierno ha sido especialmente influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna.	40
Calificación del engraneje	41
Legislación y política.....	42
Política Nacional de Lactancia Materna	42
Indicador LPG1: Una Política Nacional de Lactancia Materna ha sido adoptada/aprobada oficialmente por el gobierno.....	42
Indicador LPG2: Existe un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna.....	44
Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).....	45
Indicador LPG3: Los criterios nacionales de la IHAN/Diez pasos han sido adoptados e incorporados dentro de las estrategias/políticas del sistema de salud.....	45
Código Internacional de la Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna	47
Indicador LPG4: El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido adoptado en la legislación.	47
Indicadores LPG5: El Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido obligatorio.....	49
• Informar, sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre el CCSLM.....	51
• Fortalecer y difundir mecanismos claros de identificación, denuncia y aplicación de sanciones, así como monitoreo del cumplimiento del CCSLM.....	51
• Diseñar estrategias para informar y sensibilizar a centros comerciales, farmacias, tiendas de conveniencia y otros puntos de venta de sus obligaciones respecto al cumplimiento del CCSLM a través de las cámaras y asociaciones nacionales (Ejemplo: Asociación Nacional de Farmacias en México, Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales).	51
Legislación Nacional de Protección de la Maternidad	52

Indicadores LPG6: El Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del trabajo ha sido ratificado.	52
Indicador LPG7: Hay una legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres.	54
• Diseñar e implementar un mecanismo de protección de la maternidad y la lactancia para las mujeres en el sector informal.	56
Indicador LPG8: Existe legislación que protege y apoya la lactancia materna/recesos de extracción de leche para mujeres que amantan.....	56
• Modificar de manera inmediata la legislación sobre descansos para la lactancia de forma que en los primeros 6 meses se goce de manera simultánea tanto de los descansos como de la reducción de jornada. Se recomienda que a partir de los 6 y hasta los 24 meses la madre pueda escoger si toma descansos o jornada reducida.	58
Indicador LPG9: Existe legislación promoviendo flexibilidad en el lugar de trabajo para las mujeres que amamantan.	58
Indicador LPG10: La legislación ofrece protección del empleo y prohibición de discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan.	59
Calificación del engraneje	62
Financiamiento y recursos	63
Compromiso presupuestario del gobierno	63
Indicador FRG1: Hay una línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna.....	63
Indicador FRG2: El presupuesto es adecuado para las actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.	65
Indicador FRG3: Hay al menos un puesto en el gobierno totalmente financiado para trabajar principalmente en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna a nivel nacional.	66
Indicador FRG4: Existe un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos.	68
Calificación del engraneje	69
Capacitación y Entrega de programas.....	70
Capacitación previa al servicio para profesionales de la salud	71

Indicador TPDG1: Currículums de las escuelas para profesionales de la salud y programas de estudio previos al servicio para profesionales de la salud encargados de la atención de madres, lactantes y niños pequeños que tratan temas esenciales de la lactancia materna.....	71
Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud de los establecimientos de salud.....	74
Indicador TPDG2: Profesionales de salud de los establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna, así como sus responsabilidades en la implementación del Código.	74
Indicador TPDG3: Profesionales de la salud de establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.	76
Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios	78
Indicador TPDG4: Profesionales de la salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna así como sus responsabilidades en la implementación del Código.	78
Indicador TPDG5: Profesionales de la salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.	81
Capacitación durante el servicio para agentes de la salud comunitarios.....	83
Indicador TPDG6: Agentes de la salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna así como sus responsabilidades en la implementación del Código.	83
Indicador TPDG7: Agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.	86
Capacitación para capacitadores.....	88
Indicador TPDG8: Existen capacitadores expertos a nivel nacional/subnacional en lactancia (especialistas o consultores en lactancia materna) que dan apoyo y capacitación a profesionales de la salud de establecimientos de salud o comunitarios así como a agentes de salud comunitarios...	88
Coordinación e integración de programas de capacitación en lactancia materna	90

Indicador TPDG9: Los programas de capacitación en lactancia materna que son implementados por distintas entidades y a través de diferentes modalidades (por ejemplo, cara a cara; aprendizaje on-line) están coordinados.	90
Indicador TPDG10: La información y habilidades en lactancia materna se integran en los programas de estudios afines (es decir, salud materna e infantil, IMCI).	91
Entrega de programas en establecimientos de salud	93
Indicador TPDG11: Las normas y directrices nacionales para la promoción y apoyo de la lactancia materna se han desarrollado y difundido a todos los establecimientos de salud y personal que provee cuidados maternos y neonatales.	93
Indicador TPDG12: Existen sistemas de evaluación para designar a establecimientos de salud como Amigo del Niño /Diez pasos.....	94
Indicador TPDG13: Se han implementado sistemas de evaluación para reevaluar hospitales y servicios de maternidad como Amigo del Niño / Diez pasos para determinar si siguen a adhiriéndose e a los criterios Amigo del Niño /Diez pasos.	96
Indicador TPDG14: Más del 66.6% de los hospitales y clínicas que ofrecen servicios de maternidad han sido designados o recertificados como "Amigo del niño" en los últimos 5 años.	98
Indicador TPDG15: Se han implementado actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario.....	99
Entrega de programas basados en la comunidad	102
Indicador TPDG16: Las actividades de apoyo a la lactancia materna basadas y de alcance comunitario tienen cobertura nacional.....	102
Supervisión	103
Indicador TPDG17: Hay especialistas en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna.....	103
Calificación del engraneje	105
Promoción	106
Estrategia Nacional de Lactancia Materna	106
Indicador PG1: Existe una Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna basada en el contexto del país.	106

Indicador PG2: La Estrategia Nacional de Promoción de Lactancia Materna se ha implementado.	109
Promoción gubernamental o civil de la lactancia materna	111
Indicador PG3: El gobierno o la sociedad civil han creado conciencia sobre la lactancia materna..	111
Calificación del engraneje	112
Investigación y evaluación	113
Resultados de lactancia materna	113
Indicador REG1: Los indicadores clave de prácticas de lactancia materna se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas.	113
Indicador REG2: Las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas por los sistemas de información de rutina de los servicios de salud.	115
Indicador REG3: Los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna están disponibles a nivel nacional y subnacional, incluyendo el nivel local y municipal.....	117
Indicador REG4: Los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna son representativos para los grupos vulnerables clave.	118
Indicador REG5: Los indicadores de prácticas clave de lactancia materna son provistos regularmente en dominio público.....	119
Indicadores de monitoreo	121
Indicador REG6: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la aplicación del Código.....	121
Indicador REG7: Se ha implementado un sistema de monitoreo del cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad.	123
Indicador REG8: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de consultoría, consejería y apoyo a la lactancia materna.	125
Indicador REG9: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la IHAN/Diez pasos.	126
Indicador REG10: Se ha implementado un sistema de monitoreo de las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento.....	127
Calificación del engraneje	128
Coordinación, Metas y Monitoreo	130
Comité de Lactancia Materna	130

Indicador CGMG1: Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna / Comité IYCF.....	130
Indicador CGMG2: El plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna es revisado y monitoreado regularmente.....	132
Indicador CGMG3: Los datos relacionados con el progreso del Programa de Lactancia Materna se utilizan para la toma de decisiones y la incidencia.....	134
Calificación del engraneje	135
Calculando la métrica BFCI	136
Algoritmo de puntuación de BFCI	136
Paso 1: Puntuar los indicadores.	136
Paso 2: Calcular cada una de las puntuaciones total por engranaje (GTS).....	136
Paso 3: Calcular la puntuación total de la métricas BFCI (BFCI-TS)	137
Resultados BBF México 2016	139
Anexos.....	142
Anexo 1. Comparación de los Convenios de Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo	142
Anexo 2. Elementos de las Líneas presupuestales nacionales	148
Anexo 3. Temas esenciales de lactancia materna para los planes de estudio y capacitación previa y durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios y en establecimientos de salud y agentes de salud comunitarios y voluntarios, que atienden mujeres, lactantes y niños.....	149
Anexo 4. Temas esenciales de la lactancia materna para el currículo de práctica clínica para profesionales de la salud de establecimientos de salud y comunitarios; así como agentes de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños	151
Referencias.....	152

Introducción

La lactancia materna es un comportamiento natural, siendo comprobado que da a los niños el comienzo más saludable en la vida, así como un futuro prometedor. La leche materna proporciona los nutrientes esenciales, minerales y vitaminas que se requieren para el crecimiento en los primeros meses de vida de un bebé y contiene anticuerpos que ayudan a combatir enfermedades y a construir la inmunidad del niño en la etapa más vulnerable de su vida. De hecho, un niño amamantado exclusivamente, tiene 14 veces menos probabilidad de morir en los primeros seis meses que un niño no amamantado.¹ La lactancia materna también tiene impactos a largo plazo, ya que es crucial para el desarrollo cognitivo y motor; además reduce el riesgo de enfermedades crónicas que aparecen más adelante en la vida como la obesidad, hipertensión, y asma infantil (Lancet, 2016).² Las madres también se benefician de la lactancia materna, ya que la lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de hemorragia postparto, actúa como un anticonceptivo natural por retrasar el retorno a la fertilidad y fomenta la vinculación psicológica positiva con su recién nacido. Además, contribuye a la salud materna en el largo plazo, reduciendo el riesgo de diabetes tipo 2 y cáncer de mama, útero y ovarios. (Lancet, 2016)²

A pesar de todos los beneficios que la lactancia materna proporciona, su prevalencia a nivel mundial sigue siendo baja. Tan sólo el 37% de los niños menores de seis meses en países de ingresos bajos y medianos reciben lactancia materna exclusiva (Lancet, 2016). Además, sólo el 58% de los niños entre 20-23 meses en todo el mundo se benefician de lactancia materna continuada (Lancet, 2016)². Para obtener los máximos beneficios de la lactancia materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la iniciación de la lactancia materna en la primera hora de nacimiento, lactancia materna exclusiva para los primeros seis meses de vida del niño y luego continuar con la lactancia materna hasta los dos años una vez que se han introducido alimentos complementarios nutritivos y seguros.³ Sin duda, la ayuda para la iniciación y continuación de la lactancia materna podría salvar incontables vidas e impacta positivamente en la salud de toda la población. Un estudio, realizado en colaboración con UNICEF, predice que podrían prevenirse 1,4 millones de muertes anualmente en niños menores de cinco años si las prácticas de lactancia materna recomendadas por la OMS se acataran universalmente.⁴

La métrica Becoming Breastfeeding Friendly (BBF) se construyó a partir de las siguientes tres importantes herramientas desarrolladas previamente para evaluar la protección, promoción y prácticas de apoyo a la lactancia materna: the World Alliance for Breastfeeding Action's (WABA) Global Participatory Action Research Project (GLOPAR), WHO's Infant and Young Child Feeding Tool, y la International Baby Food Action Network's (IBFAN) World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) Toolkit. Estas herramientas se han utilizado para las evaluaciones de línea de base y, en algunos casos, la replicación posterior con la intención de evaluar los avances con los programas de lactancia materna a través del tiempo. Sin embargo, no ofrecen orientación específica sobre cómo utilizar la clasificación para ayudar a los tomadores de decisiones a mejorar su capacidad de toma de decisiones. Aunque algunos programas y las políticas se han evaluado con estas herramientas, ninguna fue diseñada con el propósito de ayudar a los

países a decidir los pasos a seguir cuando se detectan áreas de oportunidad. El proyecto BBF proporciona a los países con una herramienta de autoevaluación multisectorial e indica los pasos a seguir para mejorar sus esfuerzos de lactancia materna basados en el Modelo de Engranajes de la Lactancia Materna (BFGM) que integra de manera muy comprehensiva todos los aspectos claves para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

El BFGM identifica ocho "engranajes" – abogacía, voluntad política, legislación y políticas, financiamiento y recursos, capacitación y entrega del programa, promoción, investigación y evaluación y coordinación, metas y monitoreo- que deben trabajar en armonía para mejorar los programas nacionales de la lactancia materna a gran escala.⁵ El BFGM se basa en el marco conceptual de Sistemas Adaptativos Complejos para evaluar, innovar, desarrollar, realizar y desarrollar capacidad local siguiendo el modelo AIDED desarrollado por investigadores de Yale, que destaca la necesidad de capacitar a los tomadores de decisión proporcionándoles herramientas para orientar la ampliación exitosa de programas de salud familiar. Este modelo se centra en la adaptación de una innovación o una nueva práctica a las circunstancias locales para maximizar la adherencia de la población y la confianza de las redes sociales para difundir la nueva práctica. Así, el BFGM postula que una aproximación intersectorial y adaptada a la cultura es la clave para éxito del aumento de las tasas de lactancia materna.

El BFGM se basa en la premisa de que la abogacía basada en la evidencia genera voluntad política para promulgar políticas y legislaciones necesarias para proteger, promover y apoyar las prácticas óptimas de lactancia materna. Estas, a su vez, son necesarias para generar los recursos necesarios para fomentar la capacitación de la fuerza de trabajo y la entrega de programas, así como promoción de cambio de comportamiento a través de diversos medios de comunicación. Investigaciones y evaluaciones operativas son necesarias para mantener la calidad y el éxito de los programas, y un engranaje maestro de coordinación intersectorial se asegura de mantener la calidad de los programas en marcha estableciendo y monitoreando metas; facilitando el flujo de información a través de los sectores que conforman los engranajes y proporcionando información oportuna sobre las acciones necesarias para mejorar o mantener la calidad de los programas a gran escala.

Brasil, que construyó todos los ocho de engranajes a través del tiempo, ha mejorado dramáticamente la duración de la lactancia materna exclusiva, durante las últimas 4 décadas. Por el contrario, en México donde las prácticas de lactancia materna son subóptimas y han continuado deteriorándose por la última década, la mayoría de los engranajes no están implementados y los que están presentes son muy débiles.⁵

El objetivo principal de la caja de herramientas BBF es facilitar mejoras oportunas a través de un proceso eficiente basado en evidencias. La caja de herramientas contiene la métrica BBF para evaluar la disposición de los países para aumentar la lactancia materna a nivel nacional y proporciona recursos para ayudar a los países con la intensificación de esfuerzos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. La métrica BBF evalúa cada "engranaje" del BFGM para apoyar a los países a obtener una imagen completa del estado de sus esfuerzos en materia de lactancia materna, tanto a nivel de cambios individuales y en

conjunto. Además, al proporcionar indicadores de cada engranaje, los países son empoderados para decidir las acción a seguir después de su autoevaluación. Así, esta caja de herramientas es muy consistente con las Metas de Desarrollo Sostenible post 2015 así como con las metas del movimiento Scaling Up Nutrition (SUN) (SUN, 2012).

Desarrollo de la métrica BFCI

La métrica Índice País Amigo de la Lactancia Materna (BFCI) fue desarrollada entre agosto del 2015 y enero del 2016 por la Universidad de Yale en colaboración con 13 miembros del Grupo de Consultores Técnicos (TAG) que trabajan en Canadá, Reino Unido, América Latina, Oeste de África, Sur y Sureste de Asia y de organizaciones internacionales con sede en Ginebra, Suiza, Washington DC y Nueva York. La métrica BBF resultante consiste de los 8 engranajes propuestos por el BFGM: 1) abogacía, 2) voluntad política, 3) legislación y políticas, 4) financiamiento y recursos, 5) capacitación y entrega del programa, 6) promoción, 7) investigación y evaluación y 8) coordinación, metas y monitoreo. Cada engranaje contiene temas e indicadores asociados a cada tema. De los indicadores se puede calcular el puntaje global del BBF así como subpuntajes para cada uno de los engranajes.

Desarrollo de los indicadores. Se llevó a cabo una revisión de la literatura científica y gris para identificar proyectos de métricas que han sido utilizadas para evaluar a nivel nacional el potencial de ampliar las iniciativas de salud dentro de las áreas de alimentación de lactantes y niños pequeños, alimentación y nutrición y supervivencia del recién nacido. Se utilizó PubMed para buscar la literatura científica. La búsqueda de literatura gris se realizó usando publicaciones, bases de datos, recursos y sitios web de organizaciones nacionales e internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la salud (OMS), International Baby Food Action Network (IBFAN), United Nations Standing Committee on Nutrition (UNSCN), Food and Agricultural Organization (FAO), y la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). Además, se identificaron artículos e iniciativas consultado expertos en lactancia materna y en métricas y a través de búsquedas de los artículos que se referían en los artículos previamente identificados. Publicaciones clave e iniciativas se identificaron como relevantes si: a) describían una herramienta utilizada para ampliar las iniciativas de salud dentro de las tres áreas identificadas; y b) proporcionaban los detalles de la herramienta.

El Comité Ejecutivo (SC) fue el encargado de la revisión de las iniciativas y publicaciones claves. Se realizaron una serie de reuniones de consenso para: a) identificar las publicaciones e iniciativas que cumplieran con los criterios de inclusión. (Darmstadt et al., 2014 Moran et al., 2012; Fox et al. 2015; WBTi, 2003; WHO Assessment tool, 2003) b) proponer y acordar la definición de cada uno de los ocho engranajes, c) identificar los temas de cada engranaje; y d) identificar los indicadores correspondientes para medir cada tema de cada uno de los engranajes. Los temas reflejan conceptos clave del engranaje al que pertenecen. Inicialmente, el SC propuso 24 temas y 129 indicadores entre todos los engranajes (ver Tabla 1, 1ª ronda). Ocho conjuntos de indicadores, fueron desarrollados para cada engranaje.

Se siguió la metodología de consenso Delphi para obtener el acuerdo entre los miembros del TAG sobre los indicadores para cada uno de los engranajes.

Antes de la reunión en persona, se aplicaron ocho encuestas (correspondiente a los ocho engranajes y sus indicadores) a través de SurveyMonkey para que los miembros del TAG calificaran cada indicador por “importancia” y “factibilidad”. La importancia fue definida como: ¿Este tema es un paso crítico para ampliar los programas nacionales de lactancia materna? Los Miembros calificaron la importancia en una escala de 0 (sin importancia) a 4 (muy importante). La factibilidad fue definida como: ¿Qué tan factible es medir con precisión este tema de forma estandarizada a través de países? La factibilidad se midió en una escala de 5 puntos de 0 (no factible) a 4 (muy factible). Los miembros del TAG también tuvieron la oportunidad de proporcionar información escrita sobre el contenido de los indicadores así como a proponer nuevos criterios. Las puntuaciones medias de importancia y factibilidad para cada engranaje fueron calculadas con los puntajes de los miembros del TAG. Los indicadores de cada engranaje fueron clasificados en: importancia alta/ factibilidad alta, importancia alta/ factibilidad baja, importancia baja / factibilidad, alta importancia baja/ factibilidad baja basado en el puntaje promedio de importancia y factibilidad obtenido comparado con el puntaje promedio de cada engranaje.

Siguiendo las clasificaciones de indicadores, los miembros del TAG convinieron en una reunión intensiva de tres días, altamente participativa del 27 al 29 de octubre de 2015 en la Universidad de Yale para llegar a un consenso sobre los indicadores finales para cada engranaje. Los resultados de la encuesta fueron presentados por engranaje mostrando a los miembros del TAG la puntuación inicial que obtuvo cada indicador (importancia alta/ factibilidad alta; importancia alta/ factibilidad baja; importancia baja / factibilidad; alta importancia baja/ factibilidad baja). Los miembros del TAG se dividieron en 4 grupos según sus conocimientos y a cada grupo se le asignaron engranajes específicos para discutir. A los miembros se les indicó que podrían modificar los indicadores existentes, crear algún nuevo indicador o eliminar algún indicador dentro del engranaje que se les asignó. Cada grupo presentó los indicadores del engranaje(s) que se le asignó al resto de los miembros del TAG para su discusión. Los indicadores para cada engranaje fueron revisados otra vez a partir de la discusión, dando por resultado 76 indicadores (en comparación con los 129 identificados en la ronda inicial) (ver tabla 1, 2ª ronda).

Por segunda ocasión, se crearon ocho encuestas que contenían los indicadores recientemente revisados por cada equipo. Las encuestas fueron distribuidas a los miembros del TAG al final del segundo día de reunión para evaluar el acuerdo o desacuerdo sobre conservar cada indicador dentro de cada engranaje. Los miembros del TAG también pudieron elegir la opción “es necesario continuar discutiéndolo”. Los resultados de la encuesta de la segunda ronda fueron presentados por un moderador a todos los miembros para consensuarlos en el tercer día de reunión. Los indicadores de siete de los ocho engranajes fueron discutidos y revisados otra vez antes de que la reunión terminara. Para el último engranaje, “Capacitación y entrega de programas”, los miembros del TAG pidieron que el SC revisara los programas curriculares de lactancia materna disponibles, revisara otra vez los indicadores y los circulara nuevamente entre los miembros del TAG.

Después de la reunión de 3 días en Yale, el SC volvió a convocar una serie de reuniones de consenso virtual durante el siguiente mes para revisar los indicadores del engranaje “Capacitación y entrega de

programas”, así como los siete engranajes discutidos en la reunión con el TAG. Los indicadores del engranaje “Capacitación y entrega de programas” fueron modificados después de revisar los programas curriculares de lactancia materna de UNICEF y OMS para profesionales de la salud y trabajadores comunitarios de salud y literatura adicional. Una tercera encuesta para revisar el engranaje “Capacitación y entrega de programas” fue circulada entre los miembros del TAG a mediados de diciembre del 2015 a través de SurveyMonkey. Los miembros del TAG indicaron si estaban “de acuerdo, en desacuerdo, o es necesario continuar discutiéndolo” para cada indicador y fueron invitados a enviar su retroalimentación por escrito. Los miembros del TAG también contribuyeron con la retroalimentación de los dos anexos requeridos para el engranaje “Capacitación y entrega de programas”. EL SC revisó los ocho engranajes a partir de la discusión de las reuniones con el TAG y los resultados de las tres encuestas. La métrica BFCI resultante consiste de 23 temas, y 54 indicadores (ver tabla 1, 3ª ronda).

Tabla 1. El número de indicadores por engranaje en cada ronda de revisión.

Engranaje	Número de indicadores		
	1ª Ronda	2ª Ronda	3ª Ronda
Abogacía	9	5	4
Voluntad política	6	3	3
Legislación y política	35	20	10
Financiamiento y recursos	13	4	4
Capacitación y entrega del programa	41	20	17
Promoción	7	2	3
Investigación y evaluación	9	12	10
Coordinación, metas y monitoreo	9	10	3

Desarrollo del algoritmo de puntuación. El algoritmo de puntuación para la métrica BFCI fue diseñado para incluir tres pasos: a) puntuación de los indicadores; b) cálculo de la puntuación de los ocho engranajes usando el puntaje de los indicadores; y c) cálculo de la puntuación total de la métrica BFCI utilizando la puntuación de los ocho engranajes.

La puntuación para cada indicador fue basada en una escala de 4 puntos, similar a la utilizada para evaluar las iniciativas para mejorar la supervivencia neonatal.⁶ Para cada indicador, la puntuación incluye: 0 (no realizada), 1 (mínimo progreso), 2 (progreso parcial), y 3 (progreso mayor); así como una descripción sobre el progreso calcular cada puntaje.

También se desarrolló un algoritmo para evaluar la puntuación individual por engranaje y la puntuación general sobre la disposición y progreso de la ampliación del programa de lactancia materna. El algoritmo

para evaluar la puntuación individual por engranaje fue determinado sumando el número total de puntos para todos los indicadores del engranaje y dividiéndolo por el número de indicadores para ese engranaje:

$$\text{Puntaje total por engranaje} = \frac{\text{Suma de los puntos de los indicadores del engranaje}}{\text{número de indicadores del engranaje}}$$

Este algoritmo, denominado Puntaje total por engranaje (GTS por sus siglas en inglés), es esencialmente la puntuación promedio de los indicadores de cada engranaje. Puesto que cada engranaje se mide por un número diferente de indicadores, utilizando la puntuación promedio de los indicadores como el Puntaje total por engranaje nos permite realizar comparaciones entre los engranajes.

Posteriormente, fue formulado el algoritmo para calcular la puntuación total de la métrica BFCI tomando en cuenta que cada engranaje puede tener un papel diferente en el proceso de ampliación de la lactancia materna.

Para determinar el papel y la importancia (o ponderación) de cada engranaje en la ampliación de la lactancia materna, se creó y distribuyó con los miembros del TAG una encuesta con los 54 indicadores finales para todos los engranajes. Se les solicitó a los miembros del TAG leer cada indicador, incluyendo la explicación/puntuación de ese indicador, y entonces que clasificaran el impacto (bajo, medio o alto) de acuerdo a su percepción de que tan importante es para tener éxito con la ampliación de los programas de lactancia materna. En este momento, se les solicitó a los miembros del TAG jerarquizar la importancia de los indicadores para determinar la importancia dentro de la métrica BBF. El objetivo de este ejercicio fue computar la ponderación que se aplicaría cuando se calculara la puntuación de la métrica BBF.

La puntuación promedio para cada indicador se calculó basándose en los resultados de la encuesta a todos los miembros del TAG. Estas clasificaciones de la puntuación promedio para cada indicador se agruparon dentro de sus engranajes y luego se promediaron otra vez para obtener la puntuación promedio por engranaje. Los resultados de este cálculo determinaron la ponderación de cada engranaje. Los engranajes y su respectiva ponderación son:

Engranaje	Ponderación
Abogacía	1.6
Voluntad política	1.5
Legislación y política	1.6
Financiamiento y recursos	1.6
Promoción	1.5
Investigación y evaluación	1.5
Capacitación y entrega de programas	1.6

Coordinación, metas y monitoreo	1.4

La puntuación por engranaje ponderada se calcula multiplicando el peso de ese engranaje por el total puntaje por engranaje (GTS). Una vez ponderada la puntuación para cada engranaje, el resultado final de la métrica BFCI se calcula sumando los GTS ponderados de los ocho engranajes y luego dividiendo por 12.3 (la suma de las ponderaciones de todos los engranajes):

$$\text{Puntuación de la métrica BFCI} = \frac{((\text{GTS ponderado de Abogacía}) + (\text{GTS ponderado de Voluntad política}) + (\text{GTS ponderado de Legislación y política}) + (\text{GTS ponderado de Financiamiento y recursos}) + (\text{GTS ponderado de Capacitación y entrega de programas}) + (\text{GTS ponderado de Promoción}) + (\text{GTS ponderado de Investigación y evaluación}) + (\text{GTS ponderado de Coordinación, metas y monitoreo}))}{12.3}$$

Materiales auxiliares. El documento se acompaña de 4 anexos que son necesarios para la puntuación de varios indicadores.

El Anexo 1 corresponde al engranaje de la legislación y política. Este anexo compara convenios de la Organización Internacional del Trabajo (ILO por sus siglas en inglés sobre la protección de la maternidad de 1919, 1952 y 2000 para evaluar los cambios en la legislación de la protección de la maternidad.

El Anexo 2 corresponde al engranaje de financiamiento y recursos. Este anexo fue desarrollado a partir de las actividades en lactancia identificadas por la SC como clave para la ampliación la lactancia materna que requieren de una línea presupuestal específicamente asignada.

El Anexo 3 fue adaptado de la herramienta de evaluación de la alimentación del infante y niño pequeño de la OMS, anexo 7, así como de la herramienta WBTi, anexo 5.1. Ambos anexos fueron desarrollados para describir los temas esenciales de lactancia materna que deben ser incluidos en los programas de capacitación previa al servicio de profesionales de la salud. Los temas esenciales de lactancia materna y contenidos descritos en estos manuales fueron cotejados con el plan de estudios UNICEF/OMS 2009: la promoción y apoyo a la lactancia materna en el Hospital Amigo del Niño y el curso de 20 horas para personal que trabaja en servicios de maternidad.

El plan de estudios de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) sirve como el estándar del BFCI sobre lo que un programa de capacitación previa y dentro del servicio para profesionales de la salud debe contener. Lo anterior, ya que cubre los temas, contenidos y habilidades clínicas necesarias para el éxito de la implementación de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa. Los temas y contenido incluidos en el anexo 3, también fueron cotejados con el curso de capacitación de consejería de UNICEF / OMS para

agentes comunitarios de salud, “Asesoramiento en lactancia materna: un curso de capacitación” para asegurar que sea razonable que estos temas también se incluyan en los programas de estudio de la capacitación previa al servicio para agentes comunitarios de salud y voluntarios. Hay dos temas, capacitación para la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y el Código Internacional para la comercialización de sucedáneos de leche materna, que no se incluyeron en este programa de estudio, pero que se mantienen en el anexo 3 como un requisito para los agentes comunitarios de salud por su importancia. Se invitó a los miembros del TAG a comentar el contenido del anexo 3. La revisión final se realizó basada en los comentarios recibidos del TAG, así como de la discusión entre los miembros del SC.

El anexo 4 fue desarrollado a partir de los contenidos de la capacitación clínica del plan de capacitación de UNICEF /OMS del 2009: promoción y apoyo a la lactancia materna en el Hospital Amigo del Niño y el curso de 20 horas para personal que trabaja en servicios de maternidad. Una vez más, se invitó a los miembros del TAG a comentar el contenido del anexo 4. La revisión final se realizó basada en los comentarios recibidos del TAG, así como de la discusión entre los miembros del SC.

La métrica BBF

La métrica Índice País Amigo de la Lactancia Materna (BBF) incluye 54 indicadores correspondientes a los ocho engranajes: abogacía, voluntad política, legislación y políticas, financiamiento y recursos, capacitación y entrega del programa, promoción, investigación y evaluación, y coordinación, metas y monitoreo. Cada engranaje tiene uno o más temas e indicadores que evalúan el tema correspondiente.

Engranaje	Tema	Número de indicadores
Abogacía	Atención pública	1
	Campeones individuales	1
	Cohesión social / movilización	2
Voluntad política	Compromiso expresado	3
Legislación y política	Política Nacional de Lactancia Materna	2
	IHAN	1
	Código Internacional de la Comercialización de Sucédáneos de Lactancia Materna	2
	Legislación Nacional de Protección de la Maternidad	5
Financiamiento y recursos	Compromiso presupuestario del gobierno	4

Capacitación y entrega del programa	Capacitación previa al servicio para profesionales de la salud	1
	Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud de los establecimientos de salud	2
	Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios	2
	Capacitación durante el servicio para agentes de la salud comunitarios	2
	Capacitación de capacitadores	1
	Coordinación e integración de programas de capacitación en lactancia materna	2
	Entrega de programas en establecimientos de salud	5
	Entrega de programas basados en la comunidad	1
	Supervisión	1
Promoción	Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna	2
	Promoción gubernamental o civil de la Lactancia Materna	1
Investigación y evaluación	Resultados de lactancia materna	5
	Indicadores de monitoreo	5
Coordinación, metas y monitoreo	Comité de Lactancia Materna	3

Metodología de la aplicando la métrica BBF en México

El comité de expertos fue seleccionado por los investigadores principales del proyecto, considerando la inclusión de representantes del Gobierno Federal, la academia y la sociedad civil. El comité de expertos se compuso de representantes de las siguientes organizaciones: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Programa de Inclusión Social PROSPERA, Instituto Nacional de Salud Pública, Universidad Iberoamericana, Un Kilo de Ayuda, Save the Children, Asociación de Consultores Certificados en Lactancia Materna México.

Una vez conformado el Comité, se realizaron 6 reuniones para llevar a cabo el proceso de evaluación de línea de base BBF. Para realizar dicha evaluación cada uno de los miembros del Comité fue asignados a uno o más engranajes de acuerdo a su expertis.

En la primera reunión se explicó el proyecto BBF y la metodología de puntuación; se presentaron y discutieron los temas e indicadores de cada engranaje; y se acordaron posibles fuentes de información dentro del país para puntuar los indicadores. Al final de esta reunión, se les asignó a los miembros del Comité los engranajes que evaluarían. Así mismo, se formaron equipos de engranaje identificando un líder del equipo, que actuará como Coordinador de su equipo. Los equipos establecieron un plan de acción para recabar la información necesaria para puntuar cada indicador dentro de sus respectivos engranajes. El plan de acción incluyó un calendario de reuniones o llamadas de conferencia a realizarse en los próximos tres meses, tiempo durante el cual el equipo debe puntuar los indicadores de sus engranajes asignados.

Entre la primera y segunda reunión (aproximadamente tres meses), los equipos trabajaron para encontrar fuentes de información, recopilar datos valiosos y precisos y realizar una primera calificación de los indicadores dentro de sus respectivos engranajes. Las estrategias de recolección de información fueron entrevistas y cuestionarios a informantes clave, estudio de medios y revisión de la bibliografía.

En la segunda reunión los equipos presentaron y discutieron sus progresos en la puntuación de los indicadores del engranaje a todo el Comité. Los equipos compartieron también: a) cualquier contratiempo o problemas encontrados durante su primera puntuación y b) las primeras áreas de oportunidad encontradas dentro de su engranaje.

En el tiempo entre la segunda y tercera reunión (aproximadamente un mes), los equipos trabajaron para finalizar las puntuaciones de los indicadores y alcanzar un consenso final sobre el puntaje de los indicadores y el puntaje total del engranaje. Los equipos prepararon una presentación final incluyendo un resumen de la calificación de los indicadores de sus engranajes, fuentes de datos, áreas de oportunidad identificadas y posibles recomendaciones de acción para paliar estas áreas de oportunidad.

En la tercera reunión, los equipos de engranajes presentaron su consenso de puntuación final, fuentes de datos, las áreas de oportunidad encontradas y posibles recomendaciones para la acción para paliar estas áreas de oportunidad. Después de las presentaciones de los resultados finales por engranaje, se calculó la puntuación total de BBF.

En el tiempo entre la tercera y cuarta reunión (aproximadamente un mes), los equipos trabajaron para desarrollar un documento de su engranaje sobre las acciones a tomar para mejorar las deficiencias encontradas por la métrica BBF.

En la cuarta reunión, los miembros del comité en equipos de trabajo elaboraron un Policy Brief para presentar los resultados de la métrica BBF y las recomendaciones de política pública a los tomadores de decisiones.

La quinta reunión tuvo como objetivo la organización del evento en el que se presentarán los resultados de la métrica BBF y las recomendaciones de política pública a los tomadores de decisiones y medios de comunicación.

La sexta reunión, que tuvo lugar el día 14 de marzo del 2017 en la Universidad Iberoamericana con presencia de los medios de comunicación, se preentaron los resultados de la métrica BBF, recomendaciones, y una propuesta de plan de acción a los tomadores de decisiones clave.

A continuación, se presentan para cada uno de los indicadores de la métrica BBF, la descripción del indicador, la estrategia de recolección de la información, el resumen de los datos recolectados, la metodología de evaluación, la calificación obtenida y las recomendaciones que emite el Comité de Expertos.

Abogacía

¿Está presente y activa la abogacía basada en evidencias e impulsada por la comunidad para proteger, promover y apoyar la lactancia materna?

Antecedentes

En las últimas décadas se han intensificado los esfuerzos globales de promoción de lactancia materna, con la publicación en la década de los 90's de las recomendaciones internacionales de alimentación infantil basadas en evidencia. Grupos locales e internacionales han sido fundamentales en la traducción de estas recomendaciones de lactancia materna basadas en la evidencia en acciones para promover la lactancia materna. La ampliación de los esfuerzos de promoción y apoyo a la lactancia materna requiere de un cambio en el clima político; para influir en la voluntad política de los tomadores de decisiones, legislación y en que las políticas de apoyo a la lactancia materna puedan ser implementadas. El modelo de engranajes de lactancia materna (BFGM) postula que la abogacía basada en evidencia e impulsada por la comunidad es necesaria para generar voluntad política⁵. La presencia intensa de abogacía basada en evidencia permite la movilización social masiva y el compromiso de las personas y los recursos, generando suficiente presión social para influir en la voluntad política. Las actividades de abogacía deben ser visibles, impactantes, comprensivas y amplias para generar suficiente interés social para impulsar el cambio político. Informes de los medios de comunicación o campañas de mercadeo social pueden ser herramientas eficaces para difundir mensajes clave, apropiados y basados en evidencia para la promoción de lactancia materna.

Temas e indicadores

Los temas para el engranaje de abogacía miden la presencia y el grado de abogacía para ampliar los esfuerzos de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Existen tres temas: 1) atención pública 2) individuos campeones y 3) cohesión social o movilización. Cada tema es evaluado por al menos un indicador. Todos los indicadores hacen referencia a "entre julio del 2015 y julio del 2016" a menos que se indique lo contrario.

Atención Pública

Indicador AG1: Ha habido acontecimientos que han atraído la atención de los medios de comunicación a asuntos de la lactancia materna.

Descripción:

Este indicador mide si se ha dado alguna atención por parte de los medios de comunicación a asuntos, inquietudes o aspectos de la lactancia materna a través de “eventos mayores” y si es así, cuanta atención de los medios de comunicación se ha generado. “Eventos mayores” pueden incluir conferencias, reuniones, informes, fotos, anuncios de TV o cualquier evento que suceda que atraiga la atención del público hacia la promoción de la lactancia materna. Por ejemplo, el 29 de enero de 2016 el Lancet lanzó su serie de lactancia materna del 2016 en Washington DC, que llamó la atención de los medios en los Estados Unidos. Se realizaron lanzamientos similares en otros países donde la atención pública también fue fuertemente atraída.

Estrategia de recolección de la información:

Para calificar este indicador el comité dedicó revisar las notas derivadas de un estudio de medios para identificar las declaraciones de los funcionarios de alto nivel.

El estudio de medios consideró los siguientes criterios:

- Notas de prensa, radio, tv, e internet.
- Cobertura Nacional y Estatal.
- De Julio del 2015 a Julio del 2016.
- Palabras clave: lactancia, lactancia materna, y leche materna.

La metodología utilizada para la revisión de notas consistió en:

- Revisión de notas individuales para identificar cuales fueron suscitadas por “acontecimientos”. Se consideró como “acontecimientos” a los eventos (talleres, presentaciones, foros), campañas y escándalos reportados por las notas.
- Identificación de si la nota era de un medio subnacional o nacional.
- Contabilización del número de notas en medios nacionales y subnacionales para determinar el nivel de atención.

Resumen de la información recolectada:

El estudio de medios arrojó 609 notas. De las cuales solo 422 estuvieron accesibles para analizar su contenido. De estas solo 114 se referían a “acontecimientos” de acuerdo a la definición antes descrita.

Para la calificación del indicador se analizó si los eventos tuvieron cobertura local, estatal o nacional. Por la naturaleza del estudio de medios no se pudo hacer una revisión de las actividades a nivel municipal. El equipo detectó como sesgo de origen que los eventos nacionales permean del nivel nacional al estatal, pero que difícilmente los eventos estatales permean al nivel nacional.

Los principales eventos identificados fueron: Tercer Foro de Lactancia Materna con 22 notas (21 nacionales y 1 estatal); la Semana Mundial de Lactancia Materna con 20 notas (16 nacionales y 4 estatales); y la Cuarta Feria Mexicana de Lactancia con 13 notas (12 nacionales y 1 estatal).

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador evalúa la cantidad de atención de los medios generada por los acontecimientos.

- **Sin progreso**, si **no** ha habido ningún “evento mayor” que haya atraído la atención de los medios de comunicación a los asuntos de la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si ha habido algún “evento mayor” que haya atraído atención limitada de los medios de comunicación a los asuntos de la lactancia materna, alcanzando solo el **nivel local**.
- **Progreso parcial**, si ha habido algún “evento mayor” que haya atraído algo de atención de los medios de comunicación a los asuntos de la lactancia materna, alcanzando solo el **nivel subnacional**.
- **Progreso mayor**, si ha habido algún “evento mayor” que haya atraído substancial atención de los medios de comunicación a los asuntos de la lactancia materna, alcanzando el **nivel nacional**.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Realizar campañas permanentes y eventos nacionales y estatales a lo largo del año para mantener el tema en la agenda.
- Aprovechar los días nacionales e internacionales que puedan vincularse con la LM; el día del niño, día de la alimentación, día de la diabetes, etc.

Individuos Campeones

Indicador AG2: Hay individuos de alto nivel (es decir, 'campeones') o personas influyentes que han tomado la lactancia materna como una de las causas que promueven.

Descripción:

Este indicador evalúa si hay campeones que públicamente han promovido la lactancia materna como una causa importante para el país. Los campeones pueden ser individuos de alto nivel o personas influyentes que son visibles, se ven a menudo promoviendo la causa, o pueden ser personas reconocidas/respetadas cuyas opiniones son valoradas y generan abogacía.

Estrategia de recolección de la información:

Para calificar este indicador se utilizaron 3 estrategias: revisión de notas derivadas del estudio de medios, análisis de redes sociales, y un cuestionario electrónico que se le hizo llegar a las Organizaciones de la Sociedad Civil que tratan el tema de Lactancia Materna.

Estrategia #1:

El estudio de medios consideró los siguientes criterios:

- Notas de prensa, radio, tv, e internet.
- Cobertura Nacional y Estatal.
- De Julio del 2015 a Julio del 2016.
- Palabras clave: lactancia, lactancia materna, y leche materna.

La metodología utilizada para la revisión de notas consistió en:

- Revisión de notas individuales para identificar cuales hacían mención a individuos abogando en favor de la lactancia. Dentro de los individuos que abogan por la lactancia no se consideró a funcionarios públicos ya que las declaraciones de éstos fueron evaluadas en los indicadores sobre Voluntad Política.
- Identificación de individuo cuyas declaraciones o acciones hubieran sido recuperadas por los medios nacionales, al menos dos veces en el periodo de tiempo estudiado (Julio del 2015 a Julio del 2016).
- Clasificación como “influyente o de alto nivel” solo a aquellos individuos que lograron obtener la atención de los medios nacionales al menos 5 veces en un año (Julio del 2015 a Julio del 2016).

Estrategia #2:

El análisis de redes sociales consideró los siguientes criterios:

- Fuentes: Revisión de Facebook y Twitter.
- Periodo: que estuvieran todavía en línea (por la naturaleza de las redes sociales, el almacenamiento de declaraciones depende de que tan activo es el individuo).
- Palabras clave: lactancia, lactancia materna y leche materna.

La metodología utilizada para el análisis de redes sociales consistió en:

- Identificación de “influencers” (personas influyentes como cantantes, actrices, prendaeros, etc) que hubieran posteoado o publicado mensajes relacionados con la lactancia materna.
- Búsqueda activa de las publicaciones de influencers identificados previamente por el comité como promotores de la lactancia materna

- Búsqueda en los “time-line” de los “influencers” identificados para contabilizar el número de menciones sobre lactancia. Se consideró que estos influencers han adoptado la causa si tienen al menos 5 posteos positivos sobre la lactancia.

Estrategia #3:

El cuestionario fue enviado a 70 organizaciones no gubernamentales que trabajan en favor de la lactancia materna. La lista de estas organizaciones se construyó a partir de:

- Las organizaciones referidas por los integrantes de los engranajes Abogacía y Voluntad Política
- Búsqueda de organizaciones en el Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad CIVIL de INDESOL que en su objeto social incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.
- Identificación de organizaciones en el Directorio Nacional de organizaciones sociales de la SEGOB que en su nombre incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.

La pregunta que se realizó para calificar este indicador fue “Indícanos el nombre e institución de aquella persona o personas que consideras como líderes o “campeones” de la abogacía en favor de la lactancia materna en México.” Se consideró como “campeón” a aquellos individuos que fueron mencionados por más de 5 organizaciones.

Resumen de la información recolectada:

Estrategia #1:

Isabel Crowley representante de UNICEF en México tuvo 19 notas correspondientes a 7 eventos.

Estrategia #2:

Influencer	# de tuits sobre lactancia materna	# de videos sobre lactancia materna	Seguidores en Twitter	Seguidores en Facebook
Alessandra Rosaldo	6	1	1.1 millón	1, 750, 846

Eugenio Derbez	2	1	8.71 millones	13, 835, 801
Martha Debayle	4	1	1.66 millones	1,133,500
Claudia Lizaldi	5	1	308 000	406 199

Estrategia #3:

De los 70 cuestionarios enviados se recibió respuesta de 32 organizaciones. De las respuestas recibidas, ninguna persona tuvo más de 5 menciones.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador evalúa el número de individuos de alto nivel o personas influyentes que han tomado la lactancia materna como una causa que promueven.

- **Sin progreso**, si **no** ha habido ningún individuo de alto nivel o persona influyente que ha tomado la lactancia materna como una causa por la que abogan o que promueven.
- **Progreso mínimo**, si solo ha habido **un** individuo de alto nivel o persona influyente que ha tomado la lactancia materna como una causa por la que aboga o que promueve.
- **Progreso parcial**, si ha habido **dos** individuos de alto nivel o personas influyentes que han tomado la lactancia materna como una causa por la que abogan o que promueven.
- **Progreso mayor**, si ha habido **tres o más** individuos de alto nivel o personas influyentes que han tomado la lactancia materna como una causa por la que abogan o que promueven.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Identificar a un grupo de personas de alta influencia mediática y convertirles en abogados de la lactancia materna mediante una campaña permanente, que contenga actividades y mensajes a lo largo de todo el año.

Cohesión social /movilización

Indicador AG3: Existe una estrategia de abogacía a nivel nacional basada en investigación formativa.

Descripción:

Este indicador evalúa la presencia y el contenido de una estrategia nacional de abogacía. Si existe una estrategia de abogacía nacional entonces debe basarse en investigación formativa. La investigación formativa ayuda a entender sistemáticamente las características, necesidades, preferencias, etc. de las diferentes comunidades para entonces construir estrategias e intervenciones efectivas. La investigación formativa se fundamenta en la teoría y el contexto del país. Una estrategia nacional de abogacía debe basarse en las necesidades y características nacionales.

Estrategia de recolección de la información:

El indicador demandaba evaluar cuatro aspectos (si existe la estrategia, si es nacional, si está basada en investigación y si es eficaz) los cuales fueron operacionalizados de la siguiente forma:

- Si existe una estrategia: si existe un documento público que expresa un plan para generar voluntad y acción política específicamente en favor de la Lactancia Materna.
- Si la estrategia es nacional: a partir del alcance de sus objetivos y si conjunta el trabajo de al menos 10 organizaciones.
- Si está basada en investigación: si está basada en un diagnóstico basado en estudios de calidad científica.
- Si es eficaz: si alguno de sus objetivos se ha cumplido.

Para la evaluación de este indicador se envió un cuestionario a 70 organizaciones no gubernamentales que trabajan en favor de la lactancia materna. La lista de estas organizaciones se construyó a partir de:

- Las organizaciones referidas por los integrantes de los engranajes Abogacía y Voluntad Política
- Búsqueda de organizaciones en el Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad CIVIL de INDESOL que en su objeto social incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.
- Identificación de organizaciones en el Directorio Nacional de organizaciones sociales de la SEGOB que en su nombre incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.

Resumen de la información recolectada:

De los 70 cuestionarios enviados se recibió respuesta de 32 organizaciones. Del análisis de las respuestas no fue posible identificar que en el periodo julio 2015 a julio 2016 la existencia de una “estrategia nacional de abogacía” que cumpla con los criterios con los cuales operacionalizamos el indicador.

No obstante, gracias a las referencias de las organizaciones encuestadas encontramos al menos una experiencia que cumple parcialmente los criterios, el pronunciamiento público lanzado por el “Comité Técnico Ciudadano de Amamantamiento”. Sin embargo, este pronunciamiento se dio después del periodo julio 2015-julio 2016, por lo que no puede considerarse para la métrica.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y efectividad de una estrategia nacional de abogacía. Para evaluar este indicador, "eficaz" significa que la estrategia nacional de la abogacía se ha implementado estratégicamente y ha generado apoyo para la protección y promoción de la lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe una estrategia nacional de abogacía.
- **Progreso mínimo**, si existe una estrategia nacional de abogacía, **pero** no se basa en investigación formativa.
- **Progreso parcial**, si existe una estrategia nacional de abogacía basada en investigación formativa **pero** no es eficaz.
- **Progreso mayor**, si existe una estrategia nacional de abogacía basada en investigación formativa y es eficaz.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Recuperar el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil que hacen abogacía y el liderazgo de los académicos para crear una coalición nacional que abogue específicamente en favor de la LM a partir de una estrategia nacional basada en investigación formativa.

Indicador AG4: Existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos que abogan para aumentar el compromiso político y financiero para la lactancia materna.

Descripción:



Este indicador evalúa la presencia o ausencia de una red cohesiva a nivel nacional de individuos que trabaja específicamente para abogar por aumentar los compromisos políticos y financieros para la lactancia materna. Puede haber grupos defensores que trabajan de forma independiente para defender los compromisos de aumento de la lactancia, pero este indicador mide si trabajan colectivamente como una red cohesiva y su cobertura (es decir nacional, subnacional o local).

Estrategia de recolección de la información:

El indicador demandaba evaluar cuatro aspectos (si existe una red, si es cohesiva, si se dedica a abogar en favor de la lactancia materna y si es nacional) los cuales fueron operacionalizados de la siguiente forma:

- Si existe una red: si agrupa 10 o más organizaciones explícitamente en torno a un fin (autodenominados)
- Si esta red es cohesiva: cuando los miembros interactúan entre sí de manera reiterada (más de 3 veces al año)
- Si está dedicada a abogar en favor de la lactancia materna: si tienen como propósito explícito único abogar en favor de la lactancia materna.
- Si la red es nacional: a partir del alcance de sus objetivos.

Para la evaluación de este indicador se envió un cuestionario a 70 organizaciones no gubernamentales que trabajan en favor de la lactancia materna. La lista de estas organizaciones se construyó a partir de:

- Las organizaciones referidas por los integrantes de los engranajes Abogacía y Voluntad Política
- Búsqueda de organizaciones en el Sistema de Información del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad CIVIL de INDESOL que en su objeto social incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.
- Identificación de organizaciones en el Directorio Nacional de organizaciones sociales de la SEGOB que en su nombre incluya las siguientes palabras clave: Alimentación infantil, Nutrición infantil, Lactancia Materna, Leche Materna, Salud Neonatal, Salud Infantil, Salud Materno Infantil, Primera Infancia, Neonatal, Perinatal, Partería, Obstetricia, Desarrollo Infantil Temprano, Bebés. De las organizaciones identificadas se realizó un filtro de acuerdo a si contaban con página de internet y si realizan alguna actividad relacionada con lactancia.

Una vez recibida la respuesta del cuestionario se consultó en internet sobre las redes, grupos, coaliciones o comités referidos por las organizaciones encuestadas.

Resumen de la información recolectada:



De los 70 cuestionarios enviados se recibió respuesta de 32 organizaciones. Del análisis de las respuestas no fue posible identificar que en el periodo julio 2015 a julio 2016 la existencia de una “red nacional de abogacía” que cumpla con los criterios con los cuales operacionalizamos el indicador.

No obstante, gracias a las referencias de las organizaciones encuestadas encontramos al menos una experiencia que cumple parcialmente los criterios, el pronunciamiento público lanzado por el “Comité Técnico Ciudadano de Amamantamiento”. Sin embargo, este pronunciamiento se dio después del periodo julio 2015-julio 2016, por lo que no puede considerarse para la métrica.

Respecto a los avances que se tienen para generar una red cohesiva de abogacía:

El 43% de las organizaciones que respondieron indicaron que entre las acciones de abogacía que realizaba se encontraba la “Construcción de Alianzas y Coaliciones”.

Nueve organizaciones mencionaron a más de dos organizaciones como participantes en la definición e implementación de sus planes/estrategias/programas/proyectos de abogacía en favor de la lactancia materna.

Las organizaciones que dieron un mayor número de referencias sobre otras organizaciones que han participado en el diseño o implementación de sus planes/estrategias/programas/proyectos de abogacía en favor de la lactancia materna son:

- FUNSALUD (5)
- DIANUI (5)
- Un Kilo de Ayuda (4)
- Casa Colibrí (4)
- Sociedad Mexicana de Pediatría (3)
- Asociación Pro Lactancia Materna (APROLAM) (3)

Las organizaciones más referidas por otras por haber trabajado con ellas en proyectos de abogacía son:

- Asociación Pro Lactancia Materna (APROLAM) (6)
- UNICEF (5)
- COA nutrición (4)
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (4)
- Instituto Nacional de Salud Pública (4)
- Save the children (4)
- Asociación Mexicana de Pediatría (3)
- Asociación de Consultores Certificados en Lactancia Materna México (ACCLAM) (3)
- La Red Internacional de Grupos de pro Alimentación Infantil (IBFAN) (3)

Las organizaciones que señalaron que han trabajado con el mayor número de organizaciones en proyectos de abogacía en favor de la LM son:

- Un Kilo de Ayuda (22)
- LacMater (9)
- Asociación de Consultores Certificados en Lactancia Materna México (ACCLAM) (6)
- Alimento (5)

Las organizaciones refirieron las siguientes alianzas o coaliciones que pudieran o no considerarse redes de abogacía en favor de lactancia:

- Pacto por la Primera Infancia
- Alianza por la Salud Alimentaria del estado de Chiapas
- Alianza por la Salud Alimentaria
- Comité Técnico Ciudadano de Amamantamiento
- Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles

Cuadro de análisis de redes abogacía

Criterios/Agrupaciones	Pacto por la Primera Infancia	Alianza por la Salud Alimentaria del estado de Chiapas	Alianza por la Salud Alimentaria	Comité Técnico Ciudadano de Amamantamiento	Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles
A) RED ..conjunto de 10 o más actores agrupados explícitamente en torno a un fin (autodenominados)	58	No se ha identificado	28	13	18
B) COHESIÓN	Cumple Se requirió constante interacción para su conformación en el periodo señalado.	Cumple En su página de Facebook se publican varios eventos en los que los miembros interactuaron	Cumple Se identificaron al menos tres actividades de los miembros de la alianza en el periodo señalado	No cumple El comité se lanzó el 2 de agosto, difícil evaluar cohesión en este momento.	Cumple En su página se publican eventos de interés de los miembros de la coalición donde tienen posibilidad de interactuar

C) EXCLUSIVIDAD	Explícito, Prioritario no único Punto 1 del Pacto 1) Que en el Plan Estatal de Desarrollo del nuevo Gobierno de Oaxaca se incluya como meta aumentar la prevalencia de LMExclusiva, y se incorporen acciones para lograrlo	Explícito, Prioritario no único Punto 8 del manifiesto 1) Cumplimiento al Código e impulso de las recomendaciones de los organismos internacionales (LME 6 meses a libre demanda, introducción de alimentos complementarios y continuación de LM)	Explícito y único 1) Vigilancia del código 2) Promoción del contacto temprano 3) Promoción del Derecho Humano al Amamantamiento	No explícito, no prioritario, no único
D) COBERTURA	Subnacional: Oaxaca	Subnacional: Chiapas	Nacional	Nacional

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y cobertura de una red nacional de individuos dedicados a abogar por la lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos dedicados a abogar por incrementar el compromiso político y financiero para la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos dedicados a abogar por incrementar el compromiso político y financiero para la lactancia materna, pero sólo tiene **cobertura local**.
- **Progreso parcial**, si existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos dedicados a abogar por incrementar el compromiso político y financiero para la lactancia materna, pero sólo tiene **cobertura subnacional**.

- **Progreso mayor**, si existe una red cohesiva a nivel nacional de individuos dedicados a abogar por incrementar el compromiso político y financiero para la lactancia materna, y tiene **cobertura nacional**.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Recuperar el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil que hacen abogacía y el liderazgo de los académicos para crear una coalición nacional que abogue específicamente en favor de la LM a partir de una estrategia nacional basada en investigación formativa.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
AG1	Progreso mayor (3)	3
AG2	Progreso parcial (2)	2
AG3	Sin progreso (0)	0
AG4	Sin progreso (0)	0
SUMA		5
PROMEDIO		1.25
INTERPRETACIÓN		El engraneje tiene una fuerza moderada

Voluntad política

¿Tomadores de decisiones expresaron compromiso para intensificar los esfuerzos de lactancia materna en el país?

Antecedentes

La voluntad política "existe cuando un conjunto suficiente de tomadores de decisiones con una comprensión común de un problema particular en una agenda formal se ha comprometido a apoyar una solución comúnmente percibida y potencialmente efectiva.⁷ De acuerdo con Post et al.⁷, este fenómeno complejo y multifactorial se compone de tres factores, que ayudan a conceptualizar la voluntad política: a) la distribución de las preferencias de las autoridades (es decir, cuáles son las preferencias de los políticos al actuar y si otros aceptan las políticas); b) la autoridad, capacidad y legitimidad del tomador de decisiones clave o individuos a cargo de las reformas (es decir, la voluntad sólo es fuerte si se dispone de recursos y poder político); y c) compromiso con las preferencias (es decir, cómo un tomador de decisiones defiende sus creencias; cómo se asignan los recursos y otros esfuerzos; qué incentivos/desincentivos tiene el tomador de decisiones para adoptar una postura).

El BFGM postula que el engranaje de voluntad política resulta cuando la abogacía es lo suficientemente fuerte como para generar el impulso que desencadena el compromiso político de los tomadores de decisiones para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.⁵ Sólo cuando existe "compromiso expresado" (es decir, "declaraciones verbales de apoyo a un tema por parte de dirigentes políticos influyentes de alto nivel"), "compromiso institucional" (es decir, políticas e infraestructura organizacional) y "compromiso presupuestario" (es decir, el recurso ha sido asignado a una causa particular) podemos hablar de un pleno y total compromiso hacia una causa, como la lactancia materna.⁸

Medir la voluntad política es una tarea compleja e indirecta, usualmente implica examinar el compromiso político de los tomadores de decisiones. El compromiso político se compone de "compromiso expreso", "compromiso institucional" y "compromiso presupuestario", los cuales se reflejan en engranajes separados del BFGM correspondientes a la "voluntad política", "políticas y legislación" y "financiamiento y recursos" respectivamente. Por lo tanto, medir la voluntad política para el BFGM consiste en evaluar el nivel de compromiso expresado por las autoridades para aumentar la lactancia materna.

Temas e indicadores

El tema del engranaje de voluntad política mide el compromiso expresado por el gobierno para intensificar los esfuerzos de proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Este tema, compromiso expresado, se evalúa por tres criterios. Todos los indicadores hacen referencia a "entre julio del 2015 y julio del 2106" a menos que se indique lo contrario.

Compromiso expresado

Indicador PWG1: Altos funcionarios de gobierno han expresado públicamente su compromiso con la acción de lactancia materna.

Descripción:

Este indicador evalúa si ha habido cualquier expresión pública de compromiso o promesa por funcionarios del gobierno para seguir adelante con la ejecución de las actividades de la lactancia materna. "Funcionario político de alto nivel" significa alguien que tiene la capacidad de influir en las decisiones de la política a nivel nacional, incluyendo al líder del país, primera dama/cónyuge, legisladores etc. "Acción de lactancia materna" se refiere a actividades que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna.

Estrategias de recolección de la información:

Para calificar este indicador el comité utilizó dos estrategias la revisión de las notas derivadas de un estudio de medios y la revisión de boletines de prensa de dependencias del gobierno federal para identificar las declaraciones de los funcionarios de alto nivel.

Estrategía #1:

El estudio de medios consideró los siguientes criterios:

- Notas de prensa, radio, tv, e internet.
- Cobertura Nacional y Estatal.
- De Julio del 2015 a Julio del 2016.
- Palabras clave: lactancia, lactancia materna, y leche materna.

La metodología utilizada para la revisión de notas consistió en:

- Revisión de cada nota para identificar todas las declaraciones hechas por funcionarios de alto nivel sobre Lactancia Materna.
- Se consideró como "funcionarios de alto nivel" al: presidente y su cónyuge, gobernadores y sus cónyuges, legisladores federales (senadores y diputados), secretarios y subsecretarios (federales y estatales).
- Se consideró como "compromisos" anuncios de acciones concretas en favor de la lactancia, tales como: 1) incorporación en la agenda, 2) acciones legislativas, normativas o administrativas, 3) acciones programáticas, 4) acciones presupuestales.

- Para considerarse como distintas declaraciones, deberían de surgir en diferentes eventos o momentos del año.

Estrategia #2:

La metodología utilizada para la revisión de boletines de prensa consistió en:

- Búsqueda de los boletines de prensa de la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Gobernación, y Presidencia de julio del 2015 a julio del 2016.
- Revisión de cada boletín para identificar todas las declaraciones hechas por funcionarios de alto nivel sobre Lactancia Materna.
- Se consideró como “funcionarios de alto nivel” al: presidente y su cónyuge, gobernadores y sus cónyuges, legisladores federales (senadores y diputados), secretarios y subsecretarios (federales y estatales).
- Se consideró como “compromisos” anuncios de acciones concretas en favor de la lactancia, tales como: 1) incorporación en la agenda, 2) acciones legislativas, normativas o administrativas, 3) acciones programáticas, 4) acciones presupuestales.
- Para considerarse como distintas declaraciones, deberían de surgir en diferentes eventos o momentos del año.

Resumen de la información recolectada:

Respecto al análisis de notas derivadas del estudio de medios los resultados fueron:

- Pablo Kuri (Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud) tuvo 7 notas expresando su compromiso con la Lactancia Materna. Pero todas se referían a las declaraciones que hizo en el 3er Foro Nacional de Lactancia Materna.
- Mikel Arriola (en ese momento Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) tuvo una nota expresando su compromiso con la Lactancia Materna.
- Salvador López Brito (Senador) tuvo una nota.
- Armando Ahued (Secretario de Salud de DF) tuvo una nota.
- Gamaliel Martínez (DIF-DF) tuvo una nota.
- Gabriela William (Instituto Electoral del DF) tuvo dos notas sobre una misma declaración.
- En general los compromisos fueron a nivel programático y legislativo, pero no presupuestal.

En cuanto a los boletines de prensa, no se detectaron compromisos de funcionarios específicos sino de las instituciones.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la cantidad de tiempo que funcionarios de gobierno de alto nivel han expresado su compromiso con la acción de la lactancia materna **en el último año.**

- **Sin progreso**, si funcionarios de gobierno de alto nivel **no** han manifestado públicamente su compromiso con la acción de la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si funcionarios de gobierno de alto nivel han hablado públicamente sobre la lactancia materna, **pero** no han expresado su compromiso para la acción de la lactancia materna.
- **Progreso parcial**, si funcionarios de gobierno de alto nivel han expresado públicamente **una vez** su compromiso a la acción de la lactancia materna.
- **Progreso mayor**, si funcionarios de gobierno de alto nivel han expresado públicamente **al menos dos veces** su compromiso a la acción de la lactancia materna.

Calificación:

Progreso Parcial (2)

Recomendaciones:

- Aprovechar los marcos institucionales nacionales e internacionales para que los funcionarios del gobierno adopten compromisos públicos específicos en favor de la LM. (i.e. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Sesiones del Sistema de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes).
- Utilizar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas para garantizar el cumplimiento de los compromisos expresados.

Indicador PWG2: Las iniciativas del gobierno se han implementado para crear un entorno propicio que promueva la lactancia materna.

Descripción:

Un entorno que promueve la lactancia materna es esencial para la ampliación exitosa de la lactancia materna. Este entorno se refiere a un ambiente que fomenta la lactancia materna y desalienta a métodos alternativos de alimentación. Este indicador evalúa si iniciativas del gobierno nacional (como ajustes en la agenda, apoyo a eventos de desarrollo de políticas y programas) se han implementado para fomentar un entorno propicio para la ampliación exitosa de los programas de lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Se consideró como “iniciativa para crear un entorno favorable” aquellas acciones que el gobierno ha implementado para eliminar las barreras para la lactancia; mismas que son analizadas por los engranajes de legislación y políticas, promoción y capacitación y entrega de programas.

Se consideraron como barreras aquellas identificadas por la literatura (Bonvecchio et al. Barreras de la lactancia materna en México)

Se tomó como referencia para inferir su efecto los resultados derivados de la Encuesta de Niños, Niñas y Mujeres en México y el estudio del cumplimiento del Código en México.

Resumen de la información recolectada:

Barrera	Iniciativa	Efecto
Sentido de autoeficiencia	Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN)	
Conocimiento sobre los beneficios	ESIAN, Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS).	84.6% conocer al menos un beneficio
Enfermedades de la madre	ESIAN, IHAN, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), DGPS	
Malestares	ESIAN, IHAN, CENETEC	
Requerimientos de tiempo y trabajo	ESIAN, DGPS, UNICEF	
Recomendaciones inadecuadas de familiares y proveedores de salud	ESIAN, IHAN	
Consejería inadecuada y poco efectiva	ESIAN, IHAN	88.6% de las madres reciben consejería pre o post natal sobre lactancia.
Normas sociales		
Falta de apoyo del sistema de salud	IHAN, Norma Oficial Mexicana sobre lactancia materna.	
Incumplimiento del código	Autorregulación de la industria farmacéutica.	76% exposición a publicidad
Comercialización no regulada de bebidas azucaradas	Impuesto	48.3% consumo de bebidas azúcaradas

Políticas laborales que no favorecen la lactancia	Flexibilización administrativa para licencias y lactarios.	

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja el nivel de implementación y la calidad del entorno favorable.

- **Sin progreso**, si **no** se han implementado iniciativas del gobierno para crear un entorno propicio que promueva la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si se han implementado algunas iniciativas del gobierno, **pero** éstas no han creado un entorno propicio que promueva la lactancia materna a nivel nacional.
- **Progreso parcial**, si se han implementado varias iniciativas del gobierno **y** han comenzado a crear un entorno que promueve la lactancia materna a nivel nacional.
- **Progreso mayor**, si se han implementado varias iniciativas del gobierno **y** han creado un fuerte entorno favorable que protege, promueve **y** apoya la lactancia materna **a nivel nacional**.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Intensificar la abogacía directa y desarrollar estrategias de sensibilización para funcionarios públicos de alto nivel.
- Mantener la congruencia entre las declaraciones y las acciones de los tomadores de decisiones entorno a la lactancia materna a partir de la evidencia que ha demostrado cuáles son medidas de protección efectiva y cuáles debilitan el marco institucional de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Capacitar adecuadamente a los profesionales de la salud e implementar consejería certificada.
- Asegurar que las herramientas normativas se esté realmente llevando a cabo, además de evaluar su impacto. Especialmente es importante mejorar la vigilancia al cumplimiento del código, estableciendo sanciones significativas
- Implementar campañas de marketing social para cambiar las Normas sociales.
- Aumentar el periodo de licencia de maternidad, y asegurar que los derechos sean efectivamente ejercidos.

Indicador PWG3: Un individuo dentro del gobierno ha sido especialmente influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna.

Descripción:

Este indicador evalúa si hay alguna persona dentro del gobierno que sea la fuerza impulsora detrás de la promoción, desarrollo o diseño de las políticas de lactancia materna. En este contexto la promoción significa introducir y apoyar la creación de la política de lactancia materna. Desarrollo se refiere a la participación activa en la generación de una política de lactancia materna. Diseño se refiere a la participación activa en la redacción de la política de lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Se preguntó a todos los informantes clave y miembros del comité de expertos del BBF.

Resumen de la información recolectada:

Las respuestas de los informantes no fueron concluyentes. En muchas ocasiones se mencionaron instituciones y no individuos. Los informantes tienden a seleccionar a sus superiores.

Sin embargo, el comité coincidió en que Pablo Kuri (Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud) al haber impulsado la Estrategia Nacional de Lactancia Materna sería la persona influyente. Sin embargo, por el hecho de haber participado en la autoregulación de las industrias productoras de sucedáneos de leche materna se consideró que su influencia ha sido parcial o incongruente.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y el nivel de influencia que tiene un individuo del gobierno en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna. Para este indicador, “mínimamente influyente” significa que el individuo ha tenido sólo un pequeño impacto en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna en el último año. En esta situación, se está fomentando la política de lactancia materna, pero no ha sido desarrollada. “Parcialmente influyente” significa que el individuo ha tenido más impacto en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna en el último año. En esta situación, la política de lactancia materna ha sido promovida y desarrollada, pero no implementada. “Fuertemente influyente” significa que el individuo ha tenido un fuerte impacto en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna en el último año. En esta situación, la política de lactancia materna ha sido promovida, desarrollada e implementada.

- **Sin progreso**, si **no** hay una persona dentro del gobierno que ha sido influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si hay una persona dentro del gobierno que ha sido **mínimamente** influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna.
- **Progreso parcial**, si hay una persona dentro del gobierno que ha sido **parcialmente** influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna.
- **Progreso mayor**, si hay una persona dentro del gobierno que ha sido **fuertemente** influyente en la promoción, desarrollo o diseño de la política de lactancia materna

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Mantener la congruencia entre las declaraciones y las acciones de los tomadores de decisiones entorno a la lactancia materna.
- Identificar y sensibilizar a todos los tomadores de decisiones que son especialmente influyentes en los sectores que deben formar parte de la política pública en favor de la lactancia materna.
- Construir con estos tomadores de decisiones planes o estrategia sectoriales que complementan la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PWG1	Progreso parcial (2)	2
PWG2	Progreso parcial (2)	2
PWG3	Progreso parcial (2)	2
SUMA		6
PROMEDIO		2
INTERPRETACIÓN		El engraneje tiene una fuerza moderada

Legislación y política

Pregunta clave: ¿existen legislación y políticas nacionales que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna para las madres, incluyendo a las madres trabajadoras? ¿Cómo es la calidad y cobertura de estas políticas y legislación?

Antecedentes

Establecer y promulgar políticas y legislaciones nacionales de lactancia materna demuestra el nivel de compromiso de los países a ampliar, promover y apoyar iniciativas y programas de lactancia materna. La adopción de políticas y legislaciones nacionales, como La Política Nacional de Lactancia Materna, la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, la legislación de protección a la maternidad, y la legislación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un paso clave para que los países caminen hacia la mejora de la salud materna-infantil. Para ser eficaces, las políticas de apoyo a la lactancia materna deben ser adoptadas oficialmente, integradas en programas de salud existentes, apoyadas mediante una vigorosa coordinación y esfuerzos de monitoreo y penalizar su violación. La integración y apoyo de la legislación y las políticas requiere financiación y recursos adecuados.

Temas e indicadores

Los temas de este engranaje evalúan la adopción, la cobertura y la calidad de legislación y políticas clave de lactancia materna (incluyendo las leyes de maternidad). Hay cuatro temas para este engranaje: 1) Política Nacional de Lactancia Materna 2) Iniciativa Hospital amigo del Niño (IHAN), 3) Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y 4) legislación nacional de protección de la maternidad. Cada tema es evaluado por al menos un indicador. Todos los indicadores hacen referencia a "entre julio del 2015 y julio del 2106" a menos que se indique lo contrario.

Política Nacional de Lactancia Materna

Indicador LPG1: Una Política Nacional de Lactancia Materna ha sido adoptada/aprobada oficialmente por el gobierno.

Descripción:

La existencia de una Política Nacional de Lactancia Materna es un paso clave para ampliar la lactancia materna a nivel nacional. Esta política nacional debe reflejar el apoyo y compromiso a nivel nacional hacia las madres que amamantan. Este indicador evalúa si una política nacional de lactancia materna ha sido adoptada/aprobada oficialmente por el gobierno.

Estrategias de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Declaración de Innocenti
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS/UNICEF)
- Plan Nacional de Desarrollo
- Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (WBTi). México, 2015
- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018

Resumen de la información recolectada:

El Plan de Desarrollo Nacional y Plan Sectorial de Salud fomentan la lactancia materna a través de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego. Además, el gobierno de México en este sexenio ha aprobado e implementado la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, la cual es congruente con las recomendaciones internacionales. La Estrategia Nacional de Lactancia Materna se denomina como un “Instrumento de la política pública mexicana en materia de lactancia materna”

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y nivel de desarrollo y adopción de una Política Nacional de Lactancia Materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe una Política Nacional de Lactancia Materna.
- **Progreso mínimo**, si una Política Nacional de Lactancia Materna está **bajo discusión**.
- **Progreso parcial**, si una Política Nacional de Lactancia Materna se ha escrito, **pero no** ha sido oficialmente aprobada/adoptada por el gobierno.
- **Progreso mayor**, si una Política Nacional de Lactancia Materna se ha escrito **y** ha sido oficialmente aprobada / adoptada por el gobierno.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Asegurar la capacidad presupuestal, institucional y de información para toma de decisiones de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.

- Dar claridad sobre la participación de otros actores en la implementación, monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna y las acciones establecidas en ella.

Indicador LPG2: Existe un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna.

Descripción:

El Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna debe reflejar la manera en que un país implementará su Política Nacional de Lactancia Materna. Si un país no tiene una Política Nacional de Lactancia Materna, es probable que no tenga un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna. Este indicador evalúa si un país tiene un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna.

Estrategias de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Declaración de Innocenti
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS/UNICEF)
- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018

Resumen de la información recolectada:

La Estrategia Nacional de Lactancia Materna es congruente con las acciones recomendadas internacionalmente. Además, en la estrategia se describen objetivos, acciones y metas.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y la calidad de los objetivos (es decir, medibles y con tiempo límite) del Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna. Este indicador, objetivos/metás medibles se refiere a que los objetivos se siguen y pueden ser fácilmente medidos para evaluar el progreso del Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna. Objetivos/metás con tiempo límite se refiere a que los objetivos tienen un plazo dentro del cual tienen que ser alcanzados/logrados.

- **Sin progreso**, si **no** hay ningún Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna.
- **Progreso mínimo**, si existe un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna **pero no** se han identificado objetivos/metás medibles ni con tiempo límite.
- **Progreso parcial**, si existe un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna **y** se han identificado objetivos/metás medibles, **pero no** con tiempo límite.

- **Progreso mayor**, si existe un Plan de Acción Nacional de Lactancia Materna y se han identificado objetivos/metast medibles con tiempo límite.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Establecer un plan de evaluación de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, describiendo responsable, frecuencia, etc.

Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN)

Indicador LPG3: Los criterios nacionales de la IHAN/Diez pasos han sido adoptados e incorporados dentro de las estrategias/políticas del sistema de salud.

Descripción:

El sistema de salud tiene estrategias o políticas diseñadas para ofrecer atención médica de alta calidad. Los criterios de la IHAN/Diez pasos son el "estándar de oro" para la promoción de la lactancia materna dentro de las instalaciones hospitalarias. Para entregar atención materna de alta calidad, el sistema de salud debe incluir los criterios de la IHAN/Diez pasos como un estándar con el cual las instalaciones deben cumplir. Este indicador evalúa la pregunta de qué tan bien están incluidos los criterios de la IHAN/Diez pasos en las estrategias del sistema de salud a nivel nacional. Además, si están incluidas, tienen que reflejar los criterios globales de la IHAN de OMS /UNICEF.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Declaración de Innocenti
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño OMS/UNICEF)
- Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, 2009 OMS
- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018
- Teresita González de Cosío Martínez, Dinorah González Castell. Estado de los programas de apoyo a la lactancia. En México: Iniciativa Hospital Amigo del Niño. En: Lactancia Materna en México. Ed. González de Cosío Teresita y Hernández Cordero S. ANM, 2016: En prensa

Resumen de la información recolectada:

Debido a que una de las metas de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna es nominar Hospitales Amigos del Niño, se han implementado acciones. En el último año se ha incrementado el número de evaluadores externos y el número de hospitales con la nominación. Aún se está lejos de la meta, pero ha habido avances importantes.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia, la adopción y el nivel de incorporación (es decir, cobertura) de los criterios de la IHAN/Diez pasos en estrategias y políticas del sistema de salud. También aborda la calidad de los criterios (es decir, si son consistentes o no con los criterios globales de la IHAN de OMS / UNICEF).

- **Sin progreso**, si **no** hay criterios de la IHAN/Diez pasos en el país.
- **Progreso mínimo**, si existen criterios de la IHAN/Diez pasos en el país y son consistentes con los criterios globales de la IHAN de OMS / UNICEF, **o** si han sido adoptados, pero no han sido incorporados en las estrategias/políticas del sistema de salud a nivel nacional.
- **Progreso parcial**, si existen criterios de la IHAN/Diez pasos en el país y son consistentes con los criterios globales de la IHAN de OMS / UNICEF, se han adoptado **y** han sido parcialmente incorporado en las estrategias/políticas del sistema de salud a nivel nacional.
- **Progreso mayor**, si existen criterios de la IHAN/Diez pasos en el país y son consistentes con los criterios globales de la IHAN de OMS / UNICEF, **y** se han adoptado e incorporado en las estrategias/políticas del sistema de salud a **nivel nacional**.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Incrementar los recursos tanto económicos como humanos destinados al proceso de nominación de Hospitales Amigos del Niño para acelerar el proceso de nominación.

Código Internacional de la Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna

Indicador LPG4: El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido adoptado en la legislación.

Descripción:

El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna (es decir, el Código) es una política internacional desarrollada por la OMS que protege la lactancia materna estableciendo estándares, requisitos, y aplicación de las sanciones en respuesta a la promoción no ética de sucedáneos de la leche materna por parte de los fabricantes. Conocer el contenido específico del Código adoptado es esencial para la calificación de este indicador ya que el Código debe incluir disposiciones para un sistema de vigilancia, sanciones para las infracciones y presentación de informes de violaciones.

Estrategias de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
- Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report 2016
- Cobo, Fernanda, "La Regulación de la Lactancia Materna en México" (Breastfeeding Regulation in Mexico). Marzo 2015.
- Estudio de Sucedáneos Leche Materna en México INSP/SSA/OPS

Resumen de la información recolectada:

Las disposiciones del Código están integradas en leyes y normas principalmente en lo relacionado a:

- Etiquetado de los sucedáneos (superioridad de la leche materna, el uso de "nutritional claims", imágenes que idealicen el uso de sucedáneos, contenga el rango de edad).
- Promoción y distribución en unidades de salud (prohibida la distribución de muestras gratuitas, prohibida la promoción de sucedáneos en unidades de salud, no agentes de compañías en hospitales).

Sin embargo, no se tienen medidas de regulación en puntos de venta y los medios de comunicación (incluyendo redes sociales).

Además de que no se cuenta con un sistema de vigilancia y monitoreo, ni de mecanismos claros y eficientes para denunciar incumplimientos.

En el reporte de la OMS 2016 se menciona que en México se incluye en la legislación algunos aspectos del Código sin embargo no se especifica cuáles.

Los instrumentos regulatorios mexicanos que contemplan disposiciones del código son:

- NOM-131-SSA1-2012. Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba
- NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
- NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria.
- NOM-086-SSA1-1994. Bienes y servicios. Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutrimentales.

De acuerdo a la investigación de Fernanda Cobo algunos aspectos del código están incluidos en las normas en México, pero frecuente no se cumplan. Por ejemplo, el uso de imágenes, declaraciones nutrimentales y que no se incluya que la leche materna es superior. Por otro lado, muchas de las normas van dirigidas sólo a fórmulas para menores de 6 meses, cuando en la OMS se extiende productos para niños menores 2 años- 36 meses en la nueva estipulación

De acuerdo al estudio del cumplimiento del código (OPS/SSA/INSP) las violaciones más frecuentes al Código en México son:

- Unidades de salud: distribución de muestras de sucedáneos, comercialización sucedáneos- carteles, visitas a médicos por parte de representantes de compañías, obsequios, recomendación de personal de salud (médico) sobre uso de sucedáneos.
- Puntos de venta: promociones y comercialización de sucedáneos.
- Medios de comunicación (televisión, redes sociales e internet): presencia de sucedáneos de leche materna.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la adopción del Código en la legislación, así como la existencia y nivel de provisiones para un sistema de vigilancia, sanciones para las infracciones y presentación de informes de violaciones. Puede haber situaciones donde los países pueden tener decretos en lugar de legislación y estos decretos pueden ser equivalentes a una ley. Si el Código es emitido como un decreto,

los países tendrán que evaluar si cumple con los requisitos de la legislación (es decir, ¿tiene el poder de una ley? ¿Es exigible y tiene que llevarse a cabo?) Y no es un acuerdo voluntario. De ser así, ese decreto puede considerarse equivalente a una legislación y los países pueden seguir el algoritmo de puntuación propuesto. Si es un acuerdo voluntario que carece de exigibilidad, los países considerarán que el Código no ha sido adoptado.

- **Sin progreso**, si el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna (CICSLM) **no** ha sido adoptado en la legislación.
- **Progreso mínimo**, si el CICSLM se ha adoptado en la legislación, **pero** no incluye todas las disposiciones del Código ni provisiones para un sistema de vigilancia, sanciones para las infracciones y denuncia de violaciones.
- **Progreso parcial**, si el CICSLM se ha adoptado en la legislación e incluye todas las disposiciones del Código, **pero** no disposiciones para un sistema de vigilancia, sanciones para las infracciones y denuncia de violaciones.
- **Progreso mayor**, si el CICSLM se ha adoptado en la legislación e incluye todas las disposiciones del Código **y** las disposiciones para un sistema de vigilancia, sanciones para las infracciones y denuncia de violaciones.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Incluir todas las disposiciones y alcance del CCSLM en las leyes, reglamentos y normas mexicanas (actividades, productos y grupos de edad) y asegurar que se prevean sanciones significativas frente a cualquiera de sus violaciones.

Indicadores LPG5: El Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido obligatorio.

Descripción:

Este indicador evalúa si el Código de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna adoptado por el país ha sido obligatorio durante los últimos 3 años. Esto supone que el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna se ha adoptado como un Código nacional. La obligatoriedad del Código se considera un componente importante para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. El nivel de cumplimiento del Código nacional (local, subnacional, nacional) es un componente o factor que determina el nivel de protección de la lactancia materna en el país.

Estrategia de recolección de la información:



Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna
- Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report 2016
- Cobo, Fernanda, "La Regulación de la Lactancia Materna en México" (Breastfeeding Regulation in Mexico). Marzo 2015.
- Estudio de Sucedáneos Leche Materna en México INSP/SSA/OPS
- Sofía Charvel Orozco, Fernanda Cobo Armijo. Legislación en torno a la lactancia. Normas, leyes y vacíos legales en el apoyo a la lactancia. En: Lactancia Materna en México. Ed. González de Cosío Teresita y Hernández Cordero S. ANM, 2016: En prensa

Resumen de la información recolectada:

Asimismo, se observa que las disposiciones del CCSLM incluidas en la legislación nacional no se acompañan de mecanismos efectivos de monitoreo, denuncia y sanción frente a incumplimientos. Cuando llegan a aplicarse, las sanciones son tan poco significativas en términos monetarios y reputacionales, que no resultan suficientes para desincentivar las conductas que violan el CCSLM.

Por otra parte, el marco legal actual sólo incluye la regulación de la comercialización de las fórmulas para niños menores de 6 meses, cuando el alcance del CCSLM ya contempla fórmulas y productos para niños de hasta 36 meses (modificado en Asamblea de Mundial de la Salud 2016).

Metodología de evaluación:

El indicador refleja el grado y cobertura de obligatoriedad del Código. Obligatoriedad significa que hay evidencia que se han aplicado sanciones durante los últimos 3 años por violaciones del Código.

- **Sin progreso**, si el Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna **no** es obligatorio.
- **Progreso mínimo**, el Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido mínimamente obligatorio, que significa que su aplicación solo sucede **en algunos** lugares o situaciones.
- **Progreso parcial**, el Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido parcialmente obligatorio, que significa que su aplicación sucede **en la mayoría** de los lugares o situaciones.
- **Progreso mayor**, el Código Nacional de Comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna ha sido obligatorio, que significa que su aplicación sucede **en todo el país**.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Informar, sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre el CCSLM.
- Fortalecer y difundir mecanismos claros de identificación, denuncia y aplicación de sanciones, así como monitoreo del cumplimiento del CCSLM.
- Diseñar estrategias para informar y sensibilizar a centros comerciales, farmacias, tiendas de conveniencia y otros puntos de venta de sus obligaciones respecto al cumplimiento del CCSLM a través de las cámaras y asociaciones nacionales (Ejemplo: Asociación Nacional de Farmacias en México, Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales).

Legislación Nacional de Protección de la Maternidad

Indicadores LPG6: El Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del trabajo ha sido ratificado.

Descripción:

Este indicador evalúa si el Convenio sobre la Protección de la Maternidad 2000 (núm. 183), presentada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha sido ratificado. Este indicador permite la existencia de otras leyes de maternidad o la ratificación de las versiones anteriores del Convenio sobre la Protección de la Maternidad (1919 o 1952), pero utiliza los estándares expresados en el Convenio sobre la Protección de la Maternidad 2000 como la referencia que los países deben esforzarse por cumplir.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)
- Convenio sobre la protección de la maternidad N° 183 (CPM-183)
- OIT/Ratificaciones por país
- Ley Federal del Trabajo (LFT)
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (LFTSE)
- Ley del Seguro Social (LSS)
- La regulación de la Lactancia Materna en México, Fernanda Cobo

Resumen de la información recolectada:

Ni el convenio sobre la protección, 1952, núm. 103; ni el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000, N° 183 han sido ratificados. No obstante, la legislación nacional contempla casi todos los puntos previstos en la convención, y en algunos la excede.

Aunque la posición oficial en 2013 rechazaba la conveniencia de la ratificación, en su respuesta y diversas declaraciones públicas el Secretario del Trabajo ha manifestado su interés en la ratificación, y el trabajo que se está realizando para lograrlo (cálculos económicos, sensibilización del sector patronal).

Previsiones del Convenio 183	Incluidos en la Legislación Nacional

No trabajo perjudicial para su salud o la de su hijo	CPEUM 123, A, V; B XI c); LFT, Título V
Licencia de maternidad de 14 semanas (6 post parto)-Fondos públicos	CPEUM 123, A (6 y 6 s); V; B XI c) (1 mes y 2 meses) LFT, Título V (6 y 6); LSS 25, 107 (tripartita)
Licencia en caso de enfermedad o complicaciones-Fondos públicos	LFT, Título V (2 discapacidad/hospitalización) o más por imposibilidad de trabajar)
Prestaciones pecunarias durante la licencia (2/3)	CPEUM 123, A, V; B XI c) LFT, Título V (100%, prórroga 50% hasta por 60 días)
Prestaciones pecunarias con cargo a la asistencia social	
Prestaciones médicas (prenatal, parto y postparto)	CPEUM 123, B XI c); LSS 94 I
Despido por embarazo, nacimiento o lactancia	LFT, 133, XV
Mismo puesto/misma remuneración	CPEUM 123, A, V; B XI c)
No certificado de embarazo	LFT, 133, XIV
Interrupciones o reducción para lactancia	CPEUM 123, A, V; B XI c); LSS, 94 III
Consulta periódica sobre licencia y prestaciones pecunarias	NO formal
Incorporación a legislación//convenios colectivos, laudos	Parcialmente

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja si los países han adoptado leyes de protección de la maternidad pero no ratificado el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, o si los países han ratificado las

versiones más antiguas del Convenio sobre la Protección de la Maternidad, pero no la versión más actual (ver Anexo 1 para más explicación).

- **Sin progreso**, si **ninguno** de los Convenios sobre la Protección de la Maternidad han sido ratificados y **no** hay leyes de protección de la maternidad en el país.
- **Progreso mínimo**, si hay alguna ley de protección de la maternidad o el Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 1919, N° 3 ha sido ratificado **pero** las otras dos versiones de los convenios de protección de la maternidad (**Convenio, 1919, núm. 3**; Maternidad Convenio sobre la protección, 1952, núm. 103) no han sido ratificados.
- **Progreso parcial**, si la versión anterior del Convenio (Convenio, 1952, núm. 103) ha sido ratificada **pero no** la versión actual del Convenio sobre la protección de la maternidad (Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000, N° 183).
- **Progreso mayor**, si la versión actual del Convenio sobre la protección de la maternidad (Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000, N° 183) ha sido ratificada.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Ratificar el Convenio 183 y la Recomendación 191 de la OIT.

Indicador LPG7: Hay una legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres.

Descripción:

Con este indicador se evalúa si existe una legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres. La licencia de maternidad pagada es un estándar esencial del Convenio sobre la Protección de la Maternidad 2000. Los países que cuentan con licencia de maternidad pagada deben tener legislación igual o mejor que lo previsto en el Convenio sobre la Protección de la Maternidad 2000 para poder considerarse como un progreso importante en este indicador.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Convenio sobre la protección de la maternidad N° 183
- OIT/Ratificaciones por país
- Ley Federal del Trabajo

- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Ley del Seguro Social
- La regulación de la Lactancia Materna en México, Fernanda Cobo
- Puntos de acuerdo Diputados y Senadores (6)
- Respuesta a punto de acuerdo 21 de octubre de 2013
- Iniciativas presentadas

Resumen de la información recolectada:

La legislación nacional prevé 12 semanas de licencia pagada al 100% (distribución tri-partita). La última reforma administrativa del IMSS facilita la transferencia de semanas del periodo preparto al post parto.

Existe interés creciente en la ampliación de la licencia: 6 puntos de acuerdo, al menos 10 iniciativas de ley. Por ejemplo, la voluntad explícita de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social por la ampliación a 14 semanas. Se percibe al sector empresarial como el que más objeta la posibilidad.

Otra deficiencia es que no existe un mecanismo de protección para las mujeres fuera del sector formal.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y la calidad de la licencia de maternidad pagada con las especificaciones descritas en el Convenio sobre la Protección de Maternidad 2000 que sirve como el estándar que los países deben cumplir o superar para un resultado óptimo en este indicador. El Convenio sobre la Protección de Maternidad 2000 estipula una licencia de maternidad de por lo menos 14 semanas y que las mujeres reciban al menos 2/3 de su salario previo durante este tiempo, lo cual sirve como el estándar de puntuación para este indicador.

- **Sin progreso**, si **no** existe legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres.
- **Progreso mínimo**, si existe legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres, **pero** contempla menos de 14 semanas recibiendo menos de 2/3 de su salario previo.
- **Progreso parcial**, si existe legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres y contempla al menos 14 semanas, **pero** recibiendo menos de 2/3 de su salario previo.
- **Progreso mayor**, si existe legislación sobre la licencia de maternidad pagada para las mujeres que contempla al menos 14 semanas **y** recibiendo al menos 2/3 de su salario previo.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Ampliar el periodo de Licencia de Maternidad a 6 meses para facilitar las condiciones del cumplimiento de las LM exclusiva; iniciando con una ampliación a 18 semanas como lo establece la recomendación 191 de la OIT.
- Diseñar e implementar un mecanismo de protección de la maternidad y la lactancia para las mujeres en el sector informal.

Indicador LPG8: Existe legislación que protege y apoya la lactancia materna/recesos de extracción de leche para mujeres que amantan.

Descripción:

Provisiones de recesos para amamantar o extraer leche en el trabajo son esenciales para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Es necesaria una política de protección de la lactancia materna y recesos para extraer leche en el trabajo para mujeres que amamantan para alentar a los empleadores a cumplir con la protección de estos derechos. Este punto indicador valora si existe legislación que protege y apoya la lactancia y recesos para extraerse leche en el trabajo entre mujeres que amamantan.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Ley del Seguro Social
- La regulación de la Lactancia Materna en México, Fernanda Cobo
- Pronunciamiento de los Sectores Obrero y Patronal para el Fomento de la Protección de la Maternidad y la Promoción de la Lactancia Materna en los Centros de Trabajo
- Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación
- Guía práctica LM en el Lugar de Trabajo
- Lineamientos para salas de Lactancia CENSA

Resumen de la información recolectada:

La legislación nacional prevé la existencia de descansos para la extracción desde el retorno de la licencia de maternidad hasta los 6 meses. Contempla dos descansos de media hora o una reducción de la jornada laboral de 1 hora.

La percepción de las autoridades es que este derecho no se ejerce por: falta de conocimiento (derecho-extracción), falta de espacios adecuados, falta de promoción.

IMSS, STPS, SSA y UNICEF hacen esfuerzos activos por sensibilizar a los patrones sobre la importancia de la Lactancia y han generado documentos orientadores.

Existe una oferta creciente de organizaciones que apoyan estos esfuerzos.

Carecemos de información directa de las mujeres trabajadoras sobre el conocimiento/ejercicio de este derecho.

Metodología de evaluación:

Los estándares de la OIT fueron utilizados para la puntuación de este indicador. La puntuación de este indicador refleja la existencia y cobertura de la legislación que protege y apoya la lactancia materna/ expresando recesos en el trabajo.

- **Sin progreso**, si **no** existe legislación que protege y apoya la lactancia materna/recesos de extracción de leche en el trabajo.
- **Progreso mínimo**, si las políticas de trabajo alientan a los empleadores a proteger y apoyar la lactancia materna/recesos de extracción de leche para sus trabajadores, **pero** no existe legislación que lo estipule.
- **Progreso parcial**, si existe legislación local que protege y apoya la lactancia materna/recesos de extracción de leche en el trabajo.
- **Progreso mayor**, si existe legislación nacional que protege y apoya la lactancia materna/recesos de extracción de leche en el trabajo.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Modificar de manera inmediata la legislación sobre descansos para la lactancia de forma que en los primeros 6 meses se goce de manera simultánea tanto de los descansos como de la reducción de jornada. Se recomienda que a partir de los 6 y hasta los 24 meses la madre pueda escoger si toma descansos o jornada reducida.

Indicador LPG9: Existe legislación promoviendo flexibilidad en el lugar de trabajo para las mujeres que amamantan.

Descripción:

Si un trabajo en particular pone en riesgo de daño o consecuencias negativas a una madre que amamanta, la legislación de protección de la maternidad debe proporcionar flexibilidad en el trabajo para esa madre. Esto incluye: (1) no obligar a una mujer a realizar un trabajo que es arriesgado para ella o su hijo y (2) proporcionar trabajo alternativo con el mismo sueldo hasta que ella ya no este amamantando. Este indicador evalúa la existencia de legislación para apoyar la flexibilidad en el lugar de trabajo para las mujeres que amamantan.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Ley del Seguro Social
- La regulación de la Lactancia Materna en México, Fernanda Cobo

Resumen de la información recolectada:

Existe una legislación nacional que prohíbe que las mujeres embarazadas o lactantes realicen trabajo peligroso. La forma de verificar que esta disposición se cumple son las supervisiones, que hace la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. No tenemos datos sobre los resultados de estas verificaciones en la materia

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y cobertura de la legislación que apoya la flexibilidad en el trabajo (incluyendo la opción de trabajos alternativos) para las mujeres que amamantan.

- **Sin progreso**, si **no** existe legislación que apoye flexibilidad en el trabajo para las mujeres que amamantan.
- **Progreso mínimo**, si existen políticas laborales que alienten a los empleadores a apoyar la flexibilidad en el trabajo para sus trabajadores que estén amamantando, proporcionando algún trabajo alternativo con el mismo sueldo hasta que la madre no este amamantando, **pero** no existe legislación que lo estipule.
- **Progreso parcial**, si existe legislación **local** que apoye flexibilidad en el trabajo, incluyendo la posibilidad de trabajo alternativo con el mismo sueldo hasta que la madre no esté amamantando.
- **Progreso mayor**, si existe legislación **nacional** que apoye flexibilidad en el trabajo, incluyendo la posibilidad de trabajo alternativo con el mismo sueldo hasta que la madre no esté amamantando.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Implementar medidas de monitoreo, supervisión y denuncia que aseguren que se cumplan todos los derechos de protección y no discriminación a la maternidad que se estipulan en el marco jurídico nacional.
- Publicar de manera periódica información estadística sobre el cumplimiento de estas obligaciones por parte de los empleadores.
- Dar a conocer a las trabajadoras información que les permita exigir el cumplimiento de sus derechos.

Indicador LPG10: La legislación ofrece protección del empleo y prohibición de discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan.

Descripción:

La protección del empleo ofrece a las mujeres protección contra el despido y es una garantía del mismo puesto y salario hasta el final de la licencia de maternidad. También prohíbe a los empleadores que soliciten a las mujeres realizarse una prueba de embarazo para contratarlas excepto bajo circunstancias

especiales. La protección contra la discriminación en el empleo incluye disposiciones que prohíben la discriminación en el empleo para mujeres embarazadas o que amamantan.

Fuentes de información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Ley del Seguro Social
- La regulación de la Lactancia Materna en México, Fernanda Cobo
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación

Resumen de la información recolectada:

La legislación nacional establece todas las disposiciones de protección contra la discriminación que prevé el indicador. La poca evidencia que existe sobre el ejercicio efectivo de ese derecho parece indicar que se viola de manera recurrente:

“Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH), el 3.1% de las trabajadoras fue despedida o le fue disminuido el salario debido a su embarazo. Datos del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, indican que del 2013 al 2015 se registraron 423 quejas (a particulares) y reclamaciones (a funcionariado público de la Ciudad de México), de los cuales 163 tienen relación con el despido suscitado al volver de la licencia de maternidad o durante el periodo de lactancia, representando el 38.53% del total de quejas y reclamaciones. (COPRED, 2015)”.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador refleja la existencia y la calidad de la legislación de protección de empleo y prohibición de discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan.

- **Sin progreso**, si **no** existe legislación que proporcione protección del empleo y la prohibición de discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan.
- **Progreso mínimo**, si existe legislación que prohíba la discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan, **pero** no incluye **ninguna** protección del empleo (es decir, contra

el despido, conservar el mismo puesto y salario a la vuelta de maternidad, no permite solicitar prueba de embarazo para la contratación).

- **Progreso parcial**, si existe legislación que prohíba la discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan e incluye **algunas, pero** no todas las protecciones de empleo (es decir, contra el despido, conservar el mismo puesto y salario a la vuelta de maternidad, no permite solicitar prueba de embarazo para la contratación).
- **Progreso mayor**, si existe legislación que prohíba la discriminación en el empleo contra mujeres embarazadas y que amamantan e incluyen todas las protecciones del empleo (es decir, contra el despido, conservar el mismo puesto y salario a la vuelta de maternidad, no permite solicitar prueba de embarazo para la contratación).

Calificación:

Progreso mayor 3

Recomendaciones:

- Implementar medidas de monitoreo, supervisión y denuncia que aseguren que se cumplan todos los derechos de protección y no discriminación a la maternidad que se estipulan en el marco jurídico nacional.
- Publicar de manera periódica información estadística sobre el cumplimiento de estas obligaciones por parte de los empleadores.
- Dar a conocer a las trabajadoras información que les permita exigir el cumplimiento de sus derechos.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
LPG1	Progreso mayor (3)	3
LPG2	Progreso mayor (3)	3
LPG3	Progreso parcial (2)	2
LPG4	Progreso mínimo (1)	1
LPG5	Progreso mínimo (1)	1
LPG6	Progreso mínimo (1)	1
LPG7	Progreso mínimo (1)	1
LPG8	Progreso mayor (3)	3
LPG9	Progreso mayor (3)	3
LPG10	Progreso mayor (3)	3
SUMA		21
PROMEDIO		2.1
INTERPRETACIÓN		El engraneje es fuertea

Financiamiento y recursos

Pregunta clave: ¿existe suficiente financiamiento y otros recursos para la ampliación de los programas e intervenciones de lactancia materna?

Antecedentes

La ampliación de los programas de lactancia materna requiere una financiación adecuada y otros recursos. El Modelo de Engranaje de Lactancia Materna (BFGM) postula que, cuando se adopta la política y la legislación de lactancia materna, se debe generar la asignación de una financiación adecuada y recursos para apoyar la implementación de dichas políticas.⁵ Las estrategias de financiamiento que demuestran el nivel de compromiso de los países a ampliar los programas de lactancia materna puede incluir: especificar una línea presupuestaria para el financiamiento de las políticas y programas de lactancia materna en los presupuestos nacionales, garantizar que la financiación es adecuada para los programas de lactancia materna y proporciona un mecanismo formal para financiar públicamente los derechos de maternidad. Financiar los recursos humanos para apoyar las iniciativas y programas de lactancia materna también es un paso clave para garantizar que la legislación y políticas nacionales de lactancia materna son implementadas a nivel nacional, subnacional y local.

Temas e indicadores

Los indicadores para este engranaje evalúan la disponibilidad y suficiencia de la financiación y otros recursos del país necesarios para ampliar los programas e iniciativas de lactancia materna. Hay un tema para este engranaje titulado, compromiso presupuestario del gobierno. Este tema está determinado por cuatro indicadores. Todos los indicadores hacen referencia a "entre julio del 2015 y julio del 2106" a menos que se indique lo contrario.

Compromiso presupuestario del gobierno

Indicador FRG1: Hay una línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna.

Descripción:

Este indicador examina la presencia o no de una línea presupuestal en el presupuesto nacional que destine fondos específicamente para actividades para ampliar la lactancia materna. El Anexo 2 describe los elementos que deberían incluirse en el presupuesto a través de las designaciones en líneas individuales.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizó la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Informe al Ejecutivo Federal y el Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013 – 2014.
- Desempeño CONEVAL 2013-2014
- Ficha de Monitoreo y Evaluación 2014 Opinión de la Dependencia E-006 “Atención materno infantil”
- Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Observaciones Finales sobre los exámenes periódicos Cuarto y Quinto consolidados de México 8 de junio 2015
- Iniciativa Mundial sobre tendencias de Lactancia Materna 2015 WBTi
- Programa de Egresos de la Federación (PEF) – para los programas presupuestales E044 y P020
- Inventario CONEVAL de Acciones y Programas Estatales de Desarrollo Social

Resumen de la información recolectada:

En los informes y fichas que se revisaron no se encontró ningún objetivo, componente ni indicadores que describan actividades vinculadas con temas de lactancia materna. Se revisaron todos los programas del Inventario CONEVAL de Acciones y Programas Estatales de Desarrollo Social y no hay mención del tema de lactancia. En la Iniciativa Mundial sobre tendencias de Lactancia Materna 2015 WBTi se destaca que la Estrategia Nacional de Lactancia no cuenta con fondos específicamente designados en el presupuesto de egresos de la federación para su implementación.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador especifica la existencia de un elemento en la línea presupuestal específicamente para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna en el presupuesto nacional.

- **Sin progreso**, si **no** hay ninguna línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si hay una línea de presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna pero no incluye **más de dos** elementos del Anexo 2.
- **Progreso parcial**, si hay una línea de presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna e incluye **la mayoría** de los elementos del Anexo 2.
- **Progreso mayor**, si hay una línea de presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna e incluye **todos** los elementos del Anexo 2.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Establecer una línea presupuestal que vaya más allá de la forma en la que se financian actualmente los programas o acciones en torno a la lactancia materna (no hay líneas presupuestales ni indicadores de seguimiento únicos, ello debilita la sustentabilidad financiera de los programas y acciones).
- Establecer indicadores de lactancia en la MIR de partidas presupuestales relevantes a la salud materno infantil (i.e. P020), ello con el fin de empujar a las entidades a medir los avances concretos en esta materia.

Indicador FRG2: El presupuesto es adecuado para las actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

Descripción:

Este indicador está basado en la existencia de una línea en el presupuesto nacional para las actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Este indicador se basa en evaluar la cantidad de financiamiento nacional para ampliar las actividades de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, (ver anexo 2) como adecuada o inadecuada.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizó la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Iniciativa Mundial sobre tendencias de Lactancia Materna 2015 WBTi
- Ficha de Monitoreo y Evaluación 2014 Opinión de la Dependencia E-006 “Atención materno infantil”.
- Programa de Egresos de la Federación (PEF) – para los programas presupuestales E044 y P020
- Ley General de Salud. Últimas Reformas DOF 01-06-2016.

Resumen de la información recolectada:

No existe una línea presupuestal para las acciones de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador refleja la existencia de un elemento en la línea presupuestal para la protección, promoción y apoyo de lactancia materna en el presupuesto nacional, así como la adecuación y cobertura del presupuesto para actividades clave de la ampliación de la lactancia materna. Adecuación significa que los fondos son suficientes para cubrir los componentes clave de las actividades la protección, promoción y apoyo a lactancia materna a nivel nacional, subnacional y local.

- **Sin progreso**, si **no** hay ninguna línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si hay una línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna y es adecuada para cubrir **algunos**, **pero** no la gran mayoría de las actividades en el Anexo 2 a nivel nacional.
- **Progreso parcial**, si hay una línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna y es adecuada para cubrir **todas** las actividades en el Anexo 2 a nivel nacional.
- **Progreso mayor**, si hay una línea en el presupuesto nacional para actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna y es adecuada para cubrir todas las actividades en el Anexo 2 a nivel **nacional, subnacional y local**.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Una vez establecida una línea presupuestal en torno a la lactancia materna, deberá darse un seguimiento concreto a su adecuación en términos de cobertura y eficacia para fines de protección, promoción y apoyo. Ello implicará el desarrollo y seguimiento de indicadores de cobertura y eficacia.

Indicador FRG3: Hay al menos un puesto en el gobierno totalmente financiado para trabajar principalmente en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna a nivel nacional.

Descripción:

Este indicador evalúa si hay por lo menos un puesto en el gobierno totalmente financiado principalmente para trabajar en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Este puesto tiene que ser una posición de gobierno financiando el 100% de tiempo de la persona. Debe especificar en la descripción del puesto que por lo menos el 75% del tiempo de esa persona se debe dedicar a actividades de protección, promoción y apoyo de lactancia materna específicas de cada país. Esa persona debe tener un nivel

superior o de supervisor y tener la autoridad y la capacidad para gestionar la coordinación y ejecución de las actividades sustantivas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a nivel nacional.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizó la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 – 2018.

Resumen de la información recolectada:

Si existen puestos en el gobierno que se dedican a actividades de lactancia materna. Sin embargo, no hay documento normativo o publicado (incluso dentro de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna) que hable sobre el perfil de este puesto y actividades que desempeña.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia de este puesto, el nivel de financiación del puesto, así como el nivel de enfoque del puesto sobre la lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe un puesto en el gobierno para trabajar principalmente (es decir, el 75% del tiempo) en el apoyo, promoción y protección de la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si hay al menos un puesto en el gobierno para trabajar en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, **pero** no está totalmente financiado y el enfoque no es principalmente la lactancia materna.
- **Progreso parcial**, si hay al menos un puesto en el gobierno para trabajar en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna y es totalmente financiado **o** el enfoque es principalmente la lactancia materna.
- **Progreso mayor**, si hay al menos un puesto en el gobierno para trabajar en la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna y es totalmente financiado **y** el enfoque es principalmente la lactancia materna.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Crear una posición en el gobierno federal con el suficiente nivel para fomentar la toma de decisiones en LM basada en evidencia y fungir como vocero del GIPALM. Documentar los logros de esta posición (para dar solidez a su importancia institucional).

Indicador FRG4: Existe un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos.

Descripción:

Este indicador valora si existe un mecanismo formal para las prestaciones de maternidad sean financiadas con fondos públicos. Un mecanismo formal se refiere a una entidad designada o proceso por el cual fondos son destinados a prestaciones de maternidad. Prestaciones de maternidad se refieren a programas de gobierno establecidos a través de legislación que proporcionan beneficios para mujeres embarazadas y lactantes.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizó la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Informe al Ejecutivo Federal y el Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013 – 2014.
- Iniciativa Mundial sobre tendencias de Lactancia Materna 2015 WBTi.
- IMSS pago de incapacidades <http://www.imss.gob.mx/derechoH/pago-incapacidades>
- Ley del Seguro Social

Resumen de la información recolectada:

Para las trabajadoras afiliadas al ISSSTE se prevé un mes de descanso antes de la fecha que aproximadamente se fije para el parto y de otros dos meses después del mismo. Para las trabajadoras afiliadas al IMSS se prevé un subsidio del 100% del último salario diario cotizado por 42 días antes y 42 días después del parto.

La trabajadora debe haber cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en el periodo de 12 meses anteriores a la fecha en que debiera comenzar el subsidio. Cuando esto no se cumpla el pago del subsidio será responsabilidad al 100% por parte del patrón. Si la trabajadora lo desea puede solicitar la transferencia de 1 hasta 4 semanas del periodo prenatal al postnatal.

Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones, los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de uno punto cinco por ciento sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el uno punto cinco por ciento, a los trabajadores el cero punto trescientos setenta y cinco por ciento y al Estado el cero punto cinco por ciento.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la existencia y cobertura de un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos del sector público.
- **Progreso mínimo**, si existe un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos **pero** la cobertura a nivel nacional es **mínima** (es decir, menos del 50% de cobertura a nivel nacional).
- **Progreso parcial**, si existe un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos y la cobertura a nivel nacional es **parcial** (50%-75%).
- **Progreso mayor**, si existe un mecanismo formal a través del cual las prestaciones de maternidad son financiadas con fondos públicos con cobertura a nivel nacional **total**.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Implementar una estrategia conjunta para incluir a las mujeres embarazadas que se emplean de manera informal, para que gocen del beneficio de las prestaciones de maternidad.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
FRG1	Sin progreso (0)	0
FRG2	Sin progreso (0)	0
FRG3	Sin progreso (0)	0
FRG4	Progreso parcial (2)	2
SUMA		2
PROMEDIO		0.5
INTERPRETACIÓN		El engraneje es débil

Capacitación y Entrega de programas

¿Pregunta clave: ¿La capacitación proporcionada a los estudiantes (previa al servicio) y prestadores de salud (durante el servicio) es adecuada para apoyar la lactancia materna óptima? ¿Hay programas comunitarios y en establecimientos de salud para apoyar la lactancia materna?

Antecedentes

La ampliación de las iniciativas y programas de lactancia materna no puede ser eficaz sin el apoyo de programas de capacitación estandarizados para la formación de profesionales, estudiantes de la salud, y personal de apoyo sobre las prácticas óptimas de lactancia materna. Los programas de lactancia materna exitosa requieren que todos los encargados del cuidado de la salud sean entrenados, incluyendo profesionales y paraprofesionales de la salud, trabajando establecimientos de salud y actividades/servicios comunitarios que atienden a mujeres y niños. Los programas de estudios de las personas relacionadas con la atención de las madres durante el embarazo y el período postparto deben incluir educación en las actitudes, conocimientos y habilidades básicas necesarias para integrar la consejería y manejo de la lactancia materna en sus servicios.

Tener un programa de formación integral y de amplio alcance es considerada eficaz si se combina con la entrega extensiva de programas. La entrega de programas debe estar presente en todos los niveles de salud, incluidos los programas basados en establecimientos de salud (como la IHAN) y programas comunitarios (incluyendo actividades de apoyo madre a madre) para lograr la ampliación de los esfuerzos en lactancia materna.

Temas e indicadores

Los indicadores de este engranaje evalúan la calidad y cobertura de la capacitación previa al servicio inicial y durante el servicio; así como la entrega de programas comunitarios y en establecimientos de salud. Este engranaje cuenta con nueve temas. Los primeros seis temas son específicos para mejorar la capacidad de la fuerza de trabajo a través de la capacitación: a) Capacitación previa al servicio para profesionales de la salud (1 indicador); b) Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud de los establecimientos de salud (2 indicadores); c) Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios (2 indicadores); d) Capacitación durante el servicio para agentes de la salud comunitarios (2 indicadores); e) Capacitación para capacitadores (1 indicador); y f) Coordinación e integración de programas de capacitación en lactancia materna (1 indicador). Los 3 últimos temas son específicos de la cobertura y la calidad de la entrega de programas de lactancia materna: a) Entrega de programas en establecimientos de salud (5 indicadores); b) Entrega de programas basados en la

comunidad (1 indicador); y c) Supervisión 1 indicador). Todos los indicadores hacen referencia a "el año pasado" a menos que se indique lo contrario.

Capacitación previa al servicio para profesionales de la salud

Indicador TPDG1: Curriculum de las escuelas para profesionales de la salud y programas de estudio previos al servicio para profesionales de la salud encargados de la atención de madres, lactantes y niños pequeños que tratan temas esenciales de la lactancia materna.

Descripción:

Este indicador evalúa si los planes de estudios de las escuelas de servicios de salud (es decir, las escuelas de medicina, escuelas de enfermería, escuelas de partería, programas de nutrición etc.) y programas de estudio previos al servicio para profesionales de la salud encargados de la atención de madres, lactantes y niños pequeños incluyen a la lactancia materna. Este indicador se refiere específicamente a estudiantes y residentes que están siendo entrenados para cuidar de las madres, lactantes y niños pequeños. Es esencial que al personal de salud se le impartan temas de lactancia materna específica para mejorar la prestación de programas de lactancia materna. Los temas esenciales de lactancia materna que cualquier plan de estudios previo al servicio requiere se describen en el Anexo 3.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias el envío de cuestionarios y la revisión de planes de estudio de las universidades con mayor alumnado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Partería en México.

Estrategia #1:

- Revisión Anuario Estadístico Población Escolar en la Educación Superior (ANUIES) 2014-2015.
- Selección de las 10 universidades con mayor alumnado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Partería.
- Envío de cuestionario a los coordinadores de carrera.
- Análisis de las respuestas obtenidas.

Estrategia #2:

- Revisión Anuario Estadístico Población Escolar en la Educación Superior (ANUIES) 2014-2015.
- Selección de las 10 universidades con mayor alumnado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Partería.
- Búsqueda en internet de los planes de estudio.

- Identificando si cuentan con materias como: alimentación del primer año y lactancia materna.

Resumen de la información recolectada:

Dentro de los planes de estudio de las universidades con mayor alumnado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Partería en México, no existen materias específicas en lactancia materna. De acuerdo a las respuestas de las universidades el tema de lactancia materna se contemplan en otras materias obligatorias por lo que se asume que el tiempo dedicado a este tema es mínimo.

De los problemas identificados el más recurrente es la capacidad del profesional de salud en las habilidades de escuchar y resolver problemas, lo anterior se debe a que son mínimos los programas y universidades que lo contemplan como tal. Tampoco se abarcan la educación grupal en lactancia.

A continuación, se presentan los resultados sobre que proporción de las universidades incluyen cada uno de los temas esenciales de lactancia materna.

	% de universidades de medicina	% de universidades de nutrición
Factores que influyen en la lactancia materna. Atención y apoyo durante el período prenatal	100%	100%
Atención y apoyo durante el período prenatal	100%	86%
Cuidado Intra parto y posparto inmediato para apoyar y promover el inicio exitoso de la lactancia materna	88%	86%
Necesidades nutricionales dietéticas y asesoramiento a las mujeres embarazadas y lactantes	100%	100%
Producción de leche	100%	63%
Beneficios de la lactancia materna óptima	100%	100%
Guía de lactancia materna	50%	86%

Manejo de problemas comunes de la lactancia materna	88%	63%
El éxito lactancia en el caso de condiciones médicas maternas, medicamentos o tratamientos o situaciones especiales	63%	63%
Opciones de anticoncepción compatibles con la lactancia	63%	43%
Mantener la lactancia durante los periodos de separación materna e infantil, incluyendo durante la hospitalización de la madre enferma o del hijo y al regresar al trabajo o escuela	63%	86%
El código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y resolución de Asamblea Mundial de la Salud (WHA), actuales violaciones y responsabilidades de los trabajadores de salud ante el Código	63%	43%
Habilidades de comunicación y asesoramiento	75%	57%
Habilidades de Educación Grupal relacionada con la lactancia materna y la nutrición materna	63%	71%

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de capacitación previa al servicio de lactancia materna para profesionales de la salud; b) el grado de inclusión de temas esenciales de lactancia materna (ver Anexo 3) en los programas de estudio previos al servicio; y c) el nivel de cobertura a través de los programas de estudio previos al servicio.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye a la lactancia materna en los programas de estudios para profesionales de la salud encargados de atender madres, lactantes y niños pequeños.

- **Progreso mínimo**, si se incluye a la lactancia materna en los programas de estudios para profesionales de la salud encargados de atender madres, lactantes y niños pequeños **pero** los programas de estudios no cubren todos los temas esenciales de la lactancia y no están integrados dentro de todos los programas previos al servicio.
- **Progreso parcial**, si se incluye a la lactancia materna en los programas de estudios para profesionales de la salud encargados de atender madres, lactantes y niños pequeños y los programas de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **o** están integrados dentro de todos los programas previos al servicio.
- **Progreso mayor**, si se incluye a la lactancia materna en los programas de estudios para profesionales de la salud encargados de atender madres, lactantes y niños pequeños y los programas de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas previos al servicio.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Incluir una materia obligatoria de lactancia materna en todos los programas de estudios de pregrado de los profesionales de la salud, que contemple 20 horas teóricas y 3 horas prácticas y que proporcione las herramientas necesarias para una adecuada consejería y resolución de problemas en materia de lactancia.

Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud de los establecimientos de salud

Indicador TPDG2: Profesionales de salud de los establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna, así como sus responsabilidades en la implementación del Código.

Descripción:

Los profesionales de salud de los establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños deben recibir capacitación durante al servicio en lactancia materna para mejorar sus conocimientos y así puedan educar y cuidar eficazmente a las madres durante el embarazo y el puerperio. Este indicador evalúa si estos profesionales de salud de los establecimientos de salud reciben capacitación en lactancia materna y, si es así, evalúa la calidad de la capacitación en lactancia materna recibida solicitando que los programas de estudio cubran temas específicos de lactancia materna. Estos temas

esenciales de lactancia materna se enumeran en el Anexo 3. Los profesionales de salud de los establecimientos de salud son los que dan atención prenatal y postnatal materna y personal pediátrico basado en clínicas u hospitales que trabajan con mujeres durante el embarazo y el periodo postparto; así como lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud son los encargados de supervisar y coordinar todos los recursos humanos en salud. Revisan y otorgan registros y programas de estudio, coordinan todos los procesos formativos para garantizar el egreso de profesionales de salud formados de acuerdo a criterios estándar. (En todas las universidades y el Sistema de Salud). Para esta dirección la lactancia materna no es considerada un tema prioritario además de que no cuentan con los recursos para hacerse cargo de la capacitación. Hasta este momento, no se cuenta con un sistema de monitoreo en las capacitaciones que se dan alrededor del país.

El personal de salud en servicio que cuenta con capacitación coordinada y unificada, es únicamente el que trabajan en hospitales que están nominados para certificarse como Hospital Amigo o los que ya están certificados. Dado que solo el 11% de los hospitales con atención obstétrica del país están nominados (17% del IMSS), la brecha de capacitación es muy amplia.

La capacitación en general, aunque contempla 3 horas de práctica supervisada es muy difícil realizar la práctica supervisada y sobre todo unificar criterios de evaluación.

Aunque existen en el país capacitaciones de lactancia en muchos hospitales, el problema principal es que no existe un organismo que se encargue de coordinar estos esfuerzos o que unifique criterios en el aprendizaje o evaluación. A veces quienes dan el taller no son personas que estén capacitadas. Además, no se cuenta con resultados de evaluación de estas capacitaciones en general.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de capacitación en lactancia materna para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de temas esenciales de lactancia materna (ver Anexo 3) en el programa de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud, y c) nivel de cobertura e integración de

la capacitación en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio en los establecimientos de salud.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños, **pero** los planes de estudios no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.
- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.

Indicador TPDG3: Profesionales de la salud de establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.

Descripción:

Los profesionales de la salud de establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños también deben recibir capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna que les permita proporcionar un eficaz asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan. Este indicador evalúa si los profesionales de la salud de establecimientos de salud

reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo y, si es así, evalúa la calidad de esa capacitación solicitando que cubran temas específicos de lactancia materna en los programas de capacitación. Los temas esenciales de lactancia materna sobre habilidades de consejería y apoyo están enumerados en el Anexo 4. Los profesionales de salud de los establecimientos de salud son los que dan atención prenatal y postnatal materna y personal pediátrico basado en clínicas u hospitales que trabajan con mujeres embarazadas y en postparto; así como lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

La Secretaría de Salud no tiene datos al respecto. El IMSS mencionó que 100% del personal médico que labora en hospitales certificados y recertificados por la IHAN, reciben capacitación práctica.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de formación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo de lactancia materna para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de los temas esenciales sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna (ver Anexo 4) en el programa de capacitación de los establecimientos de salud y c) nivel de cobertura e integración de la capacitación sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio en los establecimientos de salud.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños **pero** los planes de estudio no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **o** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.

- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud en establecimientos de salud que atienden madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio de los establecimientos de salud.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.
- Fomentar el reforzamiento en temas clave de lactancia (incluyéndose el CCSLM) cada 6 meses al personal de salud en servicio. Contar con personal capacitado y recursos suficientes para supervisar y llevar a cabo este reforzamiento.
- Establecer un sistema de capacitación en cadena, adaptada a los 3 niveles de atención en las diferentes dependencias que constituyen el sistema de salud:
 - Comunitario (voluntarios, auxiliar o vocal): capacitación para la promoción de recomendaciones básicas de lactancia, refuerzo de mensajes clave, detección de problemas y referencia al centro de salud.
 - Primer nivel (enfermeras, médicos y pasantes): capacitación en la resolución de problemas básicos (barreras, posiciones, problemas comunes y medicamentos compatibles con la lactancia).
 - Segundo y tercer nivel: capacitación para atender problemas pediátricos relacionados con la lactancia y problemas ginecológicos relacionados con la madre en relación a la lactancia. Y medicamentos compatibles con lactancia

Capacitación durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios

Indicador TPDG4: Profesionales de la salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna así como sus responsabilidades en la implementación del Código.

Descripción:

Los profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños deben recibir capacitación en lactancia materna durante el servicio para mejorar sus conocimientos y así puedan educar

y cuidar eficazmente a las madres durante el embarazo y el puerperio. Este indicador evalúa si estos profesionales de salud comunitarios reciben capacitación en lactancia materna y, si es así, evalúa la calidad de la capacitación en lactancia materna recibida solicitando que los programas de estudio cubran temas específicos de lactancia materna. Estos temas esenciales de lactancia materna se enumeran en el Anexo 3. Los profesionales de salud comunitarios son los que trabajan en clínicas de salud de atención primaria atendiendo mujeres embarazadas y en postparto; así como lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

La Secretaría de Salud ha capacitado a 5,000 profesionales de salud que trabajan en Centros de Salud. La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Necesidades nutricionales dietéticas y asesoramiento a las mujeres embarazadas y lactantes.
- Habilidades de comunicación y asesoramiento.
- Habilidades de Educación Grupal relacionada con la lactancia materna y la nutrición materna

50,251 personas de los Servicios Estatales de Salud e IMSS-PROSPERA han concluido y aprobado su capacitación en el portal de la ESIAN. Las ramas que se incluyen son: Médicos, Enfermeras y Promotores. La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Opciones de anticoncepción compatibles con la lactancia.
- El código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y resolución de Asamblea Mundial de la Salud (WHA), actuales violaciones y responsabilidades de los trabajadores de salud ante el Código.

En IMSS-Prospera aproximadamente 14,350 trabajadores de la salud (6,124 médicos, y 8,226 enfermeras) han sido capacitados en temas de lactancia materna. La capacitación incluye todos los temas.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de capacitación en lactancia materna para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de temas esenciales de lactancia materna (ver Anexo 3) en el programa de capacitación durante el servicio en comunidad, y c) nivel de cobertura e integración de la capacitación en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio en la comunidad.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños, **pero** los planes de estudios no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.
- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.
- Fomentar el reforzamiento en temas clave de lactancia (incluyéndose el CCSLM) cada 6 meses al personal de salud en servicio. Contar con personal capacitado y recursos suficientes para supervisar y llevar a cabo este reforzamiento.
- Establecer un sistema de capacitación en cadena, adaptada a los 3 niveles de atención en las diferentes dependencias que constituyen el sistema de salud:
 - Comunitario (voluntarios, auxiliar o vocal): capacitación para la promoción de recomendaciones básicas de lactancia, refuerzo de mensajes clave, detección de problemas y referencia al centro de salud.
 - Primer nivel (enfermeras, médicos y pasantes): capacitación en la resolución de problemas básicos (barreras, posiciones, problemas comunes y medicamentos compatibles con la lactancia).

- Segundo y tercer nivel: capacitación para atender problemas pediátricos relacionados con la lactancia y problemas ginecológicos relacionados con la madre en relación a la lactancia. Y medicamentos compatibles con lactancia

Indicador TPDG5: Profesionales de la salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.

Descripción:

Los profesionales de la salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños también deben recibir capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna que les permita proporcionar un eficaz asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan. Este indicador evalúa si los profesionales de la salud comunitarios reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo y, si es así, evalúa la calidad de esa capacitación solicitando que cubran temas específicos de lactancia materna en los programas de capacitación. Los temas esenciales de lactancia materna sobre habilidades de consejería y apoyo están enumerados en el Anexo 4. Los profesionales de salud comunitarios son los que trabajan en clínicas de salud de atención primaria atendiendo mujeres embarazadas y en postparto; así como lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

La Secretaría de Salud no tiene datos al respecto.

En el Seguro Popular sí se incluye información práctica sobre habilidades de consejería y apoyo en la capacitación que se imparte a profesionales de la salud ya que por rama cuentan con manuales que contienen la información necesaria para realizar dichas tareas. Asimismo, en caso de que no contarán con los manuales impresos correspondientes, todos ellos tienen acceso a descargar la versión electrónica del portal. Dichos manuales cuentan con la información en comento. Y de igual forma en los rotafolios de lactancia materna y alimentación de la mujer embarazada y en periodo de lactancia cuentan con los instructivos necesarios para apoyarse al otorgar la capacitación a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA. La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto: Observar una sesión de lactancia materna y ayudar a una madre a amamantar.

En el IMSS-Prospera han capacitado a aproximadamente 14,350 trabajadores de la salud (6,124 Médicos y 8,226 Enfermeras) han sido capacitados en todos los temas de salud.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de formación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo de lactancia materna para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de los temas esenciales sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna (ver Anexo 4) en el programa de capacitación durante el servicio en comunidad y c) nivel de cobertura e integración de la capacitación sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños **pero** los planes de estudio no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **o** no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.
- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para profesionales de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio en comunidad.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.

- Fomentar el reforzamiento en temas clave de lactancia (incluyéndose el CCSLM) cada 6 meses al personal de salud en servicio. Contar con personal capacitado y recursos suficientes para supervisar y llevar a cabo este reforzamiento.
- Establecer un sistema de capacitación en cadena, adaptada a los 3 niveles de atención en las diferentes dependencias que constituyen el sistema de salud:
 - Comunitario (voluntarios, auxiliar o vocal): capacitación para la promoción de recomendaciones básicas de lactancia, refuerzo de mensajes clave, detección de problemas y referencia al centro de salud.
 - Primer nivel (enfermeras, médicos y pasantes): capacitación en la resolución de problemas básicos (barreras, posiciones, problemas comunes y medicamentos compatibles con la lactancia).
 - Segundo y tercer nivel: capacitación para atender problemas pediátricos relacionados con la lactancia y problemas ginecológicos relacionados con la madre en relación a la lactancia. Y medicamentos compatibles con lactancia

Capacitación durante el servicio para agentes de la salud comunitarios

Indicador TPDG6: Agentes de la salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños que están capacitados en los temas esenciales de lactancia materna así como sus responsabilidades en la implementación del Código.

Descripción:

Agentes de la salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños deben recibir capacitación durante el servicio en lactancia materna para mejorar sus conocimientos y así puedan educar y cuidar eficazmente a las madres durante el embarazo y el puerperio. Este indicador evalúa si los agentes de la salud comunitarios y voluntarios reciben capacitación en lactancia materna y, si es así, evalúa la calidad de la capacitación en lactancia materna recibida solicitando que los programas de estudio cubran temas específicos de lactancia materna. Estos temas esenciales de lactancia materna se enumeran en el Anexo 3. Los agentes de la salud comunitarios y voluntarios son personas entrenadas para proveer educación y apoyo de pares dentro de la comunidad para madres, lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

Actualmente, participan en la operación del Componente de Salud de PROSPERA 23,117 auxiliares de salud, por parte de los Servicios Estatales de Salud a nivel nacional. Todas las anteriores deberían de estar capacitadas, desafortunadamente el módulo de la ESIAN del personal comunitario aún no se ha implementado de manera regular a nivel nacional. La capacitación de la ESIAN que se otorga a personal comunitario que atiende familias beneficiarias de PROSPERA, es presencial y sí está estructurado (Manual). La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Opciones de anticoncepción compatibles con la lactancia.
- El código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y resolución de Asamblea Mundial de la Salud (WHA), actuales violaciones y responsabilidades de -los trabajadores de salud ante el Código.
- Habilidades de comunicación y asesoramiento.

En IMSS-Prospera la capacitación que se da a la Red comunitaria se realiza de forma mensual y sistemática con enfoque de riesgo, utilizando los diferentes manuales que se tiene como son Manual de talleres Comunitarios. Los agentes de salud comunitario capacitados son: Voluntarios de Salud: 15,736, Parteras Rurales Voluntarios: 7,028, y Agentes Voluntarios de Salud: 205,372. La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Factores que influyen en la lactancia materna. Atención y apoyo durante el período prenatal.
- Cuidado intra parto y posparto inmediato para apoyar y promover el inicio exitoso de la lactancia materna.
- Producción de leche.
- Guía de lactancia materna.
- El éxito lactancia en el caso de condiciones médicas maternas, medicamentos o tratamientos o situaciones especiales.
- Mantener la lactancia durante los periodos de separación materna e infantil, incluyendo durante la hospitalización de la madre enferma o del hijo y al regresar al trabajo o escuela.
- El código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y resolución de Asamblea Mundial de la Salud (WHA), actuales violaciones y responsabilidades de los trabajadores de salud ante el Código.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de capacitación en lactancia materna para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de temas esenciales de lactancia materna (ver Anexo 3) en el programa de capacitación durante el servicio de agentes de salud comunitarios y voluntarios, y c) nivel de cobertura e integración de la

capacitación en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio de agentes de salud comunitarios y voluntarios.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños, **pero** los planes de estudios no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.
- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños, y los planes de estudios cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.
- Fomentar el reforzamiento en temas clave de lactancia (incluyéndose el CCSLM) cada 6 meses al personal de salud en servicio. Contar con personal capacitado y recursos suficientes para supervisar y llevar a cabo este reforzamiento.
- Establecer un sistema de capacitación en cadena, adaptada a los 3 niveles de atención en las diferentes dependencias que constituyen el sistema de salud:
 - Comunitario (voluntarios, auxiliar o vocal): capacitación para la promoción de recomendaciones básicas de lactancia, refuerzo de mensajes clave, detección de problemas y referencia al centro de salud.
 - Primer nivel (enfermeras, médicos y pasantes): capacitación en la resolución de problemas básicos (barreras, posiciones, problemas comunes y medicamentos compatibles con la lactancia).

- Segundo y tercer nivel: capacitación para atender problemas pediátricos relacionados con la lactancia y problemas ginecológicos relacionados con la madre en relación a la lactancia. Y medicamentos compatibles con lactancia
- Identificar, capacitar y promover a las ONG's que ya están en campo para que puedan capacitar a agentes comunitarios y a la población en temas de LM.

Indicador TPDG7: Agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños que reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna.

Descripción:

Los agentes de la salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños también deben recibir capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo específico para la lactancia materna que les permita proporcionar un eficaz asesoramiento y apoyo a las mujeres que amamantan. Este indicador evalúa si agentes de la salud comunitarios y voluntarios reciben capacitación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo y, si es así, evalúa la calidad de esa capacitación solicitando que cubran temas específicos de lactancia materna en los programas de capacitación. Los temas esenciales de lactancia materna sobre habilidades de consejería y apoyo están enumerados en el Anexo 4. Los agentes de la salud comunitarios y voluntarios son personas habilidades para proveer educación y apoyo de pares dentro de la comunidad para madres, lactantes y niños pequeños.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales).

Resumen de la información recolectada:

En el Seguro Popular, sí se incluye información práctica sobre habilidades de consejería y apoyo en la capacitación que se imparte a las auxiliares de salud ya que cuentan con manuales que contienen la información necesaria para realizar dichas tareas. Asimismo, cuentan con material de comunicación para las visitas domiciliarias en el que se apoyan para tratar los temas centrales de la estrategia. Dichos manuales cuentan con la información en comentario. Y de igual forma en los rotafolios de lactancia materna y alimentación de la mujer embarazada y en periodo de lactancia cuentan con los instructivos necesarios para apoyarse al otorgar la capacitación a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia beneficiarias de PROSPERA. La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Observar una sesión de lactancia materna.
- Ayudar a una madre a amamantar
- Ayudar a una madre a aprender las habilidades de compresión con la mano

En IMSS-Prospera han capacitado a Voluntarios de Salud: 15,736; Parteras Rurales Voluntarios: 7,028; Agentes Voluntarios de Salud: 205,372.

La capacitación incluye todos los temas esenciales excepto:

- Observar una sesión de lactancia materna.
- Ayudar a una madre a amamantar

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de formación práctica sobre habilidades de consejería y apoyo de lactancia materna para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños, b) el grado de inclusión de los temas esenciales sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna (ver Anexo 4) en el programa de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios y c) nivel de cobertura e integración de la capacitación sobre habilidades de consejería y apoyo en lactancia materna a través de los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.

- **Sin progreso**, si **no** se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños.
- **Progreso mínimo**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños **pero** los planes de estudio no cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna y no están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.
- **Progreso parcial**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **o** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.
- **Progreso mayor**, si se incluye la capacitación práctica en lactancia materna en los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios que trabajan con madres, lactantes y niños pequeños y los planes de estudio cubren todos los temas esenciales de la lactancia materna **y** están integrados dentro de todos los programas de capacitación durante el servicio para agentes de salud comunitarios y voluntarios.

Calificación:

No progress (0)

Recomendaciones:

- Capacitar al personal que se encuentra en servicio en los temas mínimos que recomienda la OMS, a través de una capacitación de al menos 20 horas teóricas (presencial o en línea) y 3 horas prácticas supervisadas por personal capacitado.
- Fomentar el reforzamiento en temas clave de lactancia (incluyéndose el CCSLM) cada 6 meses al personal de salud en servicio. Contar con personal capacitado y recursos suficientes para supervisar y llevar a cabo este reforzamiento.
- Establecer un sistema de capacitación en cadena, adaptada a los 3 niveles de atención en las diferentes dependencias que constituyen el sistema de salud:
 - Comunitario (voluntarios, auxiliar o vocal): capacitación para la promoción de recomendaciones básicas de lactancia, refuerzo de mensajes clave, detección de problemas y referencia al centro de salud.
 - Primer nivel (enfermeras, médicos y pasantes): capacitación en la resolución de problemas básicos (barreras, posiciones, problemas comunes y medicamentos compatibles con la lactancia).
 - Segundo y tercer nivel: capacitación para atender problemas pediátricos relacionados con la lactancia y problemas ginecológicos relacionados con la madre en relación a la lactancia. Y medicamentos compatibles con lactancia
- Identificar, capacitar y promover a las ONG's que ya están en campo para que puedan capacitar a agentes comunitarios y a la población en temas de LM.

Capacitación para capacitadores

Indicador TPDG8: Existen capacitadores expertos a nivel nacional/subnacional en lactancia (especialistas o consultores en lactancia materna) que dan apoyo y capacitación a profesionales de la salud de establecimientos de salud o comunitarios así como a agentes de salud comunitarios.

Descripción:

Los capacitadores expertos en lactancia materna son individuos que están capacitados para capacitar y apoyar a profesionales de la salud de establecimientos de salud y comunitarios, así como agentes de salud comunitarios. Estos capacitadores expertos normalmente, han recibido capacitación o certificación como especialistas en lactancia materna o consultores de lactancia. Son un recurso clave para asegurar la calidad

y la cobertura de capacitación de lactancia materna para profesionales de la salud de establecimientos de salud y comunitarios, así como agentes de salud comunitarios. Pueden apoyar a: a) servir como un recurso primario a estos profesionales y agentes comunitarios de la salud para resolver preguntas y problemas relacionados con la lactancia materna (incluyendo los de carácter clínico), b) proporcionar materiales relacionados con la lactancia materna según sea necesario y c) mantener la calidad y estandarización de los servicios de lactancia materna a través de visitas in situ.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se realizó una revisión de las páginas web y se solicitó información para identificar en que Estados de la República hay miembros o egresados ejerciendo de las siguientes organizaciones:

- ACCLAM
- APROLAM.
- INSP.

Resumen de la información recolectada:

APROLAM respondió que no tienen información sobre en qué Estados de la república están ejerciendo sus egresados.

INSP comentó que en todos los estados existe al menos una persona capacitada para replicarlo con el resto de los profesionales de la salud.

ACCLAM tiene consultores certificados en:

Baja California, Ciudad de México, Coahuila, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Querétaro, Veracruz y Yucatán.

Metodología de evaluación:

La puntuación de éste indicador refleja la existencia y cobertura de los capacitadores expertos.

- **Sin progreso**, si **no** hay capacitadores expertos en lactancia materna en el país.
- **Progreso mínimo**, si hay un maestro capacitador en la lactancia materna, sólo a **nivel nacional**.
- **Progreso parcial**, si hay capacitadores expertos en lactancia materna a **nivel nacional y subnacional**.
- **Progreso mayor**, si hay capacitadores expertos en lactancia materna en el **nivel nacional, subnacional y los niveles locales**.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

La SSA debería establecer la duración mínima y contenido de la capacitación para formar a capacitadores expertos.

- Apoyar a la DGCEs para ser el órgano que se encargue de aprobar a las instituciones del sector salud (públicas y privadas) que puedan llevar a cabo actividades de capacitación en LM, su coordinación y supervisión. Unificar y coordinar los programas para que se incluyan los temas mínimos recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
- Favorecer que dentro del país se tenga un proceso de certificación nacional o reconocer otras certificaciones internacionales de lactancia materna (equivalente a 90 horas teóricas y 1000 horas de práctica o 300 horas de práctica supervisadas).

Coordinación e integración de programas de capacitación en lactancia materna

Indicador TPDG9: Los programas de capacitación en lactancia materna que son implementados por distintas entidades y a través de diferentes modalidades (por ejemplo, cara a cara; aprendizaje on-line) están coordinados.

Descripción:

Los programas de lactancia materna se pueden entregar a través de distintas entidades y utilizando diferentes modalidades, tales como, programas de "aula" cara a cara o tutoriales y cursos en línea. Es esencial que los programas de capacitación de lactancia materna se coordinen para evitar redundancias y asegurar la calidad de la formación nacional en lactancia materna. Este indicador evalúa el nivel de coordinación de los programas de capacitación en lactancia materna en el país.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la experiencia de los miembros del comité de expertos.

Resumen de la información recolectada:

No hay una dependencia encargada de coordinar los programas de capacitación en Lactancia Materna.

Metodología de evaluación:

La puntuación del indicador refleja el nivel de coordinación entre los programas de capacitación en lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe evidencia de coordinación.
- **Progreso mínimo**, si hay una coordinación, **pero** la mayoría de los programas de capacitación en lactancia materna no están incluidos.
- **Progreso parcial**, si **entre la mitad y el 75%** de los programas de capacitación en lactancia materna están coordinados.
- **Progreso mayor**, si **la gran mayoría** (> 75%) de programas de capacitación en lactancia materna están coordinados.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Apoyar a la DGCES para ser el órgano que se encargue de aprobar a las instituciones del sector salud (públicas y privadas) que puedan llevar a cabo actividades de capacitación en LM, su coordinación y supervisión. Unificar y coordinar los programas para que se incluyan los temas mínimos recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
- Favorecer que dentro del país se tenga un proceso de certificación nacional o reconocer otras certificaciones internacionales de lactancia materna (equivalente a 90 horas teóricas y 1000 horas de práctica o 300 horas de práctica supervisadas).

Indicador TPDG10: La información y habilidades en lactancia materna se integran en los programas de estudios afines (es decir, salud materna e infantil, IMCI).

Descripción:

La integración de información y habilidades en lactancia materna en los programas de entrenamiento para individuos que trabajan en áreas relacionadas con la salud materna e infantil es crucial para la ampliación de la lactancia materna. Los profesionales de la salud trabajando en programas relacionados, tales como, salud materna e infantil o Manejo Integral de las Enfermedades Infantiles (IMCI por sus siglas en inglés), deben ser también expertos en lactancia materna para facilitar la prestación de apoyo y

educación a sus pacientes según sea necesario. Este indicador evalúa si la información y habilidades en lactancia materna se integran en programas de capacitación relacionados y, si es así, la amplitud de la cobertura de esa integración.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias el envío de cuestionarios y la revisión de planes de estudio de las universidades con mayor alumnado de Medicina, Nutrición, Enfermería y Partería en México.

Estrategia #1:

- Revisión Anuario Estadístico Población Escolar en la Educación Superior (ANUIES) 2014-2015.
- Selección de los programas de posgrado de Salud Materna Infantil dirigidos a médicos, enfermeras y nutriólogos.
- Envío de cuestionario a los coordinadores del posgrado.
- Análisis de las respuestas obtenidas.

Estrategia #2:

- Revisión Anuario Estadístico Población Escolar en la Educación Superior (ANUIES) 2014-2015.
- Selección de los programas de posgrado de Salud Materna Infantil dirigidos a médicos, enfermeras y nutriólogos.
- Búsqueda en internet de los planes de estudio.
- Identificando si cuentan con materias como: alimentación del primer año y lactancia materna.

Resumen de la información recolectada:

Los programas de estudio no contemplan la lactancia materna. No se recibió respuesta a los cuestionarios.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja el nivel de integración de información y habilidades en lactancia materna en programas de capacitación relacionados.

- **Sin progreso**, si la información/temas y habilidades en lactancia materna **no** están integradas en los programas de capacitación relacionados.
- **Progreso mínimo**, si la información/temas y habilidades en lactancia materna se integran en **algunos** (es decir, menos del 50%) de los programas de capacitación relacionados.
- **Progreso parcial**, si la información/temas y habilidades en lactancia materna se integran en la **mayoría** (es decir, entre 50 y 99%) de los programas de capacitación relacionados.

- **Progreso mayor**, si la información/temas y habilidades en lactancia materna se integran en **todos** los programas de capacitación relacionados.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Incluir una materia obligatoria de LM en todos los programas de estudios de posgrado de los profesionales de la salud, que contemple horas teóricas y prácticas y que proporcione las herramientas necesarias para una adecuada consejería y resolución de problemas en materia de lactancia.

Entrega de programas en establecimientos de salud

Indicador TPDG11: Las normas y directrices nacionales para la promoción y apoyo de la lactancia materna se han desarrollado y difundido a todos los establecimientos de salud y personal que provee cuidados maternos y neonatales.

Descripción:

Las normas y directrices de promoción y apoyo de lactancia materna necesitan ser desarrollados y difundidos para garantizar la entrega de la atención en lactancia materna de alta calidad dentro de las instalaciones que proveen cuidados maternos y neonatales. Este indicador mide la disponibilidad y cobertura de las normas y directrices de promoción y apoyo de la lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

La NOM de Lactancia Materna ya fue elaborada y ahora está en proceso de revisión del Manifiesto de Impacto Regulatorio.

Metodología de evaluación:

La puntuación refleja: a) la elaboración de normas y directrices para la promoción y apoyo de la lactancia materna y b) el nivel de difusión en los establecimientos de salud y el personal.

- **Sin progreso**, si **no** se han desarrollado normas y directrices para la promoción y apoyo de la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si se han desarrollado normas y directrices para la promoción y apoyo de la lactancia materna, **pero** no se han difundido a ningún establecimiento sanitario o personal que presta atención de maternidad.
- **Progreso parcial**, si se han desarrollado normas y directrices para la promoción y apoyo de la lactancia materna, y se han difundido a **algunos** establecimientos de salud o personal que presta atención de maternidad.
- **Progreso mayor**, si se han desarrollado normas y directrices para la promoción y apoyo de la lactancia materna, y se han difundido a **todos** los establecimientos de salud o personal que presta atención de maternidad.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Agilizar los trámites para que se dé prioridad a la publicación de la NOM de lactancia materna en el Diario Oficial de la Federación (DOF) para que pueda difundirse y aplicarse.

Indicador TPDG12: Existen sistemas de evaluación para designar a establecimientos de salud como Amigo del Niño /Diez pasos.

Descripción:

Este indicador mide si existen sistemas de evaluación para designar establecimientos de salud como Amigo del Niño /Diez pasos. El designar instalaciones como Amigo del Niño /Diez pasos certifica que estas instalaciones han completado los pasos necesarios para convertirse en "Amigo del niño", indicando que esas instalaciones protegen, promueven y apoyan la lactancia materna a través de los diez pasos. Estos sistemas de evaluación deben basarse en los mismos criterios que los criterios globales de la IHAN UNICEF / OMS y deben incorporarse en el plan nacional para tener máxima efectividad.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador realizó una revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 1: Background and implementation. Geneva, World Health Organization, 2009. ISBN 978-92-75-33229-0
- WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, World Health Organization, 2009. ISBN 978-92-75-33229-0

Resumen de la información recolectada:

Es un proceso que comienza con la autoevaluación del hospital. Esta autoevaluación inicial incluye un análisis de las prácticas que alientan o entorpecen la lactancia, y ayuda a identificar las acciones necesarias para hacer los cambios requeridos. Además, existe un proceso de monitorización y de recertificación en la IHAN.

A continuación, se describe el proceso de designación del Hospital Amigo del Niño.

- 1) Establecimiento evalúa su propia práctica, utilizando el Instrumento de Autoevaluación y estudiando los Criterios Globales.
- 2) Cumple con los criterios, según la autoevaluación, y tiene un 75% de lactancia exclusiva desde el nacimiento hasta el alta.
- 3) El establecimiento solicita la evaluación externa. (Si es posible, el primer paso es “una pre evaluación” por un consultor/asesor local para ayudar a determinar si el establecimiento está listo.
- 4) El establecimiento invita/solicita a evaluadores externos conducir una evaluación con los Instrumentos de Evaluación de Externa.

Una vez que se cumple con los Criterios Globales para la Iniciativa Hospital Amigo:

- 1) La coordinación de la IHAN otorga la Placa y Nominación de IHAN Global de la OMS/UNICEF.
- 2) Hospital monitoriza sus prácticas y trabaja para mantener estándares.
- 3) Después de tres años (o un periodo decidido por IHAN) la coordinación de la IHAN dispone reevaluación, con Instrumento de Evaluación o uno de Reevaluación.
- 4) Hospital aprueba la reevaluación y recibe una extensión de la Nominación de IHAN.

Si el no se cumple con los Criterios Globales de la Iniciativa Hospital Amigo:

- 1) El grupo de Coordinación otorga un Certificado de Compromiso para ser Hospital Amigo, o una notificación similar.
- 2) El establecimiento analiza las áreas problemáticas y programa acciones para convertirse en Hospital Amigo. Solicita apoyo.

3) El Hospital ejecuta un plan de acción hasta que las prácticas de la Iniciativa se hacen rutina y entonces solicita evaluación externa.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja: a) la existencia de sistemas de evaluación para la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos, b) la calidad del sistema de evaluación, y c) el nivel de incorporación de los sistemas de evaluación en el Plan Nacional de Lactancia Materna.

- **Sin progreso**, si **no** existen sistemas de evaluación para designar establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos.
- **Progreso mínimo**, si existen sistemas de evaluación para designar establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos, **pero** no se basan en los criterios globales IHAN UNICEF / WHO ni se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna.
- **Progreso parcial**, si existen sistemas de evaluación para designar establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos basados en los criterios globales IHAN UNICEF / WHO **pero** no se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna.
- **Progreso mayor**, si existen sistemas de evaluación para designar establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos basados en los criterios globales IHAN UNICEF / WHO y se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Continuar con el proceso de normación de Hospitales, aumentando la cobertura.
- Ampliar la Iniciativa a Centros de Salud Amigos del Niño.

Indicador TPDG13: Se han implementado sistemas de evaluación para reevaluar hospitales y servicios de maternidad como Amigo del Niño / Diez pasos para determinar si siguen adheriéndose a los criterios Amigo del Niño /Diez pasos.

Descripción:

Disponer de un sistema de evaluación diseñado para determinar si los hospitales o servicios de maternidad siguen adheriéndose a los criterios Amigo del Niño/ Diez pasos es necesario para seguir apoyando a los programas de lactancia materna. Sin un sistema de evaluación, los hospitales y servicios de maternidad no se hacen responsables por continuar cumpliendo los estándares Amigo del Niño/ Diez pasos necesarios para la acreditación IHAN/ Diez pasos. Este indicador evalúa si existe un sistema de reevaluación para reevaluar las instalaciones designadas como Amigo de Niño/ Diez pasos.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador realizó una revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 1: Background and implementation. Geneva, World Health Organization, 2009. ISBN 978-92-75-33229-0
- WHO/UNICEF 'Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, updated and expanded for integrated care Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring. Geneva, World Health Organization, 2009. ISBN 978-92-75-33229-0

Resumen de la información recolectada:

Una vez nominado el establecimiento, la designación durara por un periodo, preestablecido, de un número de meses o años, basados en la experiencia del país sobre la duración del cumplimiento de los pasos.

La fecha de designación, así como el periodo de nominación debe estar inscrita en la placa. Si es un programa nuevo, se sugiere que la designación no sea mayor a 3 años.

Si el establecimiento no cumple con los pasos, se le puede otorgar una oportunidad adicional para que alcance los estándares de práctica. Si el establecimiento no cumple algunos pasos o los Criterios Globales, pueden ser revaluados en esos pasos específicos. Si las áreas en las que fallaron son cruciales, debe planificarse una reevaluación completa. La segunda reevaluación, (ya sea parcial o completa) determinara si debe retirarse la nominación, o si puede recibir una nueva placa con nueva fecha de fenecimiento.

Las reevaluaciones para Hospital Amigo, deben ser programadas, después del tiempo especificado en la Placa de Nominación. Si el establecimiento pasa la reevaluación, se le otorgara una renovación. Si no, necesita trabajar en los problemas identificados y luego aplicar nuevamente para la reevaluación.

El proceso que establece la OMS/OPS para la recibir la certificación Hospital Amigo del Niño y de la Niña está debidamente detallado e implementado por el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

Metodología de evaluación:

El puntaje de este indicador refleja: a) la existencia de sistemas para reevaluar la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos, b) la incorporación en el Plan Nacional de Lactancia Materna y c) la presencia o ausencia de tiempo límite de aplicación.

- **Sin progreso**, si **no** existen sistemas para reevaluar la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos.
- **Progreso mínimo**, si existen sistemas para reevaluar la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos, **pero** no se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna ni establece un tiempo límite para su aplicación.
- **Progreso parcial**, si existen sistemas para reevaluar la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos que se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna, **pero** no establece un tiempo límite para su aplicación.
- **Progreso mayor**, si existen sistemas para reevaluar la designación de establecimientos de salud Amigo del Niño /Diez pasos que se han incorporado en el Plan Nacional de Lactancia Materna estableciendo un tiempo límite para su aplicación.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Continuar con el proceso de norminación de Hospitales, aumentando la cobertura.
- Ampliar la Iniciativa a Centros de Salud Amigos del Niño.

Indicador TPDG14: Más del 66.6% de los hospitales y clínicas que ofrecen servicios de maternidad han sido designados o recertificados como "Amigo del niño" en los últimos 5 años.

Descripción:

Es importante entender si el porcentaje de los hospitales y servicios de maternidad designados o recertificados como “amigo del niño” han aumentado, disminuido, o permanecer igual. Este indicador evalúa la cobertura de la IHAN en hospitales y servicios de maternidad que han sido designados o recertificados como “amigo del niño” en los últimos 5 años.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

Se han nominado 121 hospitales, lo que corresponde al 11% del universo de hospitales con atención obstétrica en el país. De estos, 85 hospitales tienen nominación vigente: 54 de Secretaría de Salud, 22 del IMSS, 6 IMSS Prospera, 1 privado, 1 ISSSTE, 1 ISSTEP.

Se han recertificados 5 hospitales: 4 de Secretaría de Salud y 1 del IMSS.

Metodología de evaluación:

Puntuación refleja la cobertura de la IHAN en el país.

- **Sin progreso**, si **no** hay hospitales y servicios de maternidad que ofrezcan servicios de maternidad que hayan sido designados o recertificados como "Amigos del Niño" en los últimos 5 años.
- **Progreso mínimo**, si **33.3% o menos** de los hospitales y servicios de maternidad que ofrezcan servicios de maternidad han sido designados o recertificados como "Amigos del Niño" en los últimos 5 años.
- **Progreso parcial**, si **entre el 33.3% y 66.6%** de los hospitales y servicios de maternidad que ofrecen servicios de maternidad han sido designados o recertificados como "Amigos del Niño" en los últimos 5 años.
- **Progreso mayor**, si **más del 66.6%** de los hospitales y servicios de maternidad que ofrecen servicios de maternidad han sido designados o recertificados como "Amigos del Niño" en los últimos 5 años.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Difundir al sector salud las metas que se tienen para la certificación de hospitales en la IHAN.
- Enlistar de manera periódica los hospitales que cuentan con la nominación en la IHAN.
- Fortalecer las estrategias para incrementar el número de hospitales nominados en la IHAN.

Indicador TPDG15: Se han implementado actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario.

Descripción:

Los establecimientos de salud deben proporcionar apoyo a la lactancia materna con alcance comunitario. El alcance comunitario para promover la lactancia materna puede ser eventos específicos, tales como



participar en ferias de salud de la comunidad, difusión de materiales educativos sobre lactancia materna en la comunidad o vía medios o actividades continuas como la realización de sesiones educativas de lactancia materna para mujeres embarazadas y en postparto de la comunidad. Pueden incluir actividades de apoyo de lactancia materna para las mujeres en persona (ambulatorio), en línea, o por teléfono, por parte de profesionales en lactancia materna y ofreciendo consejería en lactancia individual o grupal, etc. Este indicador evalúa si los establecimientos de salud están poniendo en práctica las actividades de apoyo a la lactancia materna de alcance comunitario. Y si es así, evalúa que tan bueno es el vínculo con los programas de nutrición y lactancia comunitarios.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

Se han implementado acciones de apoyo a la lactancia materna, principalmente en los municipios de menor índice de desarrollo humano, como parte de las acciones de la Cruzada Nacional Contra el Hambre.

En el Seguro Popular las acciones son principalmente talleres de autocuidado de la salud las visitas domiciliarias y se cuenta con apoyo para las mismas.

En IMSS-Prospera se han implementado talleres Comunitarios con el Tema de Lactancia Materna y Alojamiento Conjunto así como Alimentación durante el embarazo y la lactancia.
Ferias de la salud, Pinta de bardas. Perifoneo.

EslAN/Prospera: Capacitación de los profesionales de salud para unificar la información en relación a la lactancia que manejan los diferentes proveedores. (basada en los resultados de investigación formativa) Promoción de la lactancia en los talleres de embarazo saludable, talleres de lactancia materna, consejería durante la consulta y visita a los hogares para reforzamiento de mensajes clave. Esta estrategia fue basada en investigación formativa, cada actividad cuenta con materiales de apoyo para facilitar la comunicación con las madres y fue validada en el contexto de país.

Talleres comunitarios para el cuidado de la salud del programa Prospera: Promoción de la lactancia materna, en los determinantes: 1. Determinante de alimentación, tema: alimentación correcta para todos los grupos de edad. 2. Determinante de salud sexual y reproductiva: tema: embarazo, parto y puerperio. 5. Crecimiento y desarrollo infantil, tema cuidados del recién nacido.

Promoción de la Salud: Las actividades de promoción de lactancia materna se realizan a nivel estatal, jurisdiccional, de unidad de salud y en entornos familiar, laboral y comunitario. Asimismo se destaca una campaña de promoción de la lactancia materna en tiendas LICONSA, cuyo entorno es comunitario.

Estrategias educativas tales como sesiones, talleres, ferias de salud, en las que se emplean herramientas tales como materiales impresos, audio, videos y material.

Además, se cuenta con campañas que combina medios impresos y audiovisuales a través de las redes sociales y páginas web.

Metodología de evaluación:

El puntaje refleja: a) el nivel y calidad de la implementación de actividades de difusión y apoyo en establecimientos de salud con alcance comunitario y b) el nivel y calidad de la vinculación con los programas comunitarios de lactancia materna y nutrición.

- **Sin progreso**, si **no** se han implementado actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario y en vinculación con los programas comunitarios de lactancia materna y nutrición.
- **Progreso mínimo**, si se han implementado mínimamente actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario o la vinculación con los programas comunitarios de lactancia materna y nutrición es **mínima**.
- **Progreso parcial**, si se han implementado efectivamente actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario o la vinculación con los programas comunitarios de lactancia materna y nutrición ha sido **efectiva**.
- **Progreso mayor**, si se han implementado efectivamente actividades de apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud con alcance comunitario y la vinculación con los programas comunitarios de lactancia materna y nutrición ha sido efectiva.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- El comité permanente de lactancia materna, debería articular las acciones realizadas por varias instituciones.
- Evaluar las diversas actividades para poder valorar si están siendo efectivas.

Entrega de programas basados en la comunidad

Indicador TPDG16: Las actividades de apoyo a la lactancia materna basadas y de alcance comunitario tienen cobertura nacional.

Descripción:

El apoyo y promoción de la lactancia materna se pueden entregar a través de establecimientos de salud o a través de organizaciones de la comunidad. Este indicador evalúa si los establecimientos fuera del sector salud, tales como, organizaciones comunitarias, han llevado a cabo actividades de promoción y apoyo de la lactancia materna y, si es así, si han logrado cobertura nacional. Las actividades comunitarias de apoyo a la lactancia materna son vitales para asegurar que las mujeres reciban atención y apoyo continuo después de regresar a casa. Visitas a domicilio, grupos de apoyo de madres, orientación y ayuda de manera práctica sobre lactancia materna más allá de las paredes de un hospital son algunas actividades comunitarias para apoyar a las mujeres para continuar amamantando. Este indicador evalúa si las actividades de apoyo a la lactancia materna de alcance comunitario se están llevando a cabo y, si es así, la cobertura de las actividades.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

La ESIAN se implementa desde el nivel federal, estatal, jurisdiccional y/o regional, a las unidades de salud que participan en la operación del Componente de Salud de PROSPERA.

IMSS-Prospera, Promoción de la Salud y Equidad de Género a nivel nacional.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la disponibilidad y cobertura de las actividades de apoyo a la lactancia materna basadas y de alcance comunitario.

- **Sin progreso**, si **no** hay actividades de apoyo y difusión de la lactancia materna a nivel comunitario.
- **Progreso mínimo**, si las actividades de apoyo y difusión de la lactancia materna a nivel comunitario tienen cobertura **mínima** (es decir, solamente a nivel local).
- **Progreso parcial**, si las actividades de apoyo y difusión de la lactancia materna a nivel comunitario tienen cobertura **parcial** (es decir, a nivel local y subnacional).

- **Progreso mayor**, si las actividades de apoyo y difusión de la lactancia materna a nivel comunitario tienen cobertura nacional total.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Articular y evaluar las acciones implementadas actualmente.

Supervisión

Indicador TPDG17: Hay especialistas en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna.

Descripción:

La supervisión de apoyo se refiere a un método no autoritario de seguimiento y evaluación del desempeño del personal. Los supervisores sirven como mentores, favoreciendo la comunicación bidireccional, facilitando el trabajo en equipo, fomentando la resolución de problemas, monitoreando el rendimiento a través de metas y manteniendo el seguimiento regular del personal. Este indicador evalúa si hay especialistas en el manejo de la lactancia entrenados y certificados disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega del programa de lactancia materna y, si es así, la cobertura de este tipo de supervisión.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la búsqueda de información en la página de internet de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Se consideró como instructor o educador en lactancia materna o un consultor en lactancia materna.

Resumen de la información recolectada:

No existe una profesión en México de "especialista, consultor o consejero en lactancia" que sea reconocida por la secretaria del trabajo (preguntar a Aprolam de diplomado ya que en la página de la STPS no se encuentra).

Existen capacitadores para el programa Hospital Amigo del Niño pero solo llegan a hospitales nominados o certificados.

Existen 60 instructores de lactancia por estado, cuya capacitación ha sido de 20 Hrs teóricas y 4 Hrs Prácticas (Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva)

Para consultores en lactancia materna IBCLC: existen alrededor de 29 en el país. 3 tienen puestos de gobierno (Hospital publicó en Nayarit, secretaria de salud en Xalapa Veracruz, banco de leche del H. General). No se tiene conocimiento que exista un puesto en el gobierno para la supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna. Ni que los consultores IBCLC sean contratados para realizar esta función.

La capacitación que se recomienda para un asesor de lactancia o consejero es de 45 Hrs.

Un consultor certificado en lactancia tiene 90 Hrs teóricas y 1000 Hrs Prácticas o 300 horas Prácticas supervisadas por otro consultor que haya estado re-certificado, además de tener una recertificación cada 5 años y cada 10 tiene que ser con examen nuevamente.

Los profesionales de salud que han sido capacitados por Arolam en su diplomado, se desconoce si tienen algún puesto de gobierno o como capacitadores en los estados.

Las personas capacitadas en cursos de 45 Hrs en la UIA no se sabe si tienen algún puesto de gobierno o como capacitadores en los estados.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la disponibilidad y cobertura de especialistas en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** hay ningún especialista en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna comunitarios o en establecimientos de salud.
- **Progreso mínimo**, si hay especialistas entrenados y certificados en el manejo de la lactancia materna, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna comunitarios o en establecimientos de salud con cobertura **local y subnacional**.
- **Progreso parcial**, si hay especialistas en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna comunitarios o en establecimientos de salud con cobertura **nacional parcial**.
- **Progreso mayor**, si hay especialistas en el manejo de la lactancia materna entrenados y certificados, disponibles para realizar supervisión de apoyo de la entrega de los programas de lactancia materna comunitarios o en establecimientos de salud con **cobertura nacional total**.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Garantizar que el personal de gobierno que ejerce puestos clave en temas de LM cuente con al menos 45 horas de cursos teórico prácticos en materia de lactancia.
- Favorecer que dentro del país se tenga un proceso de certificación nacional o reconocer otras certificaciones internacionales de LM (equivalente a 90 horas teóricas y 1000 horas de práctica o 300 horas de práctica supervisadas).

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
TPDG1	Progreso mínimo (1)	1
TPDG2	Progreso mínimo (1)	1
TPDG3	Progreso mínimo (1)	1
TPDG4	Progreso mínimo (1)	1
TPDG5	Progreso mínimo (1)	1
TPDG6	Progreso mínimo (1)	1
TPDG7	Sin progreso (0)	0
TPDG8	Progreso parcial (2)	2
TPDG9	Sin progreso (0)	0
TPDG10	Sin progreso (0)	0
TPDG11	Progreso mínimo (1)	1
TPDG12	Progreso mayor (3)	3
TPDG13	Progreso mayor (3)	3
TPDG14	Progreso mínimo (1)	1
TPDG15	Progreso mínimo (1)	1
TPDG16	Progreso mayor (3)	3
TPDG17	Progreso mínimo (1)	1
SUMA		21
PROMEDIO		1.23
INTERPRETACIÓN		El engraneje es moderadamente fuerte

Promoción

Preguntas clave: ¿Qué actividades promocionales se han producido para apoyar la ampliación de las iniciativas de lactancia materna? ¿Cuál es la calidad de las actividades promocionales?

Antecedentes

El BFGM postula la capacitación efectiva en establecimientos de salud y a nivel comunitario, así como la ejecución de los programas de lactancia materna conducen a los esfuerzos de promoción para comunicar mensajes clave de lactancia materna y facilitar el cambio de comportamiento.⁵ Las estrategias promocionales utilizan una variedad de métodos (incluyendo medios de comunicación masiva, eventos nacionales y locales, campañas, actividades de la comunidad, habilidades interpersonales) para transmitir el mensajes de lactancia a la audiencia objetivo. Los mensajes deben ser informativos, culturalmente apropiados, motivacionales, precisos y concisos para que puedan ser fácilmente comprensibles y fácilmente aceptados.

Temas e indicadores

Hay dos temas para este engranaje: a) Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna, y b) Promoción de la lactancia por el gobierno o la sociedad civil. Dos indicadores evalúan el primer tema midiendo la existencia y cobertura de una Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. Un indicador evalúa el segundo tema midiendo el nivel de conciencia planteada por el gobierno o grupos de la sociedad civil sobre la lactancia materna. Todos los indicadores hacen referencia a "entre julio del 2015 y julio del 2016" a menos que se indique lo contrario.

Estrategia Nacional de Lactancia Materna

Indicador PG1: Existe una Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna basada en el contexto del país.

Descripción:

Este indicador evalúa la existencia y la calidad de una Estrategia Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. Si existe una estrategia de promoción nacional, tiene que basarse en la investigación formativa y piloteada dentro del país para ser considerada como basada en el contexto del país. Debe estar ligada a un periodo de tiempo o tener un plazo de ejecución para que sea efectivamente completada.

Estrategia de recolección de la información:



Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

La Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN), tiene como objetivo promover las prácticas de lactancia materna según las recomendaciones de la OMS.

La ESIAN: cuenta con: 1) un componente de capacitación a todo el personal de salud y 2) con un componente de comunicación interpersonal.

La ESIAN fue piloteada en 4 estados de México, y fue retroalimentada según estos resultados. Versiones preliminares de los materiales para ambos casos fueron validados con una muestra de la población objetivo.

ESIAN opera a nivel nacional pero su cobertura no es total ya que está focalizada en los beneficiarios de Prospera.

La estrategia en Chiapas tiene el mismo componente interpersonal, pero adicionalmente cuenta con un componente de comunicación masiva.

Cabe destacar que la estrategia maneja varios temas entre ellos el de lactancia, no es exclusiva para lactancia. No tiene un período de tiempo específico para su implementación. Todavía no se ha evaluado su impacto.

La Dirección General de Promoción de la Salud cuenta con una denominada “Da leche materna” cuyos objetivos son :1) Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño o niña y 2) Promover confianza en las madres antes y después del parto, informando acerca de los beneficios que la leche materna brinda a ellas y a sus bebés.

La difusión es en medios digitales: página web, redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube), aplicación móvil; combina medios impresos y audiovisuales. Por lo tanto, la cobertura es nacional pero no total ya que básicamente está disponible para las personas que tienen acceso a internet.

El diseño de la campaña estuvo a cargo de una agencia, que tuvo la asesoría y retroalimentación de la Dirección General de Promoción de la Salud. No está basada en investigación formativa.

No tiene un período de tiempo específico para su implementación.

La campaña se integra por 14 cápsulas audiovisuales, una página web, mensajes en redes sociales y aplicación móvil, que abordan los temas:

- Información general y básica sobre la lactancia
- Beneficios físicos, psicológicos e inmunológicos para el bebé
- Beneficios para la madre
- Mitos y realidades de la lactancia
- Tips y consejos
- Lactancia y trabajo
- No se ha evaluado su impacto.

Metodología de evaluación:

El puntaje de este indicador refleja: a) si existe una estrategia de promoción de la lactancia materna a nivel nacional, b) si está basada en el contexto del país, y c) si tiene un periodo tiempo específico asignado.

- **Sin progreso**, si **no** hay ninguna estrategia de promoción de lactancia materna a nivel nacional.
- **Progreso mínimo**, si hay una estrategia de promoción de lactancia materna a nivel nacional **pero** no está basada en el contexto del país, ni tiene un plazo de ejecución.
- **Progreso parcial**, si hay una estrategia de promoción de lactancia materna a nivel nacional que se basa en el contexto del país, **pero** no tiene un plazo de ejecución.
- **Progreso mayor**, si hay una Estrategia de promoción de lactancia materna a nivel nacional que se basa en el contexto del país y tiene un plazo de ejecución.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Concientizar a los tomadores de decisiones sobre la importancia de contar con actividades de promoción orientadas a cambios de comportamientos, basadas en evidencia y en el contexto específico de la población (investigación formativa) para mejorar las tasas de la LM.
- Coordinar y evaluar las actividades de promoción tanto del gobierno como de las ONGs de manera articulada a través del GIPALM o con la conformación de un Comité de Lactancia Materna Nacional.
- Diseñar campañas de comunicación basadas en investigación formativa, orientada al abordaje de barreras, adaptadas a los diferentes contextos y utilizando medios de comunicación innovadores.
- Incorporar en la ESIAN un componente de comunicación masiva y realizar su evaluación de implementación, resultado e impacto.

- A nivel de los servicios de salud coordinar las actividades en relación a la lactancia materna entre promoción de la salud y el Programa Prospera. Se sugiere que la Dirección General de Promoción en Salud evalúe la pertinencia de adoptarla ESIAN para la población abierta a nivel nacional
- Identificar y crear grupos de apoyo a la LM en unidades de primer nivel, así como en hospitales de atención obstétrica dirigidos por personal capacitado (mínimo 45 hrs teóricas/prácticas en lactancia materna) con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil; difundiendo un directorio para favorecer la referencia oportuna.
- Utilizar programas en funcionamiento (como por ejemplo la toma del tamiz metabólico) donde se tenga población cautiva como un foro para la promoción de LM.

Indicador PG2: La Estrategia Nacional de Promoción de Lactancia Materna se ha implementado

Descripción:

Este indicador se basa en el indicador anterior y se supone que existe una estrategia de promoción de la lactancia materna nacional. Este indicador evalúa si la estrategia de promoción de la lactancia materna nacional, si existe, ha sido implementada (es decir, llevada a cabo en el país). La efectividad y la cobertura de la implementación se determinan en el puntaje.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

ESIAN opera a nivel nacional pero su cobertura no es total ya que está focalizada en los beneficiarios de Prospera.

La Dirección General de Promoción de la Salud cuenta con una denominada “Da leche materna” cuyos objetivos son :1) Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño o niña y 2) Promover confianza en las madres antes y después del parto, informando acerca de los beneficios que la leche materna brinda a ellas y a sus bebés.

La difusión es en medios digitales: página web, redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube), aplicación móvil; combina medios impresos y audiovisuales. Por lo tanto, la cobertura es nacional pero no total ya que básicamente está disponible para las personas que tienen acceso a internet.

No se ha evaluado el impacto de ninguna de las estrategias.

Metodología de la evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la efectividad y la cobertura de la implementación de la estrategia de promoción de la lactancia materna nacional. Efectividad significa que la estrategia de promoción ha impactado en las prácticas y conocimientos de la lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** hay ninguna estrategia de promoción de lactancia materna nacional o, si existe, no se ha implementado.
- **Progreso mínimo**, si la estrategia de promoción de la lactancia materna nacional se está implementando, pero su efectividad es desconocida o tiene una cobertura **limitada** (es decir sólo local).
- **Progreso parcial**, si la estrategia de promoción de la lactancia materna nacional se está implementando y es efectiva, pero tiene cobertura **parcial** (es decir, local y subnacional)
- **Progreso mayor**, si la estrategia de promoción de la lactancia materna nacional se está implementando, es efectiva y tiene una cobertura **alta** (es decir, nacional, subnacional y local)

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Incorporar en la ESIAN un componente de comunicación masiva y realizar su evaluación de implementación, resultado e impacto.
- A nivel de los servicios de salud coordinar las actividades en relación a la lactancia materna entre promoción de la salud y el Programa Prospera. Se sugiere que la Dirección General de Promoción en Salud evalúe la pertinencia de adoptarla ESIAN para la población abierta a nivel nacional
- Identificar y crear grupos de apoyo a la LM en unidades de primer nivel, así como en hospitales de atención obstétrica dirigidos por personal capacitado (mínimo 45 hrs teóricas/prácticas en lactancia materna) con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil; difundiendo un directorio para favorecer la referencia oportuna.
- Utilizar programas en funcionamiento (como por ejemplo la toma del tamiz metabólico) donde se tenga población cautiva como un foro para la promoción de LM.

Promoción gubernamental o civil de la lactancia materna

Indicador PG3: El gobierno o la sociedad civil han creado conciencia sobre la lactancia materna

Descripción:

Este indicador valorará si el gobierno, ya sea a través de individuos o la propia entidad o entidades de la sociedad civil ha creado conciencia sobre la lactancia materna a través de diversas actividades o acciones. Campañas, actividades o acciones de promoción gubernamentales o de las organizaciones civiles, destinadas a crear conciencia sobre la lactancia deben ser consideradas bajo este indicador.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

No se tiene la evaluación ni de la ESIAN ni de la campaña “Da leche materna”. Sin embargo, de acuerdo a algunas encuestas durante el sexenio ha subido la prevalencia de lactancia materna.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja el nivel de conciencia sobre la lactancia materna generada por las medidas adoptadas por el gobierno o las organizaciones civiles.

- **Sin progreso**, si las acciones del gobierno o las organizaciones civiles **no** han concientizado sobre la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si las acciones del gobierno o las organizaciones civiles han concientizado mínimamente sobre la lactancia materna (solo a **nivel local**).
- **Progreso parcial**, si las acciones del gobierno o las organizaciones civiles han concientizado ligeramente sobre la lactancia materna (solo a **nivel local y subnacional**).
- **Progreso mayor**, si las acciones del gobierno o las organizaciones civiles han concientizado fuertemente sobre la lactancia materna (a nivel **local, subnacional y nacional**).

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Coordinar y evaluar las actividades de promoción tanto del gobierno como de las ONGs de manera articulada a través del GIPALM o con la conformación de un Comité de Lactancia Materna Nacional.
- Incorporar en la ESIAN un componente de comunicación masiva y realizar su evaluación de implementación, resultado e impacto.
- A nivel de los servicios de salud coordinar las actividades en relación a la lactancia materna entre promoción de la salud y el Programa Prospera. Se sugiere que la Dirección General de Promoción en Salud evalúe la pertinencia de adoptarla ESIAN para la población abierta a nivel nacional
- Identificar y crear grupos de apoyo a la LM en unidades de primer nivel, así como en hospitales de atención obstétrica dirigidos por personal capacitado (mínimo 45 hrs teóricas/prácticas en lactancia materna) con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil; difundiendo un directorio para favorecer la referencia oportuna.
- Utilizar programas en funcionamiento (como por ejemplo la toma del tamiz metabólico) donde se tenga población cautiva como un foro para la promoción de LM.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PG1	Progreso parcial (2)	2
PG2	Progreso mínimo (1)	1
PG3	Progreso parcial (2)	2
SUMA		5
PROMEDIO		1.66
INTERPRETACIÓN		El engraneje es moderadamente fuerte

Investigación y evaluación

Pregunta clave: ¿existe un sistema de seguimiento y evaluación para guiar y evaluar la calidad y el impacto del Programa Nacional de Lactancia Materna?

Antecedentes

La ampliación de los programas e iniciativas de lactancia materna no puede ser efectiva si los tomadores de decisiones no tienen acceso a evaluaciones de proceso e impacto oportunas. Para que eso suceda, las herramientas de investigación y evaluación deben ser desarrolladas e implementadas para asegurar que los programas de lactancia materna están siendo monitoreados adecuadamente respecto a su eficacia y calidad. Si existen sistemas adecuados de monitoreo y evaluación, los programas ineficaces o de mala calidad pueden ser fácilmente identificados y rectificados. Un sistema de monitoreo y evaluación multinivel es necesario para compartir información desde el nivel local al nacional y para permitir la adecuada toma de decisiones, en cada nivel y de manera oportuna. Así, los tomadores de decisiones pueden directamente invertir en los programas de lactancia materna de manera eficiente, así como invertir en la investigación/evaluación operacional, tratando de entender y mejorar continuamente la calidad del Programa Nacional de Lactancia Materna.

Temas e indicadores

Este engranaje evalúa la disponibilidad, integración y seguimiento de las prácticas clave de lactancia materna. Este engranaje también evalúa la disponibilidad de sistemas para el seguimiento de la ejecución de las actividades esenciales para la ampliación de la lactancia materna. Hay dos temas para este engranaje, cada uno con cinco indicadores: a) resultados de lactancia materna; y b) indicadores de monitoreo. Todos los indicadores hacen referencia a "el año pasado" a menos que se indique lo contrario.

Resultados de lactancia materna

Indicador REG1: Los indicadores clave de prácticas de lactancia materna se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas.

Descripción:

Los indicadores clave de prácticas de lactancia materna son vitales para entender el estado actual de la lactancia materna, las tendencias en las prácticas de lactancia materna e identificar que mejoras deben realizarse. Estos indicadores pueden incluir la prevalencia de: los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia piel, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, continuación de lactancia al año y lactancia materna continuada a los 2 años. Este apartado evalúa si

los indicadores clave de las prácticas de lactancia materna se incluyen en las encuestas nacionales de forma rutinaria al menos una vez cada 5 años.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se realizó una revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S170-S179.
- ENSANUT 2012

Resumen de la información recolectada:

Las Encuestas Nacionales de Nutrición se han levantado con la siguiente periodicidad:

- ENN 1999
- ENSANUT 2006
- ENSANUT 2012
- ENSANUT de medio camino en 2016

Metodología de evaluación:

El puntaje refleja la frecuencia en que las prácticas clave de lactancia materna están incluidas en encuestas nacionales y la frecuencia en que se administran estas encuestas nacionales. Habitualmente se refiere a la inclusión de los indicadores de lactancia materna (los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia de piel a piel, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, lactancia al año y lactancia materna continuada a los 2 años) en el plazo marcado por el indicador.

- **Sin progreso**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna **no** se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas.
- **Progreso mínimo**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas y estos datos se actualizan **al menos una vez cada 10 años**.
- **Progreso parcial**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas y estos datos se renuevan **al menos una vez cada 5 años**.
- **Progreso mayor**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna se incluyen habitualmente en encuestas nacionales periódicas y estos datos se renuevan **más de una vez cada 5 años**.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Asegurar la recolección de datos con la representatividad y periodicidad adecuadas, y que contemple la fragmentación del sistema de salud. El indicador establece que idealmente la periodicidad es cada 2 años, pero se deberá analizar su factibilidad.
- Identificar otras encuestas con representatividad nacional en donde podrían recolectarse los indicadores clave de la LM.

Indicador REG2: Las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas por los sistemas de información de rutina de los servicios de salud.

Descripción:

Según la OMS, los sistemas de información de los servicios de salud tienen cuatro funciones principales: generación, compilación, análisis y síntesis, y comunicación y uso de datos. "El sistema de información de salud recoge los datos del sector salud y otros sectores pertinentes, analiza los datos y garantiza su calidad, pertinencia y actualidad, y convierte los datos en información para la toma de decisiones relacionadas con la salud".⁹ El seguimiento a las prácticas clave de lactancia materna en sistemas de información de rutina de los servicios de salud sirve para actualizar a los tomadores de decisión sobre el estado actual de la lactancia materna a nivel nacional y ayudar a decidir cuándo intervenir. Este indicador evalúa si las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas en sistemas de información de rutina de los servicios de salud y si obtienen indicadores de su eficacia y la cobertura para la toma de decisiones. Las prácticas clave de lactancia materna que se deben controlar en sistemas de información sanitaria de rutina son: los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, continuación de la lactancia al año y continuación de la lactancia materna a los 2 años.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna (WBTi). México, 2015.

Resumen de la información recolectada:

La Secretaría de Salud ha implementado, recientemente, dos tipos de indicadores: 1) Indicadores de Nutrición en la Infancia y 2) Metas e Indicadores de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna. Los primeros incluyen lactancia materna exclusiva, lactancia continuada hasta los 12, 18 y 24 meses, porcentaje de latas de fórmula de inicio y de seguimiento adquiridas en un año en las instituciones de

cada entidad, porcentaje de personal capacitado, proporción de unidades de primer y segundo nivel con nominación IHAN. Los indicadores de la Estrategia incluyen lactancia materna exclusiva, proporción de unidades de salud con nominación IHAN, porcentaje de personal capacitado, número de lactarios, número de bancos de leche humana, entre otros.

Recientemente, en el marco del Programa de Atención a la Salud del Recién Nacido, Infancia y Adolescencia, se ha establecido un sistema de monitoreo en los centros de primer nivel de la Secretaría de Salud en donde el personal de salud reporta rutinariamente, entre otros, datos para estimar lactancia materna exclusiva y lactancia de mantenimiento entre niños de 6 meses a 3 años. Estos datos se obtendrán por entidad federativa y al momento de la redacción del reporte no se encontraban disponibles.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador refleja si: a) los indicadores clave de prácticas de lactancia son monitoreados en sistemas de información de rutina de los servicios de salud, b) los sistemas se utilizan efectivamente para la toma de decisiones, y c) los sistemas tienen cobertura total. Que se utilicen efectivamente significa que los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna de los sistemas de información de salud se utilizan para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si las prácticas clave de lactancia materna **no** son monitoreadas por los sistemas de información de rutina de los servicios de salud.
- **Progreso mínimo**, si las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas por los sistemas de información de rutina de los servicios de salud, **pero** los sistemas no son electrónicos.
- **Progreso parcial**, si las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas por los sistemas de información de rutina electrónicos de los servicios de salud, **pero** los sistemas no se utilizan con eficacia y no tienen cobertura total nacional.
- **Progreso mayor**, si las prácticas clave de lactancia materna son monitoreadas por los sistemas de información de rutina electrónicos de los servicios de salud y se utilizan con eficacia y tienen cobertura total nacional.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- El GIPALM deberá empujar la conformación de un sistema de información único para el sector salud, orientado a recolectar rutinariamente los indicadores clave en LM y que conlleve a la generación de información oportuna para el proceso de toma de decisiones (i.e. ver experiencia del censo de vacunas).
- Incluir en el Presupuesto de Egresos de la Federación con su correspondiente Matriz de Indicadores de Resultados.

Indicador REG3: Los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna están disponibles a nivel nacional y subnacional, incluyendo el nivel local y municipal.

Descripción:

Para poder saber a dónde dirigir los recursos para ampliar los programas de lactancia materna, los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna deben estar disponible a nivel nacional, subnacional y local y municipal. Las encuestas nacionales deben ser capaces de estratificar los datos a estos niveles con una representación razonable. Los datos que deben estar disponibles sobre las prácticas clave de lactancia materna incluyen: los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, continuación de la lactancia al año y continuación de la lactancia materna a los 2 años. Este indicador evalúa si los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna están disponibles y a qué nivel.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se realizó una revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S170-S179.
- ENSANUT 2012

Para este indicador se consideró como subnacional a la información disponible por regiones (norte, sur, centro, etc) y por área rural o urbana.

Resumen de la información recolectada:

Los indicadores clave de lactancia materna son representativos a nivel nacional, por región y por área rural y urbana. Dichos indicadores son representativos a nivel estatal, ni mucho menos local o municipal.

La principal razón es que la muestra de madres con niños menores de 2 años de la ENSANUT es muy pequeña por el costo que implica.

Metodología de evaluación:

El puntaje refleja la disponibilidad de datos de prácticas clave de la lactancia en los distintos niveles.

- **Sin progreso**, si los datos sobre las prácticas clave lactancia materna **no** están disponibles en todos los niveles (nacional, subnacional y local/municipal).
- **Progreso mínimo**, si los datos sobre las prácticas clave lactancia materna solo están disponibles a **nivel nacional**.
- **Progreso parcial**, si los datos sobre las prácticas clave lactancia materna solo están disponibles a **nivel nacional y subnacional**.

- **Progreso mayor**, si los datos sobre las prácticas clave lactancia materna están disponibles a nivel **nacional, subnacional y local/municipal**.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Asegurar la recolección de datos con la representatividad y periodicidad adecuadas, y que contemple la fragmentación del sistema de salud. El indicador establece que idealmente la periodicidad es cada 2 años, pero se deberá analizar su factibilidad.
- Identificar otras encuestas con representatividad nacional en donde podrían recolectarse los indicadores clave de la LM.

Indicador REG4: Los datos sobre las prácticas clave de lactancia materna son representativos para los grupos vulnerables clave.

Descripción:

La comprensión de las prácticas de lactancia materna de grupos vulnerables clave ayuda a la toma de decisión e incidencia. Este indicador evalúa la disponibilidad y la representatividad de los datos de las prácticas clave de lactancia materna para los grupos vulnerables. Los datos de las prácticas clave de lactancia materna que deben estar disponibles son: los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, continuación de la lactancia al año y continuación de la lactancia materna a los 2 años. Los grupos vulnerables se refieren a las poblaciones en riesgo social, económico, circunstancias culturales o biomédicas. Estas pueden ser las poblaciones indígenas, las poblaciones internamente desplazadas, refugiados, huérfanos y niños y madres infectados con el VIH. Los países pueden elegir incluir más grupos vulnerables, si se desea.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se realizó una revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex 2013;55 supl 2:S170-S179.
- ENSANUT 2012

Para este indicador se consideró como grupo vulnerable clave:

- A la población indígena.
- Por nivel socioeconómico bajo.
- Beneficiarios de PROSPERA.

- Madres adolescentes.

Resumen de la información recolectada:

Los resultados de los indicadores de Lactancia Materna en población indígena en la ENSANUT son representativos a nivel nacional.

Los resultados de los indicadores de Lactancia Materna por nivel socioeconómico en la ENSANUT son representativos a nivel nacional.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la disponibilidad y la representatividad de los datos de prácticas clave de lactancia para grupos vulnerables clave.

- **Sin progreso**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna **no** son representativos para los grupos vulnerables claves.
- **Progreso mínimo**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna son representativos para los grupos vulnerables claves a **nivel nacional**.
- **Progreso parcial**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna son representativos para los grupos vulnerables claves a **nivel nacional y subnacional**.
- **Progreso mayor**, si los indicadores clave de prácticas de lactancia materna son representativos para los grupos vulnerables claves a **nivel nacional, subnacional y local/municipal**.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Asegurar la recolección de datos con la representatividad y periodicidad adecuadas, y que contemple la fragmentación del sistema de salud. El indicador establece que idealmente la periodicidad es cada 2 años, pero se deberá analizar su factibilidad.
- Identificar otras encuestas con representatividad nacional en donde podrían recolectarse los indicadores clave de la LM.

Indicador REG5: Los indicadores de prácticas clave de lactancia materna son provistos regularmente en dominio público.

Descripción:

Este indicador evalúa si los indicadores de prácticas clave de lactancia materna son del dominio público y la frecuencia con la que se hace. El "dominio público" se refiere a la disposición de

información y resultados sobre las prácticas clave lactancia materna a todas las personas mediante un método disponible para el público, tales como informes publicados, cobertura de los medios de comunicación, sitios de medios sociales accesibles al público, etc. Los indicadores de las prácticas clave de lactancia que se deben incluir: los niños amamantados alguna vez, la iniciación temprana de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, continuación de la lactancia al año y continuación de la lactancia materna a los 2 años.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- ENSANUT 2012
- MICS 2016

Resumen de la información recolectada:

La revisión de las dos fuentes de información principales (ENSANUT y MICS), presentan indicadores clave de lactancia materna.

En el caso de la ENSANUT, por ejemplo, se identifican indicadores como:

Inicio temprano de la lactancia materna,
lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses lactancia al año y a los dos años.

En el caso de la ENIM (MICS) 2016, se identifican, por ejemplo, los siguientes indicadores:

- Niños/as que alguna vez fueron lactados
- Iniciación temprana de la alimentación con leche materna
- Duración de la lactancia (mediana)

En el caso de ambas fuentes, la información es pública; sin embargo, no se identifican mecanismos claros de difusión.

Metodología de evaluación:

La puntuación de indicador refleja la frecuencia en que los indicadores de las prácticas clave de lactancia materna se dan a conocer al público.

- **Sin progreso**, si los indicadores de las practicas clave de lactancia materna **no** se dan a conocer al público.
- **Progreso mínimo**, si los indicadores de las prácticas clave de lactancia materna se dan a conocer al público **menos de una vez cada dos años**.
- **Progreso parcial**, si los indicadores de las prácticas clave de lactancia materna se dan a conocer al público **cada dos años**.

- **Progreso mayor**, si los indicadores de las prácticas clave de lactancia materna se dan a conocer al público anualmente.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Establecer un canal para informar de forma amigable y plausible al público en general de cómo vamos en torno a la LM liderado por la SSA.

Indicadores de monitoreo

Indicador REG6: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la aplicación del Código.

Descripción:

Los sistemas de vigilancia sistemática y rutinariamente recogen datos sobre indicadores de proceso para el seguimiento de programas o iniciativas para asegurar su implementación y efectividad. Así, los indicadores de proceso miden si se han realizado las actividades de los programas o iniciativas y la forma en que se supone se deben implementar. Este indicador evalúa si existe un sistema de monitoreo para el seguimiento de la aplicación del Código. Según la OMS, los mecanismos de supervisión necesitan tener los siguientes criterios para asegurar la eficiencia de la aplicación del Código: a) independencia y transparencia; b) libertad de influencia comercial; c) empoderamiento para investigar violaciones del Código; d) habilitación para imponer las sanciones legales.¹⁰ Los indicadores de proceso para el seguimiento de la aplicación del Código son: a) prohibición de publicidad y promociones de venta de sucedáneos de leche materna; b) prohibición de suministros gratuitos o a bajo costo de sucedáneos de leche materna y materiales/regalos para los trabajadores de salud y establecimientos de salud; c) inclusión de etiquetado apropiado con el mensaje de superioridad de la lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Estudio de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche Materna. OPS/SSA/INSPP

Resumen de la información recolectada:

De acuerdo a COFEPRIS, instancia responsable de seguimiento al cumplimiento del Código, en términos de regulación sanitaria, señala que si existe un sistema de monitoreo:

- Que el monitoreo se hace constantemente a nivel nacional a través de visitas de verificación.
- Los incumplimientos a la normatividad, así como las sanciones se publican en la página de la COFEPRIS (se hizo una búsqueda rápida de dicha información, pero no se identifica fácilmente en la página).
- Las denuncias de incumplimientos a la normatividad vigente se pueden realizar a través de la página web, teléfono o correo electrónico.
- El reto más grande para llevar a cabo el monitoreo es la capacidad de abarcar todos los establecimientos regulados por la COFEPRIS.
- Estudio de OPS/SSA/INSP muestra que existen violaciones al Código, tanto publicidad, promoción y presencia en las unidades de salud.
- El estudio antes mencionado que puede servir como base para monitoreo, se tienen los tres indicadores de proceso (publicidad y promociones de venta de sucedáneos, suministros gratuitos o de bajo costo de sucedáneos y regalos para trabajadores, etiquetado de los productos), sin embargo:
- Es representativo solamente de dos Estados de la república y sólo incluye municipios urbanos (no pueden ser desagregados a nivel estatal ni local)- por lo que no se tiene información a nivel nacional, estatal y municipal.
- Los resultados serán públicos próximamente.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye: a) la presencia/ausencia de un sistema de monitoreo para seguimiento de aplicación del Código; b) si está presente, si se desagrega por indicadores de proceso a nivel subnacional y local y c) indicadores de proceso son reportados periódicamente para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún sistema de vigilancia implementado para realizar un seguimiento de la aplicación del Código.
- **Progreso mínimo**, si existe un sistema de vigilancia implementado para realizar un seguimiento de la aplicación del Código, **pero** los indicadores de proceso no están desagregados a nivel subnacional y local y tampoco son divulgados públicamente.
- **Progreso parcial**, si existe un sistema de vigilancia implementado para realizar un seguimiento de la aplicación del Código **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **o** son divulgados públicamente.
- **Progreso mayor**, si existe un sistema de vigilancia implementado para realizar un seguimiento de la aplicación del Código **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **y** son divulgados públicamente.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Tener un monitoreo activo frecuente que considere los tres indicadores de proceso. El monitoreo debe ser específico para El Código incluyendo puntos de venta, medios de comunicación, y centros de salud. Y debe ser utilizado para la toma de decisiones.
- Aprovechar la experiencia en la metodología propuesta por OMS/UNICEF/IFBAN
- Dar a conocer el código en todos los niveles (personal de salud, población en general) y dar a conocer los mecanismos de denuncia
- Tener un marco legal en el que existan sanciones significativas y se de seguimiento a las denuncias y sanciones.

Indicador REG7: Se ha implementado un sistema de monitoreo del cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad.

Descripción:

Este indicador evalúa la presencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad. Si existe legislación sobre la protección de la maternidad, debería existir un sistema de monitoreo que dé seguimiento del progreso que el país está haciendo para hacer cumplir la legislación.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

Si bien la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) contiene un objetivo de monitoreo y evaluación, éste no contiene ningún indicador sobre la legislación que protege e incentiva la lactancia materna.

Como tal no existe un sistema de monitoreo, sin embargo el Órgano Interno de Control tienen mecanismos para recibir las inconformidades y quejas relacionadas con la autorización oportuna apegada a la normatividad en vigor, sobre protección de la maternidad. Así mismo, a nivel estatal y municipal existen instancias similares. La OIC rinden informes periódicos (públicos) del avance y seguimiento en la atención a las quejas e inconformidades que reciben con motivo de los servicios que prestan los organismos y empresas del sector paraestatal (IMSS, ISSSTE, ISFAM, PEMEX y CFE).

Para las leyes y normas mexicanas no hay un sistema de monitoreo específico, este se puede dar a través de los indicadores de las políticas públicas, aunque es indirecto. Si existen mecanismos de denuncia, en caso de existir violaciones a la legislación. No hay seguimiento a las sanciones aplicadas. Además, son mecanismos poco eficientes y poco usados.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye: a) la presencia/ausencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad, b) si el sistema desagrega los indicadores de proceso a nivel subnacional y local y c) los indicadores de proceso son reportados periódicamente para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad.
- **Progreso mínimo**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad, **pero** los indicadores de proceso no están desagregados a nivel subnacional y local y tampoco son divulgados públicamente
- **Progreso parcial**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **o** son divulgados públicamente.
- **Progreso mayor**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento al cumplimiento de la legislación sobre la protección de la maternidad **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **y** son divulgados públicamente.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Adoptar un sistema de monitoreo por entidades públicas oficiales que evalúen constantemente los centros de trabajo (públicos y privados).
- Dicho monitoreo deberá ser llevado a cabo por diferentes sectores: la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el Instituto Nacional de las Mujeres incluso con organizaciones de la sociedad civil
- Desarrollar un sistema de monitoreo específico para el cumplimiento de la legislación sobre protección de la maternidad, con indicadores que permitan evaluar el avance en la aplicación de la ley y a las sanciones derivadas de su incumplimiento.
- Brindar información verídica de las trabajadoras madres y sus derechos.
- Incluir algunas preguntas en las encuestas para conocer la discriminación.

Indicador REG8: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la prestación de servicios de consultoría, consejería y apoyo a la lactancia materna.

Descripción:

El asesoramiento / consejería y apoyo eficaz es esencial para ampliar la lactancia materna. Un sistema de monitoreo nacional que rastrea la prestación de asesoramiento / consejería y apoyo a la lactancia puede asegurar que estos servicios estén disponibles y se proporcionan en todo el país.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

Cada uno de los informantes refieren a un mecanismo de monitoreo, lo que hace notar que no existe un sistema unificado de monitoreo. Lo anterior responde a la falta de indicadores en la MIR.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye: a) la presencia/ausencia de un sistema de monitoreo de manejo / consejería y apoyo a la lactancia materna a; b) si el sistema desagrega los indicadores de proceso a nivel subnacional y local y c) los indicadores de proceso son reportados periódicamente para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún sistema de monitoreo de manejo / consejería y apoyo a la lactancia materna.
- **Progreso mínimo**, si existe un sistema de monitoreo de manejo / consejería y apoyo a la lactancia materna **pero** los indicadores de proceso no están desagregados a nivel subnacional y local y tampoco son divulgados públicamente
- **Progreso parcial**, si existe un sistema de monitoreo de manejo / consejería y apoyo a la lactancia **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **o** son divulgados públicamente.
- **Progreso mayor**, si existe un sistema de monitoreo de manejo / consejería y apoyo a la lactancia **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **y** son divulgados públicamente.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Fomentar un mecanismo integral del monitoreo de manejo/consejería y apoyo a la lactancia, coordinado por el Grupo Interinstitucional Permanente de Lactancia Materna.
- Fijar los temas, vehículos e indicadores de monitoreo de forma integral en el sistema de salud. Que pueden estar vinculados a la parte presupuestal.

Indicador REG9: Se ha implementado un sistema de monitoreo de la IHAN/Diez pasos.

Descripción:

Este indicador evalúa la presencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento a la ejecución de la IHAN/Diez pasos. Este sistema deberá incluir indicadores que midan la aplicación de las actividades de la IHAN/Diez pasos en todo el país. Estos indicadores de proceso incluyen: a) formación y certificación de hospitales en los criterios IHAN/Diez pasos; b) número de hospitales que tienen una política de lactancia materna; c) la proporción del personal de maternidad capacitado en la IHAN/Diez pasos; d) prevalencia de la aplicación de cada paso de la IHAN en establecimientos de salud.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.)

Resumen de la información recolectada:

A nivel nacional existe un sistema de monitoreo a través de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018.

En el que se registran los hospitales asesorados y nominados.

Los hospitales certificados tienen que evaluar el programa cada 6 meses y, a los 3 años, volver a certificarse.

Los resultados se divulgan semestralmente en las Reuniones del Grupo de Apoyo Permanente a la Lactancia Materna.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye: a) la presencia/ausencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento a la implementación de la IHAN/Diez pasos; b) si el sistema desagrega los indicadores de proceso a nivel subnacional y local y c) los indicadores de proceso son reportados periódicamente para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si no existe ningún sistema de monitoreo para dar seguimiento a la implementación de la IHAN/Diez pasos.
- **Progreso mínimo**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a la implementación de la IHAN/Diez pasos, pero los indicadores de proceso no están desagregados a nivel subnacional y local y tampoco son divulgados públicamente

- **Progreso parcial**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a la implementación de la IHAN/Diez pasos y los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local o son divulgados públicamente.
- **Progreso mayor**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a la implementación de la IHAN/Diez pasos y los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local y son divulgados públicamente.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Establecer mecanismos que, al menos en los elementos sustantivos, permitan obtener información homologada acerca de la implementación de la IHAN.
- Fortalecer las capacidades institucionales a nivel subnacional para obtener información desagregada.
- Establecer estrategias que promuevan el uso de la información derivada de estos sistemas de monitoreo, así como para su divulgación sistemática.

Indicador REG10: Se ha implementado un sistema de monitoreo de las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento.

Descripción:

La implementación de actividades de comunicación para el cambio de comportamiento es importante para mejorar las prácticas de lactancia materna y la ampliación del apoyo, promoción y protección de la lactancia materna. Este indicador evalúa la presencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento a los indicadores de proceso de las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento (BCC por sus siglas en inglés). Estos indicadores de proceso pueden incluir: número de canales de comunicación utilizados, número de mensajes BCC de lactancia entregados, proporción del país alcanzado por los mensajes BCC de lactancia materna, proporción de hogares con conocimiento de los mensajes BCC de lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se entrevistó a informantes clave, que por motivos éticos se mantendrán confidenciales.

Resumen de la información recolectada:

No existe ningún sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye: a) la presencia/ausencia de un sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento; b) si el sistema desagrega los indicadores de proceso a nivel subnacional y local y c) los indicadores de proceso son reportados periódicamente para la toma de decisiones.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento.
- **Progreso mínimo**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento, **pero** los indicadores de proceso no están desagregados a nivel subnacional y local **y** tampoco son divulgados públicamente
- **Progreso parcial**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **o** son divulgados públicamente.
- **Progreso mayor**, si existe un sistema de monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento **y** los indicadores de proceso están desagregados a nivel subnacional y local **y** son divulgados públicamente.

Calificación:

Sin progreso (0)

Recomendaciones:

- Fomentar un mecanismo integral del monitoreo para dar seguimiento a las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento
- Fijar los temas, vehículos e indicadores de monitoreo de forma integral en el sistema de salud.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
REG1	Progreso mayor (3)	3
REG2	Progreso mínimo (1)	1
REG3	Progreso parcial (2)	2
REG4	Progreso mínimo (1)	1
REG5	Progreso mínimo (1)	1
REG6	Progreso mínimo (1)	1
REG7	Sin progreso (0)	0
REG8	Sin progreso (0)	0
REG9	Progreso mínimo (1)	1
REG10	Sin progreso (0)	0
SUMA		10



**ÍNDICE PAÍS AMIGO DE LA
LACTANCIA MATERNA:**
SITUACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA MÉXICO



PROMEDIO	1
INTERPRETACIÓN	El engranaje es débil

Coordinación, Metas y Monitoreo

Preguntas clave: ¿existe un sistema de gobierno implementado que sea responsable de coordinar el programa de lactancia materna a nivel nacional/estatal? ¿Este Sistema es operativo, descentralizado y permiten toma de decisiones la eficaz a nivel nacional y local?

Antecedentes

La ampliación de los programas e iniciativas de lactancia materna no pueden ser eficaces sin un sistema de coordinación fuerte, basado en evidencias y descentralizado (es decir, que coordina eficazmente las actividades desde el nivel local hasta el nacional). El modelo de engranaje de lactancia materna (BFGM) plantea que este sistema de coordinación sirve como el engranaje “maestro”, que establece y monitorea las metas generales y asegura que todos los engranajes reciban retroalimentación oportuna, lo que permite a la maquinaria del programa nacional de lactancia materna funcionar correctamente. Así, el establecimiento y retroalimentación de las metas son las herramientas claves del engranaje de coordinación.

Temas e indicadores

Se espera que un "Comité Nacional de lactancia materna" o entidad equivalente sea responsable de la coordinación general y supervisión. Este es el único tema dentro de este engranaje. Hay tres indicadores que evalúan la existencia y el papel de la Comisión Nacional de lactancia materna o entidad equivalente. Todos los indicadores hacen referencia a "el año pasado" a menos que se indique lo contrario.

Comité de Lactancia Materna

Indicador CGMG1: Existe un Comité Nacional de Lactancia Materna / Comité IYCF.

Descripción:

No todos los países tienen un Comité Nacional de lactancia materna, pero pueden tener un Comité de alimentación infantil (IYCF) que supervisa la lactancia materna. Es crucial que este Comité se tenga como meta la coordinación general de la ampliación y sostenibilidad del programa nacional de lactancia materna. Este indicador evalúa si existe un Comité Nacional de lactancia materna o un Comité de Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños (IYCF por sus siglas en inglés) que se ha comprometido a proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 -2018.
- DOF: 08/05/1995 ACUERDO número 121 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna.
- DOF: 30/10/2001. ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.
- Manual: “Programa de acción arranque parejo en la vida”.
- Reglamento interno del comité de arranque parejo en la vida.

Resumen de la información recolectada:

De 1990 al 2001 México contaba con un Comité Nacional de Lactancia Materna.

En el 2001 se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que engloba a varios comités entre ellos el Comité Nacional de Lactancia Materna.

Las líneas de acción del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida son:

Parto y puerperio seguros; atender con calidad el parto por personal calificado; atender oportunamente las urgencias obstétricas; vigilar el puerperio y dar orientación para la utilización de un método de planificación familiar post evento obstétrico y cuidados del recién nacido; promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

En el marco del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida existen grupos de trabajo permanentes entre ellos el Grupo de Apoyo Permanente a la Lactancia Materna. Este grupo sesiona dos veces al año. El grupo de trabajo se conforma por dependencias gubernamentales (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos , Defensa Nacional y, Marina Nacional, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Gobierno del Estado de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaria del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Desarrollo Social). Además el grupo contemplan la invitación eventual de representantes de la sociedad civil y la academia, que al igual que las dependencias que no pertenecen al sector salud solo tiene voz y no voto.

Aunque los servidores públicos manifiestan que los objetivos y tiempos para su cumplimiento están descritos en las minutas y actas de las últimas reuniones del grupo permanente estas no son de conocimiento público.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye si la presencia de un Comité Nacional de lactancia materna cumple los siguientes criterios: a) se reúne periódicamente; b) incluye una fuerte representación de

las organizaciones civiles; c) incluye representación de los sectores diferentes a la salud y la nutrición; d) establece límite de tiempo para el cumplimiento de los objetivos de lactancia materna.

- **Sin progreso**, si **no** existe ningún Comité Nacional de lactancia materna / Comité IYCF.
- **Progreso mínimo**, si existe un Comité Nacional de lactancia materna / Comité IYCF, pero no cumple **ninguno o sólo uno** de los siguientes criterios: a) se reúne periódicamente; b) incluye una fuerte representación de las organizaciones civiles; c) incluye representación de los sectores diferentes a la salud y la nutrición; d) establece límite de tiempo para el cumplimiento de los objetivos de lactancia materna.
- **Progreso parcial**, si existe un Comité Nacional de lactancia materna / Comité IYCF, y cumple **2 o 3** de los siguientes criterios: a) se reúne periódicamente; b) incluye una fuerte representación de las organizaciones civiles; c) incluye representación de los sectores diferentes a la salud y la nutrición; d) establece límite de tiempo para el cumplimiento de los objetivos de lactancia materna.
- **Progreso mayor**, si existe un Comité Nacional de lactancia materna / Comité IYCF, y cumple **todos** los siguientes criterios: a) se reúne periódicamente; b) incluye una fuerte representación de las organizaciones civiles; c) incluye representación de los sectores diferentes a la salud y la nutrición; d) establece límite de tiempo para el cumplimiento de los objetivos de lactancia materna.

Calificación:

Progreso parcial (2)

Recomendaciones:

- Hacer públicas las sesiones del grupo (minutas y actas).
- Dar seguimiento a los acuerdos y resultados de las sesiones, comunicando los avances a todos los actores.
- Dotar de voto y no solo voz a las organizaciones de la sociedad civil, la academia y dependencias que no pertenecen al sector salud.
- Ampliar la convocatoria a más organizaciones de la sociedad civil y academia.

Indicador CGMG2: El plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna es revisado y monitoreado regularmente.

Descripción:

Si existe un Comité Nacional de lactancia materna /IYCF, sus actividades deben ser supervisadas para asegurar que están cumpliendo con su deber. Por lo tanto, deben tener un plan de trabajo implementado y supervisado regularmente para que pueda seguir avanzando hacia la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- DOF: 08/05/1995 ACUERDO número 121 por el que se crea el Comité Nacional de Lactancia Materna.
- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 -2018
- El Programa Nacional de Desarrollo incluye estas acciones en el Eje México Incluyente, el fomento a la práctica de la lactancia está considerado en el programa Sectorial de Salud 2013-2018, en el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, del que se deriva la Estrategia Nacional de Lactancia Materna, que se presentó en breve en el Comité de Arranque Parejo en la Vida.
- Reglamento interno del comité de arranque parejo en la vida

Resumen de la información recolectada:

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud, federal y estatal se comprometen a elaborar y entregar a este Comité un plan de trabajo 2014-2018 en materia de lactancia materna, con indicadores y metas alineadas a la Estrategia Nacional, en un plazo de 60 días naturales. Incluirán en su plan de trabajo, el compromiso de incrementar sus hospitales nominados en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN).

El grupo de trabajo sesiona cada 6 meses, hasta el momento los avances son Integración, generación de planes de trabajo, indicadores y metas, presentación de primeras acciones.

El informe de cada institución se entrega por escrito vía oficio.

La evaluación de indicadores se realiza cada 6 meses.

Metodología de evaluación:

La puntuación para este indicador incluye un marco de tiempo específico para la revisión y seguimiento del plan de trabajo.

- **Sin progreso**, si **no** existe un plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna / IYCF.
- **Progreso mínimo**, si existe un plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna / IYCF, **pero** no es revisado al menos una vez cada dos años, ni monitoreado una vez al año.
- **Progreso parcial**, si existe un plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna / IYCF, **y** es revisado al menos una vez cada dos años **o** monitoreado una vez al año.
- **Progreso mayor**, si existe un plan de trabajo del Comité Nacional de Lactancia Materna / IYCF, **y** es revisado al menos una vez cada dos años **y** seguimiento una vez al año.

Calificación:

Progreso mayor (3)

Recomendaciones:

- Exponer de manera pública el plan de trabajo del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva en el tema de lactancia materna.
- Mencionar de manera pública los resultados obtenidos hasta el momento.
- Diseñar las estrategias de mejora del programa.

Indicador CGMG3: Los datos relacionados con el progreso del Programa de Lactancia Materna se utilizan para la toma de decisiones y la incidencia.

Descripción:

Los datos que se recogen sobre el progreso de los programas de lactancia materna por el Comité Nacional de lactancia materna/IYCF deben utilizarse para la toma de decisiones y la abogacía. Esta información proporciona a los tomadores de decisión y las personas que hacen abogacía la evidencia que necesitan para impulsar el cambio dentro de la legislación/política, financiación, entrega de programa y formación, investigación y evaluación y promoción para apoyar la ampliación de la lactancia materna. Esta información es fundamental para la capacidad del equipo de coordinación para proporcionar información oportuna al resto de los engranajes y facilita las comunicaciones a través de ellos.

Estrategia de recolección de la información:

Para la calificación de este indicador se utilizaron dos estrategias la entrevista a informantes clave (que por motivos éticos se mantendrán confidenciales) y la revisión de bibliografía. A continuación, se presentan los documentos consultados:

- Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 -2018
- Reglamento interno del comité de arranque parejo en la vida

Resumen de la información recolectada:

De acuerdo a los servidores públicos la información de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna si se utiliza para la toma de decisiones. Sin embargo, dado que esta información no está disponible al público en general no puede utilizarse para la abogacía.

Metodología de evaluación:

La puntuación de este indicador refleja la frecuencia en que se utiliza información para la toma de decisiones y la abogacía.

- **Sin progreso**, si la información relacionada con el avance del programa de lactancia materna **no** se utiliza para la toma de decisiones y la abogacía.

- **Progreso mínimo**, si la información relacionada con el avance del programa de lactancia materna se utiliza **rara vez** (es decir, menos del 50% del tiempo) para la toma de decisiones y la abogacía.
- **Progreso parcial**, si la información relacionada con el avance del programa de lactancia materna se utiliza **algunas veces** (es decir, aproximadamente el 50% del tiempo) para la toma de decisiones y la abogacía.
- **Progreso mayor**, si la información relacionada con el avance del programa de lactancia materna se utiliza **la mayoría de las veces** (es decir, aproximadamente el 75% o más del tiempo) para la toma de decisiones y la abogacía.

Calificación:

Progreso mínimo (1)

Recomendaciones:

- Enlistar de manera pública los resultados obtenidos en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 – 2018.
- Programar fechas de evaluación de la estrategia.
- Estructurar planes de mejora.

Calificación del engraneje

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PG1	Progreso parcial (2)	2
PG2	Progreso mayor (3)	3
PG3	Progreso mínimo (1)	1
SUMA		6
PROMEDIO		2
INTERPRETACIÓN		El engraneje es moderadamente fuerte

Calculando la métrica BFCI

Algoritmo de puntuación de BFCI

La puntuación de métricas Índice País Amigo de la Lactancia Materna (BFCI) proporciona puntuaciones por engranaje y una puntuación total de la métrica. Las puntuaciones de los ocho engranajes muestran la fuerza del entorno actual de un país dentro de cada equipo para ampliar protección de lactancia materna, promoción y apoyo a programas e iniciativas. Las puntuaciones de ocho equipos se requieren para calcular la puntuación final de la métrica BFCI, que muestra que tan favorable es el entorno nacional actual en su conjunto para la ampliación de las iniciativas y programas de lactancia materna.

Se deben realizar tres pasos para determinar la puntuación final de métricas BFCI:

1. Puntuar los indicadores.
2. Calcular cada una de las puntuaciones total por engranaje (GTS).
3. Calcular la puntuación total de la métrica BFCI utilizando las puntuaciones de los engranajes.

Paso 1: Puntuar los indicadores.

El primer paso para puntuar la métrica BFCI es puntuar cada uno de los 54 indicadores. En general, cada indicador se puntúa (0=sin progreso), (1=progreso mínimo), (2=progreso parcial) o (3=progreso mayor) para describir el nivel de progreso actual para ese indicador. Cada indicador debe cumplir ciertos criterios para obtener un resultado específico de 0 a 3. Para entender los criterios de puntuación para cada indicador, consulte el capítulo correspondiente del engranaje en el manual. Hay una descripción de cada indicador, donde se encuentran datos relevantes y cómo asignar una puntuación a cada indicador. El equipo local de BFCI debe llegar a un consenso sobre cada indicador antes de registrarlo.

Paso 2: Calcular cada una de las puntuaciones total por engranaje (GTS)

Una vez que han asignado una puntuación a todos los indicadores (54), el siguiente paso es determinar la puntuación para cada uno de los ocho engranajes. Esta puntuación, llamada el puntaje total por engranaje (GTS), se calculará para cada una de los engranajes con las puntuaciones de los indicadores de cada engranaje.

Cada engranaje se mide por un número diferente de indicadores:

1. Abogacía: 4 indicadores

2. Voluntad política: 3 indicadores
3. Legislación y política: 10 indicadores
4. Financiamiento y recursos: 4 indicadores
5. Capacitación y entrega de programas: 17 indicadores
6. Promoción: 3 indicadores
7. Investigación y evaluación: 10 indicadores
8. Coordinación, metas y monitoreo: 3 indicadores

Para tener en cuenta el número diferente de indicadores para cada engranaje, se necesita determinar la puntuación media para cada engranaje. Utilice las siguientes fórmulas para calcular el GTS para cada engranaje:

GTS de Abogacía = suma de todos los indicadores para este engranaje / 4

GTS de Voluntad Política = suma de todos los indicadores para este engranaje / 3

GTS de Legislación y políticas = suma de todos los indicadores para este engranaje / 10

GTS de Financiamiento y recursos = suma de todos los indicadores para este engranaje / 4

GTS de Capacitación y entrega de programas = suma de todos los indicadores para este engranaje / 17

GTS de Promoción = suma de todos los indicadores para este engranaje / 3

GTS de investigación y evaluación = suma de todos los indicadores para este engranaje / 10

GTS de Coordinación, metas y monitoreo = suma de todos los indicadores para este engranaje / 3

Una vez calculado el GTS, esta tabla muestra cómo interpretar cada GTS:

Puntuación Total del Engranaje	Interpretación Nivel de fuerza
0	Engranaje no presente
0.1 to 1.0	Engranaje débil
1.1 to 2.0	Engranaje moderado
2.1 to 3.0	Engranaje fuerte

El GTS identificará que engranajes trabajan mejor que otros dentro de un país y por consiguiente centran las prioridades de inversión en ellos.

Paso 3: Calcular la puntuación total de la métricas BFCI (BFCI-TS)

Una vez que el GTS se ha determinado para cada engranaje, se debe multiplicar por el peso de ese engranaje para determinar el GTS ponderado para ese engranaje:

GTS Ponderado de Abogacía = GTS de Abogacía x 1.6

GTS Ponderado de Voluntad política = GTS de Voluntad política x 1.5

GTS Ponderado de Legislación y política = GTS de Legislación y política x 1.6

GTS Ponderado de Financiamiento y recursos = GTS de Financiamiento y recursos x 1.6

GTS Ponderado de Capacitación y entrega de programas = GTS Capacitación y entrega de programas x 1.6

GTS Ponderado de Promoción = GTS de Promoción x 1.5

GTS Ponderado de Investigación y evaluación = GTS de Investigación y evaluación x 1.5

GTS Ponderado de Coordinación, metas y monitoreo = GTS de Coordinación, metas y monitoreo x 1.4

Después de que el GTS ponderado se ha calculado para cada engranaje, el resultado final de la métrica BFCI (BFCI-TS) pueden ser determinados sumando los puntajes de GTS ponderados para todos los engranajes y luego dividiendo por 12.3bb:

BFCI-TS = (GTS Ponderado de Promoción) + (GTS Ponderado de Voluntad política) + (GTS Ponderado de Legislación y política) + (GTS Ponderado de Financiamiento y recursos) + (GTS Ponderado de Capacitación y entrega de programas) + (GTS Ponderado de Promoción) + (GTS Ponderado de Investigación y evaluación) + (GTS Ponderado de Coordinación, metas y monitoreo) 12.3

La puntuación final de métricas de BFCI puede ser interpretada usando la siguiente tabla:

Puntuación total de la métricas BFCI	Interpretación
0 – 0.9	Ambiente débil para la ampliación
1.0 to 1.9	Ambiente moderado para la ampliación
2.0 to 2.9	Ambiente fuerte para la ampliación
3.0	Ambiente sobresaliente para la ampliación

Resultados BBF México 2016

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
AG1	Progreso mayor (3)	3
AG2	Progreso parcial (2)	2
AG3	Sin progreso (0)	0
AG4	Sin progreso (0)	0
SUMA		5
PROMEDIO		1.25
INTERPRETACIÓN		El engranaje tiene una fuerza moderada

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PWG1	Progreso parcial (2)	2
PWG2	Progreso parcial (2)	2
PWG3	Progreso parcial (2)	2
SUMA		6
PROMEDIO		2
INTERPRETACIÓN		El engranaje tiene una fuerza moderada

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
LPG1	Progreso mayor (3)	3
LPG2	Progreso mayor (3)	3
LPG3	Progreso parcial (2)	2
LPG4	Progreso mínimo (1)	1
LPG5	Progreso mínimo (1)	1
LPG6	Progreso mínimo (1)	1
LPG7	Progreso mínimo (1)	1
LPG8	Progreso mayor (3)	3
LPG9	Progreso mayor (3)	3
LPG10	Progreso mayor (3)	3
SUMA		21

PROMEDIO	2.1
INTERPRETACIÓN	El engranaje es fuertea

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
FRG1	Sin progreso (0)	0
FRG2	Sin progreso (0)	0
FRG3	Sin progreso (0)	0
FRG4	Progreso parcial (2)	2
SUMA		2
PROMEDIO		0.5
INTERPRETACIÓN		El engranaje es débil

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
TPDG1	Progreso mínimo (1)	1
TPDG2	Progreso mínimo (1)	1
TPDG3	Progreso mínimo (1)	1
TPDG4	Progreso mínimo (1)	1
TPDG5	Progreso mínimo (1)	1
TPDG6	Progreso mínimo (1)	1
TPDG7	Sin progreso (0)	0
TPDG8	Progreso parcial (2)	2
TPDG9	Sin progreso (0)	0
TPDG10	Sin progreso (0)	0
TPDG11	Progreso mínimo (1)	1
TPDG12	Progreso mayor (3)	3
TPDG13	Progreso mayor (3)	3
TPDG14	Progreso mínimo (1)	1
TPDG15	Progreso mínimo (1)	1
TPDG16	Progreso mayor (3)	3
TPDG17	Progreso mínimo (1)	1
SUMA		21
PROMEDIO		1.23
INTERPRETACIÓN		El engranaje es moderadamente fuerte

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PG1	Progreso parcial (2)	2
PG2	Progreso mínimo (1)	1
PG3	Progreso parcial (2)	2
SUMA		5
PROMEDIO		1.66
INTERPRETACIÓN		El engranaje es moderadamente fuerte

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
REG1	Progreso mayor (3)	3
REG2	Progreso mínimo (1)	1
REG3	Progreso parcial (2)	2
REG4	Progreso mínimo (1)	1
REG5	Progreso mínimo (1)	1
REG6	Progreso mínimo (1)	1
REG7	Sin progreso (0)	0
REG8	Sin progreso (0)	0
REG9	Progreso mínimo (1)	1
REG10	Sin progreso (0)	0
SUMA		10
PROMEDIO		1
INTERPRETACIÓN		El engranaje es débil

INDICADOR	CALIFICACIÓN	PUNTAJE
PG1	Progreso parcial (2)	2
PG2	Progreso mayor (3)	3
PG3	Progreso mínimo (1)	1
SUMA		6
PROMEDIO		2
INTERPRETACIÓN		El engranaje es moderadamente fuerte

SUMA TOTAL	11.74
PROMEDIO	0.95
INTERPRETACIÓN	El ambiente que favorezca la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en México es débil.

Anexos

Anexo 1. Comparación de los Convenios de Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo

En el engranaje de la política y legislación, cinco puntos de referencia evaluación si los países han desarrollado, ratificado o adoptado una legislación específica protección de la maternidad esencial a la protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna. El Convenio sobre la protección de la maternidad 2000 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sirve como el estándar de oro para las leyes de protección de la maternidad. (ILO, 2000) Los países que no han ratificado la Convención sobre la protección de la maternidad 2000 de la OIT, pero que han ratificado una Convención anterior o que tienen leyes similares o que sobrepasan requisitos de la presente Convención seguirá siendo capaces de obtener un puntaje alto en este indicador.

La siguiente tabla compara las protecciones maternidad cubiertas dentro de cada uno de los convenios sobre la protección de la maternidad.

Comparación de los Convenios sobre la protección de la maternidad de la Organización Internacional del Trabajo

Detalles	Convenios sobre la protección de la maternidad		
Año de desarrollo	1919	1952 (Revisada)	2000
Estatus actual	Instrumento con estatuto provisional	Instrumento anticuado	Actualizada
Duración de la licencia por maternidad	No puede trabajar durante las seis semanas después del parto Una mujer tiene derecho a dejar su trabajo si obtiene un certificado médico indicando que el parto probablemente se llevará a cabo dentro de seis semanas	La licencia de maternidad será de al menos doce semanas e incluyen un período de licencia obligatoria después del parto (no menos de 6 semanas) La licencia de maternidad puede tomarse antes o después de la fecha supuesta o real de parto, pero las 6 semanas de licencia obligatoria sigue siendo necesaria. Las mujeres tienen derecho a la licencia complementaria (duración fijada por la "autoridad competente") antes del parto si surge una enfermedad del embarazo que requiere incapacidad certificada por un médico. Las mujeres tienen derecho a la licencia complementaria después del parto (duración fijada por la "autoridad competente") después del parto si una enfermedad se presenta que requiera incapacidad certificada por un médico.	Licencia de maternidad será por lo menos 14 semanas e incluyen un período de licencia obligatoria después del parto El periodo prenatal de la licencia de maternidad se extenderá por un período entre la fecha presunta del parto y la fecha real del parto, sin reducción obligatoria de la licencia de maternidad Las mujeres tienen derecho a salir antes o después de la licencia por maternidad (si lo certifica un médico) el caso de enfermedad, complicaciones o riesgo de complicaciones como consecuencia del embarazo Los beneficios por licencia de maternidad después del parto o debido a complicaciones del embarazo/postparto se proporcionarán a través de un seguro social obligatorio o fondos públicos o según lo determine la ley y práctica nacional. Los empleadores son responsables si específicamente se acuerda.

Compensación por licencia de maternidad	Durante la licencia de maternidad, la mujer tiene derecho a ser remunerada suficientemente para el mantenimiento completo y sano de ella y su hijo, ya sea de fondos públicos o por medio de un sistema de seguro, la cantidad exacta se determinará por la autoridad competente en cada país	Durante la maternidad, las mujeres tienen derecho a recibir prestaciones económicas y médicas Las prestaciones económicas deben: Suficiente para el mantenimiento completo y sano de ella y su hijo de acuerdo a un nivel de vida adecuado Proporcionado por el seguro social obligatorio o por medio de fondos públicos como un derecho Si se basa en ganancias anteriores, no puede ser menos de dos tercios de las ganancias anteriores de la mujer	Las prestaciones deben ser proporcionados a las mujeres que están en licencia de maternidad o licencia médica por razones de maternidad Las prestaciones económicas deben: A un nivel que asegure que la mujer puede mantenerse a sí misma y a su hijo en condiciones adecuadas de salud y con un nivel de vida adecuado. Basado en al menos dos tercios de las ganancias anteriores de la mujer Si el sistema económico y de seguridad social de los estados miembro es insuficiente se deben desarrollar para dar cumplimiento a las prestaciones económicas a una tasa no inferior por enfermedad o incapacidad de acuerdo con las leyes y regulaciones nacionales.

Beneficios médicos	Una mujer tiene derecho a asistencia gratuita de un médico o una partera certificada	Las prestaciones médicas incluyen atención prenatal, en el parto y el postparto por comadronas diplomadas o de médicos, también la hospitalización debe ser proporcionada. Las mujeres pueden elegir su propio médico y hospital (público/privado). La atención médica tiene que ser proporcionada por un seguro social obligatorio, o por medio de fondos públicos como un derecho.	Las prestaciones médicas de atención prenatal, parto, postnatal y hospitalización (si es necesario) deben ser proporcionadas a las madres según lo indicado por la legislación nacional.
Para aquellos que no califican para beneficios.	No se abordan en el Convenio	Las mujeres que no califican para beneficios como cuestión de derecho tienen derecho, conforme a la prueba de los medios necesaria para la asistencia social, a percibir prestaciones adecuadas con cargo a los fondos de asistencia social.	Mujeres que no pueden calificar para recibir beneficios en efectivo bajo la legislación nacional o de cualquier otro modo conforme a la práctica nacional, tienen derecho a percibir prestaciones adecuadas con cargo a los fondos de asistencia social, someterse a la prueba de medios necesario para dicha asistencia.

Recesos para la lactancia	A la mujer se le permite media hora dos veces al día durante sus horas de trabajo para la lactancia de su hijo	Si una mujer amamanta a su hijo tiene derecho a interrumpir su trabajo para este propósito en un tiempo o veces que ser prescrito por la legislación nacional. Las interrupciones de trabajo para amamantar son contadas como horas de trabajo y deben remunerarse en consecuencia en el caso de que la cuestión esté regida por las leyes y reglamentos; en los casos en que la cuestión esté regida por el convenio colectivo, la posición será determinada por el acuerdo correspondiente.	Una mujer tiene el derecho de tomar una o más pausas diarias o una reducción diaria de horas de trabajo para amamantar a su hijo. El período de recesos para amamantar o la reducción de jornada de trabajo están permitidos, el número, la duración de los recesos de lactancia se rompe y los procedimientos para la reducción de horas diarias de trabajo deben ser determinados por la legislación y prácticas nacionales. Las interrupciones de trabajo para amamantar son contadas como horas de trabajo y deben remunerarse en consecuencia.
Protección del empleo	No se abordan en el Convenio	Mientras que una mujer está ausente del trabajo por licencia de maternidad, su empleador no puede dar aviso de su despido durante dicha ausencia, o para dar su aviso de despido en un momento en que el aviso expiraría durante tal ausencia.	Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia no están obligadas a realizar el trabajo que es: a) perjudicial para la salud de la madre o el niño, o b) que es un riesgo significativo para la salud de la madre o su hijo. La maternidad no puede constituir una fuente de discriminación en el empleo, incluyendo el acceso al empleo.

Protección del despido	Mientras que una mujer este en licencia de maternidad o permanece ausente de su trabajo durante un largo periodo como resultado de enfermedad médicamente certificada derivada del embarazo o el parto y le impidan asistir al trabajo, su empleador no la puede despedir hasta que el plazo de su ausencia exceda el plazo máximo fijado por la autoridad competente en cada país.	Mientras que una mujer está ausente del trabajo por licencia de maternidad, su empleador no puede dar aviso de su despido durante dicha ausencia, o para dar su aviso de despido en un momento en que el aviso expiraría durante tal ausencia.	Una mujer tiene el derecho a regresar en la misma posición o una posición equivalente recibiendo la misma retribución al final de su maternidad. Un empleador no puede despedir a una mujer durante su embarazo o licencia de maternidad o durante un período después de su vuelta al trabajo, excepto por motivos no relacionados con el embarazo, el nacimiento, sus consecuencias o la lactancia. La responsabilidad de probar que los motivos del despido no están relacionados con embarazo o el parto y sus consecuencias o enfermería reposará en el empleador.

Anexo 2. Elementos de las Líneas presupuestales nacionales

A continuación se muestran los elementos que deben incluirse en las líneas presupuestales a nivel nacional:

1. El Programa Nacional de Lactancia Materna.
2. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) / Diez pasos.
3. Monitoreo y obligatoriedad del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
4. Protección de Maternidad
5. Campañas y materiales de Información, materiales, educación y campañas de educación relacionadas con la Lactancia Materna
6. Capacitación y entrega de programas de lactancia materna

Anexo 3. Temas esenciales de lactancia materna para los planes de estudio y capacitación previa y durante el servicio para profesionales de la salud comunitarios y en establecimientos de salud y agentes de salud comunitarios y voluntarios, que atienden mujeres, lactantes y niños.

Temas (Qué se debe cubrir)	Contenido recomendado
1. Factores que influyen en la lactancia materna. Atención y apoyo durante el período prenatal.	Las tasas nacionales y locales de lactancia materna y las tendencias demográficas; influencias psicosociales y culturales; barreras comunes y las preocupaciones; influencias locales.
2. Atención y apoyo durante el período prenatal.	Evaluación de la experiencia previa en lactancia, examen de mamas, información de lactancia materna y apoyo dirigido a satisfacer necesidades de la madre; construir la confianza entre las madres primerizas.
3. Cuidado Intra parto y posparto inmediato para apoyar y promover el inicio exitoso de la lactancia materna.	El contenido de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), diez pasos para una lactancia exitosa; prácticas de apoyo para la madre y el bebé; potenciales prácticas negativas.
4. Necesidades nutricionales dietéticas y asesoramiento a las mujeres embarazadas y lactantes.	Necesidades nutricionales de mujeres embarazadas y lactantes; recomendaciones dietéticas (alimentos y líquidos) teniendo en cuenta la disponibilidad de local, costos y preferencias culturales; suplementos de micronutrientes.
5. Producción de leche.	Anatomía de la mama; fisiología de la lactancia, composición de la leche materna.
6. Beneficios de la lactancia materna óptima.	Beneficios de la lactancia materna para el bebé, madre, familia, comunidad; beneficios de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses; opciones y los riesgos de no amamantar exclusivamente.
7. Guía de lactancia materna.	Colocación/fijación; evaluar la extracción de leche eficaz; signos de ingesta adecuada; eructar; basados en la localización de alimentación; observación y evaluación de la lactancia materna y sugiriendo mejoras; explicar los cambios físicos, conductuales y del desarrollo normales en la madre y del niño (prenatal hasta la etapa de destete); observación de la lactancia materna.

8. Manejo de problemas comunes de la lactancia materna.	Dificultades de amamantamiento; causas y manejo de las dificultades comunes de la lactancia materna y alimentación infantil; manejo de problemas del pecho y el pezón; producción de leche insuficiente; crecimiento infantil inadecuado; problemas neurológicos infantiles
9. El éxito lactancia en el caso de condiciones médicas maternas, medicamentos o tratamientos o situaciones especiales.	Evaluación de los riesgos y beneficios de la lactancia materna; farmacológicas u opciones de tratamiento; compatibilidad de medicamentos con la lactancia; lactancia materna de más de un hijo; lactancia materna del recién nacido prematuro.
10. Opciones de anticoncepción compatibles con la lactancia.	Ventajas, desventajas y efectos de los diferentes anticonceptivos durante la lactancia; amenorrea de la lactancia.
11. Mantener la lactancia durante los periodos de separación materna e infantil, incluyendo durante la hospitalización de la madre enferma o del hijo y al regresar al trabajo o escuela.	Extracción de leche, manejo de la leche materna y almacenamiento; alternativa de alimentación métodos; alimentación con taza; coordinación de actividades fuera del hogar con la lactancia; soporte de trabajo para la lactancia materna; causa, prevención y manejo de dificultades más comunes asociadas como el suministro de leche baja.
12. El código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y resolución de Asamblea Mundial de la Salud (WHA), actuales violaciones y responsabilidades de los trabajadores de salud ante el Código.	Principales disposiciones de las resoluciones del Código y WHA, incluyendo responsabilidades de trabajadores de la salud y los sucedáneos de leche materna, biberones y tetinas industrias; violaciones cometidas por las empresas de alimentación infantil; supervisión y aplicación del Código.
13. Habilidades de comunicación y asesoramiento.	Habilidades de escucha y asesoramiento; uso de un lenguaje sencillo; identificar y tratar el punto de vista de madre, percepciones erróneas y desinformación sobre la lactancia materna.
14. Habilidades de Educación Grupal relacionada con la lactancia materna y la nutrición materna	Métodos de educativos para adultos, estrategias para preparar y facilitar sesiones participativas y basadas en competencias; facilitación e implementación de grupos de apoyo madre a madre.

Anexo 4. Temas esenciales de la lactancia materna para el currículo de práctica clínica para profesionales de la salud de establecimientos de salud y comunitarios; así como agentes de salud comunitarios que atienden madres, lactantes y niños

Temas (Qué se debe cubrir)	Acciones recomendadas de la práctica clínica
1. Observar una sesión de lactancia materna.	Observar a la madre como posiciona al bebé en el pecho; observar al niño que se enganche al pecho; observar al bebé succionar del pecho; observar las dificultades que se presentan y lo que se hizo para resolverlos; observar las interacciones personales entre madre y niño; aprender cómo hacer instrumentos de evaluación de la lactancia materna.
2. Ayudar a una madre a amamantar	Ayudar a la madre con el posicionamiento del bebé en el pecho; mostrar las distintas posiciones para ayudarle a elegir la mejor para ella y su bebé; ayudar a la madre con la fijación/enganche de su bebé al pecho.
3. Ayudar a una madre a aprender las habilidades de compresión con la mano	Mostrar la madre cómo y dónde se encuentran los conductos de leche en sus pechos; mostrar a la madre dónde colocar sus manos sobre el pecho y cómo comprimir la mama sobre los conductos (incluyendo cómo repetir en todas las partes de la mama); explicar a la madre tiempo para la compresión.
4. Practicar habilidades de comunicación con las mujeres embarazadas y en postparto.	Establecer un diálogo con una mujer embarazada sobre sus intenciones de alimentación; discutir las prácticas de lactancia materna con una mujer embarazada para ayudar a establecer la lactancia materna; tales como contacto temprano piel a piel, alojamiento conjunto, alimentación baby-led y lactancia materna exclusiva sin suplementos y tetinas artificiales; uso de habilidades comunicativas de escucha y aprendizaje; usar habilidades de fomento de la confianza; habilidades calmante en situaciones donde la madre está preocupada por la lactancia materna, el consumo de leche infantil, retrasó el inicio de la lactancia o ella expresa otras preocupaciones de la lactancia materna.

Referencias

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371:243-260.
2. UNICEF. Breastfeeding. Vol 2015.
3. World Health Organization. Health topics: Breastfeeding. Vol 20152016 (updated).
4. Cai X, Wardlaw T, Brown DW. Global trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2012;7:12.
5. Perez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. *Adv Nutr*. 2012;3:790-800.
6. Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, et al. Who has been caring for the baby? *Lancet*. 2014;384:174-188.
7. Post LA, Raile ANW, Raile ED. Defining Political Will. *Politics & Policy*. 2010;38:653-676.
8. Fox AM, Balarajan Y, Cheng C, Reich MR. Measuring political commitment and opportunities to advance food and nutrition security: piloting a rapid assessment tool. *Health Policy Plan*. 2015;30:566-578.
9. World Health Organization. Health Metrics Network: Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second ed2008.
10. World Health Organization. Country Implementation of the International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes: Status Report 2011.pdf2013.

ILO Maternity Protection Convention 2000 (No. 183). Available at:
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183.
 Accessed on: February 19, 2016

MÉXICO

ENCUESTA NACIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES 2015



INFORME FINAL



Instituto Nacional
de Salud Pública



unicef 




**Salud de
niños y niñas**


**Agua y
saneamiento**


**Funcionamiento
y discapacidad**


**Desarrollo
infantil**


Nutrición


**Alfabetización
y educación**


**VIH/SIDA y
comportamiento
sexual**


**Bienestar subjetivo y
síntomatología depresiva**


**Protección
de la infancia**


**Salud
reproductiva**


**Acceso a los medios de
comunicación y uso de tecnologías
de la información/comunicación**

La Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), llamada en México “Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres” (ENIM 2015) fue llevada a cabo durante el 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública, como parte del programa global de MICS. La Representación en México del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) brindó apoyo técnico y financiero.

UNICEF desarrolló el programa global de MICS en el decenio de 1990, como un programa internacional de encuestas en hogares para recopilar datos comparables internacionalmente de un amplio rango de indicadores sobre la situación de los niños, las niñas y las mujeres. A nivel global, las encuestas MICS, se han implementado en más de 100 países permitiendo el monitoreo integral de un conjunto de indicadores que los países pueden usar en políticas públicas y programas y en el monitoreo del progreso de compromisos acordados internacionalmente, como algunos indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, recientemente acordados.

La ENIM 2015 representa el primer esfuerzo de implementación de la encuesta MICS en nuestro país permitiendo la incorporación de México a un reconocido programa global de monitoreo de la situación de niños, niñas y mujeres, enmarcado en los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar la evidencia disponible acerca de la situación de los niños, niñas y mujeres, resolviendo algunos vacíos de información de indicadores relacionados con el bienestar, desarrollo infantil temprano, disciplina infantil, funcionamiento, discapacidad, y algunos aspectos de la salud materno-infantil y salud reproductiva.
- Proporcionar datos de medio término entre la ENSANUT 2012 y la ENSANUT 2018 de varios indicadores de salud materno-infantil y salud reproductiva.
- Mejorar la disponibilidad de información basal para el Sistema Nacional de Información exigido en la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Generar una línea basal para algunos de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con datos actualizados y que permiten ciertas desagregaciones.

El objetivo del presente informe final es facilitar la difusión y el uso de los resultados de la ENIM 2015. Para ello, contiene información detallada sobre todos los hallazgos de la encuesta según distintas desagregaciones demográficas, sociales, económicas y culturales.

Para obtener más información sobre los indicadores y el análisis realizado en el informe final completo, puede visitar las páginas: mics.unicef.org, unicef.org.mx o insp.mx.

Cita sugerida:

Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.



LA ENIM 2015 A PRIMERA VISTA

Implementación de la encuesta			
Marco muestral	Censo de Población y Vivienda 2010	Cuestionarios	Hogar
Actualizado	Agosto – Octubre 2015		Mujeres (15-49 años)
			Niños/as y adolescentes (5-17 años)
			Niños/as menores de 5 años
Capacitación de los entrevistadores	Agosto 2015	Trabajo de campo	Septiembre–Diciembre 2015
Marco de la muestra			
Hogares		Niños/as menores de cinco años	
▲ Muestreados	11,825	▲ Elegibles	8,216
▲ Ocupados	11,486	▲ Madres/cuidadoras entrevistadas	8,066
▲ Entrevistados	10,760	▲ Tasa de respuesta (porcentaje)	98.2
▲ Tasa de respuesta (porcentaje)	93.7		
Mujeres		Niños/as y adolescentes	
▲ Elegibles para las entrevistas	12,937	▲ Elegibles para las entrevistas	11,812
▲ Entrevistadas	12,110	▲ Entrevistados/as	11,607
▲ Tasa de respuesta (porcentaje)	93.6	▲ Tasa de respuesta (porcentaje)	98.3

Población de la encuesta			
Tamaño promedio del hogar:	3.8	Porcentaje de población que vive en:	
Porcentaje de población menor de:		▲ Áreas urbanas	76.8
▲ 5 años de edad	9.9	▲ Áreas rurales	23.2
▲ 18 años de edad	34.8	▲ Noroeste	20.0
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron al menos un nacido vivo en los últimos 2 años:	14.3	▲ Noreste	21.7
		▲ Centro	15.4
		▲ CDMX-Edo México	21.9
		▲ Sur	21.0

Características de los hogares	
Porcentaje de hogares con:	
▲ Electricidad	99.0
▲ Piso con acabados	96.8
▲ Techo con acabados	80.3
▲ Paredes con acabados	96.0
Número promedio de personas por habitación utilizada para dormir:	2.2

Bienes personales o del hogar	
Porcentaje de hogares que tienen:	
▲ Una televisión	95.6
▲ Un refrigerador	87.5
▲ Tierra de uso agrícola	9.2
▲ Animales de granja/ganado	13.3
Porcentaje de hogares donde al menos un integrante tiene o posee:	
▲ Teléfono celular	86.7
▲ Auto o camión	38.8



Estado nutricional de niños y niñas				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
2.1a 2.1b	2.2.2	Prevalencia de desnutrición (a) moderada y severa (b) severa	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que están (a) por debajo de dos desviaciones estándar (moderada y severa). (b) por debajo de tres desviaciones estándar (severa) con respecto al peso medio por la edad del estándar de la OMS.	3.9 1.0
2.2a 2.2b	2.2.1	Prevalencia de desnutrición crónica (a) moderada y severa (b) severa	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que están (a) por debajo de dos desviaciones estándar (moderada y severa). (b) por debajo de tres desviaciones estándar (severa) con respecto a la altura media por la edad del estándar de la OMS.	12.4 2.7
2.3a 2.3b	2.2.2	Prevalencia de emaciación (a) moderada y severa (b) severa	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que están (a) por debajo de dos desviaciones estándar (moderada y severa). (b) por debajo de tres desviaciones estándar (severa) con respecto al peso medio por la altura del estándar de la OMS.	1.0 0.4
2.4	2.2.2	Obesidad	Número de niños/as menores de 5 años que están por encima de dos desviaciones estándar con respecto al peso mediano por la altura del estándar de la OMS.	5.2

Lactancia y alimentación de niños y niñas			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
2.5	Niños que alguna vez fueron lactados.	Porcentaje de mujeres con un nacido vivo en los 2 últimos años que lactaron en cualquier momento a su último hijo/a nacido vivo.	94.9
2.6	Iniciación temprana de la alimentación con leche materna.	Porcentaje de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 últimos años y que lactaron al recién nacido dentro de la hora de haber nacido.	51.0
2.7	Lactancia exclusiva antes de los 6 meses.	Porcentaje de niños/as menores de 6 meses que lactan exclusivamente.	30.8
2.8	Lactancia predominante en niños menores de 6 meses.	Porcentaje de niños/as menores de 6 meses que lactan como fuente predominante de alimentación durante el día anterior.	38.6
2.9	Lactancia continua hasta el 1er año de edad.	Porcentaje de niños/as entre 12 y 15 meses alimentados con leche materna el día anterior.	45.8
2.10	Lactancia continua hasta los 2 años de edad.	Porcentaje de niños/as entre 20 y 23 meses alimentados con leche materna el día anterior.	24.4
2.11	Duración de la lactancia (mediana).	La edad en meses en que el 50 por ciento de los niños/as entre 0 y 35 meses no recibieron leche materna durante el día anterior.	10.9
2.12	Lactancia materna apropiada para la edad.	Porcentaje de niños/as entre 0 y 23 meses que fueron alimentados apropiadamente durante el día anterior.	39.0
2.13	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.	Porcentaje de niños/as entre 6 y 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior.	82.3
2.14	Frecuencia de alimentación con leche en niños/as que no reciben leche materna.	Porcentaje de niños/as entre 6 y 23 meses que no reciben lactancia materna y que recibieron al menos 2 tomas de leche durante el día anterior.	91.4
2.15	Frecuencia mínima de comidas.	Porcentaje de niños/as entre 6 y 23 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos y blandos (y niños/as no lactados que además son alimentados con leche) la cantidad mínima de veces o más durante el día anterior.	79.9
2.16	Diversidad alimentaria mínima.	Porcentaje de niños/as entre 6 y 23 meses que recibieron alimentos de 4 o más grupos de alimentos durante el día anterior.	75.4

Lactancia y alimentación de niños y niñas			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
2.17a 2.17b	Alimentación mínima aceptable.	(a) Porcentaje de niños/as amamantados entre 6 y 23 meses que recibieron al menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior. (b) Porcentaje de niños/as no lactados entre 6 y 23 meses de edad que recibieron al menos 2 tomas de leche no materna y que tuvieron al menos la diversidad alimentaria mínima sin incluir alimentos lácteos y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior.	46.4 59.0
2.18	Alimentación con biberón.	Porcentaje de niños/as entre 0 y 23 meses que fueron alimentados con biberón durante el día anterior.	66.4
2.S2	Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna.	Porcentaje de mujeres madres de niños/as entre 0 y 23 meses que conocen al menos un beneficio de la lactancia materna para la madre o para el niño/a.	84.6
2.S3	Exposición a publicidad de fórmulas lácteas.	Porcentaje de mujeres madres de niños/as entre 0 y 23 meses expuestas a publicidad de fórmulas lácteas.	76.1
2.S4	Consejería pre o postnatal sobre lactancia.	Porcentaje de mujeres madres de niños/as entre 0 y 23 meses que recibieron algún tipo de consejería sobre lactancia en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto.	88.6
2.S5	Consumo de bebidas azucaradas.	Porcentaje de niños/as entre 0 y 23 meses que consumieron bebidas azucaradas durante el día anterior.	48.3

Bajo peso al nacer			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
2.20	Niños con bajo peso al nacer.	Porcentaje de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que pesaron menos de 2,500 gramos al nacer.	10.5
2.21	Niños pesados al nacer.	Porcentaje de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que fueron pesados al nacer.	98.7



SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Vacunas				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
3.1		Cobertura de vacunación contra la tuberculosis.	Porcentaje de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron la vacuna BCG antes de cumplir el primer año.	92.6
3.2 3.3 3.6		Cobertura de vacunación con vacuna Pentavalente acelular [difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis e infecciones por haemophilus influenzae tipo B (Hib)].	Porcentaje de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron la cuarta dosis de la vacuna pentavalente acelular antes de cumplir dos años.	54.8
3.4		Cobertura de vacunación con SRP.	Porcentaje de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis antes de cumplir 2 años.	81.9
3.5		Cobertura de vacunación con antihepatitis B (HepB2).	Porcentaje de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB2) antes de cumplir el primer año.	76.9
3.S1		Cobertura de inmunización contra rotavirus.	Porcentaje de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron al menos dos dosis de la vacuna contra rotavirus antes de cumplir el primer año.	82.0
3.S2		Cobertura de inmunización contra neumococo.	Porcentaje de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron la tercera dosis (refuerzo) de la vacuna contra el neumococo antes de cumplir el primer año.	70.6
3.S3		Cobertura de inmunización contra influenza.	Porcentaje de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra la influenza antes de cumplir el primer año.	46.3
3.8	3.8.1	Cobertura de inmunización completa.	Porcentaje de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron todas* las vacunas recomendadas en el plan nacional de vacunación oportunamente (BCG, tercera dosis de HepB, segunda dosis de rotavirus antes de cumplir el primer año, y SRP, cuarta dosis de pentavalente y tercera dosis de vacuna contra el neumococo antes de cumplir 2 años).	34.3

* Según el esquema de vacunación en México, la vacunación completa incluye: BCG (en las primeras 24 horas después del parto), Pentavalente (2, 4 y 6 meses), Rotavirus (2 y 4 meses; ó 2, 4 y 6 meses dependiendo de la marca), Hepatitis B (al nacer, 2 y 6 meses), Neumococo (2, 4 y 12 meses) y la vacuna contra el Sarampión, Rubéola y Parotiditis (SRP) a los 12 meses. Adicionalmente, a los 18 meses se administra la cuarta dosis de la Pentavalente.

Tétanos toxoide			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
3.9	Protección contra el tétanos neonatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los últimos 2 años que recibieron al menos dos dosis de la vacunaTd o Tdpa dentro del intervalo apropiado antes del parto más reciente.	67.9

Diarrea			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
--	Niños/as con diarrea.	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas.	7.6
3.10	Búsqueda de atención por diarrea.	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas para el que se buscó consulta o tratamiento en una unidad de salud o con un profesional de la salud.	46.8
3.S5		Porcentaje de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas para el que se buscó consulta o tratamiento en una unidad de salud, con un profesional de la salud o en una farmacia.	56.1
3.S6	Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO).	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas a quienes se les dio cualquier tipo de SRO como tratamiento para la diarrea.	61.4
3.11	Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) y zinc	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con diarrea en las últimas 2 semanas que recibieron sales de rehidratación oral (SRO) y zinc.	8.8
3.12	Tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral (TRO) y alimentación continuada.	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con diarrea en las 2 últimas semanas que recibieronTRO (paquete de SRO, SRO en líquido pre-ensado, líquidos recomendados elaborados en casa o líquidos incrementados) y alimentación continuada durante el episodio de diarrea.	79.9

Síntomas de infecciones respiratorias agudas (presunta neumonía)

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
--	Niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las últimas 2 semanas.	3.0
3.13	Búsqueda de atención para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las últimas 2 semanas para cuyos casos se buscó consejo o tratamiento en una unidad de salud o por parte de un proveedor de salud.	73.1
3.S8		Porcentaje de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las últimas 2 semanas para cuyos casos se buscó consejo o tratamiento en una unidad de salud, por parte de un proveedor de salud o en una farmacia.	83.7
3.14	Tratamiento con antibióticos para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las últimas 2 semanas que recibieron antibióticos.	73.9
3.S9	Reconocimiento de al menos una de las dos señales de neumonía.	Porcentaje de madres o cuidadoras que reconocen al menos una de las dos señales de neumonía (respiración agitada y/o difícil).	28.4

Uso de combustibles sólidos

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
3.15	Uso de combustibles sólidos para cocinar.	Porcentaje de miembros del hogar en hogares que utilizan combustibles sólidos como fuente primaria de energía doméstica para cocinar.	14.4

Fiebre

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
--	Niños/as con fiebre.	Porcentaje de niños/as menores de cinco años con fiebre en las últimas 2 semanas.	10.3
3.20	Búsqueda de atención por fiebre.	Porcentaje de niños/as menores de 5 años con fiebre en las 2 semanas anteriores y para los que se solicitó orientación o tratamiento de una unidad de salud o de un profesional.	75.1



AGUA Y SANEAMIENTO

Agua y saneamiento				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
4.1	6.1.1	Uso de fuentes de agua mejoradas para beber.	Porcentaje de integrantes del hogar que usan fuentes mejoradas de agua para beber.	98.1
4.2		Tratamiento de agua.	Porcentaje de integrantes del hogar que usan fuentes no mejoradas de agua para beber y que usan un método de tratamiento apropiado.	47.9
4.3	6.2.1	Uso de saneamiento mejorado.	Porcentaje de integrantes del hogar que usan instalaciones de saneamiento mejoradas que no son compartidas.	93.4
4.4		Eliminación segura de las heces de los niños/as.	Porcentaje de niños/as entre 0 y 2 años cuya última deposición se eliminó de manera segura.	14.0
4.5	6.2.1	Lugar para el lavado de manos.	Número de hogares con un lugar específico para el lavado de manos donde hay agua, jabón u otro agente para la limpieza.	90.3
4.6		Disponibilidad de jabón u otro agente para la limpieza.	Porcentaje de hogares que tienen jabón u otro agente para la limpieza.	92.4



SALUD REPRODUCTIVA

Anticoncepción y necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos

Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
5.S1		Maternidad adolescente.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido un nacido vivo.	17.2
5.2	3.7.2	Nacimientos en edad temprana.	Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron al menos un nacido vivo antes de los 18 años.	20.5
5.3		Prevalencia de anticonceptivos.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión que usan (o que sus parejas usan) algún método anticonceptivo (moderno o tradicional).	66.9
5.S2		Prevalencia de anticoncepción moderna en adolescentes.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que están usando (o que sus parejas usan) algún método anticonceptivo moderno.	39.6
5.4		Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que actualmente están casadas o en unión, y que desean espaciar los nacimientos o limitar la cantidad de niños/as que tengan y que actualmente no usan anticonceptivos.	13.0
5.S3	3.7.1	Necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que actualmente están casadas o en unión, y que desean espaciar los nacimientos o limitar la cantidad de niños/as que tengan y que actualmente usan anticonceptivos.	66.9

Salud materna y del recién nacido

Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
5.5a 5.5b 5.S4 5.S5		Cobertura de atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta que, durante su último embarazo tuvo como resultado un nacido vivo que: (a) fueron atendidas al menos una vez por alguna persona de salud capacitada. 98.5 (b) fueron atendidas al menos cuatro veces por alguna persona de salud capacitada. 94.3 (S4) fueron atendidas al menos cinco veces por alguna persona de salud capacitada. 87.3 (S5) tuvieron su primera consulta de cuidado prenatal en el primer trimestre. 82.5	
5.6		Contenido de atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta y a las cuales se les midió la presión arterial y se les tomó muestras de orina y sangre durante el último embarazo que tuvo como resultado un nacido vivo. 90.3	
5.7	3.1.2	Asistencia en el parto por alguna persona capacitada.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta y que fueron asistidas durante el parto por personal de salud capacitado. 97.7	
5.8		Partos institucionales.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los últimos 2 años que dieron a luz a su nacido vivo más reciente en alguna unidad de salud. 96.9	
5.9		Cesárea.	Porcentaje de últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que nacieron por medio de una cesárea. 40.7	
5.S6		Consejería pre o post-natal sobre anticoncepción.	Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta que recibieron algún tipo de consejería sobre anticoncepción en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto. 87.7	

Controles de salud post-natales			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
5.10	Estancia post-parto en una unidad de salud.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que permanecieron en una unidad de salud por 12 horas o más después del parto de su último nacido vivo en los últimos 2 años.	90.0
5.11	Chequeos post-natales para el recién nacido.	Porcentaje de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que recibieron un chequeo mientras estuvieron en una unidad de salud o en casa después del parto, o un chequeo post-natal durante una consulta de revisión dentro de los 2 días posteriores al nacimiento.	95.4
5.12	Chequeos post-natales para la madre.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que recibieron un chequeo mientras estuvieron en una unidad de salud o en casa después del parto o un chequeo post-natal durante una consulta de revisión dentro de los 2 días posteriores al nacimiento de su último nacido vivo en los 2 últimos años.	95.2



DESARROLLO INFANTIL

Desarrollo infantil				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
6.1		Asistencia a programas de educación infantil temprana.	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses que asisten a un programa de educación infantil temprana.	60.0
6.2		Apoyo al aprendizaje.	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses con los cuales algún adulto ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover su aprendizaje y prepararlos para la escuela.	76.0
6.3		Apoyo paterno para el aprendizaje.	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses cuyo padre biológico ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover el aprendizaje y prepararlos para la escuela.	14.4
6.4		Apoyo materno para el aprendizaje.	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses cuya madre biológica ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover el aprendizaje y prepararlos para la escuela.	61.9
6.5		Disponibilidad de libros infantiles.	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que tienen tres o más libros infantiles.	34.9
6.6		Disponibilidad de juguetes.	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que tienen dos o más tipos de juguetes.	75.9
6.7		Cuidado inadecuado.	Porcentaje de niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos o al cuidado de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora al menos una vez en la última semana.	5.1
6.8	4.2.1	Índice de desarrollo infantil temprano.	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses que presentan desarrollo adecuado en al menos 3 de los siguientes 4 ámbitos: alfabetismo-conocimientos numéricos, físico, socio-emocional y dominio del aprendizaje.	82.2



ALFABETIZACIÓN Y EDUCACIÓN

Alfabetización y educación			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
7.1	Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes.	Porcentaje de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años que pueden leer una oración simple y corta acerca de la vida diaria o que asistieron a la escuela secundaria o superior.	97.6
7.2	Preparación para la escuela.	Porcentaje de niños/as en primer grado de la escuela primaria que asistieron a preescolar durante el año anterior.	88.6
7.3	Tasa neta de ingreso escolar en educación primaria.	Porcentaje de niños/as en edad de ingreso escolar que asiste a primer grado de la escuela primaria.	92.2
7.4	Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada).	Porcentaje de niños/as en edad de asistir a la escuela primaria que actualmente asisten a la escuela primaria o secundaria.	97.9
7.5	Tasa de asistencia neta a la escuela secundaria (ajustada).	Porcentaje de niños/as en edad de asistir a la escuela secundaria que actualmente asisten a la escuela secundaria o a educación superior.	79.6
7.6	Niños/as que alcanzan el último grado de la escuela primaria.	Porcentaje de niños/as que ingresan al primer grado de la escuela primaria y que eventualmente alcanzan el último grado.	99.4
7.7	Tasa de terminación de primaria.	Número de niños/as que asisten al último grado de la escuela primaria (excluyendo a los repetidores) dividido entre el número de niños/as en edad de completar la escuela primaria (edad apropiada al último grado de la escuela primaria).	107.9
7.8	Tasa de transición a la escuela secundaria.	Número de niños/as que asistieron al último grado de la escuela primaria durante el año escolar anterior y que están en el primer año de escuela secundaria durante el año escolar actual dividido entre el número de niños/as que cursaron el último grado de la escuela primaria durante el año escolar anterior.	89.9
7.9	Índice de paridad de géneros (escuela primaria).	Tasa de asistencia neta (ajustada) de niñas dividida entre la tasa neta de asistencia a la escuela primaria de niños/as.	1.00
7.10	Índice de paridad de géneros (escuela secundaria).	Tasa de asistencia neta (ajustada) de niñas dividida entre la tasa neta de asistencia a la escuela secundaria de niños/as.	1.00



PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Registro de nacimiento				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
8.1	16.9.1	Registro de nacimiento.	Porcentaje de niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento se reportó como registrado.	95.1
Trabajo infantil				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
8.2	8.7.1	Trabajo infantil.	Porcentaje de niños/as entre 5 y 17 años que realizan trabajo infantil.	12.4
8.S1		Trabajo infantil de menores de 15 años.	Porcentaje de niños/as entre 5 y 14 años que realizan trabajo infantil.	10.4
Disciplina del niño y la niña				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
8.3	16.2.1	Disciplina violenta.	Porcentaje de niños/as entre 1 y 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el mes anterior a la encuesta.	63.1
Matrimonio temprano				
Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
8.4	5.3.1	Matrimonio antes de los 15 años.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que se casaron o unieron por primera vez antes de los 15 años.	4.0
8.5	5.3.1	Matrimonio antes de los 18 años.	Porcentaje de mujeres entre 20 y 49 años que se casaron o unieron por primera vez antes de los 18 años.	23.6
8.6		Mujeres jóvenes entre 15 y 19 años que están actualmente casadas o en unión.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años actualmente casadas o en unión.	15.4
8.8a 8.8b 8.S2		Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas.	Porcentaje de mujeres actualmente casadas o en unión cuyos esposos o parejas son mayores por 10 años o más cuando ellas tienen: (a) entre 15 y 19 años. (b) entre 20 y 24 años. (S2) entre 25 y 29 años.	7.6 9.2 15.3

Actitudes hacia la violencia doméstica

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
8.12	Actitudes hacia la violencia familiar.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que declaran que está justificado que el esposo/pareja golpee o pegue a la mujer en al menos una de las siguientes circunstancias: (1) sale sin avisarle, (2) descuida a los niños/as, (3) discute con él, (4) rehúsa mantener relaciones sexuales con él, (5) quema la comida.	5.0

Entorno familiar de los niños y las niñas

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
8.13	Entorno familiar de los niños/as.	Porcentaje de niños/as de 0 a 17 años que no vive con ninguno de los padres biológicos.	4.1
8.14	Prevalencia de niños/as con uno o ambos padres muertos.	Porcentaje de niños/as de 0 a 17 años con uno o ambos padres biológicos muertos.	4.9
8.15	Niños/as con al menos uno de los padres viviendo en el extranjero.	Porcentaje de niños/as de 0-17 años con al menos uno de los padres biológicos viviendo en el extranjero.	0.7



VIH/SIDA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
--	Ha oído hablar del SIDA.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han oído hablar del SIDA.	95.9
9.1	Conocimiento sobre la prevención del VIH entre las mujeres jóvenes.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que identifican correctamente dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y que rechazan las concepciones erróneas más comunes sobre la transmisión del VIH.	31.3
9.2	Conocimiento sobre la transmisión del VIH de madre a hijo.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que identifican correctamente los tres medios de transmisión del VIH de madre a hijo.	41.5
9.3	Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que expresan aceptar actitudes para las cuatro preguntas sobre las personas que viven con el VIH.	40.5
Prueba del VIH			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
9.4	Mujeres que saben dónde hacerse la prueba del VIH.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han declarado tener conocimiento de un lugar para la prueba del VIH.	72.2
9.5	Mujeres que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que se hicieron la prueba del VIH durante los 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado.	10.1
9.6	Mujeres jóvenes sexualmente activas que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la encuesta, que se hicieron la prueba del VIH durante los 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado.	18.0
9.7	Consejería sobre el VIH durante la atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales y que informan haber recibido asesoramiento sobre el VIH durante dichos cuidados.	39.5
9.8	Prueba del VIH durante la atención prenatal.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales y que informan que se les ofreció y aceptaron hacerse una prueba del VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados.	56.8

Comportamiento sexual			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
9.9 9.S2	Mujeres jóvenes que nunca han mantenido relaciones sexuales.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que nunca se han casado ni han mantenido relaciones sexuales.	67.4
		(S2) Porcentaje de mujeres entre 25 y 29 años que nunca se han casado ni han mantenido relaciones sexuales.	24.0
9.10	Relaciones sexuales antes de los 15 años en mujeres jóvenes.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años.	7.2
9.11	Mezcla de edades de las parejas sexuales.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta con una pareja que era al menos 10 años mayor.	9.0
9.12	Parejas sexuales múltiples.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que mantuvieron relaciones sexuales con más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta.	1.9
9.13	Uso del preservativo durante la relación sexual con múltiples parejas sexuales.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que informan haber tenido más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta y que también informan de haber usado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales.	33.0
9.14	Relaciones sexuales con parejas sexuales no cohabitantes.	Porcentaje de mujeres sexualmente activas entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja que no es su esposo/a o pareja cohabitante en los 12 meses anteriores a la encuesta.	19.6
9.15	Uso del preservativo con parejas sexuales no cohabitantes.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que informan haber usado un preservativo durante la relación sexual con su última pareja sexual que no era su esposo/a o pareja cohabitante, en los 12 meses anteriores a la encuesta.	63.2



ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

Acceso a los medios de comunicación

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
10.1	Exposición a los medios de comunicación.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que, al menos una vez a la semana, leen un periódico o una revista, escuchan la radio y ven la televisión.	23.6

Trabajo infantil

Indicador MICS	Indicador ODS relacionado	Indicador	Descripción	Valor
10.2		Uso de computadoras.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que usaron una computadora durante los últimos 12 meses.	72.2
10.3	17.8.1	Uso de internet.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que usaron internet durante los últimos 12 meses.	77.0



BIENESTAR SUBJETIVO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Bienestar subjetivo

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
11.1	Satisfacción con la vida.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que están muy satisfechas o algo satisfechas con su vida en general.	95.5
11.2	Felicidad.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años que son muy felices o algo felices.	92.6
11.3	Percepciones de una vida mejor.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años cuyas vidas mejoraron durante el último año, y que esperan que sus vidas mejoren más después de un año.	56.6

Sintomatología depresiva

Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
11.S1	Sintomatología depresiva.	Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con indicación de depresión moderada o severa.	18.9



FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD*

Dificultades severas de funcionamiento			
Indicador MICS	Indicador	Descripción	Valor
13.S1	Prevalencia de niños y niñas de 2 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.	Porcentaje de niños/as y adolescentes entre 2 y 17 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.	8.4
13.S2	Prevalencia de niños y niñas de 2 a 4 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.	Porcentaje de niños/as entre 2 y 4 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.	2.0
13.S3	Prevalencia de niños/as y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.	Porcentaje de niños/as y adolescentes entre 5 y 17 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito.	11.2

*Tras consulta con los expertos del Grupo de Washington y de UNICEF, se decidió modificar el punto de corte del ámbito de dificultades de control de conducta, por lo que la prevalencia de niños/niñas y adolescentes con dificultades severas de funcionamiento presenta una diferencia con relación al Informe de Resultados Principales. En dicho Informe se tomaron en cuenta a los niños/as con mucha o mucha más dificultad para controlar su conducta mientras que para el presente reporte únicamente se considera a los niños/as con mucha más dificultad para controlar su conducta.

ÍNDICE

LA ENIM 2015 A PRIMERA VISTA	v
CUADRO RESUMEN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA Y DE LA POBLACIÓN DE LA ENCUESTA	v
CUADRO RESUMEN DE LOS HALLAZGOS	vi
CUADRO DE CONTENIDO	xvi
LISTA DE CUADROS	xxviii
LISTA DE FIGURAS	xxxvi
LISTA DE ABREVIATURAS	xxxix
RECONOCIMIENTOS	xl
RESUMEN EJECUTIVO	xliii
I. INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	1
OBJETIVOS DE LA ENCUESTA	3
II. METODOLOGÍA DE LA MUESTRA Y DE LA ENCUESTA	5
DISEÑO DE LA MUESTRA	5
CUESTIONARIOS	7
CAPACITACIÓN Y TRABAJO DE CAMPO	10
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	12
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD	13
III. COBERTURA DE LA MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y DE LOS ENCUESTADOS	15
COBERTURA DE LA MUESTRA	15
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES	17
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD ENCUESTADAS, DE LOS NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS Y DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	21
CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES, POSESIÓN DE ACTIVOS Y QUINTILES DE RIQUEZA	26

IV. NUTRICIÓN	31
BAJO PESO AL NACER	31
ESTADO NUTRICIONAL	33
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y DE NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS	38
V. SALUD INFANTIL	57
VACUNAS	57
PROTECCIÓN CONTRA EL TÉTANOS NEONATAL	64
ATENCIÓN A LAS ENFERMEDADES	66
DIARREA	68
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON SÍNTOMAS DE PRESUNTA NEUMONÍA	83
VI. AGUA Y SANEAMIENTO	97
USO DE FUENTES MEJORADAS DE AGUA	97
USO DE SANEAMIENTO MEJORADO	103
LAVADO DE MANOS	111
VII. SALUD REPRODUCTIVA	115
MATERNIDAD ADOLESCENTE	115
ANTICONCEPCIÓN	118
NECESIDAD NO SATISFECHA	124
ATENCIÓN PRENATAL	128
ASISTENCIA DURANTE EL PARTO	138
LUGAR DEL PARTO	142
CONTROLES DE SALUD POST-NATALES	144
VIII. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	163
CUIDADO Y EDUCACIÓN DE LA INFANCIA TEMPRANA	163
CALIDAD DEL CUIDADO	167
ESTADO DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS/AS	175
IX. ALFABETIZACIÓN Y EDUCACIÓN	181
ALFABETIZACIÓN DE MUJERES JÓVENES	181
PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA	182
ASISTENCIA A LA ESCUELA PRIMARIA Y SECUNDARIA	184

X. PROTECCIÓN INFANTIL	201
REGISTRO DEL NACIMIENTO	201
TRABAJO INFANTIL	205
DISCIPLINA DEL NIÑO/A	218
MATRIMONIO TEMPRANO	224
ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA	232
ENTORNO FAMILIAR DE LOS NIÑOS/AS	235
XI. VIH/SIDA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL	239
CONOCIMIENTO SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL VIH E IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL VIH	239
ACTITUDES DE ACEPTACIÓN HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH	246
CONOCIMIENTO DEL LUGAR PARA HACERSE LA PRUEBA DEL VIH, PARA RECIBIR ORIENTACIÓN Y PARA HACERSE PRUEBAS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL	250
COMPORTAMIENTO SEXUAL RELACIONADO CON LA TRANSMISIÓN DEL VIH	254
INDICADORES SOBRE EL VIH PARA MUJERES JÓVENES	257
XII. ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE LA TECNOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	267
ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	267
USO DE LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN/ COMUNICACIÓN	269
XIII. BIENESTAR SUBJETIVO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	271
XIV. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD	281
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 2 A 17 AÑOS	282
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS DE 2 A 4 AÑOS	284
FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS	286

XV. INEQUIDADES EN LA ENIM 2015 Y UNA MIRADA HACIA LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE	291
SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES EN MÉXICO	291
UNA MIRADA HACIA LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE	293
POBREZA	295
EDUCACIÓN	295
ADOLESCENTES	295
OTRAS DESAGREGACIONES	295
POBLACIÓN INDÍGENA	296
CONCLUSIÓN	298
APÉNDICES	
APÉNDICE A. DISEÑO MUESTRAL	300
APÉNDICE B. LISTA DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA ENCUESTA	320
APÉNDICE C. ESTIMACIONES DE LOS ERRORES DE MUESTREO	326
APÉNDICE D. CUADROS SOBRE LA CALIDAD DE LOS DATOS	342
APÉNDICE E. INDICADORES DE LA MICS5 ENCUESTA NACIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES, ENIM 2015. NUMERADORES Y DENOMINADORES	360
APÉNDICE F. CUESTIONARIOS	380

LISTA DE CUADROS

Cuadro SM.1. Dominios de estudio de la ENIM 2015	5
Cuadro SM.2. Cartas de consentimiento y asentimiento informado. ENIM 2015	14
Cuadro HH.1. Resultados de las entrevistas de hogar, mujeres, niños/as y adolescentes y niños/as menores de 5 años	16
Cuadro HH.2. Distribución de los hogares por edad por sexo	17
Cuadro HH.3. Composición del hogar	20
Cuadro HH.4. Características de contexto de las mujeres	22
Cuadro HH.4MX. Características de contexto de los niños, niñas y adolescentes (5-17 años)	23
Cuadro HH.5. Características de contexto de los niños/as menores de 5 años	25
Cuadro HH.6. Características de las viviendas	27
Cuadro HH.7. Activos del hogar y bienes personales	29
Cuadro HH.8. Quintiles de riqueza	30
Cuadro NU.1. Niños/as menores de 2 años con bajo peso al nacer	32
Cuadro NU.2. Estados nutricional de los niños/as	35
Cuadro NU.3. Lactancia inicial	41
Cuadro NU.4. Lactancia	45
Cuadro NU.5. Duración de la lactancia	47
Cuadro NU.6. Lactancia apropiada para la edad	49
Cuadro NU.7. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos	50
Cuadro NU.8. Prácticas de alimentación de niños/as menores de 2 años	51

Cuadro NU.9. Alimentación con biberón	53
Cuadro NU.10. Consejería y conocimiento de los beneficios de la lactancia materna y exposición a publicidad de fórmulas lácteas	55
Cuadro CH.0. Esquema oficial de vacunación. México 2015	58
Cuadro CH.1. Vacunas en el primer año de vida	59
Cuadro CH.2. Vacunas por características de contexto	63
Cuadro CH.3. Protección contra el tétanos neonatal	65
Cuadro CH.4. Informe de episodios de enfermedad	67
Cuadro CH.5. Búsqueda de atención durante la diarrea	69
Cuadro CH.6. Prácticas de alimentación durante la diarrea	72
Cuadro CH.7. Soluciones de Rehidratación Oral, líquidos caseros recomendados y zinc	75
Cuadro CH.8. Terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y otros tratamientos	78
Cuadro CH.9. Fuente de SRO y zinc	81
Cuadro CH.10. Búsqueda de atención y tratamiento antibiótico de los síntomas de infección respiratoria aguda (IRA)	84
Cuadro CH.11. Conocimiento de los dos signos de peligro de neumonía	87
Cuadro CH.12. Búsqueda de atención durante la fiebre	88
Cuadro CH.13. Tratamiento de niños/as con fiebre	90
Cuadro CH.14. Uso de combustibles sólidos	93
Cuadro CH.15. Uso de combustibles sólidos por lugar para cocinar	94
Cuadro WS.1. Uso de fuentes mejoradas de agua	98
Cuadro WS.2. Tratamiento del agua en el hogar	100
Cuadro WS.3. Tiempo para ir a la fuente de agua para beber	101
Cuadro WS.4. Persona que recoge el agua	102
Cuadro WS.5. Tipo de instalación sanitaria	104
Cuadro WS.6. Utilización y uso compartido de instalaciones sanitarias	106

Cuadro WS.7. Escalas de agua para beber y saneamiento	108
Cuadro WS.8. Eliminación de heces de niños/as	110
Cuadro WS.9. Agua y jabón en el lugar para lavarse las manos	112
Cuadro WS.10. Disponibilidad de jabón u otro producto de limpieza	114
Cuadro RH.1. Maternidad temprana	116
Cuadro RH.2. Tendencias en maternidad temprana	117
Cuadro RH.3. Uso de anticonceptivos	119
Cuadro RH.3MX. Uso de anticonceptivos entre mujeres sexualmente activas	120
Cuadro RH.4. Necesidad no satisfecha de anticoncepción	126
Cuadro RH.5. Cobertura de cuidado prenatal	130
Cuadro RH.6. Número de visitas de cuidado prenatal y el momento de la primera visita	132
Cuadro RH.7. Contenido del cuidado prenatal	135
Cuadro RH.7MX. Contenido de consejería pre- y post-natal	137
Cuadro RH.8. Asistencia durante el parto y cesárea	139
Cuadro RH.9. Lugar del parto	143
Cuadro RH.10. Estancia post-parto en unidades de salud	146
Cuadro RH.11. Revisiones post-natales para el recién nacido	148
Cuadro RH.12. Visitas de cuidado post-natal para recién nacidos dentro de la semana posterior al nacimiento	151
Cuadro RH.13. Revisiones post-natales para las madres	154
Cuadro RH.14. Visitas de cuidado post-natal para las madres dentro de la semana posterior al nacimiento	157
Cuadro RH.15. Revisiones de salud post-natales para madres y recién nacidos	160
Cuadro CD.1. Educación de la infancia temprana	166
Cuadro CD.2. Apoyo al aprendizaje	168
Cuadro CD.3. Materiales para el aprendizaje	171

Cuadro CD.4. Cuidado inadecuado	174
Cuadro CD.5. Índice de desarrollo temprano infantil	176
Cuadro CD.6. Desarrollo no adecuado en niños/as de 4 a 59 meses	178
Cuadro ED.1. Alfabetización (mujeres jóvenes)	182
Cuadro ED.2. Preparación para la escuela	183
Cuadro ED.3. Ingreso a la escuela primaria	185
Cuadro ED.4. Asistencia a la escuela primaria y niños/as que no asisten a la escuela	186
Cuadro ED.5. Asistencia a la escuela secundaria y niños/as que no asisten a la escuela	189
Cuadro ED.6. Niños/as que alcanzan el último grado de la escuela primaria	192
Cuadro ED.7. Conclusión de la escuela primaria y transición a la escuela secundaria	194
Cuadro ED.8. Paridad de género en la educación	196
Cuadro ED.9MX. Paridad de género fuera de la escuela	198
Cuadro CP.1. Registro de nacimiento	202
Cuadro CP.2. Participación de niños/as en actividades económicas	207
Cuadro CP.3. Participación de niños/as en tareas domésticas	210
Cuadro CP.4. Trabajo infantil	213
Cuadro CP.4MX. Trabajo infantil en menores de 15 años	216
Cuadro CP.5. Disciplina infantil	219
Cuadro CP.6. Actitud hacia el castigo físico de los niños/as	223
Cuadro CP.7. Matrimonio temprano (mujeres)	225
Cuadro CP.8. Tendencias en el matrimonio temprano (mujeres)	228
Cuadro CP.9. Diferencia de edad entre cónyuges	230
Cuadro CP.10. Actitudes hacia la violencia familiar (mujeres)	233
Cuadro CP.11. Estructura familiar y la orfandad de los niños/as	236
Cuadro CP.12. Niños/as con padres viviendo en el extranjero	238

Cuadro HA.1. Conocimiento de la transmisión del VIH, ideas equivocadas sobre el VIH/SIDA y conocimiento integral sobre la transmisión del VIH (mujeres)	240
Cuadro HA.2. Conocimiento sobre transmisión del VIH de madre a hijo/a (mujeres)	244
Cuadro HA.3. Actitudes de aceptación hacia personas con VIH (mujeres)	247
Cuadro HA.4. Conocimiento de un lugar para hacerse la prueba del VIH (mujeres)	250
Cuadro HA.5. Pruebas y asesoramiento sobre VIH durante el cuidado prenatal	252
Cuadro HA.6. Sexo con múltiples parejas (mujeres)	255
Cuadro HA.7. Indicadores clave de VIH y SIDA (mujeres jóvenes)	258
Cuadro HA.8. Indicadores clave de comportamiento sexual (mujeres jóvenes)	261
Cuadro HA.8MX. Indicadores clave de comportamiento sexual (mujeres de 25-29)	264
Cuadro MT.1. Exposición a los medios de comunicación (mujeres)	268
Cuadro MT.2. Uso de computadora e Internet (mujeres)	270
Cuadro SW.1. Ámbitos de satisfacción con la vida (mujeres)	273
Cuadro SW.2. Satisfacción con la vida en general y la felicidad (mujeres)	275
Cuadro SW.3. Percepción de una vida mejor (mujeres)	277
Cuadro SW.4. Sintomatología depresiva (mujeres)	279
Cuadro CFD.1. Funcionamiento y discapacidad de niños/as y adolescentes de 2-17 años	283
Cuadro CFD.2. Funcionamiento y discapacidad de niños/as de 2-4 años	285
Cuadro CFD.3. Funcionamiento y discapacidad de niños/as y adolescentes de 5-17 años	287
Cuadro CF.1. Una mirada hacia los Objetivos del Desarrollo Sostenible en México. ENIM 2015	294

APÉNDICES

Cuadro SD.1. Dominios de estudio de la ENIM 2015	301
Cuadro SD.2. Estimaciones de parámetros de interés en niños menores de 5 años (ENSANUT 2012)	302
Cuadro SD.3. Tasas de respuesta	303
Cuadro SD.4. Parámetros utilizados para determinar el tamaño de muestra a nivel nacional y regional	303
Cuadro SD.5. Frecuencia de ocurrencia de hogares según la presencia de los grupos de edad (ENSANUT 2012)	305
Cuadro SD.6. Tamaños de muestra esperados en 10,000 hogares	305
Cuadro SD.7. Asignación de Unidades Primarias de Muestreo a los estratos de las muestras	306
Cuadro SD.8. Consideraciones para los estratos de urbanidad	308
Cuadro SD.9. Clasificación de viviendas en la etapa de cartografía	312
Cuadro SD.10. Distribución de viviendas visitadas en la etapa de cartografía	314
Cuadro SD.11. Distribución de hogares según la ocurrencia de los grupos poblacionales: niños de 0 a 4 años y mujeres de 15 a 49 años. Ponderadores calculados individualmente	315
Cuadro SD.12A. Distribución de hogares según estrato de urbanidad. Comparación con el Censo 2010. Ponderadores calculados individualmente	315
Cuadro SD.12B. Distribución de hogares según estrato de urbanidad. Comparación con el Censo 2010. Ponderadores por Cluster	316
Cuadro SD.13. Distribución de hogares según ocurrencia de grupos poblacionales en la etapa de cartografía y en la etapa de entrevista	316
Cuadro SD.14. Número promedio de integrantes por hogar (estimaciones ponderadas)	318
Cuadro SE.1. Indicadores seleccionados para el cálculo de los errores de muestreo	328
Cuadro SE.2. Errores muestrales: Muestra total	329
Cuadro SE.3. Errores muestrales: Urbano	330
Cuadro SE.4. Errores muestrales: Rural	331

Cuadro SE.5. Errores muestrales: Noroeste	332
Cuadro SE.6. Errores muestrales: Noreste	333
Cuadro SE.7. Errores muestrales: Centro	334
Cuadro SE.8. Errores muestrales: Ciudad de México-Estado de México	335
Cuadro SE.9. Errores muestrales: Sur	336
Cuadro SE.10. Errores muestrales: Más pobre	337
Cuadro SE.11. Errores muestrales: Segundo	338
Cuadro SE.12. Errores muestrales: Medio	339
Cuadro SE.13. Errores muestrales: Cuarto	340
Cuadro SE.14. Errores muestrales: Más rico	341
Cuadro DQ.1. Distribución de la edad de la población de los hogares	343
Cuadro DQ.2. Distribución de la edad de las mujeres elegibles y entrevistadas	344
Cuadro DQ.3. Distribución de la edad de niños/as en el hogar y en cuestionarios de menores de 5 años	345
Cuadro DQ.4. Reporte de fecha de nacimiento: Población de hogares	345
Cuadro DQ.5. Reporte de fecha de nacimiento y edad: Mujeres	346
Cuadro DQ.6. Reporte de fecha de nacimiento y edad: Menores de 5 años	346
Cuadro DQ.7. Reporte de fecha de nacimiento: Niños/as, adolescentes y gente joven	347
Cuadro DQ.8. Reporte de la fecha de nacimiento: Primeros y últimos nacimientos	348
Cuadro DQ.9. Completitud de la información	349
Cuadro DQ.10. Completitud de la información para indicadores de antropometría: Bajo peso	350
Cuadro DQ.11. Completitud de la información para indicadores de antropometría: Altura para la edad	350
Cuadro DQ.12. Completitud de la información para indicadores de antropometría: Peso y talla	351
Cuadro DQ.13. Preferencia de dígitos en medidas antropométricas	352
Cuadro DQ.14. Observación de actas de nacimiento	353

Cuadro DQ.15. Observación de cartillas de vacunación	354
Cuadro DQ.16. Observación de cartilla de vacunación de las mujeres	355
Cuadro DQ.17. Observación de lugares para el lavado de manos	356
Cuadro DQ.18. Presencia de la madre en el hogar y de la persona entrevistada para cuestionario de menores de 5 años	357
Cuadro DQ.19. Asistencia escolar por edad	358
Cuadro DQ.20. Índice de masculinidad al nacer entre niños nacidos vivos y sobrevivientes	359

LISTA DE FIGURAS

Figura SM.1. Procedimiento de muestreo	6
Figura SM.2. Sobre-representación de hogares con niños y niñas menores de 5 años	6
Figura HH.1. Distribución por edad y sexo de la población de los hogares	19
Figura NU.1. Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición, desnutrición crónica, emaciación y obesidad	38
Figura NU.2. Inicio de la lactancia	43
Figura NU.3. Patrones de alimentación de los lactantes por edad	46
Figura CH.1. Vacunas a los 12 meses de edad	62
Figura CH.2. Niños y niñas menores de 5 años con diarrea que recibieron SRO o bebidas caseras recomendadas	74
Figura CH.3. Niños y niñas menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO) y alimentación continuada	80
Figura WS.1. Distribución porcentual de los miembros del hogar por fuente de agua para beber	99
Figura WS.2. Distribución porcentual de los miembros del hogar que usan y comparten instalaciones sanitarias	107
Figura WS.3. Uso de fuentes mejoradas de agua para beber y de instalaciones sanitarias mejoradas por miembros del hogar	109
Figura RH.1. Diferenciales en el uso de anticonceptivos	124
Figura RH.2. Necesidad no satisfecha de anticoncepción entre mujeres casadas o unidas	128
Figura RH.3. Personas que atendieron el parto	141

Figura CD.1. Desarrollo no adecuado en niños/as entre 4 y 59 meses por nivel de riqueza	179
Figura ED.1. Indicadores de educación por sexo	199
Figura CP.1. Niños/as menores de 5 años cuyos nacimientos se han registrado	204
Figura CP.2. Razones de no registro de niños/as menores de 5 años	205
Figura CP.3. Métodos de disciplina infantil, niños/as de 1 a 14 años	221
Figura CP.4. Matrimonio temprano en mujeres	229
Figura HA.1. Mujeres con conocimiento integral sobre la transmisión del VIH	243
Figura HA.2. Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH/SIDA	249
Figura HA.3. Comportamientos sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH, mujeres jóvenes de 15 a 24 años	265
Figura CFD.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento por sexo	289
Figura CF.1. Intervenciones a través del continuo de atención y del ciclo vital, prevalencias e IC95% para los hogares más pobres y más ricos en México, ENIM 2015	292
Figura CF.2. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en población indígena y no indígena, ENIM 2015	297
APÉNDICES	
Figura SD.1. Ejemplo de avance y organización del equipo de cartografía	309
Figura SD.2. Descripción del cálculo de las probabilidades de selección de Unidades Primarias	313
Figura SD.3. Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares con niños de 0 a 4 años. Estimaciones no ponderadas	317

Figura SD.4. Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares con mujeres de 15 a 49 años y sin niños de 0 a 4 años. Estimaciones no ponderadas	317
Figura SD.5. Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares sin mujeres de 15 a 49 años y sin niños de 0 a 4 años. Estimaciones no ponderadas	317
Figura DQ.1. Población de hogares por edad individual	344
Figura DQ.2. Medidas de peso y altura/longitud de acuerdo con los dígitos reportados para los puntos decimales	352

LISTA DE ABREVIATURAS

BCG	Bacilo de Calmette y Guérin (vacuna contra la Tuberculosis)
CAPI	Computer Assisted Personal Interview
CESD7	Medida breve de la sintomatología depresiva
CSPro	Sistema para el procesamiento del censo y de la encuesta
DIU	Dispositivo intrauterino
DPT	Difteria Tos ferina Tétanos
ENIM	Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GVAP	Plan de Acción Mundial sobre Vacunas
Hib	Haemophilus influenzae tipo b
IC	Intervalo de Confianza
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPG	Índice de paridad de género
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MELA	Método de la amenorrea por lactancia
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
MICS5	Quinta ronda global del programa de Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAI	Programa ampliado de inmunización
PECS	Paquete estadístico para ciencias sociales
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ppm	Partes por millón
PCM	Programa Conjunto de Monitoreo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SRO	Sales de rehidratación oral
SRP	Vacuna triple contra sarampión, rubeola y Parotiditis
SSA	Secretaría de Salud
TAN	Tasa de asistencia neta
Td	Vacuna contra tétanos y difteria
Tdpa	Vacuna contra tétanos, difteria y pertussis acelular
TRO	Tratamiento de rehidratación oral
UNGASS	Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPM	Unidad primaria de muestreo
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

RECONOCIMIENTOS

Muchas personas e instituciones contribuyeron al desarrollo de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015), con su conocimiento profesional y su compromiso para generar evidencia científica actualizada sobre los niños, niñas, adolescentes y mujeres que viven en el país, la cual se podrá utilizar para mejorar su calidad de vida y hacer respetar sus derechos.

La ENIM 2015 se implementó a través de una colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Representación en México del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México). Agradecemos el apoyo técnico y financiero recibido de UNICEF México y el equipo internacional de la *Multiple Indicators Cluster Survey* (MICS) de UNICEF para lograr la implementación de esta encuesta.

La Encuesta contó con el acompañamiento de un Comité Directivo y un Comité Técnico, coordinados de manera conjunta por el INSP y UNICEF México, y conformados por representantes de:

- la Oficina de la Presidencia;
- la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud;
- la Secretaría de Desarrollo Social;
- el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia;
- el Instituto Nacional de Estadística y Geografía;
- el Instituto Nacional de las Mujeres;
- el Consejo Nacional de Población;
- el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- Un Kilo de Ayuda.

Agradecemos a ambos Comités por acompañar el buen desarrollo de la encuesta, mostrando su compromiso con la población infantil, adolescente y femenina del país.

Además, se recibieron aportaciones de las siguientes instancias:

- Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA);
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE);
- Dirección General de Epidemiología (DGE);
- Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS);

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR);
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (CENSIDA).
- Grupo Consultor de Encuestas de la Dirección General de Epidemiología;
- Comité Técnico Especializado de Dinámica Demográfica de INEGI-CONAPO;
- Comité Técnico Especializado de Información en Salud de INEGI-Salud.

La coordinación general de la Encuesta en el INSP estuvo a cargo de las siguientes personas:

La Dra. Filipa de Castro, Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Salud Reproductiva del Centro de Investigación en Salud Poblacional del INSP, quien asumió la responsabilidad del desarrollo general de la ENIM, supervisando y participando en todas las etapas y en la ejecución de los productos finales de la encuesta.

La Lic. Aurora Franco, Subdirectora de Logística de Campo del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP, quien tuvo a su cargo la coordinación general el trabajo de campo; siendo imprescindible su labor profesional, supervisión minuciosa y amplia experiencia. Asimismo, sin el trabajo dedicado, comprometido y de altísima calidad de las y los encuestadores, enfermeras y enfermeros, cartógrafas y cartógrafos, personal de apoyo de cómputo así como las y los supervisores y coordinadores de campo, esta encuesta no habría sido posible. (Los nombres de las personas que realizaron este trabajo aparecen en el Apéndice B de este Informe.)

El Dr. Martín Romero, Jefe del Departamento de Muestreo del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del INSP, hizo el diseño de la muestra de la encuesta y dio acompañamiento al trabajo de campo, especialmente con relación a la cartografía y al listado de hogares, aportando sus conocimientos para el control de calidad de los datos recolectados.

La Dra. Aremis Villalobos, Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Salud Reproductiva del Centro de Investigación en Salud Poblacional del INSP, organizó, supervisó y participó en el trabajo de programación y en general adaptación de los cuestionarios para permitir la aplicación en tabletas.

Asimismo, las personas, tanto del INSP como de UNICEF México que contribuyeron con sus conocimientos a las múltiples actividades necesarias para desarrollar la encuesta, incluyendo la adaptación de los cuestionarios, la capacitación del equipo de campo, el análisis de los datos, la preparación de los informes y la gestión de apoyo y financiamiento fueron:

Eduardo Lazcano, Tonatiuh Barrientos, Rosalba Rojas, Filipa de Castro, Betania Allen, Aremis Villalobos, Martín Romero, Celia Hubert, Alison Sutton, Erika Strand, Eva Prado, Rosa Itandehui Olivera y André Cortés.

A ellas se sumaron: el equipo de apoyo científico (Ariela Braverman, Nathalie Armendares, Rosa María Nashiki, Casilda Suárez, Iris Frausto, Mónica García Cuellar, Alberto Escamilla, Eduardo Valdés, Wuendy Armenta y Agustín Vázquez), el equipo administrativo (Violeta Ramos, Wendolyn Corlay, José Luis Martínez, Angélica Flores, Maricela Nava, Gabriela Saldaña, Pilar Cuellar, Uvaldo Landa y Sandra Herrera) y el equipo de comunicación social (Gabriel Millán, Rocío Ortega, Andrés Ramírez, Alejandra Castillo e Isaías García).

Vicente Terán, Ana María Restrepo y Armando Levinson de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF (LACRO), Attila Hancioglu, Ivana Bjelic, Yadigar Coskun, Bo Pedersen y Shane M. Khan del equipo global de encuestas MICS, así como Claudia Cappa de la sede de UNICEF aportaron apoyos clave en las distintas etapas de esta encuesta en México. De manera especial, agradecemos el apoyo constante e imprescindible de Harry Hernández, quien hizo múltiples visitas a México para apoyar al equipo de la ENIM y trabajó arduamente durante estas estancias así como a distancia para lograr la programación y adaptación de los cuestionarios para aplicación en tableta así como garantizar la calidad y comparabilidad de los datos recolectados.

Por último, un agradecimiento especial a las familias mexicanas que abrieron sus puertas para ser encuestadas y a las niñas y niños que tuvieron paciencia mientras los pesamos, medimos y tomábamos muestras de sangre. Gracias a su tiempo y a su participación se pudo realizar esta encuesta y conocer mejor la situación de las niñas, niños, adolescentes y mujeres que habitan en México.

RESUMEN EJECUTIVO

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015), es la implementación en México de la encuesta MICS (*Multiple Indicators Cluster Survey*) de UNICEF. La ENIM 2015, proporciona información valiosa sobre la situación de los niños, niñas y las mujeres de México y responde a la necesidad de contar con información para monitorear el progreso hacia los objetivos y metas que emanan de acuerdos internacionales, en particular los nuevos Objetivos del Desarrollo Sostenible. Asimismo, se presentó como una oportunidad para generar datos actualizados en áreas que presentaban escasa información. Si bien México se destaca por un robusto sistema de estadísticas basadas en encuestas y registros, la necesidad de contar con información específica que pusiera el foco en la niñez fue central en la decisión de llevarla a cabo. Asimismo, al ser una encuesta estandarizada, permite realizar comparaciones entre países, lo que constituye un beneficio adicional para México.

Los resultados dan cuenta de avances considerables en el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes y permiten identificar oportunidades de mejora para el logro del ejercicio pleno de los derechos de cada niña, niño y adolescente que habita en México. Al mismo tiempo, dan cuenta de inequidades importantes entre distintos grupos de la población, sobre todo en los hogares indígenas o con mayores desventajas socioeconómicas y permiten generar evidencia para el desarrollo de estrategias orientadas a disminuir estas disparidades con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Metodología de la muestra y de la encuesta

La muestra de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015, se diseñó para poder estimar 136 de indicadores sobre la situación de los niños, niñas y mujeres con posibles desagregaciones a nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, y para 5 regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México y Sur. Para generar un tamaño de muestra suficiente de niños/as menores de 5 años y de población indígena, la ENIM 2015 sobre-muestreó a hogares con niños/as menores de 5 años y hogares en zonas rurales.

La implementación de la ENIM 2015 contó con la aprobación de los Comités de investigación, ética y bioseguridad del INSP. Asimismo, se contó con un proceso de gobernanza a través de un Comité Directivo y un Comité Técnico que involucró a actores de instituciones gubernamentales y no-gubernamentales.

Previo a la salida a campo, se adaptaron los cuestionarios al idioma y al contexto mexicanos y se realizaron 3 pruebas de campo: un piloto del cuestionario en papel en 21 hogares en zonas rurales y urbanas; un piloto de 104 viviendas usando el sistema CAPI y una prueba de campo con todo el personal de la encuesta para probar el sistema logístico, de supervisión y de transferencia de datos. Entre los meses de septiembre a diciembre de 2015, la ENIM 2015 levantó información a través de 4 cuestionarios aplicados en tabletas

a una muestra de 10,760 hogares, que corresponde a una tasa de respuesta de 94%. En cada hogar se aplicó un cuestionario de hogar, un cuestionario a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad que habitaban en el hogar, un cuestionario a las madres de todos los niños y niñas de 0 a 4 años de edad y un cuestionario de funcionamiento y discapacidad a las madres de todos los menores de 5 a 17 años.

La ENIM 2015 incorporó un conjunto de procedimientos de control de calidad que incluyeron la revisita a 5% de los hogares entrevistados y al 100% de la no-respuesta. Asimismo, se hizo un monitoreo permanente de calidad, a través de las salidas obtenidas a partir de 54 tabulaciones sobre la calidad de los datos recabados y sobre el desempeño del personal de campo, tanto a nivel de los supervisores como de los entrevistadores. Paralelamente, en gabinete se llevó a cabo una edición secundaria de datos para corregir inconsistencias y errores.

A continuación se resumen los principales hallazgos del levantamiento:

Nutrición

En México, 99% de los recién nacidos fue pesado al nacer y aproximadamente 10% de ellos pesó menos de 2,500 gramos al nacer.

Uno en cada ocho niños/as menores de cinco años presentó desnutrición crónica (12%); el 4% presentó bajo peso y el 1% estaba demasiado delgado para su talla. El 5% de los niños/as menores de 5 años tenía obesidad.

En México, si bien casi todos los niños/as fueron amamantados alguna vez (95%), sólo la mitad (51%) lo fue por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento. La iniciación de la lactancia en la primera hora fue particularmente baja entre niños/as nacidos en el sector privado (32%). Aproximadamente 31% de los niños/as menores de seis meses recibió lactancia exclusiva y 39% recibió lactancia predominante.

Aproximadamente la mitad de los niños/as de 6 a 23 meses en México (47%) no recibió una dieta mínima aceptable; es decir, no contó con la frecuencia y diversidad mínima de alimentos en el día anterior a la encuesta. De manera similar, 48% de todos los niños/as entre 0 y 23 meses había consumido bebidas azucaradas en el día anterior a la encuesta.

Salud infantil

Las estimaciones de cobertura de vacunación completa de la ENIM 2015 se basan en la ponderación de la información obtenida a partir de la cartilla de vacunación y de las declaraciones de las madres sobre las vacunas aplicadas. El 34% de los niños/as de 24 a 35 meses tenía todas las vacunas recomendadas para su edad y 6% no había recibido ninguna vacuna. El 49% de las mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años había recibido al menos una dosis de vacuna contra el tétanos.

El 8% de los niños y niñas menores de 5 años reportó haber tenido diarrea en las dos semanas previas a la encuesta, 3% por ciento tuvo síntomas de infección respiratoria aguda con indicación de presunta neumonía, y 10% tuvo un episodio de fiebre.

El 84% de los niños/as con un episodio de diarrea recibió alguna forma de rehidratación oral, ya sea a través de Sueros de Rehidratación Oral o de otros líquidos caseros recomendados y 11% recibió zinc en tableta o jarabe. Entre los niños/as con síntomas de infección respiratoria aguda con indicación de presunta neumonía, 73% fue llevado a un

profesional de la salud calificado y 74% recibió antibióticos. El 28% de las mujeres conoce al menos uno de los dos signos de alarma de la neumonía.

Agua y saneamiento

El 98% de la población mexicana usa una fuente mejorada de agua para beber. La principal fuente de agua para beber en México es el agua embotellada (81% en zonas urbanas, 46% en zonas rurales), seguida del agua de tubería (18% en zonas urbanas, 36% en zonas rurales). El 48% de los hogares que utiliza fuentes de agua para beber no mejoradas usa un método adecuado de tratamiento de agua. El 98% de los hogares usa instalaciones sanitarias mejoradas y 93% usa una instalación sanitaria mejorada no compartida.

En México, se observó que el 90% de los hogares tiene un lugar específico para lavarse las manos donde hay agua y jabón u otro agente de limpieza.

Salud reproductiva

Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años al momento de la encuesta había empezado el proceso reproductivo. La maternidad temprana es más prevalente en zonas rurales (23%) que en zonas urbanas (15%) y ha aumentado a lo largo de los últimos 30 años, sobre todo en zonas urbanas. Aproximadamente la mitad de las mujeres de 20 a 24 años con educación primaria habían tenido un nacido vivo antes de los 18 años (48%) en comparación con el 14% de las mujeres con educación secundaria y el 5% de las mujeres con educación superior.

El 67% de las mujeres de 15 a 49 años casadas o unidas actualmente usa algún método anticonceptivo. Casi la mitad (49%) de todas las mujeres adolescentes casadas o en unión no usa ningún método para prevenir el embarazo. El 35% de las mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas y el 60% de las adolescentes sexualmente activas no utiliza ningún método anticonceptivo.

En México, 13% de las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción. Esta cifra se duplica entre adolescentes casadas o unidas (28%).

Casi la totalidad (99%) de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años recibió atención prenatal, principalmente de parte de personal médico (98%) y con al menos cuatro consultas (94%). El 82% asistió a su primera consulta de atención prenatal durante el primer trimestre.

Casi todos los nacimientos en los dos años previos a la encuesta fueron atendidos por personal calificado (98%) y 97% se atendió en una unidad médica. El 82% de los partos se atiende en unidades del sector público y 15% en unidades del sector privado. En el 93% de los nacidos vivos, tanto las madres como los recién nacidos tuvieron ya sea un control de salud inmediatamente después del parto o una consulta oportuna de cuidados post-natales en las primeras 48 horas después del nacimiento.

El 88% de las mujeres recibieron consejería pre- o post-natal sobre anticoncepción pero solo 49% recibió consejería pre- o post-natal sobre salud mental y depresión. Durante la primera semana después del parto, 48% de las mujeres recibió información de un profesional de salud sobre infecciones en la primera semana post-parto, 42% recibieron información sobre pre-eclampsia o eclampsia, 36% recibieron información sobre hemorragias y 27% sobre trombosis o coágulos.

Desarrollo infantil temprano

El 60% de los niños/as de 36 a 59 meses asiste a un programa educativo organizado para la infancia temprana. Para tres cuartas partes (76%) de los niños/as de 36 a 59 meses, un miembro adulto de la familia participó en cuatro o más actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela durante los tres días previos a la encuesta. Si bien el 76% de los niños/as de 0 a 59 meses tiene por lo menos 2 juguetes, sólo 35% cuenta con por lo menos 3 libros infantiles en sus hogares. El 4% de los niños/as de 0 a 59 meses fue dejado al cuidado de otros niños/as (menores de 10 años) en la semana anterior.

De acuerdo al Índice de Desarrollo Infantil Temprano que la ENIM permite medir (basado en hitos del desarrollo relacionado con la alfabetización-conocimientos numéricos, el desarrollo físico, socio-emocional y el aprendizaje), el 82% de los niños/as de 36 a 59 meses se está desarrollando a un ritmo adecuado.

Por otro lado, de acuerdo al Índice de Dificultades del Desarrollo, 23% de los niños/as de 4 a 59 meses presenta desarrollo no adecuado en al menos un hito de desarrollo motor, socio-emocional o cognitivo.

Alfabetización y educación

La gran mayoría de las mujeres jóvenes de México son alfabetas y el estatus de alfabetización es superior a 90% en todas las regiones. Entre las mujeres que indicaron que la escuela primaria fue su nivel de educación más alto, sólo 75% pudo leer una frase simple.

El 87% de los niños/as que actualmente cursa el primer grado de primaria asistió a preescolar el año anterior. De los niños/as que están en edad de ingresar a la escuela primaria (6 años) en México, 92% cursa el primer grado de primaria. Sólo 80% de los niños/as en edad escolar para la secundaria está asistiendo a este nivel escolar.

La paridad de género en la escuela primaria, secundaria y media superior es 1.0, lo que indica que no hay diferencia en la asistencia de niñas y niños en ninguno de estos niveles escolares. Asimismo, en los tres niveles, las niñas representan la mitad de la población que está fuera de la escuela, a nivel nacional.

Protección infantil

El 95% de los niños/as menores de 5 años han sido registrados y el 94% cuenta con acta de nacimiento.

Uno de cada ocho niños/as y adolescentes de 5 a 17 años (12%) se involucran en trabajo infantil y 8% trabajan en condiciones peligrosas.

El 63% de los niños/as de 1 a 14 años de edad fue sometido al menos a una forma de castigo psicológico o físico por algún miembro adulto del hogar durante el mes anterior a la encuesta. El 6% de los niños/as fue sometido a un castigo severo.

El 8% de las mujeres de 15 a 19 años y el 9% de las de 20 a 24 años de edad actualmente casadas o en unión tiene un cónyuge mayor que ellas por diez años o más. El 5% de las mujeres encuestadas en la ENIM opina que es justificado que el esposo/pareja golpee a su esposa al menos en una de las cinco situaciones que fueron planteadas.

El 69% de los niños/as y adolescentes de 0 a 17 años vive con ambos padres, 24% vive solamente con su madre y 1% vive únicamente con el padre mientras el 5% de los niños/as ha perdido a uno o a ambos padres. El 0.7% de los niños/as y adolescentes de 0 a 17 años tiene uno o ambos padres en el extranjero

VIH/SIDA y comportamiento sexual

El 60% de las mujeres entre 15 y 49 años conoce las dos principales maneras de prevenir la transmisión del VIH (tener sólo una pareja fiel no infectada y usar preservativo toda vez que se tengan relaciones sexuales). El 51% de las mujeres entre 15 y 49 años puede identificar correctamente dos ideas equivocadas sobre el VIH. El 35% de las mujeres entre 15 y 49 años tiene conocimiento integral sobre el VIH/SIDA, el 88% sabe que el VIH se puede transmitir de madre a hijo/a y el 42% conoce las tres formas de transmisión de madre a hijo/a. El 72% de las mujeres de 15 a 49 años sabía dónde hacerse la prueba para detectar VIH, mientras que 42% se había hecho la prueba alguna vez. El 41% de las mujeres expresa cuatro actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH y el 5% expresa actitudes de discriminación.

El 2% de las mujeres de 15 a 49 años reporta haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. De ellas, sólo 33% reporta haber usado el preservativo cuando tuvieron relaciones sexuales la última vez. La prevalencia de relaciones sexuales antes de los 15 años entre mujeres de 15 a 24 años es de 7%. El 3% de mujeres de 15 a 24 años tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses; de ellas sólo 38% informó haber usado un preservativo en la última relación sexual.

Acceso a los medios de comunicación y uso de la tecnología de la comunicación e información

El 38% de las mujeres de 15 a 49 años en México lee un periódico o revista, 58% escucha la radio, y 90% ve televisión al menos una vez por semana. El 83% de mujeres de 15 a 24 años de edad ha usado alguna vez una computadora, 81% ha usado Internet alguna vez, 77% la usó durante el último año y 69% usó Internet por lo menos una vez por semana durante el último mes.

Bienestar subjetivo y sintomatología depresiva

El 95% de mujeres de 15 a 24 años reporta estar muy o algo satisfecha con la vida familiar, el 94% reporta estar muy o algo satisfecha con el aspecto físico que tienen, mientras menos mujeres están muy o algo satisfechas con el trato que reciben de los demás (89%) y el ingreso (87%). El 95% de las mujeres de 15 a 24 años reporta estar satisfecha con su vida en general. El porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que considera que su vida mejoró en el último año (63%) es menor que el porcentaje que espera mejores condiciones en el futuro (83%).

El 19% de las mujeres mexicanas de 15 a 49 años presenta sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa.

Funcionamiento y discapacidad

Se midió el reporte de las dificultades de funcionamiento de los niños/as de 2-4 años o de 5-17 años en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad así como de las emociones. El 2% de los niños/as de 2 a 4 años

presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, siendo esta prevalencia más elevada entre los niños (3%) que entre las niñas (2%). En este grupo de edad se observa que la principal dificultad se encuentra en el ámbito de hacerse entender (1%).

El 11% de los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años presenta dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, más de la mitad de los cuales (7%) presenta dificultades muy severas en al menos un ámbito. Asimismo, 4% de los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años presenta dificultades severas en más de un ámbito. En cuanto al ámbito de funcionamiento, la mayor prevalencia de dificultades severas fue ansiedad (6%), seguida de dificultades en los ámbitos de: aprendizaje (2%), aceptación de cambios en la rutina (2%) y hacer amigos (2%).

I. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Este informe se basa en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015) realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública. La ENIM 2015 es la implementación en México de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), un programa global de encuestas coordinado por UNICEF.

La encuesta proporciona datos estadísticamente robustos y comparables internacionalmente, que son esenciales para desarrollar políticas y programas basados en evidencia y para monitorear el avance en el logro de metas nacionales y compromisos mundiales. Entre esos compromisos del ámbito internacional están los que emanan de la Declaración y del Plan de Acción de un Mundo Apropiado para los Niños y Niñas, los objetivos de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la Declaración Mundial sobre la Educación para Todos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La información y el cumplimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes

México ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) el 21 de septiembre de 1990, y con ello reconoció la competencia de su órgano de expertos independientes, el Comité de los Derechos del Niño, para supervisar la aplicación de este instrumento en el país. Desde entonces, México ha presentado informes periódicos ante este Comité y ha respondido a sus observaciones y recomendaciones.

En mayo de 2012, México presentó sus Cuarto y Quinto informes consolidados, y en junio de 2014 presentó una adenda a este informe. Estos documentos, fueron evaluados por el Comité durante su 69° periodo de sesiones (mayo 2015). El 3 de julio de 2015 este Comité emitió sus observaciones finales, las cuales deberán ser consideradas e implementadas por el Estado Mexicano en los siguientes meses.

El Comité acogió con satisfacción diversos esfuerzos del Estado Mexicano para garantizar la aplicación de la CDN, entre ellos la publicación de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA o Ley General) en diciembre de 2014. No obstante, expresó también su preocupación sobre diversos temas, entre los que destaca el siguiente:

Reunión de datos. Aún no existen datos desagregados sobre violaciones de derechos de niñas, niños y adolescentes, particularmente sobre homicidios, con especial énfasis en los feminicidios de niñas; desapariciones; el abuso sexual; las medidas alternativas de cuidado para las niñas y niños privados de su entorno familiar (el acogimiento familiar y el internamiento en instituciones, las adopciones nacionales e internacionales); niñas y niños con discapacidad; refugiados y solicitantes de asilo; víctimas de delitos; entre otros.

La Ley General tiene como objetivo garantizar que los derechos de niñas, niños y adolescentes sean cumplidos de forma integral. Se encuentra alineada con la Convención sobre los Derechos del Niño y reconoce al menos 20 derechos y 15 principios establecidos en ésta. Esta Ley parte del reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y de la necesidad de establecer un régimen de protección especial que deberán observar la familia, la comunidad y el Estado, para que las niñas, niños y adolescentes puedan efectivamente acceder a sus derechos atendiendo a su condición de personas en desarrollo.

La Ley General crea un Sistema de Protección Integral, que puede definirse como el conjunto de órganos, entidades, mecanismos, instancias, leyes, normas, políticas, servicios y presupuestos a nivel nacional, local y municipal orientados a respetar, promover, proteger, restituir y restablecer los derechos de los niños y niñas y reparar el daño ante la vulneración de los mismos.

Además del Sistema Nacional de Protección Integral con sus respectivas Secretarías, Procuradurías de Protección de la Niñez y programas de protección, la Ley establece la creación de un Sistema Nacional de Información (que contará con datos para medir el cumplimiento de los derechos) y la necesidad de tener un presupuesto con enfoque de derechos para asegurar la asignación prioritaria de recursos para el cumplimiento de la Ley General.

Los datos de esta Encuesta servirán para alimentar dicho Sistema Nacional de Información. Por otro lado, serán también insumo para algunos de los indicadores establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, que se llevó a cabo en septiembre de 2015, los Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático. Los ODS son la continuación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos últimos, adoptados en el año 2000, permitieron importantes progresos en áreas como la reducción de la pobreza, el hambre, las enfermedades, la desigualdad de género y el acceso al agua y saneamiento, lo que demuestra el valor de una agenda unificadora apoyada por metas y objetivos. A pesar de este éxito, la pobreza no se ha terminado para todos.¹

Los ODS y la agenda para el desarrollo sostenible van mucho más allá de los ODM, abordando las causas fundamentales de la pobreza y la necesidad universal de desarrollo que funcione para todas las personas. Los 17 ODS y sus 169 metas entraron en vigor el 1 de enero de 2016 y guiarán las decisiones que los países adopten durante los próximos 15 años.

Con el fin de empoderar a las personas más vulnerables, esta Agenda refleja las necesidades de todos los niños, los jóvenes, las personas con discapacidad, las personas que viven con el VIH/SIDA, las personas de la tercera edad, los pueblos indígenas, los refugiados y los desplazados internos y los migrantes, entre otros.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015 serán de vital importancia para brindar una línea de base a 15 indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.²

¹Más información en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html>

²El proceso de definición de los ODS no ha terminado, por lo que la metodología para definirlos puede variar de los indicadores MICS. Para conocer los indicadores ODS se recomienda visitar: <http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>

Además, se espera que la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015 proporcione evidencia para otras iniciativas importantes, como el Compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada, un movimiento mundial para acabar con la mortalidad infantil por causas evitables, y el marco de rendición de cuentas propuesto por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas para la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños.

Este informe final presenta los resultados de los indicadores y los temas tratados en la encuesta.

Objetivos de la encuesta

Los principales objetivos de la ENIM 2015 en México fueron:

- Proveer información actualizada para evaluar la situación de los niños/as y de las mujeres en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015.
- Generar los datos necesarios para el monitoreo de los avances logrados en diversos campos y hacer mayores esfuerzos en las áreas que requieran más atención.
- Proporcionar los datos necesarios para monitorear el avance hacia el logro de objetivos acordados internacionalmente, como base para la acción futura, de manera específica contribuir a la generación de datos para la línea de base de la agenda post 2015 y de los nuevos Objetivos del Desarrollo Sostenible.
- Recolectar datos desagregados para identificar disparidades a fin de formular políticas basadas en evidencia dirigidas a la inclusión social de los más vulnerables.
- Servir como insumo para el monitoreo de algunos indicadores del Sistema Nacional de Información del Sistema Integral de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.



II. METODOLOGÍA DE LA MUESTRA Y DE LA ENCUESTA

Diseño de la muestra

La muestra de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015, se diseñó para poder estimar un gran número de indicadores sobre la situación de los niños, niñas y mujeres con posibles desagregaciones a nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, y para 5 regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México y Sur. Para generar un tamaño de muestra suficiente de niños/as menores de 5 años y de población indígena, la ENIM 2015 sobre-muestreó a hogares con niños/as menores de 5 años y hogares en zonas rurales. La muestra no permite la desagregación a nivel estatal, ni la combinación de estratos urbano o rural en las regiones.

El levantamiento de la ENIM 2015 se implementó a través de un muestreo en cuatro etapas, estratificado y de conglomerados. Los conglomerados fueron las AGEB (Áreas Geo-Estadísticas Básicas definidas por INEGI), y constituyen las Unidades Primarias de Muestreo (UPM). En las zonas urbanas la AGEB contiene manzanas.¹ En las zonas rurales, la AGEB contiene localidades.² El marco geo-estadístico de la ENIM 2015 se construyó a partir de tres fuentes: a) los resultados censales 2010 para las manzanas de las AGEB urbanas, b) los resultados censales 2010 para las localidades rurales y c) un marco geo-estadístico nacional de 2005 existente en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Para la selección de viviendas el equipo de cartografía del INSP realizó una actualización del marco geo-estadístico.

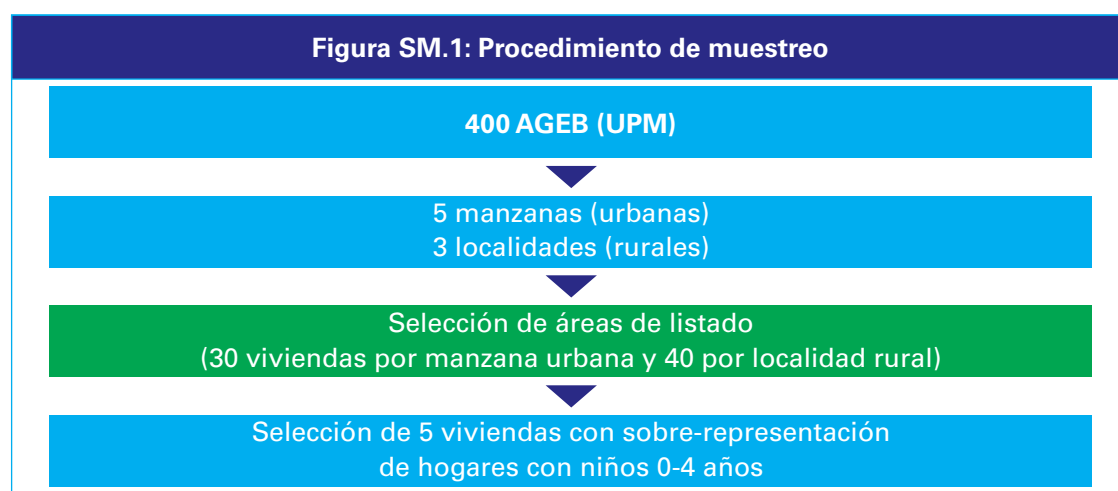
Para la asignación del tamaño de muestra se definieron cinco dominios de estudios conformados por estados contiguos que tienen de modo aproximado la misma población (Cuadro SM.1).

Cuadro SM.1: Dominios de estudio de la ENIM 2015	
Región	Entidad Federativa
Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora
Noreste	Aguascalientes, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas
Centro	Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán y Colima
CDMX-Edo México	Ciudad de México, Estado de México
Sur	Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

¹El AGEB urbano es la extensión territorial que contiene entre 1 y 50 manzanas que están delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo fácil de identificar en el terreno y cuyo uso del suelo sea básicamente habitacional, industrial, de servicios y comercial y que sólo se asignan al interior de las localidades urbanas.

²El AGEB rural es la extensión territorial que corresponde a la subdivisión de las áreas geo-estadísticas municipales, donde se ubica la parte rural, cuya extensión territorial en promedio es de 11,000 hectáreas y se caracteriza por el uso del suelo de tipo agropecuario o forestal, contiene localidades rurales y extensiones naturales tales como pantanos, lagos, desiertos, marismas, estuarios, selvas y/o manglares, delimitada por rasgos naturales (ríos, arroyos, barrancas) y culturales (vías de ferrocarril, líneas de conducción eléctrica, carreteras, brechas, veredas, ductos y límites prediales).

En la Figura SM.1 se describen las cuatro etapas del procedimiento de muestreo. En una **primera etapa**, se seleccionaron 400 AGEB, con probabilidad proporcional al tamaño.



En la **segunda etapa**, se seleccionaron 5 manzanas en las AGEB urbanas y 3 localidades en las AGEB rurales. La selección de viviendas adentro de cada manzana o localidad se realizó en la **tercera etapa** por el equipo de cartografía del INSP, de manera aleatoria con el apoyo de una computadora. Cada vivienda seleccionada fue entonces visitada por el equipo de cartografía y se procedió a la aplicación de una pequeña cédula a un adulto del hogar con el objetivo de identificar los hogares donde vivían niños/as menores de 5 años. Finalmente en la **cuarta etapa**, ya en gabinete, se procedió a seleccionar a 5 viviendas por cada 30 viviendas urbanas o por cada 40 viviendas rurales, asignando una mayor probabilidad a las viviendas con niños/as menores de 5 años. Conviene precisar que los espacios que se identificaron como no viviendas, fueron incluidos en el procedimiento de muestreo para evitar sesgos de omisión. Por otro lado, 7 de las AGEB elegidas no se pudieron visitar porque estaban inaccesibles por razones de inseguridad, o eran áreas de altos ingresos donde los colonos se organizaron para impedir el acceso del equipo de campo.

Derivado de este procedimiento, la muestra final contó con una sobre-representación de hogares con niños/as menores de 5 años, y, consecuentemente, con un mayor número promedio de mujeres de 15 a 49 años y de niños/as de 5 a 17 años (Figura SM.2).

Figura SM.2: Sobre-representación de hogares con niños y niñas menores de 5 años

Cartografía

Viviendas sin niños	Viviendas con niños	No se sabe

Encuesta

Viviendas sin niños	Viviendas con niños	No se sabe

Número promedio de integrantes por vivienda

	Niños < 5 años		Mujeres 15-49 años		Niños 5-17 años	
	Población	Muestra	Población	Muestra	Población	Muestra
Rural	0.42	0.78	1.03	1.24	1.19	1.37
Urbano	0.34	0.76	1.06	1.27	0.95	1.06

Finalmente, en los hogares, se seleccionaron todos los niños/as menores de 5 años, todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y todos los niños/as con edad entre 5 y 17 años. En el caso del módulo de trabajo infantil, se seleccionó aleatoriamente a un niño con edad entre 5 y 17 años. La muestra se estratificó por región, zonas urbanas y rurales, y no está auto-ponderada. Para determinar los resultados a nivel nacional, se aplicaron los factores de ponderación. En el Apéndice A se incluye una descripción más detallada del diseño de la muestra.

Cuestionarios

En la encuesta se utilizaron cuatro cuestionarios: 1) un cuestionario de hogar, que se usó para recolectar información sobre todos los miembros del hogar (residentes habituales), el hogar y la vivienda; 2) un cuestionario para mujeres, aplicado a todas las mujeres entre 15 y 49 años en cada hogar; 3) un cuestionario para niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, administrado a las madres de todos los niños, niñas y adolescentes en este grupo de edad que viven en el hogar, y 4) un cuestionario para menores de 5 años, administrado a las madres de todos los niños y niñas menores de 5 años que viven en el hogar. En aquellos casos en los que no se incluyó a la madre en el listado de los miembros del hogar, se identificó y entrevistó a un o una cuidador/a principal del niño o niña o adolescente. En el caso de adolescentes emancipados (que viven sin un tutor o cuidador), se aplicó el cuestionario directamente a el o la adolescente. A todos los niños/as menores de 5 años se les midió talla y peso usando equipo estandarizado (estadímetros y básculas) proporcionado por UNICEF.

El cuestionario de hogar incluyó los siguientes módulos:

- Panel de información del hogar
- Lista de los miembros del hogar
- Educación
- Trabajo infantil
- Disciplina infantil
- Características del hogar
- Agua y saneamiento
- Lavado de manos

El cuestionario para mujeres de 15 a 49 años incluyó los siguientes módulos:

- Panel de información de la mujer
- Antecedentes de la mujer
- Acceso a los medios de comunicación y uso de la tecnología de la información/comunicación
- Fecundidad
- Último nacimiento deseado
- Salud materna y del recién nacido
- Controles de salud post-natal

-
- Síntomas de enfermedad
 - Anticoncepción
 - Necesidad insatisfecha de anticoncepción
 - Actitud frente a la violencia doméstica
 - Matrimonio/unión
 - Comportamiento sexual
 - VIH/SIDA
 - Satisfacción con la vida
 - Sintomatología depresiva

El cuestionario para niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años de edad incluyó un solo módulo:

- Funcionamiento y discapacidad

El cuestionario para niños y niñas menores de 5 años de edad³ incluyó los siguientes módulos:

- Panel de información de niños y niñas menores de cinco años
- Edad
- Registro de nacimiento
- Desarrollo Infantil Temprano
- Lactancia e ingesta alimentaria
- Vacunación
- Cuidado de enfermedades
- Funcionamiento y discapacidad en niños y niñas (2-4 años)
- Antropometría

Los cuestionarios se basan en el modelo de cuestionario⁴ de la quinta ronda de MICS. A partir de su versión en español, los cuestionarios se adaptaron al español mexicano, al contexto, a cuestiones socioculturales (alimentos, creencias sobre VIH/SIDA, etc.) y políticas de salud (normas nacionales, instituciones de salud, etc.) del país. La adaptación de los cuestionarios se realizó en conjunto entre investigadoras del INSP y funcionarias de UNICEF México, tomando también como referencia cuestionarios utilizados previamente en el país en otras encuestas buscando una armonización entre los distintos instrumentos. Asimismo, se realizaron consultas con expertos sobre temas específicos cuando fue necesario.

³ Los términos “niños y niñas menores de 5”, “niños y niñas de 0 a 4 años” y “niños y niñas entre 0 y 59 meses” se usan indistintamente en este informe.

⁴ El modelo de cuestionario MICS5 está disponible en: <http://mics.unicef.org/tools#survey-design>.

La encuesta ENIM 2015 utilizó la metodología de Entrevista Personal Asistida por Computador (CAPI por sus siglas en inglés) a través de tabletas. Todas las aplicaciones para recolectar y administrar los datos fueron programadas en CSPro versión 5, utilizando como base los programas estándares desarrollados por el equipo global de MICS. Un equipo de programación integrado por tres investigadores del INSP adaptó los cuestionarios en papel al programa CSPro, integrando al programa CAPI los reactivos de los cuestionarios en la versión adaptada a México.

La primera versión de los cuestionarios en CAPI adaptada a México se puso a prueba durante el *pretest* (piloto) de la encuesta. Con el apoyo constante del consultor de UNICEF Harry Hernández, el equipo de programación corrigió errores y problemas identificados durante el pretest y en semanas posteriores, hasta producir la versión final que se utilizó durante el levantamiento de la encuesta.

Los cuestionarios se pilotearon a través de tres pruebas de campo. En primer lugar se realizó una prueba preliminar de los cuestionarios del 26 al 29 de junio del 2015, con una muestra intencional de 21 hogares en zonas urbanas del área conurbada de la Ciudad de México (N=14) y en zonas rurales de la Sierra Norte del estado de Puebla (N=7). Esa prueba realizada en papel en 21 hogares sirvió para probar los contenidos, estructura y fluidez del cuestionario en papel, registrar tiempos de aplicación y registrar dudas por parte de los entrevistados y entrevistadores para mejorar el cuestionario en papel. Antes de la prueba preliminar se realizó una capacitación de un día.

Durante la semana del 13 al 18 de julio de 2015, se llevó a cabo la segunda prueba, que fue el *pretest* (o prueba piloto) de 104 hogares de la ENIM 2015 en zonas urbanas y rurales del estado de Puebla, donde se realizó cartografía y listado de hogares y posteriormente se realizaron las entrevistas (aplicación de los cuestionarios) y antropometría. Durante el *pretest*, los cuestionarios se aplicaron en computadora portátil ya que no se disponía de las tabletas en ese momento. Las medidas antropométricas se realizaron utilizando las básculas y estadímetros (proporcionados por UNICEF) siguiendo los procedimientos establecidos por el Programa Global de MICS. Los y las coordinadores y supervisores de campo fungieron como entrevistadores durante la prueba preliminar en papel y el *pretest* de 104 hogares. El *pretest* estuvo precedido por una capacitación de tres días que se llevó a cabo del 13 al 15 de julio de 2015.

Para el *pretest*, dentro del estado de Puebla se seleccionaron las localidades de Xicotepec de Juárez en el municipio de Xicotepec (zona urbana) y las localidades rurales de Ocomantla y Zihuateutla en el municipio de Zihuateutla. Se seleccionaron intencionalmente zonas rurales con habitantes quienes hablaban una lengua indígena, para probar los cuestionarios en esta población. Hicieron la cartografía para el *pretest* 2 supervisores y 4 cartógrafos, organizados en 2 equipos. En la aplicación de cuestionarios y las medidas antropométricas durante el *pretest*, se levantaron las entrevistas en las viviendas seleccionadas; para este trabajo se contó con 1 coordinadora general de campo, 4 supervisores, de los cuales fueron 1 supervisor para antropometría y 3 para cuestionarios, 10 entrevistadores y 4 enfermeras/os. Con este personal se formaron 3 equipos. Adicionalmente, dos miembros del equipo de programación de la encuesta trabajaron para el apoyo de cómputo en el *pretest* e investigadoras del INSP y funcionarias de UNICEF México acompañaron la realización del *pretest*. Se trabajó el jueves 16 de julio en la localidad urbana y el viernes 17 de julio en las localidades rurales.

Se compilaron todas las observaciones y recomendaciones del *pretest* a partir de las siguientes fuentes:

- Observaciones realizadas durante la capacitación previa al *pretest* (dudas sobre cuestionarios y su aplicación, incluyendo el uso del programa CAPI).
- Observaciones sobre los cuestionarios y logística de campo registradas en una bitácora por cada entrevistador.
- Observaciones de funcionarias de UNICEF México, quienes acompañaron la realización del *pretest*.
- Observaciones de investigadoras del INSP, quienes acompañaron la realización del *pretest*.
- Inspección de frecuencias simples de las opciones de respuesta “otro”, verificando que estas no rebasaban el 15%.
- Registro de la duración de la aplicación de los cuestionarios y cálculo de la duración media de cada cuestionario.

A partir de los resultados de estas dos pruebas (preliminar y *pretest*), se realizaron cambios en la redacción y traducción de los cuestionarios. Adicionalmente, se registraron problemáticas y dudas que debían revisarse en la capacitación. Finalmente, se realizó una tercera prueba en la cual se aplicaron los cuestionarios utilizando las tabletas, y se probó todo el sistema logístico, de supervisión y de transferencia de datos, relacionado con la aplicación de los cuestionarios. En el Apéndice F se incluyen los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015).

Capacitación y trabajo de campo

Del 3 al 28 de agosto de 2015 se desarrolló un programa de capacitación presencial de todo el personal de campo, incluyendo el personal de cartografía, en jornadas de 8 horas en la Sede Tlalpan del INSP, en la Ciudad de México. Esta capacitación permitió la estandarización de todo el procedimiento de la encuesta incluyendo estándar de oro⁵ para el levantamiento de datos antropométricos. Personal de las Oficinas Regional y Nacional de UNICEF prestó apoyo durante la capacitación.

La capacitación de los cartógrafos se llevó a cabo del 3 al 7 de agosto e incluyó presentaciones teóricas en aula, revisión de objetivos y contenidos generales de la ENIM, sociodramas de las actividades de cartografía y práctica de la captura electrónica y envío de información (utilizando aplicaciones previamente diseñadas por el INSP para este fin). Se realizaron prácticas sobre el terreno (en campo) en una comunidad urbana y en una comunidad rural. Las prácticas incluyeron la elaboración de mapas y el vaciado en hojas de control de los resultados generados por la aplicación para cada vivienda. Se llevó a cabo una evaluación individual de la práctica de campo de cada cartógrafo con retroalimentación.

Del 10 al 28 de agosto se llevó a cabo la capacitación del personal de campo restante: coordinadores, supervisores/as, entrevistadores/as, antropometristas y apoyos de cómputo. La primera fase de la capacitación consistió en el desarrollo por secciones del cuestionario en papel de forma conjunta con los manuales de instrucciones (manuales de cada cuestionario, manual del supervisor y manual de antropometría). La segunda fase

⁵Se consideran estándar de oro a los antropometristas previamente estandarizados y con los cuales fue posible hacer una estimación de la sensibilidad y precisión de los medidores que se capacitaron.

consistió en la capacitación en el uso y manejo del dispositivo portátil de captura (CAPI en tabletas) que se utilizó para la aplicación del cuestionario electrónico. Los objetivos principales de la capacitación fueron los siguientes:

- Formar al personal de campo sobre los aspectos éticos y metodológicos del levantamiento de la encuesta.
- Formar al personal de campo con relación a reactivos o preguntas incluidas en los cuestionarios, indicadores a obtener, e instruirles en el manejo y llenado de los cuestionarios.
- Formar al personal de campo a nivel teórico y práctico en los aspectos éticos de la encuesta, incluyendo el acercamiento inicial a los hogares, la aplicación correcta del consentimiento informado para lograr la participación voluntaria, el manejo en términos éticos de los cuestionarios y de las mediciones antropométricas y toma de muestras biológicas.
- Desarrollar, a través de prácticas simuladas, las destrezas necesarias relacionadas con el proceso de la entrevista y la aplicación de los cuestionarios.
- Formar al personal de campo en el uso y manejo de las tabletas para la correcta recolección de información.
- Estandarizar a los participantes que realizarían las mediciones antropométricas (enfermeras) en el uso y manejo de los estadímetros y básculas.
- Formar a las enfermeras en la realización de la toma de muestras de sangre capilar.

Durante la capacitación de los y las entrevistadores se realizaron charlas o presentaciones teóricas en aula, revisando los contenidos de los cuestionarios, presenciando y participando en sociodramas o simulación de entrevistas entre las personas en entrenamiento y finalmente practicando en parejas la aplicación de los cuestionarios en papel. Posteriormente, se realizaron prácticas en aula, ensayando la aplicación de los cuestionarios en tableta y realizando las operaciones en tableta necesarias para transferencia de datos y cerrando *clusters* (conglomerados). La capacitación en uso del programa CAPI y de las tabletas incluyó los siguientes puntos:

- Cómo manejar la tableta, las memorias USB y tarjeta SD, cómo mantener la carga adecuada de la pila de la tableta.
- Cómo y cuándo se puede expulsar la memoria USB, ranuras donde se mete la memoria USB, la tarjeta SD y la fuente de energía, cómo y cuándo se puede conectar la tableta a la energía eléctrica de ser necesario durante la aplicación de los cuestionarios.
- Números (como el número del conglomerado) y códigos (de respuesta) que se registran al llenar los cuestionarios, su significado y cómo capturarlos.
- Prohibiciones o reglas para el uso de las tabletas (como el que no se puede usar las tabletas en internet).
- Significados de diferentes avisos (*warnings*, etc.) que arroja el programa CAPI, cuál es el procedimiento a seguir dependiendo del tipo de aviso, comandos (en menús) y cómo se deben de utilizar y cuáles peligros hay en su uso.

La capacitación de las y los antropometristas (todos enfermeras/os con experiencia en antropometría en encuestas realizadas previamente por el INSP), incluyó la realización de presentaciones teóricas y revisión práctica en aula de la antropometría. Adicionalmente, se realizaron 6 días de prácticas de toma de peso y longitud (0-23 meses) y peso y talla (2 a 5 años) en campo (sobre el terreno) en guarderías infantiles de la Ciudad de Cuernavaca, en el estado de Morelos. También se realizaron 5 días de prácticas de peso y longitud (0-23 meses) y peso y talla (2 a 5 años) en campo (sobre el terreno) en la Ciudad de México, con niños y niñas reclutados/as para prácticas en el lugar de la capacitación. Se evaluó la estandarización de las y los antropometristas a través de una comparación de sus mediciones de peso y talla o longitud con dos antropometristas que se consideran estándar de oro, estimando precisión y exactitud para cada persona siendo capacitada. Se realizaron prácticas de antropometría hasta lograr la estandarización de cada medidor (enfermera/o).

Al final de la capacitación, los y las participantes capacitados ensayaron las técnicas para entrevistar y medir antropometría en dos etapas; primero se realizó una práctica de manera individual durante un día, levantando (en campo) cada entrevistador/a un hogar completo (cuestionario de hogar, de mujer, de niño menor de 5 años y niño o adolescente para el cuestionario de funcionamiento-discapacidad) en tableta. En la segunda etapa, se realizó una práctica en equipo, sobre el terreno (en campo), durante 1 día, en una comunidad de la Ciudad de México, levantando cuestionarios de hogar, mujer, niño o niña menor de 5 años y de funcionamiento-discapacidad) en tableta y transfiriendo los datos y cerrando *clusters* (conglomerados), así como realizando mediciones de antropometría en los niños o niñas menores de 5 años.

Previo a la salida a campo, hubo una jornada adicional de capacitación el día 31 de agosto sobre los cambios a los cuestionarios tras los comentarios del equipo global de UNICEF.

El trabajo de campo de la ENIM 2015 se llevó a cabo por 6 brigadas, cada una con 2 equipos de campo, para un total de 12 equipos de trabajo de campo. Cada equipo estuvo conformado por un supervisor, 3 encuestadores y 1 antropometrista (enfermera/o). Cada brigada contó con 1 coordinador de campo y 1 apoyo de cómputo (cada dos equipos) así como una coordinadora general de campo que realizó supervisión y coordinación general. El trabajo de campo empezó en septiembre de 2015 y terminó en diciembre de 2015. En total participaron: 1 coordinadora general, 19 cartógrafos, 6 coordinadores, 12 supervisores, 38 entrevistadores, 13 antropometristas y 5 personal de apoyo de cómputo.

Procesamiento y análisis de datos

El levantamiento de la información se realizó con 73 Tabletas marca PRESTIGIO MULTIPAC Visconte 2 en las que se introdujeron los datos con la ayuda del software CPro versión 5.0. Durante el proceso, se usaron procedimientos y programas estándares desarrollados por el programa MICS global y adaptados a los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México, ENIM 2015. La recolección de datos se realizó directamente en el sistema CAPI. Los datos se analizaron con el software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versión 20, siguiendo para este fin, el modelo de sintaxis y los planes de tabulación de monitoreo de calidad de datos desarrollados por UNICEF y personalizados para la ENIM. De manera paralela al levantamiento de la información se realizó en Oficinas Centrales del INSP sede Tlalpan un monitoreo constante a la calidad de los datos, así como la edición secundaria de los mismos para corregir inconsistencias y errores en los mismos.

Consideraciones éticas y de bioseguridad

El protocolo de investigación de la ENIM 2015 se sometió a la comisión de investigación y comités de ética y de bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública, que revisaron dicho protocolo para posteriormente emitir sus aprobaciones.

Los procedimientos para cumplir con los requerimientos éticos incluyeron informar de los objetivos y procedimientos del estudio al entrevistado/entrevistada a través de una carta de consentimiento informado o de asentimiento (Cuadro SM.2). Se informó que el estudio recolecta información anónima y que los nombres y datos personales de los entrevistados no aparecerán en la base de datos. También se informó que el acceso a los datos recolectados por la encuesta lo tendrán únicamente los investigadores responsables. Adicionalmente, se explicó que la participación del entrevistado/a es completamente voluntaria y se dio a conocer el tiempo promedio de duración de la entrevista. Por último, se solicitó autorización para realizar la entrevista o recolección de datos antropométricos y muestra de sangre, en su caso, así como la firma del consentimiento informado por parte del entrevistado/a o de las madres o cuidadoras/es de niños/as y adolescentes no emancipados menores de 18 años. Se entregó a cada entrevistado una copia de la hoja de consentimiento informado que contiene los datos de contacto de la coordinadora general de campo, de la investigadora principal del proyecto y de la presidenta del comité de investigación en el INSP.

Cuadro SM.2: Cartas de consentimiento y asentimiento informado. ENIM 2015

Persona (de la cual se recolectan datos)	Tipo de consentimiento solicitado	Tipo de datos recolectados
Integrante del hogar, mayor de 18 años, o adolescente de 15-17 años emancipado (un integrante por hogar).	Carta de Consentimiento Informado para que un mayor de 18 años o adolescente de 15-17 años emancipado, participe en la Encuesta Nacional sobre niños, niñas y mujeres en México, 2015. Para que el informante del hogar conteste el cuestionario de hogar.	Cuestionario sobre todos los integrantes del hogar.
Mujeres de 15-17 emancipadas y mujeres 18-49 años (todas las mujeres de 15-49 años).	Carta para que mujeres de 15 a 17 años emancipadas y de 18 a 49 años brinden información acerca de su condición de salud, embarazo, anticonceptivos, actitudes frente a la violencia, satisfacción con la vida y acceso a los medios de comunicación.	Cuestionario de mujeres de 15-49 años.
Madres de todos los niños/as menores de 5 años.	Carta para que la madre del/la menor de 5 años brinde información acerca de condiciones del desarrollo, salud y bienestar y consienta que se tomen medidas de talla y peso al niño/niña, así como una toma cutánea de sangre.	Cuestionario de niños/as menores de 5 años. Medición de peso y talla; toma de sangre capilar.
Adolescentes mujeres de 15-17 años no emancipadas (todas las mujeres de 15-17 años).	Para que el padre, madre o responsable de una adolescente de 15-17 años consienta que la adolescente brinde información acerca de su condición de salud, embarazo, anticonceptivos, actitudes frente a la violencia, satisfacción con la vida y acceso a los medios de comunicación.	Cuestionario de mujeres de 15-49 años.
Adolescentes mujeres de 15-17 años no emancipadas (todas las mujeres de 15-17 años).	Carta de asentimiento informado para que mujeres de 15 a 17 años no emancipadas brinden información acerca de su condición de salud y sexualidad, violencia, satisfacción con la vida, y acceso a los medios de comunicación.	Cuestionario de mujeres de 15-49 años.
Madres de todos los niños/as de 5 a 17 años no emancipados.	Carta de consentimiento para que la madre del niño/a de 5 a 17 años, brinde información acerca de discapacidades.	Cuestionario de funcionamiento y discapacidad en menores de 5 a 17 años.
Adolescentes mujeres u hombres de 15-17 años emancipados (todos/as adolescentes de 15-17 años emancipados/as).	Carta de consentimiento para que adolescentes emancipadas de 15 a 17 años brinden información acerca de su condición de funcionamiento y discapacidad.	Cuestionario de funcionamiento y discapacidad en menores 5-17 años.

Por otro lado, para cumplir con los requerimientos de bioseguridad, el INSP llevó a cabo las gestiones formales con los Servicios Estatales de Salud para que éstos se hicieran cargo de la disposición de los residuos peligrosos biológicos infecciosos.

III. COBERTURA DE LA MUESTRA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES Y DE LOS ENCUESTADOS

Cobertura de la muestra

De los 11,825 hogares seleccionados para la muestra, se encontró que 11,483 estaban ocupados. De estos, se entrevistó a integrantes de 10,760 hogares. La tasa de respuesta en los hogares fue de 94%.

En los hogares entrevistados se identificaron 12,937 mujeres de 15 a 49 años de edad. De estas, se entrevistó a 12,110 con una tasa de respuesta de 94%.

La encuesta también incluyó una muestra de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años. Se utilizaron los datos generados por la sección “selección de un/a niño/a para trabajo infantil/disciplina infantil” del cuestionario de hogar para generar una lista de todos los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que habitaban en los hogares entrevistados. En total se listaron 11,812 niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años de los cuales se obtuvieron 11,607 cuestionarios completos contestados por las madres o cuidadores/as. La tasa de respuesta en este caso fue de 98%.

En el cuestionario de hogares hubo 8,216 niños y niñas menores de cinco años listados. Los cuestionarios de los menores de 5 años fueron completados por el informante adecuado (madre o cuidadores/as) para 8,066 niños y niñas. Por lo tanto la tasa de respuesta fue de 98%.

De manera separada, se calcularon las tasas globales de respuesta, que consideran la tasa de respuesta de los hogares¹ resultando 88% para mujeres y 92% para niños/as y adolescentes de 5 a 17 años y 92% para niños/as menores de 5 años (cuadro HH.1).

¹ Las tasas globales de respuesta se obtienen al multiplicar la tasa de respuesta del cuestionario de interés (mujeres, niños/as menores de 5 años o niños/as y adolescentes 5-17 años) y la tasa de respuesta de los hogares. Con esto se toma en cuenta aquellos hogares que se incluyeron en la muestra y estaban ocupados pero no fueron entrevistados.

Cuadro HH.1: Resultados de las entrevistas de hogar, mujeres, niños/as y adolescentes y niños/as menores de 5 años

Número de hogares, mujeres, niños/as y adolescentes y niños/as menores de 5 años según los resultados de las entrevistas del hogar, mujeres, niños/as y adolescentes y menores de 5 años, y tasas de respuestas de hogares, mujeres, niños/as y adolescentes y menores de 5 años, México, 2015

	Zona de residencia			Región				
	Total	Urbana	Rural	Noroeste	Noreste	Centro	CDMX-Edo Mex	Sur
Hogares								
Muestreados	11,825	8,189	3,636	2,263	2,612	2,047	2,566	2,337
Ocupados	11,486	7,900	3,586	2,192	2,576	2,011	2,427	2,280
Entrevistados	10,760	7,240	3,520	2,045	2,460	1,945	2,110	2,200
Tasa de respuesta del hogar	93.7	91.6	98.2	93.3	95.5	96.7	86.9	96.5
Mujeres								
Elegibles	12,937	8,752	4,185	2,441	2,859	2,410	2,574	2,653
Entrevistadas	12,110	8,098	4,012	2,300	2,749	2,240	2,304	2,517
Tasa de respuesta de las mujeres	93.6	92.5	95.9	94.2	96.2	92.9	89.5	94.9
Tasa global de respuesta de las mujeres	87.7	84.8	94.1	87.9	91.8	89.9	77.8	91.5
Niños/as y adolescentes de 5-17 años								
Elegibles	11,812	7,389	4,423	2,176	2,627	2,261	2,163	2,585
Madres/cuidadoras entrevistadas	11,607	7,212	4,395	2,123	2,612	2,238	2,079	2,555
Tasa de respuesta de los niños/as y adolescentes	98.3	97.6	99.4	97.6	99.4	99.0	96.1	98.8
Tasa de respuesta global de los niños/as y adolescentes	92.1	89.5	97.5	91.0	95.0	95.7	83.6	95.4
Niños/as menores de 5 años								
Elegibles	8,216	5,294	2,922	1,518	1,937	1,545	1,449	1,767
Madres/cuidadoras entrevistadas	8,066	5,170	2,896	1,494	1,912	1,521	1,398	1,741
Tasa de respuesta de los menores de 5	98.2	97.7	99.1	98.4	98.7	98.4	96.5	98.5
Tasa de respuesta global de menores de 5	92.0	89.5	97.3	91.8	94.3	95.2	83.9	95.1

Se observaron mayores tasas de respuesta en las zonas rurales en comparación con las urbanas (98% y 92%, respectivamente). En la región Ciudad de México-Estado de México, la tasa de respuesta de los hogares fue menor (87%) en comparación con el resto de las regiones; la mayor tasa de respuesta se encontró en la región Centro (97%). Posibles hipótesis respecto a las mayores tasas de respuesta en zonas rurales en comparación con las urbanas son que en las primeras las personas permanecen más tiempo en el hogar y en general presentan mayor disposición a contestar las encuestas (por percibir un menor nivel de inseguridad, las personas en estas zonas pudieran tener más confianza para abrir la puerta a un entrevistador).

Características de los hogares

El Cuadro HH.2 muestra datos ponderados de la distribución por edad y sexo de la población en los hogares entrevistados. La distribución también es usada para elaborar la pirámide poblacional de la Figura HH.1.

Cuadro HH.2: Distribución de los hogares por edad por sexo

Distribución porcentual y frecuencia de la población de los hogares por grupos de edad quinquenales, grupos de edad de dependencia, y por poblaciones de niño/a (edad de 0-17 años) y de adulto (edad de 18 años o más), según sexo, México, 2015.

	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total	40,381	100.0	19,307	100.0	21,074	100.0
Edad						
0-4	3,990	9.9	1,909	9.9	2,080	9.9
5-9	3,787	9.4	1,924	10.0	1,863	8.8
10-14	4,149	10.3	2,073	10.7	2,076	9.9
15-19	3,508	8.7	1,840	9.5	1,667	7.9
20-24	3,294	8.2	1,521	7.9	1,773	8.4
25-29	2,875	7.1	1,342	7.0	1,533	7.3
30-34	2,958	7.3	1,436	7.4	1,522	7.2
35-39	2,672	6.6	1,179	6.1	1,494	7.1
40-44	2,726	6.8	1,295	6.7	1,431	6.8
45-49	2,472	6.1	1,098	5.7	1,373	6.5
50-54	2,290	5.7	1,032	5.3	1,257	6.0
55-59	1,690	4.2	771	4.0	920	4.4
60-64	1,310	3.2	664	3.4	647	3.1
65-69	971	2.4	447	2.3	524	2.5
70-74	671	1.7	280	1.4	391	1.9
75-79	424	1.0	219	1.1	205	1.0
80-84	345	0.9	118	0.6	227	1.1
85+	210	0.5	121	0.6	89	0.4
Ignorado/NS	40	0.1	38	0.2	2	0.0
Grupos de edad de dependencia						
0-14	11,926	29.5	5,906	30.6	6,019	28.6
15-64	25,794	63.9	12,177	63.1	13,617	64.6
65+	2,620	6.5	1,185	6.1	1,436	6.8
Ignorado/NS	40	0.1	38	0.2	2	0.0
Poblaciones de niño/a y adulto						
Edad de los niños/as de 0-17 años	14,033	34.8	7,004	36.3	7,030	33.4
Edad de los adultos de 18+ años	26,307	65.1	12,265	63.5	14,042	66.6
Ignorado/NS	40	0.1	38	0.2	2	0.0

En los 10,760 hogares entrevistados en la encuesta, se listaron 40,381 miembros del hogar. De estos, 19,307 (48%) eran hombres y 21,074 (52%) eran mujeres. Las proporciones en la encuesta son similares a las reportadas en el último Censo de población y vivienda de 2010² en el que las proporciones fueron 49% y 51% de hombres y de mujeres, respectivamente. Al comparar la distribución por grupos de edad (en cuanto a la relación de dependencia demográfica),³ se muestran similitudes entre la ENIM (30% para el grupo de <15 años, 64% en el grupo de 15-64 años, 6% con 65 años y más) y el Censo de población (29% en menores de 15 años, 64% en el grupo de 15-64 años y 6% con 65 años y más).

En la Figura HH1 se presenta la pirámide poblacional a partir de los datos de la ENIM. En la base de la pirámide se observa una baja fecundidad, pues del total de la población, 5.2% son niñas y 4.7% son niños menores de 5 años. Además, se trata de una población joven, donde 38% de la población es menor de 20 años (19% hombres y 19% mujeres), y cerca de 55% se encuentra en edades laborales entre los 20 y 64 años (26% hombres y 30% mujeres). Cabe señalar que en la base de la pirámide de población, en el caso de las mujeres, se observa una proporción ligeramente mayor a la de los hombres (4.7% en niños y 5.2% en niñas menores de 5 años).⁴ En el Cuadro DQ1, en el Apéndice D, se encuentra la distribución por edad desplegada (registrada en la ENIM), y se observa que 2.1% de los hombres y 2.5% de las mujeres (0.4 puntos porcentuales de diferencia) tienen edad exacta de 4 años. No obstante, el 2.1% de los hombres y el 1.8% de las mujeres reportan tener 5 años de edad (una diferencia de 0.3 puntos porcentuales y operando en dirección opuesta, es decir, hay menos mujeres de 5 años y más de 4 años). Aunque en el Censo de la población estas diferencias son menores que en la ENIM, las diferencias entre hombres y mujeres de 4 y 5 años registradas en la ENIM no son estadísticamente significativas, ya que los intervalos al 95% de confianza para dichas proporciones se traslapan.⁵ En el Cuadro DQ1 del Apéndice D, se observa que según lo registrado por la ENIM, 36% de los hombres y 33% de las mujeres pertenecen al grupo de 0 a 17 años.

² Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del Cuestionario Básico.

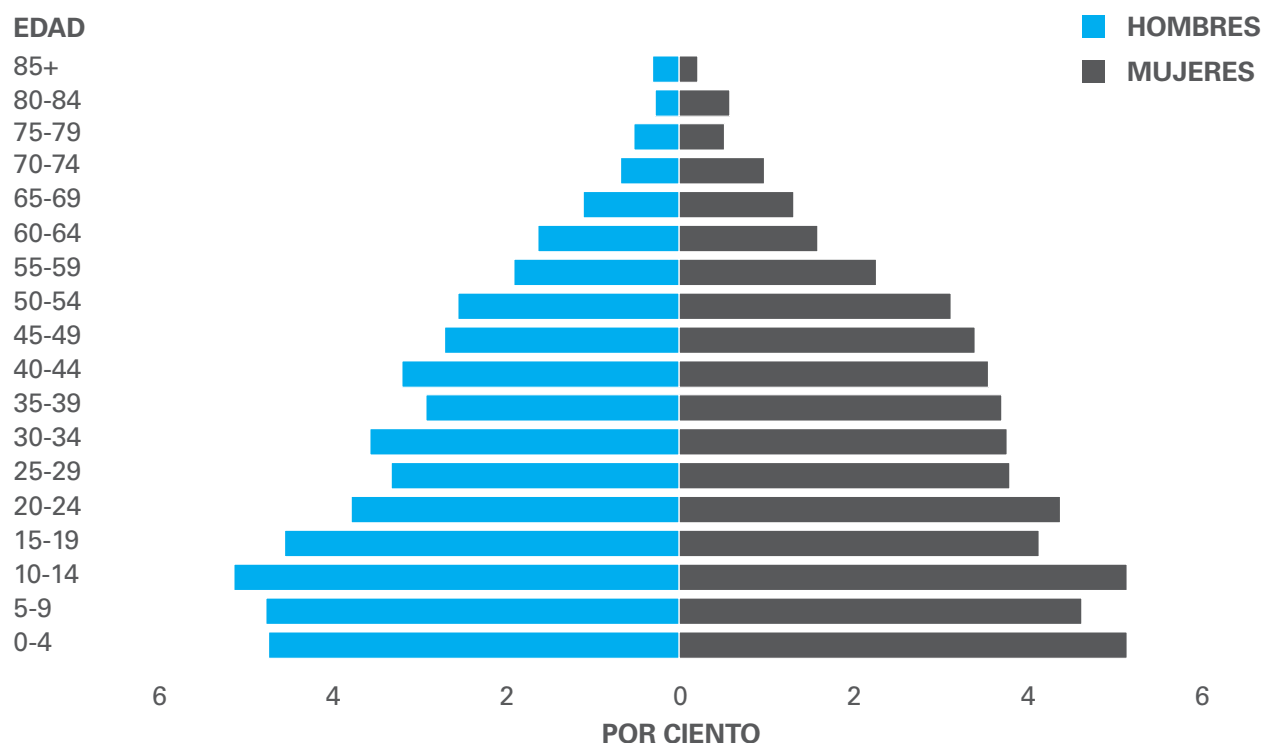
Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=27302&s=est>

³ Según el INEGI, la Relación de Dependencia en términos demográficos es: "el número de personas en edades teóricamente inactivas (personas de 0 a 14 y de 65 años y más) por cada cien personas en edades teóricamente activas (personas de 15 a 64 años). Fuente: INEGI. Metodología de Indicadores de la Serie Histórica Censal 2016, disponible en http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpvsh/doc/metodologia_indicadores.pdf.

⁴ Si bien esto podría sugerir una mala clasificación de la edad entre las mujeres registradas dentro de la encuesta como menores de 5 años que deberían estar en el grupo de 5 a 9 años, al obtener los intervalos de confianza al 95% no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los intervalos al 95% de confianza se traslapan (indicando que no fueron significativas en términos estadísticos): para el grupo de edad de 0 a 4 años se encontró 4.7 (IC al 95%: 4.4, 5.1) para hombres y 5.2 (IC al 95%: 4.8, 5.5) para mujeres. En el caso del grupo de edad 5 a 9 años las estimaciones fueron 4.8 (IC al 95%: 4.4, 5.1) en hombres y 4.6 (IC al 95%: 4.5, 5.0) en mujeres.

⁵ En las niñas de 4 años cumplidos la estimación fue de 2.5% (IC al 95%: 1.9, 3.1) y en los 5 años cumplidos 1.8% (IC al 95%: 1.4, 2.2).

Figura HH.1: Distribución por edad y sexo de la población de los hogares, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Nota: se excluye el 0.1% de miembros del hogar con edad y/o sexo faltante.

Los Cuadros HH.3, HH.4 y HH.5 proporcionan información básica sobre los hogares, las mujeres encuestadas de 15 a 49 años, los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años y los niños y niñas menores de 5 años. Se presentan tanto las cifras sin ponderar como las ponderadas. Esta información es esencial para interpretar los resultados que se presentan más adelante en el informe y permite además conocer las características básicas de la representatividad de la muestra de la encuesta. Los demás cuadros de este informe sólo presentan cifras ponderadas.⁶

El Cuadro HH.3 provee información básica sobre los hogares, incluido el sexo del jefe del hogar, la región, la zona de residencia (rural o urbana), el número de miembros del hogar, el nivel de educación del jefe del hogar, y la etnia⁷ del jefe del hogar. Estas características generales se usan en los siguientes cuadros de este informe; las cifras del Cuadro HH.3 también muestran el número de observaciones de las principales categorías de análisis del informe.

⁶ Para más detalles sobre la ponderación de la muestra, véase el apéndice A: Diseño de la muestra.

⁷ Se identificó como hogar indígena a aquel donde el jefe del hogar reporta hablar una lengua indígena.

Cuadro HH.3: Composición del hogar

Distribución porcentual y frecuencial de hogares por características seleccionadas, México, 2015.

	Porcentaje ponderado	Número de hogares	
		Ponderado	Sin ponderar
Total	100.0	10,760	10,760
Sexo del jefe del hogar			
Hombre	73.5	7,910	8,370
Mujer	26.5	2,850	2,390
Región			
Noroeste	20.3	2,181	2,045
Noreste	22.2	2,392	2,460
Centro	15.0	1,611	1,945
CDMX-Edo México	22.1	2,377	2,110
Sur	20.4	2,199	2,200
Zona de residencia			
Urbana	78.1	8,404	7,240
Rural	21.9	2,356	3,520
Número de miembros del hogar			
1	7.4	793	288
2	17.5	1,881	956
3	21.8	2,343	2,100
4	23.6	2,544	2,758
5	16.1	1,730	2,226
6	8.0	861	1,239
7	3.2	339	618
8	1.1	124	266
9	0.7	74	149
10+	0.7	70	160
Educación del jefe del hogar			
Ninguna	6.7	724	728
Primaria	30.1	3,240	3,652
Secundaria	28.9	3,108	3,487
Media Superior	16.8	1,812	1,788
Superior	17.4	1,871	1,097
Ignorado/NS	0.1	6	8
Etnia del jefe del hogar			
Hogar indígena	6.8	729	1,003
Hogar no indígena	93.2	10,029	9,749
Ignorado/NS	0.0	3	8
Media del tamaño del hogar	3.8	10,760	10,760

El número total de hogares ponderados y sin ponderar son iguales porque se normalizaron los factores de ponderación de la muestra. El Cuadro HH3 también muestra la media ponderada del tamaño del hogar estimado por la encuesta.

Como muestra el Cuadro HH.3, el 73% de los hogares tiene una jefatura de hogar masculina, el 78% se encuentra en zonas urbanas, el 7% de los jefes del hogar no cuentan con educación formal y el 93% de los hogares no son indígenas. Estas cifras son similares a lo encontrado en el Censo de Población y Vivienda 2010. El tamaño promedio de los hogares en la encuesta es cercano a 4 personas, lo cual también es similar a lo encontrado en el Censo 2010.

Características de las mujeres de 15 a 49 años de edad encuestadas, de los niños y niñas y adolescentes de 5 a 17 años y de los niños y niñas menores de 5 años

Los Cuadros HH.4, HH.4MX⁸ y HH.5 proporcionan información sobre las características generales de las mujeres encuestadas de 15 a 49 años de edad, de los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años y de los niños y niñas menores de 5 años. Además, los cuadros también muestran el número de observaciones en categorías de interés, como sexo, edad, región, zona de residencia e índice de riqueza, que se usan en las siguientes tabulaciones de este informe.

El Cuadro HH.4 presenta las características generales de las mujeres de 15 a 49 años encuestadas. Incluye información sobre la distribución de las mujeres por región, zona de residencia, edad, estado conyugal, maternidad y nacimientos recientes, educación,⁹ quintiles del índice de riqueza,^{10,11} y origen étnico del jefe del hogar.

En el Cuadro HH.4 se observan una mayor proporción de mujeres entrevistadas en la región Noreste (22%) y una menor proporción en la región Centro (15%). El 78% de las mujeres entre 15 a 49 años viven en zonas urbanas, 61% se encuentran unidas (casadas o en unión libre) y el 92% vive en hogares no indígenas. Respecto a la maternidad, el 26% de las mujeres de 15 a 49 años de edad no ha tenido ningún parto, mientras que el 14% tuvo un nacimiento en los últimos dos años y el 60% tuvo hijos hace más de 2 años. Debido al sobremuestreo de hogares con niños y niñas menores de cinco años, se observa un mayor número de mujeres con nacimientos en los últimos dos años en los datos sin ponderar que en los resultados ponderados.

⁸ Algunos cuadros muestran el sufijo MX que indica que son específicos para México.

⁹ En este informe, a menos que se indique lo contrario, cuando se usa "educación" como variable de análisis se refiere al nivel educativo más alto alcanzado por el encuestado.

¹⁰ El índice de riqueza es un indicador compuesto de la riqueza. Para construir el índice de riqueza se analizan los principales componentes mediante la información sobre la propiedad de bienes de consumo, las características de la vivienda, agua y saneamiento y otras características relacionadas con la riqueza de los hogares, a fin de generar pesos (puntuación de los factores) para cada uno de los ítems usados. Primero se calculan las puntuaciones iniciales de los factores para toda la muestra. Luego se calculan las puntuaciones de los factores de manera separada para los hogares de las zonas urbanas y rurales. Por último, se hace una regresión de las puntuaciones de los factores urbanos y rurales con las puntuaciones iniciales de los factores para obtener las puntuaciones finales combinadas de los factores para toda la muestra. Esto se realiza para minimizar el sesgo urbano en los valores del índice de riqueza. Posteriormente, a cada hogar de la muestra total se le asigna una puntuación de riqueza de acuerdo con los activos que tenga y las puntuaciones finales de los factores, obtenidas como se ha descrito previamente. La población de los hogares de la encuesta se clasifica a partir de la puntuación de riqueza del hogar donde viven, y finalmente se divide en 5 partes iguales (quintiles) desde el más bajo (el más pobre) hasta el más alto (el más rico).

En la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015, se usaron los siguientes activos para hacer estos cálculos: material predominante del piso, del techo y de las paredes exteriores, combustible que se utiliza para cocinar, electricidad, radio, televisor, teléfono fijo, refrigerador, DVD (para ver películas), horno de microondas, computadora, servicio de TV de paga, servicio de internet, lavadora de ropa, estufa de gas, calentador de agua (boiler), tinaco o cisterna, reloj de pulso, teléfono celular, bicicleta, motocicleta o motoneta, automóvil o camioneta, lancha con motor, computadora portátil, cuenta bancaria, fuente principal de agua para beber, disponibilidad de agua en la vivienda o terreno, distancia a la fuente de agua más cercana en caso de no contar con agua en la vivienda o en el terreno, tipo de instalación sanitaria y disponibilidad de agua y jabón o algún otro agente de limpieza en el lugar específico para lavarse las manos hogar.

El índice de riqueza pretende capturar la riqueza subyacente de largo plazo a través de información sobre los activos del hogar y se usa para clasificar a los hogares de acuerdo con su nivel de riqueza, desde los más pobres hasta los más ricos. El índice de riqueza no provee información sobre la pobreza absoluta, los ingresos actuales ni los niveles de gasto. Las puntuaciones de riqueza calculadas son aplicables sólo al conjunto de datos específicos en los que se basan. Para mayor información sobre la construcción del índice de riqueza, remítase a Filmer, D y Pritchett, L. 2001. Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: An application to educational enrolments in states of India. *Demography* 38(1): 115-132; Rutstein, SO y Johnson, K. 2004. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports N.º 6; y Rutstein, SO. 2008. The DHS Wealth Index: Approaches for Rural and Urban Areas. DHS Working Papers N.º 60.

¹¹ Cuando se describen los resultados de la encuesta por quintiles de riqueza se usa la terminología adecuada para referirse a cada miembro del hogar, por ejemplo, "las mujeres en el quintil más rico de la población", que se utiliza como sinónimo de "mujeres de la población más rica de la encuesta", "mujeres que viven en hogares del quintil más rico de la población", entre otras descripciones afines.

Cuadro HH.4: Características de contexto de las mujeres

Distribución porcentual y frecuencial de mujeres de 15-49 años por características básicas seleccionadas, México, 2015.

	Porcentaje ponderado	Número de mujeres	
		Ponderado	Sin ponderar
Total	100.0	12,110	12,110
Región			
Noroeste	19.8	2,403	2,300
Noreste	22.0	2,670	2,749
Centro	15.0	1,815	2,240
CDMX-Edo México	22.1	2,676	2,304
Sur	21.0	2,545	2,517
Zona de residencia			
Urbana	77.8	9,421	8,098
Rural	22.2	2,689	4,012
Edad			
15-19	14.6	1,765	1,791
20-24	15.6	1,889	2,280
25-29	14.4	1,743	2,171
30-34	14.6	1,773	1,873
35-39	14.5	1,754	1,561
40-44	13.1	1,589	1,320
45-49	13.2	1,598	1,114
Estado de matrimonio/unión			
Actualmente casada/en unión	60.8	7,361	7,887
Viuda	1.2	147	131
Divorciada	1.2	145	123
Separada	8.9	1,077	1,124
Nunca casada/en unión	27.7	3,358	2,829
Ignorado/NS	0.1	16	12
Maternidad y nacimientos recientes			
Nunca dio a luz	26.2	3,176	2,324
Alguna vez dio a luz	73.8	8,931	9,783
Dio a luz en los últimos dos años	14.3	1,732	3,032
Sin nacimientos en los últimos dos años	59.5	7,206	6,752
Ignorado/NS	0.0	3	3
Educación			
Ninguna	2.0	244	298
Primaria	17.0	2,054	2,458
Secundaria	35.5	4,298	4,584
Media superior	27.1	3,278	3,198
Superior	18.5	2,235	1,572
Quintiles de índice de riqueza			
Más pobre	18.8	2,275	3,147
Segundo	20.5	2,486	2,875
Medio	21.1	2,554	2,394
Cuarto	19.7	2,382	2,152
Más rico	19.9	2,413	1,542
Etnia del jefe del hogar			
Hogar indígena	7.6	926	1,194
Hogar no indígena	92.3	11,179	10,906
Ignorado/NS	0.0	5	10

Cuadro HH.4MX: Características de contexto de los niños, niñas y adolescentes (5-17 años)

Distribución porcentual y frecuencia de niños/as y adolescentes de 5-17 años por características básicas seleccionadas, México, 2015.

	Porcentaje ponderado	Número de niños, niñas y adolescentes	
		Ponderado	Sin ponderar
Total	100.0	11,607	11,607
Sexo			
Hombre	50.7	5,890	5,825
Mujer	49.3	5,717	5,782
Región			
Noroeste	19.9	2,306	2,123
Noreste	22.3	2,591	2,612
Centro	15.6	1,806	2,238
CDMX-Edo México	19.9	2,307	2,079
Sur	22.4	2,597	2,555
Zona de residencia			
Urbana	73.6	8,545	7,212
Rural	26.4	3,062	4,395
Edad			
5-9 años	37.9	4,395	5,043
10-14 años	41.5	4,812	4,344
15-17 años	20.7	2,400	2,220
Asistencia a la escuela en ciclo 2015-2016			
Asistió	92.6	10,654	10,568
No asistió	7.4	856	914
Ignorado/NS	0.0	0	1
Persona que responde el cuestionario sobre funcionamiento			
Madre	93.6	10,868	10,811
Otro cuidador o encargado	6.4	739	796
Educación de la madre^a			
Ninguna	4.0	469	610
Primaria	27.2	3,162	3,747
Secundaria	40.0	4,638	4,532
Media superior	17.4	2,021	1,786
Superior	10.9	1,266	847
No se puede determinar	0.4	50	85
Quintiles de índice de riqueza			
Más pobre	24.1	2,798	3,768
Segundo	21.2	2,455	2,699
Medio	20.9	2,425	2,161
Cuarto	16.8	1,944	1,825
Más rico	17.1	1,985	1,154
Etnia del jefe del hogar			
Hogar indígena	9.4	1,091	1,420
Hogar no indígena	90.6	10,510	10,174
Ignorado/NS	0.0	5	13

a. En este cuadro y a través de todo el reporte, la educación de la madre se refiere a los logros en materia educativa de las madres así como de las/los cuidadores de los niños/as y adolescentes de 5-17 años, quienes son los respondientes del cuestionario de menores de cinco años si la madre ha fallecido o vive fuera del hogar.

Las características generales de los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años de edad se presentan en el Cuadro HH.4MX. Éstas incluyen la distribución de los niños, niñas y adolescentes de acuerdo con diferentes características: sexo, región y zona de residencia, edad expresada en años, asistencia escolar en el ciclo 2015-2016, persona que respondió el cuestionario, educación de la madre (o cuidador/a), riqueza, así como la etnia del jefe del hogar.

El 94% de los cuestionarios destinados a la población entre 5 y 17 años fueron contestados por la madre o responsable de niño. Los resultados muestran que la población entre los 5 y 17 años de edad se compone de 51% de hombres y 49% de mujeres. La distribución por edad de esta población muestra que el 21% se concentra en edades entre los 15 y 17 años, el 41% entre los 10 y 14 años y el 38% entre los 5 y 9 años. En su mayoría, la población entre 5 y 17 años vive en zonas urbanas (74%) y en hogares no indígenas (91%). En relación con su educación, el 93% asistió al ciclo escolar 2015-2016 y como efecto de la estructura poblacional, la escolaridad se concentra principalmente en la secundaria (40%).

Las características generales de los niños y niñas menores de 5 años se presentan en el Cuadro HH.5. Éstas incluyen la distribución de los niños y niñas de acuerdo con diferentes características: sexo, región y zona de residencia (rural o urbana), edad expresada en meses, persona que fue la informante del cuestionario, educación de la madre (o cuidador/a), riqueza y finalmente etnia del jefe del hogar.

El 94% de la información de los menores de 5 años fue contestada por la madre del niño/a, cuya escolaridad reportada fue en la mayoría de los casos la secundaria (39%) o educación media superior (27%). La composición por edad y sexo de los y las menores de 5 años es 48% hombres y 52% mujeres. La mayoría de los niños menores de 5 años se concentraron entre los 24-35 meses (22%) y 48-59 meses (24%) y el 8% son menores de 6 meses. El 75% se concentra en zonas urbanas y el 92% en hogares no indígenas.

Cuadro HH.5: Características de contexto de niños/as menores de 5 años

Distribución porcentual y frecuencia de niños/as menores de 5 años por características seleccionadas, México, 2015.

	Porcentaje ponderado	Número niños/as menores 5	
		Ponderado	Sin ponderar
Total	100.0	8,066	8,066
Sexo			
Hombre	47.6	3,841	4,077
Mujer	52.4	4,225	3,989
Región			
Noroeste	17.9	1,442	1,494
Noreste	22.7	1,831	1,912
Centro	18.8	1,517	1,521
CDMX-Edo México	19.3	1,556	1,398
Sur	21.3	1,720	1,741
Zona de residencia			
Urbana	75.3	6,076	5,170
Rural	24.7	1,990	2,896
Edad			
0-5 meses	8.0	646	666
6-11 meses	9.5	765	775
12-23 meses	17.9	1,440	1,536
24-35 meses	22.3	1,799	1,672
36-47 meses	18.1	1,456	1,622
48-59 meses	24.3	1,959	1,795
Persona que responde el cuestionario de menores de 5 años			
Madre	94.5	7,619	7,795
Otro cuidador o encargado	5.5	447	271
Educación de la madre^a			
Ninguna	2.2	174	210
Primaria	17.6	1,422	1,657
Secundaria	39.4	3,174	3,290
Media superior	26.9	2,173	2,064
Superior	13.9	1,120	842
Ignorado/NS	0.0	2	3
Quintiles de índice de riqueza			
Más pobre	23.5	1,892	2,371
Segundo	25.9	2,085	2,088
Medio	20.7	1,674	1,613
Cuarto	18.4	1,486	1,266
Más rico	11.5	929	728
Etnia del jefe del hogar			
Hogar indígena	8.3	673	836
Hogar no indígena	91.6	7,390	7,222
Ignorado/NS	0.0	4	8

a. En este cuadro y a través de todo el reporte, la educación de la madre se refiere a los logros en materia educativa de las madres así como las cuidadoras de los niños/as menores de cinco años, quienes son los que contestan del cuestionario de menores de cinco años si la madre ha fallecido o vive fuera del hogar.

Características de los hogares, posesión de activos y quintiles de riqueza

Los Cuadros HH.6, HH.7 y HH.8 proporcionan detalles adicionales sobre las características de los hogares. El Cuadro HH.6 presenta las características de las viviendas desagregadas por zona de residencia y región y distribuidas de acuerdo con la disponibilidad de electricidad, el tipo de material principal del piso, del techo y de las paredes exteriores, así como el número de habitaciones usadas para dormir y el número promedio de personas por habitación utilizadas para dormir.

El 99% de los hogares cuentan con electricidad. Este porcentaje es ligeramente mayor en zonas urbanas (99%) que en zonas rurales (98%). El 80% de los hogares cuenta con techo terminado y el 19% con techo rudimentario; al respecto, se observan diferencias importantes ya que en las zonas rurales, el 55% de los hogares cuenta con techo terminado y el 43% con techo rudimentario y de manera similar, en la región Sur se observaron 59% de los hogares con techo terminado y 41% con techo rudimentario.

En relación con el material del piso, la ENIM reporta que 97% de los hogares cuenta con piso terminado y 2% con piso natural (piso de tierra/arena), cifra menor a la reportada en el último Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010 donde se encontró que 6% de los hogares tenía piso de tierra.¹²

El 96% de los hogares tienen paredes terminadas. Las principales diferencias respecto al promedio nacional se observan en las zonas rurales donde 88% de los hogares tiene paredes terminadas y 10% paredes rudimentarias, y en la región sur con 91% y 7%, respectivamente.

Sobre el número de habitaciones para dormir en los hogares encuestados, en 32% de los hogares contestó que cuenta con una habitación para dormir, 45% contestó que cuenta con dos habitaciones y 23% que cuenta con 3 o más. Además, en promedio duermen 2 personas por habitación. En el último Censo 2010, se encontró una situación similar, pues las viviendas particulares habitadas cuentan con 35% con uno, 40% con dos y 25% con 3 o más dormitorios.

¹² <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=27302&s=est>.

Cuadro HH.6: Características de las viviendas

Distribución porcentual de hogares según características seleccionadas de las viviendas, de acuerdo a la zona de residencia y región, México, 2015.

	Zona de residencia			Región				
	Total	Urbana	Rural	Noroeste	Noreste	Centro	CDMX-Edo Mex	Sur
Electricidad								
Sí	99.0	99.3	98.0	99.0	98.4	99.8	99.4	98.8
No	1.0	0.7	2.0	1.0	1.6	0.2	0.6	1.2
Ignorado/NS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Material del piso								
Piso natural	2.2	0.8	7.5	1.4	0.7	3.9	0.5	5.4
Piso rudimentario	0.2	0.2	0.1	0.7	0.0	0.2	0.2	0.0
Piso terminado	96.8	98.2	91.7	97.2	98.9	95.3	97.8	94.2
Otro	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ignorado/NS	0.7	0.7	0.7	0.7	0.3	0.7	1.5	0.4
Techo								
Techo natural	0.1	0.0	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0	0.3
Techo rudimentario	19.0	12.3	43.0	13.3	12.8	20.2	9.7	40.7
Techo terminado	80.3	87.3	55.5	85.3	86.7	79.8	89.8	58.7
Otro	0.3	0.1	1.0	1.0	0.3	0.0	0.0	0.2
Ignorado/NS	0.2	0.2	0.2	0.4	0.1	0.0	0.5	0.1
Paredes exteriores								
Paredes naturales	0.2	0.1	0.5	0.0	0.1	0.4	0.0	0.6
Paredes rudimentarias	3.3	1.3	10.3	2.5	1.9	4.4	1.2	6.8
Paredes terminadas	96.0	98.1	88.5	96.9	97.8	95.0	98.2	91.4
Otro	0.4	0.3	0.5	0.2	0.1	0.1	0.2	1.1
Ignorado/NS	0.2	0.2	0.2	0.4	0.1	0.0	0.4	0.1
Habitaciones utilizadas para dormir								
1	32.2	30.0	39.9	29.2	30.3	31.4	32.8	37.0
2	44.6	45.0	43.0	48.2	45.4	40.0	41.9	46.4
3 o más	23.1	24.8	17.0	22.5	24.2	28.5	25.1	16.5
Ignorado/NS	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de hogares	10,760	8,404	2,356	2,181	2,392	1,611	2,377	2,199
Número promedio de personas por habitación utilizada para dormir	2.2	2.1	2.5	2.1	2.0	2.2	2.1	2.4

En el Cuadro HH.7 los hogares están distribuidos de acuerdo con los activos que poseen, por hogar y por miembros individuales del hogar. Este cuadro también incluye la propiedad de la vivienda.

El 87% de los hogares cuenta con refrigerador, con mayor proporción en zonas urbanas (91%) que en zonas rurales (74%); el 71% tiene lavadora (77% en zonas urbanas y 50% en zonas rurales), y 91% tiene estufa de gas (96% en zonas urbanas y 73% en zonas rurales). El 26% de los hogares cuenta con computadora; 31% en zonas urbanas y 8% en zonas rurales. La posesión de animales de granja o ganado se encontró en el 13% de la población, siendo menor en zonas urbanas (6%) que en zonas rurales (38%).

Las mayores brechas entre las regiones en relación con los bienes del hogar se encontraron entre la región de Ciudad de México-Estado de México y la región Sur en los siguientes bienes: calentador de agua /boiler (68.5% vs 18%), teléfono fijo (57% vs 25%) y servicio de internet (47% vs 23%).

El 87% de los hogares tiene por lo menos un miembro que cuenta con teléfono móvil; 91% en las zonas urbanas y 71% en las zonas rurales. El 23% de los hogares tiene computadora portátil (27% en zonas urbanas y 9% en zonas rurales). A nivel regional, las mayores brechas se encontraron entre la región Sur con respecto a la región Noroeste en relación a la posesión de coche o camión con 25% y 53%, así como tener bicicleta con 35% y 53%, respectivamente. Además, tener reloj se encontró en el 53% de los hogares en la región Ciudad de México-Estado de México y 32% en los hogares de la región Sur.

El 68% de los hogares declaró ser propietario de la vivienda; en zonas urbanas el 65% y en zonas rurales 79%. A nivel regional, más hogares reportaron ser propietarios de su vivienda en el Sur (con 77%) y en la región Ciudad de México-Estado de México se presentó el menor porcentaje (61%).

Cuadro HH.7: Activos del hogar y bienes personales

Porcentaje de hogares según la tenencia de bienes seleccionados personales y del hogar, y distribución porcentual según la propiedad de la vivienda, de acuerdo a la zona de residencia y región, México, 2015.

	Zona de residencia			Región				
	Total	Urbana	Rural	Noroeste	Noreste	Centro	CDMX-Edo Mex	Sur
Porcentaje de hogares que poseen:								
Electricidad	99.0	99.3	98.0	99.0	98.4	99.8	99.4	98.8
Radio	72.6	74.7	64.9	78.3	68.7	69.0	80.5	65.2
Televisión	95.6	97.5	88.6	97.7	96.2	97.0	98.0	89.1
Teléfono fijo	37.7	44.0	15.2	37.8	34.3	31.8	57.2	24.7
Refrigerador	87.5	91.4	73.6	94.5	89.0	82.1	87.9	82.6
DVD	51.8	56.8	34.2	53.5	45.2	47.8	65.6	45.5
Horno de microondas	44.7	50.6	23.5	53.2	43.2	36.5	53.6	34.3
Computadora	25.6	30.7	7.6	33.7	18.4	17.2	35.8	20.6
Servicio de TV de Paga	44.3	48.6	29.2	50.0	46.7	43.9	40.8	40.4
Servicio de Internet	33.9	41.3	7.6	42.5	27.2	27.3	47.0	23.5
Lavadora de ropa	71.1	76.8	50.4	75.7	76.2	65.3	74.3	61.5
Estufa de gas	90.7	95.7	72.6	96.1	92.8	88.2	95.4	79.6
Calentador de agua (boiler)	45.6	53.7	16.8	47.9	46.2	45.4	68.5	18.3
Tinaco, cisterna o fosa séptica	60.0	65.1	41.7	50.0	59.1	62.5	75.6	52.2
Tierra para agricultura	9.2	4.7	25.3	3.4	6.4	14.2	6.7	17.0
Animales de granja/ganado	13.3	6.3	38.5	7.8	8.4	21.0	6.9	25.6
Porcentaje de hogares donde al menos un miembro posee o tiene:								
Reloj	43.1	47.0	29.5	46.4	42.3	40.6	52.6	32.5
Teléfono móvil	86.7	91.1	71.1	94.3	83.8	86.6	89.2	79.5
Bicicleta	40.3	40.8	38.4	52.9	34.3	37.5	41.8	34.6
Motocicleta	9.1	8.6	11.0	7.7	5.2	16.4	6.2	12.5
Carreta jalada por animales	0.9	0.7	1.5	0.7	0.6	1.2	0.9	1.2
Coche o camión	38.8	42.1	26.9	52.7	43.2	38.6	34.5	24.9
Lancha con motor	0.9	1.0	0.9	1.1	1.1	0.6	0.8	1.0
Computadora portátil	23.3	27.5	8.6	27.3	19.1	20.3	29.0	20.1
Cuenta bancaria	33.1	35.9	23.0	37.6	32.5	33.1	31.9	30.6
Propiedad de la vivienda								
Propietario	67.9	64.8	79.0	68.6	67.4	66.3	60.7	76.6
Renta o alquila	16.7	19.7	6.1	18.5	18.5	13.5	21.4	10.2
Prestada o la está cuidando	14.2	14.1	14.4	11.7	13.0	19.9	15.9	12.0
Intestada o está en litigio	0.9	1.0	0.3	1.1	0.8	0.3	1.7	0.3
Asociación ejidal	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Otro	0.2	0.3	0.1	0.0	0.3	0.1	0.1	0.7
No responde	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de hogares	10,760	8,404	2,356	2,181	2,392	1,611	2,377	2,199

El Cuadro HH.8 muestra cómo están distribuidas las poblaciones de los hogares en las zonas de residencia y regiones de acuerdo con los quintiles del índice de riqueza.

En el Cuadro HH.8 se puede observar que de acuerdo al índice de riqueza, 49% de los integrantes del hogar que viven en zonas urbanas se concentran en los dos quintiles de ingreso más altos. Esto contrasta con las zonas rurales donde se concentra apenas 9% en los dos quintiles de ingreso más altos y 80% se encuentran en los quintiles más bajos. A nivel regional, en la Ciudad de México-Estado de México y en la región Noroeste se concentran 53% y 48% de los hogares en los dos quintiles más altos del índice de riqueza más altos, mientras el extremo opuesto es la región Sur con 63% en los dos quintiles más bajos.

Cuadro HH.8: Quintiles de riqueza

Distribución porcentual de la población de los hogares por quintiles del índice de riqueza, de acuerdo a la zona de residencia y región, México, 2015.

	Quintiles del índice de riqueza					Total	Número de miembros del hogar
	Más pobre	Segundo	Medio	Cuarto	Más rico		
Total	20.0	19.9	20.1	20.0	20.0	100.0	40,381
Zona de residencia							
Urbana	8.8	19.1	22.7	24.2	25.2	100.0	31,004
Rural	57.1	22.7	11.2	6.2	2.8	100.0	9,377
Región							
Noroeste	8.1	20.2	23.7	24.5	23.5	100.0	8,084
Noreste	14.7	21.7	23.9	21.3	18.4	100.0	8,778
Centro	28.6	18.7	18.4	16.1	18.1	100.0	6,205
CDMX-Edo México	9.5	16.9	20.4	24.3	28.8	100.0	8,846
Sur	41.4	21.9	13.4	12.8	10.4	100.0	8,468

IV. NUTRICIÓN

Bajo peso al nacer

El peso al nacer es un buen indicador no sólo de la salud de la madre y de su estado nutricional, sino también de las posibilidades de supervivencia del recién nacido, de su futuro crecimiento, de su salud en el largo plazo y de su desarrollo psicosocial. El bajo peso al nacer (definido como menos de 2,500 gramos) implica una serie de riesgos graves para la salud de niños y niñas. Los bebés que tuvieron nutrición deficiente en el útero enfrentan un riesgo mucho mayor de morir durante los primeros meses y años. Los que sobreviven pueden tener la función inmune alterada y mayor riesgo de enfermedades; es probable que sigan padeciendo malnutrición y baja fuerza muscular durante toda su vida, y que tengan mayor incidencia de diabetes y de enfermedades cardíacas cuando sean mayores. Los niños y niñas con bajo peso al nacer también suelen tener un coeficiente intelectual más bajo, así como discapacidades cognitivas, que afectan su rendimiento en la escuela y sus oportunidades de empleo en la edad adulta.

En los países en desarrollo, el bajo peso al nacer se debe principalmente a la mala salud y nutrición deficiente de la madre. Hay tres factores que tienen mayor impacto: el mal estado nutricional de la madre antes de la concepción, la baja estatura (debido principalmente a la desnutrición y a las infecciones durante su infancia), y la mala nutrición durante el embarazo. El insuficiente aumento de peso durante el embarazo es particularmente importante, ya que representa una gran proporción del retraso del crecimiento fetal. Además, enfermedades como la diarrea, que es común en muchos países en desarrollo, pueden deteriorar significativamente el crecimiento del feto si la madre se infecta durante el embarazo. Tanto en los países desarrollados como en desarrollo, las adolescentes que dan a luz cuando sus cuerpos aún no han terminado de crecer corren el riesgo de tener bebés con bajo peso al nacer.

Uno de los principales retos para medir la incidencia del bajo peso al nacer es el hecho de que en los países en desarrollo no se pesa a más de la mitad de los niños y niñas. En el pasado, la mayoría de las estimaciones del bajo peso al nacer para los países en desarrollo se basaba en datos recopilados de las unidades de salud.

Dado que a muchos niños y niñas no se les pesa al nacer y los que sí son pesados pueden representar una muestra sesgada de todos los nacimientos, los pesos al nacer reportados generalmente no se pueden utilizar para estimar la prevalencia del bajo peso al nacer entre todos los niños y niñas. Por lo tanto con la ENIM, el porcentaje de nacimientos de niños y niñas con menos de 2,500 gramos se estimó a partir de dos elementos del cuestionario de mujeres: la evaluación de la madre del tamaño del niño o niña al nacer (es decir, muy pequeño, más pequeño que el promedio, promedio, más grande que el promedio, muy grande) y el peso del niño o niña que la madre recuerda o según lo registrado en la cartilla de salud, en caso de que el niño o niña hubiera sido pesado.¹

¹ Para una descripción detallada de la metodología, véase Boerma, JT et al. 1996. *Data on Birth Weight in Developing Countries: Can Surveys Help?* Boletín de la Organización Mundial de la Salud 74(2): 209-16.

Cuadro NU.1: Niños/as menores de 2 años con bajo peso al nacer

Porcentaje de últimos niños nacidos vivos en los últimos dos años que se estima que han pesado menos de 2,500 gramos al nacer y porcentaje de nacidos vivos pesados al nacer, México, 2015.

	Distribución porcentual de nacimientos según la evaluación de la madre del tamaño al nacer					Porcentaje de nacidos vivos:		Número de últimos niños nacidos vivos en los últimos dos años	
	Muy pequeño	Menor al promedio	Promedio	Mayor al promedio o muy grandes	Ignorado/ NS	Total	Menor a 2,500 gramos ¹		Pesados al nacer ²
Total	3.9	11.8	66.4	17.6	0.3	100.0	10.5	98.7	1,732
Edad de la madre al nacer									
Menos de 20 años	4.6	12.0	62.6	20.3	0.5	100.0	10.7	99.5	323
20-34 años	3.8	12.8	67.0	16.3	0.2	100.0	10.7	98.9	1,206
35-49 años	3.6	6.2	67.9	22.2	0.1	100.0	8.9	96.2	197
Orden de nacimiento									
1	3.6	12.9	67.0	16.2	0.3	100.0	10.7	99.7	617
2-3	3.6	12.1	65.4	18.5	0.3	100.0	10.4	99.1	886
4-5	5.7	7.0	68.0	19.3	0.0	100.0	10.2	94.2	196
6+	6.3	11.8	70.9	10.9	0.0	100.0	11.8	95.3	33
Región									
Noroeste	1.7	11.3	67.6	19.4	0.0	100.0	9.4	100.0	323
Noreste	2.7	8.8	72.3	16.1	0.1	100.0	9.4	99.9	410
Centro	4.7	15.1	65.3	14.9	0.1	100.0	11.6	99.7	281
CDMX-Edo México	4.7	12.9	63.4	18.0	0.9	100.0	11.1	97.1	345
Sur	5.8	12.1	62.4	19.5	0.2	100.0	11.3	97.0	372
Zona de residencia									
Urbana	3.6	12.3	66.6	17.2	0.3	100.0	10.5	98.9	1,295
Rural	4.7	10.4	65.8	19.0	0.1	100.0	10.5	98.1	437
Educación de la madre									
Ninguna	5.2	14.2	51.0	21.6	7.9	100.0	10.9	88.5	28
Primaria	7.8	14.7	61.1	16.5	0.0	100.0	12.8	98.0	292
Secundaria	4.0	11.6	65.2	19.0	0.2	100.0	10.4	98.5	717
Media Superior	2.3	10.8	70.7	16.1	0.1	100.0	9.6	99.6	474
Superior	1.9	10.8	69.9	17.4	0.0	100.0	9.4	99.7	221
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	3.8	13.5	65.7	16.3	0.6	100.0	10.9	97.4	418
Segundo	5.3	12.4	63.2	18.9	0.1	100.0	11.2	99.6	492
Medio	4.7	9.5	68.0	17.8	0.0	100.0	10.3	98.0	365
Cuarto	2.2	10.4	68.2	18.8	0.5	100.0	9.4	99.3	271
Más rico	1.2	13.2	70.5	15.1	0.0	100.0	9.8	99.8	186
Etnia del jefe del hogar ^A									
Hogar indígena	4.6	22.9	57.9	14.1	0.5	100.0	13.3	94.1	148
Hogar no indígena	3.8	10.8	67.2	18.0	0.2	100.0	10.2	99.1	1,584

1. MICS indicador 2.20 - Infantes con bajo peso al nacer

2. MICS indicador 2.21 - Infantes pesados al nacer

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro

A nivel nacional, 98.7% de los recién nacidos fueron pesados al nacer y se estima que aproximadamente 10% de ellos pesaron menos de 2,500 gramos al nacer (Cuadro NU.1). No se observaron variaciones de acuerdo a la región, residencia rural o urbana, educación de la madre, ni condición de riqueza. Es importante señalar que aunque, en general, no se observan diferencias importantes por nivel de educación de la madre, sí existe una gran diferencia al observar a los recién nacidos cuya madre no tiene educación formal y a aquellos cuya madre completó al menos un grado de primaria. Los hijos de madres sin educación presentan el porcentaje más bajo de pesados al nacer (88%). Otra diferencia importante se observa al comparar por condición indígena, sólo 94% de los niños y niñas en hogares indígenas fueron pesados al nacer, en comparación con 99% de los niños y niñas en hogares no indígenas.

Estado nutricional

El estado nutricional de los niños y niñas es un reflejo de su estado general de salud. Cuando los niños y niñas tienen acceso a la provisión suficiente de alimentos, no están expuestos a enfermedades reiteradas y son bien cuidados, alcanzan su potencial de crecimiento y se les considera bien alimentados.

La desnutrición se asocia con más de la mitad de las muertes de todos los niños y niñas del mundo. Los niños y niñas con nutrición deficiente son más propensos a morir de enfermedades comunes en la infancia y, los que sobreviven, tienen enfermedades recurrentes y retraso del crecimiento. Tres cuartas partes de los niños y niñas que mueren por causas relacionadas con la desnutrición estuvieron sólo ligera o moderadamente desnutridos y no mostraban signos exteriores de vulnerabilidad. Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es terminar con las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años para 2030, con todos los países apuntando a reducir la mortalidad neonatal a por lo menos 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años a por lo menos 25 de cada 1,000 nacidos vivos. Otra meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, es la eliminación total de la desnutrición crónica y de la emaciación.

En una población bien alimentada hay una distribución de referencia de la talla y el peso de los niños y niñas menores de cinco años. La nutrición deficiente de una población se puede medir mediante la comparación de los niños y niñas con una población de referencia. La población de referencia utilizada en este informe se basa en los patrones de crecimiento de la OMS.² Cada uno de los tres indicadores del estado nutricional –peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla– se puede expresar en unidades de desviación estándar (puntuaciones z) de la mediana de la población de referencia.

El **peso para la edad** es una medida tanto de la desnutrición aguda como de la crónica. Los niños y niñas cuyo peso para la edad se encuentre a más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia son considerados niños y niñas con *bajo peso moderado o severo*, mientras que los niños y niñas cuyo peso para la edad esté a más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana son clasificados como niños y niñas con *bajo peso severo*.

La **talla para la edad** es una medida del crecimiento lineal. Los niños y niñas cuya talla para la edad se sitúe a más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia son considerados niños y niñas bajos para su edad y se les clasifica como de *baja talla moderada o severa*. Aquellos cuya talla para la edad esté a

² http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report.

más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana son clasificados como de *baja talla severa*. La baja talla para la edad es un reflejo de la desnutrición crónica como consecuencia de no recibir una nutrición adecuada durante un largo periodo y de padecer enfermedades recurrentes o crónicas.

El **peso para la talla** se puede usar para evaluar el estado de emaciación y de obesidad. Los niños y niñas cuyo peso para la talla se encuentre a más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia son clasificados como niños y niñas con *emaciación moderada o severa*, mientras que los que estén a más de tres desviaciones estándar por debajo de la mediana son clasificados como niños y niñas con *emaciación severa*. La emaciación generalmente se debe a una deficiencia nutricional reciente. El indicador de la emaciación puede mostrar variaciones estacionales importantes relacionadas con cambios en la disponibilidad de alimentos o con la prevalencia de enfermedades.

Los niños y niñas cuyo peso para la talla se sitúe a más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana de la población de referencia son clasificados como niños y niñas con **obesidad moderada o severa**.

En la ENIM 2015, el peso y la talla de todos los niños y niñas menores de 5 años de edad se midieron con equipo antropométrico proporcionado por UNICEF.³ Los niños menores de 2 años se midieron acostados, y para pesarlos se hizo con ayuda del padre, la madre o el tutor (pesando primero al adulto solo y después cargando al niño/a, registrando el peso del niño/a como la diferencia entre ambas mediciones). Los niños de 24 a 59 meses se midieron de pie y se pesaron con el mínimo de ropa aceptable. Los hallazgos de esta sección se basan en los resultados de tales mediciones.

El Cuadro NU.2 muestra los porcentajes de los niños y niñas clasificados en cada una de las categorías mencionadas, con base en las mediciones antropométricas tomadas durante el trabajo de campo. Además, el cuadro incluye puntuaciones *z* de la mediana para los tres indicadores antropométricos.

³ Véase MICS Supply Procurement Instructions <http://mics.unicef.org/tools#survey-design>.

Cuadro NU.2: Estado nutricional de los niños/as

Porcentaje de niños/as menores de 5 años por estado nutricional de acuerdo a tres índices antropométricos: peso para la edad, altura para la edad y peso para la altura y porcentaje de niños/as de 12 a 59 meses clasificados como anémicos, México, 2015.

	Peso para la edad			Talla para la edad			Peso para la talla							
	Bajo peso			Baja talla			Bajo peso para la talla		Obesidad		Número de niños/as menores de 5	Media Z-Score (SD)	Número de niños/as menores de 5	Número de niños/as de 12 a 59 meses
	Porcentaje debajo de -2 SD ¹	Media Z-Score (SD)	Número de niños/as menores de 5	Porcentaje debajo de -2 SD ³	Media Z-Score (SD)	Número de niños/as menores de 5	Porcentaje debajo de -2 SD ⁵	Porcentaje encima de + 2 SD ⁷						
Total	3.9	1.0	-0.2	7806	12.4	2.7	-0.7	7802	1.0	0.4	5.2	0.3	7779	6,296
Sexo														
Hombre	4.2	1.0	-0.2	3,708	13.0	2.4	-0.7	3,694	1.4	0.7	5.0	0.3	3,688	2,961
Mujer	3.6	0.9	-0.2	4,098	11.8	3.0	-0.8	4,109	0.7	0.1	5.3	0.3	4,091	3,335
Región														
Noroeste	1.0	0.4	0.0	1,384	8.5	2.7	-0.4	1,382	1.7	1.2	5.2	0.3	1,379	1,093
Noreste	4.4	1.8	-0.3	1,799	11.4	3.0	-0.8	1,799	1.2	0.1	4.1	0.3	1,799	1,427
Centro	4.2	0.5	-0.1	1,479	12.5	2.4	-0.6	1,472	0.5	0.1	5.6	0.3	1,469	1,214
CDMX-Edo México	3.9	1.0	-0.3	1,447	12.0	1.4	-0.8	1,455	1.1	0.6	3.7	0.3	1,440	1,203
Sur	5.3	1.0	-0.3	1,697	16.7	3.8	-1.0	1,694	0.7	0.1	7.3	0.4	1,693	1,360
Zona de residencia														
Urbana	3.0	0.6	-0.1	5,848	10.2	2.1	-0.6	5,848	1.1	0.5	5.3	0.3	5,828	4,704
Rural	6.4	1.9	-0.4	1,959	18.9	4.5	-1.1	1,955	0.9	0.1	5.0	0.3	1,951	1,592
Edad														
0-5 meses	3.5	1.8	-0.2	634	10.7	3.1	-0.6	634	1.6	0.9	7.2	0.5	632	na
6-11 meses	6.5	1.3	-0.2	740	10.9	1.5	-0.7	727	1.3	0.2	4.9	0.4	731	na
12-17 meses	3.2	1.6	-0.3	708	16.1	3.6	-0.9	710	1.1	0.0	2.0	0.1	708	634
18-23 meses	5.3	1.0	-0.3	698	16.2	3.2	-0.8	698	1.2	0.0	2.9	0.2	696	688
24-35 meses	2.8	0.5	0.0	1,730	11.5	2.8	-0.6	1,737	0.7	0.1	4.9	0.4	1,722	1,715
36-47 meses	3.7	0.3	-0.2	1,411	13.7	3.0	-0.9	1,409	0.5	0.0	5.7	0.4	1,407	1,395
48-59 meses	3.8	1.2	-0.3	1,884	10.4	2.3	-0.7	1,887	1.3	1.1	6.6	0.3	1,883	1,864

Cuadro NU.2: Estado nutricional de los niños/as (cont.)

Porcentaje de niños/as menores de 5 años por estado nutricional de acuerdo a tres índices antropométricos: peso para la edad, altura para la edad y peso para la altura y porcentaje de niños/as de 12 a 59 meses clasificados como anémicos, México, 2015.

	Peso para la edad			Talla para la edad			Peso para la talla					
	Bajo peso		Número de niños/as menores de 5	Baja talla para la edad		Número de niños/as menores de 5	Bajo peso para la talla		Obesidad			
	Porcentaje debajo de -2 SD ¹	Media Z-Score (SD)		Porcentaje debajo de -2 SD ³	Media Z-Score (SD)		Porcentaje debajo de -2 SD ⁵	Porcentaje encima de + 2 SD ⁷	Media Z-Score (SD)	Número de niños/as menores de 5	Número de niños/as de 12 a 59 meses	
Educación de la madre ^A												
Ninguna	8.2	2.3	173	25.9	7.8	173	2.1	0.4	2.4	0.2	173	146
Primaria	5.5	0.8	1,397	18.3	4.0	1,394	0.7	0.4	4.8	0.3	1,395	1,136
Secundaria	4.2	1.1	3,067	11.8	2.6	3,074	1.0	0.2	4.9	0.3	3,060	2,445
Media Superior	3.3	1.1	2,107	11.4	2.7	2,107	1.3	0.8	5.5	0.3	2,098	1,691
Superior	1.2	0.2	1,060	6.0	0.5	1,053	0.9	0.2	6.3	0.4	1,052	877
Quintil de índice de riqueza												
Más pobre	7.4	1.8	1,849	22.9	5.5	1,857	0.6	0.0	4.1	0.2	1,841	1,526
Segundo	3.7	0.8	2,039	12.2	2.1	2,037	1.3	0.4	6.2	0.4	2,032	1,598
Medio	2.9	0.5	1,629	9.8	2.4	1,629	1.5	1.0	6.0	0.3	1,629	1,293
Cuarto	1.7	0.5	1,406	6.4	0.8	1,408	1.0	0.4	5.0	0.4	1,404	1,176
Más rico	2.1	1.0	883	4.9	1.7	872	0.5	0.0	4.1	0.3	873	703
Etnia del jefe del hogar ^B												
Hogar indígena	8.1	1.6	664	25.3	6.1	661	0.9	0.1	3.8	0.3	663	528
Hogar no indígena	3.5	0.9	7,139	11.2	2.4	7,138	1.0	0.4	5.3	0.3	7,113	5,764

1. MICS indicador 2.1a - Prevalencia de desnutrición (moderada y severa).

2. MICS indicador 2.1b - Prevalencia de desnutrición (severa).

3. MICS indicador 2.2a - Prevalencia de desnutrición crónica (moderada y severa).

4. MICS indicador 2.2b - Prevalencia de desnutrición crónica (severa).

5. MICS indicador 2.3a - Prevalencia de emaciación (moderada y severa).

6. MICS indicador 2.3b - Prevalencia de emaciación (severa).

7. MICS indicador 2.4 - Prevalencia de obesidad.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

na: no aplicable.

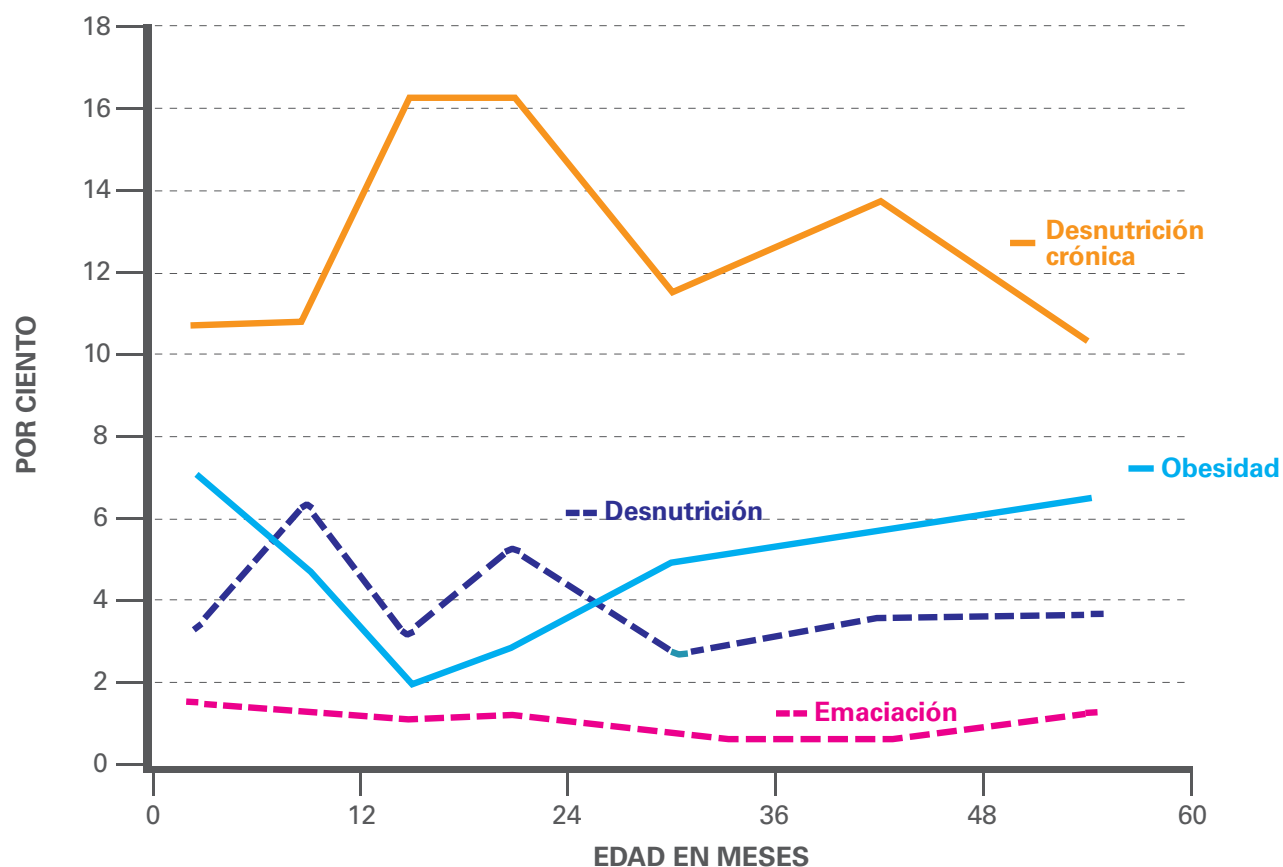
En el Cuadro NU.2 se excluye a los niños y niñas cuyas medidas se encontraron fuera del rango plausible. Se excluye a los niños y niñas de uno o más de los indicadores antropométricos cuando no se hayan medido sus pesos o tallas, según sea el caso. Por ejemplo, si se pesó a un niño/a, pero no se midió su talla, se le incluye en los cálculos de bajo peso, pero no en los cálculos de baja talla ni en los de emaciación. Los porcentajes de niños y niñas según la edad y las razones para excluirlas se muestran en los Cuadros de calidad de datos DQ.12, DQ.13 y DQ.14 del Apéndice D. Los Cuadros muestran que debido a las mediciones improbables y a la falta de datos sobre el peso o la talla se ha excluido a 3% por ciento de los niños y niñas de los cálculos del indicador de peso para la edad, a 3% del indicador de talla para la edad y a 4% del indicador de peso para la talla. En los Cuadros DQ.4, DQ.8 y DQ.15 no se reportan problemas significativos de calidad de datos relacionados con posible redondeo de la edad, transferencia entre grupos elegibles y no elegibles de acuerdo con su edad o la preferencia de dígitos en las mediciones.

Al menos uno de cada ocho de los niños y niñas menores de cinco años en México tiene baja talla moderada o severa para su edad (12%) y 2.7% está clasificado con baja talla severa para su edad (Cuadro NU.2). El 4% de los niños y niñas menores de cinco años tiene bajo peso moderado o severo, y el 1% tiene emaciación moderada o está demasiado delgado para su talla. El 5% de los niños y niñas son obesos o pesan demasiado para su talla.

Los niños y niñas en las zonas rurales, y en la región Sur tienen más probabilidades de tener peso y talla más bajos que otros niños y niñas. En cambio, la prevalencia más alta de emaciación se observó entre los niños y niñas en la región Noroeste. Los hijos/as de madres con educación secundaria o más, son los menos propensos a tener peso y talla bajos para la edad, en comparación con los hijos/as de madres sin educación o con educación primaria. Los niños son ligeramente más propensos a tener bajo peso, baja talla y emaciación que las niñas. La prevalencia de desnutrición de acuerdo a los índices de bajo peso y baja talla para edad, es mayor en los niños y niñas residentes en zonas rurales, en hogares más pobres y en hogares indígenas.

La distribución por edades muestra que la desnutrición crónica es más prevalente entre niños y niñas de 12 a 23 meses que en los otros grupos etarios (Figura NU.1). Este patrón es previsible y está relacionado con la edad a la que muchos niños y niñas dejan de ser amamantados y están expuestos a la contaminación del agua, de los alimentos y del ambiente.

Figura NU.1: Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición, desnutrición crónica, emaciación y obesidad, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Lactancia materna y alimentación de recién nacidos y de niños y niñas pequeños

La alimentación adecuada de niños y niñas pequeños puede aumentar sus posibilidades de supervivencia; también puede promover el crecimiento y el desarrollo óptimos, especialmente en la ventana crítica comprendida desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. La lactancia materna durante los primeros años de vida protege a los niños y niñas de las infecciones, les proporciona una fuente ideal de nutrientes y es económica y segura. Sin embargo, muchas madres no empiezan a amamantar tempranamente, no amamantan de manera exclusiva durante los seis meses recomendados o dejan de amamantar antes de tiempo. Muchas veces existen presiones para cambiar la lactancia por la leche de fórmula para lactantes, lo que puede contribuir a un retraso en el crecimiento y a la falta de micronutrientes, además, puede ser insegura si no se prepara en condiciones de higiene adecuadas y con agua potable segura. Los estudios han demostrado que además de la lactancia continuada, el consumo de alimentos sólidos, semisólidos y blandos adecuados, suficientes y seguros a partir de los 6 meses en adelante produce mejores resultados de salud y crecimiento, con potencial de reducir el retraso del crecimiento durante los dos primeros años de vida.⁴

⁴ Bhuta, Z. et al. 2013. *Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?* The Lancet June 6, 2013.

UNICEF, la OMS y la normatividad oficial mexicana⁵ recomiendan que la lactancia se inicie dentro de la primera hora después del parto, que se alimente al bebé exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y que la lactancia continúe hasta los 2 años y más.⁶ A los seis meses se debe combinar la lactancia con alimentos sólidos, semisólidos y blandos adecuados, suficientes y seguros.⁷ En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los principios rectores clave^{8,9} para la alimentación de bebés de 6 a 23 meses, con las medidas aproximadas para esos principios según lo recolectado en esta encuesta.

Los principios rectores para los que se tienen medidas aproximadas e indicadores son:

- (i) lactancia continuada;
- (ii) frecuencia adecuada de los alimentos (pero no densidad energética), y
- (iii) contenido adecuado de nutrientes en los alimentos.

La frecuencia de la alimentación se usa como referencia para la ingesta energética, según la cual los niños y niñas deben recibir un número mínimo de comidas/meriendas (y alimentos lácteos para los niños y niñas no amamantados) de acuerdo con su edad. La diversidad alimentaria se usa para verificar el contenido adecuado de nutrientes en la comida consumida (no incluye el hierro). Para la diversidad alimentaria se crearon siete grupos de alimentos y se considera que un niño o niña que consume al menos cuatro de ellos tiene una dieta de mejor calidad. En la mayoría de las poblaciones, el consumo de al menos cuatro grupos de alimentos significa que el niño o niña tiene una alta probabilidad de consumir al menos un alimento de origen animal y una fruta o verdura, además de un alimento básico (cereales, raíces o tubérculos).¹⁰

Estas tres dimensiones de la alimentación del niño o niña se combinaron en una valoración de niños y niñas que recibieron una alimentación adecuada y se usó el indicador de “dieta mínima aceptable”. Para tener una dieta mínima aceptable el día anterior un niño o niña debería haber recibido:

- (i) el número adecuado de comidas/meriendas/alimentos lácteos;
- (ii) alimentos de al menos 4 de los grupos de alimentos, y
- (iii) leche materna o al menos 2 alimentos lácteos (para niños y niñas no amamantados).

⁵ NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

⁶ OMS. 2003. *Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Meeting Report Geneva, 3-5 February, 2003.

⁷ OMS. 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*.

⁸ OPS. 2003. *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

⁹ OMS. 2007. *Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275327951_spa.pdf?ua=1

¹⁰ OMS. 2009. *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Parte 1: Definiciones. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf

Principios rectores (de 6 a 23 meses)	Medidas aproximadas	Cuadro
Lactancia continuada frecuente, a demanda, por dos años o más.	Lactancia en las últimas 24 horas.	NU.4
Frecuencia y densidad energética adecuadas de las comidas.	Niños y niñas amamantados. Dependiendo de la edad, dos o tres comidas/meriendas provistas en las últimas 24 horas. Niños y niñas no amamantados. Cuatro comidas/meriendas y/o dosis de leche provistas en las últimas 24 horas.	NU.6
Contenido adecuado de nutrientes en los alimentos.	Cuatro grupos de comida ¹¹ consumidos en las últimas 24 horas.	NU.6
Cantidad adecuada de alimentos.	No hay un indicador estándar.	na
Consistencia adecuada de alimentos.	No hay un indicador estándar.	na
Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos enriquecidos para los lactantes y la madre.	No hay un indicador estándar.	na
Buenas prácticas de higiene y de manipulación de alimentos.	Si bien no fue posible desarrollar indicadores que abarcaran completamente los principios rectores del programa, un indicador estándar que cubre parte de estos principios es: que no se alimente con biberones con tetina.	NU.9
Buenas prácticas de alimentación perceptiva y aplicación de los principios de cuidado psicosocial.	No hay un indicador estándar.	na

¹¹ Los grupo de alimentos usados para evaluar este indicador son: 1) cereales, raíces y tubérculos, 2) legumbres y nueces, 3) productos lácteos (leche, yogur, queso), 4) carnes (de res, pescado, ave y vísceras/hígado), 5) huevos, 6) frutas y verduras ricas en vitamina A, y 7) otras frutas y verduras.

Cuadro NU.3: Lactancia inicial

Porcentaje de los últimos niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta que fueron amamantados alguna vez, porcentaje que fueron amamantados durante la primera hora del nacimiento y durante el primer día del nacimiento, y porcentaje de los que recibieron un alimento pre lácteo, México, 2015

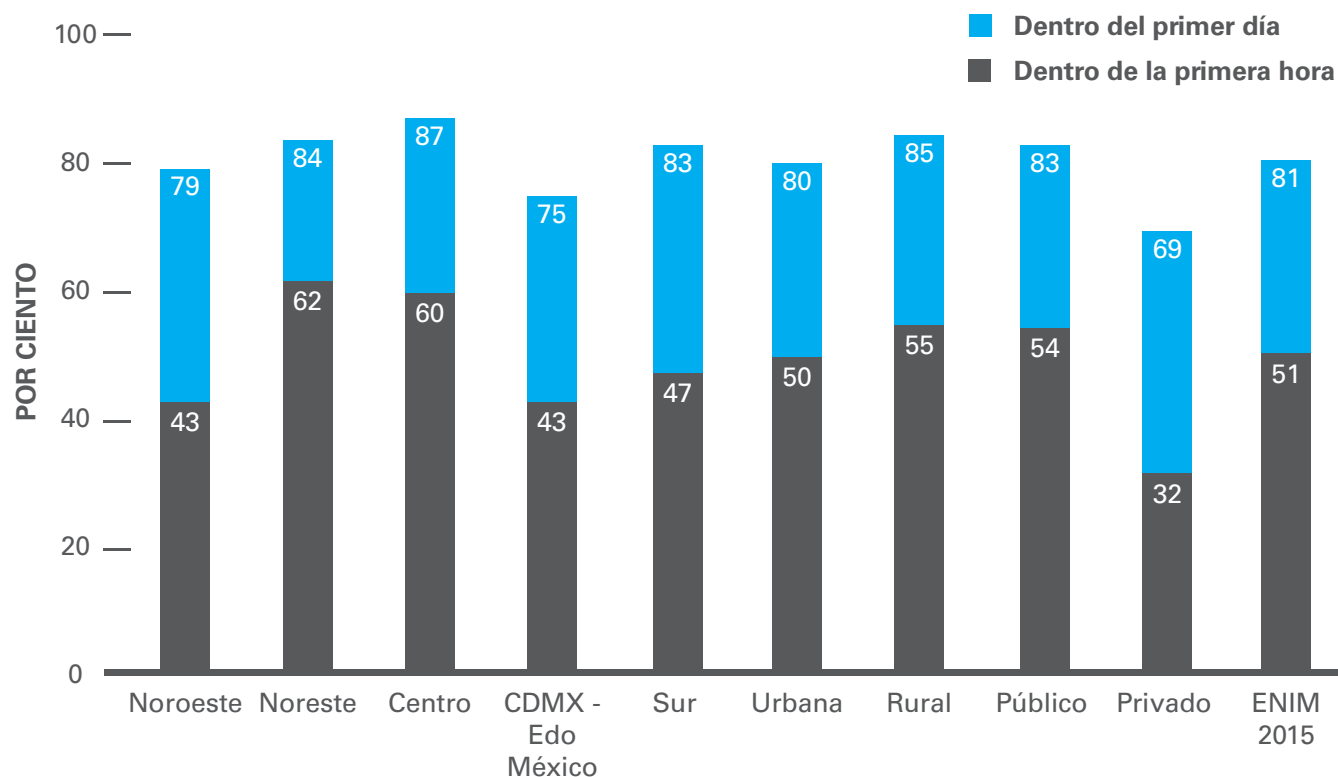
	Porcentaje de los que fueron amamantados alguna vez ¹	Porcentaje que fue amamantado primero:		Número de los últimos niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta
		En la primera hora del nacimiento ²	En el primer día del nacimiento	
Total	94.9	51.0	81.4	1,732
Región				
Noroeste	96.1	43.3	78.8	323
Noreste	92.1	61.6	83.7	410
Centro	97.6	59.9	86.6	281
CDMX-Edo México	94.3	43.0	74.9	345
Sur	95.7	46.9	83.3	372
Zona de residencia				
Urbana	94.4	49.8	80.2	1,295
Rural	96.5	54.6	85.0	437
Meses desde el nacimiento				
0-11 meses	94.6	51.6	80.3	835
12-23 meses	95.2	50.2	82.4	891
Atención en el parto^A				
Asistente capacitado	94.9	50.9	81.4	1,705
Partera tradicional	100.0	69.0	94.7	21
Otro	(*)	(*)	(*)	5
Lugar del parto				
En casa	98.0	69.6	93.2	48
Unidad de salud	94.9	50.6	81.1	1,679
Público	95.1	54.1	83.3	1,413
Privado	93.4	32.0	69.5	266
Otro/NS/Ignorado	(*)	(*)	(*)	5
Educación de la madre				
Ninguna	90.9	48.5	87.9	28
Primaria	95.3	59.0	87.7	292
Secundaria	94.9	53.2	82.0	717
Media Superior	94.7	47.9	80.3	474
Superior	95.8	40.5	73.1	221

Cuadro NU.3: Lactancia inicial (cont.)					
Porcentaje de los últimos niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta que fueron amamantados alguna vez, porcentaje que fueron amamantados durante la primera hora del nacimiento y durante el primer día del nacimiento, y porcentaje de los que recibieron un alimento pre lácteo, México, 2015					
	Porcentaje de los que fueron amamantados alguna vez ¹	Porcentaje que fue amamantado primero:			Número de los últimos niños/as nacidos en los 2 años precedentes a la encuesta
		En la primera hora del nacimiento ²	En el primer día del nacimiento	Porcentaje de los que recibieron un alimento pre lácteo	
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	96.6	56.6	87.2	27.7	418
Segundo	92.9	50.8	81.5	27.6	492
Medio	94.7	59.8	82.1	32.2	365
Cuarto	95.1	37.1	69.5	34.9	271
Más rico	96.9	42.3	84.3	42.5	186
Etnia del jefe del hogar³					
Hogar indígena	97.4	58.2	88.9	27.9	148
Hogar no indígena	94.7	50.4	80.7	31.7	1,584

1. MICS indicador 2.5 - Niños que alguna vez fueron lactados.
2. MICS indicador 2.6 - Iniciación temprana de la alimentación con leche materna.
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro NU.3 se basa en los informes de las madres sobre cómo fue alimentado el último de sus hijos/as nacido/a en los últimos dos años durante sus primeros días de vida. Indica la proporción de los que fueron amamantados alguna vez, los que fueron amamantados dentro de la primera hora de haber nacido y el primer día del nacimiento, y los que recibieron una alimentación pre-láctea. Aunque es un paso muy importante en el manejo de la lactancia y en el establecimiento de la relación física y emocional entre el bebé y la madre, sólo 51% de los bebés son amamantados por primera vez dentro de la primera hora después del nacimiento, mientras que 81% de los recién nacidos en México inician la lactancia dentro del primer día del nacimiento. Los hallazgos se presentan en la Figura NU.2 por región y zona de residencia. Se observan diferencias regionales e institucionales importantes en el amamantamiento durante la primera hora después del nacimiento. La proporción de recién-nacidos amamantados en la primera hora después del parto es mucho mayor entre los nacidos en instituciones públicas (54%), o en la región Noreste (62%), cuando es comparada con la proporción de nacidos en instituciones privadas (32%), o en las regiones Noroeste (43%) y Ciudad de México-Estado de México (43%).

Figura NU.2: Inicio de la lactancia, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



El conjunto de indicadores de alimentación de lactantes y de niños pequeños en los Cuadros desde el NU.4 hasta el NU.8 se basan en el informe de las madres sobre el consumo de alimentos y líquidos durante el día o la noche antes de ser entrevistadas. Los datos están sujetos a una serie de limitaciones, algunas relacionadas con la capacidad de la entrevistada para proporcionar un informe completo sobre la ingesta de líquidos y alimentos del niño o niña debido a equivocaciones al recordarlo o a la falta de conocimiento en los casos en los que el niño o niña fue alimentado por otras personas.

En el Cuadro NU.4, se presenta el estatus de lactancia tanto para los que fueron amamantados exclusivamente como para los que fueron amamantados predominantemente; que incluye a los niños menores de 6 meses que fueron amamantados. Los grupos se distinguen porque a los primeros sólo se les permitieron vitaminas, suplementos minerales y medicamentos, y a los segundos se les permitió también agua pura y líquidos no lácteos. El cuadro también muestra la lactancia continuada de niños y niñas de 12 a 15 meses y de 20 a 23 meses.

Cuadro NU.4: Lactancia

Porcentaje de niños/as vivos de acuerdo al estado de la lactancia en grupos de edad seleccionados, México, 2015.

	Niños/as de 0-5 meses			Niños/as de 12-15 meses		Niños/as de 20-23 meses	
	Porcentaje con lactancia exclusiva ¹	Porcentaje con lactancia predominante ²	Número de niños/as	Porcentaje amamantado (lactancia continua 1 año) ³	Número de niños/as	Porcentaje amamantado (lactancia continua 2 años) ⁴	Número de niños/as
Total	30.8	38.6	646	45.8	511	24.4	468
Sexo							
Masculino	31.3	38.8	303	45.0	262	22.5	170
Femenino	30.4	38.4	343	46.7	249	25.6	298
Región							
Noroeste	23.2	26.5	114	29.0	119	25.1	67
Noreste	17.3	29.0	180	38.0	121	17.7	146
Centro	53.0	64.3	101	64.0	72	34.2	66
CDMX-Edo México	35.4	38.2	113	40.3	82	20.1	110
Sur	34.7	42.4	138	63.9	117	34.3	79
Zona de residencia							
Urbana	30.6	37.5	478	40.2	374	22.5	335
Rural	31.4	41.5	169	61.2	137	29.3	133
Educación de la madre^A							
Ninguna	(*)	(*)	18	(*)	10	(*)	6
Primaria	41.5	49.7	133	50.6	66	26.7	110
Secundaria	30.4	38.5	263	55.4	209	25.3	164
Media Superior	26.2	32.6	176	35.9	154	24.6	131
Superior	24.8	30.0	57	35.8	72	(14.1)	57
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	33.7	48.2	140	70.7	126	31.1	139
Segundo	32.0	39.6	221	39.8	141	36.2	106
Medio	33.9	37.8	150	50.4	107	18.6	95
Cuarto	24.1	30.7	82	24.9	85	14.6	71
Más rico	(19.5)	(22.9)	53	(26.6)	52	(8.1)	57
Etnia del jefe del hogar							
Hogar indígena	36.1	48.8	52	78.5	41	56.7	37
Hogar no indígena	30.3	37.7	594	43.0	470	21.6	431

1. MICS indicador 2.7 - Lactancia exclusiva antes de los 6 meses.

2. MICS indicador 2.8 - Lactancia predominante en niños/as menores de 6 meses.

3. MICS indicador 2.9 - Lactancia continua hasta el 1er año de edad.

4. MICS indicador 2.10 - Lactancia continua hasta los 2 años de edad.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (Niños/as de 12 a 15 meses).

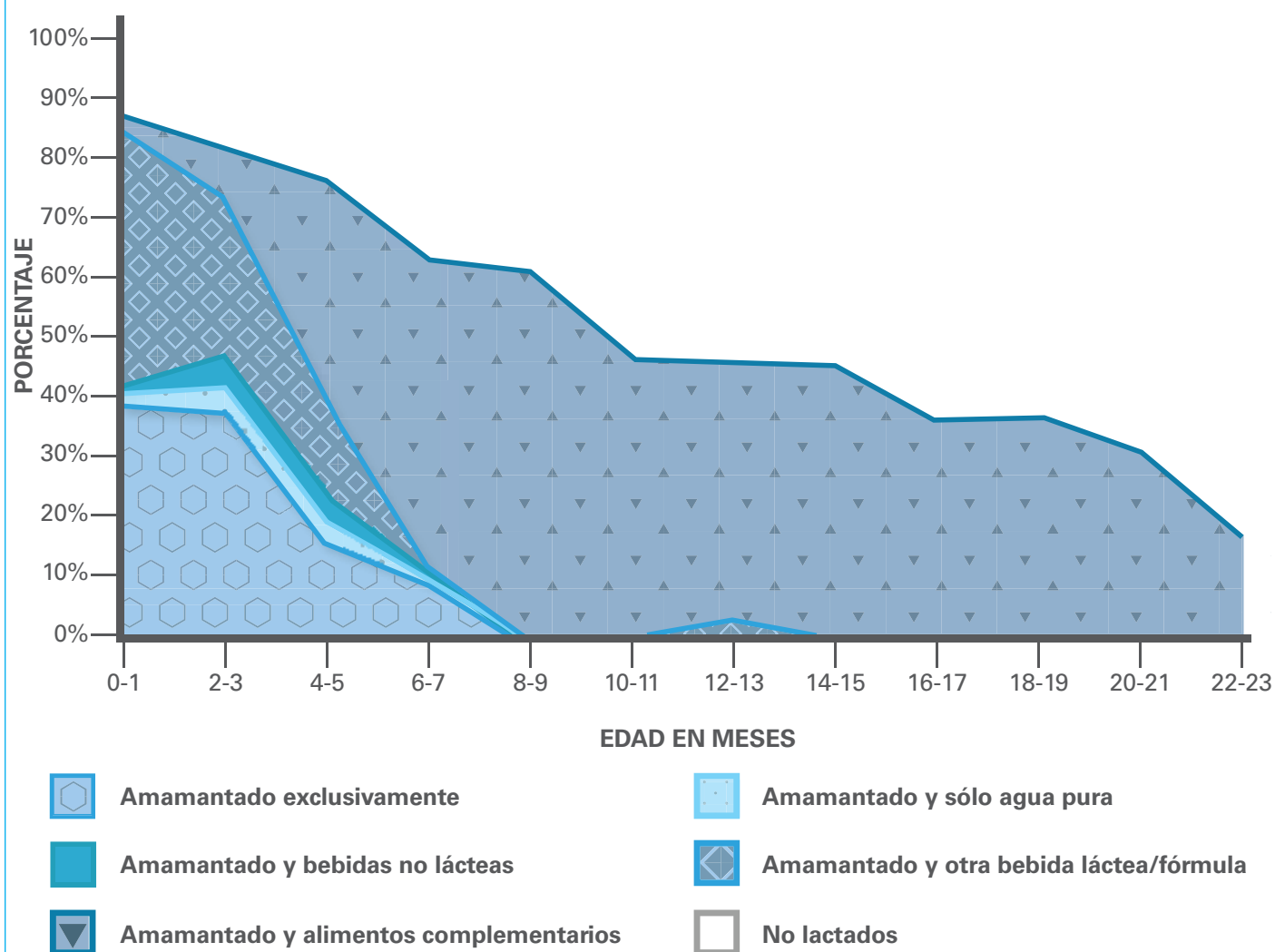
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Aproximadamente 31% de los niños y niñas menores de seis meses recibieron lactancia exclusiva. Con 39% amamantados predominantemente, se evidencia que los líquidos a base de agua están desplazando en gran medida a la leche materna. A la edad de 12 a 15 meses, 46% de los niños y niñas todavía son amamantados y a la edad de 20 a 23 meses, 24% sigue siendo amamantado. Se observan diferencias en las prácticas de lactancia de acuerdo a la educación de la madre, con prevalencias más bajas de lactancia exclusiva entre hijos/as de madres con educación media superior (26%) o superior (25%). Por otro lado, el porcentaje de niños con lactancia continuada al año de edad es mayor en zonas rurales (61%) que en zonas urbanas (40%).

La Figura NU.3 muestra el patrón detallado de lactancia por edad del niño o niña en meses. Incluso en las edades más tempranas, la mayoría de los niños y niñas reciben líquidos o alimentos distintos de la leche materna, siendo el agua y fórmula u otras leches los de mayor uso, inclusive a la temprana edad de 0 a 1 mes. A la edad de 4 a 5 meses, el porcentaje de niños y niñas amamantados de forma exclusiva está por debajo de 10%. Solo alrededor de 24% de los niños y niñas reciben leche materna a la edad de 2 años.

Figura NU.3: Patrones de alimentación de los lactantes por edad, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



El Cuadro NU.5 muestra la mediana de la duración de la lactancia de acuerdo con las características de contexto seleccionadas. Entre los niños y niñas menores de 3 años, la duración mediana de cualquier lactancia es de casi 11 meses, sin embargo, la duración mediana de la lactancia exclusiva es de 0.6 meses y de 0.7 meses para la lactancia predominante. Se observan importantes diferencias en la duración mediana de cualquier tipo de lactancia entre regiones. Mientras en la región Sur se observa una mediana de 18 meses en la región Noroeste es de sólo 8 meses. Asimismo, la mediana en las zonas rurales es casi el doble de la observada en las zonas urbanas (16% y 9%, respectivamente). Una diferencia similar se encuentra al observar los hogares más pobres y los más ricos, así como los hogares indígenas y los no indígenas. En los hogares más pobres la mediana es de 18 meses mientras que en los más ricos de poco más de 8 meses. De igual modo, en los hogares indígenas la mediana de cualquier lactancia es más del doble que en los hogares no indígenas (23 meses y 10 meses, respectivamente).

Cuadro NU.5: Duración de la lactancia

Mediana de la duración de cualquier lactancia, lactancia exclusiva, y lactancia predominante entre niños/as de 0-35 meses de edad, México, 2015.

	Duración media (en meses) de:			Número de niños/as de 0-35 meses de edad
	Cualquier lactancia ¹	Lactancia exclusiva	Lactancia predominante	
Mediana	10.9	0.6	0.7	4,651
Sexo				
Masculino	10.2	0.6	0.6	2,293
Femenino	11.4	0.7	0.7	2,359
Región				
Noroeste	7.6	0.5	0.5	855
Noreste	8.2	0.5	0.5	1,060
Centro	15.5	2.7	3.4	840
CDMX-Edo México	10.4	0.6	0.6	912
Sur	17.9	0.6	0.6	984
Zona de residencia				
Urbana	8.9	0.6	0.6	3,522
Rural	15.9	0.7	0.7	1,130
Educación de la madre				
Ninguna	14.4	0.7	2.1	89
Primaria	15.1	0.5	0.5	752
Secundaria	11.5	1.4	1.7	1,823
Media Superior	9.8	0.6	0.6	1,434
Superior	10.0	0.4	0.4	550
Quintil de índice de riqueza				
Más pobre	18.2	0.7	2.1	1,083
Segundo	8.4	0.5	0.5	1,217
Medio	9.4	1.8	1.9	995
Cuarto	9.1	0.5	0.5	907
Más rico	8.5	0.4	0.4	449
Etnia del jefe del hogar				
Hogar indígena	22.5	0.5	0.6	372
Hogar no indígena	10.2	0.6	0.7	4,276
Media	13.6	1.9	2.3	4,651

En el Cuadro NU.6 se presenta la lactancia apropiada para la edad de los niños y niñas menores de 24 meses. Se usan diferentes criterios de alimentación dependiendo de la edad del niño/a. Para los niños de 0 a 5 meses, la lactancia exclusiva se considera la alimentación adecuada para esa edad, mientras que a los lactantes de 6 a 23 meses se les considera que están alimentados adecuadamente si reciben leche materna y alimentos sólidos, semisólidos o blandos. Como resultado de estos patrones de alimentación, sólo 41% de los niños y niñas de 6 a 23 meses están siendo amamantados adecuadamente, y la lactancia adecuada para la edad entre todos los infantes de 0 a 23 meses disminuye hasta 39%. De manera similar a lo observado con la lactancia exclusiva a los 6 meses, el porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses adecuadamente amamantados es mayor en zonas rurales (47.4%) y entre hijos o hijas de mujeres con educación primaria (46%) o sin educación (44%). La región Centro presenta la prevalencia más elevada de menores de 23 meses amamantados adecuadamente (52%). La mayor prevalencia de lactancia apropiada para la edad, se observa en los hogares indígenas en donde 55% de los niños menores de 2 años son amamantados adecuadamente.

Cuadro NU.6: Lactancia apropiada para la edad						
Porcentaje de niños/as de 0-23 meses de edad con una lactancia apropiada durante el día previo, México, 2015.						
	Niños/as de 0-5 meses		Niños/as de 6-23 meses		Niños/as de 0-23 meses	
	Porcentaje con lactancia exclusivamente ¹	Número de niños/as	Porcentaje con lactancia actualmente y que recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Número de niños/as	Porcentaje adecuadamente amamantados ²	Número de niños/as
Total	30.8	646	41.3	2,205	39.0	2,852
Sexo						
Masculino	31.3	303	42.0	1,058	39.6	1,361
Femenino	30.4	343	40.7	1,148	38.3	1,491
Región						
Noroeste	23.2	114	30.9	431	29.3	545
Noreste	17.3	180	34.6	506	30.0	686
Centro	53.0	101	51.6	354	51.9	456
CDMX-Edo México	35.4	113	36.3	434	36.1	547
Sur	34.7	138	54.9	480	50.4	618
Zona de residencia						
Urbana	30.6	478	37.6	1,631	36.0	2,109
Rural	31.4	169	52.1	574	47.4	743
Educación de la madre^A						
Ninguna	(*)	18	55.9	36	44.3	54
Primaria	41.5	133	48.2	366	46.4	499
Secundaria	30.4	263	42.7	902	39.9	1,164
Media Superior	26.2	176	37.6	605	35.0	781
Superior	24.8	57	34.6	295	33.1	352
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	33.7	140	58.9	564	53.9	704
Segundo	32.0	221	41.5	579	38.9	800
Medio	33.9	150	38.0	441	37.0	590
Cuarto	24.1	82	28.1	371	27.4	453
Más rico	(19.5)	53	26.9	251	25.6	304
Etnia del jefe del hogar						
Hogar indígena	36.1	52	60.2	198	55.2	250
Hogar no indígena	30.3	594	39.5	2,008	37.4	2,602

1. MICS indicador 2.7 - Lactancia exclusiva antes de los 6 meses.

2. MICS indicador 2.12 - Lactancia materna apropiada para la edad.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (Niños/as de 6 a 23 meses).

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

En general, 82% de los niños de 6 a 8 meses recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos al menos una vez durante el día anterior (Cuadro NU.7). Entre los lactantes que aún estaban siendo amamantados, este porcentaje fue de 86% mientras que entre los bebés que no estaban siendo amamantados al momento de la encuesta el porcentaje fue de 76%.

Cuadro NU.7: Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos

Porcentaje de niños/as de 6-8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día previo, México, 2015.

	Lactancia actualmente		Sin lactancia actualmente		Todos	
	Porcentaje que recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Número de niños/as de 6-8 meses de edad	Porcentaje que recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Número de niños/as de 6-8 meses de edad	Porcentaje que recibe alimentos sólidos, semisólidos o blandos ¹	Número de niños/as de 6-8 meses de edad
Total	85.9	231	76.4	138	82.3	369
Sexo						
Masculino	79.0	119	95.6	62	84.7	181
Femenino	93.1	112	60.6	76	80.1	188
Zona de residencia						
Urbana	85.1	161	77.1	120	81.7	281
Rural	87.5	70	(71.8)	18	84.3	88

1. MICS indicador 2.13 - Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

El 75% de los niños y niñas de 6 a 23 meses estaba recibiendo alimentos sólidos, semisólidos y blandos el número mínimo de veces (Cuadro NU.8). La proporción de niños y niñas que recibieron la diversidad alimentaria mínima, o alimentos de al menos 4 grupos de alimentos, fue un poco menor que la frecuencia mínima de comidas, lo que indica la necesidad de centrarse en mejorar la calidad de la dieta y la ingesta de nutrientes en este grupo vulnerable. Una proporción más alta de niños y niñas mayores (de 18 a 23 meses) (89%) lograban recibir la diversidad alimentaria mínima en comparación con los niños y niñas menores (de 6 a 8 meses) (35%). La valoración general usando el indicador de la dieta mínima aceptable reveló que aproximadamente la mitad de los niños (53%) se beneficiaba de una dieta suficiente tanto en diversidad como en frecuencia. Los niños y niñas residentes en la región Sur y Centro (46 y 47% respectivamente), los hijos/as de madres con educación primaria (49%) o sin educación (29%) y los residentes en hogares indígenas (37%) presentan mayores riesgos de no recibir dieta mínima aceptable.

El Cuadro NU.8 presenta también el porcentaje de niños/as menores de 2 años que habían consumido bebidas azucaradas en algún momento en el día anterior a la fecha de encuesta, específicamente bebidas envasadas de sabor dulce (como Frutsi, Boing, Naranjada), aguas frescas (hechas con azúcar, agua y fruta) y refrescos o bebidas con gas (que tengan azúcar). Aproximadamente la mitad (48%) de todos los niños y niñas entre 0 y 23 meses habían consumido bebidas azucaradas en el día anterior a la encuesta. La prevalencia de consumo de estas bebidas aumenta con la edad, variando desde 7% entre los niños/as menores de 6 meses y 81% entre los niños/as de 18 a 23 meses. Los niños y niñas de la región CDMX-Estado de México, residentes en hogares urbanos, hijos de madres con educación superior, en los hogares de mayor riqueza y hogares no indígenas presentan el mayor riesgo de recibir este tipo de bebidas.

Cuadro NU.8: Prácticas de alimentación de niños/as menores de 2 años

Porcentaje de niños/as de 6-23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos blandos el número mínimo de veces o más durante el día previo, por estado de lactancia y porcentaje de niños/as de 0-23 meses que recibieron bebidas azucaradas, México, 2015.

	Lactando actualmente				Sin lactancia actualmente				Todos						
	Porcentaje de niños/as que recibieron:				Porcentaje de niños/as que recibieron:				Porcentaje de niños/as que recibieron:						
	Número de niños/as de 6-23 meses				Número de niños/as de 6-23 meses				Número de niños/as de 6-23 meses						
	Diversidad alimentaria ^a	Frecuencia mínima de comidas ^b	Dieta mínima aceptable ^c		Diversidad alimentaria ^a	Frecuencia mínima de comidas ^b	Dieta mínima aceptable ^c		Diversidad alimentaria ^a	Frecuencia mínima de comidas ^b	Dieta mínima aceptable ^c			Porcentaje de niños/as de 0-23 meses que recibieron bebidas azucaradas ^d	Número de niños/as de 6-23 meses
Total	66.9	63.2	46.4	954	82.1	94.1	59.0	91.4	1,118	75.4	79.9	53.2	2,205	48.3	2,852
Sexo															
Masculino	63.2	62.2	43.3	472	78.8	93.4	52.9	89.0	522	71.4	78.6	48.4	1,058	46.5	1,361
Femenino	70.5	64.2	49.4	482	85.0	94.7	64.3	93.5	597	79.2	81.1	57.6	1,148	49.9	1,491
Edad															
0-5 meses	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	7.0	646
6-8 meses	31.8	68.6	27.6	231	42.9	95.9	14.4	95.8	125	35.2	78.2	22.9	369	20.4	369
9-11 meses	67.8	59.6	46.1	203	78.9	98.2	47.4	96.4	158	72.5	76.5	46.7	396	47.4	396
12-17 meses	79.5	60.7	53.2	315	87.0	95.4	68.9	92.5	363	84.4	79.3	61.6	732	67.6	732
18-23 meses	86.1	64.7	57.3	204	89.8	91.2	67.0	87.7	473	88.8	83.2	64.1	708	81.0	708
Región															
Noroeste	67.2	69.8	54.2	137	78.8	96.8	53.7	92.8	270	76.0	87.7	53.9	431	49.3	545
Noreste	68.8	71.7	49.0	177	89.8	95.3	68.8	93.9	288	82.3	86.3	61.3	506	47.9	686
Centro	68.8	58.6	45.1	189	81.3	92.6	48.9	88.3	147	72.7	73.4	46.8	354	42.9	456
CDMX-Edo México	71.6	52.9	42.0	179	83.9	95.2	67.8	92.6	228	78.8	76.6	56.5	434	54.9	547
Sur	61.1	64.6	44.5	272	73.5	88.2	48.4	86.1	186	66.7	74.1	46.1	480	45.9	618
Zona de residencia															
Urbana	69.3	64.7	48.1	641	81.5	95.3	58.8	93.1	884	76.9	82.4	54.3	1,631	49.3	2,109
Rural	61.9	60.3	42.9	313	84.5	89.4	59.5	84.6	234	71.3	72.8	50.0	574	45.5	743
Educación de la madre ^A															
Ninguna	(70.0)	(45.9)	(29.8)	20	(*)	(*)	(*)	(*)	9	76.9	55.4	28.6	36	33.8	54
Primaria	59.1	58.9	41.7	186	78.7	90.9	57.8	83.2	161	68.0	73.8	49.2	366	45.2	499
Secundaria	68.4	63.2	45.9	396	76.8	94.7	51.4	92.5	455	73.1	80.0	48.8	902	49.5	1,164
Media Superior	64.2	62.9	44.6	248	85.9	93.7	62.6	91.8	318	77.0	80.2	54.7	605	48.2	781
Superior	80.7	75.1	63.7	103	92.1	97.3	75.1	95.8	175	88.2	89.1	70.9	295	51.0	352

Cuadro NU.8: Prácticas de alimentación de niños/as menores de 2 años (cont.)

Porcentaje de niños/as de 6-23 meses que recibieron apropiadamente líquidos y sólidos, o alimentos blandos el número mínimo de veces o más durante el día previo, por estado de lactancia y porcentaje de niños/as de 0-23 meses que recibieron bebidas azucaradas, México, 2015.

		Lactando actualmente					Sin lactancia actualmente					Todos				
		Porcentaje de niños/as que recibieron:					Porcentaje de niños/as que recibieron:					Porcentaje de niños/as que recibieron:				
		Número de niños/as de 6-23 meses					Número de niños/as de 6-23 meses					Número de niños/as de 6-23 meses				
		Diversidad alimentaria mínima ^a					Diversidad alimentaria mínima ^a					Diversidad alimentaria mínima ^a				
		Frecuencia mínima de comidas ^b					Frecuencia mínima de comidas ^b					Frecuencia mínima de comidas ^b				
		Dieta mínima aceptable ^c					Dieta mínima aceptable ^c					Dieta mínima aceptable ^c				
		Al menos 2 alimentaciones de leche ³					Al menos 2 alimentaciones de leche ³					Al menos 2 alimentaciones de leche ³				
		Al menos 4 de 7 grupos alimenticios: 1) Granos, raíces y tubérculos, 2) Legumbres y frutos secos, 3) Productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) Carnes (carne, pescado, aves y carnes de hígado/órganos), 5) Huevos, 6) Frutas y vegetales ricos en vitamina-A, y 7) Otras frutas y vegetales.					Al menos 4 de 7 grupos alimenticios: 1) Granos, raíces y tubérculos, 2) Legumbres y frutos secos, 3) Productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) Carnes (carne, pescado, aves y carnes de hígado/órganos), 5) Huevos, 6) Frutas y vegetales ricos en vitamina-A, y 7) Otras frutas y vegetales.					Al menos 4 de 7 grupos alimenticios: 1) Granos, raíces y tubérculos, 2) Legumbres y frutos secos, 3) Productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) Carnes (carne, pescado, aves y carnes de hígado/órganos), 5) Huevos, 6) Frutas y vegetales ricos en vitamina-A, y 7) Otras frutas y vegetales.				
		Frecuencia mínima de comida entre niños/as actualmente en lactancia es definida como aquellos niños/as que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños/as no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche.					Frecuencia mínima de comida entre niños/as actualmente en lactancia es definida como aquellos niños/as que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños/as no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche.					Frecuencia mínima de comida entre niños/as actualmente en lactancia es definida como aquellos niños/as que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños/as no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche.				
		Dieta mínima aceptable para niños/as lactantes de 6-23 meses es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida, mientras que ésta para niños/as no lactantes además requiere al menos 2 tomas de leche y que la diversidad alimentaria mínima se alcance sin la cuenta de tomas de leche.					Dieta mínima aceptable para niños/as lactantes de 6-23 meses es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida, mientras que ésta para niños/as no lactantes además requiere al menos 2 tomas de leche y que la diversidad alimentaria mínima se alcance sin la cuenta de tomas de leche.					Dieta mínima aceptable para niños/as lactantes de 6-23 meses es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida, mientras que ésta para niños/as no lactantes además requiere al menos 2 tomas de leche y que la diversidad alimentaria mínima se alcance sin la cuenta de tomas de leche.				
		Bebidas azucaradas incluye: Bebidas envasadas de sabor dulce (como Frutisi, Boing, Naranjada), aguas frescas (hechas con azúcar, agua y fruta) y refrescos o bebidas con gas (que tengan azúcar).					Bebidas azucaradas incluye: Bebidas envasadas de sabor dulce (como Frutisi, Boing, Naranjada), aguas frescas (hechas con azúcar, agua y fruta) y refrescos o bebidas con gas (que tengan azúcar).					Bebidas azucaradas incluye: Bebidas envasadas de sabor dulce (como Frutisi, Boing, Naranjada), aguas frescas (hechas con azúcar, agua y fruta) y refrescos o bebidas con gas (que tengan azúcar).				
		A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (Lactando actualmente) y 2 casos sin ponderar 'NS/NR' no se muestran en el cuadro (Bebidas azucaradas).					A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (Lactando actualmente) y 2 casos sin ponderar 'NS/NR' no se muestran en el cuadro (Bebidas azucaradas).					A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (Lactando actualmente) y 2 casos sin ponderar 'NS/NR' no se muestran en el cuadro (Bebidas azucaradas).				
		na: no aplicable.					na: no aplicable.					na: no aplicable.				
		() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.					() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.					() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.				
		(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.					(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.					(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.				

Quintil de índice de riqueza

Más pobre	63.0	57.4	38.9	344	82.6	88.7	61.5	83.1	198	69.7	68.9	47.2	564	48.2	704
Segundo	71.0	63.0	49.3	245	78.6	92.3	49.1	88.4	291	76.2	78.9	49.2	579	45.8	800
Medio	79.1	76.1	63.3	171	75.8	93.0	50.1	92.5	245	77.1	86.0	55.6	441	46.3	590
Cuarto	52.7	66.2	40.8	121	86.8	99.3	67.6	97.4	222	75.9	87.6	58.2	371	52.1	453
Más rico	66.1	56.5	41.6	73	90.9	98.4	75.0	96.7	163	82.8	85.4	64.7	251	53.2	304

Etnia del jefe del hogar

Hogar indígena	57.4	53.5	35.2	125	50.8	91.5	40.1	90.2	64	56.9	66.3	36.9	198	39.3	250
Hogar no indígena	68.3	64.7	48.1	829	84.0	94.3	60.1	91.4	1,055	77.2	81.3	54.8	2,008	49.1	2,602

1. MICS indicador 2.17a - Alimentación mínima aceptable (lactancia).
2. MICS indicador 2.17b - Alimentación mínima aceptable (no-lactancia).
3. MICS indicador 2.14 - Frecuencia de alimentación con leche en niños/as que no reciben leche materna.
4. MICS indicador 2.16 - Diversidad alimentaria mínima.
5. MICS indicador 2.15 - Frecuencia mínima de comidas.
6. MICS indicador 2.S5 - Consumo de bebidas azucaradas.

a. Diversidad alimentaria mínima es definida como recibir alimentos de al menos 4 de 7 grupos alimenticios: 1) Granos, raíces y tubérculos, 2) Legumbres y frutos secos, 3) Productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) Carnes (carne, pescado, aves y carnes de hígado/órganos), 5) Huevos, 6) Frutas y vegetales ricos en vitamina-A, y 7) Otras frutas y vegetales.
b. Frecuencia mínima de comida entre niños/as actualmente en lactancia es definida como aquellos niños/as que también reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o alimentos suaves 2 veces o más al día para niños de 6-8 meses y 3 veces o más al día para niños de 9-23 meses. Para niños/as no lactantes de 6-23 meses es definida como recibir alimentos sólidos, semisólidos o suaves, o al menos 4 tomas de leche.

c. Dieta mínima aceptable para niños/as lactantes de 6-23 meses es definida como recibir la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comida, mientras que ésta para niños/as no lactantes además requiere al menos 2 tomas de leche y que la diversidad alimentaria mínima se alcance sin la cuenta de tomas de leche.

d. Bebidas azucaradas incluye: Bebidas envasadas de sabor dulce (como Frutisi, Boing, Naranjada), aguas frescas (hechas con azúcar, agua y fruta) y refrescos o bebidas con gas (que tengan azúcar).

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (Lactando actualmente) y 2 casos sin ponderar 'NS/NR' no se muestran en el cuadro (Bebidas azucaradas).
na: no aplicable.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

La práctica continua de la alimentación con biberón es preocupante debido a la contaminación que puede causar el uso de agua insalubre y la falta de higiene en la preparación. El Cuadro NU.9 muestra que la alimentación con biberón es prevalente en México. El 66% de los niños y niñas menores de 6 meses son alimentados con biberón. El uso de biberón para alimentación de menores de 6 meses es particularmente elevado en la región Noroeste (73%), en zonas urbanas (70%), y en los hogares clasificados en el cuarto (77%) o quinto (84%) quintil del índice de riqueza.

Cuadro NU.9: Alimentación con biberón

Porcentaje de niños/as de 0-23 meses de edad que fueron alimentados con un biberón durante el día anterior, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as de 0-23 meses de edad alimentados con un biberón ¹	Número de niños/as de 0-23 meses de edad
Total	66.4	2,852
Sexo		
Masculino	68.7	1,361
Femenino	64.3	1,491
Edad		
0-5 meses	54.7	646
6-11 meses	68.0	765
12-23 meses	70.8	1,440
Región		
Noroeste	73.1	545
Noreste	70.6	686
Centro	58.0	456
CDMX-Edo México	69.9	547
Sur	58.9	618
Zona de residencia		
Urbana	69.9	2,109
Rural	56.4	743
Educación de la madre^A		
Ninguna	57.9	54
Primaria	55.5	499
Secundaria	66.6	1,164
Media Superior	70.5	781
Superior	73.4	352
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	51.4	704
Segundo	66.2	800
Medio	67.3	590
Cuarto	77.0	453
Más rico	84.2	304
Etnia del jefe del hogar		
Hogar indígena	56.4	250
Hogar no indígena	67.4	2,602

1. MICS indicador 2.18 - Alimentación con biberón.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.



El Cuadro NU.10 presenta información sobre consejería sobre lactancia recibida durante la atención pre-natal o después del parto, así como el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia y la exposición a la publicidad de sucedáneos de leche materna. El 89% de las mujeres recibieron consejería sobre lactancia en algún momento durante el periodo pre o post-natal, y 85% conocen por lo menos un beneficio de la lactancia para la madre o para sus bebés. La prevalencia de mujeres que conoce por lo menos un beneficio de la lactancia es más baja en zonas rurales (79%), entre mujeres con escolaridad primaria (71%) o sin escolaridad (49%) y entre mujeres de hogares indígenas (62%).

De manera preocupante, 76% de las mujeres han estado expuestas a publicidad sobre fórmulas lácteas, sobre todo en las regiones Noroeste (84%) y Noreste (83%) del país. Asimismo, alrededor de 90% de las mujeres con educación superior y mayor riqueza reportan haber escuchado, visto o leído anuncios o comerciales sobre sucedáneos de leche materna.

Cuadro NU. 10: Consejería y conocimiento de los beneficios de la lactancia materna y exposición a publicidad de fórmulas lácteas

Porcentaje de mujeres madres de niños/as de entre 0 y 23 meses que recibieron consejería sobre la lactancia, conocen los beneficios de la lactancia y estuvieron expuestas a publicidad de fórmulas lácteas, México, 2015.

Distribución porcentual de mujeres madres de niños/as de entre 0 y 23 meses que:									
Recibieron consejería prenatal sobre lactancia				Conocen beneficios				Expuestas a publicidad de fórmulas lácteas³	Número de mujeres madres de niños/as de entre 0 y 23 meses
Prenatal sobre lactancia	Post-parto sobre lactancia	Prenatal o post-parto sobre lactancia¹	Conocen los beneficios de la lactancia²	Conocen algún beneficio para madre y alguno para el bebé	Conocen sólo beneficios para la madre	Conocen sólo beneficios para el bebé			
Total	83.0	70.5	88.6	84.6	61.8	62.0	83.9	76.1	2,813
Región									
Noroeste	83.9	69.2	90.5	90.8	68.6	68.8	90.4	83.9	533
Noreste	86.7	80.4	92.6	87.0	66.8	67.8	85.6	82.9	681
Centro	82.8	63.8	86.5	90.3	64.2	65.0	89.4	77.4	451
CDMX-Edo México	86.6	75.5	90.7	85.4	65.9	64.6	84.9	71.3	540
Sur	75.1	61.0	82.2	71.4	45.1	45.0	71.1	64.9	609
Zona de residencia									
Urbana	85.1	72.7	90.0	86.6	64.3	64.4	85.8	76.7	2,086
Rural	76.9	63.7	84.4	78.8	54.9	55.1	78.4	74.3	727
Educación de la madre ^A									
Ninguna	58.0	49.7	65.5	48.6	27.0	30.5	43.9	45.3	51
Primaria	79.7	63.1	85.3	71.2	42.7	42.9	71.0	64.7	478
Secundaria	87.7	69.1	90.5	84.8	62.5	62.9	83.7	75.8	1,155
Media Superior	81.5	75.7	89.3	91.0	68.7	68.6	90.7	79.5	779
Superior	78.8	75.9	88.5	93.4	76.0	75.4	93.0	89.7	348
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	77.1	63.4	84.6	74.7	50.7	51.3	74.0	69.4	697
Segundo	82.6	69.4	87.6	81.2	56.8	56.7	81.0	74.5	789
Medio	88.0	72.5	91.5	92.2	70.5	71.4	91.2	79.9	580
Cuarto	85.4	76.4	93.4	89.2	67.4	68.5	87.4	76.5	449
Más rico	84.3	76.6	87.8	94.9	75.9	73.0	94.9	87.9	298
Etnia del jefe del hogar ^B									
Hogar indígena	77.4	53.6	84.1	61.9	32.5	33.1	61.3	63.4	248
Hogar no indígena	83.6	72.0	89.0	86.8	64.7	64.8	86.1	77.3	2,565

1. MICS indicador 2.S4 - Consejería pre o postnatal sobre lactancia.

2. MICS indicador 2.S2 - Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna.

3. MICS indicador 2.S3 - Exposición a publicidad de fórmulas lácteas.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (Conocen beneficios y exposición a publicidad).

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.



V. SALUD INFANTIL

Vacunas

La vacunación desempeña un papel clave para reducir la mortalidad de niños menores de cinco años. Las vacunas han salvado las vidas de millones de niños y niñas en las cuatro décadas que han transcurrido desde el lanzamiento del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 1974. En ese sentido, el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por sus siglas en inglés) fue aprobado por los 194 Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012 para hacer realidad la visión de la Década de las Vacunas mediante el acceso universal a la inmunización. En el mundo todavía hay millones de niños y niñas que no se benefician de la vacunación de rutina y, como resultado, las enfermedades que se pueden evitar mediante la vacunación causan más de 2 millones de muertes cada año.

En las Recomendaciones de la OMS para la vacunación de rutina¹ se insta a que todos los niños y niñas sean vacunados contra la tuberculosis, la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, el sarampión, la hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b, la neumonía/meningitis, el rotavirus y la rubéola.

Se recomienda que todas las dosis de la serie primaria se completen antes del primer año del niño o niña, aunque dependiendo de la epidemiología de la enfermedad en el país, las primeras dosis de las vacunas que contienen antígenos del sarampión y la rubéola se pueden recomendar a los 12 meses o más tarde. El número recomendado y el esquema de la mayoría de las otras dosis también varían ligeramente de acuerdo con la epidemiología local y pueden incluir dosis de refuerzo durante la infancia.

El esquema de vacunación que sigue el Programa Nacional de Vacunación de México proporciona todas las vacunas mencionadas con una dosis al nacimiento de BCG, para prevenir tuberculosis, tres dosis contra la hepatitis B, con la primera dosis dentro de las 24 horas del nacimiento y dos dosis subsecuentes a los dos y seis meses; cuatro dosis de la vacuna pentavalente acelular, que contiene antígenos de difteria, pertussis, tétanos, poliomielitis y Haemophilus influenzae tipo b (Hib) y se administra a los 2, 4 y 6 y 18 meses, más una dosis de refuerzo de la vacuna triple contra difteria, pertussis y tétanos (DPT) que se aplica a los cuatro años; tres dosis de la vacuna contra el rotavirus, a los 2, 4 y 6 meses; tres dosis de la vacuna antineumocócica conjugada de diez antígenos a los 2, 4 y 12 meses; una dosis de la vacuna triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) al año de vida y un refuerzo a los seis años; vacuna tri o cuadrivalente contra influenza que se administra en dosis fraccionada a los seis meses y siete meses, respectivamente, seguida de revacunación anual hasta cumplir cinco años. Además, la vacuna trivalente oral contra poliomielitis se recomienda dos veces al año entre los 6 y 59 meses en las semanas nacionales de salud; a partir de 2017 se sustituirá por la vacuna bivalente oral (poliovirus vivos atenuados tipo 1 y 3). Finalmente, para niñas se administra la vacuna bi- o tetravalente contra virus del papiloma humano (VPH) a los 11 años de edad (Cuadro CH.0).

¹ <http://www.who.int/immunization/diseases/en>. El Cuadro CH.0 incluye recomendaciones para todos los niños/as y antígenos adicionales sólo para los niños/as que viven en ciertas regiones del mundo o en determinados grupos de población de alto riesgo.

Cuadro CH.0. Esquema oficial de vacunación. México 2015

Vacuna	Dosis	Edad
BCG	Dosis única	Al nacer
Hepatitis B	1ra dosis 2da dosis 3ra dosis	Al nacer 2 meses 6 meses
Pentavalente (DPT + HB + Hib)	1ra dosis 2da dosis 3ra dosis 4ta dosis	2 meses 4 meses 6 meses 18 meses
Rotavirus	1ra dosis 2da dosis 3ra dosis	2 meses 4 meses 6 meses
Neumocócica conjugada	1ra dosis 2da dosis 3ra dosis	2 meses 4 meses 12 meses
Influenza	1ra dosis 2da dosis Revacunación	6 meses 7 meses Anual hasta los 5 años
DPT	Refuerzo	4 años
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	1ra dosis Refuerzo	1 año 6 años
OPV (Polio oral)		De los 6 a los 59 meses en 1ra y 2da Semanas Nacionales de Salud
VPH (Virus de Papiloma Humano)		11 años o quinto grado de primaria

Todas las vacunas se deben recibir durante el primer año de vida excepto la última dosis de la vacuna pentavalente que se administra a los 18 meses, la dosis de la vacuna contra DPT que se administra a los 48 meses, las dosis de la vacuna SRP que se administran a los 12 y 72 meses, la vacuna contra la influenza, que se administra cada 12 meses hasta los 59 meses, y la vacuna contra el VPH que se administra a los 11 años de edad.

Teniendo en cuenta este esquema de vacunación, las estimaciones de cobertura de vacunación completa de la ENIM 2015 se basan en niños y niñas de 12 a 23 y de 24 a 35 meses.

Se recolectó información sobre la cobertura de vacunación para todos los niños y niñas menores de tres años. Se pidió a las madres que mostraran la cartilla de vacunación del niño o niña. Si la tenían, los entrevistadores copiaban la información de las cartillas en el cuestionario de la ENIM. Si no la tenían, el entrevistador les pedía que recordaran si el niño o niña había recibido cada una de las vacunas, y para la poliomiелitis, DPT y la hepatitis B cuántas dosis había recibido. Las estimaciones finales de la cobertura de vacunación se basan en la ponderación de la información obtenida a partir de la cartilla de vacunación y de las declaraciones de las madres sobre las vacunas que recibieron sus hijos e hijas.

Cuadro CH.1: Vacunas en el primer año de vida

Porcentaje de niños de 12-23 meses y 24-35 meses vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles por vacunación en algún momento antes de la encuesta y antes de su primer cumpleaños, México, 2015.

Antígeno	Niños de 12-23 meses						Niños de 24-35 meses			
	Vacunados en algún momento antes de la encuesta de acuerdo a:			Vacunados hasta la edad de 12 meses ^a			Vacunados en algún momento antes de la encuesta de acuerdo a:			
	Cartilla de vacunación	Información de la madre	Cualquiera	Cualquiera	Vacunados hasta la edad de 12 meses ^a		Cartilla de vacunación	Información de la madre	Cualquiera	Vacunados hasta la edad de 12 meses
BCG ¹	74.4	18.3	92.7	92.7	92.6		72.2	21.4	93.6	93.1
Pentavalente (Pentavalente acelular DPaT + VPI + HIB)										
1	73.6	18.3	91.9	91.9	91.4		72.6	20.7	93.3	91.5
2	72.4	15.1	87.5	87.5	85.9		71.4	18.9	90.2	87.4
3	64.9	7.0	71.9	71.9	69.1		68.7	10.3	79.1	69.2
4 ²	na	na	na	na	na		57.5	4.0	61.5	54.8
Rotavirus										
1	72.1	17.6	89.7	89.7	89.4		71.1	20.3	91.4	90.9
2 ³	69.1	13.1	82.2	82.2	82.0		66.6	16.8	83.3	82.6
3	56.4	6.3	62.7	62.7	61.9		58.9	8.7	67.6	55.1
HepB										
Al nacer	74.0	18.8	92.8	92.8	92.6		72.6	20.5	93.1	92.0
1	72.2	18.8	91.0	91.0	90.0		72.0	20.5	92.5	88.3
2 ⁴	67.8	14.4	82.2	82.2	76.9		68.7	16.5	85.1	76.0
Neumocócica conjugada										
1	74.0	17.6	91.6	91.6	90.5		72.3	18.7	91.0	89.9
2	71.2	11.8	83.0	83.0	80.7		70.9	14.7	85.5	78.7
3 ⁵	51.4	5.5	56.9	56.9	na		63.9	8.4	72.3	70.6
Influenza										
1 ⁶	38.8	15.1	53.9	53.9	46.3		53.3	17.1	70.4	35.2
2	21.5	8.6	30.1	30.1	23.3		30.6	11.8	42.4	15.9

Cuadro CH.1: Vacunas en el primer año de vida (cont.)

Porcentaje de niños de 12-23 meses y 24-35 meses vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles por vacunación en algún momento antes de la encuesta y antes de su primer cumpleaños, México, 2015.

	Niños de 12-23 meses				Niños de 24-35 meses			
	Vacunados en algún momento antes de la encuesta de acuerdo a:			Vacunados hasta la edad de 12 meses ^a	Vacunados en algún momento antes de la encuesta de acuerdo a:			Vacunados hasta la edad de 12 meses
	Cartilla de vacunación	Información de la madre	Cualquiera		Cartilla de vacunación	Información de la madre	Cualquiera	
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis) ⁷	49.5	14.5	64.0	na	64.3	18.8	83.1	81.9
Vacunación completa ^{8, b}	na	na	na	na	47.8	2.8	50.6	34.3
Sin vacunar	0.0	5.5	5.5	5.5	0.2	5.5	5.7	5.7
Número de niños	1,440	1,440	1,440	1,440	1,799	1,799	1,799	1,799

1. MICS indicador 3.1 - Cobertura de vacunación contra la tuberculosis.

2. MICS indicador 3.2, 3.3, 3.6 - Cobertura de vacunación con vacuna Pentavalente acelular [difteria, tétanos, poliomielitis e infecciones por haemophilus influenzae tipo B (Hib)]. (DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. INFLUENZAE b).

3. MICS indicador 3.S1 - Cobertura de inmunización contra rotavirus.

4. MICS indicador 3.5 - Cobertura de vacunación con antihepatitis B (HepB2).

5. MICS indicador 3.S2 - Cobertura de inmunización contra neumococo.

6. MICS indicador 3.S3 - Cobertura de inmunización contra influenza.

7. MICS indicador 3.4 - Cobertura de vacunación contra SRP.

8. MICS indicador 3.8 - Cobertura de inmunización completa.

a. Indicadores MICS 3.1 y 3.5 se refieren a resultados de esta columna en el panel izquierdo; indicadores MICS 3.2, 3.3, 3.4, 3.6 y 3.8 se refieren a esta columna en el panel derecho.

b. Incluye las vacunas del plan nacional de vacunación: BCG (1 dosis), HepB (3 dosis), Pentavalente acelular (4 dosis), Rotavirus (2 dosis), Neumocócica conjugada (3 dosis) y SRP (1 dosis). na: no aplica.

En el Cuadro CH.1 y en la Figura CH.1 se muestra el porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses de edad que recibieron cada una de las vacunas específicas, por fuente de información (cartilla de vacunación y la información que recuerda la madre). Los denominadores del cuadro están compuestos por niños y niñas de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses, de manera que sólo se han considerado a los niños y niñas con la edad suficiente para estar totalmente vacunados. En las tres primeras columnas de cada panel del cuadro, el numerador incluye a todos los niños y niñas que fueron vacunados en cualquier momento previo a la encuesta según la cartilla de vacunación o la declaración de la madre. En la última columna de cada panel sólo se incluye a aquellos que fueron vacunados antes de cumplir un año, según las recomendaciones. Para los niños y niñas que no tienen cartilla de vacunación, se asume que la proporción de vacunas administradas antes del primer año es la misma que la de los niños y niñas con cartilla de vacunación.

Aproximadamente 93% de los niños de 12 a 23 meses recibió la vacuna contra la Hepatitis B al nacer, y 93% de los niños y niñas de 12 a 23 meses recibió la vacuna contra la BCG a la edad de 12 meses. El porcentaje de niños que recibieron la segunda dosis de la vacuna contra la Hepatitis B se redujo a 90%, y a 77% para la tercera dosis. Del mismo modo, a la edad de 12 meses, 91% de los niños habían recibido la primera dosis de la vacuna pentavalente contra la difteria, pertussis, tétanos, poliomielitis y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y este porcentaje disminuyó a 86% para la segunda dosis y 69% para la tercera dosis. En el grupo de edad de 12 a 23 meses, la vacuna contra el rotavirus es la que tiene peor cobertura. En este grupo de edad, el porcentaje de niños vacunado contra el rotavirus fue de 89%, reduciéndose a 82% para la segunda dosis y a 62% para la tercera dosis. La cobertura para la primera dosis de la vacuna contra el neumococo en niños y niñas de 12 a 23 meses fue de 90%, y se redujo a 81% para la segunda dosis.

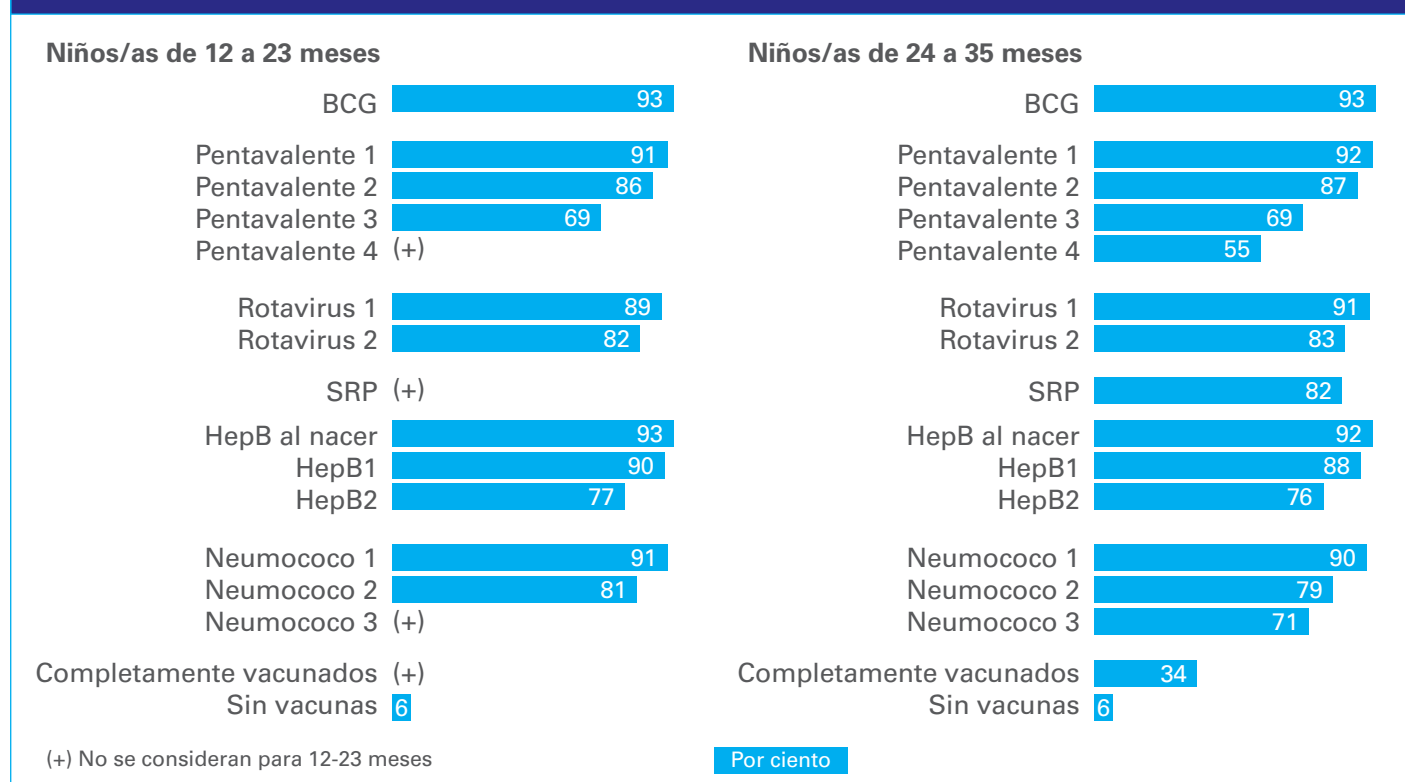
Las cifras de cobertura individual para los niños y niñas de 24 a 35 meses de edad generalmente son similares a los de 12 a 23 meses de edad, lo que sugiere que en general la cobertura de inmunización en promedio en México ha permanecido estable entre los años 2013 y 2014, con excepción de la vacuna de rotavirus, la cual presenta una mejora para la cobertura de la tercera dosis, y de la vacuna de influenza² la cual presenta una mejora de cobertura en las dos dosis. El porcentaje de niños y niñas de 24 a 35 meses que recibieron la cuarta dosis de pentavalente antes de cumplir los dos años fue de 55%, mientras 71% de estos niños recibió la tercer dosis (refuerzo) de la vacuna contra el neumococo. Además, 34% de los niños y niñas de 24 a 35 meses tienen todas las vacunas recomendadas antes de cumplir los dos años.³

² La vacuna de influenza no se incluye en la evaluación del esquema completo de vacunación.

³ En el año 2015 se registró, a nivel mundial, desabasto de la vacuna pentavalente.

<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/25557-ssa-debe-informar-sobre-desabasto-de-vacuna-pentavalente-apunta-el-senado.html?month=11&year=2015>

Figura CH.1: Vacunas a los 12 meses de edad, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



El Cuadro CH.2 muestra estimaciones de la cobertura de vacunación entre niños y niñas de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses de acuerdo a características individuales y contextuales. Las cifras indican los niños y niñas que reciben vacunas en cualquier momento hasta la fecha de la encuesta y se basan en información tanto de las cartillas de vacunación como en los datos de las declaraciones de las madres/cuidadoras. Los entrevistadores revisaron las cartillas de vacunación de 75% de los niños y niñas de 12 a 23 meses y 73% de los niños y niñas 24 a 35 meses de edad.

Cuadro CH.2: Vacunas por características de contexto

Porcentaje de niños de 12-23 meses y de 24-35 meses actualmente vacunados contra enfermedades infantiles prevenibles por vacunación, México, 2015.

Porcentaje de niños de 12-23 meses que recibieron

Porcentaje de niños de 24-35 meses que recibieron

	Pentavalente			Rotavirus			HepB		Neumocócica				Influenza		Porcentaje con cartilla de vacunación		Número de niños de 12-23 meses	Pentavalente Neumocócica				Porcentaje con cartilla de vacunación		Número de niños de 24-35 meses
	1	2	3	1	2	3	AI	1	2	1	2	1	2	1	2	Ninguna		4	3	SRP	Completa ^a	Ninguna	SRP	
BCG	92.7	91.9	87.5	71.9	89.7	82.2	62.7	92.8	91.0	82.2	91.6	83.0	53.9	30.1	5.5	74.9	1,440	61.5	72.3	83.1	50.6	5.7	73.0	1,799
Sexo																								
Hombre	92.7	90.7	87.0	71.1	88.9	81.6	62.2	91.6	89.8	79.6	90.1	83.2	50.3	25.9	7.0	75.9	654	63.1	73.6	83.1	55.8	4.5	77.1	932
Mujer	92.7	92.9	87.9	72.6	90.4	82.6	63.1	93.7	91.9	84.3	92.9	82.8	56.9	33.5	4.2	74.2	787	59.9	70.8	83.1	45.0	7.0	68.7	868
Región																								
Noroeste	95.0	92.3	89.8	75.2	88.3	73.5	57.7	95.6	92.5	82.4	94.3	83.0	54.1	25.6	3.5	73.4	274	60.0	72.2	81.5	42.1	2.5	72.1	309
Noreste	93.8	92.5	89.7	80.6	90.7	87.2	68.4	93.0	92.6	87.1	92.2	80.8	61.9	32.5	5.9	76.3	337	56.2	68.8	77.1	42.5	7.2	66.4	374
Centro	92.9	91.2	86.8	71.7	88.7	86.2	71.4	91.7	90.9	86.0	90.5	88.9	52.0	30.9	7.1	83.5	199	82.6	91.3	94.9	78.7	3.4	90.8	384
CDMX-Edo México	85.8	89.6	83.0	67.3	88.3	78.9	57.6	89.0	89.2	79.3	88.1	79.2	51.0	29.6	8.7	65.4	322	45.4	54.5	83.3	39.2	10.1	51.6	365
Sur	96.4	93.7	88.0	64.4	92.1	85.1	60.6	94.6	89.7	77.1	92.9	85.4	49.3	31.3	2.3	79.2	308	62.4	73.3	78.1	47.9	4.9	83.3	366
Zona de residencia																								
Urbana	91.6	90.8	85.9	69.6	88.4	80.4	61.4	91.9	90.2	81.2	90.7	82.3	51.0	26.8	6.1	72.6	1,053	58.6	69.8	82.0	47.6	6.4	68.9	1,413
Rural	95.5	94.8	92.0	78.3	93.3	86.9	66.1	95.1	93.1	84.8	94.1	84.7	61.8	38.8	3.9	81.2	388	72.5	81.3	87.3	61.5	3.1	88.0	387
Educación de la madre ^a																								
Ninguna	(81.5)	(66.8)	(59.4)	(38.3)	(72.8)	(59.7)	(39.0)	(70.5)	(65.5)	(56.0)	(74.1)	(65.1)	(26.9)	(16.7)	(14.7)	(67.2)	30	(64.8)	(62.6)	(82.3)	(36.5)	(4.2)	(90.8)	35
Primaria	96.0	93.8	88.7	75.2	90.9	85.1	69.3	93.2	92.0	80.5	92.4	84.7	63.1	38.9	3.4	77.6	255	56.9	72.0	80.2	48.2	6.9	80.3	253
Secundaria	90.8	88.6	84.7	70.1	86.2	74.7	55.7	90.9	88.0	78.5	88.9	82.2	50.3	25.0	8.1	73.7	559	59.1	70.5	81.0	46.0	6.8	70.0	658
Media Superior	94.4	97.1	91.5	73.9	95.5	90.3	65.6	96.3	96.0	87.7	96.1	83.6	51.9	30.9	1.9	74.6	413	67.2	75.7	86.9	59.2	4.2	75.8	653
Superior	91.6	91.4	89.8	73.6	88.3	85.8	72.0	93.2	91.4	87.1	91.3	84.3	61.2	33.4	6.8	77.2	182	56.9	69.5	81.5	43.4	6.0	61.7	199
Quintil de índice de riqueza																								
Más pobre	92.9	91.9	87.9	75.0	90.0	85.8	65.4	93.4	90.2	80.6	91.9	81.2	56.9	36.3	4.8	78.3	378	64.2	74.5	82.8	55.1	8.6	81.4	378
Segundo	92.0	92.0	88.2	72.7	89.4	82.8	67.1	92.2	90.1	82.1	93.0	85.0	48.8	25.4	4.5	76.3	373	65.0	74.9	81.7	51.6	4.8	76.1	417
Medio	91.5	89.4	85.3	64.3	86.9	76.1	54.8	90.5	90.0	80.2	88.3	84.6	53.5	24.8	8.2	72.0	283	55.8	65.8	80.7	41.4	4.5	75.0	405
Cuarto	94.5	93.7	88.7	73.0	91.9	83.6	58.9	94.5	93.0	86.3	92.6	80.2	52.5	24.8	5.0	73.5	254	61.2	74.5	89.1	55.2	4.4	65.2	454
Más rico	92.8	93.3	87.0	74.9	91.1	80.3	66.2	93.8	93.3	82.9	91.8	83.9	62.3	44.5	5.3	71.0	152	62.0	70.6	75.8	47.3	8.1	61.1	145
Etnia del jefe del hogar ^b																								
Hogar indígena	93.8	90.2	85.7	73.9	87.5	84.4	66.0	92.6	83.2	76.6	90.3	84.3	56.9	30.1	4.3	83.1	126	70.3	77.7	83.0	56.1	5.3	87.8	122
Hogar no indígena	92.6	92.1	87.7	71.7	89.9	81.9	62.4	92.8	91.7	82.7	91.7	82.8	53.6	30.1	5.6	74.1	1,314	61.0	71.9	83.1	50.2	5.7	71.9	1,674

^a Incluye las vacunas del plan nacional de vacunación: BCG (1 dosis), HepB (3 dosis), Pentavalente acelular (4 dosis), Rotavirus (2 dosis), Neumocócica conjugada (3 dosis) y SRP (1 dosis).

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (12-23 meses) y 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro (24-35 meses).

B. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (24-35 meses).

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

En términos regionales, las cifras indican que la región con mayores rezagos de cobertura es la Ciudad de México-Estado de México, en donde el 9% de los niños y niñas de 12 a 23 meses no habían recibido ninguna vacuna, y en donde la cobertura del esquema completo de vacunación fue de sólo 39% para los niños y niñas de 24 a 35 meses. Para este mismo rango de edad, se observa que el porcentaje de niños y niñas que no han recibido ninguna vacuna es particularmente elevado en los hogares más pobres (9%) y en los hogares más ricos (8%), cuando comparados con los hogares en los niveles intermedios de riqueza. Los niños y niñas residentes en zonas rurales presentaron prevalencias más elevadas de cobertura de vacunación, cuando fueron comparados con los niños y niñas residentes en zonas urbanas.

Protección contra el tétanos neonatal

El tétanos es una infección causada por la bacteria *Clostridium tetani* que puede provocar la muerte; ésta se encuentra en el suelo y el polvo, y suele ingresar al cuerpo a través de heridas en la piel. La estrategia para prevenir el tétanos materno y neonatal es asegurar que todas las mujeres embarazadas reciban al menos dos dosis de vacuna con toxoide tetánico. Es probable que la mujer no haya recibido al menos dos dosis de esta vacuna durante el embarazo; no obstante, ella (y su recién nacido) se consideran protegidos contra el tétanos si ella cumple las siguientes condiciones:

- Haber recibido al menos dos dosis de la vacuna con toxoide tetánico, la última dosis en los 3 años previos;
- Haber recibido al menos 3 dosis, la última dosis en los 5 años previos;
- Haber recibido al menos 4 dosis, la última dosis en los 10 años previos, y
- Haber recibido 5 o más dosis en cualquier momento de su vida.

Para evaluar el estado de la cobertura de vacunación contra el tétanos, se preguntó a las mujeres que habían tenido un hijo o hija nacido vivo durante los dos años antes de la encuesta si habían recibido inyecciones de la vacuna con toxoide tetánico durante el embarazo de su último parto, y de ser así, cuántas. Luego, se preguntó a las mujeres que no habían recibido dos o más vacunas con toxoide tetánico durante su reciente embarazo si antes habían recibido este tipo de vacunas. Los entrevistadores también les pidieron que presentaran sus cartillas de vacunación donde están registradas las fechas de la vacuna con toxoide tetánico y, si las tenían, se remitieron a la información de las mismas.

Cuadro CH.3: Protección contra el tétanos neonatal

Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un niño nacido vivo en los últimos 2 años protegidas contra el tétanos neonatal, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que no recibieron una o más dosis durante el último embarazo, pero recibieron:

	Porcentaje de mujeres que recibieron por lo menos una dosis durante el último embarazo	2 dosis, la última en los últimos 3 años	3 dosis, la última en los últimos 5 años	4 dosis, la última en los últimos 10 años	5 o más dosis en su vida	Protegidas contra el tétanos ¹	Número de mujeres con un nacido vivo en los 2 últimos años
Total	48.8	19.1	0.0	0.0	0.0	67.9	1,732
Región							
Noroeste	52.8	23.9	0.1	0.0	0.0	76.8	323
Noreste	50.9	17.9	0.0	0.0	0.0	68.8	410
Centro	48.7	20.1	0.0	0.0	0.0	68.9	281
CDMX-Edo México	39.2	19.5	0.0	0.0	0.0	58.7	345
Sur	51.8	15.2	0.0	0.0	0.0	67.0	372
Zona de residencia							
Urbana	47.5	18.5	0.0	0.0	0.0	66.1	1,295
Rural	52.5	20.9	0.0	0.0	0.0	73.4	437
Educación							
Ninguna	52.6	5.9	0.0	0.0	0.0	58.5	28
Primaria	51.5	19.4	0.1	0.0	0.0	71.0	292
Secundaria	47.1	20.9	0.0	0.0	0.0	68.1	717
Media Superior	46.6	20.3	0.0	0.0	0.0	66.9	474
Superior	54.6	12.1	0.0	0.0	0.0	66.7	221
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	51.5	18.2	0.0	0.0	0.0	69.8	418
Segundo	49.0	18.6	0.1	0.0	0.0	67.7	492
Medio	50.8	19.0	0.0	0.0	0.0	69.8	365
Cuarto	44.7	20.6	0.0	0.0	0.0	65.3	271
Más rico	43.7	20.7	0.0	0.0	0.0	64.4	186
Etnia del jefe del hogar ^A							
Hogar indígena	53.3	16.7	0.0	0.0	0.0	70.0	148
Hogar no indígena	48.3	19.4	0.0	0.0	0.0	67.7	1,584

1. MICS Indicador 3.9 - Protección contra el tétanos neonatal.
A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

El Cuadro CH.3 muestra el estado de protección contra el tétanos de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un hijo o hija nacido vivo durante los últimos 2 años. El 68% de estas mujeres están protegidas contra el tétanos. Se observan diferencias entre las regiones, siendo la región Ciudad de México-Estado de México la que presenta una cobertura más baja con solo 59% de las mujeres protegidas contra el tétanos neonatal. La cobertura de protección contra el tétanos neonatal es más baja entre las mujeres en el quintil más rico(64%) que entre las mujeres del quintil más pobre (70%).

Atención a las enfermedades

Una estrategia clave para acelerar el progreso hacia el logro del tercer ODS es el de enfrentar las enfermedades que son la principal causa de muerte de los niños y niñas menores de 5 años y disminuir la mortalidad neonatal a por lo menos 12 por cada mil nacidos vivos.

Dos de tales enfermedades son la diarrea y la neumonía. La finalidad del Plan de Acción Mundial Integrado para la Prevención y la Lucha contra la Neumonía y la Diarrea (GAPPD, por sus siglas en inglés) es ponerle fin a las muertes evitables por neumonía y diarrea al reducir la mortalidad por neumonía a 3 muertes por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad por diarrea a 1 muerte por cada 1,000 nacidos vivos en 2025.

El Cuadro CH.4 presenta el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que reportaron haber tenido un episodio de diarrea, síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) o fiebre durante las dos semanas previas a la encuesta. Estos resultados no son medidas de la verdadera prevalencia y no se deben utilizar como tales, sino más bien como el periodo de prevalencia de estas enfermedades en una ventana de tiempo de dos semanas.

En esta encuesta, se definió el caso de diarrea o fiebre a partir de las declaraciones de la madre indicando que el niño presentó esos síntomas en el periodo especificado; no se buscó otra evidencia además de la opinión de la madre. Se consideró que un niño o niña había presentado un episodio de IRA cuando la madre informó que, durante el periodo especificado, el niño o niña había tenido una enfermedad con tos y respiración acelerada o difícil, y cuyos síntomas se percibieron debido a que el niño o niña sentía un malestar en el pecho, o un malestar en el pecho acompañado de congestión nasal. Si bien este enfoque es razonable en el contexto de una encuesta MICS, es importante considerar estas definiciones simples de casos cuando se interpreten los resultados, así como los posibles sesgos en los reportes de las madres/cuidadoras y declaraciones de lo que recuerdan. Además, la diarrea, la fiebre y la IRA no son sólo estacionales, sino que también se caracterizan porque los brotes suelen propagarse rápidamente de un área a otra en diferentes puntos del tiempo. Por consiguiente, el momento de la encuesta y la ubicación de los equipos podrían afectar los resultados considerablemente, por lo que se deben interpretar con cautela. Por estos motivos, aunque se reporte un periodo de prevalencia en una ventana de dos semanas, estos datos no se deben usar para evaluar las características epidemiológicas de estas enfermedades, sino más bien para obtener denominadores para los indicadores relacionados con el uso de los servicios de salud y el tratamiento.

Cuadro CH.4: Informe de episodios de enfermedad

Porcentaje de niños de 0-59 meses para los cuales la madre/cuidador(a) informó de episodios de diarrea, síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) [presunta neumonía], o fiebre en las últimas dos semanas, México, 2015.

Porcentaje de niños quienes en las últimas dos semanas tuvieron:				
	Un episodio de diarrea ¹	Síntomas de IRA (presunta neumonía) ²	Un episodio de fiebre ³	Número de niños de 0-59 meses
Total	7.6	3.0	10.3	8,066
Sexo				
Hombre	8.3	2.9	10.6	3,841
Mujer	7.0	3.2	10.1	4,225
Región				
Noroeste	5.7	2.7	10.9	1,442
Noreste	5.8	1.8	9.9	1,831
Centro	5.7	2.4	9.3	1,517
CDMX-Edo México	8.1	2.9	9.6	1,556
Sur	12.3	5.3	11.7	1,720
Zona de residencia				
Urbana	7.5	2.8	9.3	6,076
Rural	8.0	3.6	13.2	1,990
Edad				
0-11 meses	8.9	2.7	7.8	1,411
12-23 meses	13.0	2.6	14.2	1,440
24-35 meses	7.6	3.5	7.9	1,799
36-47 meses	6.7	2.7	12.0	1,456
48-59 meses	3.3	3.3	10.2	1,959
Educación de la madre^A				
Ninguna	9.9	7.1	11.5	174
Primaria	9.1	2.5	10.5	1,422
Secundaria	7.5	2.5	9.7	3,174
Media Superior	7.1	4.0	11.9	2,173
Superior	6.5	2.5	8.5	1,120
Quintil de índice de riqueza				
Más pobre	10.2	3.9	15.5	1,892
Segundo	8.1	2.4	8.6	2,085
Medio	6.3	3.1	8.1	1,674
Cuarto	6.0	4.0	10.1	1,486
Más rico	6.0	0.9	7.8	929
Etnia del jefe del hogar^B				
Hogar indígena	12.3	4.5	11.3	673
Hogar no indígena	7.2	2.9	10.2	7,390

1. MICS indicador 3.S4 - Niños/as con diarrea.

2. MICS Indicador 3.S7 - Niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).

3. MICS indicador 3.S10 - Niños/as con fiebre.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En general, 8% de los niños y niñas menores de 5 años reportaron haber tenido diarrea en las dos semanas previas a la encuesta, 3% por ciento tuvo síntomas de IRA con indicación de presunta neumonía, y 10% un episodio de fiebre (Cuadro CH.4). No se presentan diferencias importantes entre las zonas urbanas y rurales, pero sí entre regiones. La región Sur presentó las prevalencias más elevadas de diarrea (12%), síntomas de IRA con indicación de presunta neumonía (5%), y de fiebre (12%). Se observa también una mayor prevalencia de las tres condiciones en los hogares indígenas, especialmente en el caso de niños con un episodio de diarrea en la últimas dos semanas (12% en niños de hogares indígenas).

Diarrea

La diarrea es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo. La mayoría de las muertes relacionadas con la diarrea en niños y niñas se debe a la deshidratación por la pérdida de grandes cantidades de agua y electrolitos del cuerpo en las heces líquidas. El tratamiento de la diarrea –ya sea con sales de rehidratación oral (SRO) o con una bebida casera recomendada– puede evitar muchas de estas muertes. Además, se ha demostrado que la provisión de suplementos de zinc reduce la duración y gravedad de la enfermedad, así como el riesgo de episodios futuros en los dos o tres meses siguientes. Prevenir la deshidratación y la desnutrición mediante el aumento de la ingesta de líquidos y la alimentación continuada del niño o niña también son estrategias importantes para tratar la diarrea.

En la ENIM 2015, se les preguntó a las madres si el niño o niña había presentado un episodio de diarrea en las dos semanas previas a la encuesta. En caso afirmativo, se les hizo una serie de preguntas sobre cómo habían tratado la enfermedad y qué le habían dado al niño o niña para beber y comer durante el episodio, y si era más o menos lo que generalmente le daban.

La prevalencia de periodo general de diarrea en niños y niñas menores de 5 años es de 7.6% por ciento (Cuadro CH.4), en un rango que varía entre 5.7% por ciento en el Centro y Noroeste de México y 12.3% en la región Sur. La mayor prevalencia del periodo se observa entre los niños de 12 a 23 meses, que suele corresponder al periodo del destete.

Cuadro CH.5: Búsqueda de atención durante la diarrea

Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente de asesoramiento o tratamiento, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as con diarrea para quienes:										Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:					Una unidad de salud o proveedor fue solicitado en:					
	Unidades de salud o proveedores:					Una unidad de salud o proveedor ^a o farmacia ^{2,c}					
	Públicos	Privados	Farmacia	Proveedor de salud comunitaria ^a	Otras fuentes	Una unidad de salud o proveedor ^{a,b}	Una unidad de salud o proveedor ^{a,c} o farmacia ^{2,c}	No se solicitó asesoramiento o tratamiento			
Total	28.7	19.3	9.4	0.3	4.1	46.8	56.1	40.0		613	
Sexo											
Hombre	32.0	19.1	8.2	0.3	5.4	50.8	58.7	35.9		318	
Mujer	25.1	19.6	10.8	0.2	2.6	42.5	53.3	44.4		295	
Región											
Noroeste	34.6	29.3	18.7	0.2	0.4	56.5	74.4	25.1		82	
Noreste	25.7	22.2	4.6	0.9	7.2	47.4	52.0	40.9		106	
Centro	31.8	16.4	8.8	0.0	6.1	48.2	57.0	37.0		86	
CDMX-Edo México	17.0	16.7	9.0	0.5	8.2	33.4	42.4	49.9		127	
Sur	33.7	16.7	8.8	0.0	0.5	50.2	59.0	40.5		212	
Zona de residencia											
Urbana	23.7	22.1	10.7	0.3	4.8	44.1	54.6	40.7		454	
Rural	43.0	11.4	5.9	0.1	1.9	54.4	60.3	37.8		159	
Edad											
0-11 meses	22.8	20.7	4.8	0.0	2.0	42.7	46.9	51.1		126	
12-23 meses	28.6	19.4	10.0	0.0	4.7	47.7	57.7	37.6		188	
24-35 meses	30.8	16.7	4.7	0.6	1.1	47.5	52.2	46.7		137	
36-47 meses	34.7	18.8	19.8	0.0	9.9	47.8	67.6	22.5		97	
48-59 meses	27.1	22.6	11.2	1.4	3.8	48.9	60.2	37.0		65	
Educación de la madre											
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)		17	
Primaria	38.1	8.4	9.4	0.0	1.0	46.5	55.9	43.1		129	
Secundaria	28.3	17.2	6.8	0.7	4.1	45.1	51.9	44.2		239	
Media Superior	26.0	23.8	14.3	0.0	3.3	49.8	63.6	33.1		155	
Superior	18.5	38.6	5.2	0.0	11.8	48.2	53.4	34.8		73	

Cuadro CH.5: Búsqueda de atención durante la diarrea (cont.)

Porcentaje de niños de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente de asesoramiento o tratamiento, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as con diarrea para quienes:								Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:						No se solicitó asesoramiento o tratamiento		
	Unidades de salud o proveedores:				Una unidad de salud o proveedor ^{1, b}	Una unidad de salud o proveedor o farmacia ^{2, c}			
	Públicos	Privados	Farmacia	Proveedor de salud comunitaria ^a				Otras fuentes	
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	42.9	10.0	6.8	0.0	1.5	52.9	59.7	38.8	193
Segundo	24.7	15.8	10.4	0.4	3.5	40.5	50.5	46.0	169
Medio	23.2	26.4	8.3	1.0	1.1	48.8	57.1	42.4	106
Cuarto	15.8	19.9	15.4	0.0	12.7	35.1	50.5	36.8	90
Más rico	(22.8)	(47.7)	(8.1)	(0.0)	(6.1)	(59.7)	(67.8)	(26.1)	56
Etnia del jefe del hogar									
Hogar indígena	42.7	11.7	7.3	0.0	2.1	53.9	61.2	36.8	83
Hogar no indígena	26.5	20.5	9.8	0.3	4.4	45.7	55.3	40.5	530

1. MICS Indicador 3.10 - Búsqueda de atención por diarrea.

2. MICS Indicador 3.S5 - Búsqueda de atención por diarrea (incluye farmacias).

a. Proveedores de salud comunitaria incluye instalaciones de salud públicas (promotor o auxiliar de salud).

b. Incluye todas las facilidades y proveedores públicos y privados, pero excluye las farmacias privadas.

c. En México, existen farmacias con un consultorio médico anexo.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.5 muestra el porcentaje de niños y niñas con diarrea en las dos semanas previas a la encuesta para los cuales se buscó consulta o tratamiento, así como el lugar donde se buscó dicha atención. En general, se acudió a una unidad de salud o profesional de la salud en 47% de los casos, de estos, la mayoría acude a unidades de salud públicos (29%) mientras que 19% acude a unidades privadas y 9% a farmacias.⁴ La búsqueda de atención por diarrea es más prevalente en zonas rurales (54%) que en zonas urbanas (44%). El menor porcentaje de búsqueda de atención para a diarrea se observó en la región de la Ciudad de México-Estado de México (33%).

⁴ En México, ha crecido el número de personas que acuden a los consultorios médicos anexos a las farmacias. En la ENIM, no se puede determinar si se buscó consejo o tratamiento directamente en la farmacia o bien en el consultorio anexo a la misma.

Cuadro CH.6: Prácticas de alimentación durante la diarrea

Distribución porcentual de niños/as de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas por cantidad de líquidos y comida dados durante el episodio de diarrea, México, 2015.

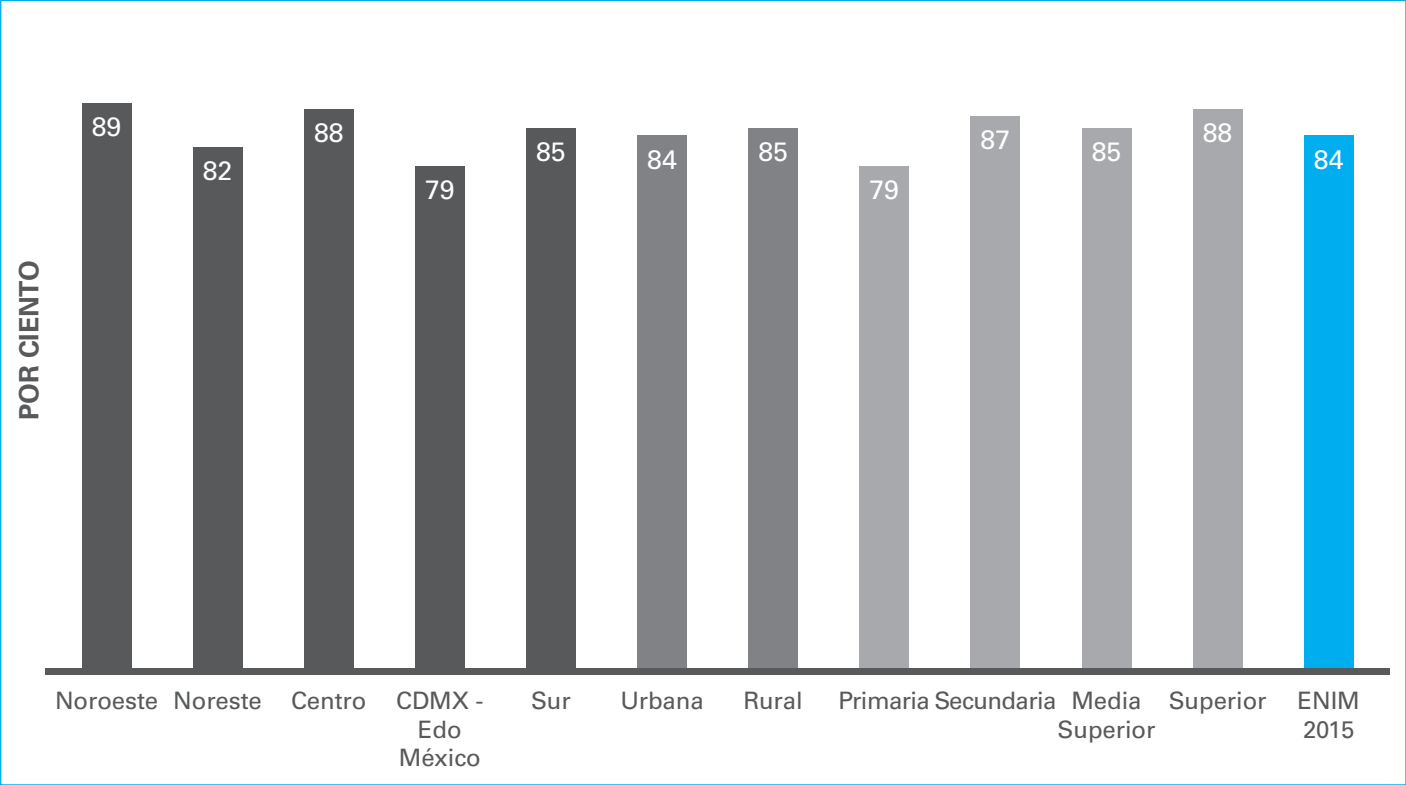
	Prácticas de bebida durante la diarrea:					Prácticas de comida durante la diarrea:					Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las dos últimas semanas		
	Al niño se le dio de beber:					Al niño se le dio de comer:							
	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más	Nada	Total	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más		Nada	Total
Total	6.8	21.7	39.6	31.5	0.4	100.0	6.7	40.0	49.2	2.2	1.9	100.0	613
Sexo													
Hombre	5.3	21.5	42.4	30.6	0.3	100.0	5.9	45.8	43.6	2.1	2.6	100.0	318
Mujer	8.4	21.9	36.7	32.5	0.5	100.0	7.6	33.7	55.3	2.3	1.1	100.0	295
Región													
Noroeste	9.2	28.9	40.8	20.5	0.6	100.0	7.9	35.5	53.1	1.0	2.5	100.0	82
Noreste	7.9	24.4	33.7	33.1	0.9	100.0	8.6	54.6	34.1	2.0	0.7	100.0	106
Centro	10.8	24.9	34.0	29.4	0.9	100.0	8.7	42.5	43.0	2.2	3.5	100.0	86
CDMX-Edo México	5.2	21.3	28.8	44.6	0.0	100.0	6.2	39.6	53.3	0.1	0.8	100.0	127
Sur	4.6	16.5	50.9	27.9	0.1	100.0	4.9	33.6	55.3	3.9	2.3	100.0	212
Zona de residencia													
Urbana	7.2	23.1	35.2	34.2	0.3	100.0	7.8	40.7	48.8	1.7	1.0	100.0	454
Rural	5.7	17.5	52.3	23.8	0.7	100.0	3.6	37.9	50.3	3.6	4.5	100.0	159
Edad													
0-11 meses	2.9	22.3	60.2	13.8	0.8	100.0	1.9	28.8	61.4	1.7	6.2	100.0	126
12-23 meses	5.5	21.3	40.2	32.6	0.4	100.0	4.8	44.9	48.1	1.0	1.2	100.0	188
24-35 meses	11.7	18.6	30.0	39.1	0.6	100.0	9.4	35.5	53.1	1.0	1.0	100.0	137
36-47 meses	10.9	25.0	27.3	36.8	0.0	100.0	13.7	44.3	37.6	4.1	0.3	100.0	97
48-59 meses	1.6	23.1	37.1	38.2	0.0	100.0	5.7	50.6	37.6	6.0	0.0	100.0	65
Educación de la madre													
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	17
Primaria	3.6	22.3	37.0	36.5	0.6	100.0	2.9	37.8	54.2	1.9	3.2	100.0	129
Secundaria	6.9	19.2	42.9	30.6	0.3	100.0	7.6	40.2	46.8	3.0	2.3	100.0	239
Media Superior	6.6	28.7	39.3	24.7	0.6	100.0	6.4	44.4	46.5	1.4	1.3	100.0	155
Superior	14.0	11.3	33.3	41.3	0.0	100.0	13.0	34.4	51.1	1.5	0.0	100.0	73

Cuadro CH.6: Prácticas de alimentación durante la diarrea (cont.)													
Distribución porcentual de niños/as de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas por cantidad de líquidos y comida dados durante el episodio de diarrea, México, 2015.													
	Prácticas de bebida durante la diarrea:						Prácticas de comida durante la diarrea:						Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las dos últimas semanas
	Al niño se le dio de beber:						Al niño se le dio de comer:						
	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más	Nada	Total	Mucho menos	Un poco menos	Más o menos lo mismo	Más	Nada	Total	
Quintil de índice de riqueza													
Más pobre	3.8	21.5	48.6	25.5	0.7	100.0	4.9	36.7	51.2	4.5	2.7	100.0	193
Segundo	5.6	11.9	41.1	41.3	0.1	100.0	7.1	38.2	52.7	1.5	0.5	100.0	169
Medio	8.2	29.4	22.3	39.5	0.6	100.0	6.4	54.1	36.6	0.0	2.9	100.0	106
Cuarto	5.9	33.2	41.3	19.5	0.0	100.0	6.2	38.2	51.8	1.2	2.7	100.0	90
Más rico	(19.4)	(18.5)	(34.6)	(26.7)	(0.8)	100.0	(13.5)	(32.9)	(51.6)	(2.0)	(0.0)	100.0	56
Etnia del jefe del hogar													
Hogar indígena	3.0	21.8	48.2	26.6	0.3	100.0	3.6	34.1	51.8	4.7	5.8	100.0	83
Hogar no indígena	7.4	21.7	38.3	32.2	0.4	100.0	7.2	40.9	48.8	1.8	1.3	100.0	530

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
 (*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.6 proporciona estadísticas sobre las prácticas del consumo de bebidas y alimentos durante la diarrea. Aproximadamente un tercio (32%) de los niños y niñas menores de 5 años con diarrea recibió más líquidos que lo usual, mientras que 68% recibió lo mismo o menos líquidos que lo usual. Cerca de 91% recibió un poco menos, lo mismo o más alimentos que lo usual, pero 9% por ciento recibió mucho menos o casi nada.

Figura CH.2: Niños y niñas menores de 5 años con diarrea que recibieron SRO o bebidas caseras recomendadas, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015.



Cuadro CH.7: Soluciones de Rehidratación Oral, líquidos caseros recomendados y zinc

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas, y tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO), líquidos caseros recomendados, y zinc, México, 2015.

Porcentaje de niños/as con diarrea que recibieron:															
Sales de Rehidratación Oral (SRO)				Líquidos caseros recomendados							Zinc			Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas	
Vida Suero Oral	Solución de rehidratación	Cualquier SRO¹	Suero casero	Atole o agua de arroz	Atole de maíz	Té de hierbas	Otro líquido excepto café o refrescos	Cualquier líquido casero recomendado	SRO o cualquier líquido casero recomendado	Tableta	Jarabe	Zinc de cualquier forma	SRO y zinc²		
Total	46.0	36.6	61.4	12.3	37.3	13.3	29.4	15.6	66.3	84.3	3.8	9.5	10.8	8.8	613
Sexo															
Hombre	48.1	38.2	65.1	13.8	34.7	14.2	31.7	18.4	67.4	83.7	3.7	7.0	9.1	7.8	318
Mujer	43.8	34.8	57.4	10.6	40.0	12.3	26.9	12.7	65.1	84.8	3.8	12.1	12.6	10.0	295
Región															
Noroeste	69.2	50.1	80.9	18.8	29.6	9.8	12.8	9.4	63.2	88.6	10.2	19.8	19.8	18.7	82
Noreste	38.1	46.5	66.0	10.1	23.9	10.9	28.3	11.0	50.4	82.3	1.5	7.3	8.0	6.1	106
Centro	46.5	38.4	64.1	14.9	41.8	9.2	50.1	19.8	80.0	88.4	0.6	3.9	4.5	3.6	86
CDMX-Edo México	34.9	31.4	50.9	8.7	31.3	16.3	37.6	24.6	67.5	79.2	2.1	6.2	6.2	5.4	127
Sur	47.5	28.7	56.6	11.9	48.6	15.6	23.0	13.3	69.1	84.8	4.7	10.8	14.0	10.6	212
Zona de residencia															
Urbana	42.0	39.6	60.7	11.5	35.3	10.7	28.8	15.4	64.9	84.0	2.9	9.3	9.4	8.2	454
Rural	57.4	28.0	63.4	14.7	42.9	20.6	31.2	16.2	70.3	84.9	6.2	10.1	14.7	10.8	159
Edad															
0-11 meses	31.4	17.8	36.5	6.7	36.8	5.7	16.8	15.3	62.5	79.5	0.0	6.2	6.2	3.0	126
12-23 meses	55.7	45.3	76.4	13.9	39.7	12.1	29.2	10.1	65.7	88.5	2.5	7.3	9.7	7.8	188
24-35 meses	35.2	38.3	56.4	12.2	35.0	23.3	38.3	12.3	67.3	79.8	3.2	5.4	6.3	6.0	137
36-47 meses	61.5	40.8	71.6	11.8	36.9	9.2	29.7	23.2	66.6	86.1	8.0	23.3	23.3	20.7	97
48-59 meses	46.0	37.5	61.4	19.5	36.5	16.3	34.9	27.9	72.6	87.8	9.5	9.8	13.5	11.3	65
Educación de la madre															
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	17
Primaria	59.7	28.3	66.4	11.4	38.0	17.0	30.0	13.9	66.0	79.2	5.3	11.1	15.2	14.3	129
Secundaria	42.0	38.6	59.2	10.9	44.9	12.6	29.2	17.0	73.3	86.7	2.5	9.9	10.6	7.8	239
Media Superior	45.0	45.4	66.3	17.7	28.2	7.8	25.8	14.0	59.5	85.1	6.7	7.9	8.6	6.8	155
Superior	36.1	31.2	50.5	9.1	27.2	21.1	38.3	20.8	60.6	88.2	0.0	8.6	8.6	7.9	73

Cuadro CH.7: Soluciones de Rehidratación Oral, líquidos caseros recomendados y zinc (cont.)															
Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas, y tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO), líquidos caseros recomendados, y zinc, México, 2015.															
Porcentaje de niños/as con diarrea que recibieron:															
	Sales de Rehidratación Oral (SRO)			Líquidos caseros recomendados					Zinc			Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas			
	Vida Suero Oral	Solución de rehidratación	Cualquier SRO¹	Suero casero	Atole o agua de arroz	Atole de maíz	Té de hierbas	Otro líquido excepto café o refrescos	Cualquier líquido casero recomendado	SRO o cualquier líquido casero recomendado	Tableta		Jarabe	Zinc de cualquier forma	SRO y zinc²
Quintil de índice de riqueza															
Más pobre	56.5	29.6	64.6	12.4	42.9	16.0	39.9	16.0	68.5	83.4	5.3	10.6	14.2	10.5	193
Segundo	35.9	32.4	51.7	8.1	44.5	12.5	27.3	10.2	71.3	81.3	2.6	6.2	7.0	6.5	169
Medio	39.1	42.3	62.0	8.6	27.5	19.0	25.2	16.8	66.0	82.5	0.1	8.9	8.9	5.9	106
Cuarto	45.4	49.1	69.1	22.5	34.1	7.0	23.7	19.1	62.0	89.8	9.3	12.1	12.1	11.2	90
Más rico	(54.3)	(42.3)	(65.5)	(15.0)	(19.4)	(5.5)	(16.5)	(22.7)	(50.9)	(90.5)	(0.0)	(12.0)	(12.0)	(12.0)	56
Etnia del jefe del hogar															
Hogar indígena	57.8	36.4	66.0	13.2	52.8	24.5	38.8	16.3	68.9	81.8	9.8	12.9	21.1	14.7	83
Hogar no indígena	44.2	36.6	60.6	12.1	34.8	11.5	27.9	15.5	65.9	84.6	2.8	8.9	9.2	7.9	530

1. MICS Indicador 3.S6 - Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO).
2. MICS Indicador 3.11 - Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) y zinc.
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.7 muestra el porcentaje de niños y niñas que recibieron SRO, distintos tipos de bebidas caseras recomendadas y zinc durante el episodio de diarrea. Dado que es probable que los niños y niñas hayan recibido más de un tipo de líquido, los porcentajes no necesariamente llegan a 100. En total, 84% recibieron alguna forma de rehidratación oral, ya sea a través de Sueros de Rehidratación Oral (SRO) o de otros líquidos caseros recomendados.⁵ Aproximadamente 61% recibió sobres de SRO o líquidos de SRO pre-ensados y 66% recibió bebidas caseras recomendadas. Además, 11% recibió zinc en tableta o jarabe. Los hijos e hijas de madres con educación primaria o menos, tienen menos probabilidades de recibir SRO o bebidas recomendadas comparados con niños o niñas cuyas madres tienen mayor educación. Alrededor de 84% de los niños y niñas con diarrea recibió uno o más de los tratamientos caseros recomendados (es decir, fueron tratados con SRO o con una bebida casera recomendada). Además, 9% recibió SRO y zinc. En la región Noroeste y en los hogares indígenas se observan los mayores porcentajes de niños con diarrea que recibieron SRO y zinc (19% y 15%, respectivamente).

⁵ Suero casero; atole o agua de arroz; atole de maíz; té de hierbas; otro líquido excepto café o refrescos.

Cuadro CH.8: Terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y otros tratamientos

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas que recibieron terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y porcentaje de niños/as con diarrea que recibieron otros tratamientos, México, 2015.

Niños/as con diarrea que recibieron:														
	Otros tratamientos													
	Pastilla o jarabe							Inyección						
	Zinc incrementados	SRO o líquidos incrementados	TRO (SRO o líquidos caseros recomendados o líquidos alimentación continuada) ¹	Anti-biótico	Anti-motilidad	Otro	Desconocido	Anti-biótico	No anti-biótico	Desconocido	Intra-venoso	Remedio casero, medicación de herbolarios	Otro	Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las dos últimas semanas
Total	10.8	69.9	88.3	79.9	21.0	5.6	2.1	1.2	1.6	0.2	0.0	1.4	4.8	613
Sexo														
Hombre	9.1	69.4	86.4	78.3	20.7	5.5	3.2	1.6	0.6	0.0	0.0	1.1	8.1	318
Mujer	12.6	70.3	90.4	81.7	21.3	5.7	0.9	0.8	2.7	0.4	0.0	1.7	1.3	295
Región														
Noroeste	19.8	83.7	91.4	81.0	19.8	4.7	2.6	1.8	0.3	1.6	0.0	0.0	0.0	82
Noreste	8.0	72.2	87.2	77.9	25.0	2.5	2.6	0.8	2.0	0.0	0.0	0.0	11.5	106
Centro	4.5	66.9	89.9	79.4	19.7	4.8	1.8	2.1	3.7	0.0	0.0	3.1	7.0	86
CDMX-Edo México	6.2	74.6	89.4	82.4	13.5	6.2	3.4	1.0	1.4	0.0	0.0	0.0	5.9	127
Sur	14.0	61.7	86.4	79.3	24.3	7.4	1.1	1.0	1.2	0.0	0.0	2.6	1.9	212
Zona de residencia														
Urbana	9.4	70.3	89.0	80.4	20.5	5.6	2.7	1.1	1.9	0.3	0.0	0.8	5.2	454
Rural	14.7	68.7	86.4	78.7	22.2	5.5	0.6	1.8	0.7	0.0	0.0	2.9	3.9	159
Edad														
0-11 meses	6.2	43.2	81.6	74.3	13.4	6.1	0.1	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	3.2	126
12-23 meses	9.7	79.8	90.8	84.8	24.0	6.5	2.9	0.2	3.0	0.0	0.0	2.1	1.9	188
24-35 meses	6.3	75.7	90.1	80.3	24.8	5.1	0.9	1.7	1.4	0.0	0.0	0.0	5.6	137
36-47 meses	23.3	76.8	88.6	74.6	22.7	1.9	2.3	1.3	1.1	1.3	0.0	3.3	10.7	97
48-59 meses	13.5	70.0	89.7	84.0	15.9	8.5	5.6	3.7	0.0	0.0	0.0	1.7	6.1	65
Educación de la madre														
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	17
Primaria	15.2	76.6	89.0	83.2	15.6	10.8	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.6	129
Secundaria	10.6	64.2	88.8	79.3	20.7	5.6	2.2	2.1	1.3	0.0	0.0	1.6	4.9	239
Media Superior	8.6	72.3	87.8	80.1	23.2	4.1	3.9	0.7	3.7	0.8	0.0	1.2	2.7	155
Superior	8.6	71.5	89.5	76.5	25.5	0.7	0.6	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	14.3	73

Cuadro CH.8: Terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y otros tratamientos (cont.)

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses de edad con diarrea en las dos últimas semanas que recibieron terapia oral de rehidratación con alimentación continuada y porcentaje de niños/as con diarrea que recibieron otros tratamientos, México, 2015.

Niños/as con diarrea que recibieron:														
	Otros tratamientos													
	Pastilla o jarabe							Inyección						
	TRO (SRO o líquidos caseros recomendados o líquidos incrementados)			TRO con alimentación continuada ¹				No			Remedio casero, medicación de herbolarios		Otro	
	Zinc	SRO o líquidos incrementados	TRO o líquidos recomendados o líquidos incrementados	Anti-biótico	Anti-motilidad	Otro	Desconocido	Anti-biótico	anti-biótico	Desconocido	Intra-venoso	medicación de herbolarios		
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	14.2	68.1	84.4	76.7	20.2	3.6	0.7	2.4	1.2	0.0	0.0	4.1	5.6	193
Segundo	7.0	64.3	90.3	83.3	24.9	9.9	0.2	1.0	2.5	0.0	0.0	0.2	1.6	169
Medio	8.9	77.7	86.3	77.7	19.6	5.8	4.6	0.3	1.7	0.0	0.0	0.0	4.3	106
Cuarto	12.1	72.4	92.9	84.0	13.6	4.0	7.0	1.2	1.7	1.5	0.0	0.0	8.9	90
Más rico	(12.0)	(73.5)	(92.2)	(78.7)	(26.0)	(1.8)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(6.4)	(7.8)
Etnia del jefe del hogar														
Hogar indígena	21.1	71.5	84.2	75.2	21.7	2.0	1.9	0.0	1.1	0.0	0.0	4.0	0.6	83
Hogar no indígena	9.2	69.6	89.0	80.7	20.8	6.1	2.1	1.4	1.7	0.2	0.0	0.9	5.5	530

1. MICS Indicador 3.12 - Tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral (TRO) y alimentación continuada.

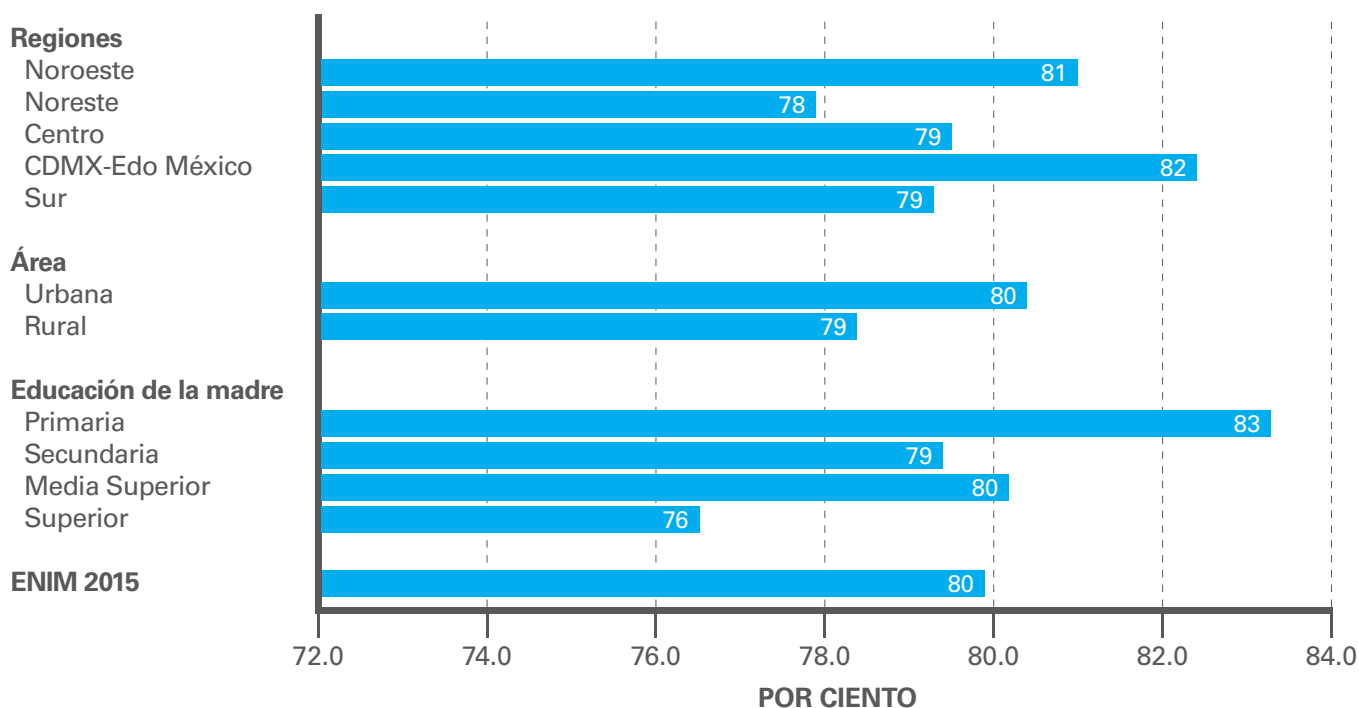
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.8 presenta la proporción de niños y niñas de 0 a 59 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron terapia de rehidratación oral con alimentación continuada, y el porcentaje de niños y niñas con diarrea que recibieron otros tratamientos. En general, 70% de los niños y niñas con diarrea recibió SRO o mayor cantidad de líquidos, 88% recibió TRO (SRO o bebidas caseras recomendadas o mayor cantidad de líquidos). Al combinar la información del Cuadro CH.6 con el Cuadro CH.7 sobre la terapia de rehidratación oral, se observa que 80% por ciento de los niños y niñas recibió terapia de rehidratación oral y, al mismo tiempo, alimentación continuada, tal como se recomienda. Existen algunas diferencias en el tratamiento de la diarrea en el hogar de acuerdo con las características de contexto. Las cifras de la TRO (SRO o líquidos caseros continuados) varían entre 86% en el Sur y el 91% en la región Noroeste. Por otro lado, las cifras que TRO con alimentación continuada son más bajas en hogares indígenas (75%) que en hogares no-indígenas (81%).

El Cuadro CH.8 también muestra el porcentaje de niños y niñas que había tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, de acuerdo a diversas formas de tratamiento. Se observa que el 7% por ciento de ellos no recibieron ningún tratamiento o medicamentos. La región con cifra más elevada de niños y niñas que no recibieron ningún tratamiento para la diarrea es la Ciudad de México-Estado de México (9%).

Figura CH.3: Niños y niñas menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO) y alimentación continuada, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Cuadro CH.9: Fuentes de SRO y zinc

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas 2 semanas quienes recibieron SRO, y porcentaje que se les dio zinc, por fuente de SRO y zinc, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as a quienes se les dio un tratamiento para la diarrea:			Porcentaje de niños/as para los cuales la fuente de SRO fue:					Porcentaje de niños/as para quienes la fuente de zinc fue:					Número de niños/as de 0-59 meses a quienes se les dio zinc como tratamiento para la diarrea en las últimas dos semanas
	SRO ¹	Zinc	Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas	Proveedores o unidades de salud					Proveedores o unidades de salud					
				Públicos	Privados	Proveedor de salud comunitaria ^a	Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^b	Públicos	Privados	Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^b		
Total	61.4	10.8	613	48.5	40.9	0.3	10.3	89.4	376	48.1	49.2	2.7	97.3	66
Sexo														
Hombre	65.1	9.1	318	54.0	36.2	0.3	9.5	90.3	207	(63.0)	(34.5)	(2.5)	(97.5)	29
Mujer	57.4	12.6	295	41.8	46.5	0.4	11.4	88.4	169	(36.5)	(60.7)	(2.8)	(97.2)	37
Región														
Noroeste	80.9	19.8	82	41.6	37.3	0.7	20.4	78.9	66	(*)	(*)	(*)	(*)	16
Noreste	66.0	8.0	106	30.5	61.6	0.0	7.9	92.1	70	(*)	(*)	(*)	(*)	8
Centro	64.1	4.5	86	43.3	40.1	0.0	15.6	83.4	55	(*)	(*)	(*)	(*)	4
CDMX-Edo México	50.9	6.2	127	59.7	33.7	0.3	6.6	93.4	64	(*)	(*)	(*)	(*)	8
Sur	56.6	14.0	212	59.4	34.9	0.5	5.7	94.3	120	(64.2)	(35.8)	(0.0)	(100.0)	30
Zona de residencia														
Urbana	60.7	9.4	454	41.9	46.8	0.0	11.0	88.7	275	(30.4)	(66.0)	(3.6)	(96.4)	43
Rural	63.4	14.7	159	66.7	24.7	1.2	8.6	91.4	101	(80.6)	(18.4)	(1.0)	(99.0)	23
Edad														
0-11 meses	36.5	6.2	126	58.0	38.3	0.0	3.7	96.3	46	(*)	(*)	(*)	(*)	8
12-23 meses	76.4	9.7	188	49.9	43.7	0.3	6.1	93.6	143	(63.3)	(35.4)	(1.3)	(98.7)	18
24-35 meses	56.4	6.3	137	45.1	47.2	0.0	7.0	92.3	77	(*)	(*)	(*)	(*)	9
36-47 meses	71.6	23.3	97	44.7	35.1	1.2	20.1	79.9	70	(*)	(*)	(*)	(*)	23
48-59 meses	61.4	13.5	65	46.3	31.3	0.0	22.4	77.6	40	(*)	(*)	(*)	(*)	9
Educación de la madre														
Ninguna	(*)	(*)	17	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	9	(*)	(*)	(*)	(*)	2
Primaria	66.4	15.2	129	63.8	26.4	1.2	9.8	90.2	86	(*)	(*)	(*)	(*)	20
Secundaria	59.2	10.6	239	48.2	39.5	0.0	12.0	87.7	142	(47.9)	(47.1)	(5.0)	(95.0)	25
Media Superior	66.3	8.6	155	39.9	48.1	0.2	12.0	88.0	103	(*)	(*)	(*)	(*)	13
Superior	50.5	8.6	73	(31.1)	(64.1)	(0.0)	(3.3)	(95.3)	37	(*)	(*)	(*)	(*)	6

Cuadro CH.9: Fuentes de SRO y zinc (cont.)

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas 2 semanas quienes recibieron SRO, y porcentaje que se les dio zinc, por fuente de SRO y zinc, México, 2015.

Porcentaje de niños/as a quienes se les dio un tratamiento para la diarrea:		Número de niños/as de 0-59 meses con diarrea en las últimas dos semanas	Porcentaje de niños/as para los cuales la fuente de SRO fue:				Porcentaje de niños/as para quienes la fuente de zinc fue:				Número de niños/as de 0-59 meses a quienes se les dio zinc como tratamiento para la diarrea en las últimas dos semanas			
SRO ¹	Zinc		Proveedores o unidades de salud				Proveedores o unidades de salud ^b							
			Públicos	Privados	Proveedor de salud comunitaria ^a	Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^b	Públicos	Privados	Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^b			
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	64.6	14.2	193	65.6	22.8	0.9	11.6	88.4	125	(78.2)	(20.9)	(0.9)	(99.1)	27
Segundo	51.7	7.0	169	43.9	47.7	0.2	8.4	91.6	87	(*)	(*)	(*)	(*)	12
Medio	62.0	8.9	106	40.6	52.3	0.0	7.1	92.9	66	(*)	(*)	(*)	(*)	9
Cuarto	69.1	12.1	90	39.5	42.2	0.0	17.6	81.7	62	(*)	(*)	(*)	(*)	11
Más rico	(65.5)	(12.0)	56	(31.1)	(63.4)	(0.0)	(4.0)	(94.5)	37	(*)	(*)	(*)	(*)	7
Etnia del jefe del hogar														
Hogar indígena	66.0	21.1	83	65.7	22.4	1.6	11.9	88.1	55	(*)	(*)	(*)	(*)	18
Hogar no indígena	60.6	9.2	530	45.6	44.0	0.1	10.0	89.6	321	38.3	61.3	0.5	99.5	49

1. MICS Indicador 3.S6 - Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO).

a. Proveedores de salud comunitaria incluye facilidades de salud tanto públicas (trabajadores de salud comunitaria y clínicas móviles) como privadas (clínicas móviles).

b. Incluye todos los proveedores y unidades de salud públicos y privados.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.9 presenta información sobre la fuente de SRO y zinc para los niños y niñas que se beneficiaron con estos tratamientos. La principal fuente de SRO es el sector público (49%), sobretodo en la zonas rurales (67%) y en los hogares indígenas (66%).

Infecciones respiratorias agudas con síntomas de presunta neumonía

Durante la ENIM 2015 se recolectaron datos sobre los síntomas de la IRA para capturar información sobre la neumonía, la causa principal de muerte en niños y niñas menores de 5 años. Una vez diagnosticada, la neumonía se trata efectivamente con antibióticos. Estudios han demostrado una limitación en el enfoque de las encuestas para medir la neumonía, ya que muchos de los casos sospechosos identificados a través de estas en realidad no son verdaderos casos de neumonía.⁶ Si bien esta limitación no afecta el nivel ni los patrones de búsqueda de atención para los casos en los que se sospecha una neumonía, limita la validez del nivel del tratamiento de la neumonía con antibióticos, según lo reportado en las encuestas de hogares. Por lo tanto, hay que tener cuidado cuando se use el indicador de tratamiento descrito en este informe, y recordar que el nivel exacto probablemente sea mayor.

⁶ Campbell, H. et al. 2013. *Measuring Coverage in MNCH: Challenges in Monitoring the Proportion of Young Children with Pneumonia Who Receive Antibiotic Treatment*. PLoS Med 10(5): e1001421. doi:10.1371/journal.pmed.1001421.

	Porcentaje de niños con síntomas de IRA para los cuales:										Porcentaje de niños/as con síntomas de IRA para los cuales las fuentes de antibióticos fue:										Número de niños con síntomas de IRA en las últimas dos semanas que recibieron antibióticos
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:										Número de niños/as de 0-59 meses con síntomas de IRA en las últimas dos semanas										
	Unidad de salud o proveedores										Unidad de salud o proveedores										
	Públicos	Privados	Farmacia o consultorio en farmacia ^a	Proveedor de salud comunitaria ^a	Otra fuente	Una unidad de salud o proveedor ^{1, b}	Una unidad de salud, proveedor o farmacia ^{3, d}	No se solicitó asesoramiento o tratamiento	Porcentaje de niños/as con síntomas de IRA en las últimas dos semanas quienes recibieron antibióticos ²	Número de niños/as de 0-59 meses con síntomas de IRA en las últimas dos semanas	Públicos	Privados	Proveedor de salud comunitaria ^a	Otra fuente	Una unidad de salud o proveedor ^c						
Total	37.7	36.5	11.9	0.0	1.9	73.1	83.7	14.6	73.9	244	28.2	68.2	0.0	3.5	96.5	180					
Sexo																					
Hombre	42.8	24.5	14.0	0.0	0.6	67.2	80.9	19.1	72.9	111	34.4	60.6	0.0	5.0	95.0	81					
Mujer	33.5	46.4	10.1	0.0	3.0	78.0	86.0	10.9	74.8	133	23.3	74.3	0.0	2.4	97.6	100					
Región																					
Noroeste	(45.7)	(35.3)	(15.4)	(0.0)	(1.6)	(75.9)	(90.6)	(9.4)	(81.2)	39	(40.4)	(57.6)	(0.0)	(1.9)	(98.1)	32					
Noreste	(36.3)	(44.3)	(15.1)	(0.0)	(5.2)	(80.6)	(87.1)	(7.8)	(56.3)	32	(25.4)	(71.4)	(0.0)	(3.3)	(96.7)	18					
Centro	40.7	22.4	23.1	0.0	6.5	63.1	86.2	7.3	73.7	37	(32.8)	(67.2)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	27					
CDMX-Edo México	(14.1)	(66.3)	(11.2)	(0.0)	(0.0)	(79.0)	(90.2)	(9.8)	(86.2)	45	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	39					
Sur	45.2	25.1	5.0	0.0	0.0	70.3	75.3	24.7	71.0	91	34.6	59.7	0.0	5.7	94.3	64					
Zona de residencia																					
Urbana	34.1	43.6	11.8	0.0	2.7	76.2	86.4	11.2	77.8	172	22.3	74.2	0.0	3.4	96.6	134					
Rural	46.3	19.6	12.0	0.0	0.0	65.6	77.2	22.8	64.6	72	45.2	50.9	0.0	3.9	96.1	47					
Edad																					
0-11 meses	(46.9)	(25.9)	(11.5)	(0.0)	(0.0)	(72.8)	(84.3)	(15.7)	(62.1)	38	(31.8)	(67.0)	(0.0)	(1.2)	(98.8)	24					
12-23 meses	(27.4)	(50.8)	(5.1)	(0.0)	(0.0)	(76.6)	(81.7)	(18.3)	(74.4)	38	(26.6)	(73.4)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	28					
24-35 meses	(29.6)	(60.4)	(9.0)	(0.0)	(2.6)	(87.1)	(91.7)	(5.6)	(77.4)	63	(13.7)	(86.3)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	49					
36-47 meses	41.8	26.2	4.8	0.0	6.0	68.1	72.5	21.5	61.8	40	(23.9)	(69.9)	(0.0)	(6.2)	(93.8)	24					
48-59 meses	43.7	17.1	23.2	0.0	1.0	60.6	83.6	16.4	84.7	65	42.6	49.0	0.0	8.4	91.6	55					
Educación de la madre																					
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	12	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	8					
Primaria	(56.7)	(19.2)	(5.5)	(0.0)	(0.0)	(75.4)	(80.5)	(19.5)	(60.1)	36	(28.0)	(67.3)	(0.0)	(4.7)	(95.3)	22					
Secundaria	39.7	29.3	15.1	0.0	2.8	69.0	83.9	14.1	75.7	81	42.9	53.2	0.0	4.0	96.0	61					
Media Superior	35.7	51.3	7.0	0.0	0.0	84.1	91.1	8.9	77.4	87	24.4	75.6	0.0	0.0	100.0	67					
Superior	(16.7)	(43.9)	(25.9)	(0.0)	(8.6)	(60.5)	(76.4)	(15.0)	(78.3)	28	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	22					

1. MICS Indicador 3.13 - Búsqueda de atención para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).
2. MICS Indicador 3.14 - Tratamiento con antibióticos para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía).
3. MICS Indicador 3.S8 - Búsqueda de atención para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía) [incluye farmacias].
 - a. Proveedores de salud comunitaria incluye instalaciones de salud públicas (promotor o auxiliar de salud).
 - b. Incluye todas las facilidades y proveedores públicos y privados, pero excluye las farmacias privadas.
 - c. Incluye todos los proveedores y unidades de salud públicos y privados.
 - d. En México, existen farmacias con un consultorio médico anexo.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.10 presenta el porcentaje de niños y niñas con síntomas de IRA con presunta neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta para quienes se buscó atención, por fuente de atención y el porcentaje que recibió antibióticos. Setenta y tres por ciento de niños y niñas de 0 a 59 meses de edad con síntomas de IRA fueron llevados a un profesional de la salud calificado, siendo este porcentaje más elevado en zonas urbanas (76%) que en zonas rurales (66%). Un mayor porcentaje de niños y niñas en zonas rurales no recibieron algún tratamiento (23%) comparados con niños y niñas residentes en zonas urbanas (11%). La atención a IRA en zonas rurales ocurre predominantemente en unidades de atención públicas (46%), en contraste, en zonas urbanas ésta ocurre predominantemente en unidades de atención privadas (54%).

El Cuadro CH.10 presenta también el uso de antibióticos para el tratamiento de niños y niñas menores de 5 años con síntomas de IRA con presunta neumonía por sexo, edad, región, zona de residencia y factores socioeconómicos. En México, 74% por ciento de los niños y niñas menores de 5 años con síntomas de IRA con presunta neumonía durante las dos semanas anteriores a la encuesta recibió antibióticos. El porcentaje fue considerablemente más alto en las zonas urbanas que en las rurales; variando entre 56% en el Noroeste de México y 86% en la región Ciudad de México-Estado de México. El cuadro también muestra que el tratamiento con antibióticos de los síntomas de IRA es muy bajo en los hogares más pobres, y en hogares indígenas. El uso de antibióticos aumenta con la edad del niño o niña.

Además, el Cuadro CH.10 muestra dónde recibieron tratamiento los niños y niñas con síntomas de IRA que fueron tratados con antibióticos. En zonas urbanas, el tratamiento con antibióticos fue proporcionado por establecimientos de salud privada (74%), mientras en zonas rurales este fue proporcionado por establecimientos de salud públicos (45%) y privados (51%).

Cuadro CH.11: Conocimiento de los dos signos de peligro de neumonía

Porcentaje de mujeres de 15-49 años quienes son madres o cuidadoras de niños/as menores de 5 años por síntomas para llevar inmediatamente a un/a niño/a menor de 5 años a una unidad de salud, y porcentaje de madres que reconocen la respiración rápida o difícil como señales para buscar atención inmediatamente, México, 2015

Porcentaje de madres/encargadas de niños/as de 0 a 59 meses que piensan que un niño debe ser llevado inmediatamente a una unidad de salud si el/la niño/a:														
	No puede beber o ser amamantado	Empeora	Le da fiebre o calentura	Tiene respiraciones rápidas	Tiene dificultad para respirar	Tiene heces en las	Bebe poco	Tiene diarrea o vómito	Tiene dolor	Está intoxicado o tiene reacción alérgica	Tiene convulsiones	Tiene otros síntomas	Madres/cuidadoras que reconocen al menos una de las dos señales de pulmonía (respiración rápida o difícil) ¹	Número de mujeres de 15-49 años que son madres/cuidadoras de niños/as menores de 5 años
Total	4.0	4.3	85.0	10.9	20.8	4.3	3.7	54.5	24.2	4.2	4.7	10.8	28.4	3,745
Región														
Noroeste	3.7	9.6	90.0	11.0	18.0	2.3	4.3	51.5	26.9	4.9	2.8	6.9	26.7	707
Noreste	2.7	2.4	89.6	11.7	25.6	7.0	3.3	44.4	18.7	2.7	4.5	5.0	33.3	858
Centro	1.4	2.5	73.0	8.3	19.3	5.5	3.5	66.5	33.8	4.8	4.9	13.6	25.2	636
CDMX-Edo México	6.4	4.5	89.0	12.2	23.6	4.5	5.7	58.8	21.4	5.7	7.8	14.0	30.4	773
Sur	5.6	2.7	81.1	10.6	16.3	2.0	1.9	54.3	22.9	3.4	3.4	15.3	25.0	771
Zona de residencia														
Urbana	4.3	4.6	85.6	11.4	20.6	4.7	4.0	54.9	25.2	4.7	5.4	10.6	28.3	2,850
Rural	3.1	3.5	83.1	9.3	21.3	3.2	2.9	53.3	21.1	2.8	2.4	11.3	28.6	895
Educación de la madre														
Ninguna	5.8	5.8	78.9	7.0	10.6	1.4	0.0	52.4	15.2	0.5	0.0	6.3	15.4	62
Primaria	2.5	2.4	84.2	10.1	18.7	2.0	3.1	54.5	17.6	3.7	2.7	12.7	26.6	639
Secundaria	3.4	4.4	87.6	10.3	21.0	4.5	4.9	52.6	21.9	3.6	4.7	8.9	28.8	1,487
Media Superior	5.0	4.5	88.2	11.6	22.7	4.3	2.1	52.4	25.3	5.6	4.8	13.1	29.5	983
Superior	5.4	5.5	74.2	12.5	20.2	6.9	4.6	63.3	36.9	4.7	7.3	10.1	28.7	574
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	3.0	3.1	83.5	10.1	18.9	2.7	2.9	54.8	19.7	5.1	2.3	12.1	26.1	835
Segundo	4.3	3.4	88.2	9.7	23.1	4.1	4.0	52.1	24.0	3.4	4.3	9.8	30.2	959
Medio	3.8	3.6	88.0	10.9	19.4	6.7	4.4	55.1	22.8	3.8	5.2	9.1	27.3	798
Cuarto	5.0	4.8	90.0	14.3	24.4	4.0	3.8	51.6	21.8	4.6	6.8	14.8	33.3	663
Más rico	4.3	8.5	69.5	9.8	16.8	4.0	3.3	61.7	38.0	4.8	5.8	7.9	23.7	490
Etnia del jefe del hogar ^A														
Hogar indígena	2.4	1.5	81.3	10.0	19.7	3.2	1.8	52.2	17.9	3.3	2.4	10.7	27.1	311
Hogar no indígena	4.2	4.5	85.3	10.9	20.9	4.4	3.9	54.7	24.8	4.3	4.9	10.8	28.5	3,433

1. MICS Indicador 3.S9 - Reconocimiento de al menos una de las dos señales de neumonía.

A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

(¹) Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El conocimiento de las madres sobre los signos de peligro es un determinante importante en la búsqueda de la atención médica. En la ENIM 2015, se les pidió a las madres que informaran qué síntomas las motivaron a llevar inmediatamente a los niños y niñas menores de 5 años a una unidad de salud. En el Cuadro CH.11 se presentan los aspectos relacionados con el conocimiento de los signos de peligro de la neumonía. En general, 28% de las mujeres conoce al menos uno de los dos signos de peligro de la neumonía (respiración acelerada y dificultad para respirar). El síntoma más común para llevar a un niño o niña a una unidad médica es la fiebre o calentura. Aproximadamente 11% de las madres identificó la respiración acelerada y 21% identificó la dificultad para respirar como síntomas para llevar inmediatamente a los niños y niñas a un profesional de la salud. El reconocimiento de signos de peligro de neumonía es considerablemente más bajo entre mujeres sin educación.

Cuadro CH.12: Búsqueda de atención durante la fiebre

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con fiebre en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente del asesoramiento o tratamiento, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as para quienes:						Número de niños/as con fiebre en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:						
	Unidad de salud o proveedores:			Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^{1, b}	No se solicitó asesoramiento ni tratamiento	
	Públicos	Privados	Proveedores de salud comunitaria ^a				
Total	38.1	37.8	0.1	6.7	75.1	18.3	831
Sexo							
Hombre	43.2	35.8	0.3	2.9	78.2	19.1	406
Mujer	33.2	39.7	0.0	10.4	72.2	17.5	425
Región							
Noroeste	40.3	39.1	0.0	1.5	78.1	20.8	157
Noreste	30.0	36.0	0.3	23.2	66.0	10.7	181
Centro	33.2	43.1	0.4	4.0	74.6	21.4	141
CDMX-Edo México	27.7	52.0	0.0	3.3	79.1	17.9	150
Sur	54.8	24.2	0.0	0.5	78.4	21.2	202
Zona de residencia							
Urbana	36.4	44.7	0.0	3.4	80.4	16.4	568
Rural	41.7	23.0	0.4	13.8	63.8	22.4	263
Edad							
0-11 meses	48.9	40.2	0.0	1.6	89.1	9.3	110
12-23 meses	31.7	41.0	0.0	10.2	72.5	17.3	204
24-35 meses	35.3	43.0	0.0	1.9	76.5	21.9	143
36-47 meses	40.0	33.7	0.3	5.0	73.2	21.7	174
48-59 meses	39.0	33.1	0.2	10.9	70.7	18.7	200
Educación de la madre							
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	20
Primaria	43.6	34.2	0.0	0.0	75.9	24.1	150
Secundaria	48.7	30.4	0.2	2.2	79.0	19.0	307
Media Superior	29.2	40.5	0.2	16.6	68.4	15.1	259
Superior	19.0	58.5	0.0	6.6	77.5	16.3	95

Cuadro CH.12: Búsqueda de atención durante la fiebre (cont.)

Porcentaje de niños/as de 0-59 meses con fiebre en las últimas dos semanas para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento, por fuente del asesoramiento o tratamiento, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as para quienes:						Número de niños/as con fiebre en las últimas dos semanas
	Asesoramiento o tratamiento fue solicitado en:						
	Unidad de salud o proveedores:					No se solicitó asesoramiento ni tratamiento	
	Públicos	Privados	Proveedores de salud comunitaria ^a	Otras fuentes	Un proveedor o unidad de salud ^{1, b}		
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	46.9	20.4	0.4	12.2	66.4	21.4	294
Segundo	39.4	44.5	0.0	3.1	82.4	14.5	179
Medio	33.2	50.2	0.0	1.5	83.1	16.2	135
Cuarto	34.3	39.7	0.0	4.5	74.0	21.4	150
Más rico	16.0	64.6	0.0	7.9	79.8	12.3	72
Etnia del jefe del hogar^A							
Hogar indígena	48.9	23.2	0.6	0.0	72.1	27.9	76
Hogar no indígena	37.0	39.3	0.1	7.4	75.4	17.3	755

1. MICS Indicador 3.20 - Búsqueda de atención por fiebre.

a. Proveedores de salud comunitaria incluye facilidades de salud públicas (promotor o auxiliar de salud).

b. Incluye todas las unidades de salud públicas y privadas y proveedores así como tiendas.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro CH.12 presenta el porcentaje de niños que presentaron fiebre en las 2 semanas anteriores a la encuesta y buscaron consejo o tratamiento. En general, en 3 de cada 4 casos de niños con fiebre se buscó atención en una unidad de salud o con un proveedor de salud. Sin embargo, en 18% de los casos no se solicitó ningún tipo de asesoramiento o tratamiento. Se observan importantes diferencias en el porcentaje de niños/as que tuvieron fiebre en las dos semanas previas a la encuesta y para quienes no se solicitó asesoramiento ni tratamiento entre las zonas urbanas y las rurales (16% y 22%, respectivamente). Se observa una diferencia más pronunciada al comparar este mismo indicador en los hogares indígenas y no indígenas (28% y 17%, respectivamente).

Cuadro CH.13: Tratamiento de niños/as con fiebre

Porcentaje de niños de 0-59 meses que tuvieron fiebre en las últimas dos semanas, por tipo de medicina dada para la enfermedad, México, 2015.

	Antibióticos:		Otros medicamentos:							Número de niños/as con fiebre en las dos últimas semanas	
	Pastilla o jarabe	Inyección	Paracetamol/ Panadol/ Acetaminofén	Aspirina	Ibuprofeno	Desenfriolito	Neomelubrina	Febrax	Otro		Ignorado/ NS
Total	52.6	6.3	54.8	0.5	11.4	0.5	1.0	0.9	16.9	0.2	831
Sexo											
Hombre	56.7	6.2	55.4	0.0	11.0	1.0	1.0	1.1	13.4	0.0	406
Mujer	48.8	6.5	54.2	1.1	11.7	0.1	1.0	0.6	20.3	0.4	425
Región											
Noroeste	63.5	8.4	43.1	0.8	18.3	0.4	1.2	0.0	12.2	0.8	157
Noreste	45.2	3.9	58.9	0.7	9.4	0.0	0.5	2.0	33.2	0.0	181
Centro	61.1	9.2	58.1	0.0	17.0	1.0	1.9	1.6	16.4	0.0	141
CDMX-Edo México	51.6	6.3	43.9	0.0	9.3	0.0	1.4	0.4	10.7	0.0	150
Sur	45.8	4.9	66.0	0.9	5.4	1.0	0.3	0.4	10.9	0.2	202
Zona de residencia											
Urbana	55.9	7.2	49.6	0.8	13.5	0.6	1.4	1.1	13.7	0.2	568
Rural	45.7	4.5	66.0	0.0	6.8	0.4	0.0	0.3	23.9	0.1	263
Edad											
0-11 meses	60.0	5.0	56.7	0.0	2.7	1.0	1.7	0.4	7.1	1.1	110
12-23 meses	46.8	6.6	48.1	0.6	19.5	0.2	0.5	0.1	21.8	0.2	204
24-35 meses	56.0	9.1	53.7	0.0	10.9	0.0	1.2	0.7	11.0	0.0	143
36-47 meses	49.9	7.3	56.9	0.0	6.3	0.6	0.5	0.9	15.5	0.0	174
48-59 meses	54.6	3.9	59.5	1.6	12.6	0.9	1.4	2.0	22.8	0.0	200
Educación de la madre											
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	20
Primaria	50.5	2.9	65.4	0.0	4.3	1.0	0.2	0.6	11.3	1.1	150
Secundaria	52.9	8.4	61.6	0.0	14.2	0.9	1.3	1.3	16.5	0.0	307
Media Superior	52.0	5.4	44.3	0.5	5.9	0.0	0.7	0.5	22.9	0.0	259
Superior	57.8	9.2	44.5	3.4	23.6	0.0	2.0	0.5	11.0	0.0	95

Cuadro CH.13: Tratamiento de niños/as con fiebre (cont.)

Porcentaje de niños de 0-59 meses que tuvieron fiebre en las últimas dos semanas, por tipo de medicina dada para la enfermedad, México, 2015.

Antibióticos:		Otros medicamentos:							Número de niños/as con fiebre en las dos últimas semanas		
Pastilla o jarabe	Inyección	Paracetamol/ Panadol/ Acetaminofén	Aspirina	Ibuprofeno	Desenfriolito	Neomelubrina	Febrax	Otro		Ignorado/ NS	
Quintil de índice de riqueza											
Más pobre	41.3	3.2	66.0	0.0	7.7	0.4	0.3	0.0	22.7	0.6	294
Segundo	60.9	9.7	48.3	1.0	8.3	0.0	0.6	2.3	13.3	0.0	179
Medio	61.8	9.4	48.2	1.0	14.6	2.2	1.9	0.6	10.8	0.0	135
Cuarto	54.7	4.7	48.6	0.0	19.5	0.0	1.4	0.8	16.0	0.0	150
Más rico	57.2	8.4	50.5	1.8	11.3	0.0	2.1	1.3	15.4	0.0	72
Etnia del jefe del hogar ^A											
Hogar indígena	44.6	1.1	66.6	0.0	5.5	0.7	0.6	0.0	12.5	0.5	76
Hogar no indígena	53.5	6.9	53.6	0.6	12.0	0.5	1.0	0.9	17.4	0.2	755

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Se les pidió a las madres que informaran sobre todos los medicamentos que le habían dado al niño/a para tratar la fiebre, incluidos tanto los medicamentos administrados en el hogar como los prescritos o administrados en la unidad de salud (Cuadro CH.13). El 59% de los casos reporta haber administrado antibióticos (53% en jarabe o pastilla y 6% en inyección). Además, poco más de la mitad de los niños fue tratada con paracetamol/panadol/acetaminofén (55%).

Más de 3,000 millones de personas en todo el mundo dependen de los combustibles sólidos (biomasa y carbón) para satisfacer sus necesidades básicas de energía, lo que incluye también cocinar y la calefacción. El hecho de cocinar y generar calefacción con combustibles sólidos conduce a altos niveles de humo en interiores, una mezcla compleja de contaminantes perjudiciales para la salud. Los principales problemas del uso de combustibles sólidos son los productos de la combustión incompleta, incluida la de CO, hidrocarburos aromáticos policíclicos, SO₂ y otros elementos tóxicos. El uso de combustibles sólidos aumenta los riesgos de enfermedades respiratorias agudas, neumonía, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, cáncer y, posiblemente, tuberculosis, bajo peso al nacer, cataratas y asma. El principal indicador es la proporción de la población que utiliza combustibles sólidos como principal fuente de energía doméstica para cocinar.

Cuadro CH.14: Uso de combustibles sólidos

Distribución porcentual de miembros del hogar de acuerdo al tipo de combustible principal para cocinar usado en el hogar, y porcentaje de miembros del hogar viviendo en hogares que usan combustibles sólidos para cocinar, México, 2015.

Porcentaje de miembros del hogar en hogares que usan principalmente:															
	Electricidad	Gas licuado (GPL)	Gas Natural	Queroseno	Carbón	Combustibles sólidos					No se cocina comida en el hogar	Total	Combustibles sólidos para cocinar¹	Número de miembros del hogar	
						Madera/ Leña	Paja/ arbustos/ hierba	Estiércol animal	Residuos de cultivos agrícolas	Otro combustible					Ignorado/NR
Total	1.6	74.3	9.5	0.00	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	14.4	40,381
Región															
Noroeste	1.7	90.5	5.5	0.00	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	2.3	8,084
Noreste	1.3	72.9	16.7	0.00	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	9.1	8,778
Centro	1.4	70.3	6.6	0.01	0.2	21.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	21.6	6,205
CDMX-Edo México	3.2	79.4	13.5	0.00	0.0	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	100.0	3.8	8,846
Sur	0.5	58.0	3.8	0.00	0.1	37.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.3	100.0	37.4	8,468
Zona de residencia															
Urbana	1.8	82.4	10.8	0.00	0.1	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	4.8	31,004
Rural	1.0	47.6	5.1	0.00	0.0	45.9	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	100.0	46.2	9,377
Educación de la madre ^A															
Ninguna	0.5	56.8	2.9	0.00	0.0	39.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	39.7	2,852
Primaria	0.9	68.0	6.4	0.00	0.1	24.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	24.6	12,813
Secundaria	1.9	76.9	11.7	0.00	0.0	9.3	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	100.0	9.4	11,914
Media Superior	2.7	81.7	9.9	0.01	0.0	5.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	5.6	6,717
Superior	2.0	82.7	14.4	0.00	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	0.8	6,059
Quintil de índice de riqueza															
Más pobre	1.6	31.4	2.6	0.00	0.2	63.6	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	64.0	8,076
Segundo	1.3	83.3	8.3	0.00	0.0	6.8	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	100.0	6.9	8,051
Medio	1.6	86.8	10.5	0.01	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1.0	8,098
Cuarto	1.6	88.0	10.2	0.00	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.2	8,084
Más rico	2.1	82.1	15.8	0.00	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	8,071
Etnia del jefe del hogar ^B															
Hogar indígena	0.2	35.7	3.4	0.00	0.2	59.6	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	100.0	60.3	3,165
Hogar no indígena	1.8	77.6	10.0	0.00	0.0	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	10.5	37,206

1. MICS Indicador 3.15 - Uso de combustibles sólidos para cocinar.
A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Alrededor de 14% de los hogares entrevistados utiliza algún tipo de combustible sólido para cocinar. El tipo de combustible sólido más utilizado es la madera o leña (14%). Estos porcentajes varían de 2% en la región Noroeste a 37% en la región Sur. En zonas rurales 46% de los hogares utiliza leña o madera para cocinar mientras que en las zonas urbanas sólo 5% lo hacen. Asimismo, los hogares donde el jefe tiene poca o nula educación y los hogares de mayor pobreza, el uso de estos combustibles es mucho más común.

El uso de combustibles sólidos por si solo es un pobre referente de la contaminación del aire en interiores, ya que la concentración de los contaminantes varía cuando se quema el mismo combustible en diferentes estufas o fogones. El uso de estufas cerradas con chimeneas reduce al mínimo la contaminación en interiores, mientras que la estufa o el fuego abierto sin chimenea o campana significa que no existe protección contra los efectos nocivos de los combustibles sólidos. El Cuadro CH.15 presenta información sobre el lugar donde se utilizan estos combustibles.

Cuadro CH.15: Uso de combustibles sólidos por lugar para cocinar

Distribución porcentual de miembros del hogar de hogares que usan combustibles sólidos, por lugar para cocinar, México, 2015.

	Lugar para cocinar:						Número de miembros del hogar de hogares que usan combustibles sólidos para cocinar
	En la casa		En una construcción separada	Al aire libre	En otro lugar	Total	
	En una habitación separada usada como cocina	En otro lugar de la casa					
Total	15.0	30.1	38.2	16.5	0.2	100.0	5,827
Región							
Noroeste	7.7	45.6	22.1	24.6	0.0	100.0	185
Noreste	39.5	13.3	40.1	6.4	0.7	100.0	796
Centro	9.2	19.2	51.2	20.4	0.0	100.0	1,342
CDMX-Edo México	36.4	37.0	18.3	8.4	0.0	100.0	339
Sur	9.4	37.3	35.2	17.9	0.1	100.0	3,165
Zona de residencia							
Urbana	14.0	31.2	33.9	20.9	0.0	100.0	1,497
Rural	15.3	29.7	39.7	15.0	0.2	100.0	4,330
Educación del jefe del hogar ^A							
Ninguna	15.9	31.8	38.1	14.2	0.0	100.0	1,132
Primaria	16.1	29.4	38.6	15.6	0.3	100.0	3,150
Secundaria	15.3	32.3	35.3	17.1	0.0	100.0	1,119
Media Superior	3.2	22.5	44.2	30.1	0.0	100.0	373
Superior	3.7	42.2	38.3	15.7	0.0	100.0	49
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	15.2	30.5	38.5	15.6	0.2	100.0	5,169
Segundo	11.9	26.1	35.4	26.6	0.0	100.0	557
Medio	25.7	29.4	33.2	11.8	0.0	100.0	83
Cuarto	(7.3)	(44.4)	(48.3)	(0.0)	(0.0)	100.0	18
Más rico							
Etnia del jefe del hogar							
Hogar indígena	17.2	30.7	38.8	13.0	0.2	100.0	1,907
Hogar no indígena	13.9	29.8	37.9	18.3	0.1	100.0	3,920

A. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.



© UNICEF/Giacomo Pirozzi

En general, 45% de los hogares que utilizan combustibles sólidos para cocinar lo hacen dentro de la casa (15% en una habitación separada usada como cocina y 30% en otro lugar de la casa), 38% lo hace en una construcción separada, 17% al aire libre y el resto en otro lugar.



VI. AGUA Y SANEAMIENTO

El agua segura para beber es una necesidad básica para la buena salud. Beber agua contaminada puede ocasionar enfermedades como el cólera, la fiebre tifoidea y la esquistosomiasis. El agua para beber también puede estar contaminada con productos químicos y físicos que tienen efectos nocivos en la salud humana. Además de prevenir enfermedades, el acceso a una fuente mejorada de agua para beber puede ser especialmente importante para las mujeres y los niños/as, especialmente en las zonas rurales, ya que son los principales responsables de transportar agua, frecuentemente recorriendo largas distancias.¹

La eliminación inadecuada de excretas humanas y la falta de higiene personal se asocian a una serie de enfermedades, como las diarreicas y la poliomielitis, y son factores determinantes del retraso del crecimiento. El acceso a las instalaciones de saneamiento mejoradas puede reducir las enfermedades diarreicas en más de un tercio² y puede disminuir significativamente los impactos adversos en la salud de otros trastornos responsables de la muerte y la enfermedad de millones de niños/as en los países en desarrollo.

El sexto Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) plantea las metas de lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos así como el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos, para el año 2030. Esta encuesta recolectó información relacionada con el uso de saneamiento mejorado y agua para beber, la cual contribuirá al monitoreo de dichas metas. Tomando en cuenta que el indicador de los ODS no se refiere a saneamiento y agua para beber “mejorada”, será necesario que el país recoja información adicional sobre la calidad y la disponibilidad de agua potable.

Para más detalles sobre el agua y saneamiento y para acceder a algunos documentos de referencia, por favor, visite data.unicef.org³ o el sitio web del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.⁴

Uso de fuentes mejoradas de agua

En el Cuadro WS.1 se muestra la distribución de los integrantes del hogar de acuerdo con la principal fuente de agua para beber. La población que usa *fuentes mejoradas de agua para beber* es la que utiliza cualquiera de los siguientes tipos de fuentes de abastecimiento: agua de tubería (en la vivienda, conjunto de viviendas, patio o parcela, conexión a un vecino, grifo/caño público), pozo con tubería/pozo perforado, pozo protegido, manantial protegido y agua de lluvia recolectada. El agua embotellada se considera una fuente de agua mejorada sólo si en el hogar se usa una fuente de agua mejorada para lavarse las manos y cocinar.

¹ OMS/UNICEF 2012. *Progresos en materia de agua potable y saneamiento: informe de actualización 2012*.

² Cairncross, S et al. 2010. *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*. International Journal of Epidemiology 39: i193-i205.

³ <http://data.unicef.org/water-sanitation/water.html>

⁴ <http://www.wssinfo.org>

Cuadro WS.1: Uso de fuentes mejoradas de agua

Distribución porcentual de población de hogares de acuerdo a la fuente principal de agua para beber y porcentaje de población de hogares que usa fuentes mejoradas de agua, México, 2015.

Fuente principal de agua para beber																
Fuentes mejoradas										Fuentes mejoradas						
Agua de tubería					Carro					Porcentaje de uso de fuentes mejoradas de agua miembros del hogar						
Dentro de la vivienda	En el patio/ terreno	Del vecino	Llave pública	Pozo con tubería	Pozo protegido/ cubierto	Manantial protegido	Agua de lluvia recolectada	Agua embotellada ^a	Pozo no protegido	Manantial no protegido	Carreta tanque/ camión con cisterna	Agua de superficie ^b	Agua embotellada ^a	Otro	Total	
	14.5	6.0	0.1	1.3	0.5	2.0	0.6	0.4	72.5	0.3	0.0	0.1	0.8	0.0	0.0	98.1 40,381
Región																
Noroeste	10.0	3.0	0.2	2.3	0.2	0.0	0.0	0.0	83.7	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	99.5 8,084
Noreste	23.0	2.9	0.0	2.7	0.7	0.8	0.9	0.4	67.7	0.1	0.0	0.2	0.3	0.0	0.0	99.1 8,778
Centro	11.9	13.6	0.3	0.6	0.6	1.3	0.9	0.8	67.8	0.4	0.0	0.2	1.3	0.1	0.0	97.8 6,205
CDMX-Edo México	20.4	4.5	0.1	0.3	0.2	0.9	0.4	0.0	72.2	0.2	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	99.0 8,846
Sur	5.9	8.2	0.1	0.4	1.1	6.9	0.9	0.9	70.6	0.7	0.1	0.0	1.8	0.0	0.0	95.0 8,468
Zona de residencia																
Urbana	13.7	2.8	0.0	1.3	0.1	0.6	0.2	0.0	80.5	0.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	99.2 31,004
Rural	17.4	16.6	0.5	1.5	2.0	6.7	1.9	1.8	46.2	0.9	0.2	0.0	1.7	0.1	0.0	94.5 9,377
Educación del jefe del hogar ^A																
Ninguna	18.9	16.1	0.6	1.7	1.0	5.5	1.6	0.1	52.2	0.4	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	97.6 2,852
Primaria	15.5	9.4	0.2	1.5	0.9	3.2	1.3	0.8	64.1	0.4	0.1	0.0	1.1	0.1	0.0	97.0 12,813
Secundaria	15.7	5.1	0.1	1.2	0.4	1.4	0.3	0.4	73.9	0.1	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	98.5 11,914
Media Superior	12.3	1.7	0.0	0.5	0.2	1.1	0.0	0.1	82.4	0.5	0.1	0.0	0.7	0.0	0.0	98.4 6,717
Superior	10.5	0.6	0.0	1.7	0.1	0.3	0.0	0.0	86.4	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	99.5 6,059
Quintil de índice de riqueza																
Más pobre	16.7	21.6	0.7	2.0	2.2	9.0	2.8	2.0	35.7	1.4	0.1	0.0	2.4	0.1	0.0	92.5 8,076
Segundo	19.2	5.3	0.0	0.8	0.2	0.7	0.3	0.1	72.2	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	98.9 8,051
Medio	15.9	2.2	0.0	0.8	0.2	0.4	0.1	0.0	79.9	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	99.5 8,098
Cuarto	13.1	0.8	0.0	2.1	0.1	0.0	0.0	0.0	83.7	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	99.8 8,084
Más rico	7.7	0.2	0.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	91.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	99.8 8,071
Etnia del jefe del hogar ^B																
Hogar indígena	10.2	21.2	0.1	0.9	1.0	7.1	4.1	3.7	44.4	2.0	0.2	0.0	1.1	0.0	0.0	92.7 3,165
Hogar no indígena	14.9	4.7	0.1	1.3	0.5	1.6	0.3	0.1	74.9	0.1	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	98.5 37,206

1. MICS indicador 4.1 - Uso de fuentes de agua mejoradas para beber.

a. Los hogares que usan agua embotellada como su principal fuente de agua para beber se clasifican en usuarios de agua para beber mejorada o no mejorada según la fuente de agua utilizada para otros propósitos como cocinar y lavarse las manos.

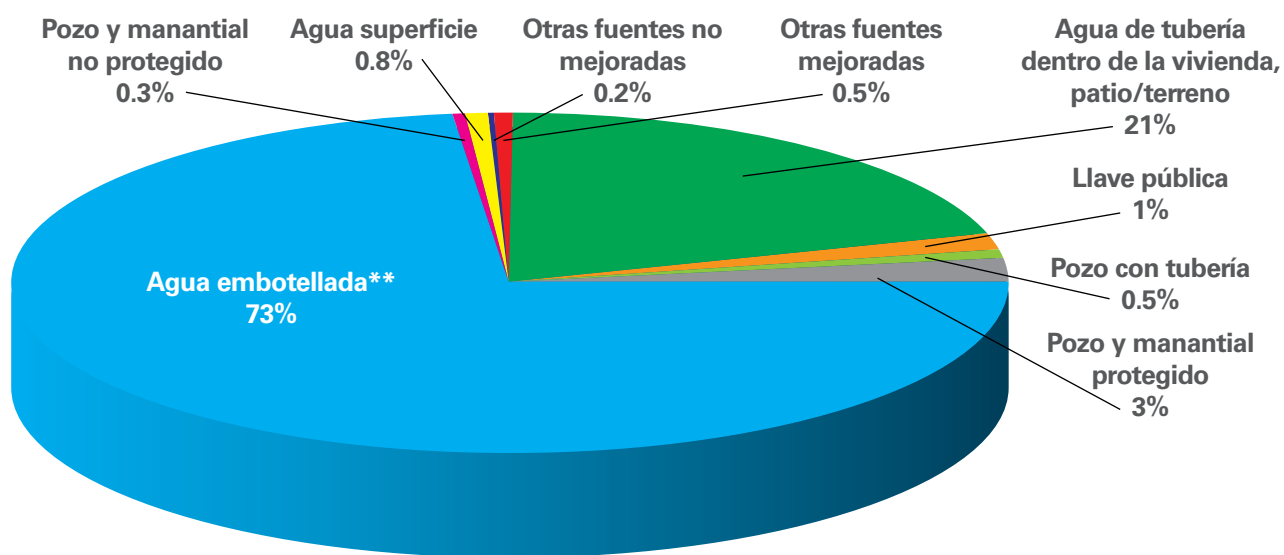
b. Agua de superficie: Río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación.

A. 27 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En general, 98% de la población mexicana usa una fuente mejorada de agua para beber; 99% en zonas urbanas y 95% en zonas rurales. En términos regionales, el menor porcentaje se observa en la región Sur (95%) y el mayor en la Noroeste donde casi la totalidad de los hogares obtiene agua para beber de una fuente mejorada. (Cuadro WS.1). En general, la fuente principal de agua para beber en México es el agua embotellada (73%), seguida del agua de tubería conectada a la vivienda o al patio o terreno (21%). Las fuentes principales de agua para beber de la población en zonas rurales son el agua embotellada (46%), de tubería conectada a la vivienda o al patio o parcela (34%), seguido de agua de un pozo, manantial protegido o agua de lluvia recolectada, las cuales son consumidas en 12% de estos hogares. En los hogares indígenas, el 4% ocupa fuentes no mejoradas para beber y el 1% de los hogares no indígenas utiliza fuentes no mejoradas. Las principales fuentes de agua para beber se muestran en la Figura WS.1.

Figura WS.1: Distribución porcentual de los miembros del hogar por fuente de agua para beber, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



**El agua que utilizan estos hogares para otros propósitos como cocinar y lavarse las manos es una fuente mejorada.

En el Cuadro WS.2 se presenta el uso de tratamiento de agua en el hogar. Se les preguntó a los encuestados sobre las distintas formas en las que tratan el agua para hacerla más segura para beber. Hervir el agua, agregarle blanqueador o cloro, así como usar un filtro de agua son considerados tratamientos adecuados para el agua para beber. Este cuadro muestra el tratamiento del agua por los miembros del hogar y el porcentaje de los que usan fuentes no mejoradas de agua, pero que utilizan métodos adecuados de tratamiento de agua. El porcentaje de hogares que utilizan fuentes de agua para beber no mejoradas y que usan un método adecuado de tratamiento de agua⁵ es de 48%, y más elevado en zonas rurales (52%) que en zonas urbanas (39%).

⁵Tratamiento adecuado incluye: hervir el agua, añadir blanqueador/cloro, utilizar filtro de agua, desinfección solar, agregar gotas de Microdyn o hipoclorito de sodio.

Cuadro WS.2: Tratamiento del agua en el hogar

Porcentaje de la población de hogares por método de tratamiento del agua para beber usado por el hogar, y para miembros del hogar que viven en hogares donde se usa una fuente de agua para beber no mejorada, el porcentaje que está usando un método apropiado de tratamiento, México, 2015.

	Método de tratamiento del agua usado en el hogar										Porcentaje de miembros del hogar en hogares que utilizan fuentes de agua para beber no mejoradas y que usan un método apropiado de tratamiento de agua ¹		Número de miembros del hogar	Número de miembros del hogar en hogares que utilizan fuentes de agua para beber no mejoradas	
	Ninguno	Hervir	Agregar blanqueador/ cloro	Filtrar con una tela	Usar filtro de agua	Desinfección solar	Dejar asentar	Agrega Microdyn	Agrega hipoclorito de sodio	Otro	Ignorado/NS				
Total	73.6	17.3	5.2	0.5	2.1	0.0	0.0	2.0	0.6	0.8	0.0	40,381	47.9	771	
Región															
Noroeste	86.0	7.2	3.3	0.3	3.5	0.0	0.0	0.8	0.0	0.1	0.0	8,084	(85.1)	39	
Noreste	80.4	11.5	3.6	0.3	1.8	0.0	0.0	2.2	1.0	0.2	0.0	8,778	24.1	81	
Centro	69.4	20.9	10.2	1.1	0.9	0.0	0.1	1.1	0.0	0.0	0.0	6,205	29.6	134	
CDMX-Edo México	64.2	21.1	4.3	0.7	4.1	0.0	0.1	4.4	1.2	3.2	0.0	8,846	45.1	93	
Sur	67.8	26.3	5.8	0.4	0.1	0.0	0.0	0.9	0.8	0.2	0.0	8,468	55.3	424	
Zona de residencia															
Urbana	78.9	12.9	3.2	0.4	2.7	0.0	0.0	2.1	0.6	1.0	0.0	31,004	39.4	258	
Rural	56.3	31.9	11.7	0.9	0.3	0.0	0.1	1.5	0.7	0.2	0.0	9,377	52.1	513	
Fuente principal de agua para beber															
Mejorada	74.1	17.0	5.0	0.5	2.1	0.0	0.0	2.0	0.6	0.8	0.0	39,610	47.9	771	
No mejorada	52.1	33.9	15.7	0.0	1.7	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	771			
Educación del jefe del hogar^A															
Ninguna	58.9	31.5	7.8	0.4	1.5	0.0	0.2	2.2	1.3	0.3	0.0	2,852	42.6	68	
Primaria	66.7	23.6	8.0	0.8	1.1	0.0	0.0	1.5	0.5	0.7	0.0	12,813	46.8	385	
Secundaria	77.0	14.7	4.3	0.3	1.4	0.0	0.0	2.6	1.0	0.6	0.0	11,914	38.9	179	
Media Superior	79.7	11.3	3.4	0.5	2.9	0.0	0.0	1.7	0.4	2.0	0.0	6,717	73.3	111	
Superior	82.0	9.1	1.7	0.6	5.1	0.0	0.0	2.0	0.3	0.4	0.0	6,059	(33.3)	29	
Quintil de índice de riqueza															
Más pobre	47.4	39.3	14.4	1.0	0.1	0.0	0.1	1.4	0.4	0.7	0.1	8,076	58.0	602	
Segundo	75.6	17.0	4.7	0.5	0.6	0.0	0.0	2.5	0.5	0.3	0.0	8,051	2.2	92	
Medio	78.9	12.3	2.6	0.4	2.3	0.0	0.0	1.8	1.4	2.2	0.0	8,098	(5.9)	43	
Cuarto	81.6	11.4	1.9	0.4	3.2	0.0	0.0	1.5	0.5	0.7	0.0	8,084	(0)	15	
Más rico	84.7	6.5	2.3	0.3	4.5	0.0	0.0	2.7	0.3	0.2	0.0	8,071	(81.2)	19	
Etnia del jefe del hogar^B															
Hogar indígena	48.6	44.2	8.6	0.1	0.1	0.0	0.1	1.4	0.0	0.3	0.1	3,165	73.1	230	
Hogar no indígena	75.8	15.0	4.9	0.6	2.3	0.0	0.0	2.0	0.7	0.9	0.0	37,206	37.2	541	

1. MICS indicador 4.2 - Tratamiento de agua.

A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

En el Cuadro WS.3 se muestra el tiempo que lleva ir a la fuente para obtener agua y en el Cuadro WS.4 se indica quién generalmente recolecta el agua. Cabe observar que el Cuadro WS.3 también indica el número de miembros del hogar que usan agua en el domicilio; los resultados se refieren al viaje de ida y vuelta del domicilio a la fuente de agua para beber. No se recolectó información sobre el número de viajes realizados en un día.

El Cuadro WS.3 muestra que 96% de los hogares tiene la fuente de agua para beber en el domicilio, variando entre 90% de los hogares en el Sur y el 99% en el Noroeste de México. La disponibilidad de agua en el hogar se asocia a un mayor uso, a una mejor higiene y a mejores condiciones de salud. Se ha observado que cuando el trayecto de ida y vuelta para recolectar agua dura 30 minutos o más, se transporta cada vez menos agua y se tiende a comprometer el acceso a los mínimos básicos de agua para beber en la familia.⁶ En las zonas rurales, un porcentaje más alto de la población vive en hogares que invierten tiempo en recolectar agua en comparación con las zonas urbanas. De igual manera, el porcentaje de hogares indígenas que requieren 30 minutos o más para ir a la fuente de agua para beber es más alto (3% en hogares que usan fuentes mejoradas y 2% entre los que no usan fuentes mejoradas) en comparación con hogares no indígenas (0.3% y 0.1%). Cabe resaltar que mientras 97% de la población no indígena cuenta con agua en el sitio, 11% de la población indígena tiene que transportar el agua a sus viviendas.

Cuadro WS.3: Tiempo para ir a la fuente de agua para beber

Distribución porcentual de población de hogares, según el tiempo para ir a la fuente de agua para beber, recoger agua y regresar, para usuarios de fuentes mejoradas y no mejoradas de agua para beber, México, 2015.

	Tiempo a la fuente de agua para beber								Total	Número de miembros del hogar
	Usuarios de fuentes mejoradas de agua para beber				Usuarios de fuentes no mejoradas de agua para beber					
	Agua en el sitio	Menos de 30 minutos	30 minutos o más	Ignorado/ NS	Agua en el sitio	Menos de 30 minutos	30 minutos o más	Ignorado/ NS		
Total	96.1	1.5	0.5	0.0	0.9	0.6	0.3	0.1	100.0	40,381
Región										
Noroeste	99.4	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	8,084
Noreste	97.7	1.3	0.1	0.0	0.3	0.4	0.1	0.0	100.0	8,778
Centro	95.1	2.4	0.3	0.1	0.5	1.0	0.2	0.5	100.0	6,205
CDMX-Edo México	97.7	0.5	0.8	0.0	0.5	0.3	0.2	0.0	100.0	8,846
Sur	90.4	3.4	1.2	0.1	2.7	1.4	0.7	0.0	100.0	8,468
Zona de residencia										
Urbana	98.7	0.5	0.0	0.0	0.6	0.2	0.0	0.1	100.0	31,004
Rural	87.5	4.9	2.0	0.2	2.1	2.1	1.0	0.1	100.0	9,377
Educación del jefe del hogar ^A										
Ninguna	92.2	3.7	1.7	0.0	1.2	0.8	0.1	0.3	100.0	2,852
Primaria	93.4	2.7	0.9	0.1	1.3	1.0	0.6	0.1	100.0	12,813
Secundaria	97.4	0.8	0.3	0.0	0.6	0.5	0.2	0.2	100.0	11,914
Media Superior	97.7	0.6	0.1	0.0	1.0	0.6	0.1	0.0	100.0	6,717
Superior	99.4	0.2	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	100.0	6,059
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	83.2	6.8	2.4	0.1	3.2	2.7	1.2	0.3	100.0	8,076
Segundo	98.3	0.5	0.0	0.1	0.7	0.2	0.0	0.1	100.0	8,051
Medio	99.4	0.1	0.0	0.0	0.3	0.2	0.0	0.0	100.0	8,098
Cuarto	99.9	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	8,084
Más rico	99.8	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	100.0	8,071
Etnia del jefe del hogar ^B										
Hogar indígena	81.8	7.7	3.1	0.0	1.9	3.4	1.9	0.0	100.0	3,165
Hogar no indígena	97.3	1.0	0.3	0.0	0.8	0.4	0.1	0.1	100.0	37,206

A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

⁶ Cairncross, S and Cliff, JL. 1987. *Water use and Health in Mueda, Mozambique*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 81: 51-4.

El Cuadro WS.4 muestra que en el 47% de los hogares donde la fuente de agua para beber no está en la vivienda, la recolección del agua generalmente está a cargo de una mujer adulta, en el 41% de los hogares la recolección de agua la realizan los hombres, en el 5% la realizan los niños menores de 15 años y en el 1% niñas menores de 15 años.

Cuadro WS.4: Persona que recoge el agua

Porcentaje de hogares sin agua para beber en el sitio, y distribución porcentual de hogares sin agua para beber en el sitio, según la persona que recoge habitualmente el agua para beber que usa el hogar, México, 2015.

	Porcentaje de hogares sin agua para beber en el sitio	Número de hogares	Persona que recoge habitualmente el agua para beber					Total	Número de hogares sin agua para beber en el sitio
			Mujer (de 15 años o más)	Hombre (de 15 años o más)	Niña (menor de 15)	Niño (menor de 15)	Ignorado/ NS		
Total	2.5	10,760	47.3	41.5	1.1	5.3	4.8	100.0	273
Región									
Noroeste	0.2	2,181	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	4
Noreste	1.7	2,392	57.6	37.9	0.0	4.5	0.0	100.0	40
Centro	4.4	1,611	36.7	43.3	0.0	5.3	14.7	100.0	70
CDMX-Edo México	1.5	2,377	49.3	44.1	5.4	0.6	0.7	100.0	35
Sur	5.7	2,199	49.4	40.8	1.0	6.7	2.0	100.0	125
Zona de residencia									
Urbana	0.6	8,404	42.3	36.5	0.0	9.3	11.9	100.0	54
Rural	9.3	2,356	48.5	42.8	1.4	4.3	3.0	100.0	219
Educación del jefe del hogar^A									
Ninguna	6.1	724	49.5	44.6	0.0	1.6	4.3	100.0	44
Primaria	4.7	3,240	47.0	44.4	2.1	2.4	4.1	100.0	153
Secundaria	1.8	3,108	55.7	33.7	0.0	1.9	8.6	100.0	55
Media Superior	1.1	1,812	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	19
Superior	0.1	1,871	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	2
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	12.4	1,960	51.2	38.7	1.3	5.9	2.9	100.0	243
Segundo	1.1	2,136	(19.0)	(58.1)	(0)	(0)	(22.9)	100.0	22
Medio	0.3	2,139	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	6
Cuarto	0.1	2,248	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	1
Más rico	0.0	2,278	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Etnia del jefe del hogar^B									
Hogar indígena	14.1	729	48.0	41.9	1.2	8.8	0.0	100.0	103
Hogar no indígena	1.7	10,029	46.8	41.3	1.1	3.1	7.7	100.0	170

A. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (Número de hogares).

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro (Número de hogares).

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Uso de saneamiento mejorado

Una instalación sanitaria mejorada se define como aquella que separa higiénicamente las excretas humanas del contacto humano. Las instalaciones sanitarias mejoradas para la eliminación de excretas incluyen un sifón o arrastre hidráulico que descarga en un sistema de alcantarillado, tanque séptico o letrina de pozo; letrina de pozo mejorada con ventilación, letrina de pozo con losa y el uso de un retrete de compostaje. En el Cuadro WS.5 se presentan los datos sobre el uso de instalaciones sanitarias mejoradas en México.

Noventa y ocho por ciento de la población vive en hogares que usan instalaciones sanitarias mejoradas (Cuadro WS.5). Este porcentaje es de 99% en zonas urbanas y 94% en zonas rurales. Este cuadro indica que el tipo de servicios mejorados de saneamiento tiene correlación con la riqueza y que hay algunas diferencias entre las zonas urbanas y las rurales. En las zonas rurales, la población usa mayoritariamente excusado conectado al alcantarillado (34%), tanques sépticos (28%) o letrinas (17%). En cambio, en las zonas urbanas la gran mayoría de la población de los hogares utiliza inodoros con cisterna conectados a un sistema de alcantarillado (91.3%).

Cuadro WS.5: Tipo de instalación sanitaria

Distribución porcentual de la población de los hogares según tipo de instalación sanitaria usada por el hogar, México, 2015.

	Tipo de instalación sanitaria usada por el hogar													
	Instalaciones sanitarias mejoradas						Instalaciones sanitarias no mejoradas							
	Descarga a:													
	Sistema de alcantarillado	Tanque séptico	Letrina (pozo negro, hoyo)	Sitio desconocido/ no está seguro/ NS dónde	Letrina mejorada con ventilación	Letrina con plataforma	Excusado de compostaje	Descarga a otra parte	Letrina de fosa sin losa/Foso abierto	Excusado colgante, letrina colgante	Otro	Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)		
Total	78.1	10.4	4.8	0.2	0.4	3.9	0.1	0.4	0.8	0.0	0.1	0.8	100.0	40,381
Región														
Noroeste	82.8	10.1	2.9	0.3	0.8	2.4	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	0.5	100.0	8,084
Noreste	82.5	7.7	5.2	0.0	0.1	2.8	0.1	0.0	0.6	0.0	0.3	0.6	100.0	8,778
Centro	76.4	7.2	7.4	0.0	0.3	5.0	0.1	1.4	0.7	0.0	0.1	1.4	100.0	6,205
CDMX-Edo México	93.0	2.6	1.1	0.5	0.0	1.2	0.0	0.5	0.4	0.0	0.0	0.6	100.0	8,846
Sur	54.7	23.9	8.0	0.2	0.9	8.4	0.1	0.4	2.0	0.1	0.2	1.1	100.0	8,468
Zona de residencia														
Urbana	91.3	4.9	1.2	0.2	0.2	1.4	0.0	0.4	0.1	0.0	0.1	0.2	100.0	31,004
Rural	34.5	28.5	16.7	0.4	1.2	12.2	0.2	0.5	3.0	0.1	0.1	2.6	100.0	9,377
Educación del jefe del hogar ^A														
Ninguna	60.9	15.5	9.9	0.1	1.4	6.6	0.3	0.7	1.9	0.0	0.3	2.4	100.0	2,852
Primaria	67.1	14.1	8.6	0.2	0.6	5.8	0.1	0.7	1.3	0.0	0.3	1.1	100.0	12,813
Secundaria	78.6	11.4	3.4	0.5	0.5	3.7	0.0	0.5	0.6	0.0	0.1	0.7	100.0	11,914
Media Superior	89.4	6.5	1.7	0.0	0.0	1.7	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.3	100.0	6,717
Superior	95.9	2.4	0.2	0.0	0.0	1.4	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	6,059
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	29.6	25.5	20.7	0.5	1.4	12.7	0.3	1.5	3.1	0.1	0.6	3.9	100.0	8,076
Segundo	75.1	16.7	2.8	0.0	0.5	3.6	0.0	0.4	0.7	0.0	0.1	0.1	100.0	8,051
Medio	90.6	6.0	0.2	0.5	0.1	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8,098
Cuarto	95.8	3.4	0.0	0.0	0.1	0.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8,084
Más rico	99.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8,071
Etnia del jefe del hogar ^B														
Hogar indígena	38.6	24.5	20.0	0.1	0.5	10.6	0.2	0.6	3.1	0.2	0.2	1.5	100.0	3,165
Hogar no indígena	81.5	9.2	3.5	0.2	0.4	3.3	0.1	0.4	0.6	0.0	0.1	0.7	100.0	37,206

A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR', en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR', en esta variable no se muestran en el cuadro.

El Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento de OMS/UNICEF clasifica como no mejoradas a las instalaciones sanitarias que, aunque sean aceptables en otros sentidos, son públicas o compartidas entre dos o más hogares. Por lo tanto, la frase “el uso de saneamiento mejorado” se emplea en el contexto de este informe, para referirse a las instalaciones sanitarias mejoradas que no son públicas ni compartidas. Al respecto, la meta 6.2 de los ODS propone alcanzar para 2030, acceso a servicios sanitarios adecuados y equitativos así como a higiene para todos y poner fin a la defecación al aire libre, poniendo especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y de aquellos en situaciones vulnerables. El indicador 6.2.1 de esta meta es: *Proporción de la población que usa servicios sanitarios manejados en forma segura, incluyendo un lugar para el lavado de manos con agua y jabón*. Aunque para poder dar seguimiento a esta meta, será necesario que en el país se recolecte información sobre el tratamiento de aguas residuales.

En los Cuadros WS.6 y WS.7 se presentan los datos sobre el uso de servicios mejorados de saneamiento.

Como se muestra en el Cuadro WS.6, 93% de la población de los hogares usa una instalación sanitaria mejorada no compartida. Sólo 4% de los hogares usa una instalación mejorada con inodoro que es pública o compartida con otros hogares. Los hogares rurales tienen menos probabilidades de usar una instalación sanitaria no compartida de tipo mejorado que los hogares urbanos (88% y 95%, respectivamente). También los hogares indígenas presentan menor porcentaje de instalación sanitaria mejorada no compartida que los hogares no indígenas (87% comparado con 94%). El uso de instalaciones sanitarias mejoradas no compartidas se asocia también con el nivel de riqueza, presentándose en el 100% de los hogares el quintil más elevado de riqueza, pero sólo en el 81% de los hogares en el quintil más bajo de riqueza.

La Figura WS.2 presenta la distribución de la población de la encuesta según el uso y la distribución de las instalaciones sanitarias.

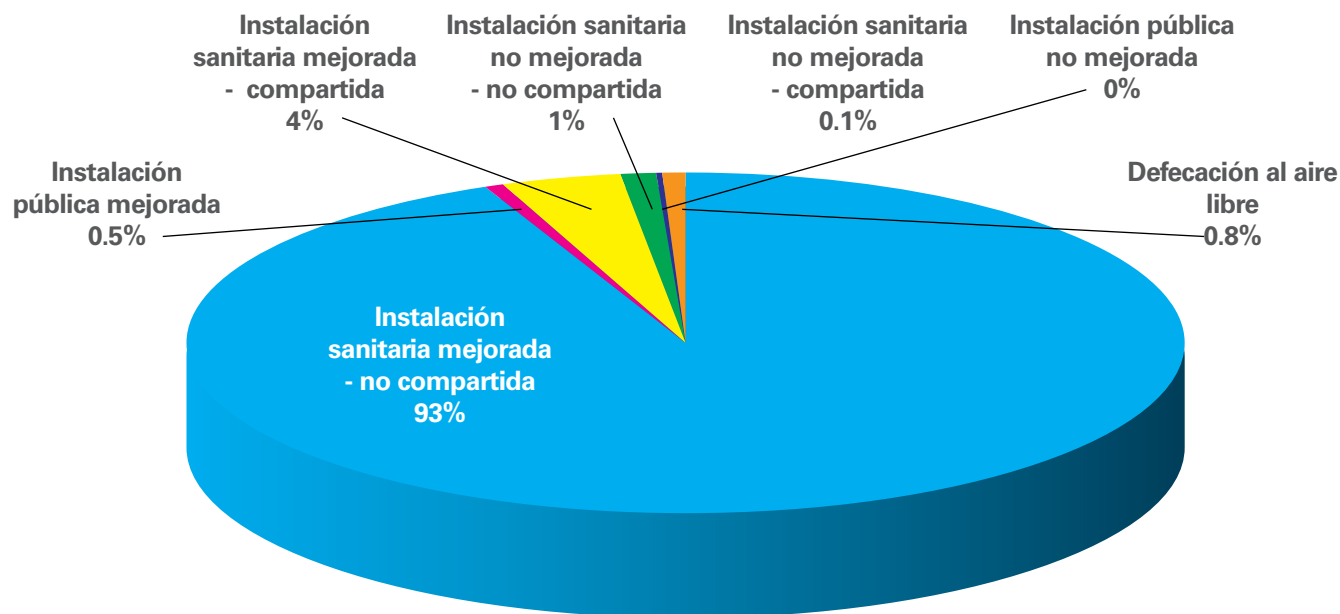
Cuadro WS.6: Utilización y uso compartido de instalaciones sanitarias										
Distribución porcentual de la población de los hogares por uso de instalaciones sanitarias públicas y privadas y uso compartido de las instalaciones, por usuarios de instalaciones sanitarias mejoradas y no mejoradas, México, 2015.										
	Usuarios de instalaciones sanitarias mejoradas					Usuarios de instalaciones sanitarias no mejoradas				
	Compartidas por					Compartidas por				
	No compartidas ¹	Instalación pública	5 hogares o menos	Más de 5 hogares	No compartida	Instalación pública	5 hogares o menos	Más de 5 hogares	Defecación al aire libre (no hay instalación, campo abierto, matorrales)	Número de miembros del hogar
Total	93.4	0.5	3.9	0.1	1.2	0.0	0.1	0.0	0.8	40,381
Región										
Noroeste	97.4	0.4	1.4	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.5	8,084
Noreste	95.6	0.2	2.6	0.0	0.8	0.0	0.1	0.0	0.6	8,778
Centro	91.2	0.3	4.8	0.1	2.0	0.0	0.2	0.0	1.4	6,205
CDMX-Edo México	90.9	0.8	6.7	0.1	0.7	0.0	0.2	0.0	0.6	8,846
Sur	91.6	0.7	4.0	0.0	2.6	0.0	0.1	0.0	1.1	8,468
Zona de residencia										
Urbana	95.0	0.4	3.6	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.2	31,004
Rural	88.0	0.7	4.9	0.1	3.4	0.0	0.3	0.0	2.6	9,377
Educación del jefe del hogar^A										
Ninguna	89.6	0.8	4.3	0.0	2.8	0.0	0.1	0.0	2.4	2,852
Primaria	92.0	0.3	4.2	0.1	2.2	0.0	0.1	0.0	1.1	12,813
Secundaria	91.8	0.6	5.7	0.0	1.0	0.0	0.2	0.0	0.7	11,914
Media Superior	95.1	1.0	3.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	6,717
Superior	99.4	0.0	0.5	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	6,059
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	81.0	1.0	8.6	0.2	4.8	0.1	0.4	0.0	3.9	8,076
Segundo	90.4	0.8	7.5	0.0	1.1	0.0	0.1	0.0	0.1	8,051
Medio	97.6	0.2	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8,098
Cuarto	98.2	0.5	1.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	8,084
Más rico	99.7	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8,071
Etnia del jefe del hogar^B										
Hogar indígena	87.4	0.9	6.1	0.1	3.7	0.1	0.1	0.1	1.5	3,165
Hogar no indígena	93.9	0.5	3.7	0.0	1.0	0.0	0.1	0.0	0.7	37,206

1. MICS indicador 4.3 - Uso de saneamiento mejorado.

A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Figura WS.2: Distribución porcentual de los miembros del hogar que usan y comparten instalaciones sanitarias, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Tener acceso tanto a una fuente mejorada de agua para beber como a una instalación sanitaria mejorada aporta a un hogar los mayores beneficios de la salud pública.⁷ En su informe de 2008,⁸ el Programa Conjunto de Monitoreo (PCM) desarrolló una nueva forma de presentar las cifras mediante la desagregación y el refinamiento de los datos sobre el agua para beber y el saneamiento, y los representó en un formato de “escalera”. Esta escalera permite un análisis desagregado de las tendencias en tres escalones para el agua para beber y cuatro escalones para el saneamiento. En relación con el saneamiento, permite comprender la proporción de la población sin ningún tipo de instalación sanitaria –los que practican la defecación al aire libre– la proporción de los que dependen de tecnologías definidas por el PCM como “no mejoradas”, la proporción de los que comparten instalaciones sanitarias con tecnología aceptable y la proporción de los que utilizan instalaciones sanitarias mejoradas (y no compartidas).

En el Cuadro WS.7 se presentan los porcentajes de la población de hogares mediante dichas escaleras para el agua para beber y el saneamiento. También se muestra el porcentaje de los miembros del hogar que usan fuentes mejoradas de agua para beber⁹ y medios sanitarios mejorados para la disposición de excretas. El 92% de los integrantes del hogar utiliza agua para beber de una fuente mejorada e instalaciones sanitarias mejoradas. Se observa una brecha de 10 puntos porcentuales entre las regiones Sur y Noroeste de México (87% y 97%, respectivamente), así como entre las zonas rurales y urbanas (84% y 94%, respectivamente). De manera similar los hogares con jefe sin escolaridad, hogares indígenas y los hogares más pobres tienen los menores porcentajes de fuentes mejoradas de agua para beber e instalaciones sanitarias mejoradas, con 88%, 82% y 75% respectivamente. Estos resultados se presentan por quintiles de riqueza en la Figura WS.3.

⁷ Wolf, J et al. 2014. *Systematic review: Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression*. Tropical Medicine and International Health 2014.
DfID. 2013. *Water, Sanitation and Hygiene: Evidence Paper*. DfID:
<http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/sanitation/WASH-evidence-paper-april2013.pdf>

⁸ OMS/UNICEF JMP. 2008. *MDG assessment report*. http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1251794333-JMP_08_en.pdf

⁹ Aquellos que indicaron agua embotellada como su principal fuente de agua para beber están distribuidos de acuerdo con la fuente de agua que usan para otros fines, como cocinar y lavarse las manos.

Cuadro WS.7: Escalas de agua para beber y saneamiento

Porcentaje de población de los hogares por escalas de agua para beber y saneamiento, México, 2015.

Porcentaje de hogares usando:										
Agua para beber mejorada ^{1,a}				Servicios sanitarios no mejorados						
	Tubería dentro de la vivienda, patio o parcela	Otras fuentes mejoradas	Agua para beber no mejorada	Instalaciones sanitarias mejoradas ²		Instalaciones mejoradas		Defecación abierta	Total	Fuentes de agua para tomar mejoradas y facilidades sanitarias mejoradas
				Total	sanitarias mejoradas ²	mejoradas	no mejoradas			
Total	90.8	7.3	1.9	100.0	93.4	4.5	1.4	0.8	100.0	91.8
40,381										
Región										
Noroeste	95.1	4.5	0.5	100.0	97.4	1.9	0.3	0.5	100.0	96.9
Noreste	91.7	7.4	0.9	100.0	95.6	2.8	1.0	0.6	100.0	94.8
Centro	91.3	6.5	2.2	100.0	91.2	5.2	2.2	1.4	100.0	89.3
CDMX-Edo México	95.7	3.2	1.0	100.0	90.9	7.7	0.9	0.6	100.0	90.1
Sur	80.1	14.9	5.0	100.0	91.6	4.7	2.6	1.1	100.0	87.3
8,084										
Zona de residencia										
Urbana	95.1	4.1	0.8	100.0	95.0	4.1	0.6	0.2	100.0	94.3
Rural	76.4	18.2	5.5	100.0	88.0	5.6	3.7	2.6	100.0	83.6
31,004										
Educación del jefe del hogar ^A										
Ninguna	85.4	12.2	2.4	100.0	89.6	5.1	2.9	2.4	100.0	87.5
Primaria	86.1	10.9	3.0	100.0	92.0	4.6	2.3	1.1	100.0	89.3
Secundaria	92.4	6.1	1.5	100.0	91.8	6.3	1.2	0.7	100.0	90.8
Media Superior	94.7	3.7	1.6	100.0	95.1	4.2	0.3	0.3	100.0	93.7
Superior	95.4	4.1	0.5	100.0	99.4	0.5	0.1	0.0	100.0	99.1
6,059										
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	68.6	24.0	7.5	100.0	81.0	9.8	5.3	3.9	100.0	75.0
Segundo	94.3	4.5	1.1	100.0	90.4	8.3	1.2	0.1	100.0	89.3
Medio	97.5	2.0	0.5	100.0	97.6	2.4	0.0	0.0	100.0	97.1
Cuarto	96.2	3.6	0.2	100.0	98.2	1.5	0.3	0.0	100.0	98.0
Más rico	97.1	2.6	0.2	100.0	99.7	0.3	0.0	0.0	100.0	99.5
8,076										
Etnia del jefe del hogar ^B										
Hogar indígena	74.1	18.6	7.3	100.0	87.4	7.1	4.0	1.5	100.0	81.5
Hogar no indígena	92.2	6.4	1.5	100.0	93.9	4.2	1.1	0.7	100.0	92.7
3,165										
37,206										

1. MICS indicador 4.1 - Uso de fuentes de agua mejoradas para beber.

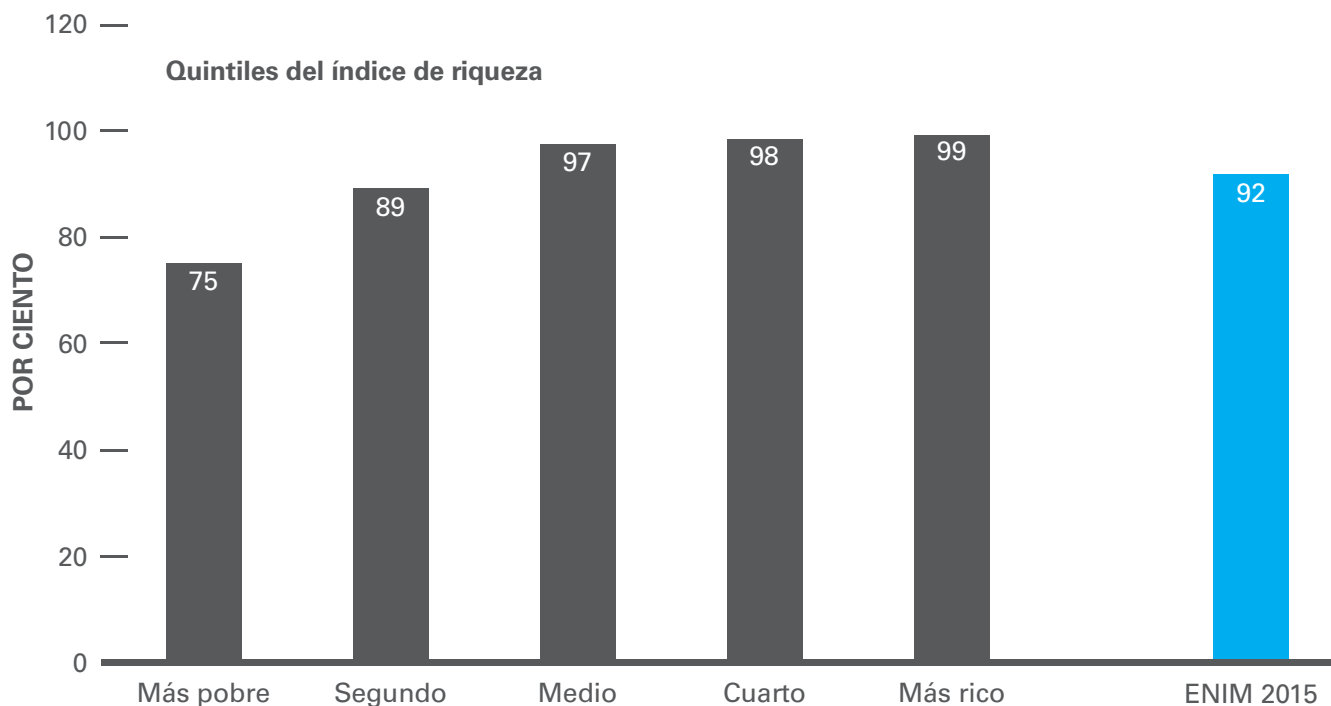
2. MICS indicador 4.3 - Uso de saneamiento mejorado.

a. Los que indican agua embotellada como la fuente principal de agua para beber son distribuidos de acuerdo a la fuente de agua usada para otros propósitos tales como cocinar y lavar las manos.

A. 42 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 33 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Figura WS.3: Uso de fuentes mejoradas de agua para beber y de instalaciones sanitarias mejoradas por miembros del hogar, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



La eliminación segura de las heces de un niño/a es la eliminación de las heces porque el niño/a utiliza el inodoro o letrina o mediante el vaciado de la materia fecal en un inodoro o letrina. La disposición de pañales desechables junto con los residuos sólidos, una práctica muy común en todo el mundo, hasta el momento ha sido clasificada como un medio inadecuado de disposición de las heces de los niños/as debido a las preocupaciones sobre la mala disposición de los residuos sólidos. Esta clasificación actualmente está en revisión.

En el Cuadro WS.8 se presenta la eliminación de las heces de los niños/as de 0 a 2 años de edad. El porcentaje de niños/as cuyas heces se eliminaron de manera segura fue de 14%, con una variación entre 9% en el Noroeste y en el Centro de México, y 22% en la región Sur. Es importante señalar que en 79% de los casos las heces de los niños se tiran a la basura.

Cuadro WS.8: Eliminación de heces de niños/as										
Distribución porcentual de niños/as de 0 a 2 años de edad, según el lugar de eliminación de heces de niños/as, y porcentaje de niños/as de 0 a 2 años de edad cuyas heces se eliminaron de manera segura la última vez que el niño/a defecó, México, 2015.										
	Lugar de eliminación de heces de niños/as								Porcentaje de niños/as cuyas heces se eliminaron de manera segura ¹	Número de niños/as de edades 0-2 años
	El niño usó el excusado (taza)/letrina	Lo puso/tiró en el excusado o letrina	Lo puso/tiró en el desagüe o drenaje	Se tiró a la basura (residuo sólido)	Se enterró	Se dejó al aire libre	Otro	Ignorado/NS		
Total	12.6	1.4	2.0	79.0	2.2	0.8	2.0	0.0	100.0	4,696
Tipo de instalación sanitaria en la vivienda										
Mejorada	12.5	1.3	2.0	79.4	2.1	0.7	1.9	0.0	100.0	4,575
No mejorada	14.7	5.7	3.1	63.2	1.8	2.6	8.9	0.0	100.0	70
Defecación al aire libre	19.9	0.7	0.0	59.0	4.6	9.1	5.6	1.2	100.0	50
Región										
Noroeste	8.6	0.1	0.9	88.5	0.6	0.5	0.9	0.0	100.0	859
Noreste	13.2	0.2	1.1	82.6	1.5	0.3	1.0	0.0	100.0	1,067
Centro	8.4	0.8	1.9	83.0	3.1	0.6	2.0	0.2	100.0	850
CDMX-Edo México	12.3	3.2	3.4	79.5	0.8	0.1	0.7	0.0	100.0	920
Sur	19.2	2.7	2.6	63.0	4.7	2.5	5.4	0.0	100.0	1,000
Zona de residencia										
Urbana	11.8	1.4	1.8	83.0	1.1	0.2	0.6	0.0	100.0	3,548
Rural	15.0	1.5	2.4	66.4	5.5	2.6	6.5	0.1	100.0	1,148
Educación del jefe del hogar^A										
Ninguna	15.7	4.1	2.9	64.6	3.8	5.3	3.5	0.0	100.0	90
Primaria	14.2	1.4	2.9	70.8	3.8	1.4	5.4	0.0	100.0	761
Secundaria	11.7	0.7	1.7	81.0	2.0	0.9	1.9	0.0	100.0	1,844
Media Superior	11.5	2.1	1.8	82.2	1.3	0.2	0.8	0.1	100.0	1,442
Superior	15.7	1.2	1.9	77.2	2.7	0.5	0.9	0.0	100.0	557
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	16.0	1.9	2.8	64.1	5.6	2.7	6.8	0.1	100.0	1,102
Segundo	12.4	0.9	2.1	82.0	0.9	0.4	1.4	0.0	100.0	1,227
Medio	9.8	0.8	0.9	87.6	0.8	0.1	0.1	0.0	100.0	1,000
Cuarto	12.5	2.7	2.5	81.3	1.0	0.0	0.1	0.0	100.0	912
Más rico	11.0	0.4	1.2	83.4	2.8	0.6	0.6	0.1	100.0	454
Etnia del jefe del hogar^B										
Hogar indígena	18.5	1.5	3.0	56.7	6.7	4.4	9.1	0.1	100.0	382
Hogar no indígena	12.1	1.4	1.9	80.9	1.8	0.5	1.4	0.0	100.0	4,311

1. MICS indicador 4.4 - Eliminación segura de las heces de los niños/as.
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Lavado de manos

El lavado de manos con agua y jabón es la intervención de salud más eficaz (en función de los costos) para reducir la incidencia tanto de la diarrea como de la neumonía en niños/as menores de cinco años.¹⁰ El lavado de manos es más efectivo cuando se usa agua y jabón y cuando se realiza después de ir al baño o de limpiar a un niño/a (después de que fue al baño), antes de comer o de manipular alimentos y antes de alimentar a un niño/a. Vigilar a nivel poblacional (dentro de una encuesta) la forma correcta de lavarse las manos en estos momentos clave es un reto. Para evaluar si las personas se están lavando las manos correctamente, además de las observaciones o de lo que declaran los encuestados, una manera confiable es preguntarles si en la vivienda hay un lugar específico para lavarse las manos y, en caso afirmativo, verificar si en ese lugar hay agua y jabón (u otros materiales locales para la higiene).¹¹

¹⁰ Cairncross, S and Valdmanis, V. 2006. *Water supply, sanitation and hygiene promotion Chapter 41 in Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd Edition, Edt. Jameson et al. Banco Mundial.

¹¹ Ram, P et al. editors. 2008. *Use of a novel method to detect reactivity to structured observation for measurement of handwashing behavior*. American Society of Tropical Medicine and Hygiene.

Cuadro WS.9: Agua y jabón en el lugar para lavarse las manos

Porcentaje de hogares donde el lugar para lavarse las manos fue observado, porcentaje sin un lugar específico para lavarse las manos, y distribución porcentual de hogares por disponibilidad de agua y jabón en el lugar para lavarse las manos, México, 2015.

	Porcentaje de hogares:		Porcentaje de hogares:											
	Donde se observó el lugar para lavarse las manos	Sin un lugar específico para lavarse las manos en la vivienda, patio o parcela	Agua disponible y:					Agua no disponible y:						
			Sin jabón:					Sin jabón:						
			Presencia de jabón	Ceniza, barro o arena presentes	Sin presencia de otro agente de limpieza	Presencia de jabón	Ceniza, barro o arena presentes	Sin presencia de otro agente de limpieza	Sin un lugar específico para lavarse las manos en la vivienda, patio o parcela	Porcentaje de hogares con un lugar específico para lavarse las manos donde hay agua y jabón u otro agente de limpieza¹	Número de hogares donde se observó el lugar para lavarse las manos o sin un lugar específico para lavarse las manos en la vivienda, patio o parcela			
Total	91.1	2.6	10,760	90.3	0.0	4.6	1.6	0.0	0.7	2.8	100.0	90.3	10,088	
Región														
Noroeste	93.9	1.0	2,181	92.4	0.0	5.6	0.7	0.0	0.2	1.0	100.0	92.4	2,070	
Noreste	96.3	2.2	2,392	92.2	0.0	4.1	1.0	0.0	0.6	2.2	100.0	92.2	2,356	
Centro	90.6	5.1	1,611	88.8	0.0	2.7	2.2	0.0	1.0	5.3	100.0	88.8	1,541	
CDMX-Edo México	79.3	3.5	2,377	89.2	0.0	4.0	1.6	0.0	0.9	4.2	100.0	89.2	1,969	
Sur	95.8	2.1	2,199	88.0	0.1	6.1	2.6	0.0	1.0	2.1	100.0	88.1	2,152	
Zona de residencia														
Urbana	91.1	1.9	8,404	92.0	0.0	3.9	1.4	0.0	0.6	2.1	100.0	92.0	7,818	
Rural	91.2	5.1	2,356	84.4	0.0	6.9	2.2	0.0	1.2	5.3	100.0	84.4	2,270	
Educación del jefe del hogar ^A														
Ninguna	90.7	4.7	724	81.6	0.0	10.5	2.5	0.0	0.5	4.9	100.0	81.6	691	
Primaria	93.0	3.4	3,240	87.9	0.0	5.7	1.7	0.0	1.2	3.5	100.0	87.9	3,123	
Secundaria	89.9	3.0	3,108	89.5	0.0	4.6	1.9	0.0	0.7	3.3	100.0	89.5	2,887	
Media Superior	90.1	1.7	1,812	92.8	0.1	2.9	1.8	0.0	0.6	1.9		92.9	1,663	
Superior	91.1	0.7	1,871	96.9	0.0	1.8	0.3	0.0	0.2	0.8	100.0	96.9	1,719	
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	90.6	5.5	1,960	78.7	0.0	9.4	4.2	0.0	2.0	5.7	100.0	78.7	1,884	
Segundo	92.3	3.9	2,136	86.3	0.1	6.0	2.3	0.0	1.2	4.1	100.0	86.4	2,055	
Medio	91.2	2.8	2,139	92.9	0.0	3.1	0.9	0.0	0.2	2.9	100.0	92.9	2,011	
Cuarto	91.0	0.9	2,248	94.7	0.0	3.6	0.4	0.0	0.3	1.0	100.0	94.7	2,066	
Más rico	90.3	0.6	2,278	97.7	0.0	1.2	0.4	0.0	0.0	0.7	100.0	97.7	2,072	
Etnia del jefe del hogar ^B														
Hogar indígena	90.9	4.1	729	83.0	0.3	8.3	2.5	0.0	1.5	4.4		83.3	692	
Hogar no indígena	91.1	2.5	10,029	90.8	0.0	4.3	1.5	0.0	0.7	2.7	100.0	90.8	9,393	

1. MICS indicador 4.5 - Lugar para el lavado de manos.

A. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable (Número de hogares) y 7 casos sin ponderar 'NS/NR' (Número de hogares donde se observó el lugar para lavarse las manos o sin lugar específico para lavarse las manos) no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En México, se observó que 91% de los hogares tiene un lugar específico para lavarse las manos, mientras que en 3% de los hogares no lo tienen y 6% de los hogares no dio permiso para ver el lugar que usan para lavarse las manos (Cuadro WS.9). Entre los hogares donde se observó un lugar para lavarse las manos, 90% tenían tanto agua como jabón (u otro producto para la higiene) disponible en ese lugar específico. En 5% de los hogares sólo había agua en el lugar para lavarse las manos, mientras que en 2% de los hogares había jabón, pero no agua. El restante 1% de los hogares no tenía ni agua ni jabón en el lugar para lavarse las manos. En total, el 90% de los hogares tiene un lugar específico para lavarse las manos donde hay agua y jabón u otro agente de limpieza, con variación entre 79% en los hogares más pobres y 89% en los hogares más ricos. Entre los hogares indígenas y no indígenas se observa una diferencia de 8 puntos porcentuales (83% y 91%, respectivamente).

En 5% de los hogares no se pudo o se negó a mostrar el jabón que tenían en el hogar, mientras que otro 2.5% no tenía jabón en los hogares, quedando un restante 92% de hogares en los que se observó el jabón o fue mostrado al entrevistador. Destacan mayores porcentajes de ser incapaz o no desear mostrar el jabón en Ciudad de México-Estado de México (16%), hogares con educación superior del jefe de hogar (7%), hogares en el quintil más rico (10%) y hogares no indígenas (5%) (Cuadro WS.10).

Cuadro WS.10: Disponibilidad de jabón u otro producto de limpieza

Distribución porcentual de hogares por disponibilidad de jabón y otro agente de limpieza en la vivienda, México, 2015.

	Lugar para lavar las manos observado				Lugar para lavar las manos no observado				Porcentaje de hogares con jabón y otro agente de limpieza en algún lugar de la vivienda¹	Número de hogares
	Jabón u otro producto de limpieza en el lugar para lavarse las manos no observado				Jabón u otro producto de limpieza en el hogar					
	Jabón u otro producto de limpieza observado	Jabón u otro producto de limpieza mostrado	Sin jabón ni otro agente de limpieza en el hogar	Incapaz/No desea mostrar jabón u otro agente de limpieza	Jabón u otro producto de limpieza mostrado	Sin jabón ni otro agente de limpieza en el hogar	Incapaz/No desea mostrar jabón u otro agente de limpieza	Total		
Total	86.1	2.5	1.8	0.7	3.8	0.7	4.4	100.0	92.4	10,760
Región										
Noroeste	88.4	3.8	1.4	0.3	2.6	0.5	3.0	100.0	94.8	2,181
Noreste	91.8	1.3	3.1	0.2	1.9	0.9	0.9	100.0	94.9	2,392
Centro	87.1	2.3	0.9	0.2	7.8	0.6	1.0	100.0	97.2	1,611
CDMX-Edo México	75.2	1.0	1.5	1.5	5.3	1.0	14.4	100.0	81.5	2,377
Sur	88.8	4.1	1.8	1.0	2.6	0.6	1.0	100.0	95.6	2,199
Zona de residencia										
Urbana	86.9	2.1	1.4	0.7	3.4	0.6	4.9	100.0	92.4	8,404
Rural	83.4	3.8	3.3	0.7	5.2	1.1	2.5	100.0	92.4	2,356
Educación del jefe del hogar ^A										
Ninguna	80.2	6.0	3.1	1.2	4.1	2.2	3.0	100.0	90.3	724
Primaria	86.3	3.0	2.5	1.1	4.4	0.8	1.8	100.0	93.8	3,240
Secundaria	85.0	2.7	1.9	0.3	4.4	0.8	4.9	100.0	92.0	3,108
Media Superior	86.9	1.6	1.0	0.6	3.5	0.5	5.9	100.0	92.0	1,812
Superior	89.3	0.6	0.8	0.4	1.9	0.1	6.8	100.0	91.8	1,871
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	79.7	5.3	4.9	0.8	5.4	2.0	1.9	100.0	90.4	1,960
Segundo	85.4	3.2	2.6	1.1	3.2	1.0	3.4	100.0	91.8	2,136
Medio	88.1	1.5	1.0	0.6	4.5	0.6	3.6	100.0	94.2	2,139
Cuarto	87.4	2.1	0.7	0.7	2.9	0.1	5.9	100.0	92.5	2,248
Más rico	89.2	0.6	0.3	0.2	3.1	0.1	6.5	100.0	92.9	2,278
Etnia del jefe del hogar ^B										
Hogar indígena	81.6	5.8	2.6	1.0	6.7	1.6	0.8	100.0	94.0	729
Hogar no indígena	86.5	2.2	1.8	0.7	3.6	0.7	4.6	100.0	92.3	10,029

1. MICS indicador 4.6 - Disponibilidad de jabón u otro agente para la limpieza.

A. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

VII. SALUD REPRODUCTIVA¹

Maternidad adolescente

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. De acuerdo con la OMS,² en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.

En el Cuadro RH.1 se presentan algunos indicadores de maternidad temprana³ para mujeres de 15 a 19 y de 20 a 24 años, y en el Cuadro RH.4 se presentan las tendencias de la maternidad precoz.

¹ La ENIM 2015 no reporta indicadores de fecundidad una vez que existen en México cifras especializadas y actualizadas sobre este tema.

² http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/

³ La maternidad es el proceso de dar a luz. La maternidad precoz se define como haber tenido hijos nacidos vivos antes de los 18 años. En el caso del Cuadro RH.1, el grupo de mujeres de 15 a 19 años que haya empezado la maternidad incluye a las que han tenido un hijo nacido vivo y a las que no han tenido un hijo nacido vivo, pero están embarazadas de su primer hijo.

Cuadro RH.1: Maternidad temprana

Porcentaje de mujeres de 15-19 años que han tenido un nacido vivo, están embarazadas de su primer hijo, han empezado el proceso reproductivo, y quienes han tenido un nacido vivo antes de los 14 años, y porcentaje de mujeres de 20-24 años quienes han tenido un nacido vivo antes de los 18 años, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres de edades 15-19 que:					Número de mujeres de edades 15-19	Porcentaje de mujeres de edades 20-24 que han tenido un nacido vivo antes de la edad de 18 ²		Número de mujeres de edades 20-24
	Han tenido un nacido vivo ¹	Están embarazadas del primer hijo	Han empezado el proceso reproductivo	Han tenido un nacido vivo antes de la edad de 15 años	Han tenido un nacido vivo antes de la edad de 18 años				
Total	17.2	2.5	19.7	1.1	13.4	1,765	20.5		1,889
Región									
Noroeste	16.5	3.1	19.7	2.5	14.8	412	20.2		396
Noreste	17.9	4.1	22.0	0.5	12.6	350	22.9		406
Centro	16.4	2.2	18.6	0.9	12.6	276	18.3		280
CDMX-Edo México	19.6	1.2	20.7	0.8	14.7	318	19.4		420
Sur	15.8	1.6	17.4	0.6	12.3	410	21.1		387
Zona de residencia									
Urbana	16.9	2.3	19.2	1.1	12.8	1,291	18.9		1,493
Rural	17.9	2.9	20.8	1.2	14.9	474	26.7		396
Educación									
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	19	(*)		7
Primaria	38.6	2.3	40.9	6.5	36.0	126	47.5		147
Secundaria	30.8	3.9	34.7	1.9	24.8	508	32.5		653
Media Superior	9.6	2.1	11.8	0.1	6.4	934	13.7		577
Superior	2.3	0.5	2.8	0.2	1.8	179	4.6		505
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	18.3	2.2	20.6	1.5	15.4	407	27.0		340
Segundo	24.1	4.2	28.2	2.6	17.4	386	29.4		444
Medio	17.7	1.7	19.4	0.3	13.0	423	18.2		388
Cuarto	13.1	2.4	15.5	0.5	11.6	355	18.9		353
Más rico	7.4	1.5	8.9	0.4	5.6	195	7.5		364
Etnia del jefe del hogar^A									
Hogar indígena	13.7	0.8	14.4	0.0	10.2	173	21.8		154
Hogar no indígena	17.6	2.7	20.3	1.2	13.8	1,589	20.4		1,735

1. MICS indicador 5.S1 - Maternidad adolescente.

2. MICS indicador 5.2 - Nacimientos en edad temprana.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Como se muestra en el Cuadro RH.1, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años al momento de la encuesta había empezado el proceso reproductivo, es decir, 17% ya había dado a luz y 3% de ellas estaba embarazada de su primer hijo. De estas, 1% había tenido un nacido vivo antes de los 15 años y 13% antes de los 18 años. En el caso de las mujeres de 20 a 24 años, 21% había tenido un nacido vivo antes de los 18 años. Los casos de adolescentes con hijos nacidos vivos antes de los 15 años se concentran en las mujeres con educación primaria (7%). Asimismo, se observa que dos de cada cinco adolescentes (41%) con niveles educativos muy bajos (sin educación o que han terminado sólo la educación primaria), habían tenido un nacido vivo o estaban embarazadas en el momento de la encuesta.

El Cuadro RH.2 sugiere que si bien la maternidad antes de los 18 años es más prevalente en zonas rurales (23%) que en zonas urbanas (15%), su mayor incremento a lo largo de los últimos 30 años se observa en zonas urbanas. Es decir, en las zonas urbanas el porcentaje de mujeres que han tenido un nacido vivo antes de los 18 años es mayor entre el grupo de mujeres de 20 a 24 años (19%) que entre sus pares de generaciones anteriores.

Cuadro RH.2: Tendencias en maternidad temprana

Porcentaje de mujeres que han tenido un nacido vivo, por edad de 15 y 18 años, por residencia y grupo de edad, México, 2015.

	Urbano				Rural				Todos			
	Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 15 años		Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 18 años		Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 15 años		Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 18 años		Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 15 años		Porcentaje de mujeres con un nacido vivo antes de la edad de 18 años	
	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 20-49 años
Total	1.3	9,421	15.0	8,130	2.7	2,689	23.3	2,215	1.6	12,110	16.8	10,345
Edad	15-19	1.1	1,291	na	1.2	474	na	na	1.1	1,765	na	na
	20-24	1.1	1,493	18.9	2.2	396	26.7	396	1.3	1,889	20.5	1,889
	25-29	0.6	1,337	15.8	2.1	406	19.3	406	1.0	1,743	16.6	1,743
	30-34	1.0	1,381	15.6	4.9	392	29.9	392	1.9	1,773	18.7	1,773
	35-39	2.2	1,422	12.1	1.5	332	21.9	332	2.1	1,754	13.9	1,754
	40-44	1.2	1,250	15.8	1.7	339	22.1	339	1.3	1,589	17.2	1,589
	45-49	1.9	1,247	11.1	5.4	351	19.4	351	2.7	1,598	13.0	1,598

na: no aplicable.

Anticoncepción

La planificación familiar y la anticoncepción son intervenciones de salud pública que han demostrado una amplia variedad de beneficios no únicamente para la salud, sino para el desarrollo social y económico de las comunidades. La planificación familiar adecuada es importante para la salud y bienestar de las mujeres y de los niños/as porque: 1) previene los embarazos demasiado precoces o demasiado tardíos; 2) extiende el periodo entre los nacimientos, y 3) limita el número total de hijos/as. Por ello, es fundamental que todas las parejas tengan acceso a información y servicios para evitar embarazos demasiado precoces, poco espaciados, demasiado tardíos o en número excesivo.

Desde 1994, el gobierno mexicano asumió el compromiso internacional de proveer a la población mexicana de una amplia gama de métodos anticonceptivos, e implementó la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.⁴ Por otro lado, el Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción actualmente en vigor plantea dos objetivos directamente relacionados con el acceso a la anticoncepción: *“1) incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción; 2) atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social”*.⁵

⁴ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar y Anticoncepción (Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>. Consultado: 1 agosto 2016).

⁵ Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 (Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>. Consultado 1 agosto 2016).

Cuadro RH.3: Uso de anticonceptivos

Porcentaje de mujeres de edades entre 15-49 años casadas actualmente o en unión que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo, México, 2015.

Porcentaje de mujeres (casadas actualmente o en unión) que están usando:														Número de mujeres de 15-49 años casadas actualmente o en unión				
	Ningún método	Esterilización femenina	Esterilización masculina	DIU	Inyecciones	Implantes	Píldora	Condón		Diafragma/ espuma/ jalea		Abstinencia			Retiro (coito interrumpido)	Cualquier método		Cualquier método tradicional
								masculino	femenino	Condón	espuma/ jalea	Abstinencia	periódica/ Ritmo			Retiro (coito interrumpido)	Ignorado/NR	
Total	33.1	32.9	1.2	13.1	4.1	4.2	3.0	5.9	0.2	0.1	1.0	0.5	0.3	0.4	64.6	1.9	66.9	7,361
Región																		
Noroeste	32.0	33.4	1.1	11.2	4.7	2.2	5.4	4.9	0.7	0.0	3.4	0.2	0.5	0.3	63.5	4.1	68.0	1,372
Noreste	35.0	27.8	1.0	18.2	5.3	2.5	3.1	4.3	0.2	0.4	0.6	1.1	0.0	0.6	62.7	1.7	65.0	1,659
Centro	29.1	36.8	0.1	10.0	2.6	11.8	1.1	6.8	0.2	0.0	0.2	0.6	0.2	0.4	69.4	1.0	70.9	1,170
CDMX-Edo México	34.1	30.2	2.0	17.4	2.3	3.8	1.3	7.0	0.1	0.0	0.8	0.1	0.6	0.5	64.1	1.4	65.9	1,515
Sur	34.0	37.2	1.5	7.8	5.1	2.7	3.7	6.6	0.0	0.1	0.4	0.6	0.2	0.2	64.6	1.2	66.0	1,646
Zona de residencia																		
Urbana	32.3	33.7	1.5	13.5	3.1	4.3	2.8	6.1	0.2	0.1	1.3	0.2	0.3	0.5	65.4	1.8	67.7	5,598
Rural	35.6	30.3	0.3	11.9	7.2	4.0	3.4	5.1	0.1	0.0	0.2	1.7	0.2	0.2	62.2	2.0	64.4	1,763
Edad																		
15-19	49.1	0.8	0.0	21.8	5.5	7.8	3.8	10.1	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.4	49.9	0.7	50.9	273
20-24	34.3	8.1	0.0	22.1	9.8	10.3	5.0	8.3	0.6	0.0	0.1	0.1	0.2	0.9	64.4	0.4	65.7	920
25-29	36.2	20.3	0.6	20.1	5.8	4.2	3.8	5.6	0.1	0.1	0.4	1.7	0.2	0.8	60.8	2.3	63.8	1,160
30-34	27.8	33.0	1.5	12.8	3.1	9.7	2.5	5.5	0.2	0.0	2.9	0.2	0.4	0.3	68.3	3.6	72.2	1,301
35-39	27.7	43.9	2.9	10.2	3.4	0.8	3.5	5.7	0.0	0.0	1.4	0.2	0.1	0.2	70.3	1.8	72.3	1,321
40-44	30.5	45.6	0.7	9.5	3.1	0.7	1.7	6.4	0.0	0.0	0.7	0.3	0.3	0.4	67.8	1.2	69.5	1,171
45-49	39.7	46.3	1.3	4.7	0.5	0.0	1.7	3.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.5	0.0	58.7	1.6	60.3	1,217
Número de hijos/as vivos																		
0	77.6	0.9	0.0	3.8	1.0	0.4	7.4	5.9	0.0	0.0	1.8	0.2	0.0	1.1	19.3	2.0	22.4	427
1	42.2	3.5	0.2	21.1	5.9	6.8	5.3	8.8	0.4	0.4	2.7	1.6	0.2	0.8	52.6	4.4	57.8	1,611
2	28.8	30.0	2.6	15.5	4.7	6.8	2.0	7.6	0.0	0.0	0.8	0.2	0.6	0.4	69.2	1.6	71.2	2,362
3	24.2	58.8	0.9	7.9	2.1	1.2	1.9	2.2	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	75.3	0.3	75.8	1,786
4+	26.6	51.2	0.7	8.7	4.4	1.4	1.8	3.9	0.1	0.0	0.4	0.6	0.3	0.1	72.2	1.2	73.4	1,176

Cuadro RH.3: Uso de anticonceptivos (cont.)

Porcentaje de mujeres de edades entre 15-49 años casadas actualmente o en unión que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo, México, 2015.

Porcentaje de mujeres (casadas actualmente o en unión) que están usando:															Número de mujeres de 15-49 años casadas actualmente o en unión			
	Ningún método	Esterilización femenina	Esterilización masculina	DIU	Inyecciones	Implantes	Píldora	Condón		Diafragma/ espuma/ jalea	Abstinencia periódica/ Ritmo	Retiro (coito interrumpido)	Otro	Ignorado/NR		Cualquier método moderno	Cualquier método tradicional	Cualquier método¹
								masculino	femenino									
Educación																		
Ninguna	40.0	35.1	0.0	6.1	4.4	1.9	1.8	9.4	0.0	0.0	0.9	0.2	0.2	0.0	58.7	1.3	60.0	187
Primaria	34.0	43.1	0.3	10.2	3.6	2.5	1.8	3.2	0.0	0.0	0.3	0.6	0.2	0.1	64.8	1.2	66.0	1,518
Secundaria	33.6	33.7	1.3	13.4	4.8	2.8	3.3	5.3	0.1	0.0	0.4	0.8	0.2	0.2	64.8	1.4	66.4	2,957
Media Superior	33.1	24.8	1.5	17.3	4.5	4.0	2.5	7.9	0.3	0.4	2.5	0.2	0.2	0.9	63.2	2.9	66.9	1,722
Superior	28.8	28.2	2.0	10.5	1.8	11.9	5.0	7.6	0.5	0.1	1.5	0.4	0.7	0.8	67.7	2.6	71.2	979
Quintil de índice de riqueza																		
Más pobre	40.0	30.9	0.1	10.0	6.8	5.0	1.7	3.9	0.1	0.0	0.3	0.8	0.2	0.1	58.6	1.3	60.0	1,489
Segundo	35.9	31.9	0.6	11.9	5.5	3.8	2.6	5.3	0.1	0.0	0.4	1.5	0.2	0.3	61.8	2.1	64.1	1,505
Medio	33.1	34.8	0.7	16.8	3.8	2.4	2.9	4.8	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	0.1	66.2	0.5	66.9	1,504
Cuarto	30.5	34.3	1.4	15.6	2.6	2.0	3.9	6.5	0.5	0.1	0.8	0.1	0.7	1.2	66.7	1.6	69.5	1,453
Más rico	25.5	32.4	3.4	11.2	1.4	8.1	3.8	9.0	0.3	0.4	3.6	0.1	0.2	0.4	70.1	3.9	74.5	1,410
Etnia del jefe del hogar^A																		
Hogar indígena	39.8	28.8	1.4	11.9	4.7	5.4	3.4	2.8	0.0	0.0	0.7	0.7	0.3	0.0	58.5	1.6	60.2	614
Hogar no indígena	32.5	33.2	1.2	13.2	4.0	4.1	2.9	6.2	0.2	0.1	1.1	0.5	0.3	0.4	65.2	1.9	67.5	6,746

1. MICS indicador 5.3 - Prevalencia de anticonceptivos .

A. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

El uso actual de algún método anticonceptivo en las mujeres entre 15 y 49 años que estaban casadas o en unión⁶ al momento de la encuesta fue de 67% (Cuadro RH.3). El método anticonceptivo más común es la esterilización femenina que es usada por una de cada tres mujeres casadas o en unión en México (33%). El siguiente método más común es el dispositivo intra-uterino (DIU), utilizado por el 13% de las mujeres casadas o en unión. El 6% usa el condón masculino y entre 3% y 4% de las mujeres casadas usan métodos hormonales (píldoras, implantes e inyecciones). Menos de 2% recurre a los métodos tradicionales (abstinencia periódica o coito interrumpido). En la Figura RH.1 se muestran los hallazgos por región y zonas.

El nivel de educación formal de las mujeres está estrechamente relacionado con la prevalencia de uso de anticonceptivos. El porcentaje de mujeres casadas o en unión que usa algún método anticonceptivo asciende de 60% en las que no tienen educación, a 66% entre las mujeres con educación primaria, y a 71% entre las mujeres con educación superior. Además de las diferencias en la prevalencia general, el patrón de uso de métodos específicos también varía según el nivel de educación. Aunque la esterilización femenina es el método más común en todos los grupos de mujeres con diferentes niveles de educación, existen diferencias importantes en la prevalencia de uso de otros métodos. Por ejemplo, el uso de implantes hormonales es mucho más común entre las mujeres casadas con educación superior (12%) mientras que el uso de este método entre mujeres con menor educación varía entre 2% y 4%, dependiendo de la escolaridad alcanzada. Asimismo, en el caso de las inyecciones hormonales, la prevalencia entre las mujeres con educación superior es menor a 2%, mientras que para las mujeres con menor educación, la prevalencia oscila entre 4 y 5%.

La prevalencia de no uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas o en unión es de 33% y se eleva a 40% entre mujeres con bajos niveles de educación, que viven en los hogares más pobres, así como en hogares indígenas. La mitad (49%) de las adolescentes casadas o en unión no usan ningún método anticonceptivo.

El Cuadro RH.3MX presenta el uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas,⁷ sin considerar su estado civil o de unión. Se observa que la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres sexualmente activas es de 65%. El porcentaje de adolescentes sexualmente activas que no utilizan ningún método anticonceptivo asciende a 60%. Alrededor de 22% de ellas utilizan un método anticonceptivo reversible de larga duración (DIU 17% e implante 6%), 6% utilizan métodos hormonales (4% inyecciones y 2% pastillas) y alrededor de 10% usan condones masculinos.

⁶ En este capítulo, todas las referencias a “mujeres casadas” también incluyen a las mujeres en unión marital.

⁷ Se consideran mujeres sexualmente activas aquellas que declararon haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses anteriores a la entrevista.

Cuadro RH.3MX: Uso de anticonceptivos entre mujeres sexualmente activas

Porcentaje de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo, México, 2015.

Porcentaje de mujeres sexualmente aactivas que están usando:														Número de mujeres de 15-49 años sexualmente activas																		
Ningún método		Esterilización femenina		Esterilización masculina		DIU		Inyecciones		Implantes		Píldora			Condón masculino		Condón femenino		Diafragma/ espuma/ jalea		Abstinencia periódica/ Ritmo		Retiro (coito interrumpido)		Otro		Ignorado/NR		Cualquier método moderno		Cualquier método tradicional	

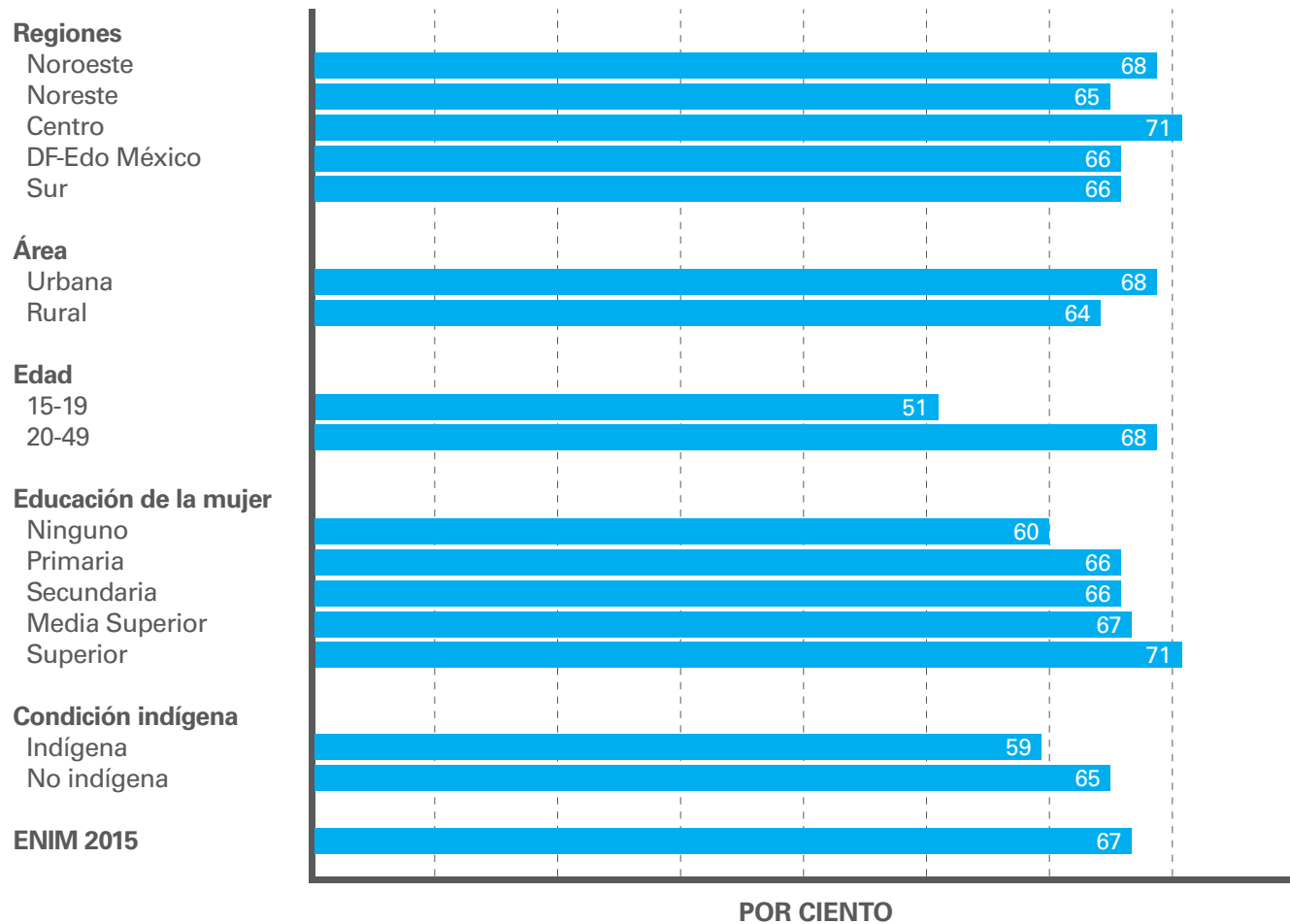
Cuadro RH.3MX: Uso de anticonceptivos entre mujeres sexualmente activas (cont.)

Porcentaje de mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años que están usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo, México, 2015.

Porcentaje de mujeres sexualmente activas que están usando:															Número de mujeres de 15-49 años sexualmente activas			
	Ningún método	Esterilización femenina	Esterilización masculina	DIU	Inyecciones	Implantes	Píldora	Condón masculino	Condón femenino	Diafragma/ espuma/ jalea	Abstinencia periódica/ Ritmo	Retiro (coito interrumpido)	Otro	Ignorado/NR	Cualquier método			
															moderno	tradicional		
Educación																		
Ninguna	37.2	36.8	0.0	6.6	4.5	1.5	2.0	9.9	0.0	0.0	1.0	0.2	0.2	0.0	61.4	1.4	62.8	167
Primaria	32.7	42.7	0.3	11.1	4.0	2.6	1.9	3.6	0.0	0.0	0.3	0.7	0.1	0.0	66.2	1.1	67.3	1,445
Secundaria	34.6	32.3	1.2	13.5	4.9	2.7	3.2	5.6	0.2	0.0	0.5	0.8	0.3	0.3	63.6	1.6	65.4	3,216
Media Superior	35.5	23.2	1.3	18.0	4.6	4.0	2.5	8.2	0.4	0.3	0.4	0.2	0.4	0.9	62.6	1.0	64.5	1,881
Superior	35.9	23.3	1.3	9.2	2.3	8.8	4.1	11.5	0.6	0.1	1.2	0.3	0.7	0.7	61.1	2.3	64.1	1,418
Quintil de índice de riqueza																		
Más pobre	36.8	31.6	0.1	10.6	7.4	5.1	2.0	4.8	0.2	0.0	0.3	0.9	0.1	0.2	61.6	1.3	63.2	1,405
Segundo	37.1	29.4	0.6	13.1	5.4	3.8	2.6	5.8	0.1	0.0	0.4	1.3	0.2	0.2	60.7	1.9	62.9	1,689
Medio	36.2	31.1	0.5	16.3	3.8	2.4	2.8	5.5	0.3	0.0	0.6	0.2	0.0	0.1	62.8	0.8	63.8	1,674
Cuarto	34.0	30.6	1.2	14.5	3.0	1.7	3.4	8.0	0.6	0.1	0.6	0.1	1.2	1.1	63.0	2.0	66.0	1,687
Más rico	29.9	30.2	2.8	11.0	2.1	7.3	3.8	10.4	0.4	0.4	1.0	0.1	0.1	0.5	68.3	1.2	70.1	1,672
Etnia del jefe del hogar^A																		
Hogar indígena	37.6	29.1	1.6	11.8	5.3	5.5	3.9	3.5	0.0	0.0	0.7	0.8	0.1	0.0	60.8	1.6	62.4	522
Hogar no indígena	34.6	30.6	1.0	13.3	4.2	3.9	2.9	7.2	0.3	0.1	0.6	0.5	0.4	0.5	63.5	1.5	65.4	7,603

1. MICS indicador 5.S2 - Prevalencia de anticoncepción moderna en adolescentes.
A. 4 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Figura RH.1: Diferenciales en el uso de anticonceptivos, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Necesidad no satisfecha

La necesidad no satisfecha de anticoncepción se refiere a las mujeres fértiles que están casadas o en unión y no están usando ningún método anticonceptivo, pero: 1) desean posponer el siguiente parto (espaciamiento) o 2) no desean tener más hijos/as (han establecido un límite en el número de hijos/as que desean). En la ENIM, la necesidad no satisfecha se identifica mediante un conjunto de preguntas que hacen alusión a los comportamientos y preferencias actuales en relación con el uso de anticonceptivos, la fertilidad y las preferencias de fecundidad.

En el Cuadro RH.6 se muestran los niveles de necesidad satisfecha de anticoncepción, necesidad no satisfecha de anticonceptivos y demanda satisfecha de anticonceptivos entre mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión.

La necesidad no satisfecha para el espaciamiento se define como el porcentaje de mujeres que están casadas o en unión y que no usan un método anticonceptivo, y:

- no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto,⁸ son fértiles⁹ y dicen que desean esperar dos años o más para su próximo parto, o
- no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto, son fértiles y no están seguras si desean tener otro hijo/a, o
- están embarazadas y dicen que el embarazo fue inoportuno: hubieran querido esperar, o
- tienen amenorrea posparto y dicen que el parto fue inoportuno: hubieran querido esperar.

La necesidad no satisfecha para establecer un límite se define como el porcentaje de mujeres que están casadas o en unión y que no usan un método anticonceptivo, y:

- no están embarazadas ni tienen amenorrea posparto, son fértiles y dicen que no desean tener más hijos/as, o
- están embarazadas y dicen que **no** deseaban tener un hijo/a, o
- tienen amenorrea posparto y dicen que **no** deseaban el hijo/a.

La necesidad total no satisfecha de anticoncepción es la suma de la necesidad no satisfecha para espaciar y la necesidad no satisfecha para establecer un límite. Este indicador también es conocido como necesidad no satisfecha de planificación familiar.

En México, 13% de las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción, 5% para espaciar y 8% para limitar los nacimientos. En comparación con el total de mujeres casadas en edad reproductiva, las adolescentes casadas reportaron prevalencias dos veces mayores de necesidad no satisfecha (28%).

⁸ Una mujer tiene amenorrea post-parto si tuvo un parto en los últimos dos años y actualmente no está embarazada, y no ha vuelto a menstruar desde el nacimiento de su último hijo/a.

⁹ Se considera infértil a una mujer si no está embarazada ni tiene amenorrea post-parto, y (1a) no ha menstruado durante al menos seis meses, o (1b) nunca ha menstruado, o (1c) su última menstruación fue antes de su último parto, o (1d) tiene la menopausia/ha tenido una histerectomía

(2) Declara que ha tenido una histerectomía, o que nunca ha menstruado, o que es menopáusica, o que ha estado tratando de quedar embarazada durante 2 ó más años sin resultados, en respuesta a las preguntas sobre por qué cree que no es físicamente capaz de quedar embarazada, al momento de la encuesta, o

(3) Declara que no puede quedar embarazada cuando se le preguntó sobre el deseo de un futuro hijo/a, o

(4) No ha tenido un parto en los últimos 5 años, actualmente no usa métodos anticonceptivos y está casada y estuvo casada de forma continua durante los últimos 5 años previos a la encuesta.

Cuadro RH.4: Necesidad no satisfecha de anticoncepción

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas o en unión con una necesidad insatisfecha de planificación familiar y porcentaje de demanda de anticoncepción satisfecha, México, 2015.

	Necesidad satisfecha de anticoncepción			Necesidad no satisfecha de anticoncepción			Número de mujeres actualmente casadas o en unión	Porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción	Número de mujeres actualmente casadas o en unión con necesidad de anticoncepción
	Para espaciar	Para limitar	Total ¹	Para espaciar	Para limitar	Total ²			
Total	15.0	51.9	66.9	5.2	7.8	13.0	7,361	83.8	5,880
Región									
Noroeste	16.7	51.2	68.0	5.6	8.2	13.8	1,372	83.2	1,121
Noreste	15.8	49.2	65.0	4.9	7.5	12.4	1,659	83.9	1,284
Centro	20.7	50.2	70.9	5.0	4.9	9.9	1,170	87.8	945
CDMX-Edo México	10.6	55.4	65.9	4.0	9.4	13.4	1,515	83.1	1,203
Sur	12.8	53.3	66.0	6.3	8.3	14.6	1,646	81.9	1,327
Zona de residencia									
Urbana	14.6	53.0	67.7	4.8	8.0	12.8	5,598	84.1	4,507
Rural	16.1	48.3	64.4	6.4	7.0	13.4	1,763	82.8	1,372
Edad									
15-19	43.2	7.8	50.9	23.8	3.8	27.6	273	64.9	214
20-24	40.6	25.2	65.7	11.8	6.2	18.1	920	78.4	771
25-29	24.9	38.9	63.8	10.4	7.4	17.8	1,160	78.2	947
30-34	18.2	54.0	72.2	3.9	7.4	11.3	1,301	86.5	1,086
35-39	5.2	67.1	72.3	1.1	9.0	10.2	1,321	87.7	1,090
40-44	1.3	68.2	69.5	1.6	9.9	11.5	1,171	85.8	948
45-49	0.2	60.1	60.3	0.1	7.4	7.4	1,217	89.0	825
Educación									
Ninguna	8.8	51.2	60.0	4.3	8.8	13.1	187	82.1	136
Primaria	6.7	59.3	66.0	4.2	8.5	12.6	1,518	83.9	1,194
Secundaria	13.8	52.6	66.4	5.5	8.0	13.5	2,957	83.1	2,361
Media Superior	20.5	46.5	66.9	6.6	8.3	14.9	1,722	81.8	1,409
Superior	23.0	48.2	71.2	3.5	5.0	8.4	979	89.4	779
Quintiles de índice de riqueza									
Más pobre	14.4	45.6	60.0	7.2	7.9	15.1	1,489	79.9	1,118
Segundo	16.7	47.4	64.1	6.4	8.7	15.1	1,505	80.9	1,193
Medio	11.3	55.6	66.9	6.5	7.5	14.0	1,504	82.7	1,217
Cuarto	14.2	55.3	69.5	3.2	8.4	11.6	1,453	85.7	1,179
Más rico	18.5	55.9	74.5	2.2	6.5	8.7	1,410	89.5	1,172
Etnia del jefe del hogar^A									
Hogar indígena	12.5	47.7	60.2	6.5	7.7	14.2	614	80.9	457
Hogar no indígena	15.2	52.3	67.5	5.1	7.8	12.9	6,746	84.0	5,421

1. MICS indicador 5.S3 - Necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos.

2. MICS indicador 5.4 - Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos.

A. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' (Número de mujeres actualmente casadas o en unión) y 3 casos sin ponderar 'NS/NR' (Número de mujeres actualmente casadas o en unión con necesidad de anticoncepción) en esta variable no se muestran en el cuadro.

La necesidad satisfecha de anticoncepción para limitar el número de hijos incluye a las mujeres casadas o en unión que están usando (o cuyas parejas están usando) un método anticonceptivo¹⁰ y no desean tener más hijos/as o se declaran como infértiles. La necesidad satisfecha para espaciar el número de nacimientos incluye a las mujeres que están usando (o cuyas pareja están usando) un método anticonceptivo y desean tener otro hijo/a o están indecisas en cuanto a tener otro hijo/a. El total de la necesidad satisfecha de anticoncepción para espaciar se añade al total de la necesidad satisfecha para establecer límites, con el fin de generar el indicador del total de necesidad satisfecha de anticoncepción (en general). La proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen satisfecha su necesidad de anticoncepción con métodos modernos es el indicador 3.7.1 el cual se usa para dar el seguimiento al avance de la meta 3.7 del ODS 3.¹¹

El Cuadro RH.4 muestra que el total de la necesidad satisfecha de planificación familiar es de 67% mientras que el total de la necesidad no satisfecha es de 13%. La necesidad no satisfecha es más alta entre las mujeres en la región Sur del país (15%), las mujeres adolescentes (28%) y las mujeres que viven en hogares indígenas (14%). La necesidad no satisfecha también está estrechamente relacionada con la riqueza, ya que las mujeres con menor riqueza presentan niveles más altos de necesidad no satisfecha, en tanto que las mujeres más ricas tienen el nivel más bajo.

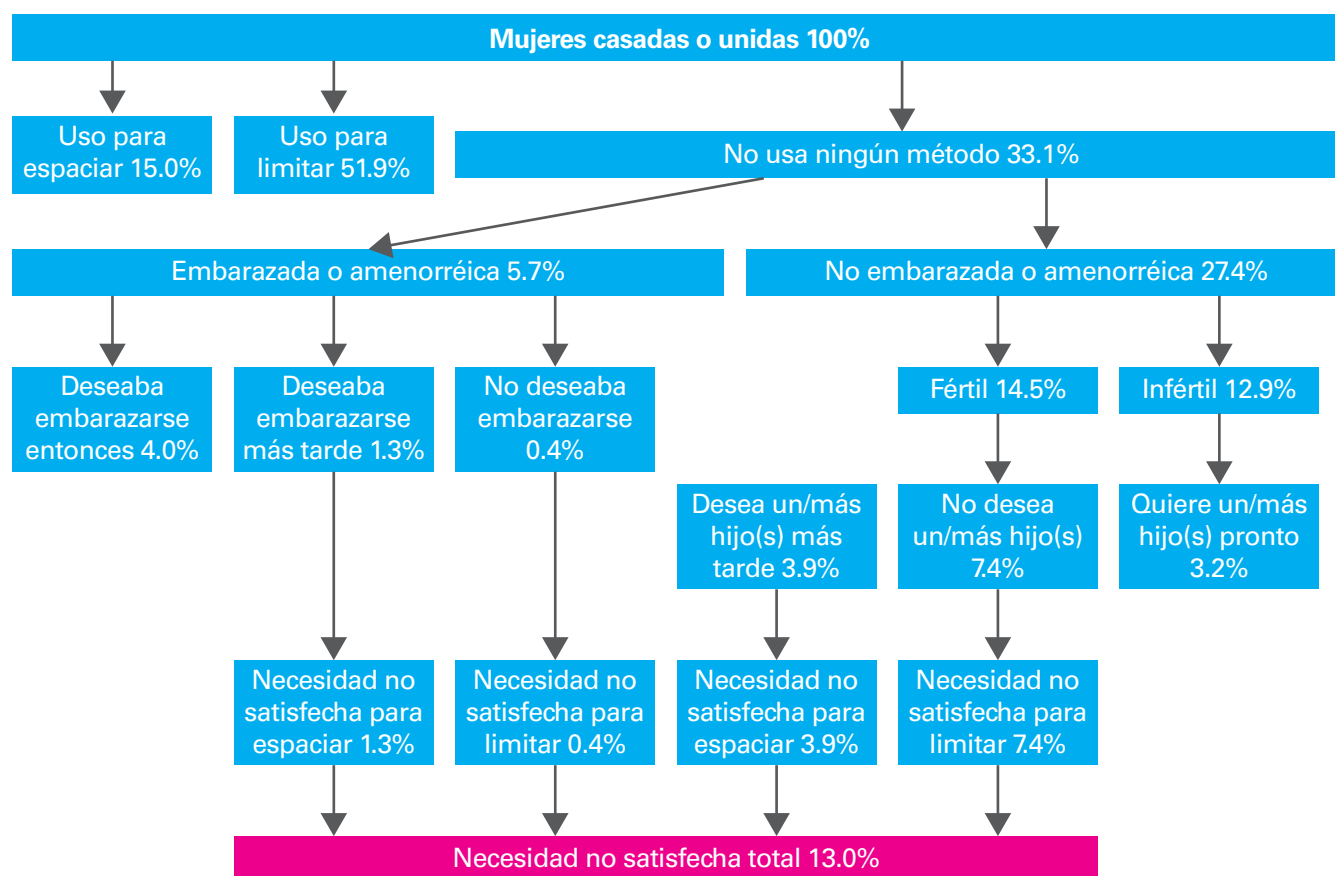
A partir de la información sobre la anticoncepción y las necesidades no satisfechas, también se estima el porcentaje de la demanda satisfecha de anticonceptivos. El porcentaje de demanda satisfecha se define como la proporción de mujeres casadas o en unión que actualmente usa anticonceptivos, respecto a la demanda total de anticonceptivos. Por su parte, la demanda total de anticoncepción incluye a las mujeres que actualmente tienen una necesidad no satisfecha (para espaciar o establecer límites para los nacimientos) así como también las que actualmente utilizan anticoncepción.

El porcentaje de demanda satisfecha de anticoncepción en México es de 84%. Algunos grupos de la población presentan niveles de demanda satisfecha más bajos, en particular las mujeres menores de 30 años (65% las adolescentes, 78% las mujeres entre 20 y 29), las mujeres más pobres (80%) y las mujeres en hogares indígenas (81%).

¹⁰ En este capítulo, cuando se hace referencia al uso de un método anticonceptivo por una mujer, también puede referirse al hecho de que su pareja lo use (como el preservativo masculino).

¹¹ Progress towards the Sustainable Development Goals. Report of the Secretary General. High Level political forum on sustainable development, convened under the auspices of the Economic and Social Council. 2016 Sesión. 24 July 2015-27 July, 2016. [E/2016/75]. P.22.

Figura RH.2: Necesidad no satisfecha de anticoncepción entre mujeres casadas o unidas, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Atención prenatal

El periodo prenatal ofrece oportunidades importantes para proporcionar a las mujeres embarazadas una serie de intervenciones que pueden ser vitales para la salud y el bienestar de ellas y de sus hijos/as. Una mejor comprensión del crecimiento y desarrollo del feto y de su relación con la salud de la madre ha llevado a que se reconozca el potencial de la atención prenatal. Por ejemplo, la atención prenatal se puede aprovechar para proporcionar consejería a las mujeres y a las familias sobre los riesgos y síntomas que pueden aparecer durante el embarazo así como riesgos potenciales durante el parto y puerperio. Además, durante la atención prenatal, se puede promover que las mujeres embarazadas den a luz con la ayuda de un profesional de la salud calificado. Los controles prenatales también son una oportunidad para proporcionar información sobre el espaciamiento de los nacimientos a futuro, que ha sido identificado como un factor importante para mejorar la supervivencia de los niños. Asimismo, la inmunización contra el tétanos durante el embarazo puede salvar la vida de la madre y del bebé. El tratamiento de la anemia en la madre durante el embarazo y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden mejorar significativamente los resultados en el desarrollo del feto y en la salud materna. Es decir que los resultados adversos, como el bajo peso al nacer, se pueden reducir a través de una combinación de intervenciones que mejoren el estado nutricional de las mujeres y prevengan infecciones (como las ITS y otras) durante el embarazo. La atención prenatal ofrece la posibilidad de detectar y tratar el VIH en las mujeres, y así prevenir la transmisión de madre a hijo; se trata de un elemento más que puede aportar la atención prenatal a la salud del binomio madre-hijo/a.

Por todas estas razones, es sumamente importante que las mujeres embarazadas empiecen sus consultas de atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo a fin de prevenir y detectar condiciones del embarazo que podrían afectar tanto a la salud de la madre como la del bebé. La atención prenatal debe ser continua durante todo el embarazo. Los indicadores de cobertura de la atención prenatal (al menos una consulta con un profesional de la salud calificado y 4 o más consultas con otros profesionales) se usan para hacer el seguimiento del avance hacia el logro del tercer Objetivo del Desarrollo Sostenible (ODS), de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos. Específicamente, la atención prenatal (así como la atención al parto y durante el puerperio) contribuye al logro de dos metas relacionadas con el tercer ODS: la reducción de la tasa de mortalidad materna y de la mortalidad neonatal.

Con base en una revisión sobre la eficacia de diferentes modelos de atención prenatal, la OMS recomienda un mínimo de cuatro controles prenatales. Las directrices de la OMS especifican que los controles de atención prenatal deben incluir como mínimo: la medición de la presión sanguínea; el análisis de orina para bacteriuria y proteinuria; el análisis de sangre para detectar sífilis y anemia severa, y opcionalmente la medición de peso y talla (opcional).

En México, la Norma Oficial (NOM 007-SSA2-1993),¹² vigente en el momento en que se levantó la ENIM2015, estipula cuál debe ser la atención proporcionada durante el embarazo, parto y puerperio, a la mujer y el recién nacido. Esta norma indica que la atención prenatal debe iniciar de manera oportuna (en las primeras 12 semanas de gestación) y, que deben realizarse un mínimo de 5 controles o revisiones prenatales a la embarazada. Los procedimientos que se deben de realizar durante la atención prenatal, incluye:

- Medición de peso y talla;
- Medición de la presión arterial;
- Realización de análisis incluyendo biometría hemática, glucemia y examen general de orina;
- Realización de la prueba de VDRL para detectar sífilis así como la detección del VIH;
- Prescripción profiláctica de suplementos alimenticios, específicamente hierro y ácido fólico;
- Promoción y orientación sobre la planificación familiar para el periodo post-parto.

¹² Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> consultado 1 agosto 2016).

Cuadro RH.5: Cobertura de cuidado prenatal

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años por personal encargado del cuidado prenatal durante el embarazo del último nacimiento, México, 2015.

	Personal encargado del cuidado prenatal ^a							Cualquier persona calificada ^{1,b}	Número de mujeres que dieron a luz en los 2 años anteriores	
	Doctor médico	Enfermera/comadrona	Partera		Partera tradicional	Promotor auxiliar	Sin atención prenatal			
			profesional técnica	Otro						
Total	97.5	0.8	0.2	0.2	0.1	0.1	1.2	100.0	98.5	1,732
Región										
Noroeste	99.7	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	100.0	99.8	323
Noreste	98.2	0.6	0.0	0.1	0.0	0.1	1.0	100.0	98.9	410
Centro	98.3	0.5	0.1	0.2	0.0	0.0	0.9	100.0	98.9	281
CDMX-Edo México	98.0	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2	1.2	100.0	98.3	345
Sur	93.6	2.2	0.9	0.5	0.1	0.0	2.7	100.0	96.7	372
Zona de residencia										
Urbana	98.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	1.0	100.0	98.7	1,295
Rural	95.4	2.0	0.3	0.4	0.0	0.0	1.9	100.0	97.7	437
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A										
Menos de 20	97.4	0.7	0.0	0.2	0.1	0.1	1.6	100.0	98.1	323
20-34	97.5	0.8	0.2	0.1	0.1	0.1	1.2	100.0	98.5	1,206
35-49	97.6	0.8	0.5	0.3	0.0	0.0	0.8	100.0	98.9	197
Educación										
Ninguna	80.2	2.1	1.1	2.7	0.0	0.0	14.0	100.0	83.3	28
Primaria	93.7	1.6	0.6	0.6	0.0	0.0	3.4	100.0	95.9	292
Secundaria	98.4	0.5	0.2	0.0	0.1	0.1	0.8	100.0	99.0	717
Media Superior	98.6	1.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	100.0	99.6	474
Superior	99.3	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0	0.2	100.0	99.5	221
Quintiles de índice de riqueza										
Más pobre	94.4	2.0	0.4	0.5	0.0	0.0	2.6	100.0	96.8	418
Segundo	97.6	0.4	0.2	0.1	0.1	0.0	1.4	100.0	98.3	492
Medio	98.8	0.5	0.0	0.0	0.2	0.0	0.5	100.0	99.4	365
Cuarto	98.7	0.4	0.3	0.0	0.0	0.3	0.3	100.0	99.4	271
Más rico	99.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	100.0	99.5	186
Etnia del jefe del hogar ^B										
Hogar indígena	89.2	2.1	1.9	1.4	0.0	0.0	5.4	100.0	93.2	148
Hogar no indígena	98.3	0.7	0.0	0.0	0.1	0.1	0.9	100.0	99.0	1,584

1. MICS indicador 5.5a - Cobertura de atención prenatal.

a. Si la informante mencionó más de un profesional de la salud, sólo se considerará al más capacitado.

b. Persona calificada incluye Médico y Enfermera/ Partera profesional técnica.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

En el Cuadro RH.5 se presenta la distribución de las mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los dos años previos al levantamiento de la ENIM, de acuerdo al personal encargado del cuidado prenatal. Los resultados muestran que poco más de 1% de mujeres no recibió atención prenatal; sin embargo este porcentaje se eleva a 3% en la región Sur, a 2% en las zonas rurales, a 2% entre las mujeres que fueron madres antes de los 20 años, a 5% entre las mujeres en hogares indígenas y a 14% entre las mujeres sin educación formal. También se observa que la atención prenatal es realizada principalmente por médicos (98%) mientras que una minoría de mujeres son atendidas por parteras tradicionales, generalmente en zonas rurales (0.4%) y hogares indígenas (1.4%).

Cuadro RH.6: Número de visitas de cuidado prenatal y el momento de la primera visita

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron un nacido vivo durante los dos años anteriores a la encuesta por número de visitas de cuidado prenatal por cualquier profesional de la salud y el momento de la primera visita, México, 2015.

	Distribución porcentual de mujeres que tuvieron:					Distribución porcentual de mujeres según el número de meses de embarazo al momento de la primer visita de cuidado prenatal								Número de mujeres que dieron a luz en los 2 años anteriores	Mediana de meses de embarazo en la primera visita de cuidado prenatal	Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años que tuvieron al menos una visita de cuidado prenatal	
	que tuvieron:					visita de cuidado prenatal											
	Ninguna visita de cuidado prenatal	Una visita	Dos visitas	Tres visitas	4 ó más visitas¹	Total	Porcentaje de mujeres que tuvieron 5 ó más visitas²	Ninguna visita de cuidado prenatal	Primer trimestre³	4-5 meses	6-7 meses	8+ meses	Ignorado/ NR				Total
Total	1.6	0.5	0.8	2.8	94.3	100.0	87.3	1.2	82.5	12.1	2.8	1.3	0.0	100.0	1,732	2.0	1,710
Región																	
Noroeste	0.2	0.1	0.5	2.7	96.4	100.0	92.6	0.2	89.0	8.6	1.8	0.4	0.0	100.0	323	1.6	323
Noreste	2.4	0.1	0.4	1.9	95.2	100.0	90.8	1.0	85.2	10.0	1.7	2.0	0.0	100.0	410	2.0	406
Centro	1.0	0.5	0.8	1.8	96.0	100.0	89.1	0.9	84.4	11.7	2.7	0.2	0.1	100.0	281	2.0	279
CDMX-Edo México	1.2	0.0	1.0	3.2	94.4	100.0	85.3	1.2	78.2	13.4	4.7	2.3	0.1	100.0	345	2.0	340
Sur	2.7	1.6	1.4	4.3	90.0	100.0	79.1	2.7	76.2	16.7	3.3	1.2	0.0	100.0	372	2.0	362
Zona de residencia																	
Urbana	1.4	0.4	0.9	2.4	94.9	100.0	88.5	1.0	82.7	12.3	2.5	1.5	0.0	100.0	1,295	2.0	1,282
Rural	2.1	0.7	0.7	3.9	92.4	100.0	83.6	1.9	81.7	11.7	3.8	0.8	0.1	100.0	437	2.0	428
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A																	
Menos de 20	1.6	0.9	0.7	3.6	93.0	100.0	81.0	1.6	74.6	18.0	4.7	1.1	0.1	100.0	323	2.0	318
20-34	1.3	0.4	0.8	2.6	94.8	100.0	91.2	1.2	86.6	9.1	2.0	1.0	0.0	100.0	1,206	2.0	1,190
35-49	3.3	0.0	1.0	2.8	92.9	100.0	76.1	0.8	72.7	18.1	4.9	3.6	0.0	100.0	197	2.0	195
Educación																	
Ninguna	14.0	3.1	4.7	6.4	71.9	100.0	55.0	14.0	61.1	17.2	5.4	2.3	0.0	100.0	28	3.0	24
Primaria	5.2	1.0	1.6	5.5	86.8	100.0	75.5	3.4	75.9	11.7	6.3	2.6	0.0	100.0	292	2.0	282
Secundaria	0.8	0.3	0.7	2.4	95.7	100.0	86.7	0.8	80.9	14.7	2.3	1.3	0.1	100.0	717	2.0	711
Media Superior	0.4	0.5	0.7	2.3	95.9	100.0	92.7	0.3	85.6	11.1	2.2	0.8	0.1	100.0	474	2.0	473
Superior	0.2	0.0	0.0	1.1	98.7	100.0	97.0	0.2	92.2	6.1	1.0	0.4	0.0	100.0	221	1.4	220

Cuadro RH.6: Número de visitas de cuidado prenatal y el momento de la primera visita (cont.)

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron un nacido vivo durante los dos años anteriores a la encuesta por número de visitas de cuidado prenatal por cualquier profesional de la salud y el momento de la primera visita, México, 2015.

Distribución porcentual de mujeres que tuvieron:					Distribución porcentual de mujeres según el número de meses de embarazo al momento de la primer visita de cuidado prenatal								Número de mujeres que dieron a luz en los 2 años anteriores	Mediana de meses de embarazo en la primera visita de cuidado prenatal	Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años que tuvieron al menos una visita de cuidado prenatal		
Ninguna visita de cuidado prenatal	Una visita	Dos visitas	Tres visitas	4 ó más visitas¹	Total	Porcentaje de mujeres que tuvieron 5 ó más visitas²	Ninguna visita de cuidado prenatal	Primer trimestre³	4-5 meses	6-7 meses	8+ meses	Ignorado/ NR				Total	
Quintil de índice de riqueza																	
Más pobre	2.7	1.3	1.8	6.4	87.8	100.0	79.4	2.6	77.2	13.1	4.3	2.8	0.1	100.0	418	2.0	406
Segundo	2.6	0.4	0.4	1.2	95.5	100.0	85.2	1.4	80.2	14.3	2.7	1.4	0.0	100.0	492	2.0	485
Medio	0.5	0.2	0.5	1.8	96.9	100.0	89.6	0.5	82.3	13.1	4.0	0.1	0.1	100.0	365	2.0	363
Cuarto	0.3	0.1	1.1	2.4	96.0	100.0	93.6	0.3	89.8	7.6	0.8	1.4	0.1	100.0	271	2.0	270
Más rico	0.5	0.0	0.0	1.8	97.8	100.0	96.7	0.5	89.7	9.2	0.6	0.0	0.0	100.0	186	1.2	185
Etnia del jefe del hogar⁵																	
Hogar indígena	5.6	2.8	2.4	6.8	82.3	100.0	74.3	5.4	71.4	16.3	5.2	1.8	0.0	100.0	148	2.0	140
Hogar no indígena	1.2	0.3	0.7	2.4	95.4	100.0	88.5	0.9	83.5	11.8	2.6	1.3	0.0	100.0	1,584	2.0	1,570

1. MICS indicador 5.5b - Cobertura de atención prenatal.
2. MICS indicador 5.S4 - Cobertura de atención prenatal (5 ó más visitas).
3. MICS indicador 5.S5 - Cobertura de atención prenatal (1a consulta en el primer trimestre).
A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

En el Cuadro RH.6 se muestra el número de consultas de atención prenatal en el último embarazo durante los dos años previos a la encuesta, independientemente del profesional de la salud que atendió a la embarazada. Casi todas las madres (98%) recibieron atención prenatal más de una vez y la gran mayoría recibió atención prenatal al menos cuatro veces (94%). Además, casi 9 de cada 10 mujeres embarazadas asistieron 5 veces o más a consulta prenatal (87%). Las madres de los hogares más pobres, aquellas sin educación y las madres en hogares indígenas tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal en cuatro o más ocasiones. Por ejemplo, 88% de las mujeres que viven en los hogares más pobres informó haber tenido cuatro o más consultas de atención prenatal en comparación con 98% de las que viven en hogares más ricos. El 82% de las mujeres de hogares indígenas y el 95% de las mujeres en hogares no indígenas reportaron haber recibido atención prenatal en cuatro o más ocasiones. Estas diferencias se hacen más evidentes al observar el porcentaje de mujeres que tuvieron las 5 visitas prenatales que la norma mexicana establece como el número mínimo requerido de controles.

El Cuadro RH.6 también proporciona información sobre el momento de la primera consulta de atención prenatal. El 82% de las mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años asistió a su primera consulta de atención prenatal durante el primer trimestre de su último embarazo, con una mediana de 2 meses de embarazo en la primera visita. Las regiones Ciudad de México-Estado de México y Sur presentan porcentajes de atención prenatal en el primer trimestre por debajo de la media nacional, 78% y 76% respectivamente. Sin embargo, estas regiones tienen también una mediana de 2 meses de embarazo en la primera visita. En general, la mediana de meses de embarazo en la primera visita es igual o menor a 2 en todas las desagregaciones presentadas en el Cuadro RH.6, excepto para las mujeres sin educación formal, cuya mediana es de 3 meses.

Cuadro RH.7: Contenido del cuidado prenatal

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido un nacido vivo en los últimos dos años quienes, al menos una vez, se les tomó la presión sanguínea, una muestra de orina y una de sangre, la pesaron, le midieron niveles de azúcar, le realizaron prueba VDRL, le hicieron ultrasonido y le dieron ácido fólico como parte del cuidado prenatal, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que durante el embarazo de su último nacimiento les:											Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años
Tomaron la presión sanguínea	Tomaron una muestra de orina	Tomaron una muestra de sangre	Pesaron	Midieron el nivel de azúcar	Realizaron prueba de detección de sífilis	Realizaron ultrasonido	Mandaron ácido fólico	Tomaron la presión sanguínea y una muestra de orina y sangre¹			
Total	97.7	93.0	92.7	97.6	83.4	58.2	95.3	97.5	90.3	1,732	
Región											
Noroeste	99.8	98.1	96.3	98.5	87.8	65.4	96.5	99.0	95.6	323	
Noreste	97.9	95.4	95.3	98.0	90.2	69.5	97.2	96.9	92.5	410	
Centro	98.2	90.4	90.4	98.4	80.7	57.4	94.7	98.4	88.4	281	
CDMX-Edo México	98.5	95.3	93.2	97.7	83.1	55.1	95.7	98.6	91.7	345	
Sur	94.7	85.7	87.8	95.5	74.6	43.1	92.3	95.0	83.4	372	
Zona de residencia											
Urbana	98.1	94.2	93.6	98.0	85.2	60.2	96.2	98.0	91.7	1,295	
Rural	96.7	89.2	89.9	96.3	78.3	52.3	92.6	96.0	86.2	437	
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A											
Menos de 20	97.3	91.7	93.5	97.4	75.7	54.8	97.1	97.8	89.2	323	
20-34	97.8	93.1	92.0	97.8	84.4	57.7	94.8	97.9	90.2	1,206	
35-49	97.8	94.0	95.5	96.5	89.6	65.9	95.2	94.5	92.5	197	
Educación											
Ninguna	82.1	62.0	60.8	75.6	49.1	34.5	73.9	76.1	53.6	28	
Primaria	93.8	88.2	87.2	94.9	78.9	47.1	88.8	93.4	85.2	292	
Secundaria	98.7	91.9	92.7	98.1	82.2	58.8	97.4	98.3	89.7	717	
Media Superior	98.6	96.7	96.2	99.3	86.0	61.6	96.4	99.1	93.9	474	
Superior	99.8	98.9	96.2	98.4	92.3	66.7	97.4	99.4	96.0	221	
Quintiles de índice de riqueza											
Más pobre	95.5	87.3	89.2	94.8	78.5	48.2	90.7	94.8	84.5	418	
Segundo	97.4	94.2	93.0	97.5	81.9	59.5	94.6	97.1	90.9	492	
Medio	99.2	91.9	91.2	99.4	82.4	60.1	98.3	98.7	89.4	365	
Cuarto	99.0	97.8	96.9	98.9	90.2	60.6	97.8	99.1	96.0	271	
Más rico	99.1	97.5	96.4	98.4	90.8	70.2	98.0	99.4	95.3	186	
Etnia del jefe del hogar ^B											
Hogar indígena	89.2	80.7	79.9	91.8	71.1	48.4	87.5	90.3	77.3	148	
Hogar no indígena	98.5	94.1	93.9	98.1	84.6	59.1	96.0	98.1	91.5	1,584	

1. MICS indicador 5.6 - Contenido de atención prenatal.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

El Cuadro RH.7 muestra la cobertura de los servicios básicos que las mujeres embarazadas deberían recibir durante la atención prenatal. Entre las mujeres que tuvieron un nacido vivo durante los dos años previos a la encuesta, 93% informó que se les tomó una muestra de sangre durante las consultas de atención prenatal, 98% reportó que se les midió la presión arterial y 93% que se les tomó una muestra de orina. Además, la mayoría de las mujeres reportaron que las pesaron (98%), 58% que le realizaron la prueba de detección de sífilis, 95% que le realizaron un ultrasonido, 83% que le midieron el nivel de azúcar y 97% que le mandaron ácido fólico.

La atención durante el período pre-natal y en la primera semana después del parto constituye una oportunidad para transmitir a las mujeres un conjunto de información vital para la prevención y detección de problemas relacionados con la morbilidad materna y del recién nacido, que requieren de atención oportuna. En particular, durante este período es fundamental que las mujeres reciban información sobre señales de alarma relacionados con hemorragias, infecciones perinatales, trombosis, pre-eclampsia y depresión junto con consejería relacionada con buenas prácticas de anticoncepción, nutrición y de cuidados al recién nacido.

En el Cuadro RH.7MX, se presenta información sobre la consejería recibida durante la atención pre-natal y durante la primera semana después del parto, por mujeres con un nacido vivo en los dos años previos a la encuesta. El 88% de las mujeres recibieron consejería pre- o post-natal sobre anticoncepción y 49% recibió consejería pre- o post-natal sobre salud mental y depresión. Durante la primera semana después del parto, 48% de las mujeres recibió información de un profesional de salud sobre infecciones en la primera semana post-parto, 42% recibieron información sobre pre-eclampsia o eclampsia, 36% recibieron información sobre hemorragias y 27% sobre trombosis o coágulos. En cuanto a la información proporcionada por un profesional de salud en la primera semana post-parto relacionada con la salud del recién nacido, el 73% de las mujeres recibieron información sobre higiene y en especial el lavado de manos y el 71% sobre la importancia de que el bebé duerma boca arriba, mientras 55% recibió información sobre nutrición.

Cuadro RH.7MX: Contenido de consejería pre- y post-natal

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido un nacido vivo en los últimos dos años quienes, y que recibieron contenidos específicos de consejería en las consultas de atención prenatal o en la primera semana después del parto, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que durante el embarazo de su último nacimiento les:															
	Recibieron consejería sobre anticoncepción	Le ofrecieron algún servicio de detección para la salud mental (ansiedad, depresión)	Preclamsia/ eclampsia		Trombosis o coágulos		Higiene (sobre todo lavado de manos)		Depresión post-parto		La importancia de que el bebé duerma boca arriba	Recibieron consejería pre o post-natal sobre anticoncepción¹		Recibieron consejería pre o post-natal sobre salud mental	Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años
			Hemorragia	infecciones	Infeciones	de coágulos	Nutrición	Anticoncepción	Anticoncepción	Anticoncepción¹					
Total	81.1	23.4	36.1	41.7	48.0	27.4	54.8	73.1	69.7	39.8	70.7	87.7	48.7	1,732	
Región															
Noroeste	87.1	25.7	42.3	42.7	53.8	34.9	58.4	72.1	70.5	39.3	69.8	92.2	48.1	323	
Noreste	90.3	29.3	42.9	46.2	53.8	33.2	61.1	74.1	74.6	52.2	74.8	94.7	60.6	410	
Centro	82.1	21.5	28.8	36.7	42.5	19.9	50.0	72.7	66.6	31.1	67.6	89.1	42.2	281	
CDMX-Edo México	73.0	22.0	42.8	48.4	48.4	31.8	56.4	76.7	72.3	42.2	73.8	83.2	48.2	345	
Sur	72.5	17.8	22.3	33.2	40.5	16.1	47.0	69.7	63.5	31.1	66.3	79.4	41.3	372	
Zona de residencia															
Urbana	81.4	22.5	37.7	43.4	49.7	28.5	57.6	74.9	71.8	41.2	72.1	87.9	49.3	1,295	
Rural	80.3	26.3	31.2	36.7	43.1	24.1	46.6	67.6	63.4	35.8	66.5	87.2	46.8	437	
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A															
Menos de 20	80.1	23.1	35.6	36.2	48.8	25.9	54.5	75.8	72.4	36.3	73.5	88.2	44.9	323	
20-34	82.5	22.1	35.6	42.6	48.8	27.1	55.8	73.3	69.4	39.2	69.4	88.3	47.2	1,206	
35-49	76.6	29.7	37.4	46.7	43.6	29.3	47.6	66.6	65.8	47.8	72.8	83.2	62.2	197	
Lugar donde se realizó la revisión prenatal ^{A,B}															
Unidad médica pública	84.1	23.9	35.8	41.8	47.8	26.8	54.7	74.1	71.1	39.9	70.1	89.3	49.7	1,354	
Unidad médica privada	75.1	23.3	39.8	44.3	51.8	32.1	57.8	71.6	66.9	41.3	75.4	85.6	47.4	345	
Hogar	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7	
Otro	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4	
Lugar donde se realizó la revisión post-parto ^C															
Unidad médica pública	89.2	26.4	44.5	49.2	57.2	31.9	60.1	79.8	73.5	47.0	74.7	92.4	55.0	772	
Unidad médica privada	72.6	22.4	43.1	51.1	57.5	43.2	68.2	76.8	73.5	44.7	80.9	86.4	49.7	224	
Hogar	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7	
Otro	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7	
Educación															
Ninguna	54.3	17.4	19.5	25.6	29.5	18.5	33.5	52.5	59.6	16.1	57.0	64.0	28.6	28	
Primaria	73.5	22.0	28.3	34.6	39.5	22.0	47.8	72.3	61.3	30.3	66.2	81.9	40.4	292	
Secundaria	81.8	24.9	35.6	41.1	45.9	27.3	53.6	72.6	70.1	40.3	70.9	88.6	49.3	717	
Media Superior	83.9	25.7	38.0	41.9	51.7	27.6	58.1	74.2	72.3	44.5	72.8	89.9	54.7	474	
Superior	86.0	16.6	46.1	54.4	60.8	35.7	63.5	75.9	75.1	44.0	72.9	91.0	47.1	221	
Quintil de índice de riqueza															
Más pobre	77.1	24.7	26.2	30.3	41.8	20.2	45.5	68.8	61.7	31.4	66.7	84.5	42.4	418	
Segundo	78.0	26.2	35.8	38.9	46.0	25.1	51.5	72.6	67.3	37.3	70.2	83.4	48.6	492	
Medio	83.2	23.5	37.4	48.6	46.9	27.1	61.6	75.7	76.1	45.8	71.8	92.4	52.8	365	
Cuarto	85.8	19.3	41.4	46.5	56.2	34.7	59.9	75.9	69.8	44.5	72.3	89.8	50.7	271	
Más rico	87.1	19.0	48.5	54.1	57.8	39.7	63.7	74.6	81.3	46.9	76.2	94.3	52.1	186	
Etnia del jefe del hogar ^D															
Hogar indígena	72.7	22.9	26.2	38.4	41.8	17.9	48.9	59.0	59.6	32.5	59.5	78.7	40.7	148	
Hogar no indígena	81.9	23.5	37.0	42.0	48.6	28.3	55.4	74.4	70.6	40.5	71.7	88.6	49.4	1,584	

1. MICS indicador 5.S6 - Consejería pre o post-natal sobre anticoncepción.
a. Lugar donde se llevaron a cabo la mayoría de las revisiones de cuidado prenatal.
A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
C. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
D. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Asistencia durante el parto

Aproximadamente tres cuartas partes de todas las muertes maternas ocurren debido a causas obstétricas directas.¹³ Dos elementos centrales para tener una maternidad segura es garantizar que en cada parto haya un profesional de la salud competente, con habilidades de partería, y que, en caso de emergencia, se pueda contar con transporte para el traslado a un centro de atención obstétrica. El indicador sobre la asistencia de personal calificado durante el parto fue seleccionado para monitorear el avance de la meta 3.1 relativa a la disminución de la razón de mortalidad materna, del ODS 3.

La ENIM incluyó una serie de preguntas para evaluar la proporción de partos atendidos por un asistente calificado. En este caso, un asistente calificado se definió como un/a médico/a o un/a enfermero/a.

¹³ Say, L et al. 2014. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

Cuadro RH.8: Asistencia durante el parto y cesárea

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años por persona que asiste en el parto y porcentaje de nacimientos por cesárea, México, 2015.

	Persona que asiste en el parto							Porcentaje de nacimientos por cesárea				Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años		
	Partera profesional técnica			Promotor(a) auxiliar o asistente de salud				Parto asistido por cualquier persona calificada ^{1,a}	Decidida antes de la aparición de los dolores de parto	Decidida después de la aparición de los dolores de parto	Total ²			
	Médico	Enfermera	Partera tradicional	Partera profesional técnica	Familiar/amigo	Otro	No asiste						Total	
Total	94.0	3.7	0.7	1.2	0.0	0.2	0.1	0.0	100.0	97.7	23.9	16.8	40.7	1,732
Región														
Noroeste	96.3	3.4	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99.7	25.3	18.5	43.9	323
Noreste	99.0	0.5	0.0	0.3	0.1	0.0	0.2	0.0	100.0	99.4	21.2	20.9	42.1	410
Centro	96.5	0.8	1.0	1.5	0.0	0.1	0.0	0.0	100.0	97.4	27.3	13.8	41.1	281
CDMX-Edo México	95.4	3.8	0.3	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	100.0	99.2	25.6	14.9	40.5	345
Sur	83.3	9.7	2.0	4.3	0.0	0.5	0.2	0.1	100.0	92.9	21.3	14.9	36.3	372
Zona de residencia														
Urbana	96.2	3.0	0.3	0.3	0.0	0.1	0.1	0.0	100.0	99.2	25.1	18.2	43.3	1,295
Rural	87.6	5.9	1.9	4.0	0.1	0.4	0.1	0.0	100.0	93.5	20.2	12.7	33.0	437
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A														
Menos de 20	94.2	4.3	0.7	0.4	0.0	0.2	0.2	0.0	100.0	98.5	18.3	17.1	35.4	323
20-34	93.6	3.9	0.8	1.4	0.0	0.2	0.1	0.0	100.0	97.5	24.6	16.3	40.9	1,206
35-49	95.8	1.5	0.5	1.9	0.0	0.2	0.0	0.1	100.0	97.4	29.5	20.2	49.7	197
Lugar del parto														
Casa	1.4	21.6	25.3	44.3	0.6	5.0	1.8	0.0	100.0	23.0	0.0	0.0	0.0	48
Unidad de Salud	96.7	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99.9	24.6	17.4	42.0	1,679
Público	96.2	3.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99.9	20.7	15.3	36.0	1,413
Privado	99.3	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	100.0	99.9	45.5	28.1	73.6	266
Otro/NS/Ignorado	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	5

Cuadro RH.8: Asistencia durante el parto y cesárea (cont.)

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años por persona que asiste en el parto y porcentaje de nacimientos por cesárea, México, 2015.

	Persona que asiste en el parto						Porcentaje de nacimientos por cesárea					Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años		
	Partera profesional técnica			Promotor(a) auxiliar o asistente de salud			Parto asistido por cualquier persona calificada ^{1,a}	Decidida antes de la aparición de los dolores de parto	Decidida después de la aparición de los dolores de parto	Total ²				
	Médico	Enfermera	Partera tradicional	Familiar/ amigo	Otro	No asiste					Total			
Educación														
Ninguna	65.2	13.9	4.1	14.0	0.0	2.1	0.0	0.7	100.0	79.1	14.1	9.2	23.3	28
Primaria	87.6	6.4	1.1	4.2	0.0	0.3	0.3	0.2	100.0	94.0	21.5	17.0	38.5	292
Secundaria	96.0	2.6	0.6	0.5	0.0	0.2	0.0	0.0	100.0	98.6	19.8	13.0	32.8	717
Media Superior	94.8	4.0	0.7	0.2	0.1	0.0	0.2	0.0	100.0	98.8	23.0	17.3	40.3	474
Superior	97.7	2.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	100.0	99.7	43.1	29.2	72.3	221
Quintiles de índice de riqueza														
Más pobre	86.8	5.1	2.3	4.9	0.1	0.7	0.2	0.0	100.0	91.9	17.1	11.7	28.8	418
Segundo	94.8	4.7	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	100.0	99.5	19.7	17.4	37.1	492
Medio	97.2	2.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99.7	22.1	16.2	38.3	365
Cuarto	96.2	3.2	0.3	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	100.0	99.4	31.0	21.6	52.6	271
Más rico	98.6	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	100.0	99.8	43.2	21.0	64.2	186
Etnia del jefe del hogar ^b														
Hogar indígena	83.5	4.4	1.4	9.5	0.2	1.0	0.0	0.0	100.0	87.9	14.9	10.2	25.1	148
Hogar no indígena	95.0	3.6	0.7	0.5	0.0	0.1	0.1	0.0	100.0	98.6	24.7	17.4	42.1	1,584

1. MICS indicador 5.7 - Asistencia en el parto por alguna persona capacitada.

2. MICS indicador 5.9 - Cesárea.

a. Se considera persona calificada a médicos y enfermeras.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

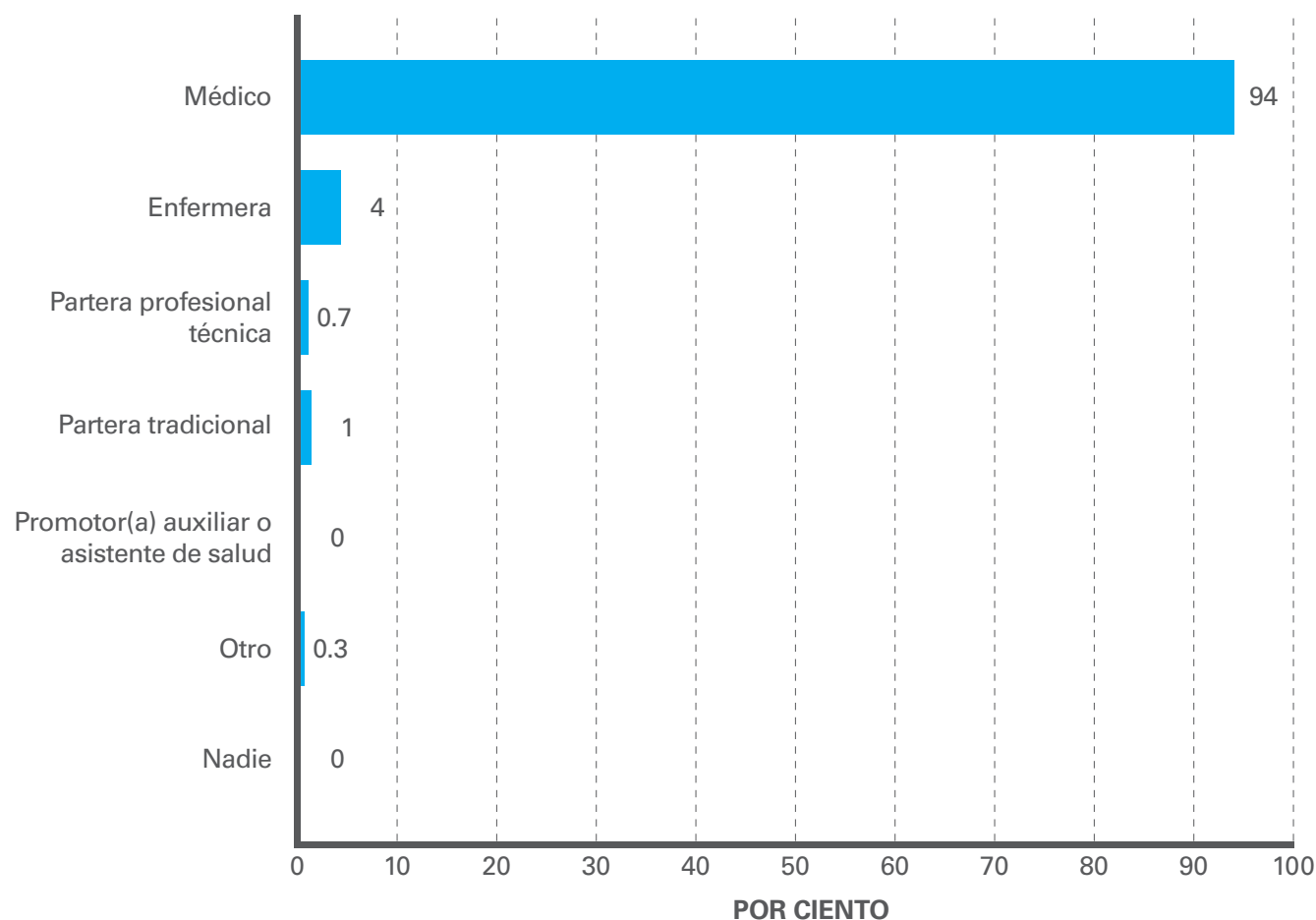
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Cerca de 98% de los nacimientos que se produjeron en los dos años previos a la encuesta fueron atendidos por personal calificado (Cuadro RH.8). Este porcentaje varía entre 93% en la región Sur y 99.7% en la región Noroeste. Mientras mayor sea el nivel de educación de la mujer, más probabilidades tiene de haber dado a luz con la asistencia de personal calificado. Solo 79% de las mujeres sin ninguna educación formal fueron atendidas por personal calificado en contraste con el 100% de las mujeres con educación superior.

Por otra parte, menos de uno por ciento (0.7%) de los nacimientos en los dos años previos a la encuesta contaron con la asistencia de una partera profesional técnica. Los y las médicos/as atendieron 94% de los partos y los y las enfermeros/as atendieron 4%. Sólo 1% de los partos fueron atendidos por una partera tradicional. Sin embargo, el porcentaje de partos atendidos por parteras tradicionales es mucho mayor en la región Sur (4%), entre las mujeres sin ninguna educación formal (14%), entre las más pobres (5%) y en las mujeres de hogares indígenas (9%).

Figura RH.3: Personas que atendieron el parto, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



El Cuadro RH.8 también muestra información sobre las mujeres que dieron a luz por cesárea, así como información adicional sobre el momento en que se decidió realizar la cesárea (antes de que empezaran los dolores de parto o después) a fin de evaluar mejor si la decisión se tomó principalmente por razones médicas o por otros motivos.

El 41% de las mujeres que dieron a luz en los dos últimos años lo hicieron mediante una cesárea. La decisión de practicar la cesárea se tomó antes de que empezaran los dolores de parto en 24% de los casos; es decir, más de la mitad de las cesáreas fueron programadas. El porcentaje de nacimientos por cesárea es mayor en las zonas urbanas (43%), entre las mujeres con más educación (72%) y las de mayor nivel socioeconómico (64%). Asimismo, la prevalencia de cesáreas en instituciones privadas es más del doble (74%) que en instituciones públicas (36%).

Lugar del parto

El aumento en la proporción de nacimientos que se atienden en las unidades médicas (institución o establecimiento de salud) es un factor importante para reducir los riesgos a la salud tanto para la madre como para el bebé. La atención médica adecuada y las condiciones de higiene durante el parto pueden reducir los riesgos de complicaciones e infecciones que pueden causar la morbilidad y mortalidad de la madre o del bebé. En el Cuadro RH.9 se presenta la distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron un nacido vivo en los dos años previos a la encuesta, por lugar del parto, y el porcentaje de nacimientos atendidos en una unidad médica, de acuerdo con las características de contexto.

Cuadro RH.9: Lugar del parto

Distribución porcentual de mujeres en edades de 15-49 años que tuvieron un nacido vivo en los últimos dos años por lugar del parto de su último hijo, México, 2015.

	Lugar del parto						Parto en establecimiento de salud ¹	Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años
	Unidad de salud		En casa	Otro	NS	Total		
	Sector público	Sector privado						
Total	81.6	15.4	2.8	0.3	0.0	100.0	96.9	1,732
Región								
Noroeste	83.9	15.6	0.3	0.2	0.0	100.0	99.5	323
Noreste	84.3	15.2	0.4	0.2	0.0	100.0	99.5	410
Centro	81.5	15.3	2.9	0.3	0.0	100.0	96.8	281
CDMX-Edo México	73.0	24.3	2.3	0.3	0.1	100.0	97.3	345
Sur	84.6	7.1	7.8	0.4	0.1	100.0	91.7	372
Zona de residencia								
Urbana	80.4	18.0	1.3	0.2	0.0	100.0	98.4	1,295
Rural	85.1	7.4	7.1	0.3	0.0	100.0	92.5	437
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A								
Menos de 20	85.7	12.6	1.5	0.1	0.1	100.0	98.3	323
20-34	81.3	15.3	3.2	0.2	0.0	100.0	96.6	1,206
35-49	79.5	17.4	2.5	0.6	0.1	100.0	96.9	197
Número de visitas de cuidado prenatal ^B								
Ninguna	70.1	2.9	27.1	0.0	0.0	100.0	72.9	27
1-3 visitas	81.5	6.2	9.3	3.0	0.0	100.0	87.7	71
4+ visitas	81.8	16.0	2.1	0.1	0.0	100.0	97.8	1,633
Educación								
Ninguna	77.3	1.8	20.2	0.0	0.7	100.0	79.1	28
Primaria	83.0	7.8	8.8	0.4	0.0	100.0	90.8	292
Secundaria	87.0	11.3	1.4	0.2	0.0	100.0	98.4	717
Media Superior	83.0	15.5	1.2	0.1	0.1	100.0	98.6	474
Superior	59.4	39.8	0.2	0.5	0.0	100.0	99.2	221
Quintiles de índice de riqueza								
Más pobre	85.2	5.7	8.6	0.4	0.0	100.0	90.9	418
Segundo	88.6	9.3	1.9	0.2	0.0	100.0	97.9	492
Medio	85.6	13.8	0.4	0.1	0.0	100.0	99.4	365
Cuarto	77.4	22.1	0.3	0.0	0.1	100.0	99.5	271
Más rico	53.1	46.1	0.0	0.8	0.0	100.0	99.2	186
Etnia del jefe del hogar ^C								
Hogar indígena	81.5	4.8	13.2	0.5	0.0	100.0	86.3	148
Hogar no indígena	81.6	16.3	1.8	0.2	0.0	100.0	97.9	1,584

1. MICS indicador 5.8 - Partos institucionales.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

C. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

Cerca de 97% de los nacimientos en México se atienden en una unidad médica, de los cuales el 82% ocurre en unidades del sector público y 15% en unidades del sector privado. Alrededor de 3% de los nacimientos ocurren en el hogar. La proporción de nacimientos en unidades médicas fue mayor entre las mujeres que realizaron 4 o más visitas prenatales (98%), en comparación con las mujeres que tuvieron entre 1 y 3 visitas prenatales (88%) y con las que no asistieron a ninguna visita (73%). Las mujeres en zonas urbanas tienen mayores de probabilidades de dar a luz en una unidad médica que sus contrapartes rurales (98% en comparación con 93%). La proporción de partos institucionales varía entre 92% en la región Sur y 99.5% en las regiones Noroeste y Noreste, y también se asocia con la educación de la madre, ya que 79% para las mujeres sin educación tuvieron partos institucionales mientras 99% de las mujeres con educación superior lo hicieron. Las mujeres en los tres quintiles de mayor ingreso tienen más probabilidades de dar a luz en una unidad médica que las mujeres de los quintiles más pobres. El porcentaje de partos institucionales es particularmente bajo entre mujeres que no recibieron atención prenatal (73%). La prevalencia de nacimientos en casa es particularmente elevada entre las mujeres sin atención prenatal (27%), sin educación formal (20%), residentes en hogares indígenas (13%) y en quintil de mayor pobreza (9%).

Controles de salud post-natales

En el momento del nacimiento e inmediatamente después, hay una ventana de oportunidad crítica para realizar intervenciones que permiten salvar la vida tanto de la madre como del recién nacido. En todo el mundo, aproximadamente 3 millones de recién nacidos mueren anualmente en el primer mes de vida¹⁴ y la mayoría de estas muertes se producen dentro del primer o segundo día de haber nacido,¹⁵ que es también cuando se produce la mayoría de las muertes maternas.¹⁶

A pesar de la importancia de los primeros días después del nacimiento, los programas de encuestas de hogares con representatividad nacional, de gran escala, no han incluido sistemáticamente preguntas sobre el periodo post-natal ni sobre la atención de la madre y del recién nacido. En 2008, la iniciativa mundial Cuenta Regresiva para 2015, que supervisa los avances de las intervenciones de salud para la madre, el recién nacido y el niño/a, destacó este vacío de información e hizo un llamado no sólo para que se fortalecieran los programas de atención post-natal, sino también para mejorar la disponibilidad y calidad de los datos al respecto.¹⁷

Asimismo, después del establecimiento y discusiones del Grupo Interagencial sobre los Programas de Atención Post-natal y con base en las lecciones aprendidas de los intentos anteriores de recolectar datos sobre la atención post-natal, se desarrolló y validó un módulo nuevo para el cuestionario de las encuestas MICS. El módulo se denominó Controles de salud post-natales (CSPN) y su objetivo fue recolectar información sobre el contacto de los recién nacidos y de las madres con un profesional de la salud, sin considerar lo que incluye la atención recibida. Esto se hizo porque a medida que aumenta la escala de los programas de atención post-natal, es importante medir también la cobertura de ese aumento y asegurar que existan plataformas para la prestación de servicios básicos. El tipo de atención recibida se considera más difícil de medir, principalmente porque se solicita a la encuestada que recuerde los servicios que recibió tras el parto ocurrido en los dos años anteriores a la entrevista.

¹⁴ UN Interagency Group for Child Mortality Estimation. 2013. *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013*.

¹⁵ Lawn, JE et al. 2005. *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* Lancet 2005; 365:891-900.

¹⁶ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. 2012. *Trends in Maternal Mortality: 1990-2010*. World Health Organization.

¹⁷ HMN, UNICEF, WHO. 2008. *Countdown to 2015: Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival, The 2008 Report*. UNICEF.

La Norma Oficial Mexicana (NOM 007-SSA2-1993) relacionada con la atención al embarazo, parto y puerperio indica que debe haber una revisión de la salud de la madre durante las primeras dos horas después del parto, incluyendo la toma de la tensión arterial y revisión del tono y tamaño del útero. Posteriormente, debe de revisarse a la madre cada 8 horas durante su estancia en la unidad médica donde dio a luz. Una vez que la mujer y el recién nacido abandonan la unidad de salud se recomienda en total un mínimo de tres controles para la madre, durante el puerperio; se recomienda un control al término de la primera semana, otro control al término del primer mes y otro control en algún momento entre estos dos. De la misma manera, se indica una revisión del recién nacido al momento de nacer, y otras dos a los 7 días y 28 días de nacido, como mínimo.

En el Cuadro RH.10 se presenta la distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en una unidad médica durante los dos años previos a la encuesta, por duración de la estancia en unidad de salud después del parto, de acuerdo con las características de contexto.

Cuadro RH.10: Estancia post-parto en unidades de salud

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años que tuvieron su último parto en una unidad de salud por duración de la estadía en la unidad de salud, México, 2015.

	Duración de la estadía en la unidad de salud							12 horas o más ¹	Número de mujeres que tuvieron su último parto en una unidad de salud en los últimos dos años
	Menos de 6 horas	6-11 horas	12-23 horas	1-2 días	3 días o más	Ignorado/ NS	Total		
Total	3.8	6.0	4.2	63.5	22.2	0.2	100.0	90.0	1,679
Región									
Noroeste	5.7	5.6	6.0	66.1	16.6	0.0	100.0	88.7	322
Noreste	4.0	4.0	3.7	69.2	19.0	0.1	100.0	91.9	408
Centro	1.5	3.8	4.2	69.6	21.0	0.0	100.0	94.7	272
CDMX-Edo México	3.1	4.3	4.8	55.5	31.5	0.8	100.0	91.8	336
Sur	4.2	12.3	2.7	57.5	23.2	0.0	100.0	83.5	341
Zona de residencia									
Urbana	3.4	6.6	4.1	62.1	23.5	0.2	100.0	89.7	1,275
Rural	4.9	4.2	4.6	68.1	18.1	0.0	100.0	90.9	404
Edad de la madre en el momento del nacimiento^A									
Menos de 20	2.9	6.5	4.5	64.3	21.8	0.1	100.0	90.5	317
20-34	4.4	5.3	3.7	63.2	23.0	0.3	100.0	90.0	1,165
35-49	1.6	9.5	7.1	63.0	18.8	0.0	100.0	88.9	190
Tipo de unidad de salud									
Público	4.2	6.8	4.3	61.2	23.4	0.1	100.0	88.9	1,413
Privado	1.5	1.9	4.0	75.9	15.8	0.9	100.0	95.7	266
Tipo de parto									
Vaginal	5.8	10.2	6.4	65.1	12.5	0.1	100.0	84.0	972
Cesárea	1.0	0.3	1.3	61.4	35.6	0.4	100.0	98.3	707
Educación									
Ninguna	(3.9)	(2.6)	(2.7)	(65.7)	(25.1)	(0.0)	100.0	(93.5)	22
Primaria	2.6	4.2	5.0	62.9	25.2	0.0	100.0	93.2	266
Secundaria	4.3	6.7	4.1	66.0	18.9	0.0	100.0	89.0	705
Media Superior	4.3	7.3	4.9	60.2	22.7	0.5	100.0	87.9	468
Superior	2.3	3.6	2.6	63.2	28.0	0.3	100.0	93.8	219
Quintiles de índice de riqueza									
Más pobre	3.8	3.9	4.8	64.2	23.2	0.0	100.0	92.2	380
Segundo	4.5	9.9	3.6	61.1	20.8	0.0	100.0	85.5	482
Medio	4.5	4.1	5.0	66.6	19.8	0.0	100.0	91.3	363
Cuarto	3.0	5.4	4.6	59.8	26.5	0.7	100.0	90.9	270
Más rico	1.4	4.8	2.6	68.1	22.4	0.6	100.0	93.2	184
Etnia del jefe del hogar^B									
Hogar indígena	3.9	7.1	3.3	62.1	23.6	0.0	100.0	89.1	128
Hogar no indígena	3.8	5.9	4.3	63.7	22.1	0.2	100.0	90.1	1,551

1. MICS indicador 5.10 - Estancia post-parto en una unidad de salud.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

Los resultados de la ENIM señalan que 90% de mujeres que dieron a luz en una unidad de salud permanecieron 12 horas o más en la unidad después del alumbramiento. En todo el país, el porcentaje de mujeres que permanecieron 12 horas o más varía entre 84% en la región Sur y 95% en la región Centro. Una proporción más alta (96%) de mujeres que dieron a luz en unidades de salud privadas permanecieron 12 horas o más que las que dieron a luz en unidades médicas públicas (89%). Esta proporción es muy similar entre las mujeres que viven en zonas urbanas (90%) y las mujeres que viven en zonas rurales (91%). Como es de esperarse, casi todas las mujeres (98%) que dieron a luz por cesárea permanecieron 12 horas o más en la unidad médica después del alumbramiento. No se observa una asociación entre la edad de la mujer, su educación o nivel de riqueza con la permanencia en una unidad de salud después del alumbramiento.

Los programas de maternidad segura han aumentado recientemente el énfasis en la importancia de la atención post-natal y recomiendan que todas las mujeres y recién nacidos tengan controles de salud dentro de los dos días después del parto. Como se mencionó, la Norma Oficial Mexicana también indica que la madre y el recién nacido deben tener controles de salud durante el puerperio (inmediatamente, a los 7 y a los 28 días, básicamente). Para evaluar el alcance del uso de la atención post-natal, se preguntó a las mujeres si ellas y sus recién nacidos habían tenido algún control de salud después del alumbramiento, cuándo tuvieron el primer control y qué tipo de profesional de la salud realizó el control del salud después de su último parto en los dos años previos a la encuesta.

En el Cuadro RH.11 se muestra el porcentaje de recién nacidos de los últimos dos años que tuvieron controles de salud y consultas de atención post-natales con un profesional de la salud después del nacimiento. Dicho cuadro proporciona información sobre: 1) qué proporción de recién nacidos recibieron una revisión de la salud inmediatamente después del nacimiento; 2) qué proporción de recién nacidos recibieron revisiones de la salud adicionales a esta revisión inmediata (realizadas durante los días después del nacimiento); y 3) qué proporción de recién nacidos recibieron al menos una revisión de la salud en cualquier momento (ya sea inmediatamente después del nacimiento o en los días posteriores).

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

A nivel nacional, 95% de los recién nacidos tiene una revisión de salud inmediatamente después del nacimiento, ya sea en la unidad de salud o en el hogar. A nivel regional este porcentaje varía entre 92% en el Sur y 98% en la región Noreste. El porcentaje de recién nacidos que recibieron una revisión de salud inmediatamente después del nacimiento es menor en los hogares indígenas (89%) y considerablemente menor para los partos en casa (72%).

Además de los controles de salud después del nacimiento, se indagó sobre las visitas de cuidado post-natal; es decir, una visita diferente por un proveedor de salud para revisar la salud de los recién nacidos en algún momento después del parto. Las visitas de cuidado post-natal para recién nacidos que no recibieron una revisión inmediatamente después del parto fueron más frecuentes después de la primera semana del nacimiento (38%) o entre los 3 a 6 días después del nacimiento (27%). El 21% de los recién nacidos que no recibieron una revisión inmediatamente después del parto, tampoco recibieron ninguna otra visita de cuidado post-natal en algún momento después del parto.

El último indicador de interés en el Cuadro RH.11 indica que a nivel nacional 95% de los nacidos vivos en los dos años antes de la encuesta habían recibido una revisión post-natal en las primeras 48 horas después del nacimiento. Se observa una ligera variación regional para este indicador, desde 92% en el Sur hasta 98% en el Noreste de México. El porcentaje de recién nacidos con revisión post-natal en las primeras 48 horas es menor entre los que nacieron en casa (77%) y en los hogares indígenas (89%).

Cuadro RH.12: Visitas de cuidado post-natal para recién nacidos dentro de la semana posterior al nacimiento

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años cuyo último nacido vivo recibió visita de cuidado post-natal (CPN) dentro de la semana posterior al nacimiento, por lugar y proveedor de la primera visita de CPN, México, 2015.

	Lugar de la primera visita de CPN para recién nacidos				Lugar de la primera visita de CPN para recién nacidos					Número de últimos nacimientos vivos en los últimos dos años con una visita de CPN durante la primera semana de vida	
	Casa	Sector público	Sector privado	Otro lugar	Total	Doctor/ enfermera	Partera profesional técnica	Promotor auxiliar o asistente de salud	Partera tradicional		Total
Total	1.1	85.1	13.7	0.2	100.0	99.6	0.2	0.0	0.1	100.0	705
Región											
Noroeste	0.9	85.8	13.3	0.1	100.0	99.7	0.3	0.0	0.0	100.0	172
Noreste	0.2	95.8	3.7	0.2	100.0	99.8	0.0	0.2	0.0	100.0	152
Centro	2.5	85.3	11.7	0.6	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	121
CDMX-Edo México	0.2	71.1	28.5	0.2	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	142
Sur	2.2	86.6	11.2	0.0	100.0	98.4	1.0	0.0	0.7	100.0	118
Zona de residencia											
Urbana	1.0	81.6	17.2	0.2	100.0	99.6	0.3	0.0	0.1	100.0	505
Rural	1.2	93.7	4.8	0.2	100.0	99.6	0.0	0.1	0.2	100.0	200
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A											
Menos de 20	0.2	90.1	9.6	0.1	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	118
20-34	1.4	84.4	14.0	0.2	100.0	99.5	0.3	0.1	0.2	100.0	514
35-49	0.0	89.6	9.8	0.5	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	66
Lugar del parto											
Casa	(17.3)	(79.9)	(2.8)	(0.0)	100.0	(89.9)	(7.0)	(1.1)	(2.0)	100.0	24
Unidad de salud	0.5	85.3	14.1	0.1	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	678
Público	0.5	96.6	2.8	0.1	100.0	99.9	0.0	0.0	0.1	100.0	579
Privado	0.6	18.8	80.2	0.3	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	99
Otro/Ignorado/NS	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	2
Educación											
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	11
Primaria	2.3	94.0	3.4	0.3	100.0	99.8	0.0	0.0	0.2	100.0	114
Secundaria	0.5	87.3	12.0	0.2	100.0	99.7	0.2	0.0	0.1	100.0	305
Media Superior	0.5	84.9	14.4	0.2	100.0	99.7	0.0	0.1	0.2	100.0	188
Superior	1.6	65.0	33.3	0.1	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0	87

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

En el Cuadro RH.12 se muestra el porcentaje de recién nacidos que tuvieron la primera consulta de cuidado post-natal dentro de la primera semana de haber nacido, por localidad y tipo de profesional de la salud que atendió la visita. Como se ha definido anteriormente, el indicador no incluye las revisiones en la unidad médica o en el hogar inmediatamente después del nacimiento.

La mayoría de las primeras visitas de cuidado post-natal para recién nacidos se realizaron en una unidad de salud pública (85%), con una variación regional desde 71% en la Ciudad de México-Estado de México hasta 96% en la región Noreste. El porcentaje de consultas de cuidado post-natal para recién nacidos en unidades de salud pública es también superior en las zonas rurales (94%) que en zonas urbanas (82%). En contraste, el 14% de las primeras visitas de cuidado post-natal se realizó en el sector privado. El porcentaje de visitas de cuidado post-natal en unidades del sector privado es 17% en zonas urbanas, 29% en la región Ciudad de México-Estado de México y 50% entre los recién nacidos en el quintil más elevado de riqueza. Cabe observar que la mayoría de los recién nacidos que nacen en una unidad de salud privada también son atendidos en una unidad de salud privada para la consulta de cuidado post-natal (80%).

Casi todas las primeras consultas de atención para los recién nacidos en México son realizadas por un/a médico/a o un/a enfermero/a. No se observan diferencias al respecto entre las desagregaciones analizadas.

En los Cuadros RH.13 y RH.14 se presentan los indicadores sobre los controles de salud post-natales y consultas de la madre, contruidos de manera idénticas a los Cuadros RH.11 y RH.12 que presentan los indicadores sobre controles a los recién nacidos.

Cuadro RH.13: Revisiones post-natales para las madres

Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años que recibieron revisiones de salud en la unidad de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento, distribución porcentual que recibieron visitas de cuidado post-natal (CPN) de un proveedor de salud después del nacimiento del último nacimiento, por momento de la visita, y porcentaje que recibió revisiones de salud post-natal, México, 2015.

	Revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en la unidad de salud o en la casa	Visita CPN para madres ^b							Ninguna visita de cuidado post-natal	Total	Revisión de salud post-natal para la madre ^{1,c}	Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años
		Mismo día	1 día después del nacimiento	2 días después del nacimiento	3-6 días después del nacimiento	Después de la primera semana del nacimiento	Después de la primera semana del nacimiento	Después de la primera semana del nacimiento				
Total	94.5	3.2	2.0	3.4	14.2	35.4	41.8	100.0	95.2	1,732		
Región												
Noroeste	97.6	3.4	4.4	1.8	17.9	29.8	42.6	100.0	97.6	323		
Noreste	96.2	2.7	1.8	4.6	12.8	38.7	39.4	100.0	96.7	410		
Centro	96.4	0.3	1.3	3.5	14.5	44.9	35.4	100.0	96.5	281		
CDMX-Edo México	94.0	8.3	1.6	5.5	16.1	34.4	34.0	100.0	96.1	345		
Sur	89.1	0.9	1.1	1.4	10.3	30.3	56.1	100.0	89.6	372		
Zona de residencia												
Urbana	95.5	3.0	2.1	3.8	13.2	36.4	41.4	100.0	96.2	1,295		
Rural	91.7	3.8	1.7	2.2	16.9	32.4	43.1	100.0	92.2	437		
Edad de la madre en el momento del nacimiento ^A												
Menos de 20	94.1	2.3	1.1	3.1	12.5	33.6	47.5	100.0	94.3	323		
20-34	94.0	3.4	2.6	3.5	13.9	35.9	40.6	100.0	94.9	1,206		
35-49	98.0	3.3	0.2	2.9	15.3	36.8	41.5	100.0	98.2	197		
Lugar del parto												
Casa	59.4	19.0	5.4	2.4	11.4	8.1	53.7	100.0	76.3	48		
Unidad de salud	95.6	2.6	1.9	3.4	14.3	36.2	41.5	100.0	95.8	1,679		
Público	95.1	2.4	1.8	3.2	13.8	33.6	45.2	100.0	95.3	1,413		
Privado	98.0	3.9	2.4	4.6	16.8	50.3	22.0	100.0	98.2	266		
Otro/Ignorado/NS	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	(*)	5		
Tipo de parto												
Vaginal	92.4	3.4	2.1	3.3	13.6	25.9	51.7	100.0	93.5	1,025		
Cesárea	97.6	2.8	2.0	3.5	15.0	49.2	27.6	100.0	97.7	707		

Cuadro RH.13: Revisiones post-natales para las madres (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años que recibieron revisiones de salud en la unidad de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento, distribución porcentual que recibieron visitas de cuidado post-natal (CPN) de un proveedor de salud después del nacimiento del último nacimiento, por momento de la visita, y porcentaje que recibió revisiones de salud post-natal, México, 2015.

	Revisión de salud inmediatamente después del nacimiento en la unidad de salud o en la casa	Visita CPN para madres ^b							Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años
		Mismo día	1 día después del nacimiento	2 días después del nacimiento	3-6 días después del nacimiento	Después de la primera semana del nacimiento	Ninguna visita de cuidado post-natal	Revisión de salud post-natal para la madre ^{1,c}	
Educación									
Ninguna	91.6	8.8	1.1	3.3	10.8	9.8	66.2	100.0	28
Primaria	87.8	6.1	1.3	1.7	11.6	30.6	48.6	100.0	292
Secundaria	95.9	2.2	2.4	5.3	15.4	31.0	43.7	100.0	717
Media Superior	96.0	2.5	2.3	2.3	15.0	36.7	41.2	100.0	474
Superior	96.3	3.1	1.3	1.8	12.0	56.6	25.2	100.0	221
Quintiles de índice de riqueza									
Más pobre	90.9	2.5	1.7	3.6	15.0	33.7	43.6	100.0	418
Segundo	93.1	4.6	0.9	4.7	14.5	31.5	43.8	100.0	492
Medio	98.2	2.1	3.3	3.4	15.5	30.6	45.2	100.0	365
Cuarto	95.4	1.5	1.2	2.2	11.2	43.5	40.5	100.0	271
Más rico	97.8	5.6	4.3	1.3	12.9	47.7	28.2	100.0	186
Etnia del jefe del hogar^b									
Hogar indígena	88.8	1.1	1.7	2.9	9.3	28.1	57.0	100.0	148
Hogar no indígena	95.0	3.4	2.0	3.4	14.6	36.1	40.4	100.0	1,584

1. MICS indicador 5.12 - Chequeos post-natales para la madre.

- Revisiones de salud por un proveedor de salud inmediatamente después del nacimiento en una unidad de salud (antes de ser dados de alta de la unidad de salud) o inmediatamente después del nacimiento en el hogar (antes de que el proveedor de salud salga del hogar).
 - Visitas de cuidado post-natal (CPN) se refieren a una visita separada por un proveedor de salud para revisar la salud de la madre y proveer servicios de cuidado preventivos. Las visitas de CPN no incluyen las revisiones de salud inmediatamente posteriores al nacimiento realizadas en la unidad de salud o en la casa (ver nota a anterior).
 - Revisiones de salud post-natal incluyen cualquier revisión de salud ejecutada en la unidad de salud o en la casa inmediatamente después del nacimiento (ver nota a anterior), así como las visitas de CPN (ver nota b anterior) dentro de los dos días posteriores al parto.
- A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro RH.13 presenta un patrón bastante similar al del Cuadro RH.11, pero con algunas diferencias importantes. En total, 95% de las madres tiene un control de salud después del parto, ya sea en la unidad médica o en el hogar. Por otro lado, las visitas de cuidado post-natal para las mujeres que no recibieron una revisión inmediatamente después del parto se realizaron principalmente después de la primera semana (35%) o entre 3 y 6 días después del parto (14%). Como resultado, 95% de todas las madres tiene un control de salud post-natal. Este porcentaje varía entre 90% en la región Sur y 98% en la región Noroeste. Las madres que viven en las zonas urbanas tienen más probabilidades de tener un control de salud después del parto (96%) que sus contrapartes viviendo en contextos rurales (92%). El porcentaje de mujeres que recibieron una revisión de salud post-natal, ya sea inmediatamente o en los primeros días después del parto, disminuye a 90% en la región Sur, a 89% en mujeres de hogares indígenas y a 76% en mujeres que dieron a luz en la casa.

Los controles a la salud de la madre después del nacimiento se realizaron principalmente en las unidades médicas donde fue atendido el parto; es decir, 95% de las mujeres que dieron a luz en el sector público tuvieron su primera visita de cuidados post-natales en el sector público, y 85% de las mujeres que dieron a luz en el sector privado tuvieron su primera visita de cuidados post-natales en el sector privado. La principal diferencia entre el Cuadro RH.11 para los recién nacidos y el Cuadro RH.13 para las madres es que el porcentaje con visitas de cuidado post-natal es más bajo para las madres que para los recién nacidos. El porcentaje de mujeres que no tuvieron ninguna visita de cuidado post-natal entre las que no habían recibido ninguna revisión inmediatamente después del parto es de 42%, casi dos veces más alto que el porcentaje de recién nacidos que no recibieron una visita de cuidado post-natal entre los que no habían recibido ninguna revisión inmediatamente después de nacer (22%). Como en el caso de los recién nacidos, este porcentaje es más elevado en la región Sur (56%), entre madres que dieron a luz en casa (54%), y sin educación (66%).

El Cuadro RH.14 coincide con el Cuadro RH.12, pero aborda las consultas de cuidado post-natal de las madres por lugar y tipo de profesional de la salud. Como se ha definido anteriormente, la consulta no incluye el control en la unidad de salud o en el hogar inmediatamente después del nacimiento.

En general, 80% de las primeras consultas de cuidado post-natal se realizan en una unidad de salud pública y 19% en una unidad de salud privada. Esta proporción varía según las diferentes características de contexto. El porcentaje de consultas de cuidado post-natal que se realizaron en el sector público es más alto en la región Noreste (95%), en zonas rurales (92%), en mujeres que dieron a luz en el sector público (95%), en mujeres en el quintil más bajo de riqueza (91%) y en hogares indígenas (87%). En contraste, porcentaje de consultas de cuidado post-natal que se realizaron en el sector privado es más alto entre mujeres de la región Ciudad de México-Estado de México (32%), en zonas urbanas (23%), que dieron a luz en el sector privado (85%), que tuvieron cesárea (25%), con educación superior (37%), en los hogares más ricos (48%) y en los hogares no indígenas (19%).

En cuanto a los profesionales de la salud que proporcionaron la primera consulta de cuidado post-natal a las madres, no hay variaciones importantes en las características de contexto. En todos los casos la gran mayoría fue atendida por un médico o una enfermera (con sólo 0.2% atendidas por una partera profesional técnica). Normalmente se espera que todas las mujeres que dan a luz por cesárea sean atendidas por un médico o enfermera en su primera consulta de atención post-natal. Sin embargo, una muy pequeña proporción de estas mujeres (0.6%) reporta haber sido atendidas por un promotor auxiliar o asistente de salud.

Cuadro RH.15: Revisiones de salud post-natales para madres y recién nacidos

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años por revisiones de salud post-natal para las madres y recién nacidos, dentro de los dos días del nacimiento más reciente, México, 2015.

	Revisiones de salud post-natal dentro de los dos días del nacimiento para:					Total	Número de mujeres con un nacido vivo en los últimos dos años
	Tanto madre y recién nacido	Sólo la madre	Sólo el recién nacido	Ninguno (ni madre ni recién nacido)	Ignorado		
Total	93.1	2.1	2.3	2.5	0.0	100.0	1,732
Región							
Noroeste	94.1	3.4	1.5	0.9	0.0	100.0	323
Noreste	95.8	0.9	2.2	1.0	0.0	100.0	410
Centro	94.3	2.2	1.1	2.3	0.0	100.0	281
CDMX-Edo México	93.3	2.7	1.8	2.1	0.1	100.0	345
Sur	88.0	1.6	4.3	6.1	0.0	100.0	372
Zona de residencia							
Urbana	94.3	1.9	2.0	1.8	0.0	100.0	1,295
Rural	89.6	2.6	3.1	4.8	0.0	100.0	437
Edad de la madre en el momento del nacimiento^A							
Menos de 20	92.2	2.2	2.5	3.2	0.0	100.0	323
20-34	93.1	1.7	2.4	2.7	0.0	100.0	1,206
35-49	93.9	4.3	1.5	0.3	0.0	100.0	197
Lugar del parto							
Casa	74.3	2.0	2.7	21.0	0.0	100.0	48
Unidad de salud	93.6	2.1	2.2	2.0	0.0	100.0	1,679
Público	93.1	2.2	2.5	2.2	0.0	100.0	1,413
Privado	96.7	1.4	1.0	0.8	0.0	100.0	266
Otro/Ignorado/NS	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	5
Tipo de parto							
Vaginal	91.0	2.5	3.1	3.4	0.0	100.0	1,025
Cesárea	96.1	1.6	1.1	1.2	0.0	100.0	707
Educación							
Ninguna	90.6	1.1	2.9	5.5	0.0	100.0	28
Primaria	88.0	2.4	3.3	6.3	0.0	100.0	292
Secundaria	94.3	2.0	1.4	2.2	0.0	100.0	717
Media Superior	93.5	2.6	2.5	1.4	0.0	100.0	474
Superior	95.1	1.2	3.2	0.5	0.0	100.0	221
Quintiles de índice de riqueza							
Más pobre	89.4	2.1	3.3	5.2	0.0	100.0	418
Segundo	91.5	3.3	2.2	3.0	0.1	100.0	492
Medio	95.7	2.6	0.7	1.0	0.0	100.0	365
Cuarto	95.4	0.0	3.0	1.5	0.0	100.0	271
Más rico	96.9	0.9	2.2	0.0	0.0	100.0	186
Etnia del jefe del hogar^B							
Hogar indígena	85.9	3.0	3.4	7.7	0.0	100.0	148
Hogar no indígena	93.7	2.0	2.2	2.1	0.0	100.0	1,584

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.



© UNICEF/Andrés Ramírez

En el Cuadro RH.15 se presenta la distribución de mujeres con un nacido vivo en los dos años previos a la encuesta, por controles de salud recibidos o consultas de atención post-natal para la madre y el recién nacido dentro de los 2 días de nacimiento, combinando así los indicadores que se presentan en los Cuadros RH.11 y RH.13.

La ENIM muestra que en 93% de los nacidos vivos, tanto las madres como los recién nacidos tuvieron ya sea un control de salud inmediatamente después del parto o una consulta oportuna de atención post-natal en las primeras 48 horas después del parto, mientras que 3% de los nacimientos no tuvo controles de salud ni consultas oportunas de atención post-natal. No se observan diferencias notables entre las variables observadas, excepto al analizar a las mujeres que dieron a luz en casa, que presentan el mayor porcentaje de madres y recién nacidos sin ninguna revisión de salud post-natal (21%).



VIII. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

La etapa de la infancia temprana, que dura aproximadamente hasta los 8 años, es crucial para el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional. Durante estos primeros años, el cerebro de los niños y niñas es altamente vulnerable y responsivo tanto a experiencias buenas como malas. El desarrollo cerebral óptimo requiere un ambiente estimulante, cuidados y nutrición adecuados, así como la interacción con cuidadores atentos. La ausencia de estas condiciones y la falta de oportunidades de estimulación y educación temprana pueden originar dificultades y problemas irreversibles que ponen en causa el potencial de desarrollo de los niños y niñas para el resto de sus vidas.

La ENIM 2015 incluye el reporte de una variedad de ámbitos del desarrollo y bienestar infantiles, incluyendo el estado nutricional, vacunación y los contextos en que viven de los niños y niñas. En este capítulo se describen, además de estos, otros ámbitos del desarrollo infantil temprano para los cuales no se contaba con evidencia en México, enfocados en cuatro áreas vitales:

- Cuidado y educación de la infancia temprana
- Calidad del cuidado
- Estado de desarrollo de los niños y niñas de 3 y 4 años
- Desarrollo no adecuado de los niños y niñas de 3 meses a 4 años¹

Cuidado y educación de la infancia temprana

La preparación para la escuela primaria se puede mejorar mediante la asistencia de los niños/as a programas educativos para la infancia temprana o a preescolares. Los programas educativos para la infancia temprana incluyen programas que tienen componentes de aprendizaje organizados para los niños/as, a diferencia de los lugares donde los cuidan y las guarderías infantiles donde generalmente no hay una educación ni aprendizaje organizados.

En México existen dos niveles educativos que atienden a la primera infancia: el inicial y el preescolar. La educación inicial atiende a niñas y niños desde los 45 días de nacidos hasta los tres años y el preescolar de tres a cinco años. La administración de los servicios de educación inicial y preescolar es descentralizada y está a cargo de los gobiernos estatales, siendo la Secretaría de Educación Pública (SEP) la responsable de la normatividad del desarrollo curricular.

La educación inicial en México está diseñada con el propósito de propiciar el desarrollo cognitivo, físico, afectivo y social. En los centros de esta índole, se proporciona orientación a padres y madres de familia o a los cuidadores para guiarlos en la educación de sus hijos e hijas en los primeros años de vida. La educación inicial se rige por el Modelo de Atención con Enfoque Integral para la Educación Inicial y se ofrece en distintas modalidades que responden al contexto donde habitan las y los niños, principalmente institucional y comunitario. La mayor cobertura se concentra en la modalidad comunitaria, atendida por el CONAFE mediante talleres comunitarios que en 2014 beneficiaron a 438,402 niñas y niños.²

Los servicios de educación temprana se ofrecen por distintas instituciones puesto que han surgido como respuesta a la demanda de las familias trabajadoras. Entre los más destacados dentro de la oferta pública para la población derechohabiente se encuentran:

- Centros de Desarrollo Infantil (CENDI)
- Centros de Educación Inicial Indígena
- El Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos
- Las Guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- Las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros de Asistencia Infantil Comunitaria (CAIC)

La educación preescolar constituye la fase inicial del sistema escolarizado. Su objetivo es propiciar el desarrollo integral y armónico de las capacidades afectivas, sociales, físicas y cognoscitivas de las niñas y de los niños, ajustándose a las características de su edad y entorno).³ En 2002, se aprobó la obligatoriedad de la educación preescolar como parte de la educación básica en México con la cual se inició la reforma en este nivel. Se constituye por 3 niveles que atienden a niños y niñas de 3, 4 y 5 años de edad, y se implementa mediante el Programa de Estudio 2011- Guía para la Educadora- Educación Básica Preescolar, basado en competencias que las y los estudiantes deben desarrollar. El programa se organiza en seis campos formativos que son: (i) lenguaje y comunicación, (ii) pensamiento matemático, (iii) exploración y conocimiento del mundo, (iv) desarrollo físico y salud, (v) desarrollo personal y social y (vi) expresión y apreciación artísticas.⁴ La educación preescolar en México se ofrece en las modalidades general, también conocida como jardines de niños; indígena, en la cual se ofrece un currículo intercultural bilingüe; y comunitaria, la cual se imparte en localidades rurales con menos de 500 habitantes y es operada por el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE).⁵

² Datos administrativos del CONAFE otorgados a UNICEF.

³ SEP, Principales Cifras del Sistema Educativo 2011 – 2012.

⁴ SEP, Programa de Estudio 2011/Guía para la Educadora Preescolar.

⁵ El CONAFE es un organismo descentralizado de la Secretaría de Educación Pública (SEP) que proporciona servicios de educación básica en localidades marginadas que por su tamaño o ubicación no pueden contar con servicios regulares.

La meta 4.2 del ODS 4 incluye como uno de sus indicadores el porcentaje de niños de 24 meses y más que asisten a un programa de aprendizaje temprano y educación organizado. En México, sesenta por ciento de los niños/as de 36 a 59 meses asiste a un programa educativo organizado para la infancia temprana (Cuadro CD.1), siendo la asistencia más elevada entre los niños/as de 48 a 59 meses (75%) que entre los niños/as de 36 a 47 meses (40%). No se encuentran diferencias notables entre zonas urbanas y rurales, en contraste con lo que se observa entre regiones. Entre los niños/as de 36 a 59 meses, la asistencia a programas educativos para la infancia temprana varía entre 44% en la región Noroeste y 77% en la región Centro. Se observa que el porcentaje de niñas que asiste a programas educativos para la infancia es ligeramente más elevado que lo reportado para los niños (62% y 58%, respectivamente).

La asistencia a estos programas es considerablemente más elevada entre los niños/as que viven en los hogares más ricos (71%) en comparación con los niños/as en hogares más pobres (58%).

Cuadro CD.1: Educación de la infancia temprana

Porcentaje de niños/as de 36-59 meses que asisten a un programa organizado de educación de la niñez temprana, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses que asisten actualmente a educación de niñez temprana ¹	Número de niños/as en edad de 36-59 meses
Total	60.0	3,415
Sexo		
Hombre	57.5	1,548
Mujer	62.2	1,866
Región		
Noroeste	43.5	587
Noreste	55.2	771
Centro	76.8	677
CDMX-Edo México	51.5	644
Sur	70.4	736
Zona de residencia		
Urbana	59.8	2,555
Rural	60.9	860
Edad del niño/a		
36-47 meses	40.0	1,456
48-59 meses	75.0	1,959
Educación de la madre		
Ninguna	50.7	84
Primaria	55.0	670
Secundaria	53.7	1,351
Media Superior	60.4	739
Superior	82.1	570
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	58.2	809
Segundo	57.1	868
Medio	55.3	678
Cuarto	63.7	579
Más rico	70.7	480
Etnia del jefe del hogar^A		
Hogar indígena	61.0	300
Hogar no indígena	60.0	3,114

1. MICS indicador 6.1 - Asistencia a programas de educación infantil temprana.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Calidad del cuidado

Es bien sabido que durante los primeros 3 a 4 años de vida el cerebro se desarrolla rápidamente, y durante esta etapa, la calidad del cuidado en el hogar es el principal determinante del desarrollo del niño/a.⁶ En este contexto, la participación de los adultos en las actividades de los niños/as, la presencia de libros infantiles en el hogar y las condiciones del cuidado son indicadores importantes de la calidad del cuidado en el hogar. Lo óptimo es lo que se señala en el documento de UNICEF, *Un mundo apropiado para niños:* "...criar a los niños en un entorno seguro que les permita disfrutar de buena salud, estar mentalmente alerta, sentirse emocionalmente seguros y ser socialmente competentes y capaces de aprender".⁷

En la encuesta se recolectó información sobre una serie de actividades que apoyan el aprendizaje en la infancia temprana. Estas incluyen la participación conjunta entre adultos y niños/as en las siguientes actividades: leer libros infantiles o ver libros con imágenes, contar cuentos, cantar canciones, sacar a los niños/as al exterior del hogar, al jardín o al patio, jugar con ellos/as y dedicarles tiempo para que aprendan a nombrar, contar o dibujar objetos.

Para tres cuartas partes (76%) de los niños/as de 36 a 59 meses, un miembro adulto de la familia participó en cuatro o más actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela durante los tres días previos a la encuesta (Cuadro CD.2). La media del número de actividades en las que los adultos participaron con los niños/as fue de 4.5. Sólo 3% por ciento de niños/as no recibieron participación por parte de un adulto en el hogar en alguna actividad, aunque este porcentaje se eleva a 15% entre los niños/as cuyas madres no tienen educación formal, y 18% entre los niños/as cuyos padres no tienen educación formal. Asimismo, el porcentaje de niños/as con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad es tres veces mayor en hogares indígenas (6%) que en hogares no indígenas (2%). La proporción de niños/as con quien algún miembro del hogar participó en actividades de apoyo al aprendizaje fue de 94% en los hogares más ricos, en contraste con sólo 62% en los hogares más pobres. El cuadro también indica que la participación del padre en estas actividades fue limitada ya que su participación en cuatro o más actividades fue de sólo 14% comparado con 62% de participación de las madres. La participación de la madre en actividades de apoyo al aprendizaje aumenta con el nivel de riqueza del hogar, siendo de 84% en los hogares más ricos y de 47% en los más pobres. En contraste, la participación del padre en actividades de aprendizaje aumenta en los primeros cuatro quintiles de riqueza (aumentando de 7% a 23%), para reducirse a sólo 11% en el quintil más elevado de riqueza.

⁶ Grantham-McGregor, S et al. 2007. *Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries*. The Lancet 369: 60–70

Belsky, J et al. 2006. *Socioeconomic Risk, Parenting During the Preschool Years and Child Health Age 6 Years*. European Journal of Public Health 17(5): 511–2

⁷ UNICEF. 2002. *Un mundo apropiado para niños* adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Sesión Especial 27, 10 de mayo de 2002: 2. (<http://daccess-ods.un.org/TMP/703490.972518921.html>).

Cuadro CD.2: Apoyo al aprendizaje

Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses con los que un miembro adulto del hogar participó en actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela durante los tres últimos días, y la participación en estas actividades por parte de los padres y madres biológicos, México, 2015.

	Porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más ¹	Número promedio de actividades con miembros adultos del hogar	Porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar (que no sean los padres) participaron en cuatro actividades o más	Número promedio de actividades con miembros adultos del hogar que no sean los padres	Porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad	Porcentaje de niños viviendo con su:		Número de niños de 36-59 meses	Porcentaje de niños con los que su padre biológico participó en cuatro actividades o más ²	Número promedio de actividades con el padre biológico	Número de niños de 36-59 meses viviendo con su padre biológico	Porcentaje de niños con los que su madre biológica participó en cuatro actividades o más ³	Número promedio de actividades con la madre biológica	Número de niños de 36-59 meses viviendo con su madre biológica
Total	76.0	4.5	11.1	0.9	2.7	72.2	95.9	3,415	14.4	1.3	2,465	61.9	3.8	3,275
Sexo														
Hombre	71.1	4.3	9.6	0.9	3.4	70.0	96.0	1,548	14.3	1.3	1,083	57.7	3.7	1,486
Mujer	80.0	4.6	12.3	1.0	2.1	74.0	95.8	1,866	14.5	1.3	1,381	65.4	3.9	1,789
Región														
Noroeste	73.3	4.5	10.5	1.0	1.4	65.7	97.0	587	16.6	1.5	386	63.1	4.1	570
Noreste	81.6	4.8	8.4	0.7	1.9	69.7	97.2	771	13.7	1.2	537	74.4	4.4	749
Centro	74.5	4.2	6.0	0.6	3.3	80.4	95.6	677	11.3	1.3	545	64.1	3.7	647
CDMX-Edo México	84.2	4.9	18.1	1.4	1.8	70.4	98.2	644	20.8	1.7	453	65.4	4.0	632
Sur	66.4	4.1	12.9	1.1	4.5	73.9	91.9	736	10.7	1.0	544	42.7	2.9	676
Zona de residencia														
Urbana	79.2	4.6	11.2	0.9	2.0	70.5	95.8	2,555	15.4	1.4	1,800	65.2	3.9	2,448
Rural	66.4	4.0	10.9	1.0	4.6	77.3	96.2	860	11.4	1.1	665	52.0	3.3	827
Edad														
36-47 meses	72.1	4.4	9.6	0.9	3.0	72.7	95.8	1,456	15.7	1.4	1,058	57.3	3.7	1,395
48-59 meses	78.9	4.5	12.2	1.0	2.4	71.8	96.0	1,959	13.5	1.3	1,406	65.3	3.9	1,880
Educación de la madre^a														
Ninguna	49.3	3.3	12.5	1.3	15.2	71.1	79.1	84	4.4	0.8	60	26.4	1.8	67
Primaria	62.1	3.8	11.7	0.9	6.7	73.9	92.4	670	10.0	1.0	495	45.3	3.0	619
Secundaria	73.5	4.5	11.0	0.9	1.9	70.1	96.6	1,351	13.8	1.3	947	56.3	3.7	1,305
Media superior	82.9	4.9	10.9	1.0	1.0	71.7	98.5	739	16.6	1.5	530	72.7	4.3	728
Superior	93.2	4.9	10.8	0.9	0.1	76.0	97.6	570	19.7	1.7	433	85.8	4.5	556
Educación del padre^A														
Ninguna	66.1	3.8	2.6	0.5	17.8	100.0	99.2	61	16.7	1.4	61	40.6	2.9	61
Primaria	59.5	3.9	7.7	0.7	5.2	100.0	99.1	583	12.9	1.4	583	47.0	3.3	578
Secundaria	75.5	4.5	6.9	0.7	2.7	100.0	96.8	901	17.9	1.7	901	59.8	3.8	872
Media superior	82.4	4.8	15.1	1.1	1.1	100.0	99.2	518	26.9	2.1	518	73.6	4.4	514
Superior	94.9	4.8	2.6	0.4	0.0	100.0	97.2	400	23.7	2.1	400	87.3	4.4	389
No se puede determinar	75.7	4.5	19.2	1.5	2.1	0.0	90.6	950	(*)	(*)	0	57.3	3.6	861

Cuadro CD.2: Apoyo al aprendizaje (cont.)

Porcentaje de niños/as de 36 a 59 meses con los que un miembro adulto del hogar participó en actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela durante los tres últimos días, y la participación en estas actividades por parte de los padres y madres biológicos, México, 2015.

	Porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar participaron en cuatro actividades o más ¹	Número promedio de actividades con miembros adultos del hogar	Porcentaje de niños con los que miembros adultos del hogar (que no sean los padres) participaron en cuatro actividades o más	Número promedio de actividades con miembros adultos del hogar que no sean los padres	Porcentaje de niños con los que ningún adulto del hogar participó en alguna actividad	Porcentaje de niños viviendo con su:		Número de niños de 36-59 meses	Porcentaje de niños con los que su padre biológico participó en cuatro actividades o más ²	Número promedio de actividades con el padre biológico	Número de niños de 36-59 meses viviendo con su padre biológico	Porcentaje de niños con los que su madre biológica participó en cuatro actividades o más ³	Número promedio de actividades con la madre biológica	Número de niños de 36-59 meses viviendo con su madre biológica
						Padre biológico	Madre biológica							
Quintiles de índice de riqueza														
Más pobre	61.5	3.8	10.7	1.0	6.8	74.6	96.2	809	7.1	0.9	604	46.5	3.0	778
Segundo	76.4	4.6	8.1	0.7	1.9	71.0	92.7	868	16.0	1.3	616	59.6	3.8	805
Medio	74.4	4.6	10.4	1.0	2.2	66.9	96.9	678	15.7	1.4	454	60.5	3.9	657
Cuarto	83.0	4.9	18.8	1.2	0.8	73.0	97.4	579	23.0	1.7	423	70.4	4.3	565
Más rico	93.6	4.7	9.0	1.0	0.0	76.6	98.0	480	11.7	1.4	368	83.8	4.3	470
Etnia del jefe del hogar ³														
Hogar indígena	62.6	3.8	14.4	1.0	6.3	82.8	95.4	300	8.6	1.0	249	44.9	3.0	287
Hogar no indígena	77.3	4.5	10.8	0.9	2.3	71.2	96.0	3,114	15.0	1.4	2,216	63.6	3.9	2,988

1. MICS indicador 6.2 - Apoyo al aprendizaje.

2. MICS indicador 6.3 - Apoyo paterno para el aprendizaje.

3. MICS indicador 6.4 - Apoyo materno para el aprendizaje.

a. La característica básica "Educación de la madre" se refiere al nivel de educación del entrevistado del Cuestionario de menores de 5 años, y cubre tanto a la madre como al cuidador principal, quienes son entrevistados cuando la madre no está en la lista de miembros del hogar. Dado que el indicador 6.4 indica apoyo de la madre biológica para el aprendizaje, esta característica básica se refiere solamente a los niveles de educación de madres biológicas cuando se calcula para el indicador en cuestión.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Se observan diferencias entre los sexos en cuanto a la participación de los adultos en actividades con niños (71%) y niñas (80%); sin embargo, no hay diferencias entre la proporción de padres quienes realizaron actividades con hijos varones (14%), en comparación con los padres que participaron en actividades con las hijas (14%). Entre los niños/as que viven en zonas urbanas, una mayor proporción de adultos participó en actividades de aprendizaje y de preparación para la escuela (79%) comparado con los niños/as de las zonas rurales (66%). También se observan diferencias notorias por regiones y por estatus socioeconómico: la mayor participación de adultos en las actividades de los niños/as se observó en la región Ciudad de México-Estado de México (84%) y la menor en la región Sur (66%).

La exposición de los niños/as a los libros durante sus primeros años no sólo les permite una mejor comprensión sobre la naturaleza de las letras, sino que también les da la oportunidad de ver a otros leyendo; por ejemplo, a los hermanos mayores haciendo deberes escolares. La presencia de libros en el hogar es importante para el posterior rendimiento escolar. Se les preguntó a las madres/cuidadores de todos los niños/as menores de 5 años sobre el número de libros infantiles o de imágenes y los tipos de juguetes que había en el hogar.

De acuerdo a los resultados de la ENIM, sólo 35% por ciento de los niños/as de 0 a 59 meses vive en hogares donde hay al menos 3 libros infantiles (Cuadro CD.3). La proporción de niños/as con 10 o más libros es de tan sólo 8%. Si bien las diferencias por sexo son pequeñas (hombres 32% y mujeres 37%), un porcentaje más alto de niños/as urbanos (40%) parece tener acceso a libros infantiles que los que viven en hogares rurales (19%). La presencia de libros infantiles se correlaciona positivamente con la edad del niño/a; en los hogares con niños de 24 a 59 meses, el 47% tiene 3 o más libros infantiles, mientras que la cifra es de 14% en los hogares con niños/as de 0 a 23 meses. La disponibilidad de libros infantiles se asocia a la educación de la madre y, como sería de esperarse, al nivel de riqueza del hogar. Se observa un patrón similar para los hogares con 10 o más libros. La diferencia entre los niños/as de hogares indígenas y no indígenas es notoria pues el porcentaje de niños menores de 5 años que tienen más de 3 libros es más del doble del observado que en los hogares indígenas (37% y 14%, respectivamente) y el triple al observar niños/as con 10 o más libros (9% y 3%, respectivamente).

Cuadro CD.3: Materiales para el aprendizaje

Porcentaje de niños/as menores de 5 años por número de libros para niños/as presentes en el hogar y por cosas para jugar que utilizan los niños/as, México, 2015.

	Porcentaje de niños viviendo en hogares que tienen para el niño:		Porcentaje de niños que juegan con:				Número de niños/as menores de 5 años
	3 libros infantiles o más¹	10 libros infantiles o más	Juguetes caseros	Juguetes de una tienda/ manufacturados	Objetos del hogar/ objetos encontrados fuera	Dos o más tipos de cosas para jugar²	
Total	34.9	8.0	34.2	91.9	72.3	75.9	8,066
Sexo							
Hombre	32.3	6.7	30.7	91.0	71.1	74.1	3,841
Mujer	37.3	9.3	37.4	92.7	73.4	77.5	4,225
Región							
Noroeste	29.9	5.1	32.7	91.2	73.2	77.7	1,442
Noreste	35.4	7.6	32.3	92.3	74.6	77.5	1,831
Centro	41.1	4.6	32.8	93.8	76.8	79.1	1,517
CDMX-Edo México	51.3	18.4	39.9	94.1	70.2	75.5	1,556
Sur	18.5	4.7	33.6	88.4	66.9	70.2	1,720
Zona de residencia							
Urbana	40.1	9.8	35.4	92.4	72.3	76.4	6,076
Rural	19.3	2.6	30.7	90.4	72.2	74.3	1,990
Edad							
0-23 meses	13.6	2.6	25.8	82.7	54.7	59.3	2,852
24-59 meses	46.6	11.0	38.8	96.9	81.9	85.0	5,214
Educación de la madre ^A							
Ninguna	5.6	1.2	23.5	83.8	63.6	67.5	174
Primaria	16.4	3.0	27.8	87.8	69.8	72.9	1,422
Secundaria	28.2	6.4	32.5	91.6	70.7	73.8	3,174
Media superior	45.0	8.0	35.0	93.8	73.2	78.4	2,173
Superior	62.4	20.2	47.6	95.4	79.4	82.2	1,120

Cuadro CD.3: Materiales para el aprendizaje (cont.)

Porcentaje de niños/as menores de 5 años por número de libros para niños/as presentes en el hogar y por cosas para jugar que utilizan los niños/as, México, 2015.

	Porcentaje de niños viviendo en hogares que tienen para el niño:		Porcentaje de niños que juegan con:				Número de niños/as menores de 5 años
	3 libros infantiles o más¹	10 libros infantiles o más	Juguetes caseros	Juguetes de una tienda/ manufacturados	Objetos del hogar/ objetos encontrados fuera	Dos o más tipos de cosas para jugar²	
Quintiles de índice de riqueza	15.2	1.5	33.9	87.8	71.4	73.5	1,892
	25.0	3.5	32.0	90.9	68.1	72.9	2,085
	32.8	7.7	32.6	92.3	71.0	75.0	1,674
	58.1	17.7	30.7	95.5	74.7	78.8	1,486
	64.2	16.8	48.7	96.1	81.5	84.8	929
Etnia del jefe del hogar³	14.2	2.7	34.6	85.1	68.3	69.9	673
	36.8	8.5	34.2	92.5	72.6	76.5	7,390

1. MICS indicador 6.5 - Disponibilidad de libros infantiles.

2. MICS indicador 6.6 - Disponibilidad de juguetes.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

El Cuadro CD.3 también muestra que 76% de los niños/as de 0 a 59 meses tenía 2 o más juguetes en sus hogares. Los tipos de juguetes incluidos en los cuestionarios se refieren a juguetes hechos en casa (como muñecas, coches u otros juguetes hechos en casa), juguetes que provenían de una tienda y utensilios del hogar (como ollas y vasijas) u objetos y materiales encontrados fuera del hogar (por ejemplo, palos, piedras, conchas de animales u hojas). Es interesante observar que 92% de los niños/as juega con juguetes que provienen de una tienda; sin embargo, los porcentajes de otros tipos de juguetes están por debajo del 34%. La proporción de niños/as que tienen 2 o más tipos de juguetes es de 74% entre los niños y de 78% entre las niñas. No se observan diferencias entre la zona urbana y la rural en este sentido. Se observan diferencias con relación a la educación de la madre, aunque no tan grandes como las observadas en disponibilidad de libros: 74% de los hijos/as de madres con educación secundaria, 78% de los hijos/as de madres con media superior y 82% de los hijos/as de madres con educación superior tienen dos o más tipos de juguetes, mientras que la proporción es de 68% en los niños/as cuyas madres no tienen educación. En contraste también con la disponibilidad de libros, la existencia de juguetes en el hogar presenta menos variabilidad regional y por nivel de riqueza.

Se sabe que dejar a los niños/as solos o en presencia de otros niños/as pequeños aumenta el riesgo de accidentes y lesiones.⁸ En la ENIM se hicieron dos preguntas para averiguar si los niños/as de 0 a 59 meses se quedaron solos durante la semana anterior a la entrevista, y si fueron dejados al cuidado de otros niños/as menores de 10 años.

El Cuadro CD.4 muestra que 4% de los niños/as de 0 a 59 meses fue dejado al cuidado de otros niños/as (menores de 10 años), mientras que 2% se quedó solo durante la semana anterior a la entrevista. Mediante la combinación de estos indicadores relacionados con el cuidado infantil, se calcula que un total de 5% de los niños/as tuvieron atención inadecuada durante la semana previa a la encuesta, ya sea porque los dejaron solos o al cuidado de otro niño/a. No se observan diferencias importantes por el sexo del niño/a; sin embargo, existen diferencias entre zonas urbanas y rurales. En zonas urbanas el 4% de los niños/as tuvieron atención inadecuada durante la semana previa a la encuesta, este porcentaje es de 8% en las zonas rurales. Por otra parte, el descuido fue más prevalente entre los hijos/as de mujeres con educación primaria (10%) que entre niños/as cuyas madres tenían educación secundaria o más.

Se observan también diferencias en cuanto al nivel de riqueza del hogar, ya que la atención inadecuada en los hogares más pobres (8%) es casi tres veces más prevalente que en los hogares de mayor riqueza (4% cuarto quintil y 3% más ricos). Asimismo, en los hogares indígenas se presenta una prevalencia de atención inadecuada casi dos veces mayor que en los hogares no indígenas (9% y 5%, respectivamente).

⁸ Grossman, DC. 2000. *The History of Injury Control and the Epidemiology of Child and Adolescent Injuries*. *The Future of Children*, 10(1): 23-52.

Cuadro CD.4: Cuidado inadecuado

Porcentaje de niños/as menores de 5 años dejados solos o al cuidado de otro niño/a menor de 10 años durante más de una hora al menos una vez durante la semana pasada, México, 2015.

Porcentaje de niños/as menores de 5 años				
	Dejados solos la semana pasada	Dejados al cuidado de otro niño/a menor de 10 años la semana pasada	Dejados con cuidado inadecuado en la semana pasada ¹	Número de niños/as menores de 5 años
Total	2.4	3.5	5.1	8,066
Sexo				
Hombre	2.6	3.7	5.3	3,841
Mujer	2.3	3.3	4.8	4,225
Región				
Noroeste	2.1	5.3	6.0	1,442
Noreste	1.7	2.0	3.5	1,831
Centro	2.7	3.6	5.9	1,517
CDMX-Edo México	2.5	3.1	4.6	1,556
Sur	3.2	3.7	5.7	1,720
Zona de residencia				
Urbana	2.2	2.6	4.1	6,076
Rural	3.2	6.1	8.1	1,990
Edad				
0-23 meses	2.6	2.3	4.2	2,852
24-59 meses	2.4	4.1	5.6	5,214
Educación de la madre^A				
Ninguna	3.1	5.9	7.9	174
Primaria	5.7	6.0	10.0	1,422
Secundaria	2.0	2.7	4.0	3,174
Media Superior	1.3	3.7	4.5	2,173
Superior	1.5	1.8	2.6	1,120
Quintil de índice de riqueza				
Más pobre	3.2	6.1	7.9	1,892
Segundo	3.4	3.3	5.7	2,085
Medio	2.1	2.1	3.6	1,674
Cuarto	1.4	2.8	3.6	1,486
Más rico	1.1	2.2	2.9	929
Etnia del jefe del hogar^B				
Hogar indígena	4.7	5.9	8.6	673
Hogar no indígena	2.2	3.3	4.8	7,390

1. MICS indicador 6.7 - Cuidado inadecuado.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Estado del desarrollo de los niños/as

El desarrollo infantil temprano se define como un proceso ordenado y predecible a lo largo de una trayectoria continua, en el que un niño/a aprende a manejar niveles más complicados de habilidades para moverse, pensar, hablar, sentir y relacionarse con los demás. El crecimiento físico, las habilidades de alfabetización y conocimientos numéricos, el desarrollo socio-emocional y la disposición para aprender son dominios vitales del desarrollo general del niño/a, que es la base para el desarrollo humano integral.⁹

Uno de los indicadores del ODS 4, en concreto de la meta 4.2 es precisamente el porcentaje de niños menores de 5 años cuyo desarrollo es óptimo en salud, aprendizaje y bienestar psicosocial, el cual se mide por el Índice de Desarrollo Infantil Temprano (ECDI, por sus siglas en inglés).

En la ENIM el estado de desarrollo de los niños/as se reporta con el ECDI para los niños de 3 y 4 años y con el Índice de Dificultades de Desarrollo (IDD) en niños de 4 meses a 4 años, incluido únicamente en el levantamiento de la ENIM en México. El propósito de medir ambos índices es informar las políticas públicas relacionadas con el estado del desarrollo de los niños/as en México. Ambos índices se basan en hitos seleccionados que se espera que los niños/as alcancen antes de los 5 años.

Para calcular el ECDI, se utilizó un módulo de 10 ítems desarrollado y validado por UNICEF. Los 10 ítems se usan para determinar si los niños/as se están desarrollando adecuadamente en los siguientes cuatro dominios:

- **Alfabetización-conocimientos numéricos:** Se considera que los niños/as se están desarrollando adecuadamente si pueden identificar o nombrar al menos diez letras del alfabeto, si pueden leer al menos cuatro palabras sencillas y conocidas, y si saben el nombre y reconocen el símbolo de todos los números del 1 al 10. Si cumplen al menos dos de estas condiciones, entonces se estima que el niño/a se está desarrollando según lo esperado.
- **Físico:** Si el niño/a puede recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del suelo, y si la madre/cuidador no indica que a veces el niño/a está demasiado enfermo para jugar, entonces se considera que el niño/a se está desarrollando adecuadamente en el dominio físico.
- **Socio-emocional:** Se considera que el niño/a está bien encaminado en su desarrollo si cumple dos de las siguientes condiciones: se lleva bien con otros niños/as, no patea, no muerde, no golpea a otros niños/as, y no se distrae fácilmente.
- **Aprendizaje:** Si el niño/a sigue instrucciones sencillas para hacer algo de forma correcta y/o cuando se le pide que haga algo es capaz de hacerlo de manera independiente, entonces se considera que se está desarrollando adecuadamente en este dominio.

A partir de ahí, el ECDI se calcula como el porcentaje de los niños/as que se están desarrollando adecuadamente en al menos tres de los cuatro dominios.

⁹ Shonkoff, J and Phillips, D (eds). 2000. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council, 2000.

Cuadro CD.5: Índice de desarrollo infantil temprano

Porcentaje de niños/as de edades entre 36-59 meses que están en el desarrollo adecuado de los ámbitos de alfabetización-conocimiento numérico, físico, social-emocional y aprendizaje, y la puntuación del índice de desarrollo de la niñez temprana, México, 2015.

Porcentaje de niños de 36-59 meses de edad que están en el desarrollo adecuado de los ámbitos indicados							Número de niños/as entre 36-59 meses
	Alfabetización-conocimientos numéricos	Físico	Social-Emocional	Aprendizaje	Puntuación del índice de desarrollo infantil temprano ¹		
Total	23.9	98.2	78.8	97.4	82.2		3,415
Sexo							
Hombre	23.8	97.7	74.9	96.2	78.0		1,548
Mujer	24.0	98.6	82.2	98.5	85.7		1,866
Región							
Noroeste	31.6	99.2	71.6	98.1	76.7		587
Noreste	23.5	98.5	79.1	98.4	83.2		771
Centro	13.7	97.9	82.1	98.1	83.2		677
CDMX-Edo México	29.1	98.5	79.9	97.6	84.3		644
Sur	23.1	97.0	80.6	95.2	82.8		736
Zona de residencia							
Urbana	25.3	98.4	79.2	97.8	82.6		2,555
Rural	19.6	97.4	77.9	96.4	81.0		860
Edad							
36-47 meses	14.9	96.4	72.9	95.2	75.5		1,456
48-59 meses	30.6	99.5	83.3	99.1	87.2		1,959
Asistencia a educación temprana							
Asiste	25.8	99.4	82.1	99.1	85.9		2,051
No asiste	21.1	96.3	74.0	94.9	76.7		1,364
Educación de la madre							
Ninguna	10.1	99.0	79.1	92.6	76.1		84
Primaria	18.6	98.1	77.5	96.4	80.5		670
Secundaria	25.5	97.5	75.1	97.4	78.8		1,351
Media Superior	29.1	98.7	78.8	98.2	83.5		739
Superior	21.6	98.9	89.3	98.5	91.7		570
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	15.0	97.3	76.3	95.6	78.9		809
Segundo	25.0	98.2	77.1	97.7	81.5		868
Medio	27.5	98.3	77.8	98.0	80.8		678
Cuarto	32.1	98.6	78.0	98.1	82.6		579
Más rico	21.9	98.8	88.7	98.4	90.9		480
Etnia del jefe del hogar^A							
Hogar indígena	22.3	96.5	77.4	94.2	82.0		300
Hogar no indígena	24.1	98.3	79.0	97.8	82.2		3,114

1. MICS indicador 6.8 - Índice de desarrollo infantil temprano.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En el Cuadro CD.5 se presentan los resultados sobre desarrollo infantil temprano. En México, el 82% de los niños/as de 36 a 59 meses se está desarrollando a un ritmo adecuado. El ECDI es más bajo entre los niños (78%) que entre las niñas (86%). Como era de esperarse, el ECDI es mucho más alto en los grupos de mayor edad (87% entre los de 48 a 59 meses de edad en comparación con 76% entre los de 36 a 47 meses), ya que los niños/as adquieren más habilidades a medida que avanza su edad.

Se observa un ECDI más alto en los niños/as que asisten a un programa educativo para la infancia temprana; 86% en comparación con 77% de los que no asisten a un programa de este tipo. Los niños/as que viven en los hogares más pobres tienen un ECDI menor (79%) que los niños/as que viven en los hogares más ricos (91%).

El análisis de los cuatro dominios del desarrollo infantil muestra que 97% de los niños/as de 3 y 4 años se están desarrollando bien en el dominio del aprendizaje y en el dominio físico (98%), pero su dominio alfabetización y conocimientos numéricos es mucho menor (24%) así como el del dominio socio-emocional (79%). Una mayor puntuación o mejores resultados para cada dominio se relacionan con el nivel de riqueza del hogar, la asistencia a un programa educativo para la infancia temprana, y el sexo femenino.

Además del ECDI, el Instituto Nacional de Salud Pública desarrolló el Índice de Dificultades de Desarrollo (IDD), y utilizó para su cálculo un módulo de 15 ítems. Estos ítems se usan para identificar a los niños/as que presentan desarrollo no adecuado en los siguientes dominios:

- Desarrollo físico y motor¹⁰
- Desarrollo socio-emocional¹¹
- Desarrollo cognitivo y del lenguaje¹²

El IDD se calcula como el porcentaje de los niños/as que no se están desarrollando adecuadamente en por lo menos un aspecto de cualquiera de los tres dominios de desarrollo. Los resultados para el IDD y para cada dominio del desarrollo se presentan en el Cuadro CD.6.

El 23% de los niños/as de 4 meses a 4 años presentan dificultad en el desarrollo en al menos uno de los tres ámbitos. Esta prevalencia es más elevada entre los niños (26%) que entre las niñas (21%). También se observan algunas diferencias regionales, siendo la región con mayor porcentaje de niños con desarrollo no adecuado la región Sur (30%) y la región con menor porcentaje el Centro (18%). El nivel educativo de la madre también muestra asociación con el IDD, ya que el porcentaje más elevado de niños/as con desarrollo no adecuado se observa entre hijos/as de mujeres sin educación (30%) y el más bajo entre hijos/as de mujeres con educación superior (15%).

¹⁰ Puede levantar la cabeza cuando está boca abajo; se mantiene sentado/a solo/a; camina solo/a; pateo una pelota sin caerse; puede ir sólo al baño.

¹¹ Sonríe; se ríe cuando la madre juega a taparse y luego destaparse la cara; besa y abraza; juega con otros niños.

¹² Voltea cuando le hablan; repite sonidos como baba, lala, gaga; cuando esta entretenido/a y la madre le dice que no, el niño/a reacciona; sabe decir al menos cuatro palabras además de mamá y papá; sabe decir al menos ocho palabras además de mamá y papá; sabe decir su nombre.

Cuadro CD.6: Desarrollo no adecuado en niños/as de 4 a 59 meses

Porcentaje de niños/as entre 4 y 59 meses que presentan desarrollo no adecuado en al menos uno de los siguientes tres ámbitos: motor, socio-emocional y lenguaje/cognitivo, México, 2015.

	Porcentaje de menores de un año que presentan desarrollo no adecuado de los ámbitos indicados			Porcentaje de niños/as entre 4 y 59 meses que presentan desarrollo no adecuado en al menos uno de los tres ámbitos	Número de niños/as de 4-59 meses
	Motor	Social-Emocional	Lenguaje/cognitivo		
Total	6.9	13.2	6.1	23.3	7,648
Sexo					
Hombre	7.3	15.0	6.9	25.8	3,637
Mujer	6.5	11.6	5.4	21.0	4,011
Región					
Noroeste	6.7	18.7	6.0	26.9	1,384
Noreste	6.1	13.6	4.4	21.6	1,705
Centro	5.2	10.2	4.2	17.6	1,442
CDMX-Edo México	6.0	11.6	4.3	20.0	1,497
Sur	10.2	12.4	11.4	29.9	1,621
Zona de residencia					
Urbana	6.5	13.0	5.6	22.2	5,761
Rural	8.2	13.9	7.8	26.5	1,887
Edad					
4-11 meses	7.2	4.3	7.3	17.2	993
12-35 meses	6.2	1.0	8.4	13.5	3,240
36-59 meses	7.5	27.5	3.6	34.3	3,415
Educación de la madre^A					
Ninguna	11.9	14.5	8.1	30.4	164
Primaria	8.5	13.4	7.3	25.1	1,333
Secundaria	7.2	14.9	7.1	26.3	3,002
Media Superior	6.2	12.6	5.2	21.1	2,067
Superior	4.5	9.4	3.2	15.5	1,079
Quintil de índice de riqueza					
Más pobre	9.7	13.6	9.1	28.4	1,806
Segundo	7.1	13.9	6.9	25.1	1,920
Medio	6.7	14.5	6.2	23.5	1,595
Cuarto	5.1	13.2	3.7	20.5	1,434
Más rico	4.2	8.6	1.9	12.9	893
Etnia del jefe del hogar^B					
Hogar indígena	10.8	16.2	10.9	34.1	634
Hogar no indígena	6.5	13.0	5.7	22.3	7,010

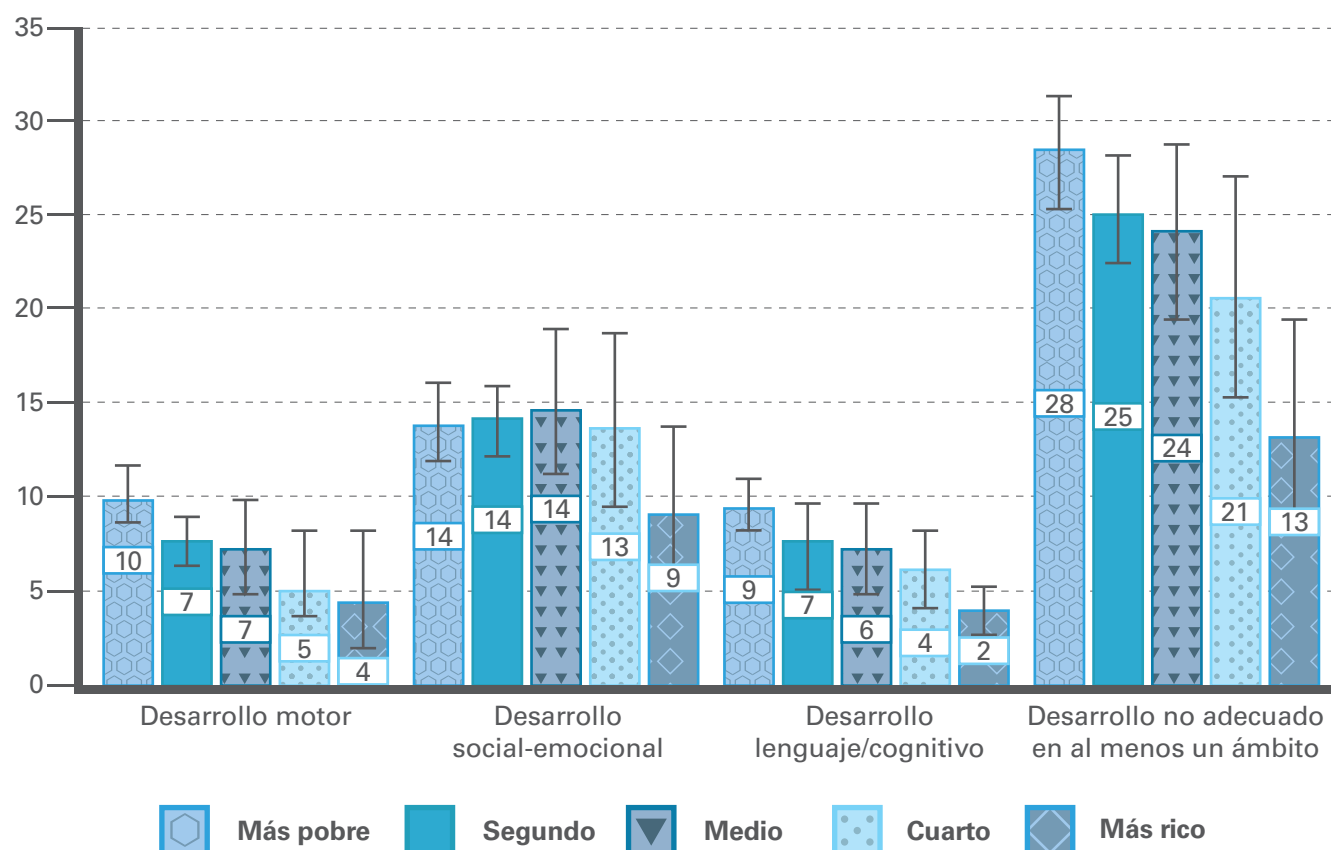
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En las áreas específicas de desarrollo que fueron valoradas, se observan diferencias notables en cuanto al nivel de riqueza, sobretudo para desarrollo motor y cognitivo (Figura CD.1). Los niños/as de hogares más pobres presentan prevalencias de desarrollo no adecuado en los ámbitos cognitivo (9%) y motor (10%) mucho más elevadas que los niños/as en hogares más ricos (2% y 4% respectivamente).

Con relación al desarrollo socioemocional, a pesar que la diferencia es menos pronunciada, se observa que los niños/as en hogares más pobres presentan mayor prevalencia de desarrollo no adecuado en este ámbito (14%) cuando son comparados con los niños/as en los hogares más ricos (9%).

Figura CD.1: Desarrollo no adecuado en niños/as entre 4 y 59 meses por nivel de riqueza (porcentaje), Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015





IX. ALFABETIZACIÓN Y EDUCACIÓN

Alfabetización de mujeres jóvenes

La tasa de alfabetización de mujeres jóvenes refleja los resultados de la educación primaria en los 10 años previos a la encuesta aproximadamente. Como medida de la efectividad del sistema de educación primaria, generalmente se usa como una medida de referencia del progreso social y del logro económico. En la ENIM 2015 la alfabetización se evaluó según la capacidad de las encuestadas para leer una oración ó frase simple o de acuerdo con su asistencia a la escuela.

En el Cuadro ED.1 se presenta el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años alfabetizadas. La gran mayoría de las mujeres jóvenes de México son alfabetas y el estatus de alfabetización es superior a 90% en todas las regiones. Entre las mujeres que indicaron que la escuela primaria fue su nivel de educación más alto, sólo 75% pudo realmente leer la frase simple que se le mostró. Las mujeres indígenas (93%), residentes en la región Sur (94%), en zonas rurales (96%) y más pobres (95%) son las que presentan los niveles más bajos de alfabetización.

Cuadro ED.1: Alfabetización (mujeres jóvenes)

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años de edad alfabetizadas, México, 2015.

	Porcentaje alfabetizado ¹	Porcentaje desconocido	Número de mujeres de 15 a 24 años
Total	97.6	0.6	3,654
Región			
Noroeste	99.4	0.0	808
Noreste	97.2	0.0	756
Centro	98.3	0.0	556
CDMX-Edo México	99.1	0.0	737
Sur	94.1	2.6	797
Zona de residencia			
Urbana	98.1	0.6	2,785
Rural	95.9	0.4	870
Educación			
Ninguna	(19.9)	(2.4)	26
Primaria	75.3	7.6	273
Secundaria	100.0	0.0	1,160
Media Superior	100.0	0.0	1,511
Superior	100.0	0.0	684
Edad			
15-19	97.0	0.9	1,765
20-24	98.1	0.3	1,889
Quintil de índice de riqueza			
Más pobre	94.7	0.8	746
Segundo	95.7	1.7	830
Medio	99.0	0.1	811
Cuarto	99.9	0.0	708
Más rico	99.2	0.0	559
Etnia del jefe del hogar^A			
Hogar indígena	93.3	0.0	328
Hogar no indígena	98.0	0.6	3,324

1. MICS indicador 7.1 - Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

Preparación para la escuela

La educación preescolar es importante para preparar a los niños/as para la escuela. En el Cuadro ED.2 se muestra la proporción de niños/as del primer grado de la escuela primaria (sin considerar la edad) que asistieron al preescolar el año anterior.¹ En general, 87% de los niños/as que actualmente cursa el primer grado de primaria asistió a preescolar el año anterior. La proporción es más alta entre residentes en zonas rurales (93%) que entre los niños/as residentes en zonas urbanas (87%). Los diferenciales regionales son también muy importantes; 97% de los niños/as de primer grado en la región Centro han asistido al preescolar en comparación con sólo 78% de sus contrapartes en la región Ciudad de México-Estado de México.

¹ El cálculo del indicador no excluye a los que repitieron el año, por lo tanto, incluye tanto a los niños/as que están asistiendo a la escuela primaria por primera vez, como a los que cursaron el primer grado de primaria el año anterior y que están repitiendo. Es probable que los niños/as que repitieron hayan asistido al preescolar antes del año escolar en el que cursaron el primer grado de primaria por primera vez; estos niños/as no se han incluido en el numerador del indicador.

Cuadro ED.2: Preparación para la escuela

Porcentaje de niños/as que asisten al primer grado de la escuela primaria que asistieron al preescolar el año anterior, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as que asisten al primer grado que asistieron al preescolar el año anterior ¹	Número de niños/as que asisten al primer grado de la escuela primaria
Total	88.6	732
Sexo		
Hombre	88.5	367
Mujer	88.8	365
Región		
Noroeste	88.2	156
Noreste	88.8	156
Centro	97.2	82
CDMX-Edo México	77.6	161
Sur	95.0	176
Zona de residencia		
Urbana	87.3	550
Rural	92.6	182
Educación de la madre		
Ninguna	(69.3)	18
Primaria	86.5	130
Secundaria	88.6	344
Media Superior	90.2	159
Superior	94.1	81
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	87.3	159
Segundo	85.1	170
Medio	94.2	168
Cuarto	89.4	104
Más rico	87.1	131
Etnia del jefe del hogar^A		
Hogar indígena	90.0	58
Hogar no indígena	88.5	674

1. MICS indicador 7.2 - Preparación para la escuela.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

Asistencia a la escuela primaria y secundaria

Asegurar una educación de calidad inclusiva y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje para toda la vida para todos es el ODS 4. La educación es un pre-requisito esencial para luchar contra la pobreza, empoderar a las mujeres, proteger a los niños/as contra el trabajo peligroso y explotador y la explotación sexual, promover los derechos humanos y la democracia, proteger el ambiente, e influir en el crecimiento de la población.

En México, la educación obligatoria incluye la educación básica (preescolar, primaria y secundaria) y la media superior.² Los niños/as ingresan a la primaria a los 6 años, a la secundaria a los 12 años y al nivel medio superior a los 15 años. En la primaria hay 6 grados, en la secundaria y en el nivel medio superior hay 3 grados en cada nivel. En la escuela primaria, a los grados se les denomina del primer año al sexto año. En la escuela secundaria, a los grados se les denomina del primer al tercer año. El nivel medio superior cuenta con diferentes modalidades, las cuales tienen diferentes denominaciones para los grados. El año escolar normalmente dura desde finales de agosto de un año hasta mediados de julio del año siguiente.

De los niños/as que están en edad de ingresar a la escuela primaria (6 años) en México, 92% cursa el primer grado de primaria (Cuadro ED.3). No existen diferencias entre los sexos; sin embargo, hay notorias diferencias por regiones. En la región Noreste el valor del indicador llega a 99%, mientras que en la región Sur es de sólo 84%. La asistencia de los niños/as a la escuela primaria es muy similar en las zonas urbanas y en las zonas rurales (92% y 92.5%, respectivamente). No se observa una relación clara entre la educación de la madre y su estatus socioeconómico. Asimismo, los porcentajes de asistencia son muy parecidos entre los niños/as en hogares no indígenas (92%) y hogares indígenas (91%).

² En 2012 se reforma el artículo tercero de la Constitución (DOF-09/02/2012) para incluir como nivel obligatorio la educación media superior. En esta reforma se estipula, a través de un artículo transitorio, que la obligatoriedad del nivel medio superior se hará de manera gradual comenzando en el ciclo escolar 2012-2013 y concluyendo a más tardar en el ciclo escolar 2021-2022. (http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5233070&fecha=09/02/2012).

Cuadro ED.3: Ingreso a la escuela primaria

Porcentaje de niños/as en edad de entrar a la escuela primaria que ingresan al primer grado (tasa neta de admisión), México, 2015.

	Porcentaje de niños/as en edad de entrar a la escuela primaria que ingresan al 1er grado ¹	Número de niños/as en edad de entrar a la escuela primaria
Total	92.2	753
Sexo		
Hombre	92.9	366
Mujer	91.5	388
Región		
Noroeste	93.6	156
Noreste	98.9	184
Centro	91.5	89
CDMX-Edo México	92.9	140
Sur	83.9	184
Zona de residencia		
Urbana	92.0	536
Rural	92.5	217
Educación de la madre		
Ninguna	(82.1)	19
Primaria	91.3	183
Secundaria	92.8	348
Media Superior	91.0	117
Superior	94.8	87
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	89.5	196
Segundo	89.3	187
Medio	97.0	140
Cuarto	96.1	102
Más rico	91.9	129
Etnia del jefe del hogar		
Hogar indígena	90.7	68
Hogar no indígena	92.3	685

1. MICS indicador 7.3 - Tasa neta de ingreso escolar en educación primaria.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

El Cuadro ED.4 proporciona el porcentaje de niños/as en edad escolar para la primaria de 6 a 11 años que asiste a la escuela primaria o secundaria³ y los que no asisten a la escuela. La mayoría de los niños/as en edad escolar para la primaria asiste a la escuela (98%). Sin embargo, 2% de los niños/as no asiste a la escuela, la mitad de estos empiezan la escuela tardíamente, como se observa en el porcentaje de los que asisten a preescolar. No se observan diferencias entre zona urbanas y rurales. Las regiones tampoco muestran grandes diferencias en asistencia a la escuela primaria, la tasa de asistencia fluctúa de 96% en la región Sur a 99% en la Noroeste. Las tasas de asistencia más bajas se observan entre los niños/as indígenas, más pobres, con madres sin educación.

³ Las razones que se presentan en este cuadro están "ajustadas" ya que el numerador no sólo incluye la asistencia a la escuela primaria, sino también a la escuela secundaria.

Cuadro ED.4: Asistencia a la escuela primaria y niños/as que no asisten a la escuela

Porcentaje de niños/as en edad de escuela primaria que asisten a la escuela primaria o secundaria (tasa neta de asistencia ajustada), porcentaje que asiste a preescolar, y porcentaje que no asiste a la escuela, México, 2015.

	Hombre						Mujer						Total					
	Porcentaje de niños que:						Porcentaje de niñas que:						Porcentaje de niños/as que:					
	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar
Total	97.9	1.1	0.9	2.0	2,316	97.9	1.1	0.9	2.1	2,275	97.9	1.1	0.9	2.0	4,591	97.9	1.1	0.9
Región																		
Noroeste	98.7	0.3	0.8	1.1	473	98.2	1.4	0.4	1.8	433	98.5	0.8	0.6	1.5	906	98.5	0.8	0.6
Noreste	99.0	0.9	0.1	1.0	544	99.4	0.6	0.0	0.6	524	99.2	0.8	0.0	0.8	1,068	99.2	0.8	0.0
Centro	96.6	2.0	1.4	3.4	320	99.4	0.3	0.3	0.6	322	98.0	1.1	0.9	2.0	642	98.0	1.1	0.9
CDMX-Edo México	98.5	0.9	0.5	1.5	461	98.1	0.7	1.0	1.8	481	98.3	0.8	0.8	1.6	942	98.3	0.8	0.8
Sur	96.4	1.6	2.0	3.6	519	95.1	2.3	2.7	4.9	514	95.7	1.9	2.3	4.3	1,033	95.7	1.9	2.3
Zona de residencia																		
Urbana	98.1	1.1	0.8	1.9	1,695	98.0	0.8	1.1	1.9	1,687	98.0	1.0	1.0	1.9	3,382	98.0	1.0	1.0
Rural	97.6	1.0	1.3	2.3	621	97.6	2.0	0.4	2.4	589	97.6	1.5	0.9	2.3	1,210	97.6	1.5	0.9
Edad al inicio del año escolar																		
6	93.3	0.8	5.8	6.7	366	92.3	2.1	5.5	7.6	388	92.8	1.5	5.7	7.1	753	92.8	1.5	5.7
7	98.2	1.8	0.0	1.8	386	99.2	0.8	0.0	0.8	401	98.7	1.3	0.0	1.3	787	98.7	1.3	0.0
8	98.6	1.1	0.1	1.2	383	98.3	1.6	0.0	1.6	356	98.5	1.3	0.0	1.4	740	98.5	1.3	0.0
9	99.9	0.1	0.0	0.1	398	98.6	1.4	0.0	1.4	332	99.3	0.7	0.0	0.7	729	99.3	0.7	0.0
10	99.2	0.8	0.0	0.8	429	99.3	0.7	0.0	0.7	398	99.2	0.8	0.0	0.8	826	99.2	0.8	0.0
11	98.0	2.0	0.0	2.0	355	99.7	0.3	0.0	0.3	401	98.9	1.1	0.0	1.1	756	98.9	1.1	0.0
Educación de la madre																		
Ninguna	98.1	0.9	1.0	1.9	81	89.8	8.0	2.2	10.2	80	94.0	4.4	1.6	6.0	160	94.0	4.4	1.6
Primaria	96.1	2.9	1.1	3.9	548	97.7	2.1	0.3	2.3	587	96.9	2.4	0.6	3.1	1,135	96.9	2.4	0.6
Secundaria	98.8	0.4	0.8	1.2	1,015	98.0	0.5	1.5	1.9	911	98.4	0.5	1.1	1.5	1,926	98.4	0.5	1.1
Media superior	97.8	0.6	1.4	2.0	447	98.8	0.5	0.7	1.2	427	98.3	0.6	1.1	1.6	874	98.3	0.6	1.1
Superior	98.8	0.7	0.5	1.2	226	99.0	0.2	0.7	0.9	271	98.9	0.5	0.6	1.1	496	98.9	0.5	0.6

Cuadro ED.4: Asistencia a la escuela primaria y niños/as que no asisten a la escuela (cont.)

Porcentaje de niños/as en edad de escuela primaria que asisten a la escuela primaria o secundaria (tasa neta de asistencia ajustada), porcentaje que asiste a preescolar, y porcentaje que no asiste a la escuela, México, 2015.

	Hombre					Mujer					Total				
	Porcentaje de niños que:					Porcentaje de niñas que:					Porcentaje de niños/as que:				
	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	No asisten a la escuela ni preescolar	Asisten a preescolar	Fuera de la escuela ^a	Número de niños
Quintil de índice de riqueza															
Más pobre	96.2	2.3	1.5	3.8	565	96.6	2.9	0.4	3.4	561	96.4	2.6	1.0	3.6	1,126
Segundo	97.3	1.1	1.6	2.7	503	97.4	1.2	1.5	2.6	518	97.3	1.1	1.5	2.7	1,021
Medio	99.3	0.1	0.5	0.6	527	99.5	0.2	0.2	0.4	463	99.4	0.1	0.4	0.5	991
Cuarto	98.1	1.4	0.5	1.9	399	99.0	0.4	0.6	1.0	310	98.5	1.0	0.5	1.5	709
Más rico	99.6	0.3	0.2	0.4	322	97.7	0.2	2.1	2.3	423	98.5	0.2	1.3	1.5	745
Etnia del jefe del hogar^A															
Hogar indígena	95.9	2.0	2.1	4.1	233	96.6	3.1	0.3	3.4	210	96.2	2.5	1.3	3.8	444
Hogar no indígena	98.2	1.0	0.8	1.8	2,082	98.0	0.9	1.0	1.9	2,063	98.1	1.0	0.9	1.9	4,146

1. MICS indicador 74 - Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada).

a. El porcentaje de niños/as en edad escolar fuera de la escuela son aquellos que no asisten a la escuela así como los asistentes de preescolar.

A. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En el Cuadro ED.5 se presenta la tasa neta de asistencia a la escuela secundaria.⁴ Lo que resulta más notorio comparado con la escuela primaria es que sólo 80% de los niños/as entre 12 y 17 años está asistiendo a la escuela, ya sea a la secundaria o a un nivel superior. De los que no asisten al nivel secundaria, medio superior o superior, la mayoría está fuera de la escuela (16%) mientras que el 4% restante asiste a la primaria. En este nivel se observan diferencias importantes entre la asistencia en zonas urbanas y rurales (81% y 75%, respectivamente). Asimismo, las diferencias entre regiones son más marcadas, con el menor porcentaje de asistencia entre los niños/as de la región Sur (74%) y el mayor entre los niños/as de la Ciudad de México-Estado de México (85%). Esta vez, se observa una correlación positiva entre la asistencia a la escuela secundaria y la educación de la madre y el estatus socioeconómico; la asistencia a la secundaria entre los niños/as cuyas madres tienen al menos educación superior es 93%, mientras que la asistencia entre los niños/as cuyas madres no tienen educación formal es de sólo 59%. En los hogares más ricos, la proporción es de aproximadamente 94% en comparación con sólo 67% entre los niños/as que viven en los hogares más pobres. Además, se aprecian importantes diferencias entre la asistencia a la secundaria de los niños/as de hogares indígenas (72%) y aquellos pertenecientes a hogares clasificados como no indígenas (80%).

⁴ Las tasas que se presentan en este cuadro están “ajustadas”, ya que el numerador no solo incluye la asistencia a la escuela secundaria, sino también la asistencia al nivel medio superior.

Cuadro ED.5: Asistencia a la escuela secundariac y niños/as que no asisten a la escuela

Porcentaje de niños/as en edad de escuela secundaria que asisten a la escuela secundaria o superior (tasa neta de asistencia ajustada), porcentaje que asiste a la escuela primaria, y porcentaje que no asiste a la escuela, México, 2015.

	Hombre				Mujer				Total			
	Porcentaje de niños:				Porcentaje de niñas:				Porcentaje de niños/as:			
	Tasa de asistencia neta (ajustada)	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada)	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños
Total	79.5	4.4	16.1	2,361	79.7	3.6	16.7	2,302	79.6	4.0	16.4	4,663
Región												
Noroeste	77.4	3.0	19.6	498	82.8	3.0	14.2	469	80.0	3.0	17.0	967
Noreste	78.4	2.8	18.7	522	80.5	2.2	17.3	458	79.4	2.5	18.1	980
Centro	75.4	8.4	16.2	377	85.5	2.9	11.6	430	80.7	5.5	13.8	807
CDMX-Edo México	86.2	2.6	11.2	479	82.5	5.4	12.0	410	84.5	3.9	11.6	888
Sur	79.4	6.1	14.5	485	69.8	4.3	26.0	536	74.3	5.1	20.5	1,021
Zona de residencia												
Urbana	81.2	3.4	15.3	1,735	81.2	3.8	15.0	1,698	81.2	3.6	15.2	3,434
Rural	74.7	7.0	18.2	626	75.7	2.7	21.5	604	75.2	4.9	19.8	1,230
Edad al inicio del año escolar												
12	78.8	17.8	3.4	448	86.4	10.4	3.2	432	82.5	14.2	3.3	881
13	90.0	4.5	5.5	412	86.6	5.2	8.2	409	88.3	4.8	6.8	821
14	90.5	0.6	8.9	423	91.2	2.3	6.5	444	90.8	1.5	7.7	867
15	77.7	0.4	22.0	353	68.8	0.8	30.4	378	73.1	0.6	26.3	731
16	70.3	0.3	29.4	358	74.2	0.3	25.5	349	72.2	0.3	27.5	707
17	66.7	0.1	33.2	368	63.6	0.3	36.0	289	65.3	0.2	34.4	656
Educación de la madre ^A												
Ninguna	57.6	7.9	34.4	119	60.9	3.6	35.5	114	59.2	5.8	34.9	233
Primaria	65.6	8.0	26.4	750	72.1	6.6	21.3	695	68.7	7.3	23.9	1,445
Secundaria	85.2	3.0	11.9	873	85.2	2.3	12.5	790	85.2	2.6	12.2	1,664
Media superior	94.6	0.5	4.9	373	91.9	3.3	4.8	306	93.4	1.8	4.9	679
Superior	94.2	3.1	2.7	206	91.7	1.3	7.0	302	92.7	2.0	5.2	509
No se puede determinar ^b	64.4	0.0	35.6	39	34.7	0.0	65.2	94	43.4	0.0	56.5	133

Cuadro ED.5: Asistencia a la escuela secundariac y niños/as que no asisten a la escuela (cont.)

Porcentaje de niños/as en edad de escuela secundaria que asisten a la escuela secundaria o superior (tasa neta de asistencia ajustada), porcentaje que asiste a la escuela primaria, y porcentaje que no asiste a la escuela, México, 2015.

	Hombre				Mujer				Total			
	Porcentaje de niños:				Porcentaje de niñas:				Porcentaje de niños/as:			
	Tasa de asistencia neta (ajustada)	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada)	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños	Tasa de asistencia neta (ajustada) ¹	Asistiendo a la escuela primaria	Fuera de la escuela ^a	Número de niños
Quintil de índice de riqueza												
Más pobre	65.7	7.6	26.6	579	68.5	5.6	25.9	531	67.1	6.7	26.3	1,110
Segundo	73.3	5.6	21.1	486	71.9	4.6	23.4	430	72.6	5.2	22.2	917
Medio	81.9	3.8	14.2	471	83.4	3.0	13.6	490	82.7	3.4	13.9	962
Cuarto	88.0	2.7	9.3	419	84.7	3.1	12.2	435	86.4	2.9	10.8	854
Más rico	95.0	0.7	4.3	406	92.7	1.0	6.3	415	93.8	0.8	5.3	821
Etnia del jefe del hogar^b												
Hogar indígena	71.4	9.4	19.3	228	73.2	4.3	22.5	221	72.3	6.9	20.8	448
Hogar no indígena	80.4	3.9	15.8	2,134	80.4	3.5	16.1	2,079	80.4	3.7	15.9	4,213

1. MICS indicador 75 -Tasa de asistencia neta a la escuela secundaria (ajustada).

a. El porcentaje de niños en edad de escuela secundaria fuera de la escuela son aquellos que no asisten a la escuela primaria, secundaria o educación superior.

b. Niños/as de 15 años o más al momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.

c. En educación secundaria se incluyen los niveles mexicanos: secundaria (de 7° a 9° grado) y media superior (del 10° a 12° grado).

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 5 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En el Cuadro ED.6 se presenta el porcentaje de los niños/as que ingresa al primer grado y que finalmente llega al último grado de la escuela primaria. De todos los niños/as que empiezan el primer grado, casi todos (99.4%) pasará finalmente al sexto grado. La ENIM2015 incluyó sólo preguntas sobre la asistencia a la escuela en el año actual o anterior. De allí que el indicador se calcule computando la probabilidad acumulada de supervivencia desde el primer hasta el último grado de la escuela primaria, en lugar de calcular el indicador para una cohorte real, que hubiera necesitado el seguimiento desde el momento en que una cohorte de niños/as ingresaron a la escuela primaria hasta el momento en que pasaron al último grado de la primaria. Se ha excluido del cálculo del indicador a los estudiantes que repitieron porque se desconoce si llegarán a graduarse. Por ejemplo, la probabilidad de que un niño/a pase del primer al segundo grado se calcula dividiendo el número de niños/as que pasaron del primer al segundo grado (durante los dos años escolares consecutivos cubiertos por la encuesta) entre el número de niños/as que pasaron del primer al segundo grado más el número de niños/as que cursaron el primer grado durante el año escolar anterior, pero desertaron. Tanto el numerador como el denominador excluyen a los niños/as que repitieron durante los dos años escolares considerados. En general, no se observan diferencias entre las variables que se analizan, esto refleja la cobertura universal de la educación primaria en el país.

Cuadro ED.6: Niños/as que alcanzan el último grado de la escuela primaria						
Porcentaje de niños/as que entran al primer grado de la escuela primaria que eventualmente alcanzan el último grado de la escuela primaria (la tasa de supervivencia al último grado de la escuela primaria), México, 2015.						
	Porcentaje que asistía al primer grado el año pasado que está en segundo grado este año	Porcentaje que asistía al segundo grado el año pasado que está en tercer grado este año	Porcentaje que asistía al tercer grado el año pasado que está en cuarto grado este año	Porcentaje que asistía al cuarto grado el año pasado que está en quinto grado este año	Porcentaje que asistía al quinto grado el año pasado que está en sexto grado este año	Porcentaje que llegó al sexto grado de los que entraron en el grado 1 ¹
Total	99.7	99.9	100.0	100.0	99.9	99.4
Sexo						
Hombre	99.8	100.0	100.0	100.0	100.0	99.8
Mujer	99.5	99.7	99.9	100.0	99.8	99.0
Región						
Noroeste	100.0	100.0	100.0	100.0	99.8	99.8
Noreste	100.0	99.7	100.0	100.0	100.0	99.7
Centro	100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	99.9
CDMX-Edo México	97.9	99.7	99.9	100.0	99.8	97.3
Sur	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Zona de residencia						
Urbana	100.0	99.9	100.0	100.0	99.9	99.8
Rural	98.8	99.7	99.9	100.0	100.0	98.5
Educación de la madre						
Ninguna	100.0	100.0	99.2	100.0	97.8	97.0
Primaria	99.0	99.8	100.0	100.0	100.0	98.8
Secundaria	100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	99.9
Media Superior	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Superior	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	98.7	99.8	99.9	100.0	99.8	98.2
Segundo	99.9	100.0	100.0	100.0	100.0	99.9
Medio	100.0	99.7	99.9	100.0	100.0	99.5
Cuarto	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Más rico	100.0	100.0	100.0	100.0	99.7	99.7
Etnia del jefe del hogar						
Hogar indígena	99.7	99.4	99.8	100.0	99.4	98.3
Hogar no indígena	99.7	99.9	100.0	100.0	100.0	99.5

1. MICS indicador 76 - Niños/as que alcanzan el último grado de la escuela primaria.

En el Cuadro ED.7 se presenta la tasa de terminación de primaria y la tasa de transición a la escuela secundaria. La tasa de terminación de la primaria es la razón del número total de alumnos, sin considerar la edad, que ingresan al último grado de la escuela primaria por primera vez, frente al número de niños/as en edad de graduarse de la primaria al inicio del año escolar actual (o más reciente).

El Cuadro ED.7 muestra que la tasa de terminación de la escuela primaria es 108%.⁵ Se observó que solo 90% por ciento de los niños/as que asistió a clases durante el último grado de primaria el año anterior asistió al primer grado de secundaria en el año escolar de la encuesta. El cuadro también proporciona la tasa de transición “efectiva” que considera la presencia de estudiantes que repiten el último grado de primaria. Este indicador refleja mejor las situaciones en las que los estudiantes repiten el último grado de primaria, pero que finalmente pasan a la secundaria. La tasa de transición simple tiende a subestimar la evolución de los estudiantes que pasan a la secundaria, ya que supone que los que repiten nunca pasan a la escuela secundaria. El cuadro muestra que en total se espera que 96% de los niños/as del último grado de primaria pase a la secundaria. La tasa de transición efectiva a la escuela secundaria es menor para los niños/as residentes en la región Noroeste, en zonas rurales, en hogares más pobres o indígenas y con madres con baja educación.

⁵ El porcentaje es superior al 100 por ciento porque incluye niños/as que tienen edad diferente (mayor o menor) a la edad normativa para asistir al último grado de educación primaria.

Cuadro ED.7: Conclusión de la escuela primaria y transición a la escuela secundaria

Tasa de conclusión de la escuela primaria y tasa de transición y de transición efectiva a la escuela secundaria, México, 2015.

	Tasa de conclusión de la escuela primaria ¹	Número de niños/as en edad de concluir la escuela primaria	Tasa de transición a la escuela secundaria ²	Número de niños/as que estuvieron en el último grado de la escuela primaria el año anterior	Tasa de transición efectiva a la escuela secundaria	Número de niños/as que estuvieron en el último grado de la escuela primaria el año anterior y no están repitiendo ese grado en el año escolar actual
Total	107.9	756	89.9	798	95.9	748
Sexo						
Hombre	109.5	355	89.9	374	96.7	348
Mujer	106.5	401	89.9	424	95.2	400
Región						
Noroeste	129.7	142	92.1	123	93.2	121
Noreste	101.5	165	89.2	194	96.7	179
Centro	103.1	132	89.4	193	97.3	177
CDMX-Edo México	103.9	125	88.9	150	97.4	137
Sur	103.3	192	90.8	139	94.0	134
Zona de residencia						
Urbana	109.6	559	90.5	592	96.3	557
Rural	103.0	197	88.1	206	94.8	191
Educación de la madre						
Ninguna	87.8	43	93.5	42	(96.5)	41
Primaria	107.4	228	82.9	219	89.5	203
Secundaria	96.1	291	90.6	265	98.1	245
Media Superior	116.3	120	92.9	147	99.9	136
Superior	143.8	74	98.5	113	99.9	112
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	93.9	203	85.5	179	91.9	167
Segundo	118.1	167	82.5	159	91.2	143
Medio	118.3	168	90.6	176	97.3	164
Cuarto	110.9	123	94.6	132	100.0	125
Más rico	97.6	95	98.1	152	99.8	150
Etnia del jefe del hogar^A						
Hogar indígena	86.0	87	86.6	84	90.1	81
Hogar no indígena	110.6	669	90.3	714	96.6	667

1. MICS indicador 7.7 - Tasa de terminación de primaria.

2. MICS indicador 7.8 - Tasa de transición a la escuela secundaria.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.



En el Cuadro ED.8MX⁶ se presenta la tasa entre niñas y niños que asisten a la primaria, a la secundaria y al nivel medio superior. Estas tasas se conocen mejor como el índice de paridad de géneros (IPG). Cabe observar que las tasas que se incluyen aquí se obtienen a partir de las tasas netas de asistencia y no de las tasas brutas de asistencia. Estas últimas tasas proporcionan una descripción errónea del IPG, principalmente porque la mayoría de los niños/as que han superado la edad para asistir a la escuela primaria suelen ser varones.

El cuadro muestra que la paridad de género en la escuela primaria es 1.0, lo que indica que no hay diferencia en la asistencia de niñas y niños a la escuela primaria. Lo mismo sucede con los indicadores de los niveles secundaria y media superior. Esto muestra que en México, las niñas y las adolescentes ya no están en desventaja respecto a los varones.

⁶ El Cuadro ED.8 estándar de MICS no se incluye en este informe pues este no separa la educación secundaria de la media superior. Esta diferencia es importante para México por lo que se substituyó con el Cuadro ED.8MX.

Cuadro ED.8MX: Paridad de género en la educación

Tasas netas ajustadas de asistencia de niñas y mujeres a niños y varones, en escuela primaria, secundaria y media superior, México, 2015.

	Escuela primaria			Escuela secundaria			Media superior		
	Tasa neta de asistencia (TNA) a escuela primaria, niñas	Tasa neta de asistencia (TNA) a escuela primaria, niños	Índice de paridad de género (IPG) para TNA ajustado de escuela primaria ¹	Tasa neta de asistencia (TNA) ajustada a escuela secundaria, mujeres	Tasa neta de asistencia (TNA) ajustada a escuela secundaria, varones	Índice de paridad de género (IPG) para TNA ajustado de escuela secundaria ²	Tasa neta de asistencia (TNA) ajustada a media superior, mujeres	Tasa neta de asistencia (TNA) ajustada a media superior, varones	Índice de paridad de género (IPG) para TNA ajustado de media superior ³
Total	97.9	97.9	1.00	94.1	94.1	1.00	61.2	57.1	1.0
Región									
Noroeste	98.2	98.7	0.99	95.8	91.8	1.04	65.7	50.7	1.0
Noreste	99.4	99.0	1.00	97.3	95.2	1.02	54.0	58.3	1.0
Centro	99.4	96.6	1.03	95.8	94.1	1.02	65.8	55.0	1.0
CDMX-Edo México	98.1	98.5	1.00	94.3	97.1	0.97	67.9	61.8	1.0
Sur	95.1	96.4	0.99	87.5	92.4	0.95	55.2	59.7	0.9
Zona de residencia									
Urbana	98.0	98.1	1.00	93.8	95.2	0.99	64.3	58.3	1.0
Rural	97.6	97.6	1.00	95.2	91.4	1.04	53.7	53.2	1.0
Educación de la madre									
Ninguna	89.8	98.1	0.92	82.3	81.6	1.01	40.3	35.0	1.0
Primaria	97.7	96.1	1.02	89.9	88.6	1.01	54.8	41.5	1.0
Secundaria	98.0	98.8	0.99	94.7	96.6	0.98	67.3	64.0	1.0
Media superior	98.8	97.8	1.01	99.1	98.5	1.01	84.6	70.6	1.0
Superior	99.0	98.8	1.00	98.0	99.7	0.98	76.7	85.2	1.0
No se puede determinar ^a	na	na	na	na	na	na	33.1	63.8	
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	96.6	96.2	1.00	89.1	86.8	1.03	49.2	47.1	1.0
Segundo	97.4	97.3	1.00	92.2	93.2	0.99	52.9	43.9	1.0
Medio	99.5	99.3	1.00	97.2	96.9	1.00	63.2	50.2	1.0
Cuarto	99.0	98.1	1.01	92.7	98.7	0.94	75.4	64.9	0.9
Más rico	97.7	99.6	0.98	99.0	97.3	1.02	75.3	90.6	1.0
Etnia del jefe del hogar^A									
Hogar indígena	96.6	95.9	1.01	93.8	93.6	1.00	54.2	56.8	1.0
Hogar no indígena	98.0	98.2	1.00	94.1	94.2	1.00	62.1	57.1	1.0

1. MICS indicador 7.9 - Índice de paridad de género (escuela primaria).

2. MICS indicador 7.10 - Índice de paridad de género (secundaria).

a. Niños/as de 15 años o más al momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

na: no aplicable.

En el Cuadro ED.9MX⁷ se proporciona el porcentaje de niñas en el total de la población fuera de la escuela, en primaria, secundaria y media superior. En los tres niveles, a nivel nacional, las niñas representan la mitad de la población que está fuera de la escuela. No se observan diferencias entre zonas rurales y urbanas con relación a la distribución por género de los niños/as que no asisten a la escuela primaria. En secundaria, se observa que existe un mayor porcentaje de niñas fuera de la escuela en las zonas urbanas (58%) que en las zonas rurales (31%). Sin embargo, el porcentaje de niñas fuera de la escuela secundaria en hogares indígenas (45%) es mayor que en hogares no indígenas (51%). En este nivel se observan también importantes diferencias regionales. La región Sur (61%) y la Ciudad de México-Estado de México (64%) presentan un mayor porcentaje de niñas fuera de la escuela secundaria cuando comparadas con las regiones en Noroeste (33%) y Noreste (36%). Por otro lado, en nivel medio superior se observa un mayor porcentaje de niñas fuera de la escuela en zonas rurales (58%) y en hogares indígenas (55%) que en zonas urbanas (47%) y hogares no-indígenas (50%). A nivel regional se observa que en todas las regiones de México son sobre todo los varones que se encuentran fuera de la escolaridad secundaria, con excepción de la región Sur en donde el 69% de las niñas no asisten a la escuela.

⁷ Al igual que en el Cuadro ED.8, el cuadro ED.9 estándar de MICS no incluye la desagregación de secundaria y media superior, por este motivo se sustituye por el cuadro ED.9MX.

Cuadro ED.9MX: Paridad de género fuera de la escuela

Porcentaje de niñas y mujeres en el total de población fuera de la escuela, en escuela primaria, secundaria y media superior, México, 2015.

	Primaria				Secundaria				Media superior			
	Porcentaje de niñas/as en edad de asistir a la escuela primaria fuera de la escuela	Número de niñas en edad de asistir a la escuela primaria fuera de la escuela	Porcentaje de niñas en edad de asistir a la escuela primaria fuera de la escuela	Número de niños/as en edad de asistir a la escuela primaria fuera de la escuela	Porcentaje de adolescentes en edad de asistir a la escuela secundaria fuera de la escuela	Número de adolescentes en edad de asistir a la escuela secundaria	Porcentaje de mujeres en el total de la población fuera de la escuela de edad de asistir a la escuela secundaria	Número de adolescentes de edad de asistir a la escuela secundaria de la escuela	Porcentaje de adolescentes fuera de la escuela	Número de adolescentes en edad de asistir a la escuela superior	Porcentaje de mujeres en edad de asistir a media superior fuera de la escuela	Número de adolescentes en edad de asistir a media superior fuera de la escuela
Total	2.0	4,591	49.9	94	5.9	2,568	50.1	152	29.3	2,095	50.3	613
Región												
Noroeste	1.5	906	(*)	13	6.3	493	(32.7)	31	28.1	474	42.3	133
Noreste	0.8	1,068	(*)	9	3.7	543	(35.9)	21	35.8	437	45.9	156
Centro	2.0	642	(14.3)	13	5.0	495	(47.4)	25	27.7	312	44.3	86
CDMX-Edo México	1.6	942	(56.2)	15	4.2	490	(63.6)	21	20.7	398	43.9	82
Sur	4.3	1,033	57.2	44	10.0	547	(61.4)	55	32.7	474	68.3	155
Zona de residencia												
Urbana	1.9	3,382	49.9	65	5.5	1,896	58.3	105	27.0	1,538	46.5	415
Rural	2.3	1,210	49.9	28	6.8	673	31.4	46	35.5	557	58.3	198
Educación de la madre												
Ninguna	6.0	160	(*)	10	17.8	107	(38.9)	19	49.1	127	52.9	62
Primaria	3.1	1,135	38.9	35	10.7	756	46.1	81	38.4	689	41.8	264
Secundaria	1.5	1,926	(58.7)	30	4.3	938	(60.7)	41	22.2	726	45.8	161
Media superior	1.6	874	(*)	14	1.2	405	(*)	5	10.2	274	(47.1)	28
Superior	1.1	496	(*)	5	1.3	363	(*)	5	14.9	146	(*)	22
No se puede determinar ^a					0.0				56.5	134	81.1	75
Quintil de índice de riqueza												
Más pobre	3.6	1,126	47.0	40	12.1	580	42.6	70	41.8	530	48.6	222
Segundo	2.7	1,021	(49.7)	27	7.2	469	(48.2)	34	37.8	448	49.8	169
Medio	0.5	991	(*)	5	2.9	534	(46.8)	16	27.6	428	50.3	118
Cuarto	1.5	709	(*)	11	4.7	472	(*)	22	18.2	382	48.2	70
Más rico	1.5	745	(*)	11	1.8	514	(*)	9	11.2	307	(67.9)	34
Etnia del jefe del hogar^A												
Hogar indígena	3.8	444	(42.6)	17	6.3	233	(44.8)	15	36.6	215	54.6	79
Hogar no indígena	1.9	4,146	51.5	77	5.8	2,335	50.7	137	28.5	1,877	49.6	534

a. Niños/as de 15 años o más al momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.

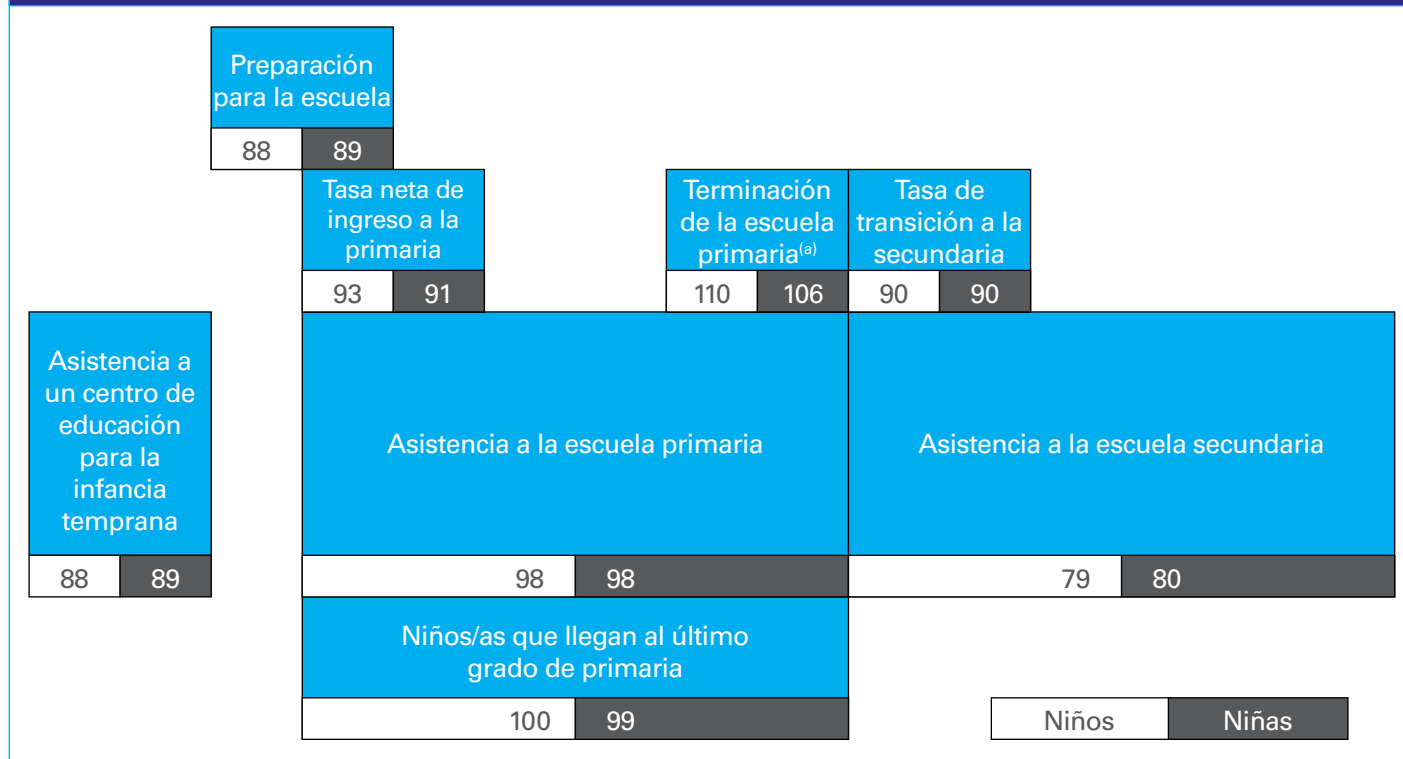
A. 5 casos sin ponderar (primaria), 2 casos sin ponderar (secundaria) y 3 casos sin ponderar (media superior) con 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

La Figura ED.1 reúne todos los indicadores abordados en este capítulo desagregados por sexo. También incluye información sobre la asistencia a la educación infantil temprana, que se abordó en el Capítulo 9, en el Cuadro CD.1. Se reportan porcentajes similares entre niños y niñas, con excepción de la asistencia a educación infantil temprana en que se observa un porcentaje más elevado para las niñas (62%) que para los niños (57%).

Figura ED.1: Indicadores de educación por sexo, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, 2015



Notas: Todos los valores de los indicadores están en porcentajes.

a. Los porcentajes son mayores a 100 porque el numerador incluye niños con edades diferentes a la edad normativa para estudiar el último año de educación primaria.



X. PROTECCIÓN INFANTIL

Registro del nacimiento

Todo niño/a tiene derecho a tener un nombre y una nacionalidad, tal como está consagrado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en otros tratados internacionales. No obstante, los nacimientos de aproximadamente uno de cada cuatro niños/as menores de 5 años en todo el mundo,¹ nunca se han registrado. Esta falta de reconocimiento formal por parte del Estado generalmente significa que un niño/a no puede obtener un certificado de nacimiento. Eso podría ser motivo para que le nieguen el acceso a la atención médica o a la educación. Posteriormente en su vida, la falta de documentos de identificación oficiales puede significar que el niño/a contraiga matrimonio, ingrese al mercado laboral o sea reclutado en las fuerzas armadas antes de la edad legal. En la edad adulta, el certificado de nacimiento puede ser un requisito para obtener asistencia social o un trabajo en el sector formal, para comprar o demostrar el derecho a heredar una propiedad, para votar y para obtener un pasaporte. El registro de los niños/as al nacer es el primer paso para asegurar su reconocimiento ante la ley, proteger sus derechos y evitar que cualquier violación de estos derechos pase desapercibida.²

El ODS 16 plantea en su meta 16.9 que para el año 2030 todas las personas tengan una identidad legal, incluido el registro de nacimientos. Para ello ha establecido como indicador de monitoreo la proporción de niños menores de 5 años cuyos nacimientos han sido registrados por una autoridad civil.

En México, la Constitución reconoce el derecho a la identidad y establece su gratuidad, y se ha avanzado, con el apoyo de UNICEF, en el registro oportuno de nacimientos de niñas y niños a través de campañas de registro en comunidades de difícil acceso. También se han distribuido materiales informativos en español y lenguas indígenas para promover el derecho a la identidad, impartido capacitación a funcionarios del sector salud y de los registros civiles y se han instalado módulos en hospitales, clínicas y unidades de atención materna para registrar inmediatamente los nacimientos, entre otras acciones significativas.³

¹ UNICEF 2014. *Estado mundial de la infancia 2015: Reimaginar el futuro*. UNICEF. Disponible en: <http://sowc2015.unicef.org/?lang=es>.

² UNICEF 2013. *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*. UNICEF.

³ Para obtener el acta de nacimiento es necesario contar con el Certificado de Nacimiento, que es formato único nacional, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho, haciendo de éste un requisito para la inscripción de un nacimiento ante el Registro Civil (Bases de Colaboración SEGOB-SALUD, 02/05/07 y LGS, DOF-24/04/13). El procedimiento de registro puede variar de acuerdo con los reglamentos de los Registros Civiles de las 32 entidades federativas. [Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento. Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México, 2015].

Cuadro CP1: Registro de nacimiento

Porcentaje de niños/as menores de 5 años según si el nacimiento fue registrado y porcentaje de niños/as no registrados cuyas madres/cuidadoras saben cómo registrar el nacimiento, México, 2015.

		Niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento está registrado ante el registro civil			Niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento no está registrado			
		Tiene acta de nacimiento		Total registrados ¹	Número de niños/as menores de 5 años	Porcentaje de niños/as cuyas madres/cuidadoras saben cómo registrar el nacimiento		Número de niños/as sin registro de nacimiento
		Vista	No vista			niños/as cuyas madres/cuidadoras no los registraron por desconocimiento	niños/as cuyas madres/cuidadoras no los registraron por desconocimiento	
Total		72.9	21.1	1.0	8,066	94.6	4.5	403
Sexo								
	Hombre	70.6	23.5	1.5	3,841	92.4	6.5	171
	Mujer	74.9	19.0	0.6	4,225	96.2	3.0	232
Región								
	Noroeste	75.0	22.5	0.4	1,442	(97.6)	(2.4)	30
	Noreste	79.1	16.4	0.2	1,831	95.2	4.8	81
	Centro	62.1	29.6	2.6	1,517	93.7	6.3	87
	CDMX-Edo México	70.8	25.4	0.6	1,556	92.7	0.0	49
	Sur	75.8	13.7	1.4	1,720	94.8	5.2	156
Zona de residencia								
	Urbana	72.8	21.7	1.0	6,076	95.1	3.5	274
	Rural	73.0	19.5	1.0	1,990	93.5	6.5	128
Edad								
	0-11 meses	64.1	14.3	1.4	1,411	95.8	4.2	284
	12-23 meses	75.7	18.9	0.8	1,440	91.2	6.1	67
	24-35 meses	69.2	27.3	2.0	1,799	(100.0)	(0)	28
	36-47 meses	76.4	21.8	0.7	1,456	(*)	(*)	15
	48-59 meses	77.8	21.6	0.2	1,959	(*)	(*)	9
Educación de la madre ^A								
	Ninguna	52.8	28.0	1.8	174	(85.6)	(14.4)	30
	Primaria	71.4	20.4	0.6	1,422	98.2	1.8	107
	Secundaria	74.7	19.0	1.5	3,174	95.7	4.3	153
	Media Superior	68.9	25.8	0.9	2,173	95.4	4.6	96
	Superior	80.4	18.1	0.1	1,120	(*)	(*)	16

Cuadro CP1: Registro de nacimiento (cont.)

Porcentaje de niños/as menores de 5 años según si el nacimiento fue registrado y porcentaje de niños/as no registrados cuyas madres/cuidadoras saben cómo registrar el nacimiento, México, 2015.

	Niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento está registrado ante el registro civil				Niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento no está registrado			
	Tiene acta de nacimiento		No hay acta de nacimiento	Total registrados ¹	Número de niños/as menores de 5 años	Porcentaje de niños/as cuyas madres/cuidadoras saben cómo registrar el nacimiento		Número de niños/as sin registro de nacimiento
	Vista	No vista				niños/as cuyas madres/cuidadoras no los registraron	por desconocimiento	
Quintil de índice de riqueza	71.3	17.7	1.2	90.3	1,892	91.9	8.1	184
	73.4	20.2	0.9	94.5	2,085	99.3	0.7	115
	72.8	21.5	1.7	96.1	1,674	96.5	3.5	65
	70.7	27.4	0.1	98.2	1,486	(86.3)	(0)	26
	78.4	19.4	1.0	98.8	929	(*)	(*)	11
Etnia del jefe del hogar ²	69.7	21.1	1.1	91.8	673	86.7	13.3	55
	73.1	21.2	1.0	95.3	7,390	95.9	3.1	347

1 MICS indicador 8.1 - Registro de nacimiento.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

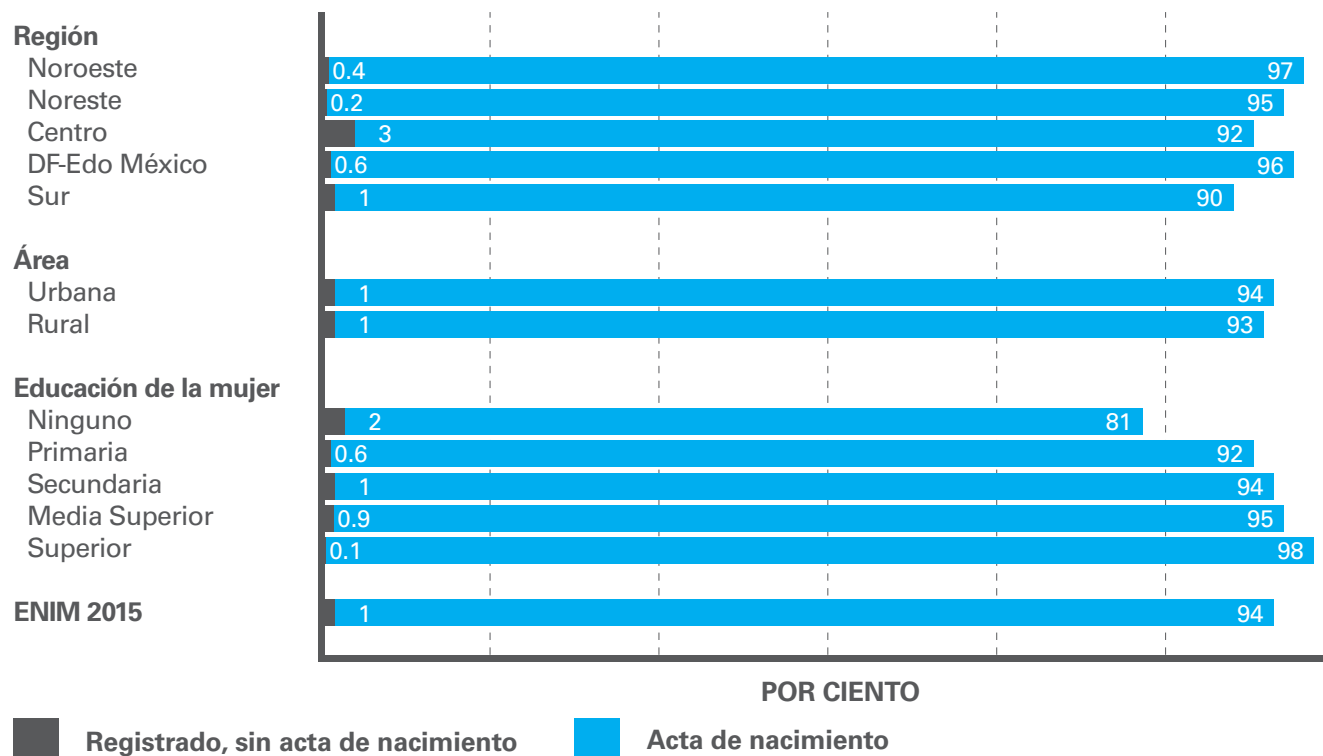
B. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

La ENIM indica que se han registrado los nacimientos de 95% de los niños/as menores de 5 años (Cuadro CP.1). El registro de nacimiento es más probable a medida que el niño/a se hace mayor. No hay variaciones significativas en el registro de nacimientos por sexo del niño/a. Los niños/as de la región Sur tienen menos posibilidades de que sus nacimientos sean registrados que niños/as de otras regiones del país; lo mismo sucede con los niños/as de los hogares más pobres. Los datos muestran diferencias significativas entre la proporción de niños/as cuyos nacimientos se reportan como registrados y los que tienen un certificado de nacimiento. En general, 94% de los niños/as tiene un acta de nacimiento. Estos hallazgos también se presentan en la Figura CP.1.

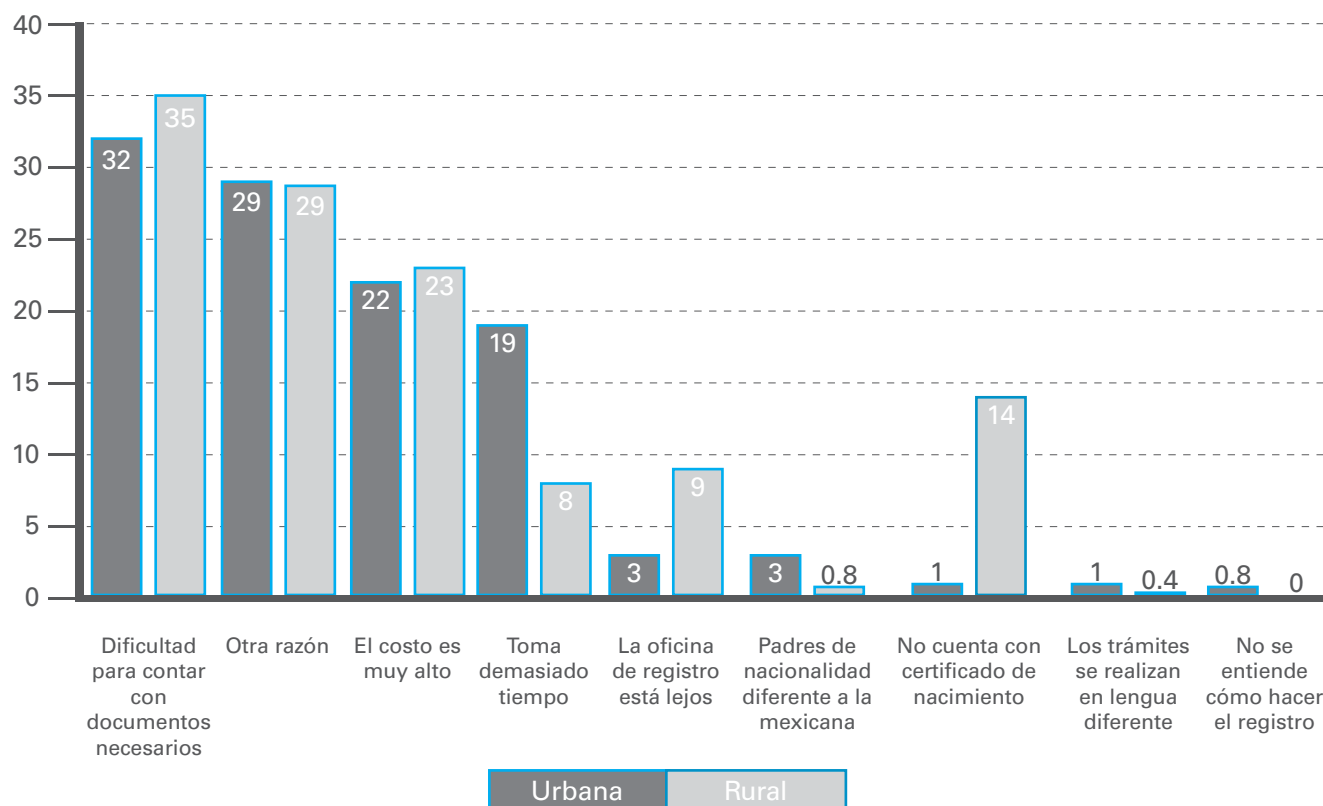
Figura CP1: Niños/as menores de 5 años cuyos nacimientos se han registrado, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



La falta de un conocimiento adecuado sobre cómo registrar a un niño/a puede ser un gran obstáculo para cumplir su derecho a la identidad. Los datos muestran que 4% de las madres de niños/as no registrados no sabe cómo registrar el nacimiento de su hijo/a aunque la mayoría parece conocer el proceso de registro, lo que indica que hay otras barreras para el registro del nacimiento.

La Figura CP.2 muestra con mayor detalle las razones de no registro de los niños/as menores de 5 años. Entre las principales razones reportadas por las madres de los niños/as que no han sido registrados se encuentran la dificultad para contar con los documentos necesarios y el costo del trámite. En zonas urbanas, la tercera razón más frecuente para el no registro es el tiempo que toma hacer el trámite y en zonas rurales es el no contar con el certificado de nacimiento. Finalmente, otra razón importante para el no registro es la distancia a la oficina de registro, reportado con mayor frecuencia en zonas rurales (9%) que en zonas urbanas (3%). Es importante mencionar que alrededor de una tercera parte de las razones reportadas se presentan en la categoría "otra razón", lo que dificulta la jerarquización de las respuestas.

Figura CP2 Razones de no registro de niños/as menores de 5 años, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Trabajo infantil

Muchos niños/as alrededor del mundo están involucrados de manera rutinaria en formas de trabajo remunerado y sin remunerar que no son perjudiciales para ellos. Sin embargo, son considerados niños/as trabajadores cuando son demasiado jóvenes para trabajar o cuando realizan actividades peligrosas que podrían comprometer su desarrollo físico, mental, social o educativo. El Artículo 32 (1) de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que: “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social”.

La meta 8.7 del ODS 8 establece como uno de sus indicadores de monitoreo de avances la proporción y el número de niños entre 5 y 17 años involucrados en trabajo infantil, por sexo y edad.

El Estado Mexicano ha ratificado el Convenio 138 de la Organización Internacional del Trabajo, al elevar la edad mínima de admisión al empleo a 15 años en la Constitución Federal.

Los niños/as y adolescentes que trabajan pueden estar expuestos a una amplia variedad de riesgos mecánicos, biológicos, físicos, químicos, relacionados con el polvo, ergonómicos, de bienestar, higiene y psicosociales; así como a largas jornadas de trabajo y malas condiciones de vida. Es por ello es que, a partir del 2012, en México se incluyó

en la Ley Federal del Trabajo el catálogo de trabajos prohibidos para las niñas, niños y adolescentes con la finalidad de salvaguardar su integridad física y emocional, ante la peligrosidad que representan estas labores. Con la reforma a la legislación laboral de junio de 2015, se prohíbe el trabajo de menores de 18 años en las siguientes actividades: caso de declaratoria de contingencia sanitaria; actividades agrícolas, forestales, de aserrado, silvícolas, de caza y pesca, o ser expuestos a condiciones climáticas extremas, fauna peligrosa y flora nociva; actividades con cargas de más de 7 kilogramos, posturas forzadas o con movimientos repetitivos; exposición a golpes de calor, deshidratación, hipotermia o congelación; obras de construcción; en la industrias ladrillera, vidriera, cerámica, cerera y tabacalera; minas subterráneas; actividades en altura, espacios confinados, de soldadura o corte, ni en trabajos ambulantes; actividades relacionadas con la generación, transmisión y distribución de electricidad; labores de manejo, operación y mantenimiento de maquinaria, equipo o herramientas mecánicas, eléctricas, neumáticas o motorizadas, así como en vehículos motorizados, incluyendo su mantenimiento mecánico y eléctrico; buques o labores subterráneas, ni en zonas bajo jurisdicción federal.

El módulo de trabajo infantil se aplicó a las madres de los niños/as de 5 a 17 años e incluye preguntas sobre el tipo de trabajo que realizan estos niños/as y el número de horas que le dedican. Se recolectan datos tanto sobre las actividades económicas (trabajo remunerado o no remunerado para alguien que no es un miembro de la familia, o trabajo en una granja o negocio familiar) así como sobre el trabajo doméstico (quehaceres domésticos como cocinar, limpiar o cuidar a los niños/as, así como recoger leña o buscar agua). El módulo también recolecta información sobre las condiciones de trabajo peligrosas.^{4,5}

En el Cuadro CP.2 se presenta la participación de los niños/as en actividades económicas. La metodología del indicador de las encuestas MICS sobre trabajo infantil usa tres umbrales específicos por edad para el número de horas que un niño/a puede dedicar a una actividad económica sin que sea clasificada como trabajo infantil. Si realizó actividades económicas durante la última semana por más horas que las especificadas para su edad, tales actividades se clasifican como trabajo infantil:

- i. de 5 a 11 años: 1 hora o más
- ii. de 12 a 14 años: 14 horas o más
- iii. de 15 a 17 años: 43 horas o más.

Si bien 12% de los niños/as de 5 a 17 años realiza algún tipo de actividad económica, sólo 7% realiza tales tareas durante horas prolongadas o por arriba del umbral para la edad específica. La participación en actividades económicas cambia con la edad: 10% de los niños/as de 5 a 11 años realiza alguna actividad económica de al menos una hora, en comparación con 15% de los niños/as de 12 a 14 años, y 26% de los niños/as de 15 a 17 años que realizan alguna actividad económica por menos de 14 horas. Además, 3% de los niños/as de 12 a 14 años y 4% de los niños/as de 15 a 17 años realizaron alguna actividad económica por más de 14 horas.

⁴ UNICEF 2012. *How Sensitive Are Estimates of Child Labour to Definitions?* MICS Methodological Paper No. 1. UNICEF.

⁵ El módulo de Trabajo infantil y el módulo de Disciplina infantil se aplicaron mediante la selección aleatoria de un solo niño en todos los hogares con uno o más niños de 1 a 17 años (véase el Apéndice F: Cuestionarios). El módulo de Trabajo infantil se aplicó si el niño/a seleccionado tenía de 5 a 17 años y el módulo de Disciplina infantil si el niño tenía 1 a 14 años de edad. Para tener en cuenta la selección aleatoria, la ponderación de la muestra de los hogares se multiplica por el número total de niños de 1 a 17 años de edad en cada hogar.

Cuadro CP2: Participación de los niños/as en actividades económicas

Porcentaje de niños/as por su participación en actividades económicas durante la última semana, de acuerdo a grupos de edad, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as de 5-11 años que participan en actividades económicas por al menos una hora	Porcentaje de niños de 12-14 años que participaron en:			Porcentaje de niños de 15-17 años que participaron en:			
		Número de niños de 5-11 años	Actividad económica menos de 14 horas	Actividad económica por 14 horas o más	Número de niños de 12-14 años	Actividad económica menos de 43 horas	Actividad económica por 43 horas o más	Número de niños de 15-17 años
Total	9.9	7,208	15.4	3.3	3,681	25.6	3.7	2,979
Sexo								
Hombre	11.1	3,573	18.0	4.9	1,909	31.8	5.4	1,576
Mujer	8.7	3,635	12.7	1.7	1,772	18.6	1.9	1,404
Región								
Noroeste	9.8	1,406	13.6	1.0	765	33.4	1.7	647
Noreste	3.9	1,651	9.7	2.8	792	18.1	6.3	597
Centro	15.6	1,091	23.1	5.3	512	29.3	4.8	501
CDMX-Edo México	10.4	1,530	13.4	3.6	757	29.1	1.9	545
Sur	11.8	1,531	19.6	4.5	855	19.3	4.0	689
Zona de residencia								
Urbana	6.8	5,326	13.6	1.9	2,776	22.5	2.6	2,143
Rural	18.6	1,883	20.9	7.7	905	33.4	6.7	836
Asistencia a la escuela								
Sí	9.8	7,076	14.5	2.6	3,467	24.8	0.4	2,224
No	13.5	132	30.4	15.2	215	28.0	13.7	755
Educación de la madre ^A								
Ninguna	17.6	237	26.1	9.5	171	35.3	3.9	164
Primaria	14.6	1,708	17.9	7.4	1,084	28.0	6.9	958
Secundaria	8.5	3,148	15.9	1.4	1,429	23.4	2.7	1,131
Media Superior	6.6	1,367	14.1	1.0	551	21.8	1.4	438
Superior	8.7	748	5.6	0.0	446	30.1	0.0	222
No se puede determinar ^a	na	0	na	na	na	(*)	(*)	1

Cuadro CP2: Participación de los niños/as en actividades económicas (cont.)									
Porcentaje de niños/as por su participación en actividades económicas durante la última semana, de acuerdo a grupos de edad, México, 2015.									
	Porcentaje de niños/as de 5-11 años que participan en actividades económicas por al menos una hora	Porcentaje de niños de 12-14 años que participaron en:			Porcentaje de niños de 15-17 años que participaron en:				Número de niños de 15-17 años
		Actividad económica menos de 14 horas	Actividad económica por 14 horas o más	Actividad económica menos de 43 horas	Número de niños de 12-14 años	Actividad económica menos de 43 horas	Actividad económica por 43 horas o más	Número de niños de 15-17 años	
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	17.2	1,767	26.4	8.3	801	33.3	4.8	773	
Segundo	7.1	1,669	11.5	2.2	644	27.2	6.7	706	
Medio	9.0	1,519	13.4	3.5	861	28.3	2.7	500	
Cuarto	6.2	1,106	16.2	1.0	726	18.6	2.6	503	
Más rico	7.5	1,148	7.7	0.7	650	15.9	0.0	498	
Etnia del jefe del hogar^B									
Hogar indígena	21.4	678	27.4	3.5	322	27.2	4.2	267	
Hogar no indígena	8.7	6,529	14.3	3.3	3,359	25.5	3.7	2,707	

a. Niños/as de 15 años o más en el momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.
A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 9 casos sin ponderar (5-11 años) y 6 casos sin ponderar (15-17 años) con 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
na: no aplicable.

En el Cuadro CP.3 se presenta la participación de los niños/as en los quehaceres domésticos. Al igual que para las actividades económicas mencionadas, la metodología también emplea tres umbrales específicos por edad para el número de horas que un niño/a puede dedicar a los quehaceres domésticos sin que sean clasificados como trabajo infantil. Si un niño/a realizó quehaceres domésticos durante la última semana por más horas que las especificadas para su edad, tales tareas se clasifican como trabajo infantil:

i. de 5 a 11 y de 12 a 14 años: 28 horas o más

ii. de 15 a 17 años: 43 horas o más.

Las niñas tienen más probabilidades de realizar quehaceres domésticos que los varones en los tres grupos de edad. El porcentaje de los niños/as involucrados parece ser consistentemente más alto en las zonas rurales que en las urbanas y hay una correlación estrecha con la educación de la madre y la riqueza del hogar.

Cuadro CP3: Participación de los niños/as en tareas domésticas

Porcentaje de niños/as por su participación en tareas domésticas durante la última semana, de acuerdo a grupos de edad, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as de 5-11 años participando en:			Porcentaje de niños/as de 12-14 años participando en:			Porcentaje de niños/as de 15-17 años participando en:		
	Tareas domésticas menos de 28 horas	Tareas domésticas por 28 horas o más	Número de niños/as de 5-11 años	Tareas domésticas menos de 28 horas	Tareas domésticas por 28 horas o más	Número de niños/as de 12-14 años	Tareas domésticas menos de 43 horas	Tareas domésticas por 43 horas o más	Número de niños/as de 15-17 años
Total	71.2	0.0	7,208	85.4	1.4	3,681	84.6	0.4	2,979
Sexo									
Hombre	71.4	0.0	3,573	82.0	2.1	1,909	80.3	0.0	1,576
Mujer	71.0	0.0	3,635	89.0	0.6	1,772	89.3	0.9	1,404
Región									
Noroeste	79.6	0.1	1,406	84.7	0.6	765	87.2	0.0	647
Noreste	62.6	0.0	1,651	84.3	0.8	792	79.3	0.7	597
Centro	77.3	0.0	1,091	94.0	0.9	512	85.0	0.4	501
CDMX-Edo México	70.9	0.0	1,530	76.8	0.5	757	83.4	0.1	545
Sur	68.7	0.0	1,531	89.3	3.8	855	87.2	0.7	689
Zona de residencia									
Urbana	68.0	0.0	5,326	84.1	1.2	2,776	84.1	0.3	2,143
Rural	80.1	0.0	1,883	89.2	2.0	905	85.6	0.7	836
Asistencia a la escuela									
Sí	71.6	0.0	7,076	86.6	0.5	3,467	88.0	0.0	2,224
No	48.4	0.0	132	65.8	15.9	215	74.5	1.6	755
Educación de la madre ^A									
Ninguna	68.7	0.0	237	84.4	2.1	171	89.4	0.7	164
Primaria	79.7	0.0	1,708	86.9	3.9	1,084	85.3	0.5	958
Secundaria	69.6	0.0	3,148	85.1	0.3	1,429	81.0	0.0	1,131
Media Superior	67.1	0.1	1,367	81.5	0.3	551	88.7	0.0	438
Superior	66.5	0.0	748	87.6	0.2	446	88.8	0.0	222
No se puede determinar ^a	na	na	na	na	na	na	(*)	(*)	1

Cuadro CP3: Participación de los niños/as en tareas domésticas (cont.)									
Porcentaje de niños/as por su participación en tareas domésticas durante la última semana, de acuerdo a grupos de edad, México, 2015.									
	Porcentaje de niños/as de 5-11 años participando en:			Porcentaje de niños/as de 12-14 años participando en:			Porcentaje de niños/as de 15-17 años participando en:		
	Tareas domésticas menos de 28 horas	Tareas domésticas por 28 horas o más	Número de niños/as de 5-11 años	Tareas domésticas menos de 28 horas	Tareas domésticas por 28 horas o más	Número de niños/as de 12-14 años	Tareas domésticas menos de 43 horas	Tareas domésticas por 43 horas o más	Número de niños/as de 15-17 años
Quintil de índice de riqueza									
Más pobre	78.1	0.0	1,767	91.3	4.3	801	82.6	0.9	773
Segundo	72.8	0.1	1,669	76.2	1.1	644	86.6	0.0	706
Medio	69.9	0.0	1,519	86.2	0.9	861	82.4	0.4	500
Cuarto	70.0	0.0	1,106	87.6	0.3	726	84.6	0.4	503
Más rico	60.9	0.0	1,148	83.5	0.0	650	86.9	0.1	498
Etnia del jefe del hogar^B									
Hogar indígena	75.7	0.0	678	95.0	0.0	322	83.0	0.2	267
Hogar no indígena	70.7	0.0	6,529	84.4	1.6	3,359	84.7	0.4	2,707

a. Niños/as de 15 años o más en el momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.
A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.
B. 9 casos sin ponderar (5-11 años) y 6 casos sin ponderar (15-17 años) con 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.
na: no aplicable.

El Cuadro CP.4 combina, en el indicador total de trabajo infantil, a los niños/as que trabajan y que realizan quehaceres domésticos y que están en, por encima o por debajo de los umbrales específicos por edad detallados en los cuadros anteriores, así como a los niño/as reportados como trabajando en condiciones peligrosas. Se observa que 12% de los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años se involucran en trabajo infantil y 8% trabajan en condiciones peligrosas. Los niños presentan porcentajes mayores tanto de trabajo infantil (16% niños vs 9% niñas) como de trabajo en condiciones peligrosas (11% niños vs. 5% niñas). Comparados con niños/as y adolescentes en zonas urbanas, los niños/as y adolescentes de zonas rurales presentan porcentajes mucho mayores de trabajo infantil (21% y 9% respectivamente). Además, el porcentaje de niños/as y adolescentes que trabajan en condiciones peligrosas es el triple en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas (15% y 5%, respectivamente). De igual manera se observan importantes diferencias entre quintiles de riqueza, mientras que 22% de los niños/as y adolescentes del quintil más pobre trabajan (16% en condiciones peligrosas), sólo 6% de sus contrapartes del quintil más rico lo hacen (3% en condiciones peligrosas). También se observa que el porcentaje de niños/as y adolescentes pertenecientes a hogares indígenas que trabajan es casi el doble del aquellos en hogares no indígenas (21% y 12%, respectivamente).

Cuadro CP4: Trabajo infantil

Porcentaje de niños/as de 5-17 años por su participación en actividades económicas o tareas domésticas durante la última semana, porcentaje trabajando bajo condiciones peligrosas durante la última semana, y porcentaje dedicado a trabajo infantil durante la última semana, México, 2015.

	Niños/as participando en actividades económicas por un número total de horas durante la última semana:			Niños/as participando en tareas domésticas por un número total de horas durante la última semana:			Niños/as trabajando en condiciones peligrosas		Total trabajo infantil ¹	Número de niños/as de 5-17 años
	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica				
Total	10.8	6.8	77.8	0.5	8.2	12.4	13,869			
Sexo										
Hombre	12.9	8.1	76.3	0.6	11.1	15.8	7,058			
Mujer	8.6	5.5	79.4	0.3	5.2	8.9	6,811			
Región										
Noroeste	12.8	5.5	82.7	0.2	8.7	12.3	2,818			
Noreste	7.0	4.1	71.5	0.3	5.5	8.2	3,040			
Centro	13.2	10.5	83.2	0.3	10.7	17.4	2,105			
CDMX-Edo México	12.0	7.0	74.9	0.2	6.4	11.6	2,832			
Sur	10.1	8.0	78.6	1.2	10.3	14.0	3,075			
Zona de residencia										
Urbana	9.8	4.6	75.7	0.4	5.7	9.2	10,245			
Rural	13.7	13.1	83.7	0.7	15.1	21.4	3,624			
Edad										
5-11	2.3	9.9	71.2	0.0	3.4	10.3	7,208			
12-14	15.4	3.3	85.4	1.4	8.8	10.5	3,681			
15-17	25.6	3.7	84.6	0.4	18.8	19.8	2,979			
Asistencia a la escuela										
Sí	9.6	6.2	78.5	0.2	6.6	10.7	12,768			
No	25.4	13.9	69.6	4.2	26.5	31.8	1,101			
Educación de la madre^A										
Ninguna	18.0	11.2	79.3	0.8	15.1	20.7	572			
Primaria	13.2	10.6	83.2	1.3	13.0	18.1	3,750			
Secundaria	10.1	5.6	75.7	0.1	6.9	10.5	5,708			
Media Superior	9.0	4.3	74.5	0.1	4.5	8.1	2,356			
Superior	7.3	4.6	76.7	0.1	3.7	8.0	1,417			
No se puede determinar ^a	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1			

Cuadro CP4: Trabajo infantil (cont.)

Porcentaje de niños/as de 5-17 años por su participación en actividades económicas o tareas domésticas durante la última semana, porcentaje trabajando bajo condiciones peligrosas durante la última semana, y porcentaje dedicado a trabajo infantil durante la última semana, México, 2015.

	Niños/as participando en actividades económicas por un número total de horas durante la última semana:		Niños/as participando en tareas domésticas por un número total de horas durante la última semana:		Niños/as trabajando en condiciones peligrosas	Total trabajo infantil ¹	Número de niños/as de 5-17 años
	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica			
Quintil de índice de riqueza	Más pobre	15.1	12.2	82.3	1.3	22.1	3,340
	Segundo	9.5	5.9	76.7	0.3	10.6	3,019
	Medio	9.8	6.3	77.0	0.3	10.9	2,880
	Cuarto	11.2	3.8	78.6	0.2	8.5	2,334
	Más rico	7.0	4.0	72.9	0.0	6.4	2,296
Etnia del jefe del hogar ^B	Hogar indígena	13.7	13.2	82.1	0.0	21.1	1,267
	Hogar no indígena	10.5	6.2	77.4	0.5	11.5	12,595

1 MICS indicador 8.2 - Trabajo infantil.

a. Niños/as de 15 años o más en el momento de la entrevista cuyas madres no viven en el hogar.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 15 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

El Cuadro CP.4Mx presenta los mismos indicadores del Cuadro CP.4, aplicando el umbral de 15 años de acuerdo a la legislación de México para el trabajo infantil. Diez por ciento de los niños/as y adolescentes menores de 15 años están involucrados en trabajo infantil y un 5% trabajan en condiciones peligrosas. En ambos indicadores se observan porcentajes más elevados para el sexo masculino (13% y 7%, respectivamente). La proporción de niños/as y adolescentes que trabajan es igual (10%) en el grupo etario de 5 a 11 años y en el grupo etario de 12 a 14 años. En contraste, la exposición a condiciones peligrosas de trabajo es mayor en el grupo de 12 a 14 años (9%), que entre los niños/as de 5 a 11 años (3%).

El trabajo infantil en general, y el trabajo infantil en condiciones peligrosas es mucho más frecuente en zonas rurales (19% y 11%, respectivamente) que en zonas urbanas (7% y 3%, respectivamente). Se observan también importantes diferencias regionales. La región con mayor prevalencia de trabajo infantil es la región Centro (16%), en contraste con la región Noreste en la cual se reporta 5% de trabajo infantil. El trabajo infantil es también más frecuente entre niños/as que habitan en los hogares más pobres (20%) y en hogares clasificados como indígenas (20%). La prevalencia de trabajo infantil se duplica entre los niños/as y adolescentes que no van a la escuela (23%) en comparación con sus contrapartes que asisten a la escuela (10%).

Cuadro CP4IMX: Trabajo infantil en menores de 15 años							
Porcentaje de niños/as de 5-14 años por su participación en actividades económicas o tareas domésticas durante la última semana, porcentaje trabajando bajo condiciones peligrosas durante la última semana, y porcentaje dedicado a trabajo infantil durante la última semana, México, 2015.							
	Menores de 15 años participando en actividades económicas por un número total de horas durante la última semana:			Menores de 15 años participando en tareas domésticas por un número total de horas durante la última semana:			Niños/as trabajando en condiciones peligrosas
	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica		Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica		
Total	6.8	7.7	76.0	0.5	5.3	10.4	10,890
Sexo							
Hombre	7.5	8.9	75.1	0.8	6.5	12.5	5,482
Mujer	6.1	6.4	76.9	0.2	4.0	8.2	5,407
Región							
Noroeste	6.7	6.7	81.4	0.3	4.1	8.6	2,171
Noreste	4.3	3.6	69.6	0.2	2.4	5.3	2,443
Centro	8.1	12.3	82.6	0.3	6.8	15.5	1,603
CDMX-Edo México	7.9	8.2	72.8	0.2	4.4	10.5	2,287
Sur	7.4	9.2	76.1	1.4	9.1	13.6	2,386
Zona de residencia							
Urbana	6.4	5.1	73.5	0.4	3.2	7.4	8,102
Rural	7.7	15.1	83.1	0.7	11.2	19.1	2,788
Edad							
5-11	2.3	9.9	71.2	0.0	3.4	10.3	7,208
12-14	15.4	3.3	85.4	1.4	8.8	10.5	3,681
Asistencia a la escuela							
Sí	6.3	7.5	76.5	0.2	5.0	9.9	10,543
No	19.6	14.6	59.2	9.9	14.1	23.2	347
Educación de la madre							
Ninguna	11.0	14.2	75.3	0.9	10.2	17.5	408
Primaria	8.1	11.8	82.5	1.5	9.6	16.0	2,792
Secundaria	6.8	6.3	74.4	0.1	4.5	9.0	4,577
Media Superior	6.1	5.0	71.2	0.1	2.5	6.7	1,918
Superior	3.1	5.5	74.4	0.1	0.9	6.0	1,194

Cuadro CP4IMX: Trabajo infantil en menores de 15 años (cont.)							
Porcentaje de niños/as de 5-14 años por su participación en actividades económicas o tareas domésticas durante la última semana, porcentaje trabajando bajo condiciones peligrosas durante la última semana, y porcentaje dedicado a trabajo infantil durante la última semana, México, 2015.							
	Menores de 15 años participando en actividades económicas por un número total de horas durante la última semana:		Menores de 15 años participando en tareas domésticas por un número total de horas durante la última semana:		Niños/as trabajando en condiciones peligrosas	Total trabajo infantil ¹	Número de niños/as de 5-14 años
	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica	Debajo del umbral para la edad específica	En o arriba del umbral para la edad específica			
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	9.6	14.4	82.2	1.4	12.6	19.8	2,568
Segundo	4.2	5.7	73.7	0.4	3.1	7.6	2,313
Medio	6.0	7.0	75.8	0.3	4.7	9.6	2,380
Cuarto	9.2	4.2	77.0	0.1	2.5	5.9	1,832
Más rico	4.6	5.1	69.1	0.0	1.3	6.0	1,798
Etnia del jefe del hogar^A							
Hogar indígena	10.1	15.6	81.9	0.0	11.2	20.0	1,000
Hogar no indígena	6.4	6.9	75.4	0.5	4.7	9.4	9,888

1. MICS indicador 8.S1 - Trabajo infantil de menores de 15 años.
A. 9 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Disciplina del niño/a

Enseñar a los niños/as a tener autocontrol y un comportamiento aceptable forma parte integral de la disciplina infantil en todas las culturas. Educar a los hijos/as de manera positiva implica orientarlos para que aprendan a manejar sus emociones o conflictos de modo que desarrollen el buen juicio y la responsabilidad y preserven su autoestima, integridad física y psicológica, y dignidad. Sin embargo, con frecuencia se educa a los niños/as con métodos punitivos en los que se emplea la fuerza física o la intimidación verbal para lograr las conductas deseadas. Según la evidencia científica,⁶ la exposición de los niños/as a la disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales, que van desde los impactos inmediatos hasta los daños en el largo plazo que se llevan a la vida adulta. La violencia dificulta el desarrollo, las capacidades de aprendizaje y el rendimiento escolar de los niños/as; inhibe las relaciones positivas; causa baja autoestima, angustia emocional y depresión, y, algunas veces, conduce a riesgos y autolesiones.

La meta 16.2 del ODS 16, establece como uno de sus indicadores de monitoreo la proporción de niños entre 1 y 17 años que han experimentado cualquier castigo corporal y/o agresión psicológica por parte de sus cuidadores en el último mes.

En la ENIM, los entrevistados en el cuestionario de hogar respondieron a una serie de preguntas sobre los métodos que los adultos del hogar usaron durante el mes anterior para disciplinar a un niño/a seleccionado aleatoriamente de los niños/as entre 1 y 14 años que habitaban en el hogar.

⁶ Straus, MA and Paschall MJ. 2009. *Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A longitudinal study of two nationally representative age cohorts*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 18(5): 459-83.
Erickson, MF and Egeland, B. 1987. *A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment*. School Psychology Review 16: 156-68.
Schneider, MW et al. 2005. *Do Allegations of Emotional Maltreatment Predict Developmental Outcomes Beyond that of Other Forms of Maltreatment?*. Child Abuse & Neglect 29(5): 513-32.

Cuadro CP5: Disciplina infantil

Porcentaje de niños/as de 1-14 años según métodos de disciplina infantil experimentados durante el último mes, México, 2015.

Porcentaje de niños/as de edades entre 1-14 años que experimentaron:						
	Sólo disciplina no violenta	Agresión psicológica	Castigo físico		Cualquier método violento de disciplina ¹	Número de niños/as de 1-14 años
			Cualquiera	Severo		
Total	30.8	53.1	43.7	5.9	63.1	15,501
Sexo						
Hombre	32.0	52.2	45.3	7.3	62.7	7,634
Mujer	29.7	54.0	42.2	4.6	63.4	7,867
Región						
Noroeste	30.5	57.4	40.6	6.1	65.7	2,942
Noreste	32.6	48.8	42.7	7.1	58.6	3,518
Centro	25.8	60.3	55.1	7.8	70.1	2,525
CDMX-Edo México	32.7	55.8	35.7	3.3	61.7	3,138
Sur	31.3	45.9	46.5	5.7	61.5	3,377
Zona de residencia						
Urbana	32.6	53.0	42.7	5.8	62.0	11,542
Rural	25.5	53.2	46.6	6.3	66.1	3,958
Edad						
1-2	32.2	39.7	42.9	3.1	55.6	2,158
3-4	22.4	61.1	63.7	4.3	74.1	2,453
5-9	29.7	57.0	48.2	7.2	66.9	4,951
10-14	34.7	51.4	32.0	6.5	58.0	5,939
Educación del jefe del hogar^A						
Ninguna	31.3	51.1	41.1	3.8	61.1	909
Primaria	27.8	53.3	43.7	7.3	63.7	4,633
Secundaria	31.8	52.8	42.8	6.0	62.4	4,983
Media Superior	33.7	49.9	42.9	4.6	62.0	2,893
Superior	31.3	58.4	48.4	5.4	65.5	2,075

Cuadro CP5: Disciplina infantil (cont.)						
Porcentaje de niños/as de 1-14 años según métodos de disciplina infantil experimentados durante el último mes, México, 2015.						
	Porcentaje de niños/as de edades entre 1-14 años que experimentaron:					
	Sólo disciplina no violenta	Agresión psicológica	Castigo físico		Cualquier método violento de disciplina ¹	Número de niños/as de 1-14 años
			Cualquiera	Severo		
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	27.6	50.0	45.0	6.8	63.6	3,661
Segundo	30.2	50.9	43.9	5.8	61.2	3,360
Medio	34.3	52.3	44.4	4.8	61.1	3,340
Cuarto	31.4	55.3	39.2	6.4	65.0	2,722
Más rico	31.2	59.2	45.8	5.9	65.5	2,417
Etnia del jefe del hogar^B						
Hogar indígena	38.6	36.7	37.5	6.0	49.6	1,426
Hogar no indígena	30.0	54.7	44.3	5.9	64.4	14,072

1. MICS indicador 8.3 - Disciplina violenta.

A. 11 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

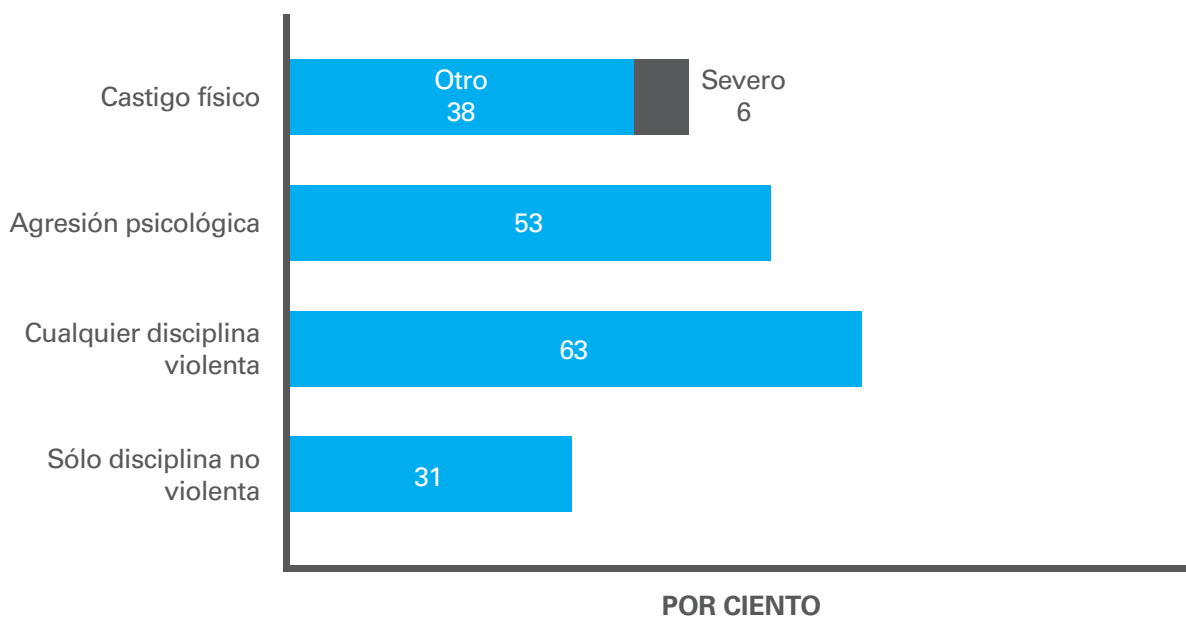
B. 15 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En la ENIM, 63% de los niños/as de 1 a 14 años de edad fueron sometidos al menos a una forma de castigo psicológico o físico por miembros del hogar durante el mes anterior.

La mayoría de los hogares emplea una combinación de prácticas disciplinarias violentas, lo que refleja que los cuidadores desean controlar la conducta de los niños/as de cualquier forma. Mientras que 53% de los niños/as fueron sometidos a agresión psicológica, aproximadamente 44% tuvo un castigo físico. Las formas más severas de castigo físico (golpearlo en la cabeza, las orejas o la cara, o golpearlo con fuerza y repetidamente) son en general menos comunes: 6% de los niños/as fue sometido a un castigo severo.

Los niños varones fueron más sometidos a la disciplina física (45%) que las niñas (42%) y se observa una diferencia similar entre niños y niñas en castigo físico severo (7% y 5%, respectivamente). Los diferenciales respecto a muchas de las variables de contexto fueron relativamente pequeñas. Los niños/as que viven en zonas rurales y los que viven en los hogares más pobres tuvieron probabilidades similares de experimentar al menos un castigo psicológico o físico violento. Los mayores porcentajes de cualquier disciplina violenta se observa en la región Centro (70%) y entre los niños de 3 a 4 años. En contraste, los hogares indígenas presentan el menor porcentaje en este rubro (50%).

Figura CP3: Métodos de disciplina infantil, niños/as de 1 a 14 años, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Si bien los métodos violentos son formas disciplinarias muy comunes, el Cuadro CP.6 revela que únicamente el 5% de los encuestados que respondieron al cuestionario de hogar cree que el castigo físico es necesario para educar a los hijos/as. Hay grandes diferencias entre la proporción de encuestados que creen que el castigo físico es necesario, con relación a las variables de contexto de los encuestados. En general, los encuestados con bajo nivel educativo (9% sin educación y 6% con primaria) y los que viven en los hogares más pobres (6%) tienen más probabilidades de considerar el castigo físico como necesario para disciplinar a los niños/as. La relación del encuestado con el niño/a también es importante: 5% de las madres cree que el castigo físico es necesario, en comparación con 8% de los padres.

Cuadro CP.6: Actitud hacia el castigo físico de los niños/as

Porcentaje de informantes del módulo de disciplina infantil que creen que el castigo físico es necesario para criar y educar a un niño/a apropiadamente, México, 2015.

	Informantes que creen que un niño/a necesita ser castigado físicamente	Número de informantes del módulo de disciplina infantil
Total	5.4	6,736
Sexo		
Hombre	8.8	651
Mujer	5.1	6,085
Región		
Noroeste	6.9	1,342
Noreste	5.1	1,470
Centro	3.4	1,095
CDMX-Edo México	4.9	1,403
Sur	6.6	1,426
Zona de residencia		
Urbana	5.1	5,122
Rural	6.3	1,614
Edad		
<25	5.6	894
25-39	5.4	3,189
0-59	5.1	2,370
60+	7.7	283
Relación del informante con el niño/a		
Madre	5.0	5,045
Padre	8.4	466
Otra	5.9	1,225
Educación del informante		
Ninguna	8.9	250
Primaria	5.9	1,617
Secundaria	4.5	2,492
Media Superior	5.8	1,444
Superior	5.4	934
Quintil de índice de riqueza		
Más pobre	6.4	1,372
Segundo	6.1	1,459
Medio	4.8	1,406
Cuarto	4.9	1,300
Más rico	4.7	1,200
Etnia del jefe del hogar^A		
Hogar indígena	5.7	515
Hogar no indígena	5.4	6,219

A. 8 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Matrimonio temprano

El matrimonio⁷ antes de los 18 años es una realidad para muchas mujeres jóvenes. En diversas partes del mundo los padres fomentan el matrimonio de sus hijas cuando todavía son niñas con la esperanza de que el matrimonio los beneficie tanto desde el punto de vista financiero como social, a la vez que alivia a la familia de cargas financieras. De hecho, el matrimonio infantil es una violación de los derechos humanos que compromete el desarrollo de las niñas y muchas veces resulta en un embarazo precoz y aislamiento social, con una educación escasa y una formación profesional deficiente que refuerzan el componente de género en la pobreza.⁸ El derecho al consentimiento “libre y pleno” para el matrimonio está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con la distinción que el consentimiento no puede ser “libre ni pleno” si una de las partes implicadas no es lo suficientemente madura como para tomar una decisión informada sobre una pareja para su vida. Un tema estrechamente relacionado con el matrimonio infantil es la edad en la que las niñas se vuelven sexualmente activas. Las mujeres que están casadas antes de los 18 años suelen tener más hijos/as que las que se casan años más tarde. Se sabe que las muertes relacionadas con el embarazo son una de las principales causas de mortalidad tanto para las niñas casadas como para las no casadas entre los 15 y los 19 años, sobre todo entre las más jóvenes de esta cohorte. Hay datos que sugieren que las niñas que se casan de manera precoz son más propensas a casarse con hombres mayores, lo que las expone a un mayor riesgo de infección por el VIH. La exigencia para que la joven esposa se reproduzca y el desequilibrio de poder que resulta de la diferencia de edad lleva a un muy bajo uso del condón entre estas parejas.⁹

El ODS 5 relativo a lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas, tiene como indicador de su meta 5.3, la proporción de mujeres entre 20 y 24 años que estuvieron casadas o en una unión antes de los 15 años y antes de los 18 años.

El Cuadro CP.7 muestra el porcentaje de mujeres casadas antes de los 15 y de los 18 años. Entre las mujeres de 15 a 49 años, aproximadamente 4% se había casado antes de los 15 años y, entre las mujeres de 20 a 49 años, 24% se había casado antes de los 18 años.

Aproximadamente 15% de las mujeres jóvenes de 15 a 19 años está casada actualmente. Esta proporción varía ligeramente entre las zonas urbanas (14%) y rurales (19%); y entre mujeres en hogares no indígenas (15%) e indígenas (19%), y se relaciona estrechamente con el nivel de educación. El 31% de las mujeres entre 15-19 años con educación primaria están casadas actualmente en comparación con sólo 2% de las mujeres con educación superior.

⁷Todas las referencias al matrimonio en este capítulo incluyen también la unión marital.

⁸ Bajracharya, A ND Amin, S. 2010. *Poverty, marriage timing, and transitions to adulthood in Nepal: A longitudinal analysis using the Nepal living standards survey*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 19. Population Council.

Godha, D et al. 2011. *The influence of child marriage on fertility, fertility-control, and maternal health care utilization*. MEASURE/Evaluation PRH Project Working paper 11-124.

⁹ Clark, S et al. 2006. *Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage*. International Family Planning Perspectives 32(2): 79-88.

Raj, A et al. 2009. *Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study*. The Lancet 373(9678): 1883-9.

Cuadro CP7: Matrimonio temprano (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 15 años, porcentaje de mujeres de 20 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 15 y 18 años y porcentaje de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas o en unión, México, 2015.

	Mujeres de 15-49 años			Mujeres de 20-49 años			Mujeres de 15-19 años		
	Porcentaje de casadas antes de los 15 años ¹	Número de mujeres de 15 a 49 años	Porcentaje de casadas antes de los 15 años	Porcentaje de casadas antes de los 18 años ²	Número de mujeres de 20 a 49 años	Porcentaje actualmente casadas/unidas ³	Número de mujeres de 15-19 años		
Total	4.0	12,110	4.2	23.6	10,345	15.4	1,765		
Región									
Noroeste	4.0	2,403	4.3	22.8	1,992	11.3	412		
Noreste	3.5	2,670	3.6	24.4	2,320	17.9	350		
Centro	4.6	1,815	4.9	25.1	1,539	16.0	276		
CDMX-Edo México	2.7	2,676	2.8	18.8	2,359	13.2	318		
Sur	5.7	2,545	5.9	27.7	2,135	18.9	410		
Zona de residencia									
Urbana	3.0	9,421	3.1	20.7	8,130	14.3	1,291		
Rural	7.8	2,689	8.4	34.1	2,215	18.6	474		
Edad									
15-19	2.9	1,765	na	na	na	15.4	1,765		
20-24	3.8	1,889	3.8	26.1	1,889	na	na		
25-29	3.8	1,743	3.8	24.9	1,743	na	na		
30-34	4.2	1,773	4.2	23.5	1,773	na	na		
35-39	4.2	1,754	4.2	20.8	1,754	na	na		
40-44	4.6	1,589	4.6	24.5	1,589	na	na		
45-49	5.0	1,598	5.0	21.5	1,598	na	na		
Educación									
Ninguna	16.1	244	16.8	49.7	225	(*)	19		
Primaria	9.5	2,054	9.1	37.6	1,928	30.6	126		
Secundaria	4.9	4,298	4.9	30.8	3,790	29.0	508		
Media Superior	0.9	3,278	1.2	15.5	2,345	8.6	934		
Superior	0.7	2,235	0.7	3.5	2,056	1.6	179		

Cuadro CP7: Matrimonio temprano (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 15 años, porcentaje de mujeres de 20 a 49 años en matrimonio o unión antes de cumplir 15 y 18 años y porcentaje de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas o en unión, México, 2015.

	Mujeres de 15-49 años			Mujeres de 20-49 años			Mujeres de 15-19 años		
	Porcentaje de casadas antes de los 15 años ¹	Número de mujeres de 15 a 49 años	Porcentaje de casadas antes de los 15 años	Porcentaje de casadas antes de los 18 años ²	Número de mujeres de 20 a 49 años	Porcentaje actualmente casadas/unidas ³	Número de mujeres de 15-19 años		
Quintil de índice de riqueza	Más pobre	7.9	2,275	8.4	37.9	1,868	21.2	407	
	Segundo	5.5	2,486	5.8	28.2	2,100	23.6	386	
	Medio	3.9	2,554	4.3	25.2	2,131	12.3	423	
	Cuarto	2.4	2,382	2.6	19.1	2,027	9.1	355	
	Más rico	0.6	2,413	0.6	9.8	2,218	5.6	195	
Etnia del jefe del hogar ^A	Hogar indígena	5.5	926	5.8	34.8	752	19.0	173	
	Hogar no indígena	3.9	11,179	4.1	22.7	9,590	15.1	1,589	

1. MICS indicador 8.4 - Matrimonio antes de los 15 años.
2. MICS indicador 8.5 - Matrimonio antes de los 18 años.
3. MICS indicador 8.6 - Mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años que están actualmente casadas o en unión.
A. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
na: no aplicable.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.



© UNICEF/Alejandra Castillo

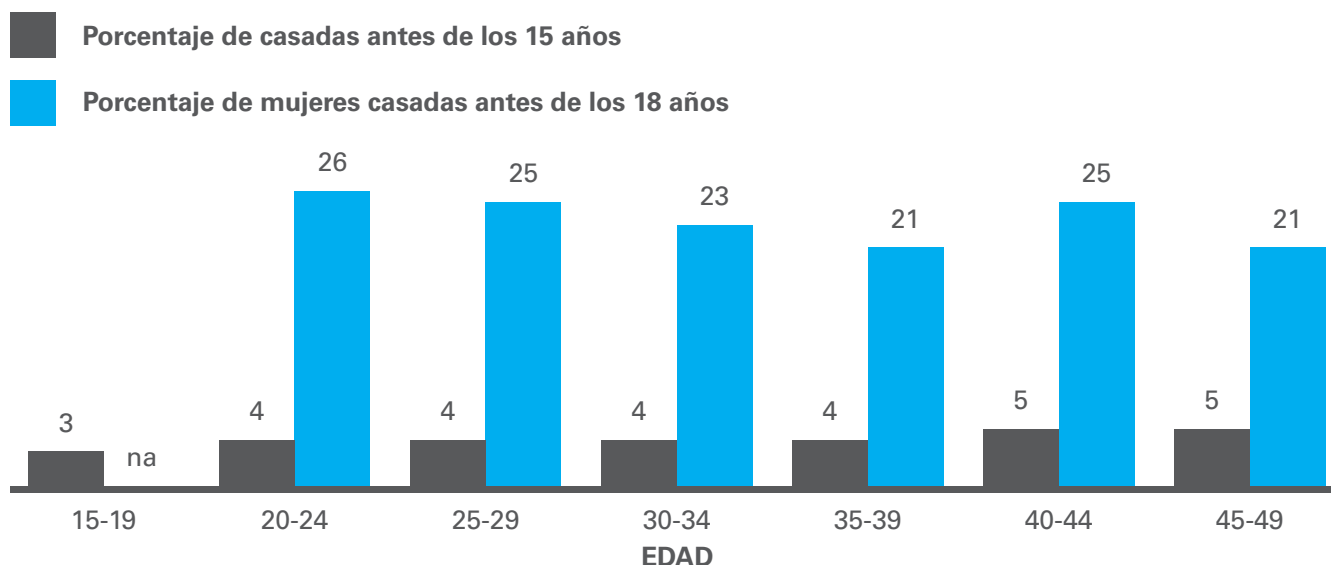
El Cuadro CP.8 presenta la proporción de mujeres que se casaron por primera vez o que empezaron una unión marital antes de los 15 y 18 años, por zona de residencia y grupos de edad. Si se examinan los porcentajes de las que se casaron antes de los 15 y de los 18 años por diferentes grupos de edad se pueden observar las tendencias del matrimonio precoz en el tiempo. Los datos muestran que la proporción de mujeres casadas o en unión a los 15 años ha disminuido gradualmente con el tiempo. En contraste, la proporción de mujeres casadas o en unión a los 18 años ha aumentado gradualmente con el tiempo. Esta variación se puede apreciar en la Figura CP.4.

Cuadro CP8: Tendencias en el matrimonio temprano (mujeres)

Porcentaje de mujeres que se casaron por primera vez o iniciaron una unión marital antes de los 15 y 18 años de edad, por zona de residencia y grupos de edad, México, 2015.

	Urbana				Rural				Total			
	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 15 años	Número de mujeres de 15-49 años	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 18 años	Número de mujeres de 20-49 años	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 15 años	Número de mujeres de 15-49 años	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 18 años	Número de mujeres de 20-49 años	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 15 años	Número de mujeres de 15-49 años	Porcentaje de mujeres casadas antes de los 18 años	Número de mujeres de 20-49 años
Total	3.0	9,421	20.7	8,130	7.8	2,689	34.1	2,215	4.0	12,110	23.6	10,345
Edad												
15-19	2.3	1,291	na	na	4.6	474	na	na	2.9	1,765	na	na
20-24	3.1	1,493	23.8	1,493	6.3	396	34.7	396	3.8	1,889	26.1	1,889
25-29	3.3	1,337	22.4	1,337	5.5	406	33.3	406	3.8	1,743	24.9	1,743
30-34	2.3	1,381	19.4	1,381	10.7	392	38.1	392	4.2	1,773	23.5	1,773
35-39	3.6	1,422	17.5	1,422	6.9	332	34.8	332	4.2	1,754	20.8	1,754
40-44	3.4	1,250	21.7	1,250	8.9	339	34.9	339	4.6	1,589	24.5	1,589
45-49	2.9	1,247	19.4	1,247	12.7	351	28.7	351	5.0	1,598	21.5	1,598

na: no aplicable.

Figura CP.4: Matrimonio temprano en mujeres, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015


na: no aplicable.

Otro componente es la diferencia de edad entre la mujer y el cónyuge, cuyo indicador es el porcentaje de mujeres casadas o en unión que son más jóvenes que su cónyuge actual por 10 años o más. El Cuadro CP.9 presenta los resultados de la diferencia de edad entre esposos y esposas. Los resultados muestran algunas diferencias importantes respecto a la edad del cónyuge. Entre las mujeres de 20 a 24 años de edad actualmente casadas o en unión, aproximadamente una de cada diez tiene un cónyuge mayor por diez años o más (9%). Entre las adolescentes de 15 a 19 años actualmente casadas o en unión 8% se encuentra casada con un cónyuge por lo menos 10 años mayor y este porcentaje se duplica en zonas rurales (16%) y entre las adolescentes en los hogares más pobres (16%).

Cuadro CP9: Diferencia de edad entre cónyuges

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años, de 20 a 24 y de 25 a 29 años actualmente casadas/en unión, según la diferencia de edad con su esposo o compañero, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Porcentaje de mujeres de 25 a 29 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Número de mujeres de 25 a 29 años actualmente casadas/ en unión
	Número de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas/en unión			Número de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/ en unión			Número de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/ en unión			Número de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/ en unión			Edad del marido/ compañero desconocida						
	Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor ¹	Total	Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor ²	Total	Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor ³	Edad del marido/ compañero desconocida				
Total	5.9	60.1	26.4	7.6	100.0	273	16.8	51.0	23.1	9.2	100.0	920	21.5	46.4	16.8	15.3	0.1	1,160	
Región																			
Noroeste	10.8	67.0	19.2	3.0	100.0	47	10.3	52.5	30.7	6.5	100.0	182	19.2	47.0	15.8	17.7	0.4	206	
Noreste	6.8	57.3	33.4	2.5	100.0	62	20.1	51.8	22.3	5.9	100.0	193	20.3	53.9	16.1	9.7	0.0	273	
Centro	6.3	62.6	16.7	14.3	100.0	44	20.1	43.7	19.4	16.8	100.0	158	28.1	43.7	15.5	12.7	0.0	192	
CDMX-Edo México	1.8	66.5	30.2	1.5	100.0	42	22.8	56.2	12.9	8.0	100.0	177	21.1	42.3	19.2	17.4	0.0	232	
Sur	4.0	53.4	28.7	13.9	100.0	77	11.7	50.1	28.4	9.9	100.0	211	19.9	43.6	17.1	19.5	0.0	257	
Zona de residencia																			
Urbana	7.5	62.2	26.8	3.5	100.0	184	17.7	49.7	23.4	9.2	100.0	689	20.7	47.6	15.0	16.6	0.1	842	
Rural	2.5	55.7	25.7	16.1	100.0	88	13.9	54.7	22.0	9.3	100.0	231	23.5	43.1	21.6	11.8	0.0	317	
Edad																			
15-19	5.9	60.1	26.4	7.6	100.0	273	na	na	na	na	100.0	0	na	na	na	na	na	0	
20-24	na	na	na	na	na	0	16.8	51.0	23.1	9.2	na	920	na	na	na	na	na	0	
25-29	na	na	na	na	na	0	na	na	na	na	na	0	21.5	46.4	16.8	15.3	0.1	1,160	
Educación																			
Ninguna	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	3	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	5	(13.3)	(48.7)	(21.6)	(16.3)	(0)	15	
Primaria	9.1	53.3	33.0	4.7	100.0	39	13.4	46.7	19.4	20.5	100.0	102	16.0	35.1	23.4	25.4	0.0	152	
Secundaria	4.0	59.0	26.0	11.0	100.0	147	17.2	44.7	28.9	9.2	100.0	427	21.8	48.8	17.1	12.3	0.0	479	
Media superior	8.2	65.6	23.3	2.9	100.0	81	17.0	59.3	17.5	6.3	100.0	316	21.3	46.1	17.7	14.7	0.2	343	
Superior	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	3	18.8	57.7	19.0	4.5	100.0	69	26.7	49.7	7.6	16.0	0.0	171	

Cuadro CP9: Diferencia de edad entre cónyuges (cont.)

Distribución porcentual de mujeres de 15 a 19 años, de 20 a 24 y de 25 a 29 años actualmente casadas/en unión, según la diferencia de edad con su esposo o compañero, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Porcentaje de mujeres de 25 a 29 años actualmente casadas/en unión cuyo esposo o compañero es:						Número de mujeres de 25 a 29 años actualmente casadas/ en unión
	Número de mujeres de 15 a 19 años actualmente casadas/en unión						Número de mujeres de 20 a 24 años actualmente casadas/ en unión						Número de mujeres de 25 a 29 años actualmente casadas/ en unión						
	Total						Total						Total						
	Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor¹			Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor²			Más joven	0-4 años mayor	5-9 años mayor	10+ años mayor³	Edad del marido/ compañero casado/ en unión		
Quintil de índice de riqueza																			
Más pobre	10.2	52.6	21.3	15.8	100.0		86	18.5	49.2	20.5	11.9	100.0	201	24.3	44.5	16.9	14.3	0.0	255
Segundo	5.6	61.9	29.6	2.9	100.0		91	17.2	55.3	19.0	8.5	100.0	260	26.0	43.3	17.8	12.8	0.0	291
Medio	1.7	58.1	37.0	3.2	100.0		52	15.1	39.8	30.7	14.4	100.0	206	21.6	55.3	11.7	11.4	0.0	250
Cuarto	3.7	72.5	20.6	3.2	100.0		32	14.9	57.9	23.5	3.7	100.0	185	17.7	48.3	16.7	17.3	0.0	206
Más rico	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0		11	20.0	55.0	21.7	3.4	100.0	68	13.3	38.2	22.8	25.3	0.5	157
Etnia del jefe del hogar ^A																			
Hogar indígena	(8.9)	(35.3)	(27.6)	(28.2)	100.0		33	10.8	45.9	31.7	11.6	100.0	85	19.7	46.5	14.1	19.7	0.0	82
Hogar no indígena	5.4	63.5	26.3	4.7	100.0		240	17.4	51.5	22.2	9.0	100.0	835	21.6	46.3	17.0	15.0	0.1	1,078

1. MICS indicador 8.8a - Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas (en mujeres de entre 15 y 19 años).

2. MICS indicador 8.8b - Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas (en mujeres de entre 20 y 24 años).

3. MICS indicador 8.S2 - Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas (en mujeres de entre 25 y 29 años).

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

na: no aplicable.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Actitudes hacia la violencia doméstica

La ENIM valoró las actitudes de mujeres de 15 a 49 años ante los golpes contra la esposa/pareja al preguntarles si se justificaba que los esposos/parejas golpearan a sus esposas/parejas en diversas situaciones. El propósito de estas preguntas fue identificar la justificación social de la violencia (en contextos en los que las mujeres tienen un estatus inferior en la sociedad) como acción disciplinaria cuando la mujer no cumple ciertos roles de género esperados.

Las respuestas a estas preguntas se pueden encontrar en el Cuadro CP.10. En general, 5% de las mujeres encuestadas en la ENIM opina que es justificado que el esposo/pareja golpee a su esposa al menos en una de las cinco situaciones planteadas. Las mujeres que justifican la violencia cometida por el esposo, están de acuerdo con ella y la justifican principalmente si la mujer descuida a los hijos/as (3%) o si sale sin avisarle o si discute con él (2%). Aproximadamente 1% de las mujeres opina que es justificado golpear a la esposa si se niega a tener relaciones sexuales con el esposo o si se le quema la comida. La justificación en cualquiera de las cinco situaciones es más común entre las mujeres que viven en los hogares más pobres, las que tienen menos educación, y también entre las mujeres que anteriormente estaban casadas (pero actualmente no lo están).

Cuadro CP.10: Actitudes hacia la violencia familiar (mujeres)												
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que opinan que está justificado que un esposo golpee a su esposa/compañera en diferentes circunstancias, México, 2015.												
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que opinan que está justificado que un esposo golpee a su esposa/compañera:												Número de mujeres de edades entre 15 y 49 años
Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que opinan que está justificado que un esposo golpee a su esposa/compañera:												
	Si ella sale sin avisarle	Si ella descuida a los hijos/as	Si ella discute con él	Si se niega a tener sexo con él	Si ella quema la comida	Por cualquiera de estas razones¹	Si ella no tiene la comida lista	Si ella no tiene la casa limpia	Por cualquiera de estas 7 razones			
Total	1.6	2.9	1.7	1.2	1.1	5.0	1.3	2.0	5.9	12,110		
Región												
Noroeste	1.0	2.0	0.9	1.1	0.3	4.0	0.5	1.4	5.1	2,403		
Noreste	1.5	2.3	1.2	0.7	0.6	4.5	0.8	1.0	5.1	2,670		
Centro	2.1	2.4	2.1	1.5	1.9	4.9	2.3	2.6	6.1	1,815		
CDMX-Edo México	1.3	2.6	1.9	1.0	0.8	4.6	0.7	1.7	5.3	2,676		
Sur	2.1	5.3	2.5	2.0	2.1	6.9	2.4	3.5	8.0	2,545		
Zona de residencia												
Urbana	1.4	2.3	1.3	1.1	0.9	4.2	1.1	1.8	5.2	9,421		
Rural	2.2	5.4	3.1	1.8	1.8	7.6	2.0	2.7	8.3	2,689		
Edad												
15-19	1.7	3.2	1.9	1.8	1.8	5.8	2.3	3.4	6.9	1,765		
20-24	1.7	2.8	1.5	1.0	1.2	5.0	0.9	1.7	5.8	1,889		
25-29	1.4	2.3	1.5	1.0	0.9	4.3	0.9	1.3	4.8	1,743		
30-34	1.1	1.9	1.1	1.4	0.3	3.7	0.8	1.3	4.6	1,773		
35-39	1.0	2.1	1.4	0.8	0.3	3.7	1.0	2.5	5.7	1,754		
40-44	2.3	4.5	2.4	1.4	1.2	6.3	1.1	1.6	6.8	1,589		
45-49	1.7	4.0	2.0	1.4	2.1	6.2	2.0	2.1	6.9	1,598		
Estado de matrimonio/unión ^A												
Actualmente casada/en unión	1.3	2.8	1.5	0.8	0.8	4.4	1.0	1.8	5.4	7,361		
Anteriormente casada/en unión	2.3	3.7	2.2	1.7	2.2	6.1	1.9	2.2	6.8	1,384		
Nunca casada/en unión	1.7	2.9	1.8	2.0	1.2	5.8	1.6	2.4	6.6	3,358		

Cuadro CP.10: Actitudes hacia la violencia familiar (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que opinan que está justificado que un esposo golpee a su esposa/compañera en diferentes circunstancias, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que opinan que está justificado que un esposo golpee a su esposa/compañera:										Número de mujeres de edades entre 15 y 49 años
Si ella sale sin avisarle	Si ella descuida a los hijos/as	Si ella discute con él	Si se niega a tener sexo con él	Si ella quema la comida	Por cualquiera de estas razones¹	Si ella no tiene la comida lista	Si ella no tiene la casa limpia	Por cualquiera de estas 7 razones		
Educación										
Ninguna	5.4	9.7	4.9	4.2	6.4	15.9	8.4	4.2	17.1	244
Primaria	3.1	5.2	3.4	2.7	2.6	8.8	2.8	3.8	10.0	2,054
Secundaria	1.6	3.4	1.8	1.0	0.9	4.9	1.2	2.1	6.0	4,298
Media Superior	0.9	2.0	1.0	0.7	0.7	3.5	0.8	1.1	4.1	3,278
Superior	0.6	0.7	0.5	1.0	0.1	2.5	0.2	1.1	3.3	2,235
Quintil de índice de riqueza										
Más pobre	3.1	7.1	4.2	2.5	2.7	10.0	3.0	3.6	11.0	2,275
Segundo	1.4	2.8	1.4	1.5	1.2	5.2	1.5	2.4	6.4	2,486
Medio	2.3	3.1	1.7	1.6	1.1	5.7	1.4	2.0	6.6	2,554
Cuarto	0.9	1.7	1.0	0.3	0.5	3.3	0.6	1.5	4.4	2,382
Más rico	0.1	0.3	0.2	0.4	0.0	0.8	0.1	0.5	1.3	2,413
Etnia del jefe del hogar ^B										
Hogar indígena	3.7	6.7	4.4	3.5	2.5	8.8	3.4	4.2	9.7	926
Hogar no indígena	1.4	2.6	1.4	1.1	1.0	4.6	1.1	1.8	5.6	11,179

1 MICS indicador 8.12 - Actitudes hacia la violencia familiar.

A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Entorno familiar de los niños/as

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) reconoce que el niño, “para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”. Millones de niños/as de todo el mundo crecen sin el cuidado de sus padres por diversos motivos; por ejemplo, porque los padres mueren prematuramente o porque emigran por motivos de trabajo. En la mayoría de los casos, estos niños/as son cuidados por su familia extensa, mientras que en otros casos, tienen que vivir en hogares que no son suyos, por ejemplo, como empleados domésticos. Comprender las condiciones en las que viven los niños/as, es decir, saber quiénes viven con ellos en los hogares y cómo son las relaciones con sus cuidadores primarios, es clave para diseñar intervenciones específicas destinadas a promover el cuidado y el bienestar del niño/a.

En el Cuadro CP.11 se muestra información sobre las condiciones de vida y situación de orfandad de los niños/as y adolescentes menores de 18 años. Sesenta y nueve por ciento de los niños/as y adolescentes de 0 a 17 años en la ENIM vive con ambos padres, 24% vive solamente con su madre y 1% vive únicamente con el padre. Adicionalmente, 21% vive solamente con su madre, a pesar de que el padre biológico está vivo. Cinco por ciento de los niños/as ha perdido a uno o a ambos padres.

Como era de esperarse, los niños/as mayores tienen menos probabilidades que los niños/as más pequeños de vivir con ambos padres y tienen ligeramente más probabilidades que los niños/as más pequeños de haber perdido a uno o a ambos padres. El Cuadro CP.11 también muestra que el porcentaje de niños/as que vive con ambos padres es más alto en el quintil más rico (74%) y más bajo en el quintil medio (65%).

Cuadro CP.11: Estructura familiar y la orfandad de los niños/as

Distribución porcentual de niños/as de 0-17 años de acuerdo a su estructura familiar, porcentaje de niños/as de 0-17 años que no viven con un padre biológico y porcentaje de niños/as quienes tienen uno o ambos padres muertos, México, 2015.

	Viviendo con ambos padres	Viviendo con ningún padre biológico				Viviendo con sólo la madre		Viviendo con sólo el padre		Sin información sobre el padre/madre	Total	Viviendo con ningún padre biológico¹	Uno o ambos padres muertos²	Número de niños/as de 0-17 años
		Sólo el padre vivo	Sólo la madre viva	Ambos vivos	Ambos muertos	Padre vivo	Padre muerto	Madre viva	Madre muerta					
Total	69.4	0.2	0.2	3.3	0.4	20.5	3.9	1.2	0.2	0.7	100.0	4.1	4.9	14,033
Sexo														
Hombre	68.7	0.1	0.1	3.7	0.3	20.7	4.0	1.3	0.2	0.9	100.0	4.3	4.8	7,004
Mujer	70.2	0.3	0.3	2.8	0.5	20.4	3.8	1.1	0.1	0.6	100.0	3.9	5.0	7,030
Región														
Noroeste	64.9	0.5	0.3	4.3	0.2	24.4	3.4	1.3	0.1	0.6	100.0	5.3	4.6	2,721
Noreste	70.9	0.3	0.2	1.5	0.3	22.4	3.4	0.6	0.2	0.2	100.0	2.3	4.4	3,145
Centro	72.2	0.1	0.3	5.8	0.1	17.4	3.0	0.9	0.1	0.2	100.0	6.3	3.5	2,309
CDMX-Edo México	69.7	0.1	0.1	1.7	0.5	19.7	5.2	1.1	0.1	1.8	100.0	2.4	6.0	2,772
Sur	69.7	0.1	0.2	3.6	0.8	18.3	4.2	1.9	0.2	0.8	100.0	4.8	5.7	3,087
Zona de residencia														
Urbana	67.7	0.2	0.2	3.3	0.5	21.8	4.0	1.4	0.1	0.8	100.0	4.1	5.0	10,397
Rural	74.4	0.3	0.3	3.2	0.2	16.8	3.4	0.6	0.2	0.5	100.0	4.0	4.4	3,636
Edad														
0-4	71.5	0.1	0.1	3.2	0.2	20.3	3.2	1.0	0.1	0.3	100.0	3.6	3.6	3,990
5-9	72.2	0.1	0.1	2.4	0.0	20.8	2.2	1.1	0.2	0.8	100.0	2.7	2.7	3,787
10-14	68.1	0.2	0.3	2.4	0.6	21.0	4.8	1.3	0.2	1.1	100.0	3.4	6.1	4,149
15-17	63.4	0.5	0.5	6.7	1.1	19.4	6.2	1.3	0.3	0.6	100.0	8.8	8.7	2,108
Quintil de índice de riqueza														
Más pobre	72.4	0.1	0.2	2.9	0.2	18.0	4.7	0.6	0.3	0.6	100.0	3.4	5.5	3,359
Segundo	66.2	0.3	0.3	3.4	0.6	22.2	4.6	1.4	0.1	0.9	100.0	4.6	6.0	3,149
Medio	65.3	0.3	0.3	4.1	0.6	21.6	4.5	1.9	0.2	1.0	100.0	5.4	6.0	2,923
Cuarto	70.4	0.2	0.1	4.1	0.1	20.8	2.6	1.0	0.1	0.6	100.0	4.5	3.1	2,426
Más rico	74.2	0.0	0.0	1.7	0.4	20.2	2.1	0.7	0.3	0.4	100.0	2.2	2.8	2,176
Etnia del jefe del hogar ^A														
Hogar indígena	76.6	0.0	0.2	3.5	0.2	14.7	2.8	1.1	0.3	0.5	100.0	3.9	3.5	1,286
Hogar no indígena	68.7	0.2	0.2	3.2	0.4	21.1	4.0	1.2	0.2	0.7	100.0	4.1	5.0	12,741

1. MICS indicador 8.13 - Entorno familiar de los niños/as.

2. MICS indicador 8.14 - Prevalencia de niños/as con uno o ambos padres muertos.

A. 21 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

La ENIM incluyó una medida simple de un aspecto particular de la migración relacionada con lo que se denomina niños/as abandonados; es decir, cuando ambos padres, o uno de ellos, se han mudado al extranjero. Si bien hay una creciente cantidad de literatura al respecto, todavía no se ha llegado a una conclusión sobre los efectos a largo plazo de los beneficios de las remesas monetarias versus los posibles efectos psicosociales adversos de la emigración de un padre al extranjero, ya que la evidencia es ocasionalmente contradictoria en cuanto a los efectos en los niños/as.

Al presentar tasas de prevalencia simples, los resultados de la ENIM que se presentan en el Cuadro CP.12 serán útiles para llenar el vacío de información sobre el tema de la migración. Como se esperaba, sólo 0.7% de los niños/as y adolescentes de 0 a 17 años tiene uno o ambos padres en el extranjero. Hay diferencias regionales para este indicador que fluctúa entre 0.4% en la Ciudad de México-Estado de México y 1% en la región Sur. También la proporción de niños/as con uno o ambos padres en el extranjero es ligeramente mayor en los hogares más pobres (1%) y en las zonas rurales (1%).

Cuadro CP:12: Niños/as con padres viviendo en el extranjero

Distribución porcentual de niños/as de 0-17 años por residencia de sus padres en otro país, México, 2015.

Distribución porcentual de niños de 0-17 años:							
Con al menos un padre viviendo en el extranjero				Porcentaje de niños/as de 0-17 años con al menos un padre viviendo en el extranjero¹	Número de niños/as de 0-17 años		
Sólo la madre en el extranjero	Sólo el padre en el extranjero	Tanto madre y padre en el extranjero	Con ninguno viviendo en el extranjero				
Total	0.1	0.6	0.0	99.3	100.0	0.7	14,033
Sexo							
Hombre	0.0	0.6	0.0	99.4	100.0	0.6	7,004
Mujer	0.1	0.6	0.0	99.3	100.0	0.7	7,030
Región							
Noroeste	0.1	0.7	0.1	99.2	100.0	0.8	2,721
Noreste	0.0	0.6	0.0	99.4	100.0	0.6	3,145
Centro	0.0	0.5	0.0	99.5	100.0	0.5	2,309
CDMX-Edo México	0.0	0.4	0.0	99.6	100.0	0.4	2,772
Sur	0.2	0.8	0.1	98.9	100.0	1.1	3,087
Zona de residencia							
Urbana	0.0	0.6	0.0	99.4	100.0	0.6	10,397
Rural	0.1	0.7	0.0	99.1	100.0	0.9	3,636
Edad							
0-4	0.0	0.5	0.0	99.5	100.0	0.5	3,990
5-9	0.0	0.5	0.0	99.5	100.0	0.5	3,787
10-14	0.0	0.9	0.1	99.0	100.0	1.0	4,149
15-17	0.2	0.6	0.0	99.2	100.0	0.8	2,108
Quintil de índice de riqueza							
Más pobre	0.0	0.8	0.0	99.1	100.0	0.9	3,359
Segundo	0.1	0.8	0.0	99.1	100.0	0.9	3,149
Medio	0.1	0.5	0.0	99.4	100.0	0.6	2,923
Cuarto	0.0	0.5	0.0	99.4	100.0	0.6	2,426
Más rico	0.0	0.3	0.1	99.6	100.0	0.4	2,176
Etnia del jefe del hogar ^A							
Hogar indígena	0.0	0.3	0.1	99.6	100.0	0.4	1,286
Hogar no indígena	0.1	0.6	0.0	99.3	100.0	0.7	12,741

1. MICS indicador 8.15 - Niños/as con al menos uno de los padres viviendo en el extranjero.

A. 21 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

XI. VIH/SIDA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Conocimientos sobre la transmisión del VIH e ideas equivocadas sobre el VIH

Uno de los requisitos más importantes para reducir la tasa de infección por el VIH es saber exactamente cómo se transmite y las estrategias que existen para prevenir su transmisión. La información correcta es el primer paso para generar conciencia y brindar a las y los adolescentes, jóvenes y adultos las herramientas para protegerse contra la infección. Las ideas equivocadas sobre el VIH son comunes y pueden confundir a las personas y obstaculizar los esfuerzos de prevención. La sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS, por sus siglas en inglés) hizo un llamado a los gobiernos para que mejoren los conocimientos y habilidades de las y los jóvenes para protegerse contra el VIH. Para medir los avances hacia este objetivo, se requieren indicadores que permitan observar posibles mejoras en el nivel de conocimiento sobre el VIH y su prevención, así como cambios en los comportamientos para evitar una mayor propagación de la enfermedad.

El módulo del cuestionario de la ENIM 2015 sobre el VIH se aplicó a mujeres de 15 a 49 años, tal y como se hace en todas las encuestas MICS. Es importante notar que las preguntas de este módulo generalmente hacen referencia al “virus del SIDA”. Este término se usa estrictamente para fines de recolección de datos para simplificar las preguntas y ayudar a las encuestadas a tener una mejor comprensión, en vez del término correcto “VIH”, que se usa en este caso para reportar los resultados, según convenga.

Cuadro HA.1: Conocimiento de la transmisión del VIH, ideas equivocadas sobre el VIH/SIDA y conocimiento integral sobre la transmisión del VIH (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que conocen las principales maneras de prevenir la transmisión del VIH, porcentaje que sabe que una persona con apariencia saludable puede tener el virus del SIDA, porcentaje que rechaza ideas equivocadas comunes, y porcentaje de las que tienen un conocimiento integral sobre la transmisión del VIH, México, 2015.

	Porcentaje que sabe que la transmisión se puede prevenir por:				Porcentaje que sabe que una persona de apariencia saludable puede tener el virus del SIDA	Porcentaje que sabe que el VIH no se puede transmitir por:				Porcentaje que rechaza las dos ideas equivocadas más comunes y que sabe que una persona con apariencia saludable puede ser VIH positivo	Porcentaje con un conocimiento integral ²	Número de mujeres de 15-49 años
	Porcentaje que ha oído sobre el SIDA ¹	Tener sólo un compañero sexual fiel y no infectado		Usar condón cada vez		Ambos	Picaduras de mosquito	Medios sobrenaturales	Compartir comida con alguien con SIDA			
Total	95.9	68.9	79.4	59.5	78.1	69.4	91.8	81.9	51.3	35.2	12,110	
Región												
Noroeste	98.5	69.7	79.2	58.5	83.0	69.5	94.1	85.3	53.5	35.1	2,403	
Noreste	97.7	72.4	80.1	62.3	79.2	70.7	92.8	80.4	49.6	35.4	2,670	
Centro	93.6	72.0	78.1	62.9	76.2	68.3	88.8	79.6	52.2	40.3	1,815	
CDMX-Edo México	98.0	65.3	85.3	58.2	80.1	74.3	96.3	84.3	54.3	33.5	2,676	
Sur	91.0	66.2	73.6	56.5	71.6	63.3	85.9	79.4	47.5	33.1	2,545	
Zona de residencia												
Urbana	97.1	69.5	82.4	61.1	81.7	72.1	93.5	84.0	54.8	37.6	9,421	
Rural	91.8	67.0	69.1	54.0	65.5	59.8	85.7	74.6	39.3	26.5	2,689	
Edad												
15-24 ¹	96.1	66.9	78.5	57.7	78.8	66.8	91.8	81.1	47.8	31.3	3,654	
15-19	95.0	66.9	76.4	56.8	77.0	63.6	91.1	77.9	43.2	27.6	1,765	
20-24	97.2	66.9	80.5	58.4	80.4	69.7	92.4	84.1	52.1	34.8	1,889	
25-29	95.7	68.0	81.1	60.0	77.8	70.6	92.5	84.3	54.2	36.5	1,743	
30-39	97.1	71.4	82.7	63.2	80.8	71.7	93.3	83.9	54.5	39.0	3,526	
40-49	94.5	69.0	75.9	57.4	74.6	69.0	89.6	79.3	50.4	34.6	3,187	
Estado civil ^A												
Alguna vez casada/en unión	96.0	69.7	79.3	60.0	77.4	68.7	91.7	82.4	51.3	35.6	8,746	
Nunca casada/en unión	95.7	66.7	79.6	58.3	79.9	71.1	91.9	80.6	51.6	34.0	3,358	

Cuadro HA.1: Conocimiento de la transmisión del VIH, ideas equivocadas sobre el VIH/SIDA y conocimiento integral sobre la transmisión del VIH (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que conocen las principales maneras de prevenir la transmisión del VIH, porcentaje que sabe que una persona con apariencia saludable puede tener el virus del SIDA, porcentaje que rechaza ideas equivocadas comunes, y porcentaje de las que tienen un conocimiento integral sobre la transmisión del VIH, México, 2015.										
	Porcentaje que sabe que la transmisión se puede prevenir por:				Porcentaje que sabe que el VIH no se puede transmitir por:				Porcentaje que rechaza las dos ideas equivocadas más comunes y que sabe que una persona con apariencia saludable puede ser VIH positivo	
	Porcentaje que ha oído sobre el SIDA ¹	Tener sólo un compañero sexual fiel y no infectado		Usar condón cada vez	Ambos	Porcentaje que sabe que una persona de apariencia saludable puede tener el virus del SIDA		Picaduras de mosquito	Medios sobrenaturales	Compartir comida con alguien con SIDA
Educación										
Ninguna	71.3	46.8	49.4	35.7	46.0	41.7	63.2	56.0	27.0	18.3
Primaria	89.2	62.8	63.7	48.2	58.6	55.1	80.5	72.0	32.6	21.1
Secundaria	96.3	68.4	77.9	58.2	75.6	67.3	92.2	80.9	45.9	30.3
Media Superior	98.9	69.4	85.7	62.1	86.6	75.0	96.2	84.5	58.4	39.3
Superior	99.7	77.4	90.7	71.3	91.9	81.0	98.0	91.9	71.3	53.2
Quintiles de índice de riqueza										
Más pobre	88.1	62.6	63.4	48.7	60.0	52.8	81.3	71.0	33.2	21.1
Segundo	95.3	65.9	76.7	56.4	75.0	65.4	90.5	79.0	44.9	29.7
Medio	97.6	69.7	79.8	59.9	81.0	71.2	93.9	84.2	52.9	34.9
Cuarto	98.7	72.4	86.1	64.6	85.3	73.0	96.1	83.7	54.4	39.7
Más rico	99.5	73.8	90.3	67.7	88.2	83.5	96.4	91.1	70.3	49.8
Etnia del jefe del hogar^B										
Hogar indígena	80.7	55.9	59.3	43.3	53.9	47.9	73.9	63.4	28.3	18.6
Hogar no indígena	97.2	70.0	81.1	60.9	80.1	71.1	93.2	83.4	53.3	36.5

1. MICS indicador 9.S1 - Ha oído hablar del SIDA.
 2. MICS indicador 9.1 - Conocimiento sobre la prevención del VIH entre las mujeres jóvenes.
 A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
 B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

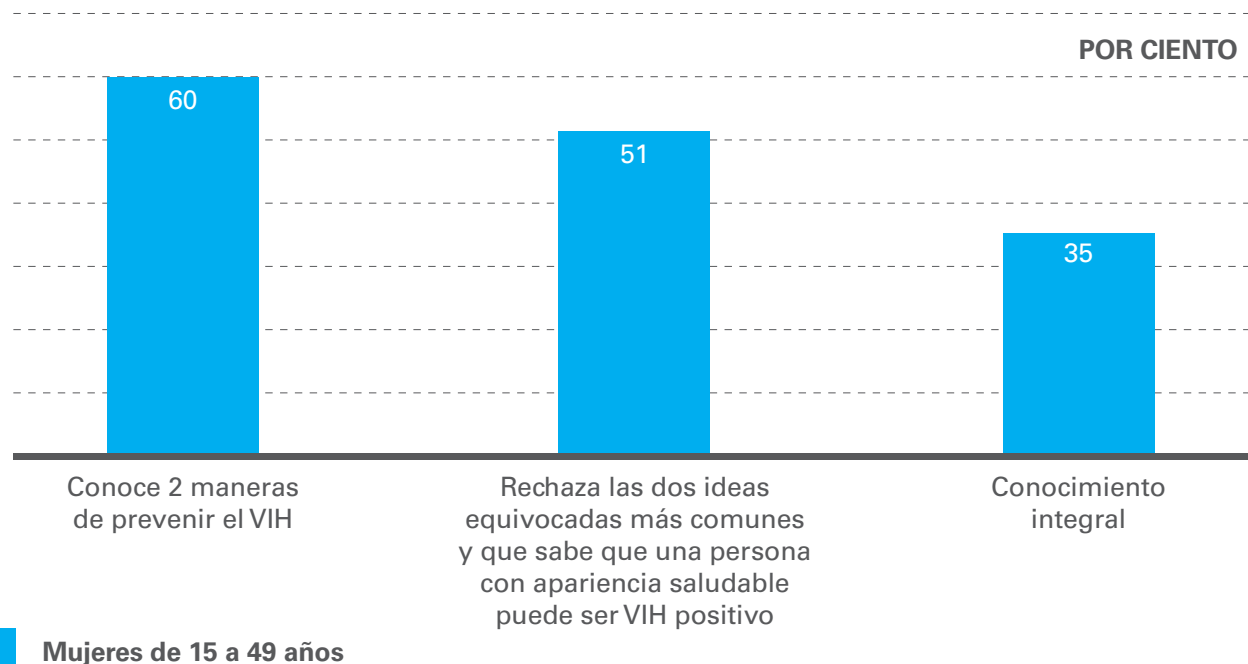
Un indicador del Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA (GARPR, antes UNGASS, por sus siglas en inglés), es el porcentaje de jóvenes que tiene conocimiento amplio y correcto sobre la prevención y la transmisión del VIH. Esto se define como: 1) saber que el uso consistente del preservativo durante las relaciones sexuales y tener sólo una pareja fiel no infectada puede reducir la probabilidad de contraer el VIH, 2) saber que una persona que luce saludable podría tener el VIH, y 3) rechazar las dos ideas equivocadas más comunes en el contexto cultural estudiado sobre la transmisión/prevención del VIH.

En la ENIM, se preguntó sobre estos tres componentes a todas las mujeres que habían oído hablar del SIDA. Los resultados se detallan en el Cuadro HA.1.

En México, la gran mayoría (96%) de las mujeres entre 15 y 49 años han oído hablar sobre el SIDA. Sin embargo, el porcentaje de las que conocen las dos principales maneras de prevenir la transmisión del VIH –tener sólo una pareja fiel no infectada y usar preservativo toda vez que se tengan relaciones sexuales– es de sólo 60%. Aproximadamente 69% de las mujeres saben que tener una pareja sexual fiel y no infectada es una manera de prevenir la transmisión del VIH mientras 79% de las mujeres saben que usar preservativo en cada relación previene la transmisión del VIH.

En el Cuadro HA.1 también se presenta el porcentaje de mujeres que pueden identificar correctamente ideas equivocadas sobre el VIH. El indicador se basa en las dos ideas equivocadas más comunes y pertinentes en México, es decir, que el VIH puede ser transmitido por picaduras de mosquito y por compartir comida con alguien con SIDA. El cuadro también proporciona información sobre las mujeres que saben que el VIH no se puede transmitir por medios sobrenaturales. En general, 51% de las mujeres rechazan las dos ideas equivocadas más comunes y saben que una persona que luce saludable podría ser VIH positiva. Aproximadamente 69% de las mujeres saben que el VIH no puede transmitirse por picaduras de mosquito, y 82% que no se contagiarían por compartir comida con una persona infectada con VIH mientras que 78% de las mujeres saben que una persona que luce saludable podría ser VIH positiva. Las mayores diferencias se observan en cuanto al nivel de educación y nivel de riqueza.

Figura HA.1: Mujeres con conocimiento integral sobre la transmisión del VIH, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



Entre las personas que tienen amplio conocimiento sobre la prevención del VIH están incluidos las que conocen las dos maneras principales de prevenirlo (tener sólo una pareja fiel no infectada y usar el preservativo cada vez que tengan relaciones sexuales), las que saben que una persona que luce saludable podría ser VIH positiva, y las que rechazan las dos ideas equivocadas más comunes del contexto estudiado. El conocimiento integral sobre los métodos de prevención y las vías de transmisión del VIH es bajo en México; no existen grandes diferencias por zonas de residencia. En general, se observó que 35% de las mujeres tienen conocimiento integral sobre el tema, con una proporción superior en las zonas urbanas en comparación con las rurales (38% y 27%, respectivamente). En cuanto a diferencias regionales, la región Centro se distingue por presentar la prevalencia más alta de conocimiento integral (40%) mientras que el resto de las regiones presenta niveles muy similares. Como era de esperarse, el porcentaje de mujeres con amplios conocimientos aumenta con su nivel de educación. Asimismo, entre las mujeres con mayor riqueza (50%) y pertenecientes a hogares no indígenas (37%) es más común contar con conocimiento integral sobre el SIDA.

Cuadro HA.2: Conocimiento sobre transmisión del VIH de madre a hijo/a (mujeres)							
Porcentaje de mujeres de edades entre los 15-49 años que identifican correctamente los medios de transmisión del VIH de la madre al hijo/a, México, 2015.							
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han oído hablar del SIDA y:							
	Conocen que el VIH puede ser transmitido de la madre al hijo/a:					No conocen ningún medio específico de transmisión de VIH de la madre al hijo/a	Número de mujeres de 15-49 años
	Durante el embarazo	En el parto	Por medio de la lactancia materna	Por al menos una de las tres formas	De las tres formas¹		
Total	80.6	70.8	50.8	88.2	41.5	7.7	12,110
Región							
Noroeste	80.6	67.4	49.1	88.2	39.3	10.3	2,403
Noreste	82.8	69.9	46.5	88.3	39.3	9.5	2,670
Centro	81.5	71.0	49.7	87.5	42.5	6.1	1,815
CDMX-Edo México	82.7	78.5	54.2	92.3	43.8	5.7	2,676
Sur	75.3	67.1	54.1	84.4	42.6	6.7	2,545
Zona de residencia							
Urbana	82.0	72.3	51.1	89.8	41.5	7.3	9,421
Rural	75.7	65.8	49.8	82.7	41.3	9.1	2,689
Edad							
15-24¹	80.2	66.9	48.2	86.8	39.3	9.4	3,654
15-19	79.9	68.0	52.1	85.4	44.2	9.6	1,765
20-24	80.5	65.9	44.5	88.1	34.8	9.2	1,889
25-29	78.4	68.9	48.0	88.0	37.3	7.7	1,743
30-39	81.4	76.1	54.6	91.2	44.1	5.9	3,526
40-49	81.3	70.6	51.1	86.7	43.3	7.8	3,187
Estado civil¹							
Alguna vez casada/en unión	81.0	71.0	50.7	88.7	41.2	7.3	8,746
Nunca casada/en unión	79.6	70.5	51.1	86.9	42.1	8.8	3,358
Educación							
Ninguna	55.5	54.2	51.9	63.1	42.6	8.2	244
Primaria	70.9	61.1	50.0	77.0	40.7	12.2	2,054
Secundaria	81.3	68.8	49.0	87.9	40.7	8.4	4,298
Media Superior	84.2	74.0	52.4	92.3	42.5	6.6	3,278
Superior	85.6	80.9	52.5	95.9	41.9	3.8	2,235

Cuadro HA.2: Conocimiento sobre transmisión del VIH de madre a hijo/a (mujeres) (cont.)							
Porcentaje de mujeres de edades entre los 15-49 años que identifican correctamente los medios de transmisión del VIH de la madre al hijo/a, México, 2015.							
Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han oído hablar del SIDA y:							
Conocen que el VIH puede ser transmitido de la madre al hijo/a:							
	Durante el embarazo	En el parto	Por medio de la lactancia materna	Por al menos una de las tres formas	De las tres formas ¹	No conocen ningún medio específico de transmisión de VIH de la madre al hijo/a	Número de mujeres de 15-49 años
Quintiles de índice de riqueza							
Más pobre	71.9	64.9	51.4	78.1	43.0	10.0	2,275
Segundo	77.9	67.5	51.9	86.3	41.5	8.9	2,486
Medio	83.3	70.6	49.5	89.4	42.5	8.2	2,554
Cuarto	83.2	73.1	47.5	92.4	36.4	6.3	2,382
Más rico	86.2	77.9	53.6	94.4	43.9	5.1	2,413
Etnia del jefe del hogar²							
Hogar indígena	66.3	60.3	47.2	72.0	39.5	8.8	926
Hogar no indígena	81.8	71.7	51.1	89.6	41.6	7.6	11,179

1. MICS indicador 9.2 - Conocimiento sobre la transmisión del VIH de madre a hijo.
A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

El conocimiento sobre la transmisión del VIH de madre a hijo/a también es un primer paso importante para que las mujeres busquen hacerse la prueba del VIH cuando están embarazadas a fin de evitar la infección del bebé. Es necesario que las mujeres sepan que el VIH se puede transmitir durante el embarazo, en el parto y a través de la lactancia. En el Cuadro HA.2 se presenta el nivel de conocimiento entre mujeres de 15 a 49 años en relación con la transmisión del VIH de madre a hijo/a. En general, 88% de las mujeres saben que el VIH se puede transmitir de madre a hijo/a. El porcentaje de mujeres que conocen las tres formas de transmisión de madre a hijo/a es de 42%, mientras que 8% de las mujeres no conocían ninguna forma específica de transmisión. Sólo 51% de las mujeres saben que una madre puede transmitir el VIH a su hijo por medio de la lactancia, mientras que 81% saben que puede ocurrir durante el embarazo y 71% en el parto. No se observan grandes diferencias entre las desagregaciones que se analizan con relación a este tema.

Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH

Los indicadores sobre las actitudes hacia las personas que viven con el VIH miden el estigma y la discriminación que existe en la comunidad. Se considera que el estigma y la discriminación son bajos si los encuestados muestran una actitud de aceptación cuando responden afirmativamente a las siguientes cuatro preguntas: 1) Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿estaría usted dispuesta a cuidar de él/ella en su casa? 2) ¿Usted le compraría verduras frescas a un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene el virus del SIDA? 3) En su opinión, si una profesora tiene el virus del SIDA pero no está enferma, ¿se le debe permitir que continúe enseñando en la escuela? 4) Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿usted preferiría que no se supiera?

Adicionalmente, se presenta un indicador de actitudes de discriminación hacia personas que viven con VIH. Este indicador muestra el porcentaje de mujeres que no compraría verduras frescas a un vendedor seropositivo y que consideran que los niños que viven con el virus del SIDA no deberían poder asistir a la escuela con niños que no tienen este virus.

Cuadro HA.3: Actitudes de aceptación hacia personas con VIH (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han oído sobre el SIDA y que expresan una actitud de aceptación hacia personas con VIH, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:									
	Está dispuesta a cuidar de un miembro de la familia con el virus del SIDA en su propio hogar	Le compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor que sea VIH positivo	Considera que una profesora que sea VIH positiva y que no esté enferma debería permitírsele continuar enseñando	No querría mantener en secreto que un miembro de la familia sea VIH positivo	Está de acuerdo con al menos una de las actitudes de aceptación	Expresa actitudes de aceptación en los cuatro indicadores¹	Considera que niños que viven con el virus del SIDA deben poder asistir a la escuela con niños que no tienen el virus	Expresa actitudes de discriminación hacia personas que viven con VIH²	Número de mujeres de 15-49 años que han oído sobre el SIDA
Total	93.1	80.8	87.2	55.7	99.0	40.5	89.3	5.1	11,615
Región									
Noroeste	94.1	80.5	87.8	57.7	98.7	43.8	92.1	4.7	2,366
Noreste	93.7	81.1	88.2	54.7	99.0	38.2	91.9	4.0	2,609
Centro	91.4	79.3	85.4	50.9	99.1	34.6	86.5	6.7	1,699
CDMX-Edo México	93.7	87.0	92.0	56.8	99.5	46.9	91.4	3.2	2,624
Sur	91.9	75.0	81.5	56.8	98.7	36.9	83.3	7.9	2,316
Zona de residencia									
Urbana	93.4	82.7	89.3	55.2	99.2	41.2	91.1	4.1	9,148
Rural	91.8	74.0	79.5	57.5	98.2	38.2	82.9	9.0	2,467
Edad									
15-24	92.5	77.3	88.6	54.9	98.9	38.4	90.1	5.2	3,513
15-19	91.2	75.2	88.1	52.3	98.8	35.0	88.8	6.6	1,677
20-24	93.6	79.1	88.9	57.2	99.1	41.5	91.3	3.9	1,836
25-29	92.1	82.1	88.8	53.1	99.4	39.1	90.2	4.2	1,667
30-39	93.2	85.1	88.1	51.8	98.8	39.6	90.4	4.0	3,423
40-49	94.2	79.5	83.8	62.3	99.1	44.9	86.7	6.8	3,012
Estado civil ^A									
Alguna vez casada/en unión	93.3	81.2	86.1	56.4	99.1	41.2	88.5	5.3	8,395
Nunca casada/en unión	92.5	80.1	90.2	53.8	98.8	38.8	91.6	4.7	3,213
Educación									
Ninguna	85.6	68.2	66.8	56.7	99.0	26.9	65.3	19.1	174
Primaria	89.5	71.3	75.7	58.5	97.4	35.4	80.1	10.9	1,832
Secundaria	92.5	80.1	87.1	54.6	98.9	38.5	90.0	4.6	4,139
Media Superior	93.4	82.4	89.9	57.2	99.7	44.1	91.1	3.9	3,241
Superior	97.3	88.6	94.7	53.0	99.5	44.3	94.9	2.0	2,229

Cuadro HA.3: Actitudes de aceptación hacia personas con VIH (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han oído sobre el SIDA y que expresan una actitud de aceptación hacia personas con VIH, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:									
	Está dispuesta a cuidar de un miembro de la familia con el virus del SIDA en su propio hogar	Le compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor que sea VIH positivo	Considera que una profesora que sea VIH positiva y que no esté enferma debería permitírsele continuar enseñando	No querría mantener en secreto que un miembro de la familia sea VIH positivo	Está de acuerdo con al menos una de las actitudes de aceptación	Expresa actitudes de aceptación en los cuatro indicadores ¹	Considera que niños que viven con el virus del SIDA deben poder asistir a la escuela con niños que no tienen el virus	Expresa actitudes de discriminación hacia personas que viven con VIH ²	Número de mujeres de 15-49 años que han oído sobre el SIDA
Quintiles de índice de riqueza									
Más pobre	90.5	68.4	74.9	58.1	98.2	34.0	78.4	12.1	2,004
Segundo	90.8	79.1	85.7	54.5	98.9	38.1	88.2	5.3	2,368
Medio	93.8	84.0	88.3	57.5	99.6	42.2	92.0	3.5	2,492
Cuarto	93.6	83.2	91.3	56.4	98.8	43.9	91.9	2.9	2,351
Más rico	96.2	87.3	93.9	52.1	99.4	43.3	94.3	3.1	2,400
Etnia del jefe del hogar ^B									
Hogar indígena	91.5	68.1	75.8	58.6	98.9	31.5	79.1	9.8	747
Hogar no indígena	93.2	81.7	88.0	55.5	99.0	41.2	90.0	4.8	10,864

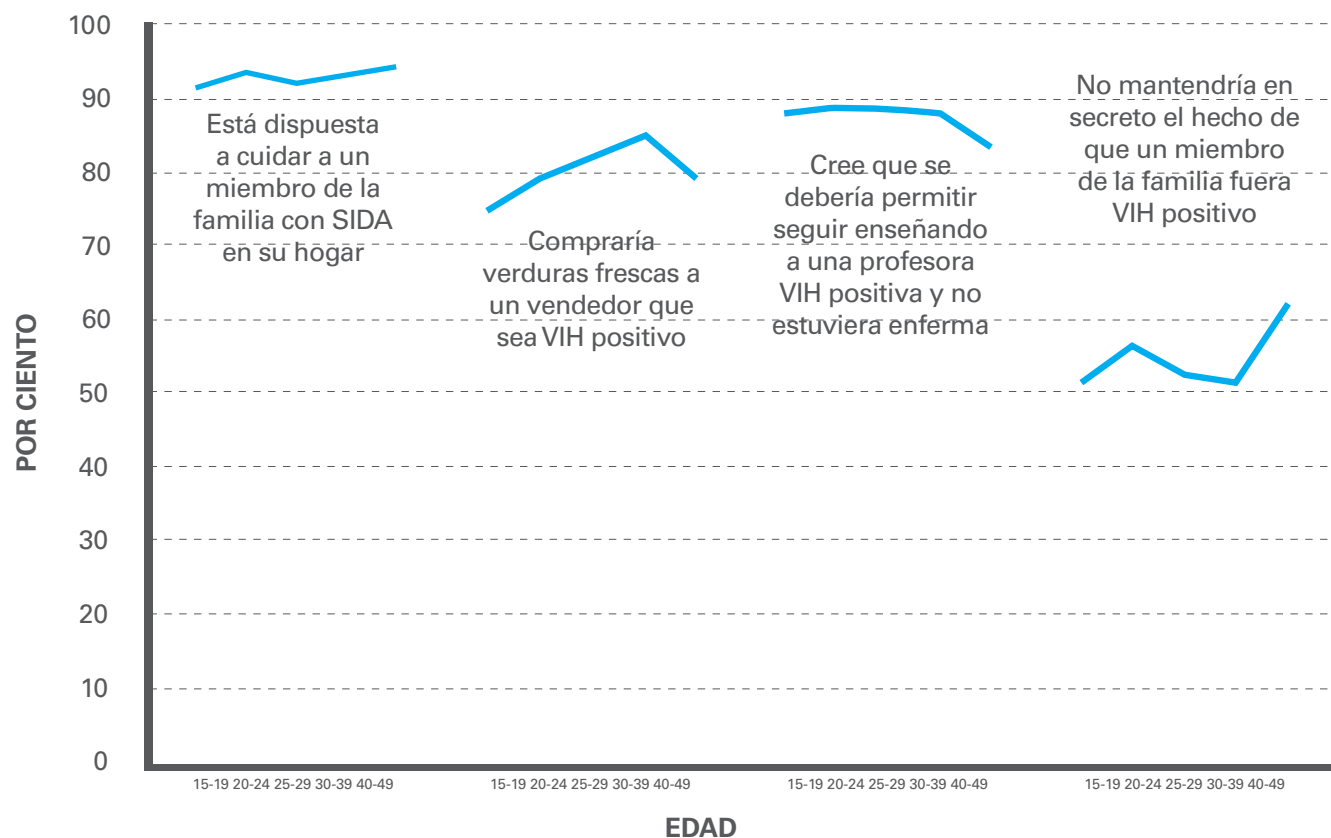
1. MICS indicador 9.3 - Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH.

2. Este indicador se obtiene de la suma de aquellos que respondieron “No” a las preguntas: ¿Le compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor que sea VIH positivo? y ¿Considera que niños que viven con el virus del SIDA deben poder asistir a la escuela con niños que no tienen el virus?.

A. 6 casos sin ponderar ‘NS/NR’ en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 9 casos sin ponderar ‘NS/NR’ en esta variable no se muestran en el cuadro.

Figura HA.2: Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH/SIDA, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015



El Cuadro HA.3 presenta las actitudes de las mujeres hacia las personas que viven con el VIH. En México, 99% de las mujeres que han oído hablar sobre el SIDA están de acuerdo al menos con un enunciado que denota aceptación. La actitud de aceptación más común es estar dispuesta a cuidar de un miembro de la familia con el virus del SIDA en su propio hogar (93%). Sin embargo, solamente 41% expresa actitudes de aceptación en los cuatro indicadores. Las mujeres con mayor educación presentan los mayores niveles de aceptación en los cuatro indicadores (44%), en contraste las mujeres sin educación formal muestran menores niveles de aceptación (27%). Asimismo, se observan diferencias en niveles de aceptación en estos cuatro indicadores entre mujeres de hogares indígenas y las de hogares no indígenas (41% y 31%, respectivamente).

En general, 5% de las mujeres expresan actitudes de discriminación hacia personas que viven con VIH. Se observan importantes diferencias regionales; los porcentajes varían entre 3% en la región Ciudad de México-Estado de México y 8% en la región Sur. Hay también marcadas diferencias entre las mujeres del ámbito rural y urbano; el porcentaje de mujeres con actitudes discriminatorias hacia personas con VIH en localidades rurales es más del doble del observado entre las mujeres con residencia urbana (9% y 4%, respectivamente). Las mujeres con menor educación, mayor pobreza y pertenecientes a hogares indígenas son más propensas a expresar actitudes de discriminación hacia las personas con VIH.

Conocimiento del lugar para hacerse la prueba del VIH, para recibir orientación y para hacerse pruebas durante la atención prenatal

Otro indicador importante es el conocimiento sobre dónde hacerse la prueba del VIH y el uso de tales servicios. Para protegerse y evitar contagiar a los demás es importante que las personas conozcan su estado en relación con el VIH. El conocimiento del propio estado de infección con VIH también es un factor crítico para tomar la decisión de buscar tratamiento.

Cuadro HA.4: Conocimiento de un lugar para hacerse la prueba del VIH (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que saben dónde hacerse una prueba del VIH, porcentaje de mujeres que se han hecho la prueba alguna vez, porcentaje de mujeres que se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y porcentaje que se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y les han dicho el resultado, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres que:					Número de mujeres de 15-49 años
	Saben dónde hacerse la prueba ¹	Se han hecho la prueba alguna vez	Se han hecho la prueba alguna vez y conocen el resultado de la última prueba	Se han hecho la prueba en los últimos 12 meses	Se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y conocen el resultado ^{2,3}	
Total	72.2	42.0	38.3	10.9	10.1	12,110
Región						
Noroeste	75.2	49.7	45.8	12.1	11.2	2,403
Noreste	75.5	44.6	40.3	13.1	12.1	2,670
Centro	67.9	36.6	34.4	10.4	9.9	1,815
CDMX-Edo México	74.0	39.3	34.9	7.9	6.6	2,676
Sur	66.8	38.7	35.8	11.1	10.8	2,545
Zona de residencia						
Urbana	74.9	44.5	41.0	11.3	10.4	9,421
Rural	62.6	33.4	29.1	9.8	9.0	2,689
Edad						
15-24	66.4	31.5	29.3	12.2	11.4	3,654
15-19	54.0	14.7	13.2	7.8	6.9	1,765
20-24	77.9	47.2	44.3	16.4	15.5	1,889
25-29	81.3	52.9	48.9	18.2	16.9	1,743
30-39	76.6	52.8	48.0	11.0	10.3	3,526
40-49	68.9	36.2	32.3	5.4	4.7	3,187
Edad y sexualmente activas en los últimos 12 meses						
Sexualmente activas	76.0	49.6	45.3	12.6	11.6	8,892
15-24 ³	76.2	51.2	47.8	19.2	18.0	1,920
15-19	64.9	34.5	31.6	15.9	14.6	540
20-24	80.6	57.8	54.2	20.4	19.3	1,380
25-49	75.9	49.2	44.6	10.8	9.9	6,972
Sexualmente inactivas	61.6	21.1	19.2	6.3	5.9	3,218
Estado civil^A						
Alguna vez casada/en unión	75.0	49.6	45.2	11.6	10.7	8,746
Nunca casada/en unión	64.8	22.4	20.5	9.3	8.6	3,358

Cuadro HA.4: Conocimiento de un lugar para hacerse la prueba del VIH (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que saben dónde hacerse una prueba del VIH, porcentaje de mujeres que se han hecho la prueba alguna vez, porcentaje de mujeres que se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y porcentaje que se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y les han dicho el resultado, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres que:					Número de mujeres de 15-49 años
	Saben dónde hacerse la prueba ¹	Se han hecho la prueba alguna vez	Se han hecho la prueba alguna vez y conocen el resultado de la última prueba	Se han hecho la prueba en los últimos 12 meses	Se han hecho la prueba en los últimos 12 meses y conocen el resultado ^{2,3}	
Educación						
Ninguna	42.3	26.5	21.9	9.9	9.3	244
Primaria	58.5	32.1	27.4	7.2	6.3	2,054
Secundaria	73.1	44.5	39.9	12.3	11.1	4,298
Media Superior	73.6	41.2	38.0	9.9	9.2	3,278
Superior	84.2	49.4	47.7	13.3	13.1	2,235
Quintiles de índice de riqueza						
Más pobre	57.8	31.2	27.3	9.5	8.7	2,275
Segundo	70.0	42.1	36.9	12.2	10.4	2,486
Medio	76.4	42.1	38.7	12.9	12.2	2,554
Cuarto	77.6	44.4	40.9	8.9	8.4	2,382
Más rico	78.0	49.7	47.3	10.8	10.6	2,413
Etnia del jefe del hogar^B						
Hogar indígena	47.9	26.9	23.9	10.1	9.4	926
Hogar no indígena	74.2	43.3	39.5	11.0	10.2	11,179

1. MICS indicador 9.4 - Mujeres que saben dónde hacerse la prueba del VIH.

2. MICS indicador 9.5 - Mujeres que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.

3. MICS indicador 9.6 - Mujeres jóvenes sexualmente activas que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.

A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

En el Cuadro HA.4 se presentan los datos de si las mujeres conocen algún lugar para hacerse la prueba del VIH y si alguna vez se han hecho la prueba. El 72% de las mujeres mexicanas sabían dónde hacerse la prueba, mientras que 42% se habían hecho la prueba alguna vez. El 38% de las mujeres que alguna vez se hicieron la prueba sabían el resultado de su prueba más reciente.

Una pequeña proporción de mujeres se ha hecho la prueba en los últimos 12 meses (11%) y una proporción similar se ha hecho la prueba en los últimos 12 meses y sabe el resultado (10%). La región Noreste presenta la mayor proporción de mujeres que se han hecho la prueba en el último año y conoce el resultado (12%), mientras que la región Ciudad de México-Estado de México presenta la menor proporción (7%). Las mujeres entre 25 y 29 años muestran el mayor porcentaje de realización de la prueba en los últimos doce meses y conocer el resultado (17%). Entre las mujeres sexualmente activas, las de 20 a 24 años presentan el mayor porcentaje de realización de la prueba en el último año y conocer el resultado (19%) frente a las de 25 a 49 años (10%).

Cuadro HA.5: Pruebas y asesoramiento sobre VIH durante el cuidado prenatal

Porcentaje de mujeres entre 15-49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 últimos años que recibieron cuidado prenatal de un profesional de la salud durante el último embarazo, porcentaje que recibió asesoramiento sobre el VIH, porcentaje a las que se les ofreció y aceptaron una prueba del VIH, porcentaje que se les ofreció, les hicieron la prueba y recibieron los resultados, y porcentaje que recibió asesoramiento y se les ofreció, les hicieron la prueba y recibieron los resultados, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:						
	Recibieron cuidado prenatal de un profesional de la salud para el último embarazo	Recibieron asesoramiento sobre el VIH durante el cuidado prenatal¹	Se les ofreció una prueba del VIH y se les hizo la prueba durante el cuidado prenatal	Se les ofreció una prueba del VIH y se les hizo la prueba durante el cuidado prenatal, y recibió los resultados²	Recibieron asesoramiento sobre VIH, se les ofreció una prueba del VIH, la aceptaron y recibieron los resultados	Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos 2 años
Total	98.5	39.5	60.3	56.8	32.9	1,732
Región						
Noroeste	99.8	40.7	63.6	60.6	34.9	323
Noreste	98.9	46.0	70.4	66.9	41.0	410
Centro	98.9	39.3	61.5	58.5	33.9	281
CDMX-Edo México	98.3	40.6	52.5	46.7	29.6	345
Sur	96.7	30.2	52.8	50.2	24.6	372
Zona de residencia						
Urbana	98.7	40.6	63.2	59.7	33.9	1,295
Rural	97.7	36.0	51.9	48.0	29.9	437
Edad						
15-24	98.7	37.1	56.9	54.5	31.1	805
15-19	98.2	32.7	47.1	45.1	25.6	229
20-24	98.9	38.9	60.8	58.2	33.3	576
25-29	98.4	41.8	64.4	61.2	36.3	410
30-39	98.1	40.9	64.3	60.1	34.3	448
40-49	99.2	43.7	51.2	35.2	25.5	70
Estado civil¹						
Alguna vez casada/en unión	98.4	39.4	61.4	57.6	32.8	1,567
Nunca casada/en unión	99.1	40.5	51.3	49.1	34.2	162
Lugar donde se realizó la revisión prenatal²,³						
Unidad médica pública	99.9	40.4	61.8	57.8	33.6	1,354
Unidad médica privada	99.8	38.4	59.5	57.3	32.7	345
Hogar	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	7
Otro	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4

Cuadro HA.5: Pruebas y asesoramiento sobre VIH durante el cuidado prenatal (cont.)

Porcentaje de mujeres entre 15-49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 últimos años que recibieron cuidado prenatal de un profesional de la salud durante el último embarazo, porcentaje que recibió asesoramiento sobre el VIH, porcentaje a las que se les ofreció y aceptaron una prueba del VIH, porcentaje que se les ofreció, les hicieron la prueba y recibieron los resultados, y porcentaje que recibió asesoramiento y se les ofreció, les hicieron la prueba y recibieron los resultados, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:						
	Recibieron cuidado prenatal de un profesional de la salud para el último embarazo	Recibieron asesoramiento sobre el VIH durante el cuidado prenatal ¹	Se les ofreció una prueba del VIH y se les hizo la prueba durante el cuidado prenatal	Se les ofreció una prueba del VIH y se les hizo la prueba durante el cuidado prenatal, y recibió los resultados ²	Recibieron asesoramiento sobre VIH, se les ofreció una prueba del VIH, la aceptaron y recibieron los resultados	Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo en los últimos 2 años
Educación						
Ninguna	83.3	22.1	24.5	22.1	17.7	28
Primaria	95.9	29.3	39.4	33.0	19.9	292
Secundaria	99.0	36.6	60.6	57.4	30.0	717
Media Superior	99.6	46.0	68.4	65.0	39.8	474
Superior	99.5	50.5	74.5	73.0	46.5	221
Quintiles de índice de riqueza						
Más pobre	96.8	34.0	48.0	43.6	28.8	418
Segundo	98.3	32.8	59.8	57.7	27.4	492
Medio	99.4	42.8	65.6	62.0	36.8	365
Cuarto	99.4	44.2	67.4	62.1	35.0	271
Más rico	99.5	55.9	69.0	65.6	46.1	186
Etnia del jefe del hogar^c						
Hogar indígena	93.2	30.6	38.0	36.0	25.5	148
Hogar no indígena	99.0	40.3	62.4	58.7	33.6	1,584

1. MICS indicador 9.7 - Consejería sobre el VIH durante la atención prenatal.

2. MICS indicador 9.8 - Prueba del VIH durante la atención prenatal.

A. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

C. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

En el Cuadro HA.5 se presenta el porcentaje de mujeres que habían dado a luz en los dos años anteriores a la encuesta y que recibió asesoramiento y se hizo la prueba del VIH durante la atención prenatal. Un 40% de las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los dos años anteriores a la encuesta recibieron información sobre el SIDA en sus consultas prenatales, mientras que 60% reportan que se les ofreció una prueba para detectar VIH como parte de sus cuidados prenatales y se la hicieron. Un porcentaje similar reporta que se les ofreció la prueba de VIH, se la hicieron y conocen los resultados (57%). Alrededor de 33% de las mujeres que tuvieron un nacido vivo en los dos años anteriores a la encuesta reporta que como parte de sus cuidados prenatales recibió información sobre el SIDA, que se le ofreció una prueba para la detección del VIH, que se hizo la prueba y que conoce los resultados de la misma. Este porcentaje varía entre regiones, variando de 41% en la región Noreste a 25% en la región Sur y es mayor entre las mujeres con más educación formal y con mayor riqueza (46%). La cobertura de detección y consejería sobre el VIH presentó pocas diferencias de acuerdo al tipo de institución (pública o privada) en donde las mujeres recibieron la mayoría de sus citas de atención prenatal.

Comportamiento sexual relacionado con la transmisión del VIH

Promover conductas sexuales más seguras es fundamental para reducir la prevalencia del VIH. El uso del preservativo cuando se tienen relaciones sexuales es especialmente importante para reducir la propagación del VIH, especialmente cuando se tiene parejas ocasionales o múltiples. Se formuló una serie de preguntas a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad para evaluar el riesgo a infectarse por el VIH.

Cuadro HA.6: Sexo con múltiples parejas (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido sexo alguna vez, porcentaje de las que tuvieron sexo en los últimos 12 meses, porcentaje de las que tuvieron sexo con más de una pareja en los 12 últimos meses, número promedio de parejas sexuales en toda su vida de las mujeres que han tenido sexo, y entre aquellas que tuvieron sexo con múltiples parejas en los últimos 12 meses, el porcentaje de las que utilizaron condón durante la última relación sexual, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:									
	Han tenido sexo alguna vez	Tuvieron sexo en los 12 últimos meses	Tuvieron sexo con más de una pareja en los 12 últimos meses¹	Número de mujeres de 15-49 años	Promedio de parejas sexuales en toda su vida	Número de mujeres de 15-49 años que alguna vez han tenido sexo	Porcentaje de mujeres de 15-49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los 12 últimos meses, que también informaron que se utilizó el condón la última vez que tuvieron sexo²	Número de mujeres de 15-49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses	
Total	85.2	73.4	1.9	12,110	1.8	10,322	33.0	230	
Región									
Noroeste	83.8	74.8	2.7	2,403	2.1	2,013	28.8	65	
Noreste	85.2	75.9	1.6	2,670	1.6	2,274	(58.1)	42	
Centro	83.2	70.7	1.5	1,815	1.6	1,511	(*)	27	
CDMX-Edo México	88.2	75.0	3.0	2,676	2.0	2,359	19.1	79	
Sur	85.0	69.9	0.7	2,545	1.5	2,165	(*)	17	
Zona de residencia									
Urbana	86.0	74.4	2.2	9,421	1.9	8,098	31.1	208	
Rural	82.7	70.0	0.8	2,689	1.5	2,224	(50.6)	23	
Edad									
15-24	58.7	52.5	2.7	3,654	1.8	2,145	37.7	99	
15-19	34.5	30.6	3.2	1,765	1.7	608	(36.3)	57	
20-24	81.3	73.1	2.2	1,889	1.8	1,536	(39.6)	41	
25-29	94.3	83.7	2.6	1,743	1.8	1,644	(31.8)	44	
30-39	96.9	86.2	1.6	3,526	1.9	3,416	(33.3)	57	
40-49	97.8	77.6	1.0	3,187	1.7	3,118	(19.2)	30	
Estado civil ^A									
Alguna vez casada/en unión	100.0	88.6	1.6	8,746	1.7	8,746	23.2	138	
Nunca casada/en unión	46.8	34.0	2.7	3,358	2.1	1,572	47.8	92	
Educación									
Ninguna	91.1	71.0	0.2	244	1.3	223	(*)	0	
Primaria	93.5	76.3	1.1	2,054	1.6	1,921	(24.4)	22	
Secundaria	90.9	79.9	1.8	4,298	1.8	3,908	19.7	76	
Media Superior	74.1	63.8	2.2	3,278	1.8	2,428	(49.1)	71	
Superior	82.4	72.7	2.8	2,235	2.1	1,842	(33.9)	62	

Cuadro HA.6: Sexo con múltiples parejas (mujeres) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que han tenido sexo alguna vez, porcentaje de las que tuvieron sexo en los últimos 12 meses, porcentaje de las que tuvieron sexo con más de una pareja en los 12 últimos meses, número promedio de parejas sexuales en toda su vida de las mujeres que han tenido sexo, y entre aquellas que tuvieron sexo con múltiples parejas en los últimos 12 meses, el porcentaje de las que utilizaron condón durante la última relación sexual, México, 2015.

Porcentaje de mujeres que:					Promedio de parejas sexuales en toda su vida	Número de mujeres de 15-49 años que alguna vez han tenido sexo	Porcentaje de mujeres de 15-49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los 12 últimos meses, que también informaron que se utilizó el condón la última vez que tuvieron sexo ²	Número de mujeres de 15-49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses
Tuvieron sexo en los 12 últimos meses			Tuvieron sexo con más de una pareja en los 12 últimos meses ¹	Número de mujeres de 15-49 años				
Han tenido sexo alguna vez	Tuvieron sexo en los 12 últimos meses	Tuvieron sexo con más de una pareja en los 12 últimos meses ¹	Número de mujeres de 15-49 años	Número de mujeres de 15-49 años que alguna vez han tenido sexo				
Quintiles de índice de riqueza								
Más pobre	82.3	67.8	0.7	2,275	1.5	1,871	(*)	16
Segundo	86.8	74.3	1.4	2,486	1.6	2,158	(38.4)	34
Medio	84.6	70.9	2.0	2,554	1.8	2,161	33.4	51
Cuarto	85.7	76.1	2.4	2,382	2.0	2,042	(38.9)	57
Más rico	86.6	77.8	3.0	2,413	2.0	2,091	(31.8)	72
Etnia del jefe del hogar^B								
Hogar indígena	79.5	62.8	0.9	926	1.4	735	(*)	8
Hogar no indígena	85.7	74.3	2.0	11,179	1.8	9,584	33.1	222

1. MICS indicador 9.12 - Parejas sexuales múltiples.
2. MICS indicador 9.13 - Uso del preservativo durante la relación sexual con múltiples parejas sexuales.
A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

Como se muestra en el Cuadro HA.6, 2% de las mujeres de 15 a 49 años reportan haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. De ellas, sólo 33% reportan haber usado el preservativo cuando tuvieron relaciones sexuales la última vez. Estas cifras son más bajas entre las mujeres casadas o unidas (23%) que entre las que nunca se han casado o unido (48%).

Indicadores sobre el VIH para mujeres jóvenes

En muchos países, más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH en adultos ocurre entre jóvenes de 15 a 24 años, por lo que el cambio de comportamiento entre los miembros de este grupo de edad es especialmente importante para reducir nuevas infecciones. El siguiente cuadro presenta información específica sobre este grupo de edad.

Cuadro HA.7: Indicadores clave de VIH y SIDA (mujeres jóvenes)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años por indicadores clave de VIH y SIDA, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que:																				
	Tienen un conocimiento integral ¹	Conocen las tres formas de transmisión de VIH de la madre al niño		Se han hecho la prueba y conocen el resultado de la última prueba		Se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen el resultado		Tuvieron sexo en los últimos 12 meses		Número de mujeres de 15-24 años que han tenido sexo en los últimos 12 meses		Porcentaje de mujeres jóvenes activas que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen el resultado ²		Número de mujeres de 15-24 años que viven con VIH para los cuatro indicadores ^a		Porcentaje que expresó actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH para los cuatro indicadores ^a		Número de mujeres de 15-24 años que han oído que han oído del SIDA		
Total	31.3	39.3	66.4	29.3	11.4	52.5	3,654	18.0	1,920	38.4	3,513									
Región																				
Noroeste	31.3	37.5	66.4	30.4	10.0	53.1	808	17.6	429	44.1	797									
Noreste	33.3	38.3	70.4	32.9	14.5	54.8	756	21.5	414	32.6	738									
Centro	37.3	38.6	67.2	29.3	14.9	46.2	556	23.9	257	35.6	526									
CDMX-Edo México	27.3	43.1	67.1	28.6	6.6	57.1	737	10.5	421	44.4	726									
Sur	29.0	39.2	61.4	25.3	11.7	50.0	797	18.9	399	34.1	725									
Zona de residencia																				
Urbana	33.3	38.6	68.6	30.7	11.5	54.5	2,785	17.8	1,519	39.2	2,709									
Rural	25.0	41.6	59.2	24.6	10.8	46.1	870	18.9	401	35.9	804									
Edad																				
15-19	27.6	44.2	54.0	13.2	6.9	30.6	1,765	14.6	540	35.0	1,677									
15-17	26.0	42.4	48.0	7.2	4.7	18.7	1,057	14.8	198	32.7	999									
18-19	30.0	46.8	63.1	22.0	10.2	48.3	709	14.5	342	38.4	678									
20-24	34.8	34.8	77.9	44.3	15.5	73.1	1,889	19.3	1,380	41.5	1,836									
20-22	36.9	36.1	76.4	39.3	13.6	71.5	1,151	17.7	823	40.3	1,117									
23-24	31.5	32.8	80.4	52.1	18.6	75.5	737	21.7	557	43.5	719									
Estado civil ^A																				
Alguna vez casada/en unión	31.5	36.2	79.2	55.3	20.0	93.2	1,410	20.2	1,313	35.9	1,365									
Nunca casada/en unión	31.2	41.4	58.4	12.9	6.0	26.9	2,241	13.4	603	40.1	2,145									
Educación																				
Ninguna	(34.1)	(50.1)	(55.6)	(46.8)	(34.9)	(33.9)	26	(*)	9	(*)	20									
Primaria	12.8	25.7	47.2	24.4	8.6	64.9	273	13.1	177	34.2	218									
Secundaria	24.9	34.3	68.7	37.0	15.8	65.5	1,160	22.4	761	30.3	1,097									
Media Superior	35.1	46.6	62.6	22.7	8.0	40.9	1,511	15.9	618	39.5	1,498									
Superior	41.0	36.8	79.0	31.9	11.5	52.0	684	14.3	355	51.3	679									

Cuadro HA.7: Indicadores clave de VIH y SIDA (mujeres jóvenes) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años por indicadores clave de VIH y SIDA, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que:										
	Tienen un conocimiento integral ¹	Conocen las tres formas de transmisión de VIH de la madre al niño	Conocen un lugar para hacerse la prueba del VIH	Se han hecho la prueba y conocen el resultado de la última prueba	Se han hecho la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen el resultado	Tuvieron sexo en los últimos 12 meses	Número de mujeres de 15-24 años	Porcentaje de mujeres jóvenes activas que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen el resultado ²	Número de mujeres de 15-24 años que han tenido sexo en los últimos 12 meses	Porcentaje que expresó actitudes de aceptación hacia personas que viven con VIH para los cuatro indicadores ³
Quintiles de índice de riqueza										
Más pobre	21.1	41.6	56.5	22.8	9.8	44.6	746	18.5	333	32.8
Segundo	27.0	38.3	67.1	32.4	14.6	60.4	830	19.2	501	33.9
Medio	33.5	37.5	67.3	28.1	11.6	49.4	811	20.2	401	37.4
Cuarto	38.3	38.2	71.4	30.7	11.9	54.0	708	19.2	383	41.8
Más rico	39.3	41.9	71.0	33.2	7.7	54.1	559	11.0	302	48.9
Etnia del jefe del hogar ³										
Hogar indígena	17.5	37.9	43.3	16.9	8.0	35.9	328	16.4	118	27.3
Hogar no indígena	32.7	39.4	68.7	30.5	11.7	54.2	3,324	18.1	1,802	39.4
										3,234

1. MICS indicador 9.1 - Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes.
2. MICS indicador 9.6 - Mujeres jóvenes sexualmente activas que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados.
a. Consulte el Cuadro HA.3 para los cuatro indicadores.
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

El Cuadro HA.7 resume información sobre indicadores importantes relacionados con el VIH para mujeres jóvenes. Los resultados sobre conocimientos integrales (31% de las mujeres jóvenes), el conocimiento sobre la transmisión de madre a hijo/a (39% de las mujeres jóvenes), y el conocimiento de un lugar para hacerse la prueba (66% de las mujeres jóvenes) generalmente son peores en este grupo de edad que en la población de 15 a 49 años como un todo. En general, 18% de mujeres mexicanas de 15 a 24 años que son sexualmente activas, se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y saben el resultado. Las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH en relación con los mismos cuatro indicadores mencionados anteriormente también son menos prevalentes en este grupo de edad (38% de las mujeres jóvenes). Las mujeres jóvenes con más años de edad, mayor educación y riqueza, así como las que nunca se han casado o unido y las mujeres de hogares no indígenas son las que presentan mayor aceptación hacia personas que viven con VIH.

Cuadro HA.8: Indicadores clave de comportamiento sexual (mujeres jóvenes)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años por indicadores clave de comportamiento sexual, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que:				Porcentaje de mujeres de 15-24 años que en los últimos 12 meses tuvieron sexo con:				Número de mujeres de 15-24 años que tuvieron sexo en los últimos 12 meses	Porcentaje que indica haber usado condón la última vez que tuvo sexo con una pareja no marital o cohabitante en los últimos 12 meses ⁵	Número de mujeres de 15-24 años que tuvieron pareja no marital ni cohabitante en los últimos 12 meses	Porcentaje que indica haber utilizado condón la última vez que tuvo sexo	Número de mujeres de 15-24 años que tuvieron sexo con una o más parejas en los últimos 12 meses
	Tuvo sexo antes de los 15 años ¹				Un hombre o más años mayor ³ no marital ni cohabitante ⁴								
	Alguna vez ha tenido sexo	Alguna vez ha tenido sexo con una pareja en los últimos 12 meses	Tuvo sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	Número de mujeres de 15-24 años que nunca se han casado/unido	Un hombre o más años mayor ³ no marital ni cohabitante ⁴	Un hombre o más años mayor ³ no marital ni cohabitante ⁴	Un hombre o más años mayor ³ no marital ni cohabitante ⁴	Número de mujeres de 15-24 años que nunca se han casado/unido					
Total	7.2	58.7	2.7	3,654	67.4	2,241	9.0	19.6	1,920	63.2	715	37.7	99
Región													
Noroeste	8.4	58.4	3.7	808	63.9	525	6.0	23.1	429	53.1	187	(25.6)	30
Noreste	5.5	60.1	2.1	756	66.3	455	6.5	19.3	414	62.1	146	(*)	16
Centro	5.1	52.5	1.6	556	81.7	323	14.6	9.6	257	69.9	53	(*)	9
CDMX-Edo México	9.3	63.8	4.1	737	57.6	463	9.8	27.5	421	66.8	203	(*)	30
Sur	6.9	57.2	1.7	797	71.9	474	10.7	15.7	399	70.9	125	(*)	14
Zona de residencia													
Urbana	7.2	60.6	3.2	2,785	63.3	1,734	8.4	22.4	1,519	65.8	624	36.9	89
Rural	7.0	52.6	1.1	870	81.3	507	11.6	10.4	401	45.1	91	(*)	9
Edad													
15-19	8.2	34.5	3.2	1,765	81.0	1,429	11.5	15.2	540	69.2	269	(36.3)	57
15-17	6.6	21.6	0.8	1,057	86.9	954	8.8	10.6	198	63.1	112	(*)	8
18-19	10.5	53.7	6.9	709	69.2	475	13.0	22.2	342	73.6	157	(33.4)	49
20-24	6.3	81.3	2.2	1,889	43.4	812	8.1	23.6	1,380	59.6	446	(39.6)	41
20-22	5.4	77.1	1.7	1,151	49.6	530	6.5	23.9	823	70.9	276	(63.5)	20
23-24	7.5	87.9	2.9	737	31.6	282	10.5	23.1	557	41.3	170	(*)	21
Estado civil ^A													
Alguna vez casada/en unión	14.8	100.0	2.6	1,410	na	na	11.7	9.6	1,313	59.9	136	(12.8)	36
Nunca casada/en unión	2.4	32.6	2.8	2,241	67.4	2,241	3.3	25.8	603	64.0	579	(52.3)	62
Educación													
Ninguna	(14.6)	(41.0)	(0)	26	(*)	16	(*)	(*)	9	(*)	1	(*)	0
Primaria	19.3	71.1	2.7	273	72.4	109	18.3	14.3	177	(50.2)	39	(*)	7
Secundaria	12.6	71.5	3.3	1,160	65.9	502	12.0	15.0	761	53.1	174	(12.2)	38
Media Superior	3.2	46.9	1.5	1,511	77.8	1,032	6.4	14.0	618	67.9	212	(*)	23
Superior	1.7	58.8	4.5	684	48.4	583	2.5	42.2	355	67.7	289	(*)	31

Cuadro HA.8: Indicadores clave de comportamiento sexual (mujeres jóvenes) (cont.)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años por indicadores clave de comportamiento sexual, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que:				Porcentaje de mujeres de 15-24 años que en los últimos 12 meses tuvieron sexo con:							Número de mujeres de 15-24 años que tuvieron sexo con una pareja no marital ni cohabitante en los últimos 12 meses	Porcentaje que indica haber usado condón la última vez que tuvo sexo con una pareja no marital o cohabitante en los últimos 12 meses ⁵	Porcentaje que indica haber utilizado condón la última vez que tuvo sexo	Número de mujeres de 15-24 años que tuvo sexo con una o más parejas en los últimos 12 meses
Tuvo sexo antes de los 15 años ¹	Alguna vez ha tenido sexo	Tuvo sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	Número de mujeres de 15-24 años	Porcentaje de mujeres que nunca ha tenido sexo ²	Número de mujeres de 15-24 años que nunca se han casado/unido	Un hombre 10 o más años mayor ³	Una pareja no marital ni cohabitante ⁴	Número de mujeres de 15-24 años que tuvieron sexo en los últimos 12 meses						
Quintiles de índice de riqueza														
Más pobre	7.8	51.1	1.1	746	84.8	430	14.4	7.4	333	51.6	55	(*)	8	
Segundo	8.4	65.8	2.6	830	68.8	413	7.8	16.8	501	57.4	140	(*)	22	
Medio	8.4	57.1	1.4	811	69.4	502	11.4	18.2	401	62.3	147	(*)	11	
Cuarto	6.8	60.5	4.5	708	63.3	442	7.4	21.4	383	72.2	152	(*)	32	
Más rico	3.4	58.3	4.6	559	51.3	454	4.1	39.5	302	64.2	221	(*)	26	
Etnia del jefe del hogar ⁶														
Hogar indígena	5.1	47.0	1.4	328	86.9	200	21.2	5.1	118	(54.0)	17	(*)	5	
Hogar no indígena	7.4	59.9	2.8	3,324	65.4	2,039	8.2	21.0	1,802	63.4	698	38.9	94	

1. MICS indicador 9.10 - Relaciones sexuales antes de los 15 años en mujeres jóvenes.
2. MICS indicador 9.9 - Mujeres jóvenes que nunca han mantenido relaciones sexuales.
3. MICS indicador 9.11 - Mezcla de edades de las parejas sexuales.
4. MICS indicador 9.14 - Relaciones sexuales con parejas sexuales no cohabitantes.
5. MICS indicador 9.15 - Uso del preservativo con parejas sexuales no cohabitantes.
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.
(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.
na: no aplicable.

Algunos comportamientos pueden crear, aumentar o perpetuar los riesgos de exposición al VIH. Para el grupo de las mujeres jóvenes, tal comportamiento incluye las relaciones sexuales a una edad temprana y tener relaciones sexuales con hombres mayores. El inicio de vida sexual antes de los 15 años se considera un riesgo para diversos resultados problemáticos de la población adolescente. En México, la prevalencia de relaciones sexuales antes de los 15 años entre mujeres de 15 a 24 años es de 7%, y es más alta entre mujeres con un índice de riqueza de un nivel medio o menor, con niveles menores de educación, y entre la población residente en la Ciudad de México-Estado de México o en la región Noroeste. El 3% de mujeres de 15 a 24 años tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses; de ellas sólo 38% informaron haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales.

Por otro lado, 20% de las mujeres jóvenes que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses informaron que se trataba de una pareja con la que no estaban casadas ni cohabitaban; de ellas 63% informaron haber usado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. El 9% de las mujeres de 15 a 24 años tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses con un hombre mayor que ellas por 10 años o más; este porcentaje se eleva al doble entre mujeres con educación primaria (18%) y casi al doble entre mujeres sin educación (16%). Las mujeres jóvenes de la región Ciudad de México-Estado de México, de zonas urbanas, de 18 a 19 años, con mayores niveles de riqueza y con educación superior presentan los mayores porcentajes haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, así como con una pareja no marital ni cohabitante. Además, se observa que entre las mujeres menores a 25 años que nunca se han casado o unido, el porcentaje de mujeres que nunca ha tenido relaciones sexuales disminuye conforme aumenta la edad. Se observa también una menor prevalencia de mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales entre las mujeres con residencia urbana, de la región Ciudad de México-Estado de México, con educación superior, con mayor riqueza y de hogares no indígenas.

Con relación al tema de este capítulo, un grupo de interés en México es el grupo de mujeres menores de 30 años. Para complementar la información del Cuadro HA.8, se presenta el Cuadro HA.8MX con la información correspondiente a las mujeres de 25 a 29 años. Entre las mujeres de este grupo de edad se observa una menor prevalencia de mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años (5%, menor en comparación con las mujeres de 15 a 25 años). Casi la misma proporción de mujeres en este grupo de edad (comparado con las mujeres menores de 25 años) tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses (3%) y la prevalencia de mujeres que tuvieron relaciones sexuales con una pareja que no fuera su esposo o pareja cohabitante (17%) fue menor en este grupo de edad. Sin embargo, entre estas mujeres los porcentajes de aquellas que utilizaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales es menor que el observado entre sus contrapartes más jóvenes. En cambio, una mayor proporción tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja mayor que ellas por 10 años o más.

Cuadro HA.8MX: Indicadores clave de comportamiento sexual (mujeres de 25-29)

Porcentaje de mujeres de 25-29 años por indicadores clave de comportamiento sexual, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 25-29 años que:																
	Tuvo sexo antes de los 15 años			Tuvo sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	Número de mujeres de 25-29 años que nunca se han casado/unido	Porcentaje de mujeres que nunca ha tenido sexo¹		Número de mujeres de 25-29 años que nunca se han casado/unido	Porcentaje de mujeres de 25-29 años que en los últimos 12 meses tuvieron sexo con:			Número de mujeres de 25-29 años que tuvieron sexo con una pareja no marital ni cohabitante en los últimos 12 meses	Porcentaje que indica haber usado condón la última vez que tuvo sexo con una pareja no marital o cohabitante en los últimos 12 meses	Número de mujeres de 25-29 años que tuvieron sexo con una pareja no marital ni cohabitante en los últimos 12 meses	Porcentaje que indica haber utilizado condón la última vez que tuvo sexo	Número de años que tuvo sexo con una o más parejas en los últimos 12 meses
	Tuvo sexo antes de los 15 años	Alguna vez ha tenido sexo	Alguna vez ha tenido sexo	Número de mujeres de 25-29 años que nunca se han casado/unido		Un hombre 10 o más años mayor	Una pareja no marital ni cohabitante		Número de mujeres de 25-29 años que nunca se han casado/unido	Un hombre 10 o más años mayor	Una pareja no marital ni cohabitante					
Total	5.1	94.3	2.6	1,743	24.0	400	13.3	17.0	1,458	58.1	297	(31.8)	44			
Región																
Noroeste	9.8	97.3	4.6	319	11.5	74	10.5	24.0	285	61.2	76	(*)	15			
Noreste	4.3	92.9	1.3	409	36.2	80	8.4	12.0	335	33.6	49	(*)	5			
Centro	3.7	92.9	0.5	242	46.1	38	13.8	8.8	198	(44.8)	21	(*)	1			
CDMX-Edo México	3.5	90.9	5.2	420	25.0	143	16.3	20.5	333	64.6	86	(*)	22			
Sur	4.4	98.4	0.3	353	(8.4)	65	17.7	18.1	308	(68.9)	64	(*)	1			
Zona de residencia																
Urbana	4.6	93.4	2.9	1,337	24.4	353	13.6	19.7	1,116	61.0	264	(22.2)	38			
Rural	6.7	97.5	1.5	406	21.2	48	12.5	8.2	342	(35.3)	33	(*)	6			
Estado civil ^A																
Alguna vez casada/en unión	6.2	100.0	1.8	1,340	na	na	15.5	6.9	1,225	43.9	93	(41.4)	24			
Nunca casada/en unión	1.3	76.0	5.2	400	24.0	400	2.1	50.9	233	64.6	204	(*)	21			
Educación																
Ninguna	(30.3)	(86.3)	(2.2)	20	(*)	3	(*)	(*)	14	(*)	1	(*)	0			
Primaria	12.9	97.1	0.6	191	(33.6)	16	31.1	5.7	160	(*)	11	(*)	1			
Secundaria	7.6	98.0	1.6	620	16.9	75	10.3	10.8	538	36.5	67	(*)	10			
Media Superior	2.1	96.0	2.8	490	23.2	84	12.9	15.7	422	47.9	77	(*)	13			
Superior	0.1	86.1	4.6	423	25.2	223	9.9	33.4	324	74.1	141	(*)	19			
Quintiles de índice de riqueza																
Más pobre	8.6	97.6	0.2	316	22.2	34	15.5	6.0	264	(18.4)	19	(*)	1			
Segundo	5.6	97.7	0.9	408	13.6	70	13.3	16.0	360	45.1	65	(*)	3			
Medio	6.1	93.0	2.1	368	37.8	68	7.5	13.0	295	47.9	48	(*)	8			
Cuarto	2.8	91.1	2.7	306	38.4	71	15.5	12.9	256	67.8	40	(*)	8			
Más rico	2.0	91.7	7.0	344	16.6	157	15.3	36.3	283	71.8	125	(*)	24			
Etnia del jefe del hogar ^B																
Hogar indígena	7.4	96.3	0.2	103	(*)	12	21.8	1.4	83	(*)	1	(*)	0			
Hogar no indígena	4.9	94.2	2.7	1,639	23.8	388	12.8	18.0	1,375	58.1	295	(31.9)	44			

1. MICS indicador 9.S2 - Mujeres de 25-29 que nunca han mantenido relaciones sexuales.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

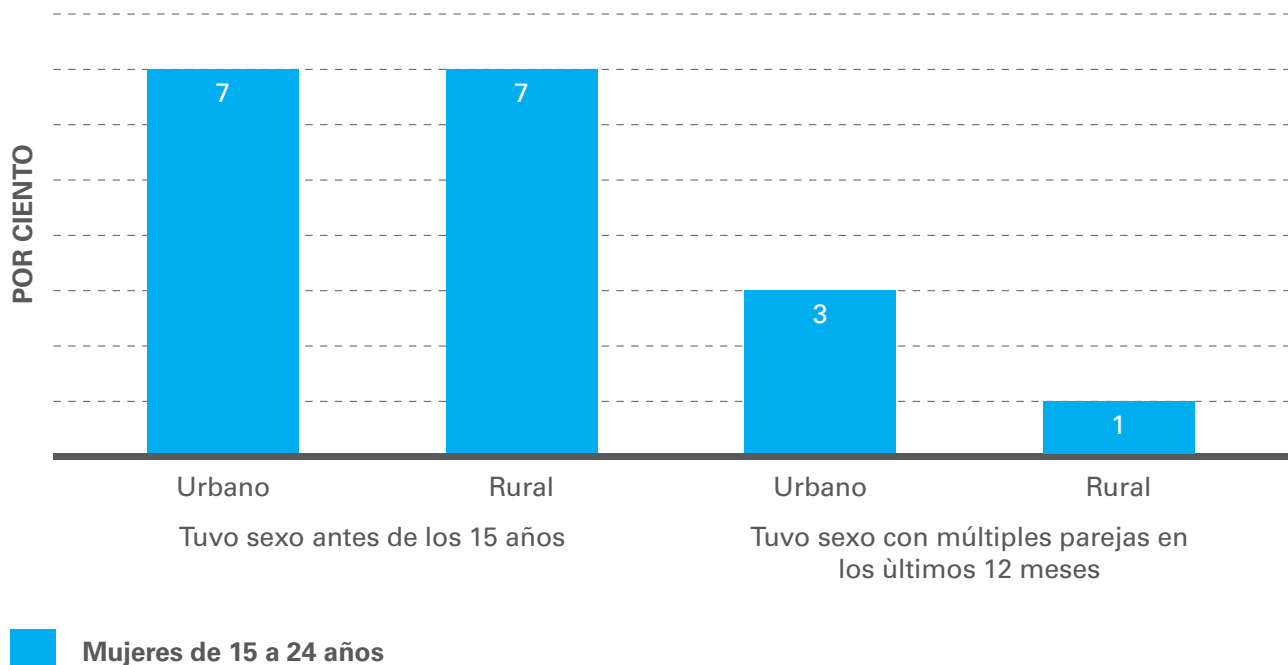
B. 2 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.
na: no aplicable.

La Figura HA.3, basada en los cuadros HA.8 y HA.6, ilustra dos comportamientos críticos que se sabe que aumentan el riesgo de infección por VIH: las relaciones sexuales antes de los 15 años y las relaciones sexuales con múltiples parejas. Mientras que no se observan diferencias entre las zonas rurales y urbanas en la proporción de jóvenes menores de 25 años que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años, la proporción de mujeres de 15 a 24 años que ha tenido múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses en las regiones urbanas es casi tres veces la observada en las regiones rurales.

Figura HA.3: Comportamientos sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH, mujeres jóvenes de 15 a 24 años, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015





XII. ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE LA TECNOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015 recolectó información sobre la exposición a periódicos/revistas, radio y televisión entre mujeres de 15 a 49 años, y sobre el uso de las computadoras y de Internet de las mujeres de 15 a 24 años.

Acceso a los medios de comunicación

En el Cuadro MT.1 se muestra la proporción de mujeres que lee un periódico o revista, escucha la radio y ve televisión por lo menos una vez por semana.

Treinta y ocho por ciento de las mujeres de 15 a 49 años en México lee un periódico o revista, 58% escucha la radio, y 90% ve televisión al menos una vez por semana. En general, 4% no está expuesta de manera regular a ninguno de los tres medios de comunicación, mientras que 96% está expuesta a por lo menos uno de los medios de comunicación y 24% a los tres tipos de medios de comunicación semanalmente.

Las mujeres entre 25 y 34 años tienen más posibilidades que las mujeres de otras edades de reportar exposición a los tres tipos de medios de comunicación. Se observan diferencias notables por zona, educación y estatus socioeconómico respecto a la exposición a los tres tipos de medios de comunicación, principalmente debido a diferenciales en la exposición a medios impresos y a la radio.

Las mujeres con un nivel educativo más alto tienen casi el doble de posibilidades de estar expuestas a los tres tipos de medios de comunicación, en comparación con las mujeres que tienen educación primaria. De manera similar, 37% de mujeres de los hogares más ricos han estado expuestas a los tres medios de comunicación, mientras que la proporción correspondiente de las mujeres de los hogares más pobres es de sólo 12%. Una mayor proporción de mujeres está expuesta a todos los tipos de medios de comunicación en las zonas urbanas (26%) en comparación con las mujeres de las zonas rurales (15%). La exposición de las mujeres a los tres medios de comunicación es mayor en la región Ciudad de México-Estado de México (30%) y la más baja es en la región Sur (16%).

Las mujeres en hogares indígenas están mucho menos expuestas (14%) a los tres medios de comunicación, en comparación con mujeres en hogares no indígenas (24%). Además, el porcentaje de mujeres en hogares indígenas que no están expuestas de forma regular a medios de comunicación es casi cuatro veces el porcentaje de las mujeres en hogares no indígenas (14% y 3%, respectivamente).

Cuadro MT.1: Exposición a los medios de comunicación (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que están expuestas a medios de comunicación específicos semanalmente, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15-49 años que:						
	Leen un periódico al menos una vez a la semana	Escuchan la radio al menos una vez a la semana	Ven televisión al menos una vez a la semana	Los tres medios al menos una vez a la semana ¹	Algún medio al menos una vez a la semana	Ningún medio al menos una vez a la semana
Número de mujeres de 15-49 años						
Total	37.8	58.2	90.0	23.6	95.7	4.3
12,110						
Edad						
15-19	32.9	55.7	89.8	19.6	96.2	3.8
1,765						
20-24	38.3	58.0	89.8	22.6	96.1	3.9
1,889						
25-29	40.7	61.1	90.8	25.5	96.1	3.9
1,743						
30-34	43.3	62.3	91.0	28.9	96.0	4.0
1,773						
35-39	38.6	56.3	88.5	24.0	95.1	4.9
1,754						
40-44	35.9	59.0	91.5	24.4	95.7	4.3
1,589						
45-49	34.1	54.6	88.4	20.0	94.8	5.2
1,598						
Región						
Noroeste	35.6	63.4	92.8	24.3	97.1	2.9
2,403						
Noreste	36.7	53.7	91.0	23.9	95.7	4.3
2,670						
Centro	39.4	57.4	91.2	23.2	96.0	4.0
1,815						
CDMX-Edo México	42.0	67.9	91.7	29.8	97.7	2.3
2,676						
Sur	35.2	48.3	83.5	16.4	92.2	7.8
2,545						
Zona de residencia						
Urbana	41.0	59.8	91.6	26.2	96.8	3.1
9,421						
Rural	26.5	52.6	84.3	14.6	91.9	8.1
2,689						
Educación						
Ninguna	7.1	38.6	72.1	3.0	81.6	18.3
244						
Primaria	22.0	50.7	86.0	11.4	93.1	6.9
2,054						
Secundaria	33.8	56.5	91.4	20.5	96.3	3.7
4,298						
Media Superior	42.1	60.7	90.8	27.3	96.7	3.3
3,278						
Superior	56.8	66.8	91.6	37.6	97.3	2.7
2,235						
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	23.5	48.6	79.7	11.8	89.5	10.5
2,275						
Segundo	34.6	54.9	91.8	19.1	96.9	3.1
2,486						
Medio	36.1	58.6	91.9	22.2	96.8	3.2
2,554						
Cuarto	41.9	59.0	94.1	27.6	97.7	2.3
2,382						
Más rico	52.0	69.4	91.5	36.9	97.3	2.6
2,413						
Etnia del jefe del hogar ^A						
Hogar indígena	26.5	48.5	74.9	13.9	86.2	13.8
926						
Hogar no indígena	38.7	59.0	91.2	24.4	96.5	3.5
11,179						

1. MICS indicador 10.1 - Exposición a los medios de comunicación.
A. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Uso de la tecnología de la información/comunicación

Como se muestra en el Cuadro MT.2, 83% de mujeres de 15 a 24 años de edad ha usado alguna vez una computadora de las cuales 72% la usó durante el último año y 57% la usó al menos una vez por semana durante el último mes. En general, 81% de mujeres de 15 a 24 años de edad ha usado Internet alguna vez, mientras que 77% la usó durante el último año. La proporción de mujeres jóvenes que usa Internet con más frecuencia, por lo menos una vez por semana durante el último mes es de 69%.

Como era de esperarse tanto el uso de computadoras como el de Internet durante los últimos 12 meses está más difundido entre las mujeres de 15 a 19 años. El uso de computadoras y de Internet también se relaciona estrechamente con la zona de residencia, el nivel de educación y de riqueza.

Sólo el 21% de las mujeres con educación primaria informa haber usado una computadora durante el último año, mientras que casi todas las mujeres con nivel de educación media superior o superior usaron una computadora alguna vez. De manera similar, se observa el uso más alto de Internet entre las mujeres jóvenes de zonas urbanas (87%), en comparación con las mujeres jóvenes de zonas rurales (64%). El uso más alto de Internet en el último año se observa en la región Noroeste (88%) y entre mujeres de los hogares más ricos (97%) en contraste con los porcentajes más bajos observados en la región Sur (61%) y entre mujeres en los hogares más pobres (47%). Asimismo, las mujeres en hogares no indígenas presentan porcentajes mucho más altos tanto de uso de computadora como de internet en los últimos 12 meses (75% y 80%, respectivamente) que las mujeres de hogares indígenas (48% y 45%, respectivamente).

Cuadro MT.2: Uso de computadora e Internet (mujeres)

Porcentaje de mujeres jóvenes de 15-24 años que alguna vez han usado una computadora e Internet, porcentaje que los han usado durante los últimos 12 meses, y porcentaje que los han usado al menos una vez a la semana durante el último mes, México, 2015.

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que han:						
	Alguna vez usado una computadora	Usado una computadora durante los últimos 12 meses ¹	Usado una computadora al menos una vez a la semana durante el último mes	Alguna vez usado Internet	Usado Internet durante los últimos 12 meses ²	Usado Internet al menos una vez a la semana durante el último mes
Total	83.4	72.2	56.5	81.4	77.0	68.8
						3,654
Edad						
15-19	87.4	78.3	62.1	85.9	82.6	74.4
20-24	79.7	66.5	51.2	77.2	71.8	63.7
Región						
Noroeste	89.9	81.5	65.2	89.4	87.6	82.2
Noreste	85.0	71.2	54.4	85.0	78.7	66.2
Centro	78.1	67.3	54.7	75.6	70.3	62.8
CDMX-Edo México	88.5	79.8	63.0	88.3	85.8	79.0
Sur	74.2	60.0	44.8	67.7	61.2	52.7
Zona de residencia						
Urbana	87.8	77.6	61.9	86.7	83.4	75.7
Rural	69.4	54.9	39.2	64.4	56.7	46.8
Educación						
Ninguna	(10.6)	(5.3)	(3.7)	(13.8)	(8.2)	(5.2)
Primaria	27.4	20.7	7.7	34.4	30.3	23.7
Secundaria	72.6	53.3	31.4	66.1	59.5	47.5
Media Superior	95.9	85.9	69.3	94.9	90.5	82.0
Superior	99.3	97.1	92.1	99.1	98.2	96.5
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	59.8	45.9	30.3	54.7	46.7	34.2
Segundo	79.0	62.2	44.3	77.1	70.7	58.4
Medio	88.9	75.0	58.0	86.4	81.9	75.4
Cuarto	96.5	90.2	72.2	96.4	95.4	90.3
Más rico	96.6	95.2	87.4	97.4	96.6	93.9
Etnia del jefe del hogar ^A						
Hogar indígena	63.8	47.6	35.7	50.8	44.7	35.7
Hogar no indígena	85.3	74.6	58.5	84.4	80.2	72.2

1. MICS indicador 10.2 - Uso de computadoras.
2. MICS indicador 10.3 - Uso de Internet.
A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

XIII. BIENESTAR SUBJETIVO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Las percepciones subjetivas de las mujeres sobre sus ingresos, salud, entornos de vida, etc., desempeñan un papel importante en sus vidas y pueden afectar su percepción de bienestar, independientemente de las condiciones objetivas, como el ingreso real y el estado de salud física.¹ En las encuestas MICS, tal y como se hizo en la ENIM, se plantean una serie de preguntas a mujeres de 15 a 24 años para saber en qué medida están satisfechas en diferentes ámbitos de su vida, como familia, amigos, estudios, trabajo actual, salud, el lugar donde viven, cómo son tratadas por los demás, su apariencia física y sus ingresos actuales.

La satisfacción con la vida es una medida de la percepción de una persona en relación con su nivel de bienestar. Entender la satisfacción de las mujeres en los diferentes ámbitos de su vida permite tener un panorama general de las situaciones de su vida. También se puede hacer una distinción entre la satisfacción con la vida y la felicidad. La felicidad es una emoción pasajera que puede verse afectada por diferentes factores, es decir, los factores del día a día como el clima o la muerte reciente de un familiar. Es posible que una persona esté satisfecha con su trabajo, sus ingresos, su vida familiar, sus amigos y otros aspectos de su vida, pero aun así puede sentirse infeliz, o viceversa. Además de las preguntas sobre la satisfacción con la vida, en la encuesta también se formularon preguntas sobre la felicidad y la percepción de las encuestadas sobre tener una vida mejor.

Para ayudar a las encuestadas a responder las preguntas sobre la felicidad y la satisfacción con la vida se les mostró una tarjeta con caras sonrientes y caras cada vez menos sonrientes, que correspondían a las categorías de respuesta (véanse los cuestionarios en el Apéndice F). Las caras correspondían a estar: “muy satisfecha”, “un poco satisfecha”, “ni satisfecha ni insatisfecha”, “un poco insatisfecha” y “muy insatisfecha”. De la misma manera, para las preguntas sobre la felicidad se utilizó la misma escala, pero esta vez con respuestas desde “muy feliz” hasta “muy infeliz”.

¹ OCDE. 2013. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well Being*. OECD. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>.

El Cuadro SW.1 muestra la proporción de mujeres de 15 a 24 años, que están muy satisfechas o algo satisfechas en los ámbitos seleccionados. Se debe tener en cuenta que los denominadores de los indicadores para los tres ámbitos de satisfacción con los estudios, trabajo e ingresos, sólo consideran a las mujeres que actualmente asisten a la escuela, que tienen un trabajo y un salario. En términos generales, los ámbitos con mayor porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que están muy o algo satisfechas son la vida familiar (95%) y el aspecto físico que tienen (94%), mientras que los ámbitos con menor porcentaje de mujeres muy o algo satisfechas son el trato que recibe de los demás (89%) y el ingreso (87%). Comparadas con las mujeres de 20 a 24 años, las mujeres de 15 a 19 años están más satisfechas con sus amistades (92% estas últimas comparado con 88% las primeras), con la escuela (94% comparado con 87%), con su trabajo (93% comparado con 90%), con su ingreso (90% comparado con 85%) y con su entorno de vida (94% comparado con 92%). La vida familiar es el único ámbito en que las mujeres de 20 a 24 años están ligeramente más satisfechas (95%) que las mujeres de 15 a 19 años (94%). En las zonas rurales el ámbito con mayor porcentaje de mujeres muy o algo satisfechas es la escuela (98%), seguido de la vida familiar (96%). En la zonas urbanas el ámbito con mayor porcentaje de mujeres que están muy o algo satisfechas es el aspecto físico que tienen (94%) y la vida familiar (94%).

Cuadro SW.1: Ámbitos de satisfacción con la vida (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas en ámbitos seleccionados de satisfacción, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas en ámbitos seleccionados:										Porcentaje de mujeres de 15-24 años que:				Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su trabajo o ingreso				Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su ingreso			
	o algo satisfechas en ámbitos seleccionados:										15-24 años que:				muy o algo satisfechas con su trabajo o ingreso				muy o algo satisfechas con su ingreso			
	Vida familiar	Amistades	Salud	Entorno de vida	Tratamiento por otros	El aspecto que tienen	Asisten a la escuela	Tienen un trabajo	Tienen un ingreso	Número de mujeres de 15-24 años	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con la escuela	Número de mujeres de 15-24 años que asisten a la escuela	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su trabajo	Número de mujeres de 15-24 años que tienen un trabajo	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su ingreso	Número de mujeres de 15-24 años que tienen un ingreso	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su ingreso	Número de mujeres de 15-24 años que tienen un ingreso	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su ingreso	Número de mujeres de 15-24 años que tienen un ingreso	Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su ingreso	Número de mujeres de 15-24 años que tienen un ingreso
Total	94.6	89.9	93.1	92.5	89.1	94.4	40.7	26.9	59.1	3,654	92.0	1,487	90.9	981	87.1	2,159	87.1	2,159	87.1	2,159	87.1	2,159
Edad																						
15-19	94.0	92.1	93.6	93.6	89.9	95.4	59.9	20.3	53.2	1,765	93.8	1,058	93.1	359	90.0	939	90.0	939	90.0	939	90.0	939
20-24	95.2	87.9	92.6	91.5	88.4	93.5	22.7	33.0	64.6	1,889	87.4	429	89.6	623	84.9	1,221	84.9	1,221	84.9	1,221	84.9	1,221
Región																						
Noroeste	94.7	93.7	93.2	91.1	88.4	93.9	47.2	33.5	62.4	808	91.4	381	91.9	271	86.0	504	86.0	504	86.0	504	86.0	504
Noreste	95.5	92.2	94.3	94.7	94.7	97.5	34.1	29.2	68.4	756	96.2	257	89.9	221	90.1	517	90.1	517	90.1	517	90.1	517
Centro	92.2	89.1	96.7	94.7	89.8	96.2	36.8	29.6	55.9	556	98.1	205	94.4	165	86.4	311	86.4	311	86.4	311	86.4	311
CDMX-Edo México	94.5	89.8	91.0	91.7	88.1	93.1	45.5	22.7	51.8	737	84.8	336	88.6	168	82.3	382	82.3	382	82.3	382	82.3	382
Sur	95.6	84.5	91.2	91.2	85.0	92.0	38.7	19.8	55.9	797	93.0	308	89.4	158	89.4	445	89.4	445	89.4	445	89.4	445
Zona de residencia																						
Urbana	94.2	89.6	93.2	92.4	89.4	94.4	42.7	29.8	61.1	2,785	90.4	1,188	91.2	829	87.2	1,701	87.2	1,701	87.2	1,701	87.2	1,701
Rural	96.1	90.8	92.5	93.1	88.2	94.6	34.4	17.5	52.7	870	98.2	299	89.1	152	86.7	458	86.7	458	86.7	458	86.7	458
Estado civil ^A																						
Alguna vez casada/en unión	96.3	86.2	91.2	91.6	86.9	94.2	7.8	25.4	64.4	1,410	92.8	110	91.9	357	87.4	908	87.4	908	87.4	908	87.4	908
Nunca casada/en unión	93.6	92.2	94.2	93.1	90.5	94.6	61.4	27.8	55.8	2,241	91.9	1,377	90.3	623	86.8	1,251	86.8	1,251	86.8	1,251	86.8	1,251
Educación																						
Ninguna	(89.8)	(91.3)	(95.8)	(89.4)	(93.1)	(91.2)	(0)	(2.6)	(22.6)	26	(*)	0	(*)	1	(*)	6	(*)	6	(*)	6	(*)	6
Primaria	92.5	82.8	91.1	91.1	88.5	95.0	3.5	17.4	53.6	273	(*)	9	85.9	47	86.4	146	86.4	146	86.4	146	86.4	146
Secundaria	94.9	87.9	91.3	92.4	87.2	95.0	13.0	27.0	59.9	1,160	92.7	151	94.3	314	87.8	695	87.8	695	87.8	695	87.8	695
Media Superior	94.9	90.7	94.1	92.5	88.4	94.0	53.6	25.7	57.6	1,511	93.4	810	91.7	389	88.0	870	88.0	870	88.0	870	88.0	870
Superior	94.5	94.4	94.4	93.5	93.9	94.3	75.5	33.7	64.6	684	89.5	517	85.9	231	84.6	442	84.6	442	84.6	442	84.6	442
Quintiles de índice de riqueza																						
Más pobre	94.9	87.7	94.5	89.1	85.9	93.8	30.2	18.8	55.4	746	94.2	225	89.9	140	83.5	413	83.5	413	83.5	413	83.5	413
Segundo	94.7	87.1	93.6	92.7	86.7	92.9	31.5	24.6	58.6	830	93.0	262	90.4	204	88.1	486	88.1	486	88.1	486	88.1	486
Medio	95.8	90.0	93.8	93.9	92.1	96.3	39.7	32.0	58.1	811	96.9	322	93.5	260	89.1	471	89.1	471	89.1	471	89.1	471
Cuarto	94.6	91.6	89.0	93.4	91.1	95.6	44.1	28.2	60.6	708	92.5	312	93.0	200	87.3	430	87.3	430	87.3	430	87.3	430
Más rico	92.5	94.8	94.4	93.8	90.1	93.3	65.6	31.9	64.3	559	85.2	366	85.9	178	87.0	359	87.0	359	87.0	359	87.0	359
Etnia del jefe del hogar ^B																						
Hogar indígena	94.8	87.6	94.2	90.5	86.8	94.8	35.0	19.7	47.7	328	95.0	115	86.5	65	86.3	156	86.3	156	86.3	156	86.3	156
Hogar no indígena	94.6	90.1	93.0	92.7	89.3	94.4	41.2	27.6	60.2	3,324	91.7	1,370	91.2	917	87.1	2,002	87.1	2,002	87.1	2,002	87.1	2,002

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

(*) Cifras que se basan en menos de 25 casos no ponderados.

En el Cuadro SW.2 se muestran las proporciones de mujeres de 15 a 24 años que están satisfechas con la vida en general. La “satisfacción con la vida” se define como aquellas personas que están muy satisfechas o algo satisfechas con su vida en general, y se basa en una sola pregunta que fue planteada después de las preguntas sobre la satisfacción con la vida en los ámbitos mencionados anteriormente, con excepción de la pregunta sobre la satisfacción con los ingresos, que fue planteada después. El 95% de las mujeres de 15 a 24 años están satisfechas con su vida en general; las cifras varían de 93% de las mujeres que viven en los hogares del segundo quintil más pobre a 97% de las que viven en los hogares más ricos, lo que muestra poca relación entre la riqueza y la satisfacción con la vida. La proporción de mujeres que están satisfechas con la vida es ligeramente más alta en las zonas rurales (97%) que en las zonas urbanas (95%). Estas proporciones no varían de manera notable por estado civil ni por nivel de educación.

A modo de resumen, también se calcula la puntuación promedio de la satisfacción con la vida, la que también se presenta en el Cuadro SW.2. La puntuación se calcula simplemente al promediar las respuestas a la pregunta sobre la satisfacción con la vida en general y las respuestas van desde muy satisfecha (1) hasta muy insatisfecha (5) (véanse los cuestionarios en el Apéndice F). Por ello, mientras más baja sea la puntuación promedio, más altos serán los niveles de satisfacción con la vida. El cuadro indica muy claramente que hay una estrecha relación entre la puntuación promedio de la satisfacción con la vida y el estatus socioeconómico de las mujeres jóvenes. Asimismo, la región con mayor satisfacción con la vida es el Noroeste de México y las regiones con la menor satisfacción son el Sur y la Ciudad de México-Estado de México.

El cuadro también muestra que 93% de mujeres de 15 a 24 años están muy o algo felices. Las diferencias por quintiles de riqueza también se pueden observar en este indicador; sin embargo, no hay diferencias entre los dos grupos de edad ni por estado civil.

Cuadro SW.2: Satisfacción con la vida en general y la felicidad (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo satisfechas con su vida en general, la calificación media de satisfacción con la vida en general, y porcentaje de mujeres de 15-24 años que están muy o algo felices, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres satisfechas con la vida en general ¹	Calificación media de satisfacción con la vida	Porcentaje de mujeres que están muy o algo felices ²	Número de mujeres de 15-24 años
Total	95.5	1.3	92.6	3,654
Edad				
15-19	95.3	1.3	92.4	1,765
20-24	95.6	1.3	92.7	1,889
Región				
Noroeste	96.7	1.3	91.2	808
Noreste	97.5	1.2	94.1	756
Centro	96.7	1.3	91.7	556
CDMX-Edo México	92.8	1.4	92.4	737
Sur	93.9	1.4	93.2	797
Zona de residencia				
Urbana	95.0	1.3	92.2	2,785
Rural	97.0	1.3	93.5	870
Estado civil^A				
Alguna vez casada/en unión	96.3	1.3	92.6	1,410
Nunca casada/en unión	94.9	1.3	92.5	2,241
Educación				
Ninguna	(95.1)	(1.2)	(90.0)	26
Primaria	96.8	1.4	86.3	273
Secundaria	95.4	1.3	93.8	1,160
Media Superior	94.8	1.3	92.1	1,511
Superior	96.5	1.2	94.1	684
Quintiles de índice de riqueza				
Más pobre	95.0	1.4	91.1	746
Segundo	93.5	1.4	92.0	830
Medio	96.6	1.3	91.9	811
Cuarto	95.9	1.3	95.2	708
Más rico	96.7	1.2	92.8	559
Etnia del jefe del hogar^B				
Hogar indígena	94.8	1.4	92.8	328
Hogar no indígena	95.5	1.3	92.5	3,324

1. MICS indicador 11.1 - Satisfacción con la vida.

2. MICS indicador 11.2 - Felicidad.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

Además de la serie de preguntas sobre la satisfacción con la vida y la felicidad, a las encuestadas también se les hizo dos preguntas sencillas: si pensaban que su vida había mejorado durante el año anterior, y si pensaban que su vida sería mejor en el plazo de un año. Esta información puede ayudarnos a entender la desesperanza o esperanza de las jóvenes ante el futuro. Las combinaciones específicas de las percepciones durante el último año y las expectativas para el próximo año pueden aportar información valiosa para entender la sensación de bienestar general entre las mujeres jóvenes.

En el Cuadro SW.3 se muestran las percepciones de mujeres en relación con una vida mejor. En general, se observa que el porcentaje de jóvenes que considera que su vida mejoró en el último año es menor que el porcentaje que espera mejores condiciones en el futuro (63% y 82%, respectivamente). Cuando se observan ambas actitudes se observa que la proporción de mujeres de 15 a 24 años que piensa que su vida mejoró durante el último año y que también esperan que mejore más después de un año, es de 57%. Se pueden observar diferencias en la percepción de una vida mejor de acuerdo con los quintiles de riqueza: 51% de mujeres jóvenes que viven en los hogares del quintil más pobre piensa que su vida mejoró durante el último año y esperan mejore más después de un año, mientras que las proporciones correspondientes de las mujeres que viven en los hogares del quintil más rico son 59%. Una diferencia similar se observa al comparar a las mujeres de hogares indígenas y las de hogares no indígenas, 50% de las mujeres indígenas piensan que sus condiciones mejoraron en el último año y esperan que mejoren aún más en el siguiente, comparado con 57% de las mujeres en hogares no indígenas.

Cuadro SW.3: Percepción de una vida mejor (mujeres)

Porcentaje de mujeres de 15-24 años que piensan que sus vidas han mejorado durante el último año y aquellas que esperan que sus vidas mejoren dentro de un año, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres que piensan que sus vidas			Número de mujeres de 15-24 años
	Mejoraron durante el último año	Estarán mejor dentro de un año	Ambos ¹	
Total	63.3	81.3	56.6	3,654
Edad				
15-19	63.1	79.7	56.5	1,765
20-24	63.6	82.8	56.7	1,889
Región				
Noroeste	68.5	82.8	61.7	808
Noreste	67.2	85.4	62.3	756
Centro	54.7	75.5	44.9	556
CDMX-Edo México	61.1	80.5	52.5	737
Sur	62.5	80.8	58.1	797
Zona de residencia				
Urbana	63.1	83.0	57.1	2,785
Rural	64.0	75.9	55.3	870
Estado civil^A				
Alguna vez casada/en unión	63.4	80.9	55.7	1,410
Nunca casada/en unión	63.3	81.6	57.3	2,241
Educación				
Ninguna	(53.0)	(62.2)	(50.9)	26
Primaria	53.2	61.6	41.7	273
Secundaria	64.2	80.3	57.5	1,160
Media Superior	65.4	82.1	57.3	1,511
Superior	61.7	90.1	59.8	684
Quintiles de índice de riqueza				
Más pobre	57.7	74.3	51.0	746
Segundo	66.5	79.1	57.8	830
Medio	63.2	80.6	55.6	811
Cuarto	65.6	85.4	60.5	708
Más rico	63.3	89.8	59.2	559
Etnia del jefe del hogar^B				
Hogar indígena	60.1	70.4	49.9	328
Hogar no indígena	63.6	82.4	57.3	3,324

1. MICS indicador 11.3 - Percepciones de una vida mejor.

A. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 3 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

La ENIM 2015 incluyó una medición de sintomatología depresiva² en mujeres de 15 a 49 años. La depresión y la sintomatología depresiva, que incluye tristeza, ansiedad, falta de energía, y perturbación del sueño, afecta negativamente las vidas de las adolescentes, de las mujeres adultas, de sus hijos y de sus familias. Para medir sintomatología depresiva entre las mujeres de 15 a 49 años se usó la escala CESD-7, una versión abreviada de siete reactivos a partir de la escala CES-D³ que evalúan la frecuencia con que las mujeres han experimentado síntomas de depresión en la última semana. Esta escala se validó en población mexicana⁴ con un punto de corte de 9 para sintomatología que indica depresión moderada o severa.

En el Cuadro SW.4 se muestran los porcentajes de las mujeres de 15 a 49 años con un puntaje igual o mayor a 9 en la escala de sintomatología depresiva. El 19% de las mujeres mexicanas de 15 a 49 años presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa. Esta prevalencia varía de 16% entre las mujeres de 15 a 19 años, a 24% entre las mujeres de 35 a 39 años. También se observan diferencias importantes en cuanto al nivel de educación y pobreza, siendo mayor la prevalencia de sintomatología depresiva entre mujeres con primaria o sin educación, entre mujeres más pobres y las de hogares indígenas.

² El módulo de sintomatología depresiva de la ENIM, no es un módulo estándar de MICS. Se incluyó por ser de especial interés para México.

³ Radloff L. *The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population*. Appl Psychol Meas 1977;1(3):385-384.

⁴ Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez- Rojo M, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo L, Sosa-Ortiz A. *Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7)* Salud Pública Mex 2013; 55(3):267-274.

Cuadro SW.4: Sintomatología depresiva (mujeres)

Porcentaje de mujeres de entre 15 a 49 años con sintomatología depresiva, México, 2015.

	Porcentaje de mujeres con puntajes igual o mayor a 9 en la escala CES-D7 ¹	Número de mujeres de 15-49 años
Total	18.9	12,110
Edad		
15-19	16.2	1,765
20-24	15.4	1,889
25-29	14.7	1,743
30-34	17.8	1,773
35-39	24.4	1,754
40-44	22.1	1,589
45-49	22.3	1,598
Región		
Noroeste	19.2	2,403
Noreste	14.0	2,670
Centro	19.3	1,815
CDMX-Edo México	20.7	2,676
Sur	21.3	2,545
Zona de residencia		
Urbana	18.4	9,421
Rural	20.7	2,689
Estado civil^A		
Alguna vez casada/en unión	20.4	8,746
Nunca casada/en unión	14.9	3,358
Educación		
Ninguna	23.1	244
Primaria	26.6	2,054
Secundaria	18.6	4,298
Media Superior	17.4	3,278
Superior	13.8	2,235
Quintiles de índice de riqueza		
Más pobre	21.6	2,275
Segundo	21.8	2,486
Medio	19.3	2,554
Cuarto	16.9	2,382
Más rico	14.7	2,413
Etnia del jefe del hogar^B		
Hogar indígena	19.4	926
Hogar no indígena	18.8	11,179

1. MICS indicador 11.S1 - Sintomatología depresiva.

A. 6 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

B. 10 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.



XIV. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD

El tema de discapacidad está ampliamente presente en la agenda de los nuevos Objetivos del Desarrollo Sostenible, siendo mencionado en 7 de las 169 metas. Además de contar con una estimación sobre el número de niños, niñas y adolescentes que presentan algún tipo de discapacidad o problema de funcionamiento severo, también es importante el poder desagregar diversos indicadores de acuerdo a la condición de discapacidad.

La definición de discapacidad ha ido evolucionando con el tiempo. El modelo médico, que identifica a los niños con base en su diagnóstico y está enfocado en trastornos o enfermedades (como parálisis cerebral, ceguera, sordera, espina bífida, etc.), ha sido reemplazado por la definición biopsicosocial que incorpora la habilidad funcional en varias áreas o dominios. En línea con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su modelo biopsicosocial de discapacidad, *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

En la encuesta ENIM 2015 se utilizó una versión piloto del módulo de preguntas sobre funcionamiento y discapacidad que está siendo desarrollado por UNICEF y el Grupo de Washington para la medición de la discapacidad (WG) en la niñez y la adolescencia.¹ Dicho módulo está diseñado para identificar a niños/as con dificultades en el funcionamiento, los cuales ante la ausencia de un entorno adaptado a sus necesidades, se encuentran en mayor riesgo de tener una participación limitada o restringida en la sociedad en comparación con aquellos niños en la población general. En México, el módulo sobre funcionamiento y discapacidad se aplicó a las madres de todos los niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años. Dependiendo del grupo de edad (2-4 años o 5-17 años), el módulo incluye 17 ó 25 preguntas que evalúan dificultades de funcionamiento en los ámbitos del habla y lenguaje, audición, visión, aprendizaje, habilidades motoras y de movilidad así como emociones. De acuerdo con el modelo biopsicosocial de discapacidad, el módulo se enfoca en la presencia y el grado de severidad de las dificultades en el funcionamiento, en lugar de las causas de dichas dificultades. Por ejemplo, una limitación en la movilidad puede ser el resultado de parálisis cerebral, una pérdida de extremidades, parálisis por poliomielitis, distrofia muscular o alguna lesión de la médula espinal. A su vez, los problemas en la conducta pueden relacionarse con autismo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, o por algún trastorno de salud mental. Aunque hay niños/as que pueden compartir la causa de sus dificultades, el grado de sus limitaciones puede variar considerablemente. Tradicionalmente, algunas de estas dificultades se han considerado como “discapacidad”, mientras que otras no. El módulo está diseñado para capturar este continuo de habilidades en el funcionamiento a través de varias áreas.

¹ Este módulo fue finalizado en marzo del 2016 y se encuentra disponible para ser utilizado en cualquier iniciativa de recolección de información que tenga como objetivo producir estadísticas armonizadas de discapacidad para la niñez.

Para generar los indicadores que se presentan en esta sección, se combinaron respuestas a preguntas individuales para desarrollar estimaciones del número de niños/as en riesgo de tener una participación muy limitada o restringida en la sociedad, de acuerdo a los ámbitos de interés. Ninguna respuesta por sí sola indica que el/la niño/a tenga discapacidad ya que el instrumento no fue diseñado con la intención de ser utilizado como herramienta diagnóstica.²

Funcionamiento y discapacidad en niños/as y adolescentes de 2 a 17 años

En el Cuadro CFD.1 se presenta el porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 2 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento. En general, en este grupo etario, 8.4% de niños/as presentan dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, la prevalencia es más elevada entre los niños (10%) que entre las niñas (7%). La prevalencia de dificultades severas de funcionamiento es más elevada entre los niños/as cuyas madres tienen ninguna (11.2%) o primaria educación (10.6%), y entre niños/as residentes en hogares del quintil medio (10%). En términos regionales, se observan prevalencias más elevadas de problemas severos de funcionamiento en las regiones Ciudad de México-Estado de México (10.6%) y Sur (9.8%), mientras que la región Noreste presenta la menor prevalencia (6.3%).

² Para más información sobre el módulo de discapacidad, y sobre el trabajo en general del Grupo de Washington sobre la medición de la discapacidad, consultar la página <http://www.washingtongroup-disability.com/>.

Cuadro CFD.1: Funcionamiento y discapacidad de niños/as y adolescentes de 2-17 años

Porcentaje de niños de 2-17 años con dificultades severas de funcionamiento, México, 2015.

	Porcentaje de niños/as de 2-4 años con dificultades funcionales severas en al menos un ámbito ¹	Número de niños/as de 2-4 años	Porcentaje de niños/as de 5-17 años con dificultades funcionales severas en al menos un ámbito ²	Número de niños/as de 5-17 años	Porcentaje de niños/as de 2-17 años con dificultades funcionales severas en al menos un ámbito ³	Número de mujeres de 15-24 años
Total	2.0	5,153	11.2	11,607	8.4	16,760
Sexo						
Masculino	2.5	2,453	12.7	5,890	9.7	8,343
Femenino	1.5	2,700	9.7	5,717	7.1	8,417
Región						
Noroeste	2.2	882	10.3	2,306	8.1	3,187
Noreste	1.4	1,128	8.4	2,591	6.3	3,719
Centro	1.4	1,052	10.3	1,806	7.0	2,858
CDMX-Edo México	2.5	1,001	14.1	2,307	10.6	3,308
Sur	2.4	1,091	12.9	2,597	9.8	3,688
Zona de residencia						
Urbana	1.9	3,931	11.6	8,545	8.5	12,476
Rural	2.2	1,221	10.2	3,062	7.9	4,283
Educación de la madre^A						
Ninguna	8.3	119	11.9	469	11.2	588
Primaria	2.9	913	12.8	3,162	10.6	4,075
Secundaria	1.6	1,978	10.2	4,638	7.6	6,616
Media Superior	1.9	1,377	12.2	2,021	8.0	3,399
Superior	1.0	765	9.3	1,266	6.1	2,031
No se puede determinar	-	-	10.8	50	10.8	50
Quintil de índice de riqueza						
Más pobre	3.0	1,166	10.9	2,798	8.6	3,964
Segundo	2.0	1,271	12.5	2,455	8.9	3,726
Medio	2.2	1,069	13.4	2,425	10.0	3,494
Cuarto	1.2	1,025	10.6	1,944	7.4	2,970
Más rico	0.7	622	8.0	1,985	6.2	2,606
Etnia del jefe del hogar^B						
Hogar indígena	2.7	416	9.8	1,091	7.9	1,507
Hogar no indígena	1.9	4,733	11.4	10,510	8.4	15,244

1. MICS indicador 13.S2 - Prevalencia de niños y niñas de 2 a 4 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.

2. MICS indicador 13.S3 - Prevalencia de niños y niñas de 5 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.

3. MICS indicador 13.S1 - Prevalencia de niños y niñas de 2 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 7 casos de niños/as de 2 a 4 años y 13 casos de niños/as de 5-17 años sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.



© UNICEF-Eva Quesada

Funcionamiento y discapacidad en niños/as de 2 a 4 años

En el Cuadro CFD.2 se presenta el porcentaje de niños/as de 2 a 4 años con dificultades severas de funcionamiento. En este grupo etario, 2% de niños/as presentan dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, siendo esta prevalencia más elevada entre los niños (3%) que entre las niñas (1%). La prevalencia de dificultades severas de funcionamiento es más elevada entre niños/as cuyas madres tienen poca (3%) o ninguna educación (8%), en hogares en el quintil más pobre (3%), y en hogares indígenas (3%). En términos regionales se observan prevalencias más elevadas de problemas severos de funcionamiento en las regiones CDMX-Estado de México (3%) y Sur (2%). Con relación a los diferentes ámbitos de funcionamiento, se observa que la principal dificultad son las dificultades severas en hacerse entender, reportada para el 1% de los niños/as de 2 a 4 años.

Cuadro CFD.2: Funcionamiento y discapacidad de niños/as de 2-4 años

Porcentaje de niños de 2-4 años con dificultades severas de funcionamiento, México, 2015.

Porcentaje de niños de 2-4 años que han tenido dificultades funcionales en los ámbitos indicados:													
	Vista	Audición	Caminar	Coordinación motriz fina	Entender	Hacerse entender	Aprender cosas	Jugar	Controlar su conducta ²	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales severas en al menos un ámbito ¹	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales muy severas en al menos un ámbito	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales muy severas en más de un ámbito	Número de niños/as de 2-4 años
Total	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3	0.9	0.3	0.2	0.2	2.0	0.4	0.1	5,153
Sexo													
Masculino	0.1	0.2	0.4	0.2	0.6	1.6	0.5	0.3	0.2	2.5	0.7	0.1	2,453
Femenino	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.4	0.2	0.1	0.2	1.5	0.1	0.0	2,700
Región													
Noroeste	0.1	0.1	0.1	0.0	0.4	1.4	0.4	0.2	0.2	2.2	0.5	0.0	882
Noreste	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.6	0.3	0.1	0.0	1.4	0.2	0.1	1,128
Centro	0.1	0.1	0.1	0.0	0.5	0.7	0.1	0.1	0.3	1.4	0.6	0.1	1,052
CDMX-Edo México	0.2	0.3	0.5	0.2	0.1	0.6	0.7	0.2	0.5	2.5	0.5	0.0	1,001
Sur	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	1.4	0.2	0.3	0.1	2.4	0.2	0.2	1,091
Zona de residencia													
Urbana	0.2	0.1	0.3	0.2	0.4	0.8	0.4	0.2	0.2	1.9	0.4	0.1	3,931
Rural	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	1.3	0.2	0.2	0.2	2.2	0.2	0.0	1,221
Edad													
2 años	0.3	0.1	0.4	0.3	0.3	1.1	0.3	0.3	0.4	2.3	0.4	0.2	1,782
3 años	0.0	0.1	0.3	0.1	0.1	1.1	0.3	0.2	0.1	1.8	0.3	0.0	1,512
4 años	0.1	0.2	0.2	0.0	0.5	0.7	0.4	0.2	0.1	1.8	0.5	0.0	1,859
Educación de la madre ^A													
Ninguna	2.6	0.7	0.0	0.0	2.8	4.1	0.0	0.9	0.0	8.3	2.8	0.0	119
Primaria	0.1	0.2	0.5	0.2	0.5	1.4	0.3	0.3	0.4	2.9	0.3	0.1	913
Secundaria	0.0	0.0	0.3	0.1	0.2	0.8	0.3	0.2	0.2	1.6	0.4	0.0	1,978
Media Superior	0.3	0.1	0.2	0.2	0.3	1.0	0.5	0.2	0.3	1.9	0.4	0.2	1,377
Superior	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.1	0.0	1.0	0.1	0.0	765
Quintiles de índice de riqueza													
Más pobre	0.1	0.3	0.2	0.2	0.6	1.9	0.3	0.3	0.2	3.0	0.6	0.0	1,166
Segundo	0.2	0.1	0.5	0.3	0.6	0.8	0.6	0.3	0.3	2.0	0.5	0.1	1,271
Medio	0.4	0.3	0.4	0.0	0.2	0.7	0.2	0.1	0.4	2.2	0.3	0.0	1,069
Cuarto	0.0	0.0	0.3	0.1	0.2	0.7	0.4	0.2	0.1	1.2	0.3	0.1	1,025
Más rico	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	622
Etnia del jefe del hogar ^B													
Hogar indígena	0.0	0.7	0.4	0.0	0.2	0.8	0.8	0.4	0.2	2.7	0.3	0.0	416
Hogar no indígena	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	1.0	0.3	0.2	0.2	1.9	0.4	0.1	4,733

1. MICS indicador 13.S2 - Prevalencia de niños y niñas de 2 a 4 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.

2. Sólo considera niños que patean, muerden o golpean mucho más en comparación con otros niños de la misma edad.

A. 1 caso sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestra en el cuadro.

B. 7 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Funcionamiento y discapacidad en niños/as y adolescentes de 5 a 17 años

En el Cuadro CFD.3 se presenta el porcentaje de niños/as y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento. En este grupo etario, 11% de los niños/as y adolescentes presentan dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito, poco más de la mitad de los cuales (6%) presentan dificultades muy severas en al menos un ámbito. Asimismo, 4% de los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años presentan dificultades severas en más de un ámbito. En general, la prevalencia de dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito es más elevada para el sexo masculino (13%) y para los niños/as de 5 a 9 años (12%). También es mayor el reporte de dificultades severas de funcionamiento entre los niños/as y adolescentes cuyas madres tienen educación primaria (13%) y quienes son residentes en la Ciudad de México-Estado de México (14%).

Cuadro CFD.3: Funcionamiento y discapacidad de niños/as y adolescentes de 5-17 años

Porcentaje de niños/as y adolescentes de 5-17 años con dificultades severas de funcionamiento, México, 2015.

Porcentaje de niños de 5-17 años que han tenido dificultades funcionales en los ámbitos indicados:																			
	Vista	Audición	Caminar	Vestirse o alimentarse	Hacerse entender dentro del hogar	Hacerse entender fuera del hogar	Aprendizaje	Recordar cosas	Ansiedad ²	Depresión ²	Controlar su conducta ²	Concentración	Aceptación de cambios en la rutina	Hacer amigos	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales severas en el ámbito	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales muy severas en al menos un ámbito	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales en más de un ámbito	Número de niños/as y adolescentes de 5-17 años	
Total	0.8	0.2	0.9	0.4	0.6	1.0	1.9	1.3	5.5	1.5	0.8	1.3	1.8	1.8	11.2	3.9	6.5	2.0	11,607
Sexo																			
Masculino	0.7	0.2	1.1	0.6	0.7	1.2	2.5	1.7	6.1	1.4	1.3	1.6	2.3	1.9	12.7	4.4	7.2	2.2	5,890
Femenino	1.0	0.2	0.6	0.3	0.6	0.7	1.2	0.9	4.8	1.7	0.4	1.1	1.2	1.6	9.7	3.3	5.7	1.8	5,717
Región																			
Noroeste	0.5	0.4	0.8	0.5	1.2	1.2	2.0	1.0	4.9	0.9	0.3	1.2	1.7	1.0	10.3	3.3	5.6	1.1	2,306
Noreste	0.3	0.1	0.7	0.2	0.3	0.6	1.6	1.1	3.7	1.1	0.1	1.2	1.0	1.2	8.4	2.7	4.0	1.4	2,591
Centro	0.8	0.1	0.8	0.5	0.3	0.9	1.4	0.8	5.6	2.1	0.6	0.9	1.3	1.1	10.3	3.9	6.8	1.9	1,806
CDMX-Edo México	1.3	0.2	1.0	0.3	0.5	1.1	1.8	1.5	7.5	2.4	1.9	1.6	2.6	2.5	14.1	4.8	9.1	3.0	2,307
Sur	1.2	0.4	1.0	0.8	0.9	1.2	2.5	2.0	5.8	1.4	1.2	1.7	2.3	2.9	12.9	4.7	7.1	2.6	2,597
Zona de residencia																			
Urbana	0.8	0.3	0.7	0.3	0.6	0.9	1.8	1.3	5.9	1.7	1.1	1.2	2.0	1.7	11.6	4.0	6.9	2.2	8,545
Rural	0.9	0.2	1.3	0.8	0.7	1.3	2.1	1.4	4.2	1.3	0.3	1.6	1.1	1.9	10.2	3.5	5.2	1.5	3,062
Edad																			
5-9 años	0.5	0.1	1.0	0.5	0.7	1.1	2.2	1.4	6.4	1.5	1.5	1.6	1.5	1.6	11.7	4.1	7.5	2.3	4,403
10-14 años	1.1	0.3	0.9	0.4	0.4	0.7	1.8	1.3	4.8	1.5	0.4	1.2	1.9	1.8	11.3	3.5	5.6	1.6	4,806
15-17 años	0.9	0.4	0.6	0.4	0.9	1.3	1.5	1.1	5.2	1.8	0.6	1.0	1.9	2.0	10.3	4.1	6.2	2.1	2,398
Educación de la madre ^A																			
Ninguna	0.6	0.3	0.9	0.9	1.3	2.0	2.6	1.6	4.2	1.4	1.8	2.0	2.5	4.3	11.9	4.5	7.2	3.0	469
Primaria	1.5	0.3	0.9	0.6	0.9	1.0	2.7	1.7	5.7	1.9	0.7	1.4	1.4	2.0	12.8	4.7	6.5	2.6	3,162
Secundaria	0.6	0.3	1.0	0.4	0.6	1.0	1.7	1.3	5.5	1.4	0.7	0.9	1.6	1.4	10.2	3.5	6.3	1.7	4,638
Media Superior	0.5	0.1	0.7	0.3	0.6	0.9	1.3	0.9	5.2	1.9	1.1	2.0	2.1	2.1	12.2	3.7	6.8	1.8	2,021
Superior	0.6	0.0	0.5	0.1	0.2	0.5	1.0	1.1	5.9	0.7	1.1	1.4	2.4	1.3	9.3	3.2	6.2	1.6	1,266
No se puede determinar	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.3	2.4	1.9	0.0	0.0	6.8	0.6	10.8	2.5	3.6	1.9	50

Cuadro CFD.3: Funcionamiento y discapacidad de niños/as y adolescentes de 5-17 años (cont.)

Porcentaje de niños/as y adolescentes de 5-17 años con dificultades severas de funcionamiento, México, 2015.

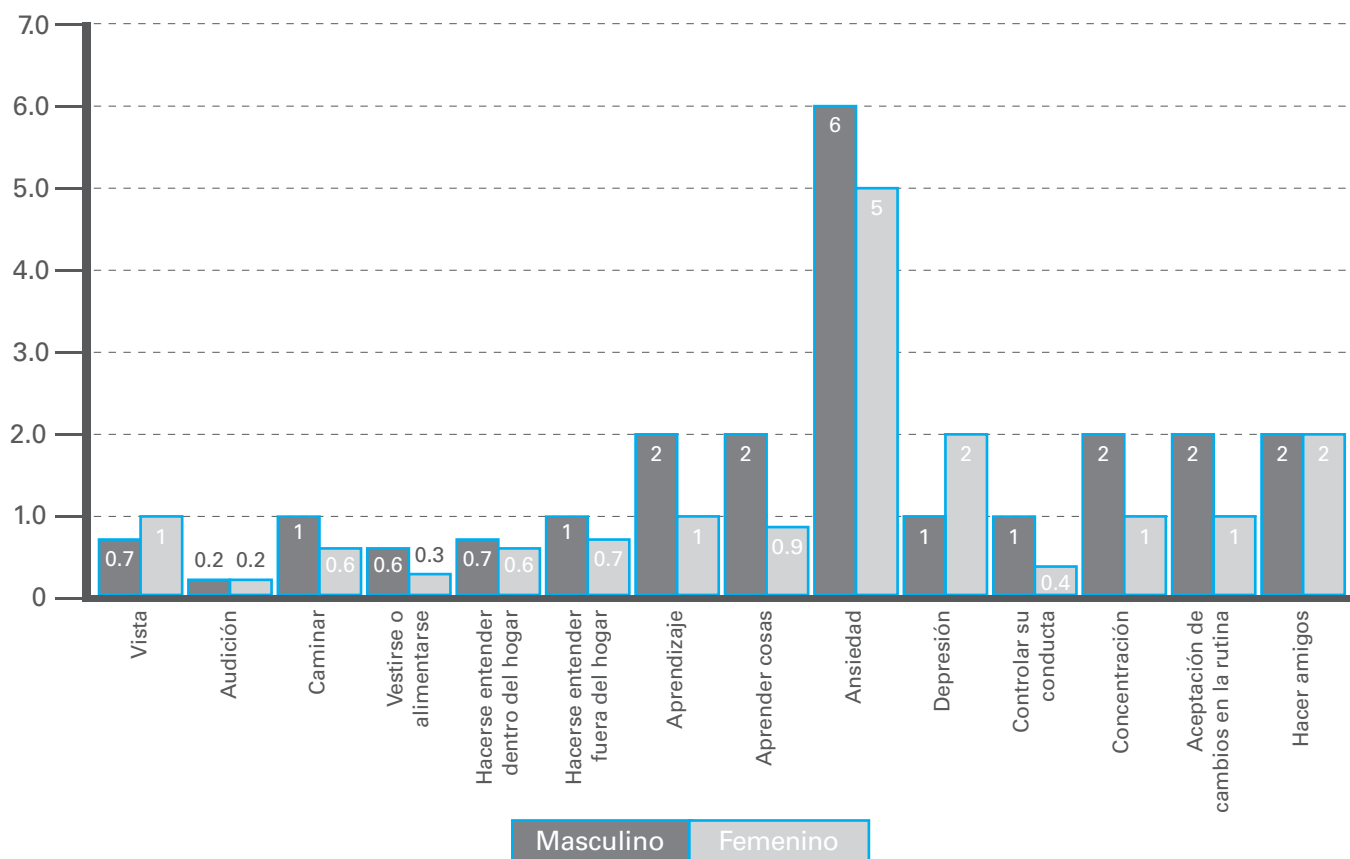
Porcentaje de niños de 5-17 años que han tenido dificultades funcionales en los ámbitos indicados:																			
	Vista	Audición	Caminar	Vestirse o alimentarse	Hacerse entender		Recordar cosas	Ansiedad ²	Depresión ²	Controlar su conducta ²		Concentración	Aceptación de cambios en la rutina		Hacer amigos	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales severas en al menos un ámbito ¹	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales muy severas en al menos un ámbito	Porcentaje de niños/as con dificultades funcionales en más de un ámbito	Número de niños/as y adolescentes en más de un ámbito de 5-17 años
					dentro del hogar	fuera del hogar				Aprendizaje	Recorridos		Depresión ²	Concentración					
Quintil de índice de riqueza																			
Más pobre	1.3	0.3	0.9	0.6	0.6	1.2	2.6	1.8	4.4	1.7	0.5	1.4	1.4	1.7	10.9	4.1	5.8	2.3	2,798
Segundo	0.9	0.1	1.2	0.6	0.9	1.6	2.6	1.7	6.0	2.1	1.5	1.8	2.2	2.5	12.5	4.8	7.1	2.8	2,455
Medio	0.8	0.2	0.8	0.2	0.6	0.4	1.3	1.0	7.3	1.8	1.0	1.2	2.5	1.3	13.4	3.8	8.4	1.9	2,425
Cuarto	0.6	0.5	0.9	0.5	0.7	1.3	1.8	1.4	4.4	1.1	0.6	1.5	1.3	2.3	10.6	3.7	5.1	1.7	1,944
Más rico	0.3	0.1	0.5	0.2	0.3	0.4	0.7	0.5	5.1	0.9	0.5	0.6	1.3	1.1	8.0	2.6	5.6	1.0	1,985
Etnia del jefe del hogar ^A																			
Hogar indígena	0.8	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	2.4	1.1	4.6	2.2	0.4	0.9	1.5	1.4	9.8	3.7	5.9	2.3	1,091
Hogar no indígena	0.8	0.2	0.9	0.5	0.7	1.0	1.8	1.3	5.5	1.5	0.9	1.4	1.8	1.8	11.4	3.9	6.5	2.0	10,510

1. MICS indicador 13.S3 - Prevalencia de niños/as y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito.

2. Se considera únicamente a los niños/as y adolescentes que sufren ansiedad o depresión diariamente y mucho más dificultad para controlar su conducta.

A. 13 casos sin ponderar 'NS/NR' en esta variable no se muestran en el cuadro.

Figura CFD.1: Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas de funcionamiento por sexo, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, 2015



Con relación a los diferentes ámbitos de funcionamiento, se observa que para los niños y adolescentes del sexo masculino, las principales dificultades se relacionan con la ansiedad (6%) y el aprendizaje (2%). Para las niñas y adolescentes del sexo femenino, las principales dificultades se relacionan con la ansiedad (5%), depresión (2%) y hacer amigos (2%).



XV. INEQUIDADES EN LA ENIM 2015 Y UNA MIRADA HACIA LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015) se implementó para generar información sobre la situación de los niños, niñas y las mujeres de México a partir de un gran número de indicadores, algunos de los cuales se presentan por primera vez en el país.

Si bien México cuenta con un robusto sistema de estadísticas basadas en encuestas y registros, la necesidad de contar con información específica que pusiera el énfasis en la niñez fue central en la decisión de llevar a cabo la ENIM 2015. Al ser una encuesta estandarizada, permite realizar comparaciones entre países, lo que constituyó un beneficio adicional para México. En particular, la información recabada por la ENIM 2015 permitió generar una línea de base para 15 indicadores de los ODS, que facilitará el monitoreo y evaluación del progreso de México hacia esos objetivos.

Garantizar la traducción de esta evidencia a la acción, requiere identificar los segmentos de la población que presentan mayores rezagos. En este último capítulo hacemos un resumen y una reflexión final sobre las inequidades reveladas por los datos de la ENIM 2015, primero para un conjunto de indicadores que reflejan un abordaje integral de la salud y desarrollo al largo del ciclo de vida, y segundo, en relación a los 15 indicadores de los ODS que la encuesta permitió medir.

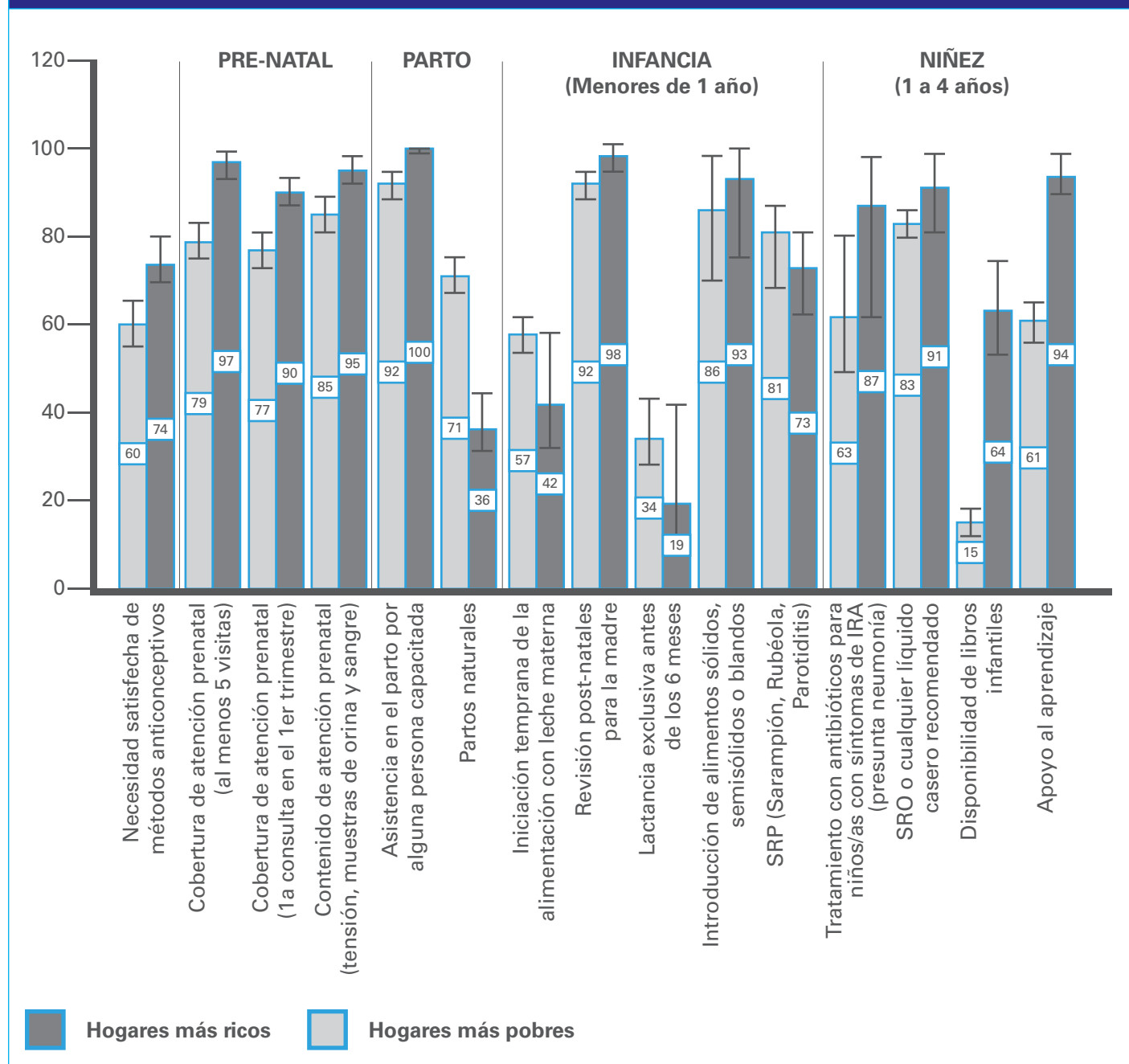
Salud, bienestar y desarrollo de los niños, niñas y mujeres en México

Los primeros años de vida de los niños y niñas son determinantes para su salud, desarrollo y para sus oportunidades a mediano y largo plazo. Por ello, es fundamental asegurar que niños y niñas puedan crecer en un contexto capaz de satisfacer sus necesidades físicas, sociales, emocionales y educativas.

Conocer el estado de salud, bienestar y desarrollo de los niños, niñas y mujeres, así como el contexto en que viven es fundamental para monitorear y orientar políticas y programas que benefician a esta población desde antes del nacimiento, a través de la salud de las mujeres, en la etapa perinatal a través de la atención del embarazo y el parto, en la primera infancia (0 a 12 meses) a través de la lactancia, nutrición, y vacunación oportuna, y en la niñez (1 a 4 años) a través del cuidado adecuado a la salud y de un contexto de apoyo y estimulación al aprendizaje.

La Figura 1 resume un conjunto de intervenciones que, bajo esta perspectiva integral, sirven para mejorar la salud, bienestar y desarrollo de los niños, niñas y mujeres a lo largo del ciclo vida. Se presentan las prevalencias e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para 15 indicadores desagregados por nivel de riqueza. En cada conjunto de dos barras, la barra más oscura representa los hogares en el quintil de riqueza más alto, y la barra más clara representa los hogares en el quintil de riqueza más bajo.

Figura CF.1: Intervenciones a través del continuo de atención y del ciclo vital: prevalencias para los hogares más pobres y más ricos en México, ENIM 2015



En cada indicador, la barra más oscura representa a los hogares más ricos y la barra más clara representa a los hogares más pobres.

Los resultados ponen en evidencia que en México las mujeres, niños y niñas en los hogares más pobres tienen menos acceso a intervenciones clave relacionadas con la salud reproductiva y perinatal y con la estimulación del desarrollo infantil temprano. En particular, las mujeres de 15 a 49 años en los hogares más pobres presentaron menor prevalencia de necesidad satisfecha de anticoncepción y de atención prenatal acorde a la Norma Oficial Mexicana (al menos 5 citas de atención prenatal, la primera en el primer trimestre). Asimismo, un menor porcentaje de mujeres en hogares más pobres recibieron atención prenatal de calidad, la cual debe de incluir exámenes de orina, de sangre, así como la medición de la tensión arterial durante el embarazo. De igual manera, un menor porcentaje de mujeres recibió asistencia al parto por personal calificado. Aunque la población de más alto ingreso tiene un mejor desempeño en la mayoría de los indicadores, enfrenta tres retos importantes: la menor prevalencia de partos naturales y de lactancia exclusiva a los 6 meses y una menor cobertura de vacunación contra el sarampión, rubéola y paperas. Se observaron también diferencias entre los niños y niñas residentes en los hogares más pobres y los que viven en los hogares más ricos, sin embargo estas sólo son estadísticamente significativas para los indicadores de disponibilidad de libros en el hogar y de actividades de apoyo al aprendizaje.

Una mirada hacia los Objetivos del Desarrollo Sostenible

En septiembre de 2015 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen 17 objetivos, 169 metas y 230 indicadores que servirán de orientación para que a nivel global los países monitoreen sus avances hacia 2030. La ENIM 2015 generó indicadores comparables internacionalmente, entre los cuales se incluyeron 15 que permiten establecer una línea de base para los siguientes objetivos:¹

- ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.
- ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos y todas.
- ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas
- ODS 6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos y todas.
- ODS 8: Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos y todas.
- ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
- ODS 17: Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.

¹ Algunos indicadores MICS difieren del indicador ODS correspondiente, para conocer los indicadores ODS visitar: <http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>.

El Cuadro CF.1 presenta los indicadores de la ENIM 2015 que permiten medir esos objetivos, junto con las metas definidas para algunos de los indicadores, el valor del indicador arrojado por la ENIM 2015 a nivel nacional y el sub-grupo de la población en que se observan los valores mínimos y máximos para cada uno de ellos.

Cuadro CF.1. Una mirada hacia los Objetivos del Desarrollo Sostenible en México. ENIM 2015

ODS Relacionado		Indicador ENIM		Meta	Nacional	Mínimo	Máximo
ODS 2	2.2.1	2.2a	Baja talla para edad	Eliminar en 2030	12.4	4.9 (Hogares más ricos)	25.9 (Madres sin educación)
	2.2.2	2.1a	Bajo peso	Eliminar en 2030	3.9	1.0 (Región Noroeste)	8.2 (Madres sin educación)
ODS 3	3.1.2	5.7	Parto asistido por personal calificado	100% en 2030	97.7	79.1 (Madres sin educación)	99.9 (Madres con educación superior)
	3.7.1	5.S3	Necesidad satisfecha de anticonceptivos	100% en 2030	66.9	50.9 (15-19 años)	99.7 (Hogares más ricos)
	3.7.2	5.2	Nacimientos en edad temprana	Sin meta definida	20.5	4.6 (Madres con educación superior)	47.5 (Madres con educación primaria)
	3.8	3.8	Cobertura de vacunación completa	100% en 2030	42.8	12.1 (Madres sin educación)	73.7 (Región Centro)
ODS 4	4.2	6.8	Índice de desarrollo infantil temprano	Sin meta definida	82.2	75.5 (Madres sin educación)	91.7 (Madres con educación superior)
ODS 5	5.3	8.5	Matrimonio temprano	Sin meta definida	23.6	3.5 (Madres con educación superior)	49.7 (Mujeres sin educación)
ODS 6	6.1.1	4.1	Fuentes mejoradas de agua para beber	100% en 2030	98.1	92.5 (Hogares más pobres)	99.8 (Hogares más ricos)
	6.2.1a	4.3	Saneamiento mejorado	100% en 2030	93.4	81.0 (Hogares más pobres)	99.7 (Hogares más ricos)
	6.2.1b	4.5	Lugar para lavado de manos	100% en 2030	90.3	78.7 (Hogares más pobres)	97.7 (Hogares más ricos)
ODS 8	8.7	8.2	Trabajo infantil en menores de 5 a 17 años	Sin meta definida	12.4	6.4 (Hogares más ricos)	31.8 (No asiste a la escuela)
ODS 9	16.2	8.3	Disciplina violenta	Sin meta definida	63.1	49.6 (Hogares indígenas)	70.1 (Región Centro)
	16.9	8.1	Registro de nacimiento	Sin meta definida	95.0	82.5 (Madres sin educación)	98.8 (Hogares más ricos)
ODS 17	17.3	10.3	Uso de internet	Sin meta definida	77.0	30.3 (Mujeres con educación primaria)	98.2 (Mujeres con educación superior)

Pobreza

Los resultados del Cuadro CF.1 hacen visibles los sub-grupos de la población en que se observan las mayores vulnerabilidades, o por el contrario, el mejor desarrollo. Empezando por la riqueza de los hogares, es evidente que entre los hogares más ricos se observaron las menores prevalencias de baja talla para la edad (5%), y de trabajo infantil (6%), y los mayores porcentajes de niños/as con registro de nacimiento (99%) y de mujeres con necesidades satisfechas de anticoncepción (100%). La riqueza de los hogares está asociada todos los indicadores del ODS 6, relacionados con agua y saneamiento, en donde se observaron diferencias de hasta 20 puntos porcentuales entre los hogares más pobres y los hogares más ricos respecto la existencia de un lugar para lavado de manos.

Educación

Los bajos niveles de educación de las mujeres aparecen fuertemente asociados a un conjunto de resultados problemáticos. La mitad de las mujeres sin educación formal o con nivel de educación primaria reportaron haberse casado (50%) o haber sido madres (48%) antes de los 18 años, valores 10 veces más elevados que entre mujeres con educación superior las cuales reportaron prevalencias de sólo 4% y 5% para los mismos indicadores. Entre mujeres sin educación se registró también una prevalencia más baja de partos asistidos por personal calificado (80%), comparadas con mujeres con educación superior (100%). El uso de internet es tres veces mayor entre mujeres con educación superior (98%) que entre mujeres con educación primaria (31%).

La educación de las mujeres es también determinante para la salud y desarrollo de sus hijos e hijas. En particular, los hijos/as de madres con educación primaria presentaron las prevalencias más elevadas de baja talla para la edad (26%), bajo peso (8%) y de falta de registro de nacimiento (7%). El Índice de Desarrollo Infantil Temprano tiene su valor mínimo entre los hijos/as de madres sin educación (76%), al igual que la cobertura del esquema completo de vacunación que es de sólo 12% entre estos niños/as. Otro ODS fuertemente asociado con la educación es el trabajo infantil (ODS 8) en niños de 5 a 17 años, el cual alcanza su valor máximo entre los niños y niñas que no asisten a la escuela (32%).

Adolescentes

La población de mujeres adolescentes es otro sub-grupo que presenta vulnerabilidades importantes, en particular, entre esta población que se observó la prevalencia más baja de necesidades satisfechas de anticoncepción (51%).

Otras desagregaciones

En términos regionales el Noroeste de México presentó la menor prevalencia de bajo peso entre niños/as menores de 5 años (1%). La región Centro, presentó la mayor cobertura del esquema de vacunación completo (74%) en niños/as menores de 1 año, y por otro lado el porcentaje más elevado de uso de disciplina violenta en niños de 1 a 14 años (74%).

Población indígena

En el Cuadro CF.1, el único indicador que aparece asociado a la población residente en hogares indígenas es el de disciplina violenta, que presenta el valor mínimo (50%) en estos hogares. Sin embargo, esto no significa que los niños, niñas y mujeres indígenas no experimenten otro tipo de vulnerabilidades. Es probable que la pobreza y el rezago educativo, altamente prevalentes en la población indígena en México, se impongan como los factores más asociados en el cuadro anterior ya que también afectan a otros grupos de la población.

Considerando que las condiciones de vida de la población indígena² requieren un análisis a profundidad, desarrollamos la Figura CF.2. Los dos indicadores del ODS 2, baja talla para la edad y bajo peso, presentaron resultados significativamente peores para los niños/as indígenas. Si bien los niños, niñas y mujeres indígenas presentaron peores resultados para los cuatro indicadores del ODS 3, sólo parto asistido por personal calificado presentó una diferencia estadísticamente significativa. La brecha en este indicador es muy evidente: 12% de las mujeres indígenas que tuvieron un bebé en los dos años anteriores a la encuesta, fueron atendidas por una persona no calificada en el momento del parto, en contraste con las mujeres no indígenas las cuales fueron atendidas en casi 100% de los casos por personal médico o parteras certificadas.

El indicador de matrimonio temprano, relacionado con el ODS 5, presentó también diferencias importantes, con un porcentaje significativamente más alto de adolescentes y niñas indígenas casadas antes de los 18 años (35% en mujeres indígenas comparado con 23% en mujeres no indígenas).

Los hogares en donde vive la población indígena en México presentaron condiciones de agua y saneamiento más precarias que los hogares de población no indígena. En los tres indicadores relacionados con el ODS 6, se observó que el porcentaje de hogares que cuentan con fuentes mejoradas de agua para beber, de saneamiento mejorado, y lugar y disponibilidad de agua y jabón para el lavado de manos es significativamente inferior en la población indígena.

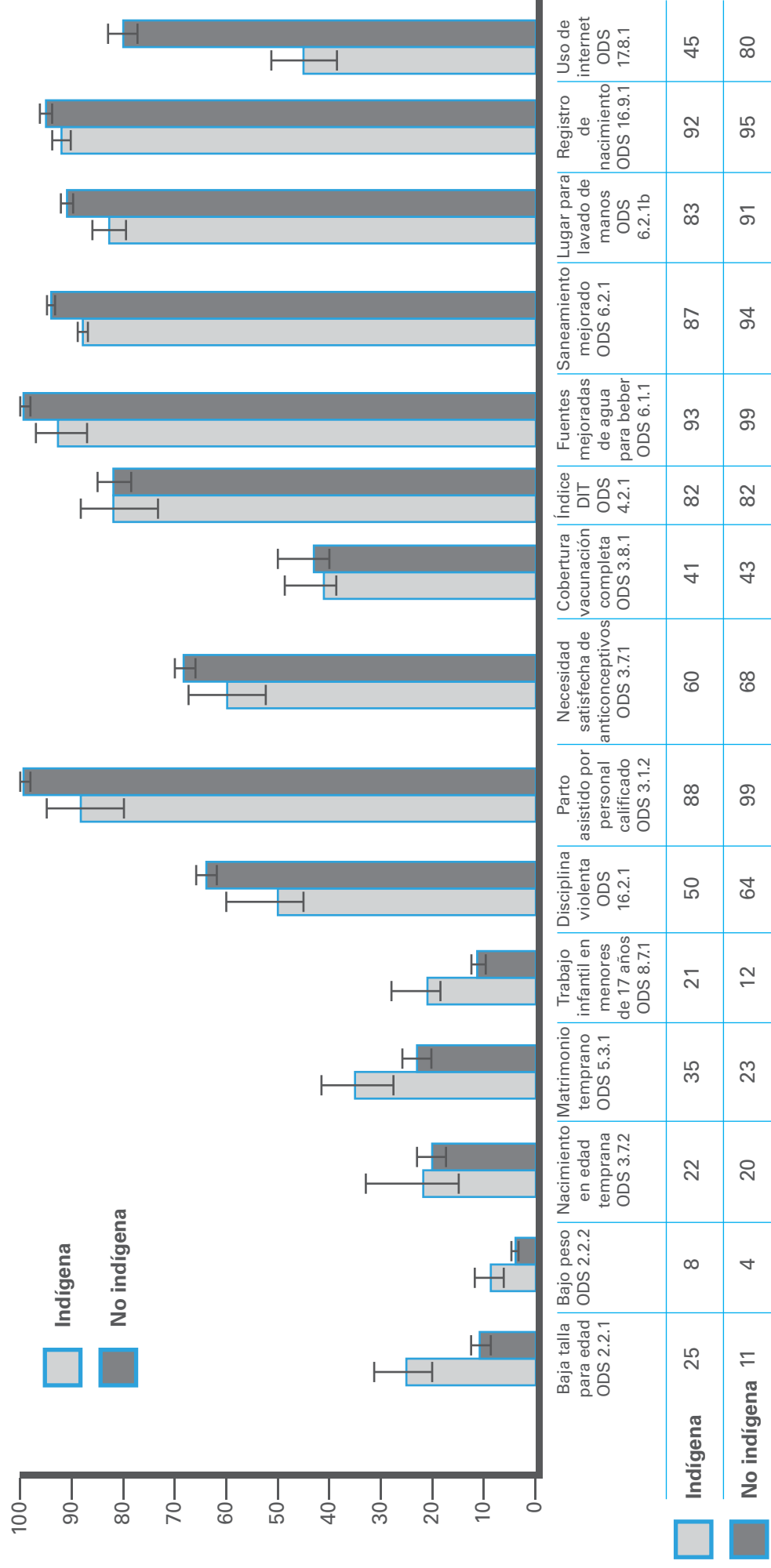
El porcentaje de niños/as de 5 a 17 años que trabajan es casi el doble en los hogares indígenas (21%) que en los hogares no indígenas (12%). Este indicador, relacionado con el ODS 8, es particularmente relevante, pues como se reportó en la sección anterior, es muy probable que estos niños y niñas se encuentren fuera de la escuela.

El reporte de uso de disciplina violenta, un indicador del ODS 16, fue menos prevalente en los hogares indígenas (50% en hogares indígenas, 64% en hogares no indígenas).

Finalmente, el uso de internet, un indicador relacionado con el ODS 17, presentó un rezago sustantivo y significativo entre las mujeres de 15 a 24 años pertenecientes a hogares indígenas (45% entre mujeres indígenas frente a 80% entre mujeres no indígenas).

² En la ENIM 2015 un hogar se consideró indígena si el jefe de hogar contestó afirmativamente a la pregunta HC1BB: “¿El jefe/ la jefa del hogar habla alguna lengua indígena?”

Figura CF2: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en población indígena y no indígena, ENIM 2015



Conclusión

La ENIM 2015, a través de la información presentada en este informe, permitió mejorar la evidencia disponible acerca de la situación de los niños, niñas y mujeres, resolviendo vacíos de información que permiten mejorar la disponibilidad de información basal para el Sistema Nacional de Información exigido en la Ley General de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Los resultados dan cuenta de avances considerables en el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes y permiten identificar oportunidades de mejora, evidenciando inequidades regionales y contextuales importantes entre niños, niñas y mujeres de distintos grupos de la población. En particular, se observaron rezagos sistemáticos para la población con mayores desventajas socioeconómicas y para los hogares indígenas. Se espera que esta evidencia sirva de insumo para el desarrollo de políticas orientadas a disminuir estas disparidades con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes.



APÉNDICE A. DISEÑO MUESTRAL

Apéndice A. Diseño muestral

En este apéndice se describen las principales características del diseño muestral que incluyen el tamaño de la muestra objetivo, la asignación de las muestras, el marco muestral y el listado, la selección de dominios, las etapas del muestreo, la estratificación y el cálculo de los factores de ponderación para cada grupo poblacional.

El principal objetivo del diseño muestral de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015) fue generar estimaciones de indicadores estadísticamente confiables y representativos a nivel nacional, para las zonas urbanas y rurales, y para cinco regiones del país: Noroeste, Noreste, Centro, Ciudad de México-Estado de México, Sur. Como se explicará más adelante en este anexo, el diseño muestral incluyó también una sobre-representación de hogares con niños/as menores de 5 años y de hogares en zonas rurales, con el objetivo de lograr indicadores representativos para la población indígena. La muestra final no es representativa a nivel estatal, ni combinando estrato urbano o rural, o la condición indígena con las regiones.

El marco geo-estadístico de la ENIM 2015 se construyó a partir de tres fuentes: a) los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 para las manzanas de las AGEB urbanas, b) los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 para las localidades rurales y c) un marco geo-estadístico nacional de 2005 existente en el Instituto Nacional de Salud Pública. Para la selección de viviendas, el equipo de cartografía del INSP realizó una actualización del marco geo-estadístico. El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado, multietápico y por conglomerados. Los estratos de selección de las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) se obtuvieron considerando dos criterios de estratificación: el estado y la condición de urbanidad de la localidad.

Tamaño y asignación de la muestra

Considerando los resultados observados tanto en la ENSANUT 2012 como en el Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, se estimó que en la ENIM 2015 en el 1% de las viviendas se encontraría más de un hogar y se consideró una tasa de respuesta de 85%. De acuerdo a los resultados del Censo 2010, en México 77% de los hogares se sitúan en zonas urbanas y 23% en zonas rurales. Además, el 28% de los hogares tiene al menos un niño menor de 5 años (27% en la zona urbana y 32% en la zona rural).

El tamaño de la muestra para la ENIM se realizó con base en las siguientes consideraciones:

- a) Los dominios de interés son cinco regiones geográficas con un tamaño poblacional similar que se presentan en el Cuadro SD.1;

Cuadro SD.1: Dominios de estudio de la ENIM 2015

Región	Entidad Federativa
Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit, Sinaloa y Sonora

Noreste	Aguascalientes, Coahuila, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas
Centro	Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Hidalgo, Michoacán y Colima
CDMX-Edo México	Ciudad de México, Estado de México
Sur	Campeche, Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

b) El grupo poblacional de 0 a 4 años fue el grupo etario que determinó el tamaño de muestra; esta decisión se tomó porque por un lado el grupo de niños/as de 0 a 4 es el grupo menos frecuente, y por otro lado constituye la principal población objetivo de la ENIM;

c) Los parámetros de interés son las cantidades poblacionales que sirven para resolver las preguntas de investigación. En la planeación de la encuesta se consideraron prevalencias r mayores al 8%, pero para ilustrar los cálculos se trabajó con talla para la edad (13.5%) ya que es un indicador relacionado con la desnutrición crónica por considerar esta condición una de las más graves amenazas al bienestar, la salud y al desarrollo infantil. La vacunación es otro tema básico para la niñez, pero las prevalencias de vacunación son mayores al 50%, por ello, se consideró que trabajando con una prevalencia del 8%, se tendría un tamaño de muestra adecuado para la estimación de prevalencias de vacunación.

El Cuadro SD.2 presenta las estimaciones de los parámetros de interés para el cálculo del tamaño de la muestra.

Cuadro SD.2: Estimaciones de parámetros de interés en niños/as menores de 5 años (ENSANUT 2012)		
Parámetro	Región	ENSANUT 2012
Baja talla para la edad	Nacional	13.6%
	Norte	8.9%
	Centro	11.4%
	Ciudad de México	12.3%
	Sur	19.2%

d) El efecto de diseño (*Deff*) fue 1.83, un valor previamente usado en las ENSANUT 2006 y 2012, las cuales fueron diseñadas para la estimación de un gran número de parámetros para niños/as, adolescentes y adultos a partir de un diseño de muestra muy similar a la ENIM 2015, en lo que respecta el número de viviendas por UPM; en la ENIM 2015, de las muestras listadas en cartografía se seleccionaron 25 viviendas por UPM y en las ENSANUT 2006 y 2012, se seleccionaron 36 viviendas por UPM¹. El *Deff* es un parámetro de muestreo que depende de: a) la homogeneidad del atributo

¹ Como se revisará a lo largo de este documento, se realizaron dos procesos de selección de viviendas: para cartografía y para entrevistas. Las viviendas seleccionadas para cartografía sirvieron para conocer la ocurrencia de grupos poblacionales, para luego poder hacer el sobre-muestreo de hogares con niños/as en edad de 0 a 4. Para cartografía, se seleccionaron 30

de interés en la UPM, y b) el número de entrevistas por UPM; mayor número de entrevistas, mayor *Deff*. En el caso de la ENIM, en México no teníamos experiencia previa con el diseño específico requerido por UNICEF; por ello, se tomó el *Deff* de la ENSANUT como una aproximación conservadora bajo el argumento de que el número de viviendas por UPM en la ENIM es menor al número de viviendas por UPM en la ENSANUT. El efecto del diseño (*Deff*) se interpreta como el número de unidades colectada mediante un muestreo específico que son equivalentes a 1 unidad colectada mediante el muestreo aleatorio simple.

e) El Cuadro SD.3 presenta las tasas de respuesta del hogar, de niños/as menores de 5 años, de mujeres de 15 a 49 años y para las mediciones antropométricas.

Cuadro SD.3: Tasas de respuesta	
	Tasa de respuesta
Hogar	88%
Niño 0 a 4	96%
Mujer 15 a 49	90%

Nota: En el cálculo de la tasa de respuesta de hogar se excluyeron viviendas deshabitadas, viviendas temporales y construcciones que no son viviendas.

f) Para estimar el tamaño de muestra (*n*) se empleó la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 r(1-r) Deff}{(r * RME)^2 (pb * AveSize)(RR)}$$

donde:

<i>r</i>	Es la proporción a estimar
<i>Deff</i>	Es el efecto de diseño
<i>RR</i>	Es la tasa de respuesta
<i>RME</i>	Es la semi-amplitud relativa de los intervalos de confianza
<i>Pb</i>	Es la proporción de hogares donde existe la población de interés
<i>AveSize</i>	Es el número promedio de personas por hogar

El Cuadro SD.4 muestra los parámetros que se usaron para determinar el tamaño de muestra a nivel nacional y por región para una prevalencia del 8%; se usó este porcentaje (8%) porque fue la prevalencia mínima a nivel regional. A nivel nacional la prevalencia fue de 13.6%, pero se trabajó con 8% para tener un tamaño de muestra conservador.

Cuadro SD.4: Parámetros utilizados para determinar el tamaño de muestra a nivel nacional y regional			
		Nacional	Región
<i>r</i>	Proporción a estimar	0.08	0.08
<i>Deff</i>	Efecto de diseño	1.83	1.83
<i>RR</i>	Tasa de respuesta	0.85	0.85

viviendas por manzana urbana y 40 por localidad rural. Luego, de las viviendas listadas en cartografía, se seleccionaron 25 viviendas para entrevista por cada UPM.

<i>RR</i>	Tasa de respuesta	0.85	0.85
<i>RME</i>	Semi-amplitud relativa de los intervalos de confianza	0.1182	0.265
<i>Pb</i>	Proporción de hogares donde existe la población de interés*	0.60	0.60
<i>AveSize</i>	Es el número de personas en el grupo de interés por hogar	1.19	1.19

*Este valor se obtuvo después de considerar el sobre-muestreo de viviendas con niños/as de 0 a 4 años

Resolviendo la fórmula arriba, con los parámetros en el Cuadro SD.4, se obtuvo un tamaño de muestra de 397 conglomerados, cada uno con 25 viviendas, para la muestra nacional, y de 79 conglomerados, cada uno con 25 viviendas, para la muestra regional. Por razones prácticas, el tamaño de muestra nacional se redondeó a 400 conglomerados (10,000 viviendas) y el tamaño de muestra regional se redondeó a 80 conglomerados (2,000 viviendas).

1. Tamaño de Muestra de Hogares

El tamaño de muestra es de 10,000 viviendas y aproximadamente 10,100 hogares, asumiendo que 1% de las viviendas seleccionadas tienen más de un hogar. Para determinar el número esperado de personas se consideraron los siguientes porcentajes y valores:

1. El porcentaje de hogares en México que tienen al menos un niño/a menor de 5 años = 28%
2. El número promedio de niños/as menores de 5 años por hogar a nivel nacional = 0.353
3. El número promedio de niños/as menores de 5 años por hogar con niños/as a nivel nacional = 1.27
4. El número promedio de mujeres por hogar = 1.054
5. El número promedio de mujeres por hogar que tiene mujeres entre 15 y 49 años = 1.39
6. El porcentaje de hogares que tienen al menos una mujer entre 15 y 49 años = 75.9%

2. Tamaño de Muestra de niños/as de 0 a 4 años

La selección de la muestra incluyó un sobre-muestreo de hogares con niños/as menores de 5 años: 60% de los hogares visitados serán hogares con niños/as y 40% de aquellos sin niños/as. Para determinar el número esperado de niños/as entre 0 y 4 años se consideraron los pasos siguientes:

- a. En la muestra hay 10,100 hogares.
- b. El 28% de estos hogares (2,828) tendrán al menos un niño de 0 a 4 años de edad
- c. El número promedio de niños/as por hogar con niños/as a nivel nacional es 1.27
- d. Al multiplicar 2,828 por 1.27 se obtiene el número estimado de niños/as en la muestra: 3,591.

Pero si se considera la estratificación considerando hogares con niños/as y sin niños/as, se obtiene una muestra en la que 60% de hogares cuentan con niños/as menores de cinco años. Esto significa que con el tamaño de muestra planeado se esperaba obtener aproximadamente un total de 6,483 niños/as de entre 0 y 4 años.

3. Tamaño de Muestra de Mujeres de 15 a 49 años

Las mujeres de 15 a 49 años entrevistadas también dependieron del plan de muestreo propuesto en el Cuadro SD.5.

Cuadro SD.5: Frecuencia de ocurrencia de hogares según la presencia de los grupos de edad (ENSANUT 2012)					
Niños/as 0 a 4	Mujeres de 15 a 49	Frecuencia ENSANUT	Promedio de niños/as 0 a 4	Promedio de mujeres de 15 a 49	Frecuencia de Muestreo ENIM
Sí	No	0%	1.18	0.00	1%
Sí	Sí	28%	1.27	1.38	59%
No	No	24%	0.00	0.00	13%
No	Sí	48 %	0.00	1.40	27%

En consecuencia, el número esperado de entrevistas se calculó como sigue:

Cuadro SD.6: Tamaños de muestra esperados en 10,000 hogares		
	Grupo de Edad	
	Niños/as de 0 a 4	Mujeres de 15 a 49
Integrantes por hogar	0.76	1.19
Tasa de respuesta	0.85	0.8
Cuestionarios completos	6,480	9,525

La primera muestra calculada fue de 10,000 viviendas, 10,100 hogares, 9,525 mujeres de 15 a 49 años, 6,843 niños/as menores de cinco años y 9,000 niños/as y adolescentes de 5 a 17 años

También se aumentó el tamaño de muestra en el estrato rural. A nivel nacional, el estrato rural representa el 22% de las viviendas en el Censo 2010, pero en la muestra, el estrato rural representa el 30% con el fin de tener mayor capacidad inferencial en esta zona que se caracteriza por concentrar a la población indígena. En el país, 15% de la población se autodefine como indígena y el 90% de esta población vive en zonas rurales del país. Por lo tanto, al seleccionar una muestra de 3,000 viviendas en zonas rurales se esperaba obtener al menos 400 viviendas pertenecientes a la población indígena. Además, siguiendo la misma lógica, se esperaba obtener alrededor de 105 viviendas con población indígena en la parte urbana del país. Este sobre-muestreo nos permite generar indicadores representativos de la población indígena a nivel nacional. Sin embargo, no permite la combinación de la condición indígena con las regiones ni con los estratos rural/ urbano.

En el transcurso del levantamiento de campo se observó que en algunas UPM en las regiones Noroeste y Ciudad de México-Estado de México, los cartógrafos no identificaron suficientes viviendas con niños/as menores de 5 años para completar el tamaño de muestra planeado. Para resolver este problema, se generó una muestra adicional de hogares que permitió completar el número planeado de niños/as menores de 5 años, lo que implicó que en algunas UPM se seleccionaron más de 25 viviendas. La razón para hacerlo fue que cuando finalizó el trabajo de los entrevistadores y se avizoraba que no se completaría el número planeado de hogares con niños/as de 0 a 4 años, los cartógrafos ya no estaban disponibles para trabajar nuevas UPM. Entonces, se seleccionaron viviendas adicionales (577 viviendas) en manzanas ya visitadas; las viviendas adicionales fueron viviendas donde los cartógrafos no obtuvieron información sobre la ocurrencia de grupos poblacionales. El número promedio de cuestionarios por UPM fue de 28.36 cuestionarios; número superior al planeado (25). Por otra parte, durante la ejecución de la encuesta siempre se seleccionaban más viviendas de las planeadas (aproximadamente un 5%) para garantizar el número de entrevistas comprometidas de niños/as de 0 a 4. Así, considerando el sobre-muestreo, la muestra

final de la ENIM 2015 fue de 11,825 hogares, 12,937 mujeres, 8,216 niños/as menores de cinco años y 11,812 niños/as y adolescentes de 5 a 17 años. Esta estrategia de muestreo aumentó el número de niños y niñas menores de 5 años en la muestra para mejorar la precisión de los indicadores para esta población.

Las unidades primarias de muestreo (UPM) corresponden a las Áreas Geo-Estadísticas Básicas (AGEB) definidas por INEGI. Debido a la necesidad de sobre-muestrear los hogares con niños/as de 0 a 4 años en algunas UPM y no retrasar la depuración de los datos² fue necesario asignar más de un número de *cluster* a las UPM en el sistema MICS. Esto es, la variable CLUSTER del sistema de cómputo MICS tiene como propósito identificar a los conglomerados de muestreo y cuando fue necesario visitar más de una vez a un conglomerado de muestreo, al conglomerado de muestreo se le asignó un nuevo valor de CLUSTER. Por ejemplo, supongamos que el conglomerado de muestreo X tiene el código CLUSTER=200, entonces cuando se visita X por segunda vez, se le asignó el código de CLUSTER=500. Los conglomerados de muestreo quedaron identificados mediante la variable UPM, la cual fue utilizada para la estimación de las varianzas.

El número de hogares seleccionados por conglomerado (o *cluster*) que se requirió para la ENIM 2015 fue de 25 hogares. Se seleccionaron 401 UPM en la muestra original, de ellas se obtuvieron entrevistas en 394 UPM. Para compensar la pérdida de viviendas, se seleccionaron 16 UPM adicionales. Por ello, el número de UPM que se visitaron fue de 410. Las razones por las que no se pudieron visitar las UPM fueron:

- Rechazo de los vecinos. En las UPM de estratos con ingresos muy altos, es frecuente que nadie responda.
- Inseguridad. Existen UPM donde no se puede garantizar la seguridad de los entrevistadores.

Cuadro SD.7: Asignación de Unidades Primarias de Muestreo a los estratos de las muestras						
	Población (Censo de 2010)			Número de UPM seleccionadas		
	Total	Urbanos	Rurales	Total	Urbanos	Rurales
Total	112,336,538	86,286,769	26,049,769	410	279	131
Región						
Noroeste	22,697,397	18,893,686	3,803,711	82	64	18
Noreste	23,245,894	18,366,296	4,879,598	82	59	23
Centro	19,782,370	13,501,940	6,280,430	84	46	38
Ciudad de México- Estado de México	24,026,942	22,012,097	2,014,845	81	72	9
Sur	22,583,935	13,512,750	9,071,185	81	38	43

Marco muestral y selección de conglomerados

El marco de muestreo se construyó con la información disponible. En las localidades urbanas, los resultados del Censo 2010 son públicos para UPM y manzana; en consecuencia los resultados para

² El sistema MICS no permite depuración de los datos hasta que se concluye un *cluster*.

unidades primarias y secundarias de muestreo son conocidas. En contraste, para las localidades rurales se conoce la siguiente información:

Localidad	Población Censo 2010	Población Censo 2000	UPM en 2005. Información no pública	UPM construida
A	8	18	UPM_1	UPM_1
B	0	9	UPM_1	
C	8	0	?	UPM_2
D	17	7	UPM_2	UPM_2
E	5	14	UPM_2	UPM_2

Esto es, se conoce la población que habita cada localidad y la UPM a la que pertenece la localidad en el marco de muestreo del INEGI 2005. Entonces, las localidades del Censo 2010 se agruparon en UPM mediante las UPM en 2005: i) se mantuvo la asignación de las localidades del Censo 2010 que ya estaban asignadas a una UPM (localidades A, D, E) y ii) la localidad C, que existía en el Censo 2000, se asignó a la UPM más "cercana". De esta manera las probabilidades de selección (de unidades primarias y secundarias) se calcularon con información del Censo 2010, aunque el marco de muestreo no es idéntico al marco de muestreo del INEGI.

Las áreas de enumeración (AGEB) del censo se definieron como unidades primarias de muestreo (UPMs) y se seleccionaron de cada uno de los estratos de muestreo mediante procedimientos de muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño (PPT), con base en el número de habitantes en cada área de enumeración del marco del Censo 2010. La primera etapa del muestreo se completó mediante la selección del número requerido de áreas de enumeración de cada una de las cinco regiones, de forma separada para los estratos urbanos y rurales.

Las Áreas Geo-Estadísticas Básicas (AGEBs) definidas por el INEGI se dividen en urbanas y rurales. Las AGEBs urbanas corresponden a la extensión territorial que contiene entre 1 y 50 manzanas delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo fácil de identificar en el terreno y cuyo uso del suelo sea básicamente habitacional, industrial, de servicios y comercial que solamente se asignen al interior de las localidades urbanas.

Una AGEB rural es la extensión territorial que corresponde a la subdivisión de las AGEBs municipales, donde se ubica el área rural, cuya extensión territorial en promedio es de 11,000 hectáreas. Se caracteriza por el uso del suelo de tipo agropecuario o forestal, contiene localidades rurales y extensiones naturales tales como pantanos, lagos, desiertos, marismas, estuarios, selvas y/o manglares, delimitadas por rasgos naturales (ríos, arroyos, barrancas) y culturales o de infraestructura (vías de ferrocarril, líneas de conducción eléctrica, carreteras, brechas, veredas, ductos y límites prediales). Existen AGEB rurales sin localidades.

En la primera etapa del muestreo se seleccionaron las AGEBs. Los estratos de selección de las UPM se obtuvieron considerando dos criterios de estratificación: la entidad federativa (identificada de acuerdo con los códigos 01 a 32 que establece la nomenclatura del INEGI) y la condición de urbanidad de la localidad, definida por el tamaño de población y cuya identificación se muestra en el

Cuadro SD.8. La selección de AGEBS se hizo con probabilidad proporcional al número de habitantes según el Censo 2010.

Cuadro SD.8: Consideraciones para los estratos de urbanidad		
Estrato de localidades	Código	Descripción
Rural	1	1- 2499 habitantes
Urbano	2	2,500 - 99999 habitantes
Metropolitano	3	100mil+ habitantes

En la segunda etapa de muestreo se seleccionaron manzanas en las áreas urbanas y localidades en las áreas rurales; la selección se hizo con probabilidad proporcional al número de habitantes. En la tercera etapa de muestreo se seleccionaron viviendas dentro de las manzanas y localidades. En México no existe un listado público de viviendas donde se identifique a las viviendas donde habitan niños/as con edad de 0 a 4. Entonces, para hacer un sobre-muestreo de viviendas con niños/as de 0 a 4 años, se construyó un listado donde se identificaron a dichos hogares. Para ello, la selección de viviendas se hizo en dos etapas. Primero se seleccionaron viviendas para ser visitadas por los cartógrafos y verificar la presencia de niños/as de 0 a 4 años. Luego, con la información de los cartógrafos, se sobre-muestrearon las viviendas donde habitan niños/as de 0 a 4 años. La selección se hizo tal como se explica en la sección "**Selección Sistemática de Viviendas y de Hogares**". Finalmente, la cuarta etapa de muestreo consistió en hacer un sobre-muestreo de viviendas con niños/as de 0 a 4, a partir de los resultados obtenidos por los cartógrafos.

Actividades de listado

Como ya se mencionó, el marco Geo-estadístico de la ENIM se construyó a partir de tres fuentes: a) los resultados censales 2010 para las manzanas de las AGEB urbanas³, b) los resultados censales 2010 para las localidades rurales y c) un marco geo-estadístico nacional de 2005 existente en el Instituto Nacional de Salud Pública, el cual sólo se ocupó para agrupar las localidades rurales del Censo 2010 en conglomerados.

Las etapas de construcción del marco fueron las siguientes:

- Las AGEB urbanas y sus manzanas se definieron, respectivamente, como las unidades primarias y secundarias de muestreo en la sub-población de viviendas en localidades urbanas.
- Se identificaron las localidades rurales existentes en el Conteo de 2005 y en el Censo 2010. Dichas localidades fueron asignadas a las AGEB rurales de acuerdo a su asignación en el marco geo-estadístico 2005.
- Se identificaron las localidades rurales del Censo de 2010 que no existían en el Conteo 2005; esto es, se identificaron las localidades que se crearon en el periodo 2005 a 2010; dichas localidades fueron asignadas a las AGEB rurales 2005 mediante un criterio de cercanía.

³ Una localidad urbana es una localidad con 2500 o más habitantes

De esta manera, el marco geo-estadístico nacional de 2005 sólo se ocupó para definir los conglomerados de localidades del Censo 2010.

Los resultados públicos del Censo de 2010 no proveen listados de viviendas; por ello, fue necesario conformar un grupo de cartógrafos que construyeran listados de espacios habitables en las manzanas urbanas y localidades rurales seleccionadas. El equipo de cartografía confirmaba la existencia de un espacio habitable mediante la inspección visual de puertas y medidores de luz. Adicionalmente, se investigó la existencia de niños/as menores de cinco años al interior de los espacios habitables.

El equipo de cartografía se conformó por 2 coordinadores y 14 cartógrafos. Sus actividades fueron las siguientes:

- Identificación de las localidades rurales y manzanas urbanas seleccionadas para la encuesta;
- Elaboración de croquis en las rutas establecidas para el levantamiento de la encuesta;
- Elaboración de croquis de cada manzana con ubicación gráfica de las viviendas y estructuras destinadas para otros fines, lotes baldíos, etc.

Las actividades de cartografía comenzaron un mes antes del levantamiento de la encuesta. El personal de cartografía se dividió en dos equipos que para el levantamiento de la cartografía siguieron dos rutas diferentes a lo largo del país. En la Figura SD.1 se presenta un ejemplo del avance y organización por parte del equipo de cartografía.

Figura SD.1: Ejemplo de avance y organización del equipo de cartografía

Equipo 1								Equipo 2							
Entidad	Muestra	Ago		Sept		Oct		Entidad	Muestra	Ago		Sept		Oct	
		1a	2a	1a	2a	1a	2a			1a	2a	1a	2a	1a	2a
DF	29	x						DF	29	x					
Estado de México	51		x	x				Estado de México	51		x	x			
Baja California	11		x	x				Quintana Roo	5		x				
Sonora	9			x				Yucatán	7		x	x			
Chihuahua	12			x	x			Campeche	3			x			
Zacatecas	5				x			Tabasco	19		x	x			
Aguascalientes	4				x			Chiapas	17			x			
Sinaloa	10		x	x				Oaxaca	13			x			
Baja California Sur	3		x	x				Puebla	24			x	x		
Durango	6							Veracruz	27				x	x	
Coahuila	9			x				Hidalgo	11					x	
Nuevo León	16			x	x			San Luis Potosí	9					x	x
Tamaulipas	12				x			Querétaro	6					x	
Jalisco	26				x	x		Guanajuato	19						x
Michoacán	17					x	x	Tlaxcala	4						x
Guerrero	14					x		Morelos	7						x
Colima	3						x								
Nayarit	4						x								

Selección Sistemática de Viviendas y de Hogares

A partir de la selección en gabinete de las manzanas urbanas, el equipo de cartografía llevó a cabo la identificación de las viviendas en campo, elaborando croquis a mano alzada de las manzanas

seleccionadas y enumerando cada una de las viviendas habitadas, especificando todas las estructuras (escuelas, templos, estacionamientos deportivos, etc.) y lotes baldíos; luego, un programa de cómputo instalado en una computadora portátil seleccionaba dos conglomerados de 15 viviendas contiguas en la manzana. En el caso de las AGEB rurales, se siguió un procedimiento similar. En cada AGEB se seleccionaron 3 localidades; luego, en cada localidad se contabilizó el número de espacios con el potencial de ser viviendas y se seleccionaron dos conglomerados de 20 espacios; la selección en las localidades rurales también se hizo mediante un programa de cómputo. En consecuencia, se seleccionaron aproximadamente 150 (30 x 5 manzanas) viviendas por cada UPM urbana y 120 (40 x 3 localidades) viviendas en las UPM rurales.

Los cartógrafos visitaron entonces cada una de las viviendas seleccionadas, solicitando el nombre del jefe del hogar e indagaron si había mujeres de 15 a 49 años de edad así como el número de niños/as menores de 5 años en la vivienda. Esta información era entonces anotada en un formato tipo listado donde se registraban de manera sistemática las características previamente mencionadas. Esta etapa de recolección de información debió ser muy cuidadosa para evitar sospechas por parte de los vecinos quienes brindan información sobre los hogares

Posteriormente, la información recopilada era capturada por el equipo de cartografía en gabinete (en el hotel donde estaban hospedados). Diariamente esta información era enviada a las oficinas centrales del INSP en la Ciudad de México. Desde esta sede se realizó entonces la selección de las viviendas en donde serían aplicadas las entrevistas. Esta información fue posteriormente cargada en las tabletas que servirían más adelante para aplicar la encuesta.

Finalmente, se seleccionaron viviendas de acuerdo al plan de muestreo del Cuadro SD.5 del conjunto de viviendas para los cuales los cartógrafos obtuvieron información de grupos poblacionales. La selección se hizo buscando la mayor dispersión de la muestra. En un principio se había planeado seleccionar igual número de viviendas con niños/as menores de 5 años por manzana, pero desafortunadamente la no ocurrencia de viviendas con niños/as de 0 a 4 en todas las manzanas obligó a la asignación no uniforme, por manzana, de viviendas con niños/as en edad de 0 a 4 años. Un fenómeno similar ocurrió en las localidades rurales.

Cálculo de los factores de ponderación

La muestra de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015 no es autoponderada. Al asignar números iguales de hogares a cada una de las regiones, se utilizaron fracciones de muestreo diferentes en las diferentes etapas del muestreo. Por ello, se calcularon los factores de ponderación y se usaron en los análisis posteriores de los datos de la encuesta.

El procedimiento de ponderación incorpora tres elementos: la no respuesta, las probabilidades de selección y el conocimiento a priori de parámetros poblacionales. La no respuesta ocurre cuando resulta imposible conocer el atributo de interés Y en una persona seleccionada en la muestra. La no respuesta es un fenómeno ineludible en toda encuesta que tiene como población de interés a personas. Asimismo, la no respuesta es una fuente potencial de sesgo porque la existencia de no respuesta implica el desconocimiento de dos elementos: el atributo de interés en un subconjunto de la muestra y el procedimiento que causa la no respuesta. Si se conociera la causa de la no respuesta, entonces ésta podría ser incorporada al procedimiento de ponderación de la misma manera que el procedimiento de muestreo.

El procedimiento de muestreo es relevante para la ponderación porque en ausencia de no respuesta, el estimador $\hat{Y}_H$, que define a los ponderadores como el inverso de las probabilidades de selección:

$$\hat{Y}_H = \sum_{i=1}^n \frac{y(u_i)}{Prob(u_i \text{ sea seleccionado})}$$

es un estimador cuyo valor esperado es el total del atributo $\hat{Y}$ en la población

$$E(\hat{Y}_H) = \sum_{i=1}^n Y_i$$

Esto es, el promedio $\hat{Y}_H$ sobre todas las posibles muestras que pueden ser generadas es igual al total del atributo Y en la población.

Finalmente, el conocimiento de parámetros poblacionales es relevante para la ponderación porque los ponderadores $\omega_1, \omega_2, \dots, \omega_n$ pueden ser elegidos para que a partir de la encuesta sea posible reproducir parámetros poblacionales conocidos. Entonces, de modo general, el procedimiento de ponderación consta de tres etapas:

- a) Construcción de los ponderadores iniciales mediante el inverso de la probabilidad de selección;
- b) Ajuste de cuantificación de la no respuesta;
- c) Ajuste de los ponderadores para reproducir parámetros poblacionales y considerar la no respuesta.

A continuación se describe el detalle del procedimiento de ponderación.

Probabilidades de selección

Primera etapa de muestreo

En la primera etapa de muestreo se seleccionaron AGEBS; la probabilidad de selección de una AGEBS es igual a:

$$\pi_{AGEB} = \frac{kPob(AGEB)}{Pob(Estrato)}$$

donde k es el número de AGEBS (PSU) seleccionadas en un estrato, $Pob(x)$ indica la población total en x de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 y x puede ser el AGEBS para el numerador o el estrato para el denominador, dependiendo del caso. Como se mencionó previamente, los estratos de selección de UPM se obtuvieron al considerar dos criterios de estratificación: el estado y la condición de urbanidad.

Segunda etapa de muestreo

En la segunda etapa de muestreo se seleccionaron manzanas para los estratos urbanos y metropolitano y se seleccionaron localidades en el estrato rural. La probabilidad de selección de una manzana es: $\pi_{Manzana} = \frac{lPob(Manzana)}{Pob(AGEB)}$ y la probabilidad de selección de una localidad es: $\pi_{Localidad} = \frac{lPob(Localidad)}{Pob(AGEB)}$ donde l es, respectivamente, el número de localidades o manzanas seleccionadas y Pob es población total, ya sea en manzana, *AGEB* o *localidad*, dependiendo el caso.

Tercera etapa de muestreo

En la tercera etapa de muestreo se seleccionaron viviendas para ser visitadas por los cartógrafos dentro de manzanas y localidades; la visita tuvo como propósito identificar la existencia de hogares con niños/as en edad de 0 a 4 años. La probabilidad de selección para cartografía es $\pi_{Vivienda} = \frac{m}{Viv(Manzana)}$ en el caso de viviendas en los estratos urbano y metropolitano; mientras que $\pi_{Vivienda} = \frac{m}{Viv(Localidad)}$ es la probabilidad de selección en los estratos rurales. El valor de m fue de modo aproximado, 30 viviendas en manzanas urbanas y 40 viviendas en localidades rurales; se dice de modo aproximado porque hay manzanas con menos de 30 viviendas y localidades con menos de 40 viviendas. El número de viviendas por manzana o localidad seleccionadas se obtuvo del trabajo de cartografía del INSP, pero también está disponible en el Censo de Población y Vivienda 2010. Se usaron los resultados censales para estimar las probabilidades de selección de las viviendas. El trabajo de cartografía permitió identificar cuatro tipos de viviendas descritas en el Cuadro SD.9.

Cuadro SD.9: Clasificación de viviendas en la etapa de cartografía	
Tipo de Vivienda	Código
Con niños/as de 0 a 4	1
Con mujeres de 15 a 49 pero sin niños/as de 0 a 4	2
Sin mujeres de 15 a 49 y sin niños/as de 0 a 4	3
No se sabe	4

En cada manzana o localidad se hizo una selección de cada tipo de hogar descrito en el Cuadro SD.9, es decir, se seleccionaron las viviendas del tipo 1, luego las viviendas del tipo 2. Las diferentes muestras se seleccionaron de las viviendas listadas por los cartógrafos. La probabilidad de selección de viviendas de cartografía es $\pi_{ViviendaCartografía} = \frac{n}{N}$ donde N es el número de viviendas listadas en la cartografía y n es el número de viviendas seleccionadas. La asignación del tamaño de muestra por manzana o localidad se hizo buscando la máxima dispersión. El tamaño de muestra por manzana o localidad n , se asignó bajo tres restricciones: a) cumplir el plan de muestreo del Cuadro SD.5, b) maximizar la dispersión de la muestra, c) completar el tamaño de muestra planeado.

Cuarta etapa de muestreo

La última etapa de selección es dentro del hogar, donde se colecta información de: todos los niños y niñas menores de 5 años, todas las mujeres de 15 a 49 años, todos los niños y niñas entre 5 y 17 años. Para el módulo de trabajo infantil se seleccionó aleatoriamente un/a niño/a de 5 a 17 años. La probabilidad de selección del niño/a para considerar la pregunta de trabajo infantil es:

$$\pi_{niño} = \frac{1}{\text{número de niños de 5 a 17}}$$

Resultados de campo

El total de viviendas seleccionadas en la muestra fue de 11,854, de ellas 29 no se visitaron. Dado que se esperaban 25 viviendas por AGEB, durante la adaptación del sistema CAPI utilizado por MICS para la encuesta de México, previo al operativo de campo se tomó el acuerdo de limitar a 40 viviendas como máximo por AGEB, posibilitando utilizar a partir de la vivienda 41 la captura de los segundos hogares que se encontraran durante las labores de campo. Sin embargo, durante la selección de la muestra en 29 viviendas se sobrepasó el límite de las 40 viviendas por AGEB y fueron contabilizadas como no respuesta.

En la muestra final de la ENIM, se obtuvieron 410 conglomerados, los cuales se identificaron con 533 claves diferentes en la variable CLUSTER y se utilizaron para identificar a las viviendas en el sistema CAPI de levantamiento de datos y son necesarios para identificar de manera única cada cuestionario.. Se asoció cada vivienda seleccionada a la siguiente información geográfica: entidad, municipio, localidad, latitud, longitud y altitud. Los valores de latitud, longitud y altitud fueron obtenidos de la base de integración territorial del INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática).

Ponderación de Unidades Primarias

El ponderador de UPM se calculó como $pob\_f\_sum / (k\_upm * pob\_f)$ donde k_upm es el número de UPM seleccionadas, pob_f es la población en la UPM y pob_f_sum es la población en el estrato definido por las combinaciones de entidad y estrato de urbanidad. El total de UPM seleccionadas al inicio de la encuesta fue 400 tal como lo especifica el diseño, de ellas, fue posible visitar parcial o totalmente 393 (96.7%); entonces, para compensar la reducción en el tamaño de muestra se añadieron a la muestra 17 UPM, quedando en 410 el total de UPMs en muestra. En la Figura SD.2, se ilustra el cálculo realizado para obtener las probabilidades de selección de la UPM

Figura SD.2: Descripción del cálculo de las probabilidades de selección de Unidades Primarias

Estrato = Entidad + Urbanidad. Entidad = {1.32} Urbanidad = {<2500 Hab, 2500-99,999 Hab, 100 mil Hab}	Número de personas en el conglomerado (del marco muestral)	Número de conglomerados seleccionados en el estrato	Número total de personas en el estrato (del marco muestral)	Proporción del segmento seleccionado	Probabilidad de selección en el conglomerado
11	5,544	2	227,407	1	0.049

Ponderación de Unidades Secundarias

El ponderador de las unidades secundarias de muestreo se calculó como $pob\_f / (k\_mza * pob\_mza)$ donde k_mza es el número de UPM seleccionadas, pob_f es la

población en la UPM y *pob_mza* es la población en la manzana o localidad. En 14 viviendas con entrevista completa se imputó el ponderador de unidades secundarias debido a que no se registró la manzana dentro de los listados.

Ponderación de Viviendas

El ponderador de viviendas se obtuvo en dos etapas; primero se calcula el inverso de la probabilidad de visitar a una vivienda por parte de los cartógrafos, $ponde\_lista = (viv\_tot / viv\_lista)$. *viv_lista* representa a las viviendas visitadas por los cartógrafos y *viv_tot* a las viviendas totales del Censo; cuando las viviendas en el Censo resultaron ser menos que las viviendas contabilizadas por los cartógrafos, se ocupó el conteo realizado por los cartógrafos (*viv_carto*). En 44 viviendas se imputó *ponde_lista* con el valor de 1. Finalmente, dentro de cada grupo de viviendas para las que los cartógrafos obtuvieron información de la existencia de niños/as y mujeres, se calculó la probabilidad de selección.

$$ponde\_grupo = \frac{\text{Viviendas listadas del tipo de vivienda}}{\text{Viviendas seleccionadas del tipo de vivienda}}$$

donde el tipo de vivienda se asignó de acuerdo a lo indicado en el Cuadro SD.5. En las regiones Noroeste y Ciudad de México-Estado de México fue necesario añadir viviendas con niños/as de 0 a 4 en una segunda etapa de trabajo de cartografía; el procedimiento que se siguió fue hacer nuevas visitas a viviendas que estaban clasificadas como "No Sabe" para identificar viviendas adicionales con niños/as de 0 a 4 e incluirlas en la muestra; dichas viviendas (577) están identificadas por la variable *hogar_h*. En 48 viviendas se imputó el ponderador de grupo con el valor de 1. El criterio para añadir viviendas fue maximizar la dispersión de la muestra. Los ponderadores se calcularon como en toda la encuesta, primero se calculó la probabilidad de listar a la vivienda (con los nuevos tamaños de muestra) y luego se calculó la probabilidad de selección de viviendas para ser visitadas por los entrevistadores.

La etapa de ponderación de viviendas es muy importante porque permite corregir la sobre-representación de viviendas donde habitan niños/as menores de cinco años.

Cuadro SD.10: Distribución de viviendas visitadas en la etapa de cartografía			
Tipo de Vivienda	Visitadas por cartografía	Distribución ENSANUT ⁴ 2012	Viviendas seleccionadas
Con niños/as de 0 a 4	10,258 (19%)	28%	7,699 (65%)
Con mujeres de 15 a 49 pero sin niños/as de 0 a 4	13,324 (24%)	48%	2,920 (25%)
Sin mujeres 15 a 49 y sin niños/as de 0 a 4	9,533 (17%)	24%	585 (5%)
No se sabe	22,021 (40%)	0%	680 (5%)
Total	55,136		11,854

⁴ ENSANUT es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

	(100%)	100%	(100%)

Posterior a la ponderación de viviendas se realizó el ajuste por no respuesta, la calibración y estandarización de los ponderadores.

Ajuste por no respuesta: El ajuste por no respuesta se hizo al multiplicar el ponderador por el inverso de la tasa de respuesta por estrato.

Estandarización de ponderadores: De acuerdo con los criterios de ponderación que requieren ponderadores normalizados o estandarizados. Todos los ponderadores se ajustaron para que su suma fuera igual al total de entrevistas completas.

Calibración de ponderadores

Los ponderadores pueden ajustarse para incorporar información sobre parámetros poblacionales conocidos. En el caso de la ENIM se incorporó la información sobre el tipo de hogar descrita en el Cuadro SD.5 y la condición de urbanidad de la vivienda. El Cuadro SD.11 compara la distribución del tipo de hogar de la ENIM respecto a la ENSANUT 2012 y la Encuesta Intercensal 2015 realizada por el INEGI. Como se aprecia en este cuadro los ponderadores corrigen en la dirección correcta la sobre-representación de las viviendas con niños/as de 0 a 4, pero la corrección es insuficiente para lograr que las estimaciones de la ENIM sean similares tanto a la ENSANUT como a la Encuesta Intercensal. Para prevenir sesgos potenciales, los ponderadores ENIM son ajustados para que los resultados obtenidos sean capaces de reproducir los resultados de la Intercensal.

Cuadro SD.11: Distribución de hogares según la ocurrencia de los grupos poblacionales: niños/as de 0 a 4 años y mujeres de 15 a 49 años. Ponderadores calculados individualmente

Tipo de Hogar	MICS no ponderado	MICS ponderado	ENSANUT 2012	Encuesta Intercensal (INEGI)
Con niños/as de 0 a 4	60%	34%	28%	26%
Sin niños/as de 0 a 4, con mujeres de 15 a 49	30%	44%	48%	48%
Sin niños/as de 0 a 4, sin mujeres de 15 a 49	10%	22%	24%	26%
Total	100%	100%	100%	100%

En el caso de los ponderadores calculados para cada conglomerado, la distribución de frecuencias para la encuesta *ENIM ponderada* fue 34%, 45%, 21%. Respecto a la condición de urbanidad se obtuvo una sobre-representación del estrato rural en las regiones Noroeste y Sur con respecto al Censo de 2010. Entonces, los ponderadores se ajustaron para reproducir la distribución urbano/rural de las regiones Noroeste y Sur para los ponderadores individuales.

Cuadro SD.12A: Distribución de hogares según estrato de urbanidad. Comparación con el Censo 2010. Ponderadores calculados individualmente

Región	Región	Estrato		
		1 a 2499 Habs	2,500 a 99,999 Habs	100mil y más Habs
Noroeste	MICS	34%	25%	41%

	Censo	16%	26%	58%
Noreste	MICS	25%	28%	47%
	Censo	20%	23%	57%
Centro	MICS	28%	45%	27%
	Censo	30%	42%	27%
CDMX-Edo México	MICS	9%	22%	70%
	Censo	7%	17%	76%
Sur	MICS	48%	29%	22%
	Censo	37%	36%	27%
Nacional	MICS	29%	29%	42%
	Censo	22%	28%	50%

Cuadro SD.12B: Distribución de hogares según estrato de urbanidad. Comparación con el Censo 2010. Ponderadores por cluster

Región	Región	Estrato		
		1 a 2499 Habs	2,500 a 99,999 Habs	100mil y más Habs
Noroeste	MICS	42%	21%	37%
	Censo	16%	26%	58%
Noreste	MICS	29%	23%	48%
	Censo	20%	23%	57%
Centro	MICS	32%	37%	31%
	Censo	30%	42%	27%
CDMX-Edo México	MICS	11%	20%	69%
	Censo	7%	17%	76%
Sur	MICS	47%	31%	21%
	Censo	37%	36%	27%
Nacional	MICS	32%	26%	42%
	Censo	22%	28%	50%

Los ponderadores se ajustaron para todas las regiones en la estimación de los ponderadores por conglomerado. La razón de las diferencias en los Cuadros SD.11 y SD.12 se explican debido a dos fuentes de error: a) el conteo de viviendas en localidades rurales, el cual se dificulta debido a la dispersión de las viviendas y b) los errores de identificación de hogares durante la etapa de cartografía.

Cuadro SD.13: Distribución de hogares según ocurrencia de grupos poblacionales en la etapa de cartografía y en la etapa de entrevista

En cartografía:	En entrevista:			
	Con niños/as de 0 a 4	Sin niños/as de 0 a 4 y con de mujeres 15 a 49	Sin niños/as de 0 a 4 y sin mujeres de 15 a 49	Total
Con niños/as de 0 a 4	86%	11%	3%	100%
Sin niños/as de 0 a 4 y con mujeres de 15 a 49	9%	81%	10%	100%
Sin niños/as de 0 a 4 y sin mujeres de 15 a 49	11%	21%	68%	100%
No se sabe	23%	43%	34%	100%

Las siguientes figuras muestran que hay una alta coincidencia en las pirámides de edad de la encuesta ENIM respecto a la ENSANUT 2012 y a la Encuesta Intercensal 2015 del INEGI.

Figura SD.3: Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares con niños/as de 0 a 4 años. Estimaciones ponderadas

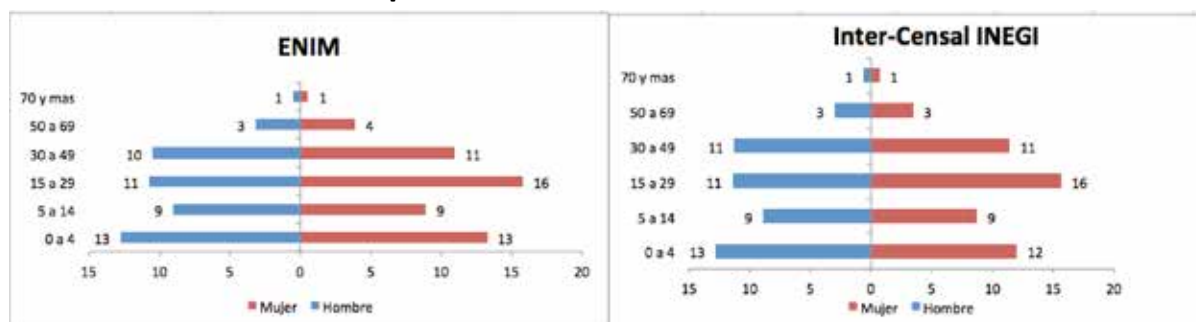


Figura SD.4: Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares con mujeres de 15 a 49 años y sin niños/as de 0 a 4 años. Estimaciones ponderadas

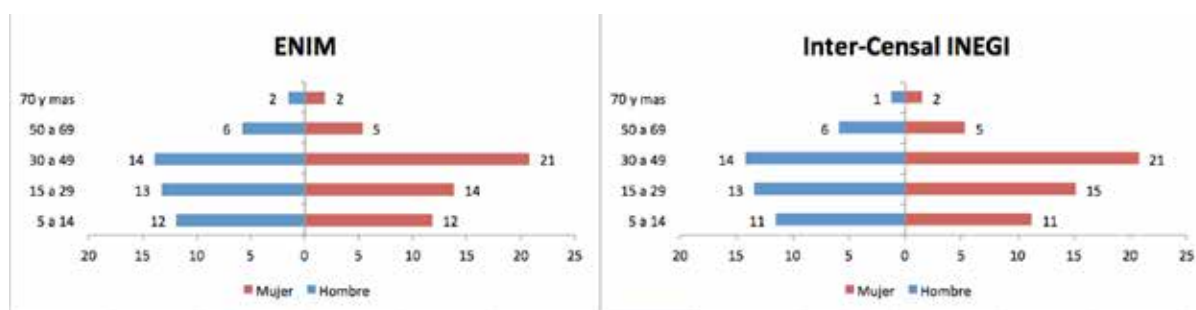
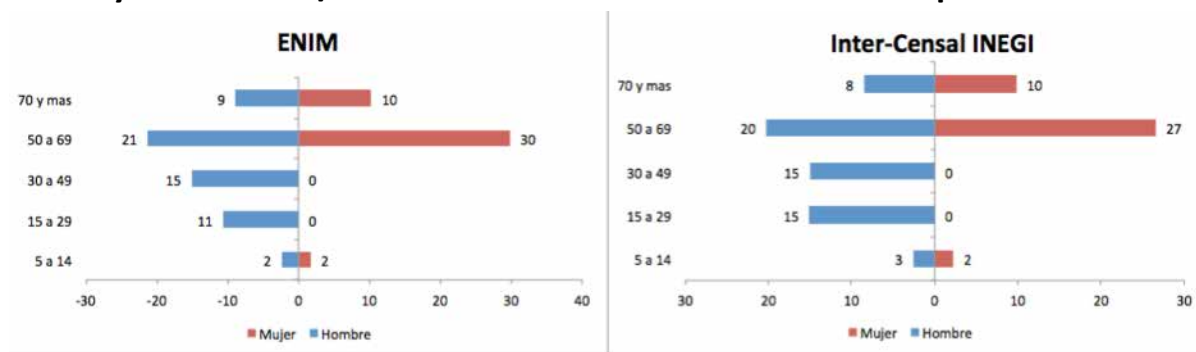


Figura SD.5: Comparación de la pirámide poblacional entre la ENSANUT 2012 y ENIM para hogares sin mujeres de 15 a 49 años y sin niños/as de 0 a 4 años. Estimaciones ponderadas



Cuadro SD.14: Número promedio de integrantes por hogar (estimaciones ponderadas)

	Niños/as de 0 a 4 años	Mujeres de 15 a 49 años	Niños/as de 5 a 17 años
MICS 2015	0.33	0.99	0.88
Encuesta Intercensal 2015	0.33	1.03	0.77
ENSANUT 2012	0.37	1.07	1.01



APÉNDICE B. LISTA DEL PERSONAL ENCARGADO DE LA ENCUESTA

Apéndice B.

Lista del personal encargado de la encuesta

Directora del proyecto
Filipa de Castro, INSP

Comité Directivo de la ENIM2015

Mauricio Hernandez, Director General, INSP

Isabel Crowley, Representante UNICEF México

Tonatiuh Barrientos, Director de Salud Reproductiva, INSP

Alison Sutton, Representante Adjunta UNICEF México

Erika Strand, Jefa de Política Social, UNICEF México

Filipa de Castro, Investigadora principal ENIM, INSP

También integraron el Comité Directivo representantes de las siguientes instituciones:

- la Oficina de la Presidencia;
- la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud;
- el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia;
- la Secretaría de Desarrollo Social;
- el Instituto Nacional de Estadística y Geografía;
- el Instituto Nacional de las Mujeres;

- el Consejo Nacional de Población;
- el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- Un Kilo de Ayuda.

Comité Técnico de la ENIM2015

Por el INSP

Eduardo Lazcano, Director Ejecutivo del Centro de Investigación en Salud Poblacional (CISP)

Tonatiuh Barrientos, Director de Salud Reproductiva, CISP

Filipa de Castro, Investigadora principal ENIM, Dirección de Salud Reproductiva (DSR), CISP
Betania Allen, Investigadora, DSR, CISP

Aremis Villalobos, Investigadora, DSR, CISP

Rosalba Rojas, Investigadora, DSR, CISP

Martin Romero, Jefe del Departamento de Muestreo del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE)

Aurora Franco, Responsable trabajo de campo, CIEE INSP

Celia Hubert, Investigadora, DSR, CISP

Por UNICEF-México

Alison Sutton, Representante Adjunta, UNICEF México

Erika Strand, Jefa de Política Social, UNICEF México

Eva Prado, Oficial de Monitoreo y Evaluación, UNICEF México

Rosa Itandehui Olivera, Asistente de Monitoreo, UNICEF México

Cada una de las dependencias

representadas en el Comité Directivo tuvieron un representante en el Comité Técnico.

Otras instancias que brindaron apoyo técnico fueron:

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE)
Dirección General de Epidemiología (DGE), Secretaría de Salud
Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR)

Adaptación de cuestionarios

Filipa de Castro, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Betania Allen, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Aremis Villalobos, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Rosalba Rojas, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Aurora Franco, Subdirector de Logística de Campo, CIEE, INSP
Martin Romero, Jefe del Departamento de Muestreo, CIEE, INSP
Erika Strand, Jefa de Política Social, UNICEF México
Eva Prado, Oficial de Monitoreo y Evaluación, UNICEF México
Rosa Itandehui Olivera, Asistente de Monitoreo, UNICEF México

Programación y adaptación de cuestionarios para tabletas

Aremis Villalobos, Investigadora, DSR, CISP, INSP

Martin Romero, Jefe del Departamento de Muestreo, CIEE, INSP
Alberto Escamilla, Programación, ENIM
Eduardo Valdés, Programación, ENIM
Harry Hernández, Consultor UNICEF

Capacitación del equipo de campo

Betania Allen, Investigadora, Dirección de Salud Reproductiva (DSR), CISP, INSP
Aurora Franco, Subdirector de Logística de Campo, CIEE, INSP
Aremis Villalobos, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Martin Romero, Jefe del Departamento de Muestreo, CIEE, INSP
Rosalba Rojas, Investigadora, DSR, CISP, INSP
Filipa de Castro, DSR, CISP, INSP
Alberto Escamilla, Programación, ENIM
Eduardo Valdés, Programación, ENIM
Ariela Braverman, Asistente de investigación, ENIM
Rosa María Nashiki, Asistente de investigación, CISP, INSP
Sandra Herrera, Jefa de Departamento, Dirección Adjunta del CIEE, CIEE, INSP
María Hernández Serrato, Investigadora, CIEE, INSP
Laura Mendoza, Investigadora, CIEE, INSP
Raquel García Feregrino, Investigadora, CINyS, INSP
Melchisedec Maldonado López, Coordinador de campo, CIEE, INSP

Verónica Alejandra Jasso Gil,
Coordinadora de campo, CIEE,
INSP
Isabel Olvera García, Coordinadora
de campo, CIEE, INSP
Manuel Martínez Vargas,
Coordinador de campo, CIEE,
INSP
Gustavo Romero Ávila,
Coordinador de campo, CIEE,
INSP
Edgar Antonio Martínez Martínez,
Coordinador de campo, CIEE,
INSP
Erika Strand, Jefa de Política
Social, UNICEF México
Eva Prado, Oficial de Monitoreo y
Evaluación, UNICEF México
Rosa Itandehui Olivera, Asistente
de Monitoreo, UNICEF México

Muestreo

Martin Romero, Jefe del
Departamento de Muestreo del
Centro de Investigación en
Evaluación y Encuestas (CIEE)
Armando Levinson, Consultor
UNICEF

Trabajo de campo (prueba de cuestionarios, piloto, levantamiento de datos) **Coordinadora general de trabajo de campo**

Aurora Franco, Subdirectora de
Logística de Campo, CIEE, INSP

Coordinadores/as de campo

Verónica Alejandra Jasso Gil, CIEE,
INSP
Isabel Olvera García, CIEE, INSP
Manuel Martínez Vargas, CIEE,
INSP
Gustavo Romero Ávila, CIEE, INSP

Edgar Antonio Martínez Martínez,
CIEE, INSP
Melchisedec Maldonado López,
CIEE, INSP

Coordinador de cartografía

Humberto Alfonso Pérez Martínez,
CIEE, INSP

Supervisores/as de campo

Araceli Jasso Valenti
Nicolás Jiménez Rivera
Jacqueline Romero Araiza
Armando Martínez Pérez
Aristea Vargas Fuentes
Rubén Díaz Hurtado
María Angélica Ramiro Rivera
Ramón Cabrera Hernández
Agustina Claudia Ruano Ferreira
Rosalba Torres Espinosa
Blanca Alicia Ramiro Rivera
Víctor Román Alarcón

Cartógrafos/as

David Zacarías
José Gerardo Romero
Benito Santos
Martin Flores
Daniel Espejel
Guillermo Javier Cruz
Juana María Felicitas Cuevas
Guadalupe Montiel
Daniel Hebert
Maribel Miranda
Iván Antonio Pineda
Manuel Antonio González
Ricardo Cabrera
Roberto Alfredo Herrera
Salvador Valdés
Jorge Barragán

Entrevistadores/as

Patricia Alva Partida
Lennin Bedolla García
Ana Laura Benito Olvera
Ana Díaz Hurtado

Maribel González Jiménez
Hilario Hernández Méndez
Clemente Mata Hernández
Alma Ortiz Eslava
Patricia Yazmín Zamora Montiel
María De Lourdes Muñoz López
Magaly Aceves García
Laura Vanessa Barreto García
Fabián Ariel Cruz Cruz
Manuel Hernández Hernández
Juan Agustín Perea Pioquinto
Norma Beatriz Aldana Hernández
María Victoria Gómez Xoca
Carlos Alberto Farfán Avellaneda
Román Hernández López
Ivonne Karina López Velázquez
Roberto Héctor Marmolejo
Cisneros
Lorena Padilla Salas
María Teresa Sánchez Patiño
Enrique Bello Olea
Catalina Cano Castro
Luz María Hernández Méndez
Angélica Concepción Lira Márquez
Gilberto Mandujano González
Fabiola Ortiz García
Andrés Trujillo Cruz
Etel Joyarith Vargas Rivera
María Elena Velázquez Mercado
Adriana Margarita Lara Rodríguez
Mario Martínez Gómez
Ignacio Cruz Cruz
Emilio Hernández González
Ana Silvia Irineo Méndez
María De La Luz Sánchez Martínez

Antropometristas/ enfermeros/as

Adrián Beltrán Godínez
Carlos Enrique Ruiz López
Lucía Torres Vázquez
Alma Rosa Arenas García
Sergio Román Rodríguez Villán
Arturo Orozco Calderón
Guadalupe Ortiz Cruz
Adolfo Muñoz García

Berenice Lozada Martínez
Montserrat Cruz Solano
Guadalupe Rosalba Lima Olivarez
Norma Cambrón Morales
Glendy Aideé Romero Valle

Personal de apoyo de cómputo

Josué Cárdenas Sánchez
Ricardo Valle Nieto
Yonatan Yair Palomero Pérez
Armando Ayón Castro
Miriam Salazar Gómez

Procesamiento de datos y análisis

Aremis Villalobos, Investigadora,
DSR, CISP, INSP
Rosalba Rojas, Investigadora, DSR,
CISP, INSP
Martin Romero, Jefe del
Departamento de Muestreo,
CIEE, INSP
Celia Hubert, Investigadora, DSR,
CISP, INSP
Filipa de Castro, Investigadora
principal ENIM, DSR, CISP, INSP
Alberto Escamilla, Programación,
ENIM
Eduardo Valdés, Programación,
ENIM
Agustín Vázquez, Asistente de
investigación, ENIM
Wendy Armenta, Asistente de
investigación, ENIM
Harry Hernández, Consultor Unicef

Redacción del informe final

Filipa de Castro (coordinadora de la
ENIM), DSR, CISP, INSP
Celia Hubert, Investigadora, DSR,
CISP, INSP
Rosalba Rojas, Investigadora, DSR,
CISP, INSP
Martin Romero, Jefe del
Departamento de Muestreo,
CIEE, INSP

Aremis Villalobos, Investigadora,
DSR, CISP, INSP
Betania Allen, Investigadora, DSR,
CISP, INSP
Nathalie Armendares, Asistente de
investigación, ENIM
Casilda Suárez, Asistente de
investigación, ENIM
Ariela Braverman, Asistente de
investigación, ENIM
Iris Frausto, Asistente de
investigación, ENIM

Apoyo administrativo

Violeta Ramos, CIEE, INSP
Wendolyn Corlay, UNICEF México
Alejandra Castillo, UNICEF México
José Luis Martínez, UNICEF México
Angélica Flores, DSR, CISP, INSP
Maricela Nava, DSR, CISP, INSP
Gabriela Saldaña, DSR, CISP, INSP
Pilar Cuellar, Departamento de
Vinculación, CISP, INSP
Uvaldo Marcelo Landa, Apoyo
Administrativo, Departamento
de Vinculación, CISP, INSP
Sandra Herrera, Jefa de
Departamento, Dirección
Adjunta, CIEE, CIEE, INSP

Apoyo y supervisión general de UNICEF

Vicente Terán (UNICEF Oficina
Regional para América Latina y
el Caribe)
Ana María Restrepo (UNICEF
Oficina Regional para América
Latina y el Caribe)
Harry Hernández (Consultor
Regional UNICEF en
procesamiento de datos y
programación)
Armando Levinson (Consultor
Regional UNICEF en muestreo)

Equipo MICS global:

Attila Hancioglu
Turgay Unalan
Ivana Bjelic
Yadigar Coskun
Bo Pedersen
Shane M. Khan

APÉNDICE C. ESTIMACIONES DE LOS ERRORES DE MUESTREO

Apéndice C. Estimaciones de los errores de muestreo

La muestra de entrevistados seleccionados en la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México, ENIM 2015 es sólo una de las muestras que podrían haber sido seleccionadas de la misma población, usando el mismo diseño y tamaño. Cada una de estas muestras daría resultados que difieren ligeramente de los resultados de la muestra real seleccionada. Los errores de muestreo son una medida de la variabilidad entre las estimaciones de todas las muestras posibles. No se sabe con exactitud el grado de variabilidad, pero se puede estimar estadísticamente a partir de los datos de la encuesta.

En este apéndice se presentan las siguientes medidas de errores de muestreo para cada uno de los indicadores seleccionados:

- *El error estándar (se)*: El error estándar es la raíz cuadrada de la varianza de la estimación. Para los indicadores de la encuesta que sean medias, proporciones o razones, se usa el método de linearización de Taylor para estimar los errores estándares.
- *El coeficiente de variación (se/r)* es la razón entre el error estándar y el valor (r) del indicador, y es una medida del error de muestreo relativo.
- *El efecto del diseño (deff)* es la razón entre la varianza real de un indicador, según el método de muestreo usado en la encuesta, y la varianza calculada bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple basado en el mismo tamaño de la muestra. La *raíz cuadrada del efecto del diseño (deft)* se usa para mostrar la eficiencia del diseño muestral en relación con la precisión. Un valor *deft* de 1.0 indica que el diseño muestral es tan eficiente como una muestra aleatoria simple para un indicador específico, mientras que un valor *deft* por encima de 1.0 indica un incremento en el error estándar debido al uso de un diseño muestral más complejo.
- *Los límites de confianza* se calculan para mostrar el intervalo dentro del cual puede asumirse razonablemente que caiga el valor real de la población, con un nivel de confianza especificado. Para toda estadística calculada a partir de la encuesta, su valor caerá dentro de un rango de más o menos dos veces el error estándar de la estadística ($r + 2.se$ o $r - 2.se$) en 95 por ciento de todas las posibles muestras de idéntico tamaño y diseño.

Para calcular los errores de muestreo de los datos de la ENIM, se desarrollaron programas en la Versión 5.0 de CSPro, y se usó un módulo para muestras complejas de la Versión 21 del SPSS.

Los resultados se muestran en los siguientes cuadros. Además de las mediciones de los errores de muestreo descritas, los cuadros también incluyen recuentos ponderados y no ponderados de denominadores para cada indicador. Dado el uso de los ponderadores estandarizados (normalizados), al comparar los recuentos ponderados y no ponderados se puede determinar si un dominio específico ha sido submuestreado o sobremuestreado en comparación con la tasa promedio de muestreo. Si el recuento ponderado es menor que el recuento no ponderado, eso significa que el dominio en cuestión ha sido sobremuestreado. Como se explica a continuación en el pie de nota del Cuadro SE.1, hay una excepción en el caso de los indicadores 4.1 y 4.3, para los cuales el recuento no ponderado representa el número de hogares de la muestra, y los recuentos ponderados reflejan la población total.

Los errores de muestreo se calculan para indicadores de interés primario, para el nivel nacional, para zonas urbanas y rurales, para todas las regiones y para los quintiles de riqueza. Tres de los indicadores seleccionados se basan en los miembros de los hogares, 12 se basan en las mujeres, y 4 se basan en los niños/as menores de 5 años. En el Cuadro SE.1 se muestra la lista de indicadores para los que se han calculado errores de muestreo, incluida la población de base (denominador) para cada indicador. Los Cuadros de la SE.2 a la SE.14 muestran los errores de muestreo calculados para los dominios seleccionados.

Cuadro SE.1: Indicadores seleccionados para los cálculos de los errores de muestreo

Lista de indicadores seleccionados para calcular los errores de muestreo, y poblaciones de base (denominadores) para cada indicador

Indicador MICS5		Población base
Miembros del hogar		
4.1	Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	Número total de miembros del hogar
4.3	Uso de saneamiento mejorado	Número total de integrantes del hogar
7.4	Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	Número total de niños/as en edad de asistir a la escuela primaria
Mujeres		
5.3	Tasa de prevalencia de anticonceptivos	Número total de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión
5.4	Necesidad no satisfecha de anticoncepción	Número total de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión
5.5a	Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta
5.5b	Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por alguna persona capacitada)	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta
5.7	Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta
2.6	Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta
-	Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta
7.1	Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	Número total de mujeres entre 15 y 24 años
9.10	Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	Número total de mujeres entre 15 y 24 años
9.12	Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	Número total de mujeres entre 15 y 49 años
9.1	Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	Número total de mujeres entre 15 y 24 años
9.15	Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales con un compañero que no era su esposo/a o pareja habitual en los 12 meses anteriores a la encuesta
Menores de 5 años		
2.1a	Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	Número total de niños/as menores de 5 años
2.1b	Prevalencia de bajo peso (severo)	Número total de niños/as menores de 5 años
3.S5	Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas
3.12	Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas

Cuadro SE.2: Errores muestrales: Muestra total

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
	4.1	0.981	0.003	0.003	4.423	2.103	40,381	10,760	0.975	0.986
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber										
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.934	0.005	0.005	3.579	1.892	40,381	10,760	0.925	0.943
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.979	0.003	0.003	2.342	1.530	4,591	5,747	0.973	0.985
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.669	0.011	0.017	4.488	2.118	7,361	7,887	0.647	0.691
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.130	0.006	0.048	2.747	1.657	7,361	7,887	0.117	0.142
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.985	0.003	0.003	2.063	1.436	1,732	3,032	0.978	0.991
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.943	0.007	0.007	2.661	1.631	1,732	3,032	0.929	0.956
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.977	0.004	0.004	2.334	1.528	1,732	3,032	0.969	0.985
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.510	0.017	0.033	3.504	1.872	1,732	3,032	0.476	0.544
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.814	0.013	0.016	3.592	1.895	1,732	3,032	0.788	0.841
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.976	0.005	0.005	4.207	2.051	3,654	4,071	0.966	0.986
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.072	0.008	0.104	3.435	1.853	3,654	4,071	0.057	0.087
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.027	0.005	0.198	4.410	2.100	3,654	4,071	0.016	0.038
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.313	0.013	0.043	3.368	1.835	3,654	4,071	0.287	0.340
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.632	0.043	0.068	5.034	2.244	715	641	0.547	0.718
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.039	0.004	0.105	3.475	1.864	7,806	7,855	0.030	0.047
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.010	0.003	0.274	5.718	2.391	7,806	7,855	0.004	0.015
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.883	0.017	0.019	1.965	1.402	613	686	0.849	0.918
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.799	0.022	0.027	2.038	1.428	613	686	0.756	0.843

Cuadro SE.3: Errores muestrales: Urbano

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.992	0.002	0.002	3.674	1.917	31,004	7,240	0.988	0.996
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.950	0.005	0.005	3.551	1.884	31,004	7,240	0.941	0.960
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.980	0.003	0.004	2.276	1.509	3,382	3,596	0.973	0.987
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.677	0.014	0.020	4.280	2.069	5,598	5,077	0.650	0.704
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.128	0.008	0.060	2.689	1.640	5,598	5,077	0.113	0.144
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.987	0.003	0.003	1.073	1.036	1,295	1,941	0.982	0.993
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.949	0.007	0.008	2.207	1.486	1,295	1,941	0.934	0.964
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.992	0.002	0.002	0.715	0.845	1,295	1,941	0.988	0.995
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.498	0.022	0.043	3.600	1.897	1,295	1,941	0.455	0.542
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.802	0.017	0.021	3.608	1.899	1,295	1,941	0.768	0.836
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.981	0.005	0.005	3.398	1.843	2,785	2,697	0.971	0.991
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.072	0.010	0.132	3.662	1.914	2,785	2,697	0.053	0.092
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.032	0.007	0.215	4.120	2.030	2,785	2,697	0.018	0.046
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.333	0.016	0.048	3.123	1.767	2,785	2,697	0.301	0.365
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.658	0.048	0.074	5.350	2.313	624	513	0.561	0.755
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.030	0.003	0.116	2.056	1.434	5,848	5,001	0.023	0.037
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.006	0.002	0.251	2.054	1.433	5,848	5,001	0.003	0.010
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.890	0.021	0.024	1.993	1.412	454	429	0.847	0.933
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.804	0.027	0.033	1.936	1.391	454	429	0.750	0.857

Cuadro SE.4: Errores muestrales: Rural

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.945	0.010	0.011	7.242	2.691	9,377	3,520	0.925	0.966
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.880	0.012	0.014	5.102	2.259	9,377	3,520	0.856	0.905
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.976	0.005	0.005	2.222	1.491	1,210	2,151	0.966	0.986
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.644	0.017	0.027	3.603	1.898	1,763	2,810	0.610	0.679
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.134	0.009	0.068	2.006	1.416	1,763	2,810	0.116	0.152
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.977	0.010	0.010	4.840	2.200	437	1,091	0.957	0.997
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.924	0.016	0.018	4.067	2.017	437	1,091	0.891	0.956
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.935	0.016	0.017	4.395	2.096	437	1,091	0.903	0.966
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.546	0.022	0.041	2.154	1.468	437	1,091	0.501	0.590
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.850	0.013	0.016	1.536	1.239	437	1,091	0.824	0.877
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.959	0.014	0.014	6.649	2.579	870	1,374	0.931	0.987
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.070	0.008	0.109	1.222	1.105	870	1,374	0.055	0.085
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.011	0.004	0.377	2.101	1.449	870	1,374	0.003	0.019
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.250	0.020	0.082	3.044	1.745	870	1,374	0.209	0.291
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.451	0.068	0.151	2.377	1.542	91	128	0.315	0.587
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.064	0.012	0.179	6.288	2.508	1,959	2,854	0.041	0.087
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.019	0.009	0.475	12.495	3.535	1,959	2,854	0.001	0.037
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.864	0.025	0.029	1.369	1.170	159	257	0.814	0.914
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.787	0.035	0.045	1.881	1.372	159	257	0.717	0.857

Cuadro SE.5: Errores muestrales: Noroeste

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (r)	Error estándar (se)	Coeficiente de variación (se/r)	Efecto del diseño (deff)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (deff)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior r - 2se	Límite superior r + 2se
Miembros del hogar										
	4.1	0.995	0.004	0.004	6.137	2.477	8,084	2,045	0.987	1.000
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.3	0.974	0.005	0.005	1.820	1.349	8,084	2,045	0.964	0.983
Uso de saneamiento mejorado	7.4	0.985	0.003	0.003	0.751	0.867	906	1,041	0.978	0.991
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)										
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.680	0.017	0.024	1.679	1.296	1,372	1,336	0.647	0.713
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.138	0.015	0.106	2.382	1.543	1,372	1,336	0.108	0.167
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.998	0.002	0.002	0.579	0.761	323	549	0.995	1.000
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.964	0.008	0.008	0.925	0.962	323	549	0.948	0.979
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.997	0.002	0.002	0.658	0.811	323	549	0.994	1.000
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.433	0.044	0.102	4.317	2.078	323	549	0.345	0.521
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.788	0.042	0.054	5.891	2.427	323	549	0.704	0.873
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.994	0.002	0.002	0.704	0.839	808	812	0.989	0.998
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.084	0.018	0.213	3.378	1.838	808	812	0.049	0.120
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.037	0.010	0.283	2.467	1.571	808	812	0.016	0.057
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.313	0.035	0.112	4.610	2.147	808	812	0.243	0.383
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.531	0.067	0.126	3.250	1.803	187	181	0.397	0.665
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.010	0.003	0.306	1.409	1.187	1,384	1,464	0.004	0.016
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.004	0.002	0.583	1.850	1.360	1,384	1,464	0.000	0.008
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.914	0.036	0.040	1.420	1.192	82	85	0.841	0.987
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.810	0.060	0.074	1.945	1.395	82	85	0.691	0.930

Cuadro SE.6: Errores muestrales: Noreste												
Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (<i>deff</i>), raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015												
					Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)		Efecto del diseño (<i>deff</i>)		Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)		Límites de confianza	
					Error estándar (<i>se</i>)	Valor (<i>r</i>)	Indicador MICS	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>		
Miembros del hogar												
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber												
Uso de saneamiento mejorado												
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)												
Mujeres												
Tasa de prevalencia de anticonceptivos												
Necesidad no satisfecha de anticoncepción												
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)												
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)												
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada												
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento												
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento												
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes												
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años												
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses												
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes												
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales												
Menores de 5 años												
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)												
Prevalencia de bajo peso (severo)												
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)												
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada												

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*defn*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*defn*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados. México, 2015

Método de estimación de la diferencia de riesgo atribuible										
Intervención	Indicador MICS	Valor (r)	Error estándar (se)	Coeficiente de variación (se/r)	Efecto del diseño (deff)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (deff)	Límites de confianza			
							Conteo ponderado	Conteo no ponderado r - 2se		
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.991	0.003	0.003	1.917	1.384	8,778	2,460	0.985	0.996
	4.3	0.956	0.007	0.007	2.830	1.682	8,778	2,460	0.942	0.970
	7.4	0.992	0.004	0.004	2.203	1.484	1,068	1,331	0.985	0.999
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.650	0.020	0.031	3.154	1.776	1,659	1,818	0.610	0.689
	5.4	0.124	0.009	0.076	1.488	1.220	1,659	1,818	0.105	0.143
	5.5a	0.989	0.004	0.004	1.112	1.055	410	714	0.980	0.997
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5b	0.952	0.014	0.014	2.930	1.712	410	714	0.924	0.979
	5.7	0.994	0.003	0.003	0.982	0.991	410	714	0.989	1.000
	2.6	0.616	0.031	0.051	2.940	1.715	410	714	0.553	0.678
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	-	0.837	0.021	0.025	2.346	1.532	410	714	0.795	0.880
	7.1	0.972	0.007	0.007	1.613	1.270	756	880	0.958	0.986
	9.10	0.055	0.011	0.197	2.000	1.414	756	880	0.033	0.077
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.12	0.021	0.006	0.292	1.616	1.271	756	880	0.009	0.033
	9.1	0.333	0.023	0.070	2.121	1.456	756	880	0.287	0.379
	9.15	0.621	0.066	0.106	2.791	1.671	146	153	0.489	0.752
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.044	0.011	0.257	5.617	2.370	1,799	1,865	0.021	0.066
	2.1b	0.018	0.010	0.544	10.243	3.201	1,799	1,865	0.000	0.038
	3.S5	0.872	0.035	0.041	1.238	1.113	106	111	0.801	0.943
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.12	0.779	0.039	0.051	0.992	0.996	106	111	0.700	0.858

Cuadro SE.7: Errores muestrales: Centro

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.978	0.008	0.008	5.510	2.347	6,205	1,945	0.963	0.994
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.912	0.015	0.016	5.396	2.323	6,205	1,945	0.882	0.942
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.980	0.005	0.005	1.118	1.057	642	1,062	0.971	0.989
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.709	0.036	0.051	9.756	3.123	1,170	1,534	0.636	0.781
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.099	0.017	0.173	5.053	2.248	1,170	1,534	0.065	0.133
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.989	0.005	0.005	1.389	1.179	281	585	0.979	0.999
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.960	0.010	0.011	1.618	1.272	281	585	0.939	0.981
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.974	0.017	0.018	6.627	2.574	281	585	0.939	1.000
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.599	0.041	0.068	4.026	2.006	281	585	0.517	0.680
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.866	0.021	0.025	2.278	1.509	281	585	0.823	0.908
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.983	0.005	0.005	0.992	0.996	556	804	0.974	0.992
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.051	0.011	0.208	1.876	1.370	556	804	0.030	0.073
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.016	0.010	0.640	5.327	2.308	556	804	0.000	0.036
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.373	0.035	0.093	4.126	2.031	556	804	0.304	0.442
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.699	0.082	0.117	2.204	1.485	53	70	0.535	0.863
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.042	0.011	0.274	4.826	2.197	1,479	1,478	0.019	0.065
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.005	0.002	0.379	0.986	0.993	1,479	1,478	0.001	0.008
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.899	0.033	0.037	1.562	1.250	86	128	0.832	0.966
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.794	0.050	0.062	1.914	1.384	86	128	0.695	0.894

Cuadro SE.8: Errores muestrales: Ciudad de México-Estado de México

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.990	0.003	0.003	1.684	1.298	8,846	2,110	0.984	0.995
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.909	0.014	0.015	4.826	2.197	8,846	2,110	0.881	0.936
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.983	0.005	0.005	1.829	1.352	942	1,060	0.973	0.994
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.659	0.029	0.044	5.403	2.324	1,515	1,462	0.602	0.717
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.134	0.015	0.109	2.720	1.649	1,515	1,462	0.105	0.164
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.983	0.005	0.005	0.848	0.921	345	515	0.973	0.994
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.944	0.013	0.014	1.732	1.316	345	515	0.917	0.971
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.992	0.003	0.003	0.548	0.740	345	515	0.987	0.998
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.430	0.042	0.097	3.615	1.901	345	515	0.347	0.513
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.749	0.039	0.051	4.059	2.015	345	515	0.672	0.826
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.991	0.004	0.004	1.554	1.247	737	741	0.983	1.000
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.093	0.024	0.261	5.183	2.277	737	741	0.045	0.142
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.041	0.021	0.510	8.256	2.873	737	741	0.000	0.083
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.273	0.031	0.115	3.648	1.910	737	741	0.210	0.335
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.668	0.125	0.187	10.378	3.222	203	148	0.418	0.918
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.039	0.008	0.202	2.169	1.473	1,447	1,330	0.023	0.054
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.010	0.004	0.420	2.277	1.509	1,447	1,330	0.002	0.018
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.894	0.033	0.037	1.568	1.252	127	134	0.827	0.961
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.824	0.043	0.053	1.723	1.313	127	134	0.737	0.910

Cuadro SE.9: Errores muestrales: Sur

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.950	0.010	0.011	5.022	2.241	8,468	2,200	0.929	0.971
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.916	0.009	0.010	2.280	1.510	8,468	2,200	0.898	0.933
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.957	0.010	0.011	3.313	1.820	1,033	1,253	0.936	0.978
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.660	0.019	0.029	2.840	1.685	1,646	1,737	0.622	0.699
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.146	0.012	0.079	1.841	1.357	1,646	1,737	0.123	0.169
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.967	0.013	0.013	3.359	1.833	372	669	0.942	0.992
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.900	0.023	0.025	3.853	1.963	372	669	0.854	0.945
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.929	0.013	0.014	1.811	1.346	372	669	0.903	0.956
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.469	0.025	0.054	1.725	1.314	372	669	0.418	0.520
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.833	0.017	0.020	1.378	1.174	372	669	0.799	0.867
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.941	0.020	0.022	6.286	2.507	797	834	0.901	0.982
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.069	0.013	0.189	2.205	1.485	797	834	0.043	0.095
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.017	0.005	0.280	1.154	1.074	797	834	0.008	0.027
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.290	0.020	0.069	1.611	1.269	797	834	0.250	0.330
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.709	0.057	0.080	1.387	1.178	125	89	0.595	0.823
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.053	0.007	0.125	1.515	1.231	1,697	1,718	0.040	0.067
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.010	0.003	0.322	1.731	1.316	1,697	1,718	0.003	0.016
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.864	0.037	0.043	2.670	1.634	212	228	0.790	0.939
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.793	0.044	0.056	2.709	1.646	212	228	0.704	0.881

Cuadro SE.10: Errores muestrales: Más pobre

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior r - 2se	Límite superior r + 2se
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.925	0.012	0.013	5.681	2.383	8,076	2,781	0.902	0.949
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.810	0.014	0.018	3.680	1.918	8,076	2,781	0.781	0.838
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.964	0.006	0.006	2.086	1.444	1,126	1,849	0.952	0.977
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.600	0.020	0.034	3.860	1.965	1,489	2,209	0.559	0.641
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.151	0.011	0.071	1.975	1.405	1,489	2,209	0.130	0.172
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.968	0.011	0.011	3.442	1.855	418	919	0.947	0.990
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.878	0.018	0.020	2.658	1.630	418	919	0.843	0.913
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.919	0.016	0.018	3.195	1.787	418	919	0.886	0.951
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.566	0.024	0.042	2.127	1.459	418	919	0.518	0.613
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.872	0.016	0.019	2.164	1.471	418	919	0.839	0.904
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.947	0.015	0.016	5.379	2.319	746	1,135	0.916	0.978
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.078	0.010	0.123	1.447	1.203	746	1,135	0.059	0.097
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.011	0.005	0.459	2.692	1.641	746	1,135	0.001	0.021
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.211	0.020	0.093	2.628	1.621	746	1,135	0.172	0.250
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.516	0.066	0.128	1.339	1.157	55	78	0.384	0.648
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.074	0.011	0.155	4.482	2.117	1,849	2,333	0.051	0.097
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.018	0.010	0.538	12.438	3.527	1,849	2,333	0.000	0.038
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.844	0.025	0.030	1.295	1.138	193	275	0.794	0.894
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.767	0.031	0.041	1.497	1.224	193	275	0.705	0.830

Cuadro SE.11: Errores muestrales: Segundo

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.989	0.003	0.003	2.060	1.435	8,051	2,511	0.983	0.995
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.904	0.011	0.012	3.654	1.912	8,051	2,511	0.881	0.926
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.973	0.006	0.006	1.690	1.300	1,021	1,367	0.962	0.985
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.641	0.020	0.030	3.120	1.766	1,505	1,881	0.602	0.680
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.151	0.010	0.067	1.489	1.220	1,505	1,881	0.131	0.171
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.983	0.004	0.005	0.956	0.978	492	790	0.974	0.992
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.955	0.013	0.013	2.908	1.705	492	790	0.930	0.980
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.995	0.003	0.003	0.997	0.998	492	790	0.990	1.000
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.508	0.030	0.059	2.876	1.696	492	790	0.448	0.568
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.815	0.022	0.027	2.544	1.595	492	790	0.771	0.859
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.957	0.015	0.015	5.344	2.312	830	1,001	0.928	0.987
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.084	0.013	0.159	2.313	1.521	830	1,001	0.057	0.110
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.026	0.007	0.264	1.868	1.367	830	1,001	0.012	0.040
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.270	0.023	0.083	2.577	1.605	830	1,001	0.225	0.316
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.574	0.048	0.084	1.400	1.183	140	149	0.478	0.670
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.037	0.007	0.184	2.640	1.625	2,039	2,053	0.023	0.050
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.008	0.003	0.378	2.464	1.570	2,039	2,053	0.002	0.015
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.903	0.038	0.042	2.540	1.594	169	155	0.828	0.979
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.833	0.047	0.056	2.413	1.553	169	155	0.739	0.926

Cuadro SE.12: Errores muestrales: Medio

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	0.995	0.002	0.002	2.381	1.543	8,098	2,129	0.990	1.000
Uso de saneamiento mejorado	4.3	0.976	0.005	0.005	1.874	1.369	8,098	2,129	0.967	0.985
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.994	0.002	0.002	0.623	0.789	991	1,089	0.990	0.998
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.669	0.020	0.030	2.754	1.660	1,504	1,522	0.629	0.709
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.140	0.016	0.111	3.077	1.754	1,504	1,522	0.109	0.172
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	0.994	0.003	0.003	0.588	0.767	365	595	0.989	0.999
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.969	0.006	0.007	0.828	0.910	365	595	0.956	0.982
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	0.997	0.001	0.001	0.247	0.497	365	595	0.995	0.999
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.598	0.036	0.060	3.163	1.778	365	595	0.527	0.670
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.821	0.027	0.033	2.970	1.723	365	595	0.767	0.875
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.990	0.003	0.003	0.933	0.966	811	824	0.983	0.997
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.084	0.017	0.203	3.090	1.758	811	824	0.050	0.118
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.014	0.004	0.258	0.758	0.871	811	824	0.007	0.021
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.335	0.030	0.089	3.254	1.804	811	824	0.275	0.394
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.623	0.066	0.106	2.770	1.664	147	149	0.491	0.756
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.029	0.006	0.202	1.888	1.374	1,629	1,566	0.017	0.040
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.005	0.002	0.416	1.378	1.174	1,629	1,566	0.001	0.009
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	0.863	0.032	0.038	1.007	1.003	106	114	0.799	0.928
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	0.777	0.041	0.052	1.084	1.041	106	114	0.695	0.858

Cuadro SE.14: Errores muestrales: Más rico

Errores estándares, coeficientes de variación, efecto del diseño (*deff*), raíz cuadrada del efecto del diseño (*deff*), e intervalos de confianza de indicadores seleccionados, México, 2015

	Indicador MICS	Valor (<i>r</i>)	Error estándar (<i>se</i>)	Coeficiente de variación (<i>se/r</i>)	Efecto del diseño (<i>deff</i>)	Raíz cuadrada del efecto del diseño (<i>deff</i>)	Conteo ponderado	Conteo no ponderado	Límites de confianza	
									Límite inferior <i>r</i> - 2 <i>se</i>	Límite superior <i>r</i> + 2 <i>se</i>
Miembros del hogar										
Uso de fuentes de agua mejoradas para beber	4.1	1.00	0.00	0.00	0.88	0.94	8,071	1,421	1.00	1.00
Uso de saneamiento mejorado	4.3	1.00	0.00	0.00	0.74	0.86	8,071	1,421	0.99	1.00
Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	7.4	0.99	0.01	0.01	3.30	1.82	745	546	0.97	1.00
Mujeres										
Tasa de prevalencia de anticonceptivos	5.3	0.74	0.03	0.04	4.00	2.00	1,410	907	0.69	0.80
Necesidad no satisfecha de anticoncepción	5.4	0.09	0.01	0.17	2.37	1.54	1,410	907	0.06	0.12
Cobertura de atención prenatal (al menos una vez por alguna persona capacitada)	5.5a	1.00	0.00	0.00	0.45	0.67	186	262	0.99	1.00
Cobertura de atención prenatal (al menos cuatro veces por algún proveedor)	5.5b	0.98	0.01	0.01	2.09	1.44	186	262	0.95	1.00
Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	5.7	1.00	0.00	0.00	0.47	0.68	186	262	0.99	1.00
Porcentaje amamantado en la primera hora del nacimiento	2.6	0.42	0.03	0.08	1.09	1.05	186	262	0.36	0.49
Porcentaje amamantado en el primer día del nacimiento	-	0.84	0.03	0.03	1.26	1.12	186	262	0.79	0.89
Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	7.1	0.99	0.01	0.01	1.60	1.27	559	442	0.98	1.00
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron sexo antes de los 15 años	9.10	0.03	0.01	0.39	2.38	1.54	559	442	0.01	0.06
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron sexo con más de una pareja en los últimos 12 meses	9.12	0.05	0.02	0.38	3.06	1.75	559	442	0.01	0.08
Conocimiento sobre la prevención del VIH entre mujeres jóvenes	9.1	0.39	0.05	0.12	4.22	2.05	559	442	0.30	0.49
Uso del preservativo con compañeros sexuales ocasionales	9.15	0.64	0.11	0.17	7.00	2.65	221	131	0.42	0.86
Menores de 5 años										
Prevalencia de bajo peso (moderado y severo)	2.1a	0.02	0.01	0.34	1.70	1.31	883	686	0.01	0.04
Prevalencia de bajo peso (severo)	2.1b	0.01	0.01	0.61	2.50	1.58	883	686	0.00	0.02
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron terapia de rehidratación oral (TRO)	3.S5	(0.92)	(0.04)	(0.04)	(0.95)	(0.97)	56	48	(0.85)	(1.00)
Niños/as menores de 5 años con diarrea que recibieron TRO con alimentación continuada	3.12	(0.79)	(0.04)	(0.05)	(0.38)	(0.62)	56	48	(0.71)	(0.86)

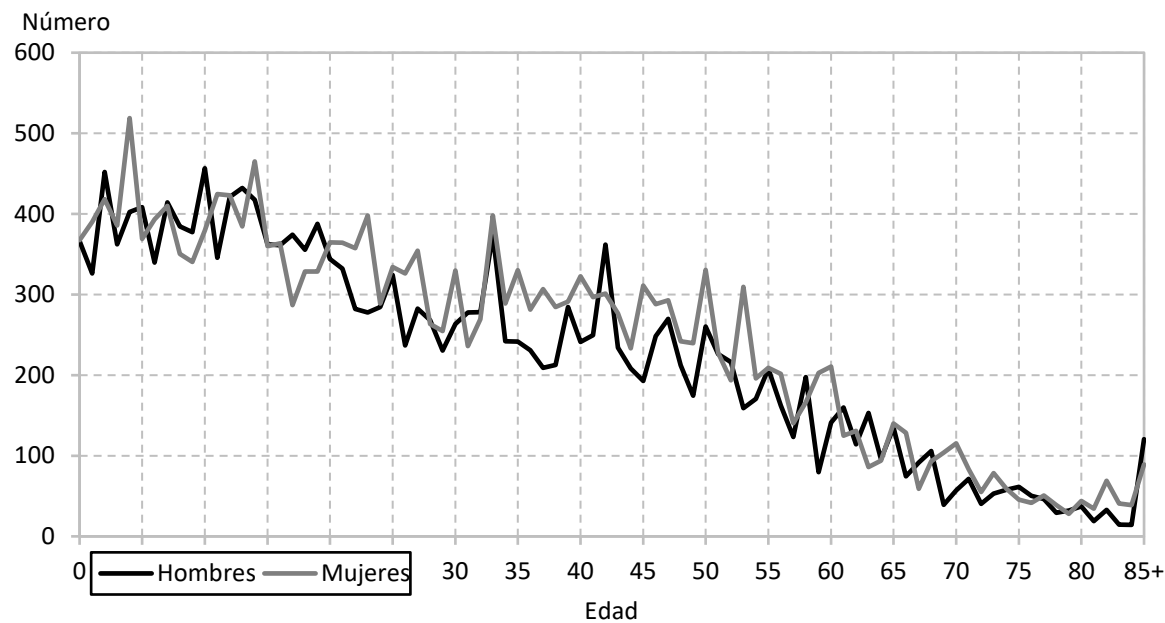
() Cifras que se basan en 25-49 casos no ponderados.

APÉNDICE D. CUADROS SOBRE LA CALIDAD DE LOS DATOS

Apéndice D. Cuadros sobre la calidad de los datos

DQ.1: Distribución de la edad de la población de los hogares									
Distribución por año simple de la edad de la población de los hogares por sexo, México, 2015									
	Hombres		Mujeres			Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Edad					Edad				
0	366	1.9	367	1.7	45	193	1.0	311	1.5
1	326	1.7	390	1.9	46	249	1.3	288	1.4
2	452	2.3	418	2.0	47	270	1.4	293	1.4
3	362	1.9	386	1.8	48	212	1.1	242	1.1
4	402	2.1	519	2.5	49	175	0.9	239	1.1
5	408	2.1	369	1.8	50	260	1.3	330	1.6
6	340	1.8	393	1.9	51	226	1.2	228	1.1
7	414	2.1	410	1.9	52	216	1.1	194	0.9
8	384	2.0	350	1.7	53	159	0.8	309	1.5
9	377	2.0	340	1.6	54	171	0.9	196	0.9
10	457	2.4	379	1.8	55	208	1.1	209	1.0
11	346	1.8	424	2.0	56	162	0.8	202	1.0
12	421	2.2	423	2.0	57	123	0.6	140	0.7
13	432	2.2	385	1.8	58	198	1.0	166	0.8
14	417	2.2	465	2.2	59	80	0.4	203	1.0
15	362	1.9	360	1.7	60	141	0.7	211	1.0
16	361	1.9	363	1.7	61	160	0.8	125	0.6
17	374	1.9	287	1.4	62	114	0.6	131	0.6
18	355	1.8	328	1.6	63	153	0.8	86	0.4
19	388	2.0	329	1.6	64	96	0.5	94	0.4
20	344	1.8	365	1.7	65	135	0.7	140	0.7
21	332	1.7	364	1.7	66	74	0.4	128	0.6
22	282	1.5	357	1.7	67	92	0.5	59	0.3
23	278	1.4	398	1.9	68	106	0.5	93	0.4
24	285	1.5	289	1.4	69	39	0.2	104	0.5
25	324	1.7	334	1.6	70	57	0.3	115	0.5
26	237	1.2	326	1.5	71	71	0.4	83	0.4
27	282	1.5	354	1.7	72	40	0.2	55	0.3
28	268	1.4	264	1.3	73	53	0.3	78	0.4
29	231	1.2	255	1.2	74	58	0.3	59	0.3
30	263	1.4	330	1.6	75	61	0.3	46	0.2
31	278	1.4	236	1.1	76	50	0.3	41	0.2
32	278	1.4	269	1.3	77	46	0.2	51	0.2
33	374	1.9	398	1.9	78	29	0.2	39	0.2
34	242	1.3	289	1.4	79	32	0.2	28	0.1
35	241	1.3	330	1.6	80	37	0.2	44	0.2
36	231	1.2	281	1.3	81	19	0.1	35	0.2
37	209	1.1	307	1.5	82	33	0.2	69	0.3
38	213	1.1	284	1.3	83	15	0.1	41	0.2
39	285	1.5	291	1.4	84	14	0.1	39	0.2
40	241	1.3	323	1.5	85+	121	0.6	89	0.4
41	249	1.3	297	1.4					
42	362	1.9	301	1.4	Ignorado/NS	38	0.2	2	0.0
43	234	1.2	277	1.3					
44	208	1.1	233	1.1	Total		100.0		100.0

Figura DQ.1: Población de hogares por edad individual, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México, ENIM 2015



Nota: La figura excluye el 40 (0.21%) de miembros del hogar con edad y/o sexo...

DQ.2: Distribución de la edad de las mujeres elegibles y entrevistadas				
Población de los hogares de mujeres de 10-54 años, mujeres entrevistadas de 15-49 años, porcentaje de mujeres elegibles que fueron entrevistadas, por grupos quinquenales de edad, México, 2015				
Edad	Población de hogares de mujeres de 10-54 años	Mujeres entrevistadas de 15-49 años		Porcentaje de mujeres elegibles entrevistadas (Tasa de cobertura)
	Número	Número	Porcentaje	
10-14	2,076	na	na	na
15-19	1,667	1,450	14.7	87.0
20-24	1,773	1,541	15.6	86.9
25-29	1,533	1,425	14.4	93.0
30-34	1,522	1,441	14.6	94.7
35-39	1,494	1,422	14.4	95.2
40-44	1,431	1,297	13.1	90.7
45-49	1,373	1,299	13.2	94.6
50-54	1,257	na	na	na
Total (15-49)	10,793	9,876	100.0	91.5
Razón de 50-54 a 45-49	0.9	na	na	na

na: no aplicable

DQ.3: Distribución de la edad de niños/as en el hogar y en cuestionarios de menores de 5 años

Población de hogares con niños de 0-7 años, niños/as de 0-4 años cuya madre/cuidador fueron entrevistados, y porcentaje de menores de 5 años cuya madre/cuidador fueron entrevistados, por años simples de edad, México, 2015

	Población de hogares de niños de 0-7 años	Menores de 5 años con entrevistas completas		Porcentaje de menores de 5 años elegibles con entrevistas completas
	Número	Número	Porcentaje	
Edad				
0	734	718	18.4	97.8
1	716	703	18.0	98.1
2	870	853	21.8	97.9
3	748	729	18.7	97.4
4	921	906	23.2	98.3
5	777	na	na	na
6	733	na	na	na
7	824	na	na	na
Total (0-4)	3,990		100.0	
Razón de 5 a 4	0.84	na	na	na

na: no aplicable

DQ.4: Reporte de fechas de nacimiento: Población de hogares

Distribución porcentual de la población del hogar por completitud de la información de la fecha de nacimiento, México, 2015

	Complejidad del reporte del mes y año de nacimiento				Total	Número de miembros del hogar
	Año y mes de nacimiento	Solamente año de nacimiento	Solamente mes de nacimiento	Ambos faltantes		
Total	99.0	0.5	0.0	0.5	100.0	40,381
Edad						
0-4	99.7	0.0	0.0	0.3	100.0	3,990
5-14	99.6	0.4	0.0	0.1	100.0	7,936
15-24	99.0	0.7	0.0	0.2	100.0	6,801
25-49	98.9	0.5	0.0	0.6	100.0	13,703
50-64	99.1	0.4	0.0	0.6	100.0	5,290
65-84	97.4	1.1	0.2	1.3	100.0	2,411
85+	98.6	0.1	0.0	1.2	100.0	210
Ignorado/NS	na	na	5.2	94.8	100.0	40
Región						
Noroeste	98.5	0.3	0.1	1.1	100.0	8,084
Noreste	99.2	0.2	0.0	0.6	100.0	8,778
Centro	99.5	0.5	0.0	0.0	100.0	6,205
CDMX-Edo	99.1	0.2	0.0	0.7	100.0	8,846
México						
Sur	98.6	1.3	0.0	0.1	100.0	8,468
Zona de residencia						
Urbana	99.1	0.3	0.0	0.6	100.0	31,004
Rural	98.5	1.2	0.1	0.3	100.0	9,377

na: no aplicable

DQ.5: Reporte de fecha de nacimiento y edad: Mujeres

Distribución porcentual de mujeres de 15-49 años por completitud de la fecha de nacimiento/información de la edad, México, 2015

	Completitud del reporte de fecha de nacimiento y edad					Total	Número de mujeres de 15-49 años
	Año y mes de nacimiento	Año de nacimiento y edad	Solamente año de nacimiento	Solamente edad	Otro/Ignorado/NS		
Total	99.7	0.2	0.0	0.1	0.0	100.0	12,110
Región							
Noroeste	99.8	0.0	0.0	0.2	0.0	100.0	2,403
Noreste	99.9	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2,670
Centro	99.7	0.3	0.0	0.0	0.0	100.0	1,815
CDMX-Edo México	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	2,676
Sur	99.2	0.8	0.0	0.0	0.0	100.0	2,545
Zona de residencia							
Urbana	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	9,421
Rural	98.8	1.0	0.0	0.2	0.0	100.0	2,689

DQ.6: Reporte de fecha de nacimiento y edad: Menores de 5 años

Distribución porcentual de menores de 5 años por completitud de la fecha de nacimiento/información de la edad, México, 2015

	Completitud del reporte de fecha de nacimiento y edad					Total	Número de menores de 5 años
	Año y mes de nacimiento	Año de nacimiento y edad	Solamente año de nacimiento	Solamente edad	Otro/Ignorado/NS		
Total	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	8,066
Región							
Noroeste	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,442
Noreste	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,831
Centro	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,517
CDMX-Edo México	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,556
Sur	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,720
Zona de residencia							
Urbana	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	6,076
Rural	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1,990

DQ.7: Reporte de fecha de nacimiento: Niños/as, adolescentes y gente joven

Distribución porcentual de niños/as, adolescentes y jóvenes de 5-24 años por completitud de la información de la fecha de nacimiento, México, 2015

	Completitud del reporte del mes y año de nacimiento				Total	Número de niños/as, adolescentes y gente joven de 5-24 años
	Año y mes de nacimiento	Solamente año de nacimiento	Solamente mes de nacimiento	Ambos faltantes		
Total	99.3	0.5	0.0	0.1	100.0	14,737
Región						
Noroeste	98.8	0.7	0.1	0.5	100.0	2,999
Noreste	99.7	0.1	0.0	0.2	100.0	3,202
Centro	99.5	0.5	0.0	0.0	100.0	2,308
CDMX-Edo México	99.8	0.1	0.0	0.0	100.0	3,062
Sur	98.8	1.2	0.0	0.0	100.0	3,167
Zona de residencia						
Urbana	99.5	0.3	0.0	0.2	100.0	11,030
Rural	98.8	1.1	0.1	0.1	100.0	3,707

DQ.8: Reporte de la fecha de nacimiento: Primeros y últimos nacimientos

Distribución porcentual de los nacimientos primeros y últimos de mujeres de 15-49 años por completitud de la fecha de nacimiento, México, 2015

	Completitud del reporte de la fecha de nacimiento										Número de últimos nacimientos
	Fecha del primer nacimiento					Fecha del último nacimiento					
	Año y mes de nacimiento	Solamente año de nacimiento	Solamente años completos desde el primer nacimiento	Otro/Ignorado/NS	Total	Año y mes de nacimiento	Solamente año de nacimiento	Otro/Ignorado/NS	Total		
Total	98.9	0.7	0.2	0.1	100.0	8,931	99.4	0.4	0.1	100.0	6,625
Región											
Noroeste	99.1	0.4	0.1	0.5	100.0	1,746	99.9	0.1	0.0	100.0	1,271
Noreste	99.6	0.1	0.3	0.0	100.0	1,990	99.9	0.0	0.1	100.0	1,481
Centro	98.5	0.8	0.7	0.0	100.0	1,366	99.5	0.5	0.0	100.0	1,058
CDMX-Edo México	98.9	0.7	0.2	0.1	100.0	1,943	99.3	0.2	0.5	100.0	1,389
Sur	98.3	1.5	0.1	0.1	100.0	1,886	98.7	1.3	0.0	100.0	1,427
Zona de residencia											
Urbana	99.2	0.4	0.2	0.2	100.0	6,900	99.7	0.2	0.1	100.0	5,056
Rural	98.0	1.7	0.3	0.0	100.0	2,031	98.6	1.3	0.0	100.0	1,569

DQ.9: Completitud de la información			
Porcentaje de observaciones con información faltante para preguntas e indicadores seleccionados, México, 2015			
Cuestionarios y tipo de información faltante	Grupo de referencia	Porcentaje con información faltante/incompleta	Número de casos
Hogar			
Hora de inicio de la entrevista	Todas las viviendas entrevistadas	0.0	10,760
Hora de finalización de la entrevista	Todas las viviendas entrevistadas	0.0	10,760
Mujeres			
Fecha de la primera unión/matrimonio	Todas las mujeres de 15-49 años alguna vez casadas/unidas		
Solo el mes		3.4	8,752
Tanto año y mes		4.5	8,752
Edad a la primera unión/matrimonio	Todas las mujeres de 15-49 años alguna vez casadas/unidas con año de la primera unión desconocido	0.1	8,752
Edad a la primera relación sexual	Todas las mujeres de 15-24 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales	0.8	2,145
Tiempo desde la última relación sexual	Todas las mujeres de 15-24 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales	2.5	2,145
Hora de inicio de la entrevista	Todas las mujeres entrevistadas	0.0	12,110
Hora de finalización de la entrevista	Todas las mujeres entrevistadas	0.0	12,110
Niños/as y adolescentes de 5 a 17 años			
Hora de inicio de la entrevista	Todos los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años	0.0	11,607
Hora de finalización de la entrevista	Todos los niños/as y adolescentes de 5 a 17 años	0.0	11,607
Menores de 5 años			
Hora de inicio de la entrevista	Todos los niños menores de 5 años	0.0	8,066
Hora de finalización de la entrevista	Todos los niños menores de 5 años	0.0	8,066
a. Incluye respuestas "No sabe"			

DQ.10: Completitud de la información para indicadores de antropometría: Bajo peso

Distribución porcentual de niños menores de 5 años por completitud de la información de fecha de nacimiento y peso, México, 2015

	Peso y fecha de nacimiento válidos	Razones para excluirlos del análisis				Total	Porcentaje de niños excluidos del análisis	Número de niños menores de 5 años
		Peso no medido	Fecha de nacimiento incompleta	Peso no medido y fecha de nacimiento incompleta	Casos marcados (valores atípicos)			
Total	96.8	3.0	0.0	0.0	0.2	100.0	3.2	8,066
Edad								
<6 meses	98.2	1.8	0.0	0.0	0.0	100.0	1.8	646
6-11 meses	96.7	3.3	0.0	0.0	0.0	100.0	3.3	765
12-23 meses	97.6	2.2	0.0	0.0	0.2	100.0	2.4	1,440
24-35 meses	96.2	3.2	0.0	0.0	0.6	100.0	3.8	1,799
36-47 meses	96.9	3.1	0.0	0.0	0.0	100.0	3.1	1,456
48-59 meses	96.2	3.6	0.0	0.0	0.1	100.0	3.8	1,959

DQ.11: Completitud de la información para indicadores de antropometría: Altura para la edad

Distribución porcentual de niños menores de 5 años por completitud de la información de fecha de nacimiento y talla, México, 2015

	Talla y fecha de nacimiento válidos	Razones para excluirlos del análisis				Total	Porcentaje de niños excluidos del análisis	Número de niños menores de 5 años
		Talla no medida	Fecha de nacimiento incompleta	Talla no medida y fecha de nacimiento incompleta	Casos marcados (valores atípicos)			
Total	96.7	3.1	0.0	0.0	0.1	100.0	3.3	8,066
Edad								
<6 meses	98.0	1.8	0.0	0.0	0.1	100.0	2.0	646
6-11 meses	95.0	4.3	0.0	0.0	0.6	100.0	5.0	765
12-23 meses	97.8	2.2	0.0	0.0	0.0	100.0	2.2	1,440
24-35 meses	96.6	3.2	0.0	0.0	0.2	100.0	3.4	1,799
36-47 meses	96.8	3.1	0.0	0.0	0.1	100.0	3.2	1,456
48-59 meses	96.3	3.6	0.0	0.0	0.0	100.0	3.7	1,959

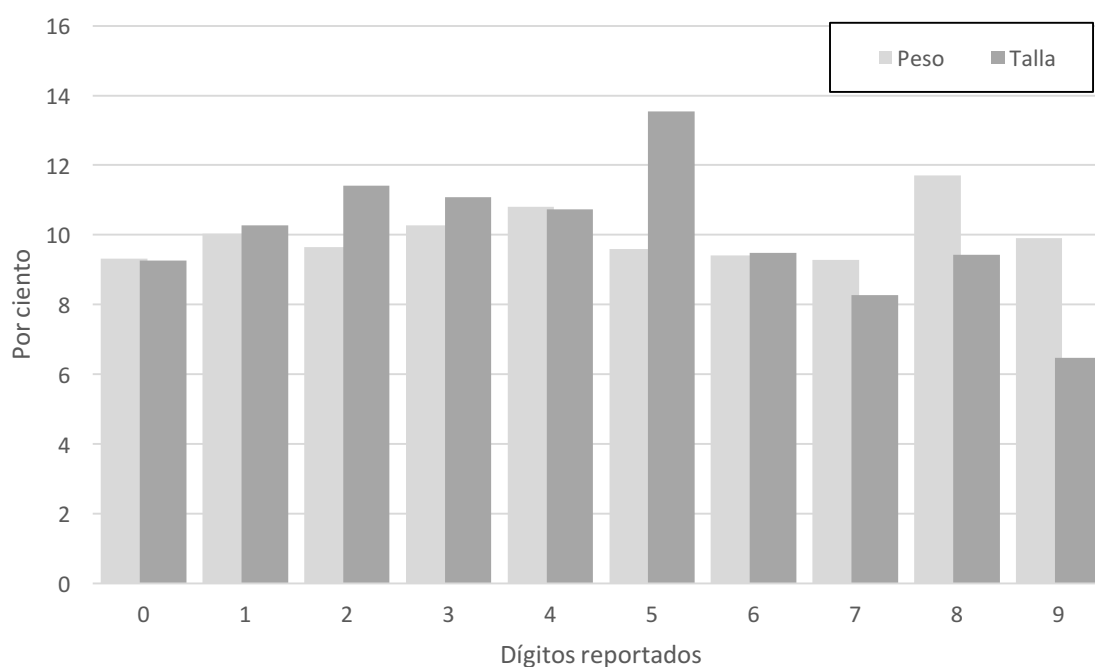
DQ.12: Completitud de la información para indicadores de antropometría: Peso y talla									
Distribución porcentual de niños menores de 5 años por completitud de información sobre peso y talla, México, 2015									
	Peso y talla válidos	Razones para excluirlas del análisis							Número de niños menores de 5 años
		Peso no medido	Talla no medida	Peso y talla no medidos	Casos marcados (valores atípicos)	Total	Porcentaje de niños excluidos del análisis		
Total	96.4	0.0	0.1	3.0	0.4	100.0	3.6		8,066
Edad									
<6 meses	97.9	0.0	0.0	1.8	0.3	100.0	2.1		646
6-11 meses	95.6	0.0	1.1	3.3	0.1	100.0	4.4		765
12-23 meses	97.4	0.0	0.0	2.2	0.3	100.0	2.6		1,440
24-35 meses	95.7	0.0	0.0	3.2	1.1	100.0	4.3		1,799
36-47 meses	96.6	0.0	0.0	3.1	0.3	100.0	3.4		1,456
48-59 meses	96.1	0.0	0.0	3.6	0.2	100.0	3.9		1,959

DQ.13: Preferencia de dígitos en medidas antropométricas

Distribución de mediciones de peso y talla por dígitos reportados para los puntos decimales, México, 2015

	Peso		Talla	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total	7,823	100.0	7,823	100.0
Dígitos				
0	730	9.3	725	9.3
1	785	10.0	804	10.3
2	755	9.7	893	11.4
3	804	10.3	867	11.1
4	845	10.8	840	10.7
5	750	9.6	1,059	13.5
6	736	9.4	743	9.5
7	726	9.3	647	8.3
8	916	11.7	738	9.4
9	775	9.9	507	6.5
0 o 5	1,480	18.9	1,784	22.8

Figura DQ.2: Medidas de peso y altura/longitud de acuerdo con los dígitos reportados para los puntos decimales, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México, ENIM 2015



DQ.14: Observación de actas de nacimiento

Distribución porcentual de niños menores de 5 años por presencia de actas de nacimiento, y porcentaje de actas de nacimiento vistas, México, 2015

	Niño tiene acta de nacimiento		Niño no tiene acta de nacimiento	Ignorado/NS	Total	Porcentaje de actas de nacimiento vistas por el entrevistador (1)/((1+2)*100	Número de niños menores de 5 años
	Vista por el entrevistador (1)	No vista por el entrevistador (2)					
Total	72.9	21.1	6.0	0.0	100.0	77.5	8,066
Región							
Noroeste	75.0	22.5	2.5	0.0	100.0	76.9	1,442
Noreste	79.1	16.4	4.6	0.0	100.0	82.8	1,831
Centro	62.1	29.6	8.3	0.0	100.0	67.7	1,517
CDMX-Edo	70.8	25.4	3.6	0.2	100.0	73.6	1,556
México							
Sur	75.8	13.7	10.4	0.0	100.0	84.7	1,720
Zona de residencia							
Urbana	72.8	21.7	5.5	0.1	100.0	77.1	6,076
Rural	73.0	19.5	7.5	0.0	100.0	78.9	1,990
Edad del niño							
0-5 meses	56.0	9.0	35.0	0.0	100.0	86.1	646
6-11 meses	71.0	18.8	10.2	0.0	100.0	79.1	765
12-23 meses	75.7	18.9	5.3	0.1	100.0	80.1	1,440
24-35 meses	69.2	27.3	3.5	0.0	100.0	71.7	1,799
36-47 meses	76.4	21.8	1.7	0.1	100.0	77.8	1,456
48-59 meses	77.8	21.6	0.6	0.0	100.0	78.3	1,959

DQ.15: Observación de cartillas de vacunación

Distribución porcentual de niños de 0-35 meses por la presencia de cartilla de vacunación, y el porcentaje de cartillas de vacunación vistas por los entrevistadores, México, 2015

	Niño no tiene cartilla de vacunación		Niño tiene cartilla de vacunación			Porcentaje de cartillas de vacunación vistas por el entrevistador		Número de niños de 0-35 meses
	Tuvo anteriormente cartilla de vacunación	Nunca ha tenido cartilla de vacunación	Vista por el entrevistador (1)	No vista por el entrevistador (2)	Ignorado/NS	Total	(1)/(1+2)*100	
Total	1.3	3.8	75.2	19.5	0.1	100.0	79.4	4,651
Región								
Noroeste	1.7	1.5	73.8	22.5	0.6	100.0	76.6	855
Noreste	0.5	6.9	73.6	19.0	0.0	100.0	79.5	1,060
Centro	0.4	1.5	88.7	9.4	0.1	100.0	90.4	840
CDMX-Edo México	3.6	3.5	58.8	34.0	0.1	100.0	63.4	912
Sur	0.7	4.9	81.6	12.8	0.0	100.0	86.5	984
Zona de residencia								
Urbana	1.7	3.5	71.9	22.9	0.0	100.0	75.9	3,522
Rural	0.3	4.8	85.4	9.1	0.4	100.0	90.3	1,130
Edad del niño								
0-5 meses	0.5	14.1	73.8	11.6	0.0	100.0	86.4	646
6-11 meses	0.3	2.0	81.7	15.9	0.0	100.0	83.7	765
12-23 meses	1.1	3.1	74.9	20.5	0.3	100.0	78.5	1,440
24-35 meses	2.3	1.5	73.0	23.1	0.1	100.0	75.9	1,799

DQ.16: Observación de cartilla de vacunación de las mujeres						
Distribución porcentual de mujeres con un nacimiento vivo en los últimos 2 años por presencia de cartilla de vacunación, y porcentaje de cartillas de vacunación vistas por los entrevistadores, México, 2015						
	Mujer tiene cartilla de vacunación			Porcentaje de cartillas de vacunación vistas por el entrevistador		Número de mujeres con nacimiento vivo en los últimos dos años
	Mujer no tiene cartilla de vacunación	Vistas por el entrevistador (1)	No vistas por el entrevistador (2)	Ignorado/NS	Total	
Total	24.3	46.4	29.2	0.1	100.0	1,732
Región						
Noroeste	23.1	43.8	33.1	0.0	100.0	323
Noreste	27.6	53.7	18.5	0.1	100.0	410
Centro	19.1	46.0	34.8	0.1	100.0	281
CDMX-Edo México	28.8	33.4	37.6	0.2	100.0	345
Sur	21.4	53.0	25.6	0.0	100.0	372
Zona de residencia						
Urbana	26.0	42.8	31.2	0.1	100.0	1,295
Rural	19.3	57.2	23.4	0.0	100.0	437
Edad						
15-24	21.9	46.2	31.8	0.1	100.0	805
25-34	23.2	49.5	27.2	0.1	100.0	697
35-49	36.1	37.9	26.0	0.0	100.0	230

DQ.17: Observación de lugares para el lavado de manos

Distribución porcentual de lugares para lavado de manos observados por los entrevistadores en todos los hogares entrevistados, México, 2015

	Lugares para lavado de manos				Total	Número de hogares entrevistados
	Observados	No observados				
		No hay en la casa, patio o parcela	No dieron permiso para verlo	Otra razón		
Total	91.1	2.6	6.2	0.1	100.0	10,760
Región						
Noroeste	93.9	1.0	5.0	0.1	100.0	2,181
Noreste	96.3	2.2	1.4	0.1	100.0	2,392
Centro	90.6	5.1	4.3	0.0	100.0	1,611
CDMX-Edo México	79.3	3.5	17.0	0.1	100.0	2,377
Sur	95.8	2.1	2.0	0.1	100.0	2,199
Zona de residencia						
Urbana	91.1	1.9	6.9	0.1	100.0	8,404
Rural	91.2	5.1	3.5	0.1	100.0	2,356
Quintiles del índice de riqueza						
Más pobre	90.6	5.5	3.6	0.3	100.0	1,960
Segundo	92.3	3.9	3.7	0.0	100.0	2,136
Medio	91.2	2.8	5.9	0.1	100.0	2,139
Cuarto	91.0	0.9	8.1	0.0	100.0	2,248
Más rico	90.3	0.6	9.0	0.0	100.0	2,278

DQ.18: Presencia de la madre en el hogar y de la persona entrevistada para cuestionario de menores de 5 años

Distribución de niños menores de 5 años en función de si la madre vive en le mismo hogar, y la persona que fue entrevistada para el cuestionario de menores de 5 años, México, 2015

	Madre no en el hogar				Total	Número de niños menores de 5 años
	Madre en el hogar	Padre entrevistado	Otra mujer adulta entrevistada	Otro hombre adulto entrevistado		
Total	95.3	0.7	4.0	0.0	100.0	3,990
Edad						
0	99.5	0.0	0.5	0.0	100.0	734
1	97.8	0.1	2.1	0.0	100.0	716
2	88.4	1.6	10.0	0.0	100.0	870
3	95.9	0.3	3.8	0.0	100.0	748
4	95.9	1.3	2.8	0.0	100.0	921

DQ.19: Asistencia escolar por edad

Distribución de la población de 5-24 años de los hogares por nivel educativo y grado al que asisten en el actual (o más reciente) año escolar, México, 2015

Edad al inicio del año escolar	No asisten a la escuela	Actualmente asistiendo														Número de miembros del hogar			
		Grado del nivel primaria						Grado del nivel secundaria ^b			Grado del nivel medio superior				Mayor a media superior		Ignorado/NS	Total	
		Preescolar	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3					4
5	3.4	67.6	28.3	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	770
6	1.5	5.7	58.8	33.4	0.6	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	753
7	1.3	0.0	5.6	63.9	28.2	0.7	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	787
8	1.3	0.0	0.6	7.3	58.2	31.5	0.7	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	740
9	0.7	0.0	1.4	1.7	6.0	60.6	28.8	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	729
10	0.8	0.0	0.1	0.3	1.2	9.5	58.7	29.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	826
11	1.4	0.0	0.0	0.4	1.0	1.5	11.5	63.4	20.3	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	756
12	3.3	0.0	0.6	0.0	0.5	0.5	3.1	9.6	55.8	26.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	881
13	6.8	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	1.0	3.6	10.8	59.2	18.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	821
14	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	1.2	5.3	12.4	61.3	11.1	0.7	0.1	0.0	0.0	0.0	100.0	867
15	26.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.3	0.8	3.6	19.1	38.9	9.4	0.9	0.0	0.3	0.0	100.0	731
16	27.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5	0.9	6.3	17.5	36.7	9.9	0.0	0.4	0.0	100.0	707
17	37.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.9	0.6	6.7	16.9	32.7	0.0	4.5	0.0	100.0	656
18	58.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.6	0.7	3.1	8.0	13.0	0.0	15.5	0.0	100.0	677
19	59.7	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.7	0.6	4.2	5.9	0.0	28.3	0.4	100.0	731
20	67.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	1.6	0.5	3.7	0.0	26.4	0.0	100.0	710
21	71.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.6	0.6	1.3	1.5	0.0	24.1	0.0	100.0	671
22	80.7	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	2.0	0.4	0.1	0.6	0.0	15.7	0.0	100.0	652
23	80.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.6	0.4	1.0	1.9	0.1	15.3	0.1	100.0	674
24 ^a	84.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5	0.8	0.2	0.1	0.8	0.0	12.4	0.0	100.0	491

a. Las personas con 25 años en el momento de la entrevista que tenían 24 años al comienzo del año escolar no se cuentan como asistiendo. Solo se tienen en cuenta a aquellas que tenían de 5-24 años en el momento de la entrevista

DQ.20: Índice de masculinidad al nacer entre niños nacidos vivos y sobrevivientes

Índice de masculinidad (número de hombres por 100 mujeres) entre niños nacidos vivos (al nacimiento), niños sobrevivientes, y niños fallecidos, por edad de las mujeres, México, 2015

	Niños/as nacidos vivos			Niños/as sobrevivientes			Niños/as fallecidos			Número de mujeres
	Hijos	Hijas	Índice de masculinidad al nacer	Hijos	Hijas	Índice de masculinidad	Hijos	Hijas	Índice de masculinidad	
Total	11,243	10,877	1.03	10,862	10,664	1.02	381	212	1.79	12,110
Edad										
15-19	163	197	0.83	156	197	0.79	7	0	36.86	1,765
20-24	853	868	0.98	840	860	0.98	13	8	1.63	1,889
25-29	1,389	1,340	1.04	1,366	1,320	1.03	23	19	1.22	1,743
30-34	1,938	2,021	0.96	1,860	1,998	0.93	78	23	3.39	1,773
35-39	2,176	2,144	1.01	2,132	2,112	1.01	44	33	1.36	1,754
40-44	2,280	2,102	1.08	2,190	2,053	1.07	90	50	1.81	1,589
45-49	2,444	2,204	1.11	2,318	2,124	1.09	126	80	1.57	1,598

APÉNDICE E. INDICADORES DE LA MICS5 ENCUESTA NACIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y MUJERES, ENIM 2015. NUMERADORES Y DENOMINADORES

Apéndice E. Indicadores de la MICS5 Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres, ENIM 2015.

Numeradores y denominadores

INDICADOR MICS	Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
2. NUTRICIÓN				
2.1a 2.1b	AN	(a) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos dos desviaciones estándar (moderada y severa) (b) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos tres desviaciones estándar (severa) con respecto al peso medio por la edad del estándar de la OMS	Número total de niños/as menores de 5 años	2.2.2
2.2a 2.2b	AN	(a) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos dos desviaciones estándar (moderada y severa) (b) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos tres desviaciones estándar (severa) con respecto a la altura media por la edad estándar de la OMS	Número total de niños/as menores de 5 años	2.2.1
2.3a 2.3b	AN	(a) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos dos desviaciones estándar (moderada y severa) (b) Número de niños/as menores de 5 años que están debajo de menos tres desviaciones estándar (severa) con respecto al peso mediano por la altura estándar de la OMS	Número total de niños/as menores de 5 años	2.2.2
2.4	AN	Número de niños/as menores de 5 años que están por encima de dos desviaciones estándar con respecto al peso mediano por la altura estándar de la OMS	Número total de niños/as menores de 5 años	2.2.2

¹ Algunos indicadores se construyen utilizando las preguntas en varios módulos de los cuestionarios MICS. En tales casos, solamente se indica el módulo/s que contiene la mayor parte de la información necesaria

² El indicador MICS difiere del indicador ODS, para conocer los indicadores ODS visitar: <http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/metadata-compilation/>

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
2.5	Niños/as que alguna vez fueron lactados	MN	Número de mujeres con un nacido vivo en los 2 años antes de la encuesta que lactaron en cualquier momento a su último hijo/a nacido vivo	Número total de mujeres con un nacido vivo en los 2 años antes de la encuesta	
2.6	Iniciación temprana de la alimentación con leche materna	MN	Número de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 últimos años y que lactaron al recién nacido dentro de la hora de haber nacido	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta	
2.7	Lactancia exclusiva antes de los 6 meses	BD	Número de niños/as menores de 6 meses de edad que lactan exclusivamente ³	Número total de niños/as menores de 6 meses de edad	
2.8	Lactancia predominante en niños/as menores de 6 meses	BD	Número de niños/as menores de 6 meses que lactan como fuente predominante de alimentación ⁴ durante el día anterior	Número total de niños/as menores de 6 meses de edad	
2.9	Lactancia continua hasta el 1er año de edad	BD	Número de niños/as entre 12 y 15 meses alimentados con leche materna el día anterior	Número total de niños/as entre 12 y 15 meses	
2.10	Lactancia continua hasta los 2 años de edad	BD	Número de niños/as entre 20 y 23 meses alimentados con leche materna el día anterior	Número total de niños/as entre 20 y 23 meses	
2.11	Duración de la lactancia (mediana)	BD	La edad en meses en que el 50 por ciento de los niños/as entre 0 y 35 meses no recibió leche materna durante el día anterior		
2.12	Lactancia materna apropiada para la edad	BD	Número de niños/as de entre 0 y 23 meses que fueron alimentados apropiadamente ⁵ durante el día anterior	Número total de niños/as entre 0 y 23 meses	
2.13	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos	BD	Número de niños/as entre 6 y 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior	Número total de niños/as entre 6 y 8 meses	

³ Niños/as alimentados con leche materna y que no reciben ningún otro líquido o alimento, con excepción de solución oral rehidratante, (vitaminas, suplementos minerales y medicamentos).

⁴ Niños/as que reciben leche materna y ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de frutas, fluidos rituales, solución oral rehidratante, gotas, vitaminas, minerales y medicamentos) pero que no reciben otra cosa (en particular, leche de fórmula y fluidos a base de alimentos).

⁵ Niños/as de entre 0 y 5 meses que reciben exclusivamente leche materna, y niños/as de entre 6 y 23 meses que reciben leche materna y que comieron alimentos sólidos, semi-sólidos y blandos

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
2.14	Frecuencia de alimentación con leche en niños/as que no reciben leche materna	BD	Número de niños/as de entre 6 y 23 meses que no reciben leche materna y que recibieron al menos 2 tomas de leche durante el día anterior	Número total de niños/as entre 6 y 23 meses que no reciben leche materna	
2.15	Frecuencia mínima de comidas	BD	Número de niños/as de entre 6 y 23 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos y blandos (y niños/as no lactados que además son alimentados con leche) la cantidad mínima de veces ⁶ o más, según el estado de lactancia, durante el día anterior	Número total de niños/as entre 6 y 23 meses	
2.16	Diversidad alimentaria mínima	BD	Número de niños/as de 6 a 23 meses que recibieron alimentos de 4 o más grupos de alimentos durante el día anterior ⁷	Número total de niños/as de 6 a 23 meses	
2.17a 2.17b	Alimentación mínima aceptable	BD	(a) Número de niños/as amamantados entre 6 y 23 meses que recibieron al menos la diversidad alimentaria mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior (b) Número de niños/as no amamantados de 6-23 meses de edad que recibieron al menos 2 tomas de leche y que tuvieron al menos la diversidad alimentaria mínima sin incluir alimentos lácteos y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior	(a) Número de niños/as lactados de 6 a 23 meses de edad (b) Número de niños/as no lactados de 6 a 23 meses de edad	
2.18	Alimentación con biberón	BD	Número de niños/as de entre 0 y 23 meses que fueron alimentados con biberón durante el día anterior	Número total de niños/as de entre 0 y 23 meses	
2.20	Niños/as con bajo peso al nacer	MN	Número de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que pesaron menos de 2,500 gramos al nacer	Número total de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta	
2.21	Niños/as pesados al nacer	MN	Número de últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que fueron pesados al nacer	Número total de últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta	

⁶ Niños/as lactantes: alimentos sólidos, semi-sólidos o blandos, dos veces para los niños/as de 6-8 meses de edad, y tres veces para los niños/as de 9-23 meses de edad. Niños/as que no estén siendo lactados: alimentos sólidos, semi-sólidos o blandos, o alimentación con leche, cuatro veces para niños/as de 6 a 23 meses de edad

⁷ El indicador se basa en el consumo de cualquier cantidad de alimentos de al menos 4 de los siguientes 7 grupos de alimentos: 1) granos, raíces y tubérculos, 2) legumbres y frutos secos, 3) productos lácteos (leche, yogurt, queso), 4) alimentos de carne (carne, pescado, aves de corral e hígado/ órganos de carnes), 5) huevos, 6) verduras y frutas ricas en vitamina-A, y 7) otras frutas y verduras.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
2.52	Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna	BD	Número de mujeres madres de niños/as entre 0 y 23 meses que conocen por lo menos 1 de los beneficios de la lactancia	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta	
2.53	Exposición a publicidad de fórmulas lácteas	BD	Número de mujeres de niños/as entre 0 y 23 meses expuestas a publicidad de fórmulas lácteas	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta	
2.54	Consejería pre o post-natal sobre lactancia	MN, PN	Porcentaje de mujeres madres de niños/as entre 0 y 23 meses que recibieron algún tipo de consejería sobre lactancia en el periodo prenatal o en la primera semana después del parto	Número total de mujeres que tuvieron un nacido vivo dentro de los 2 años anteriores a la encuesta	
2.55	Consumo de bebidas azucaradas	BD	Porcentaje de niños/as entre 0 y 23 meses que consumieron bebidas azucaradas durante el día anterior	Número total de niños/as entre 0 y 23 meses	

3. SALUD INFANTIL					
3.1	Cobertura de vacunación contra la tuberculosis	IM	Número de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron la vacuna BCG antes de cumplir el primer año	Número total de niños/as entre 12 y 23 meses	
3.2 3.3 3.6	Cobertura de vacunación con vacuna Pentavalente acelular (DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR haemophilus. influenzae tipo B (Hib))	IM	Número de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron la cuarta dosis de la vacuna pentavalente acelular antes de cumplir el dos años	Número total de niños/as entre 24 y 35 meses	
3.4	Cobertura de vacunación con SRP	IM	Niños/as de 24-35 meses a los que se les administró la vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis antes de cumplir 2 años	Número total de niños/as entre 24 y 35 meses de edad	
3.5	Cobertura de vacunación con antihepatitis B (HepB2)	IM	Número de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (HepB2) antes de cumplir el primer año	Número total de niños/as entre 12 y 23 meses	
3.8	Cobertura de inmunización completa	IM	Número de niños/as de entre 24 y 35 meses que recibieron todas las vacunas recomendadas en el plan nacional de vacunación oportunamente (BCG, tercera dosis de HepB, segunda dosis de rotavirus antes de	Número total de niños/as de entre 24 y 35 meses	3.8.1

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
			cumplir el primer año, y SRP, cuarta dosis de pentavalente y tercera dosis de vacuna contra el neumococo antes de cumplir 2 años).		
3.9	Protección contra el tétanos neonatal	MN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 últimos años que recibieron al menos dos dosis de la vacuna Td o Tdpa dentro del intervalo apropiado antes del parto más reciente	Número total de mujeres de entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los 2 últimos años	
3.10	Búsqueda de atención por diarrea	CA	Número de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas para el que se buscó consulta o tratamiento en una unidad de salud o con un profesional de la salud	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas	
3.11	Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) y zinc	CA	Número de niños/as niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas que recibieron SRO y zinc	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas	
3.12	Tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral (TRO) y alimentación continuada	CA	Número de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas que recibieron TRO (paquete de SRO, SRO líquido pre-envasado, líquidos recomendados elaborados en casa o líquidos incrementados) y alimentación continuada durante el episodio de diarrea	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas	
3.13	Búsqueda de atención para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía)	CA	Número de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las 2 últimas semanas para cuyos casos se buscó consejo o tratamiento en una unidad de salud o por parte de un profesional de salud	Número total de niños/as menores de 5 años con síntomas de IRA en las dos últimas semanas	
3.14	Tratamiento con antibióticos para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía)	CA	Número de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las 2 últimas semanas que recibieron antibióticos	Número total de niños/as menores de 5 años con síntomas de IRA en las dos últimas semanas	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
3.15	Uso de combustibles sólidos para cocinar	HC	Número de integrantes del hogar que utilizan combustibles sólidos ⁸ para cocinar	Número total de miembros del hogar	
3.20	Búsqueda de atención por fiebre	CA	Número de niños/as menores de 5 años con fiebre en las 2 semanas anteriores y para los que se solicitó orientación o tratamiento de una unidad de salud o de un profesional	Número de niños/as menores de 5 años con fiebre en las 2 semanas anteriores	
3.51	Cobertura de inmunización contra Rotavirus	IM	Número de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron al menos dos dosis de la vacuna contra rotavirus antes de cumplir el primer año	Número total de niños/as entre 12 y 23 meses	
3.52	Cobertura de inmunización contra Neumococo	IM	Número de niños/as entre 24 y 35 meses que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra el neumococo antes de cumplir 2 años	Número total de niños/as entre 24 y 35 meses	
3.53	Cobertura de inmunización contra Influenza	IM	Número de niños/as entre 12 y 23 meses que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra la influenza antes de cumplir el primer año	Número total de niños/as entre 12 y 23 meses	
--	Niños/as con diarrea	CA	Número de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas	Número de niños de 0-59 meses	
3.55	Búsqueda de atención por diarrea (incluye farmacias)	CA	Número de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas para el que se buscó consulta o tratamiento en una unidad de salud, con un profesional de la salud o en una farmacia	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas	
3.56	Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO)	CA	Número de niños/as menores de cinco años con un episodio de diarrea en las últimas 2 semanas a quienes se les dio cualquier tipo de SRO como tratamiento para la diarrea	Número total de niños/as menores de 5 años que con un episodio de diarrea en las 2 últimas semanas	
--	Niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía)	CA	Número de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las últimas 2 semanas	Número de niños de 0-59 meses	

⁸ Los combustibles sólidos que se consideran son: carbón, madera, leña, paja, arbustos, hierba, estiércol animal y residuos de cultivos agrícolas.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
3.58	Búsqueda de atención para niños/as con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas (presunta neumonía) [incluye farmacias]	CA	Número de niños/as menores de cinco años con síntomas de IRA en las 2 últimas semanas para cuyos casos se buscó consejo o tratamiento en una unidad de salud, por parte de un profesional de salud o en una farmacia	Número total de niños/as menores de 5 años con síntomas de IRA en las dos últimas semanas	
3.59	Reconocimiento de al menos una de las dos señales de neumonía	CA	Número de madres o cuidadoras que reconocen al menos una de las dos señales de neumonía (respiración agitada y/o difícil)	Número de madres/cuidadoras de niños menores de 5 años	
--	Niños/as con fiebre	CA	Número de niños/as menores de cinco años con fiebre en las últimas 2 semanas	Número de niños de 0-59 meses	

4. AGUA Y SANEAMIENTO

4.1	Uso de fuentes de agua mejoradas para beber ⁹	WS	Número de miembros del hogar que usan fuentes mejoradas de agua para beber	Número total de miembros del hogar	6.1.1
4.2	Tratamiento de agua	WS	Número de integrantes del hogar que usan agua no mejorada para beber que utilizan un método de tratamiento apropiado ¹⁰	Número total de integrantes del hogar en los hogares donde utilizan fuentes de agua no mejorada para beber	
4.3	Uso de saneamiento mejorado ¹¹	WS	Número de integrantes del hogar que usan instalaciones de saneamiento mejoradas que no son compartidas	Número total de integrantes del hogar	6.2.1
4.4	Eliminación segura de las heces de los niños/as	CA	Número de niños/as entre 0 y 2 años cuya última deposición se eliminó de manera segura	Número total de niños/as entre 0 y 2 años	

⁹ Se considera que los hogares usan fuentes mejoradas de agua potable si la fuente principal de agua para beber es agua de tubería, pozo con tubería, pozo cavado protegido, manantial protegido o si recogen agua de lluvia. Los hogares que utilizan agua embotellada como la principal fuente de agua para beber se clasifican en usuarios de agua para beber mejorada si la fuente de agua utilizada para otros propósitos como cocinar y lavarse las manos es una de las mencionadas anteriormente.

¹⁰ El agua para beber se considera tratada apropiadamente cuando el método de tratamiento es uno de los siguientes: hervir; agregar blanqueador o cloro; uso de filtro de agua; uso de desinfección solar; uso de Microdyn o uso de hipoclorito de sodio.

¹¹ Se consideran instalaciones de saneamiento mejoradas: excusado conectado a alcantarillado, excusado conectado a tanque séptico, letrina (pozo, negro, hoyo), letrina de fosa mejorada con ventilación, letrina de fosa con losa, excusado de compostaje.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
4.5	Lugar para el lavado de manos	HW	Número de hogares con un lugar específico para el lavado de manos donde hay agua, jabón u otro agente para la limpieza presente	Número total de hogares	6.2.1
4.6	Disponibilidad de jabón u otro agente para la limpieza	HW	Número de hogares que tienen jabón u otro agente para la limpieza	Número total de hogares	

5. SALUD REPRODUCTIVA

5.2	Nacimientos en edad temprana	CM	Número de mujeres de entre 20 y 24 años que tuvieron al menos un nacido vivo antes de los 18 años	Número total de mujeres entre 20 y 24 años	3.7.2
5.3	Prevalencia de anticonceptivos	CP	Número de mujeres de entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión que usan (o que sus parejas usan) algún método anticonceptivo (moderno o tradicional)	Número total de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión	
5.4	Necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos	UN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que actualmente están casadas o en unión y desean espaciar los nacimientos o limitar la cantidad de niños/as que tengan y que actualmente no usan anticonceptivos	Número total de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión	
5.5a 5.5b	Cobertura de atención prenatal	MN	Número de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta que, durante su último embarazo que tuvo como resultado un nacido vivo: (a) fueron atendidas al menos una vez por alguna persona de salud capacitada. (b) fueron atendidas al menos cuatro veces por alguna persona de salud capacitada.	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta	
5.6	Contenido de atención prenatal	MN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta y a las cuales se les midió la presión arterial y se les tomó muestras de orina y sangre durante el último embarazo	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
5.7	Asistencia en el parto por alguna persona capacitada	MN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta y que fueron asistidas durante el parto por personal de salud capacitado	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta	3.1.2
5.8	Partos institucionales	MN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta y que dieron a luz en alguna unidad de salud	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta	
5.9	Cesárea	MN	Número de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que nacieron por medio de una cesárea	Número total de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta	
5.10	Estancia post-parto en una unidad de salud	PN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que permanecieron en una unidad de salud por 12 horas o más después del parto de su último nacido vivo en los últimos 2 años anteriores a la encuesta	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta	
5.11	Chequeos post-natales para el recién nacido	PN	Número de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta que recibieron un chequeo mientras estuvieron en una unidad de salud o en casa después del parto, o un chequeo post-natal durante una visita dentro de los 2 días posteriores al nacimiento	Número total de los últimos nacidos vivos en los 2 años anteriores a la encuesta.	
5.12	Chequeos post-natales para la madre	PN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que recibieron un chequeo mientras estuvieron en una unidad de salud o en casa después del parto o un chequeo post-natal durante una visita dentro de 2 días después del nacimiento	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta	
5.S1	Maternidad adolescente	CM	Número de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido un nacido vivo	Número total de mujeres de 15 a 19 años	
5.S2	Prevalencia de anticoncepción moderna en adolescentes	CP	Número de mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que están usando (o que sus parejas usan) algún método anticonceptivo moderno ¹²	Número total de mujeres sexualmente activas entre 15 y 19 años	

¹² Se consideran métodos anticonceptivos modernos: Esterilización femenina, esterilización masculina, DIU, inyecciones, implantes, píldoras, condón masculino, condón femenino, diafragma, jaleas, espuma, óvulos.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
5.53	Necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos	UN	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que actualmente están casadas o en unión y desean espaciar los nacimientos o limitar la cantidad de niños/as que tengan y que actualmente no usan anticonceptivos	Número total de mujeres entre 15 y 49 años actualmente casadas o en unión	3.7.1
5.54 5.55	Cobertura de atención prenatal	MN	Número de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la encuesta que, durante su último embarazo que tuvo como resultado un nacido vivo: (S4) fueron atendidas al menos cinco veces por alguna persona de salud capacitada (S5) tuvieron su primera consulta de cuidado prenatal en el primer trimestre	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un nacido vivo durante los 2 años anteriores a la encuesta	
5.56	Consejería pre o post-natal sobre anticoncepción	MN, PN	Número de mujeres entre 15 y 49 años madres de niños/as entre 0 y 23 meses que recibieron algún tipo de consejería sobre anticoncepción en el período prenatal o en la primera semana después del parto	Número total de madres de niños/as de entre 0 y 23 meses	

6. DESARROLLO INFANTIL

6.1	Asistencia a programas de educación infantil temprana	EC	Número de niños/as menores de 5 años que asisten a un programa de educación infantil temprana	Número total de niños/as menores de 5 años.	
6.2	Apoyo al aprendizaje	EC	Número de niños/as de 36 a 59 meses de edad con los cuales algún adulto ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover su aprendizaje y prepararlos para la escuela.	Número total de niños/as de 36 a 59 meses de edad	
6.3	Apoyo paterno para el aprendizaje	EC	Número de niños/as de 36 a 59 meses de edad cuyo padre biológico ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover el aprendizaje y prepararlos para la escuela	Número total de niños/as de 36 a 59 meses de edad	
6.4	Apoyo materno para el aprendizaje	EC	Número de niños/as de 36 a 59 meses de edad cuya madre biológica ha realizado en los últimos 3 días cuatro o más actividades para promover el aprendizaje y prepararlos para la escuela	Número total de niños/as de 36 a 59 meses de edad	
6.5	Disponibilidad de libros infantiles	EC	Número de niños/as menores de 5 años que tienen tres o más libros infantiles	Número total de niños/as menores de 5 años	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
6.6	Disponibilidad de juguetes	EC	Número de niños/as menores de 5 años que juegan con dos o más tipos de juguete	Número total de niños/as menores de 5 años	
6.7	Cuidado inadecuado	EC	Número de niños/as menores de 5 años que fueron dejados solos o al cuidado de otro niño/a de menos de 10 años de edad durante más de una hora al menos una vez en la última semana	Número total de niños/as menores de 5 años	
6.8	Índice de desarrollo infantil temprano	EC	Número de niños/as entre 36 y 59 meses que presentan un desarrollo adecuado en al menos 3 de los siguientes 4 ámbitos: alfabetismo-conocimientos numéricos, físico, socio-emocional y dominio del aprendizaje	Número total de niños/as entre 36 y 59 meses	4.2.1

7. EDUCACIÓN

7.1	Tasa de alfabetización entre mujeres jóvenes	WB	Número de mujeres de entre 15 y 24 años que pueden leer una oración simple y corta acerca de la vida diaria o que asistieron a la escuela secundaria o superior	Número total de mujeres entre 15 y 24 años	
7.2	Preparación para la escuela	ED	Número de niños/as en primer grado de la escuela primaria que asistieron al preescolar durante el año anterior	Número total de niños/as que asisten al primer grado de la escuela primaria	
7.3	Tasa neta de ingreso escolar en educación primaria	ED	Número de niños/as en edad de ingreso escolar que asisten a primer grado de la escuela primaria	Número total de niños/as en edad de ingreso escolar	
7.4	Tasa de asistencia neta a la escuela primaria (ajustada)	ED	Número de niños/as en edad de asistir a la escuela primaria que actualmente asisten a la escuela primaria o secundaria	Número total de niños/as en edad de asistir a la escuela primaria	
7.5	Tasa de asistencia neta escuela secundaria (ajustada)	ED	Número de niños/as en edad de asistir a la escuela secundaria que actualmente asisten a la escuela secundaria o superior	Número total de niños/as en edad de asistir a la escuela secundaria	
7.6	Niños/as que alcanzan el último grado de la escuela primaria	ED	Proporción de niños/as que ingresan en el primer grado de la escuela primaria y que eventualmente alcanzan el último grado		
7.7	Tasa de terminación de primaria	ED	Número de niños/as que asisten al último grado de la escuela primaria (excluyendo a los repetidores)	Número total de niños/as con la edad apropiada para cursar el último grado de la escuela primaria	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
7.8	Tasa de transición a la escuela secundaria	ED	Número de niños/as que asistieron al último grado de la escuela primaria durante el año escolar anterior y que están en el primer año de escuela secundaria durante el año escolar actual	Número total de niños/as que asistieron al último grado de la escuela primaria durante el año escolar anterior	
7.9	Índice de paridad de géneros (escuela primaria)	ED	Tasa de asistencia neta (ajustada) a la escuela primaria para niñas	Tasa de asistencia neta (ajustada) a la escuela primaria para niños	
7.10	Índice de paridad de géneros (escuela secundaria)	ED	Tasa de asistencia neta (ajustada) a la escuela secundaria para niñas	Tasa de asistencia neta (ajustada) a la escuela secundaria para niños	

8. PROTECCIÓN INFANTIL

8.1	Registro de nacimiento	BR	Número de niños/as menores de 5 años cuyo nacimiento se reportó como registrado	Número total de niños/as menores de 5 años	16.9.1
8.2	Trabajo infantil	CL	Número de niños/as entre 5 y 17 años que realizan trabajo infantil ¹³	Número total de niños/as entre 5 y 17 años	8.7.1
8.3	Disciplina violenta	CD	Número de niños/as entre 1 y 14 años que experimentaron agresión psicológica o castigo físico durante el último mes anterior a la encuesta	Número total de niños/as entre 1 y 14 años	16.2.1
8.4	Matrimonio antes de los 15 años	MA	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que tuvieron su primer matrimonio/unión antes de los 15 años de edad.	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	5.3.1
8.5	Matrimonio antes de los 18 años	MA	Número de mujeres de entre 20 y 49 años que tuvieron su primer matrimonio/unión antes de los 18 años de edad.	Número total de mujeres entre 20 y 49 años	5.3.1
8.6	Mujeres jóvenes entre 15 y 19 años que están actualmente casadas o en unión	MA	Número total de mujeres entre 15 y 19 años actualmente casadas o en unión	Número total de mujeres entre 15 y 19 años	

¹³ A los niños/as involucrados en el trabajo infantil se les define como los niños/as que participan en actividades económicas por encima de los umbrales específicos de la edad, niños/as que participan en las tareas del hogar por encima de los umbrales específicos para la edad, y niños/as involucrados en trabajos peligrosos. Consulte el plan de tabulación de MICS para obtener información más detallada sobre los umbrales y clasificaciones

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
8.8a 8.8b	Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas	MA	Número de mujeres jóvenes actualmente casadas o en unión cuyos esposos o parejas son mayores que ellas 10 años o más cuando ellas tienen: (a) entre 15 y 19 años (b) entre 20 y 24 años	(a) Número total de mujeres entre 15 y 19 años actualmente casadas o en unión b) Número total de mujeres entre 20 y 24 años actualmente casadas o en unión de	
8.12	Actitudes hacia la violencia familiar	DV	Número de mujeres que declaran que está justificado que el esposo/pareja golpee o pegue a la mujer en al menos una de las siguientes circunstancias: (1) sale sin avisarle, (2) descuida a los niños/as, (3) discute con él, (4) rehúsa a mantener relaciones sexuales con él, (5) quema la comida	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	
8.13	Entorno familiar de los niños/as	HL	Número de niños/as de 0 a 17 años de edad que no viven con ninguno de los padres biológicos	Número total de niños/as de 0 a 17 años de edad	
8.14	Prevalencia de niños/as con uno o ambos padres muertos	HL	Número de niños/as de 0 a 17 años de edad con uno o ambos padres biológicos muertos	Número total de niños/as de 0 a 17 años de edad	
8.15	Niños/as con al menos uno de los padres viviendo en el extranjero	HL	Número de niños/as de 0-17 años de edad con al menos uno de los padres biológicos viviendo en el extranjero	Número total de niños/as de 0 a 17 años de edad	
8.51	Trabajo infantil de menores de 15 años	CL	Número de niños/as de entre 5 y 14 años que realizan trabajo infantil	Número total de niños/as de entre 5 y 14 años	
8.52	Diferencia de edad entre los esposos o las parejas unidas	MA	Número de mujeres entre 25 y 29 años actualmente casadas o en unión cuyos esposos o parejas son mayores que ellas 10 años o más	Número total de mujeres entre 25 y 29 años actualmente casadas o en unión	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
9.1	Conocimiento sobre la prevención del VIH entre las mujeres jóvenes	HA	Número de mujeres entre 15 y 24 años de edad que identifican correctamente dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH ¹⁴ y que rechazan las concepciones erróneas más comunes sobre la transmisión del VIH ¹⁵	Número total de mujeres entre 15 y 24 años	
9.2	Conocimiento sobre la transmisión del VIH de madre a hijo	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que identifican correctamente los tres medios de transmisión del VIH de madre a hijo ¹⁶	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	
9.3	Actitudes de aceptación hacia las personas que viven con el VIH	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que expresan aceptar actitudes para las cuatro preguntas ¹⁷ sobre las personas que viven con el VIH	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que han escuchado sobre el VIH	
9.4	Mujeres que saben dónde hacerse la prueba del VIH	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que han declarado tener conocimiento de un lugar para la prueba del VIH	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	
9.5	Mujeres que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad que se hicieron la prueba del VIH durante los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	
9.6	Mujeres jóvenes sexualmente activas que se hicieron la prueba del VIH y que conocen los resultados	HA	Número de mujeres entre 15 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la encuesta, que se hicieron la prueba del VIH durante los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y que conocen el resultado	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta	

¹⁴ El uso de condones y mantener relaciones sexuales con una pareja fiel y no infectada.

¹⁵ Las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión del VIH se incluyen en el cálculo del indicador: i) las personas pueden contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito y ii) las personas pueden contagiarse del virus del SIDA al compartir comida con una persona infectada con el virus del SIDA.

¹⁶ Transmisión durante el embarazo, durante el parto y durante la lactancia.

¹⁷ Mujeres (1) que creen que a una maestra con el virus del SIDA se le debe permitir enseñar en una escuela, (2) que le comprarían verduras frescas al dueño de una tienda o al vendedor que tiene el virus del SIDA, (3) no querrían mantener en secreto si se infecta un miembro de la familia con el virus del SIDA, y (4) que estarían dispuestas a cuidar de un miembro de la familia que se enferme con el virus del SIDA.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
9.7	Consejería sobre el VIH durante la atención prenatal	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales y que informan haber recibido asesoramiento sobre el VIH durante dichos cuidados	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta	
9.8	Prueba del HIV durante la atención prenatal	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta y recibieron cuidados prenatales e informan que se les ofreció y aceptaron hacerse una prueba de VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que dieron a luz en los 2 años anteriores a la encuesta	
9.9	Mujeres jóvenes que nunca han mantenido relaciones sexuales	SB	Número de mujeres entre 15 y 24 años que nunca se han casado y que nunca han mantenido relaciones sexuales	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que nunca se han casado	
9.10	Relaciones sexuales antes de los 15 años en mujeres jóvenes	SB	Número de mujeres entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	Número total de mujeres entre 15 y 24 años	
9.11	Mezcla de edades de las parejas sexuales	SB	Número de mujeres entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta con una pareja que era al menos 10 años mayor.	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta	
9.12	Parejas sexuales múltiples	SB	Número de mujeres de entre 15 y 49 años que mantuvieron relaciones sexuales con más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta	Número total de mujeres entre 15 y 49 años	
9.13	Uso del preservativo durante la relación sexual con múltiples parejas sexuales	SB	Número de mujeres entre 15 y 49 años que han tenido más de una pareja sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta y que también informan de haber usado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales	Número total de mujeres entre 15 y 49 años que informan haber tenido más de un compañero sexual en los 12 meses anteriores a la encuesta	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
9.14	Relaciones sexuales con parejas sexuales no cohabitantes	SB	Número de mujeres sexualmente activas entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales con una pareja que no es su esposo/a o pareja cohabitante en los 12 meses anteriores a la encuesta.	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que han tenido relaciones sexuales en los 12 meses anteriores a la encuesta	
9.15	Uso del preservativo con parejas sexuales no cohabitantes	SB	Número de mujeres entre 15 y 24 años que informan haber usado un preservativo durante la relación sexual con su última pareja sexual que no era su esposo/a o pareja cohabitante, en los 12 meses anteriores a la encuesta	Número total de mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron relaciones sexuales con un compañero que no era su esposo/a o pareja cohabitante en los 12 meses anteriores a la encuesta	
--	Ha oído hablar del SIDA	HA	Número de mujeres entre 15 y 49 años que han oído hablar del SIDA	Número total de mujeres entre 15 y 49	
9.52	Mujeres jóvenes que nunca han mantenido relaciones sexuales	SB	Número de mujeres entre 25 y 29 años que nunca se han casado y que nunca han mantenido relaciones sexuales	Número total de mujeres entre 25 y 29 años que nunca se han casado	

10. ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN/INFORMACIÓN					
10.1	Exposición a los medios de comunicación	MT	Número de mujeres entre 15 a 49 años que, al menos una vez a la semana, leen un periódico o una revista, escuchan la radio y ven la televisión	Número total de mujeres entre 15 y 49 años de edad	
10.2	Uso de computadoras	MT	Número de mujeres entre 15 y 24 años que usaron una computadora durante los últimos 12 meses	Número total de mujeres entre 15 y 24 años de edad	

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
10.3	Uso del internet	MT	Número de mujeres entre 15 y 24 años que usaron el internet durante los últimos 12 meses	Número total de mujeres entre 15 y 24 años de edad	17.8.1

11. BIENESTAR SUBJETIVO					
11.1	Satisfacción con la vida	LS	Número de mujeres entre 15 y 24 años que están muy satisfechas o algo satisfechas con su vida en general	Número total de mujeres de entre 15 y 24 años de edad	
11.2	Felicidad	LS	Número de mujeres entre 15 y 24 años que son muy felices o algo felices	Número total de mujeres entre 15 y 24 años de edad	
11.3	Percepciones de una vida mejor	LS	Número de mujeres entre 15 y 24 años cuyas vidas mejoraron durante el último año, y que esperan que sus vidas mejoren más después de un año	Número total de mujeres entre 15 y 24 años de edad	
11.S1	Sintomatología depresiva	LS	Número de mujeres entre 15 y 49 años con indicación de depresión moderada o severa ¹⁸	Número total de mujeres entre 15 y 49 años de edad	

12. FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD					
13.S1	Prevalencia de niños y niñas de 2 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito	CFD	Número de niños/as y adolescentes entre 2 y 17 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito ¹⁹	Número total de niños/as y adolescentes entre 2 y 17 años	
13.S2	Prevalencia de niños y niñas de 2 a 4 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito	CFD	Número de niños/as entre 2 y 4 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito ²⁰	Número total de niños/as entre 2 y 4 años	

¹⁸ De acuerdo a puntajes iguales o mayores a 9 en la escala CES-D7, un instrumento para el tamizaje de la depresión.

¹⁹ Se consideran los ámbitos considerados para niños/as de 2 a 4 años y para niños/as y adolescentes de 5 a 17 años.

²⁰ Se consideran los ámbitos siguientes: visión, audición, movilidad, coordinación motriz fina, comunicación (entender y hacerse entender), aprendizaje, juego y comportamiento.

INDICADOR MICS		Módulo ¹	Numerador	Denominador	Indicador ODS relacionado ²
13.S3	Prevalencia de niños/as y adolescentes de 5 a 17 años con dificultades severas del funcionamiento en al menos un ámbito	CFD	Número de niños/as entre 5 y 17 años que tiene dificultades severas de funcionamiento en al menos un ámbito ²¹	Número total de niños/as entre 5 y 17 años	

²¹ Se consideran los ámbitos siguientes: visión, audición, movilidad (caminar y poder vestirse o alimentarse), comunicación (hacerse entender dentro y fuera del hogar), aprendizaje, memoria, aceptación de cambios en su rutina, socialización, comportamiento, concentración, ansiedad y depresión.



APÉNDICE F. CUESTIONARIOS

PANEL DE INFORMACIÓN DEL HOGAR		HH
HH1. Número de conglomerado: _____	HH2. Número de hogar: _____	
HH3. Nombre y número de la entrevistadora: _____	HH4. Nombre y número del supervisor: _____	
Nombre _____	Nombre _____	
HH5. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / 2015	HH7. Región: Noroeste 1 Noreste.....2 Centro 3 DF-Edo México.....4 Sur.....5	
HH6. Área: Urbana 1 Rural 2		
SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA. ¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a HH7A.</i> ☐ <i>No, no se concede permiso o no se pudo hacer la entrevista por otro motivo ⇒ Circule en HH9 la opción correspondiente. Discuta el resultado con su supervisor.</i>		
HH7A. ¿TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA VIVIENDA COMPARTEN EL MISMO GASTO PARA LA COMIDA? Sí.....1 ⇒ <i>Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i> No.....2	HH7B. ENTONCES, ¿CUÁNTOS HOGARES O GRUPOS DE PERSONAS TIENEN GASTO SEPARADO PARA LA COMIDA, CONTANDO EL DE USTED? NÚMERO DE HOGARES..... ____ ____ <i>Cuando en la vivienda exista más de un hogar o grupo de personas, aplique un cuestionario para cada hogar</i>	
	HH7C. Si en la vivienda exista más de un hogar, anote el número de vivienda: ____ ____ ⇒ <i>Vaya a HH18 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i>	
HH9. Resultado de la entrevista del hogar: Completada..... 01 Ningún miembro del hogar presente o ningún entrevistado competente presente en el hogar 02 Todo el hogar ausente por un período extenso de tiempo 03 Rechazada 04 Vivienda vacía/la dirección no es una vivienda..... 05 Vivienda destruida 06 No se encontró la vivienda..... 07 Otro (especificar)..... 96		

<i>Después de haber completado el cuestionario del hogar, llene la siguiente información:</i>	<i>Después de haber completado todos los cuestionarios para este hogar, llene la siguiente información</i>
HH10.Entrevistado/a del Cuestionario de Hogar: Nombre _____	
HH11. Número total de miembros del hogar: _____	
HH12. Número de mujeres de 15 a 49 años _____	HH13. Número de cuestionarios de mujer completados: _____
HH13C. Número de niños/as o adolescentes de 5 a 17 años: _____	HH13DA. Número de cuestionarios de CFD- Funcionamiento y discapacidad (5-17 años) completados: _____
HH14. Número de niños/as menores de 5 años: _____	HH15.Número de cuestionarios de niños/as menores de 5 años completados: _____

EDUCACIÓN		Para miembros del hogar de 3 años de edad y mayores										Para miembros del hogar de 3 a 24 años										ED
ED1. Número de residente	ED2. Nombre y edad Cople de HL2 y HL6	ED3. ¿ASISTIÓ (nombre) ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR?		ED4A. ¿CUÁL FUE EL GRADO DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre)?		ED4B. ¿CUÁL ES EL AÑO MÁS ALTO QUE (nombre) APROBÓ DE ESE GRADO?		ED5. DURANTE EL ACTUAL AÑO ESCOLAR, ¿ES DECIR 2015-2016, ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PRE-ESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?		ED6. DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR, ¿A QUÉ GRADO Y AÑO ESTÁ/ESTUVO ASISTIENDO (nombre)?		ED7. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿ES DECIR 2014-2015 ¿ASISTIÓ (nombre) A LA ESCUELA O AL PREESCOLAR EN ALGUN MOMENTO?		ED8. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR, ¿A QUÉ GRADO Y AÑO ASISTIÓ (nombre)?								
		Sí	No	NR	Grado	Año		Sí	No	NR	Grado	Año	Sí	No	NR	Grado	Año					
01		1	2	9				1	2	9			1	2	8	9						
02		1	2	9				1	2	9			1	2	8	9						
03		1	2	9				1	2	9			1	2	8	9						
04		1	2	9				1	2	9			1	2	8	9						

05	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
06	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
07	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
08	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
09	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
10	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
11	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
12	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
13	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
14	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —
15	— —	1 2 9	— — —	— — —	— — —	— — —	1 2 9	— — —	1 2 8 9	— — —	— — —

SELECCIÓN DE UN NIÑO/A PARA TRABAJO INFANTIL/DISCIPLINA INFANTIL
SL

SL1. Verifique HL6 en el Listado de miembros del hogar y anote el número total de niños/as de 1-17 años.

Número total.....

SL2. Verifique el número total de niños/as de 1-17 años en SL1:

☐ Cero ⇒ Vaya al módulo de CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

☐ Uno ⇒ Vaya a SL9 y anote el número de orden como '1', anote el Número de residente, el nombre y la edad del niño/a

☐ Dos o más ⇒ Continúe con SL2A

SL2A. Anote en la tabla de abajo a cada niño/a de 1 a 17 años en el orden en que aparece en el Listado de miembros del hogar. No incluya a ningún otro miembro del hogar que esté fuera del rango de 1 a 17 años de edad. Anote el Número de residente, el nombre, sexo y edad de cada niño/a.

SL3. Número de orden	SL4. Número de residente de HL1	SL5. Nombre de HL2	SL6. Sexo de HL4		SL7. Edad de HL6
Orden	Núm. residente	Nombre	M	F	Edad
1	— —		1	2	— —
2	— —		1	2	— —
3	— —		1	2	— —
4	— —		1	2	— —
5	— —		1	2	— —
6	— —		1	2	— —
7	— —		1	2	— —
8	— —		1	2	— —

SL8. Verifique el último dígito del número de hogar (HH2) que aparece en la portada. Este es el número de la fila a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Verifique el número total de niños/as (1-17) en SL1 arriba. Este es el número de la columna a la cual usted debe ir en la tabla de abajo.

Busque el recuadro en el cual entran en intersección la fila y la columna y marque con un círculo el número que aparece en dicho recuadro. Este es el número de orden (SL3) del niño/a seleccionado.

Último dígito del número de hogar (de HH2)	Número total de niños/as en el hogar que son elegibles (de SL1)						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

SL9. Registre el número de orden (SL3), número de residente (SL4), nombre (SL5) y edad (SL7) del niño/ha seleccionado.

Número de orden

Número de residente

Nombre

Edad

TRABAJO INFANTIL		CL																								
CL1. Verifique la edad del niño/a seleccionado de SL9: ☐ 1-4 años ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ 5-17 años ⇒ Continúe con CL2																										
CL2. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE CUALQUIER TIPO DE TRABAJO QUE PUEDAN HACER LOS NIÑOS/AS DE ESTE HOGAR. ¿DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, (<i>nombre</i>) REALIZÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, AUNQUE SEA SÓLO DURANTE UNA HORA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿TRABAJÓ (<i>nombre</i>) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿AYUDÓ (<i>nombre</i>) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (<i>nombre</i>) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[D] ¿DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (<i>nombre</i>) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] ¿TRABAJÓ (<i>nombre</i>) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?	1	2	9	[B] ¿AYUDÓ (<i>nombre</i>) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?	1	2	9	[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (<i>nombre</i>) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?	1	2	9	[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?	1	2	9	[D] ¿DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (<i>nombre</i>) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	1	2	9	
	Sí	No	NR																							
[A] ¿TRABAJÓ (<i>nombre</i>) O AYUDÓ EN SU PROPIA PARCELA/FINCA/GRANJA O EN LA DEL HOGAR O CUIDÓ DE LOS ANIMALES? POR EJEMPLO, COSECHANDO, ALIMENTANDO, PASTOREANDO, ORDEÑANDO ANIMALES?	1	2	9																							
[B] ¿AYUDÓ (<i>nombre</i>) AL NEGOCIO FAMILIAR O DE OTROS FAMILIARES, CON O SIN PAGO, O SE ENCARGÓ DE SU PROPIO NEGOCIO?	1	2	9																							
[C] ¿PRODUJO O VENDIÓ (<i>nombre</i>) PRODUCTOS? POR EJEMPLO, CHICLES, DULCES, PERIÓDICOS, CIGARROS, ARTESANÍAS, ROPA, ALIMENTOS O PRODUCTOS AGRÍCOLAS?	1	2	9																							
[CA] ¿PRESTÓ SERVICIOS O TRABAJÓ POR PROPINA? POR EJEMPLO, ASEAR CALZADO, LAVAR ROPA AJENA, SERVICIOS DE BELLEZA, TRABAJAR COMO MOZO O SIRVIENTE, EMPACAR PRODUCTOS EN SUPERMERCADO, CARGAR BOLSAS DE MANDADO, TRANSPORTAR MERCANCÍA EN MERCADOS O LIMPIAR VIDRIOS DE COCHE?	1	2	9																							
[D] ¿DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA OTRA ACTIVIDAD A CAMBIO DE INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE, AUNQUE SEA DURANTE SÓLO UNA HORA? Si "No", indague: POR FAVOR, INCLUYA CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD QUE (<i>nombre</i>) REALIZARA COMO EMPLEADO REGULAR O EVENTUAL, COMO AUTO-EMPLEADO O EMPLEADOR, O COMO TRABAJADOR FAMILIAR SIN PAGO QUE AYUDA EN EL NEGOCIO O GRANJA DEL HOGAR	1	2	9																							
CL3. Verifique CL2, A a D ☐ Hay al menos un 'Sí' ⇒ continúe con CL4 ☐ Todas las respuestas son 'No' ⇒ Vaya a CL8																										
CL4. ¿DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, APROXIMADAMENTE CUÁNTAS HORAS LE DEDICÓ (<i>nombre</i>) A ESTA/S ACTIVIDAD/ES EN TOTAL? Si es menos de una hora, anote "00". Si no responde, anote "99"	Número de horas: __ __																									

CL5. ESTA/S ACTIVIDAD/ES REQUIERE/N CARGAR COSAS PESADAS?	Sí. 1 No.....2 No responde.....9	
CL6. EN ESTAS ACTIVIDADES REQUIEREN DE TRABAJAR CON HERRAMIENTAS PELIGROSAS (CUCHILLOS, MACHETES, ETC.) U OPERAR MAQUINARIA PESADA?	Sí. 1 No.....2 No responde.....9	
CL7. CÓMO DESCRIBIRÍA EL ENTORNO DE TRABAJO DE <i>(nombre)</i> ? [A] ESTÁ <i>(nombre)</i> EXPUESTO A POLVO, HUMOS O GAS? [B] ESTÁ <i>(nombre)</i> EXPUESTO A FRÍO, CALOR O HUMEDAD EXTREMOS? [C] ESTÁ <i>(nombre)</i> EXPUESTO AL RUIDO O VIBRACIÓN FUERTES? [D] SE REQUIERE QUE <i>(nombre)</i> TRABAJE EN ALTURAS? [E] SE REQUIERE QUE <i>(nombre)</i> TRABAJE CON SUSTANCIAS QUÍMICAS (PESTICIDAS, PEGAMENTOS, ETC.) O EXPLOSIVOS? [F] <i>(nombre)</i> TRABAJÓ EN HORARIO NOCTURNO, ES DECIR, DESPUÉS DE LAS 6 DE LA TARDE? [G] SE REQUIERE QUE <i>(nombre)</i> TRABAJE ENTRE LOS COCHES O EN LOS SEMÁFOROS? [H] ESTÁ <i>(nombre)</i> EXPUESTO A OTRAS COSAS, PROCESOS O CONDICIONES MALAS PARA LA SALUD O SEGURIDAD DE <i>(nombre)</i> ?	Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9 Sí. 1 No.....2 No responde.....9	
CL8. DESDE EL <i>(día de la semana en que se hace la entrevista)</i> PASADO, BUSCÓ AGUA <i>(nombre)</i> O RECOGIÓ LEÑA PARA USO DEL HOGAR?	Sí. 1 No..... 2 No responde 9	2⇒ CL10
CL9. EN TOTAL, CUÁNTAS HORAS DEDICÓ <i>(nombre)</i> A IR A BUSCAR AGUA O RECOGER LEÑA PARA USO DEL HOGAR DESDE EL <i>(día de la semana en que se hace la entrevista)</i> PASADO? <i>Si es menos de una hora, guarde "00"</i>	Número de horas ____ No responde.....99	

CL10. DESDE EL (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>) PASADO, REALIZÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA DE LAS SIGUIENTES TAREAS PARA ESTE HOGAR? [A] COMPRAS PARA EL HOGAR (HACER MANDADOS)? [B] REPARAR ALGÚN EQUIPO DEL HOGAR? [C] COCINAR O LAVAR TRASTES O LIMPIAR LA CASA? [D] LAVAR O PLANCHAR LA ROPA? [E] CUIDAR DE LOS NIÑOS/AS? [F] CUIDAR DE LOS MAYORES O DE ENFERMOS? [G] OTRAS TAREAS DEL HOGAR?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Compras para el hogar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Reparar algún equipo del hogar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lavar o planchar la ropa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los niños/as</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cuidar de los mayores o de enfermos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otras tareas del hogar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Compras para el hogar.....	1	2	9	Reparar algún equipo del hogar	1	2	9	Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa	1	2	9	Lavar o planchar la ropa	1	2	9	Cuidar de los niños/as	1	2	9	Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2	9	Otras tareas del hogar.....	1	2	9	
	Sí	No	NR																															
Compras para el hogar.....	1	2	9																															
Reparar algún equipo del hogar	1	2	9																															
Cocinar o lavar trastes o limpiar la casa	1	2	9																															
Lavar o planchar la ropa	1	2	9																															
Cuidar de los niños/as	1	2	9																															
Cuidar de los mayores o de enfermos	1	2	9																															
Otras tareas del hogar.....	1	2	9																															
CL11. Verifique CL10, A a G ☐ Hay al menos un 'Sí' ⇒ Continúe con CL12 ☐ Todas las respuestas son 'no' ⇒ vaya al siguiente módulo																																		
CL12. DESDE EL ÚLTIMO (<i>día de la semana en que se hace la entrevista</i>), APROXIMADAMENTE DE CUÁNTAS HORAS LE DEDICÓ (<i>nombre</i>) A ESTA/S ACTIVIDAD/ES, EN TOTAL? <i>Si es menos de una hora, anote "00".</i>	Número de horas ____ No responde.....99																																	

DISCIPLINA INFANTIL		CD																																																
CD1. Verifique la edad del niño/a seleccionado desde SL9: ☐ 1-14 años ⇒ Continúe con CD2 ☐ 15-17 años ⇒ Vaya al siguiente módulo																																																		
CD2. Escriba el número de residente y nombre del niño/a desde SL9.	Número de residente Nombre																																																	
CD3. LOS ADULTOS UTILIZAN DIVERSAS MANERAS DE ENSEÑAR A COMPORTARSE A LOS NIÑOS O DE RESPONDER A UN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO. LE VOY A LEER VARIAS MANERAS QUE SE UTILIZAN Y ME GUSTARÍA QUE ME DIJERA <u>SI USTED O ALGUIEN MÁS DEL HOGAR HAN UTILIZADO ALGUNA DE ESTAS MANERAS CON (nombre) EN EL ÚLTIMO MES.</u>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.</td> <td>Le quitaron algún privilegio.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.</td> <td>Le explicaron el comportamiento erróneo 1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.</td> <td>Lo/la zarandearon o sacudieron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[D] LE GRITARON.</td> <td>Le gritaron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.</td> <td>Le dieron otra cosa.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.</td> <td>Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.</td> <td>Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.</td> <td>Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.</td> <td>Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.</td> <td>Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.</td> <td>Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.	Le quitaron algún privilegio.....1	2	9	[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Le explicaron el comportamiento erróneo 1	2	9	[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.	Lo/la zarandearon o sacudieron.....1	2	9	[D] LE GRITARON.	Le gritaron.....1	2	9	[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.	Le dieron otra cosa.....1	2	9	[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	9	[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1	2	9	[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	9	[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	9	[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.	Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	9	[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.	Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	9	
	Sí	No	NR																																															
[A] LE QUITARON PERMISOS, LE PROHIBIERON ALGO QUE A (nombre) LE GUSTA O NO LO/LA DEJARON SALIR DE LA CASA.	Le quitaron algún privilegio.....1	2	9																																															
[B] LE EXPLICARON A (nombre) POR QUÉ SU COMPORTAMIENTO ESTUVO MAL.	Le explicaron el comportamiento erróneo 1	2	9																																															
[C] LO/LA ZARANDEARON O SACUDIERON.	Lo/la zarandearon o sacudieron.....1	2	9																																															
[D] LE GRITARON.	Le gritaron.....1	2	9																																															
[E] LE DIERON OTRA COSA QUE HACER.	Le dieron otra cosa.....1	2	9																																															
[F] LE DIERON NALGADAS O LE PEGARON EN EL TRASERO SÓLO CON LA MANO.	Le dieron nalgadas o le pegaron en las nalgas sólo con la mano.....1	2	9																																															
[G] LE PEGARON EN EL TRASERO O EN OTRA PARTE DEL CUERPO CON ALGÚN OBJETO COMO UN CINTURÓN, UN CEPILLO DE PELO, UNA CHANCLA, UN PALO U OTRO OBJETO DURO.	Le pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro.....1	2	9																																															
[H] LE LLAMARON TONTO/A, FLOJO/A O ALGUNA OTRA COSA PARECIDA.	Le llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida.....1	2	9																																															
[I] LE PEGARON CON LA MANO EN LA CARA, EN LA CABEZA O EN LAS OREJAS.	Pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas.....1	2	9																																															
[J] LE PEGARON CON LA MANO EN EL BRAZO, EN LA PIERNA O EN LA MANO.	Pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano.....1	2	9																																															
[K] LE DIERON UNA PALIZA, ES DECIR, LE PEGARON UNA Y OTRA VEZ LO MÁS FUERTE QUE PUDIERON.	Le dieron una paliza, le pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron.....1	2	9																																															

CD4. ¿CREE USTED QUE PARA CRIAR O EDUCAR CORRECTAMENTE A UN NIÑO O UNA NIÑA, ÉL O ELLA DEBE SER CASTIGADO FÍSICAMENTE?	Sí.....1 No.....2 NS / No opina.....8 No responde.....9	

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR		HC
HC1BA. DE ACUERDO CON LA CULTURA DE EL/LA JEFE/A DEL HOGAR ¿ÉL/ELLA SE CONSIDERA INDÍGENA?	Sí..... 1 No 2 NR..... 9	
HC1BB. ¿EL JEFE/LA JEFA DEL HOGAR HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí.....1 No 2 NR..... 9	
HC2. ¿CUÁNTOS CUARTOS DE ESTA VIVIENDA SE USAN PARA DORMIR?	Número de cuartos..... __ __	
HC3. <i>Material predominante del piso de la vivienda.</i> <i>Anote la observación.</i>	Piso Tierra / Arena 11 Piso rudimentario Tablones de madera.....21 Piso terminado Parquet, duela o madera lustrada.....31 Suelo de linóleoum, congoleum o vinil 32 Mosaico, mármol o cerámica 33 Cemento 34 Alfombra 35 Otro (<i>especifique</i>) 96 No visto 99	
HC4. <i>Material principal del techo.</i> <i>Anote la observación.</i>	Techo natural No tiene techo 11 Paja / Hojas de palmera sin tejer 12 Tierra 13 Techo rudimentario Tejido grueso o tejamanil.....21 Palmera tejida 22 Tablones de madera.....23 Cartón 24 Lámina de cartón.....25 Lámina de asbesto, plástico o poliuretano.....26 Lámina metálica.....27 Material de desecho 28 Techo terminado Metal/lata 31 Madera.....32 Lámina de fibrocemento 33 Cerámicos.....34 Cemento o concreto 35 Tejas 36 Otro (<i>especifique</i>) 96 No visto 99	

HC5. Material principal de las paredes exteriores. <i>Anote la observación.</i>	No hay paredes 11 Caña / Palmera / Troncos.....12 Tierra 13 Paredes rudimentarias Caña o carrizo con barro (bajareque) ...21 Piedra con barro.....22 Adobe a la vista.....23 Triplay 24 Cartón.....25 Madera reutilizada o con huecos 26 Paredes terminadas Cemento 31 Piedra con cal/cemento 32 Ladrillo 33 Tabiques de cemento 34 Adobe cubierto 35 Tablones de madera (sin huecos).....36 Otro (<i>especifique</i>) 96 No visto 99																													
HC6. ¿QUÉ TIPO DE COMBUSTIBLE SE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU HOGAR PARA COCINAR?	Electricidad 01 Gas licuado (GLP).....02 Gas natural 03 Queroseno 05 Carbón.....07 Madera/leña.....08 Paja/Arbustos/Hierba 09 Estiércol animal.....10 Residuos de cultivos agrícolas 11 No se cocinan alimentos en el hogar 95 Otro (<i>especifique</i>) 96 No responde 99	01⇒HC8 02⇒HC8 03⇒HC8 05⇒HC8 95⇒HC8																												
HC7. ¿SE COCINA POR LO GENERAL DENTRO DE LA CASA, EN UNA CONSTRUCCIÓN SEPARADO O AL AIRE LIBRE? <i>Si responde 'Dentro de la casa', indague: ¿EN UN CUARTO SEPARADO UTILIZADO COMO COCINA?</i>	Dentro de la casa En una habitación separada utilizada como cocina 1 En otra parte de la casa..... 2 En una construcción separada 3 Al aire libre..... 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 No responde 9																													
HC8. ¿TIENE SU HOGAR: [A] ELECTRICIDAD? [B] RADIO? [C] TELEVISOR? [D] TELÉFONO FIJO? [E] REFRIGERADOR? [F] DVD, PARA VER PELÍCULAS?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricidad</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Televisor</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Teléfono fijo</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Refrigerador.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>DVD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Electricidad	1	2	9	Radio	1	2	9	Televisor	1	2	9	Teléfono fijo	1	2	9	Refrigerador.....	1	2	9	DVD.....	1	2	9	
	Sí	No	NR																											
Electricidad	1	2	9																											
Radio	1	2	9																											
Televisor	1	2	9																											
Teléfono fijo	1	2	9																											
Refrigerador.....	1	2	9																											
DVD.....	1	2	9																											

[G] HORNO DE MICROONDAS? [H] COMPUTADORA? [I] SERVICIO DE TV DE PAGA? [J] SERVICIO DE INTERNET? [K] LAVADORA DE ROPA? [L] ESTUFA DE GAS? [M] CALENTADOR DE AGUA (BOILER)? [N] TINACO, CISTERNA?	Horno de microondas 1 2 9 Computadora 1 2 9 Servicio de TV paga 1 2 9 Servicio de internet 1 2 9 Lavadora de ropa 1 2 9 Estufa de gas 1 2 9 Calentador de agua 1 2 9 Tinaco, cisterna 1 2 9	
HC9. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE: [A] RELOJ DE PULSO? [B] TELÉFONO CELULAR? [C] BICICLETA? [D] MOTOCICLETA O MOTONETA? [E] CARRETA JALADA POR ANIMALES? [F] AUTOMÓVIL O CAMIONETA? [G] LANCHAS CON MOTOR? [H] COMPUTADOR PORTÁTIL?	Sí No NR Reloj de pulso 1 2 9 Teléfono celular 1 2 9 Bicicleta 1 2 9 Motocicleta / Motoneta 1 2 9 Carreta jalada por animales 1 2 9 Automóvil / Camioneta 1 2 9 Lancha con motor 1 2 9 Computador portátil 1 2 9	
HC10. ¿ES USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTE HOGAR DUEÑO O PROPIETARIO DE LA VIVIENDA? <i>Si es “No”, pregunte: ¿USTED RENTA O ALQUILA LA VIVIENDA DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR?</i> <i>Si “Alquila de alguien que no vive en el hogar”, marque “2”. Para otras respuestas, marque “6”.</i>	Propietario 1 Renta o alquila 2 Prestada o la está cuidando 3 Intestada o está en litigio 4 Asociación ejidal 5 Otro (<i>especifique</i>) 6 No responde 9	2⇒HC11 3⇒HC11 4⇒HC11 5⇒HC11 6⇒HC11
HC10A. LAS ESCRITURAS O DOCUMENTOS DE POSESIÓN DE DERECHOS DE ESTA VIVIENDA, ¿ESTÁN A NOMBRE DE... <i>Lea en voz alta las cinco respuestas.</i>	UNA O MÁS MUJERES QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 1 UNO O MÁS HOMBRES QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 2 HOMBRES Y MUJERES (UNO O MÁS DE CADA GÉNERO), QUE VIVEN AQUÍ EN EL HOGAR? 3 ESTÁN A NOMBRE DE ALGUIEN QUE NO VIVE EN EL HOGAR? 4 NO TIENE ESCRITURAS 5 No responde 9	
HC11. ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ES DUEÑO O PROPIETARIO DE ALGUNAS TIERRAS QUE PUEDAN USARSE PARA AGRICULTURA?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒HC13

HC12. ¿CUÁNTAS HECTÁREAS DE TIERRA AGRÍCOLA POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR? <i>Si es menos de 1, anote "00". Si 95 o más, anote '95'. Si no sabe, anote '98'.</i>	Hectáreas ____ ____ No responde.....99	
HC13. ¿POSEEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR ALGÚN GANADO, REBAÑO, OTROS ANIMALES DE GRANJA O AVES DE CORRAL?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒HC15
HC14. ¿CUÁNTOS DE LOS SIGUIENTES ANIMALES POSEE EL HOGAR? [A] ¿GANADO, VACAS LECHERAS O TOROS? [B] ¿CABALLOS, BURROS O MULAS? [C] ¿CABRAS? [D] ¿OVEJAS? [E] ¿POLLOS, GUAJOLOTES, GALLINAS, PATOS? [F] ¿CERDOS? [G] ¿CONEJOS? [H] ¿OTRO ANIMAL? <i>Si no posee ninguno, anote '00'. Si responde 95 O MÁS, ANOTE '95'. SI NO SABE, ANOTE '98'.</i>	Ganado, vacas lecheras o toros ____ ____ Caballos, burros o mulas..... ____ ____ Cabras ____ ____ Ovejas ____ ____ Pollos, guajolotes, gallinas, patos.... ____ ____ Cerdos ____ ____ Conejos ____ ____ Otro animal ____ ____ No sabe.....98 No responde.....99	
HC15. ¿ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR TIENE UNA CUENTA BANCARIA?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	
HC16. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿ALGUNA PERSONA EN ESTE HOGAR RECIBIÓ APOYO DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROGRAMAS... <i>Lea todas las opciones y circule todos los programas mencionados.</i>	Programa Prospera/Oportunidades (a través de apoyo monetario, becas escolares, atención médica en IMSS/Prospera, papillas Nutrisano y/o suplementos o complementos alimenticios) A Programa de Apoyo Alimentario (PAL) (apoyos monetarios, suplementos y complementos alimenticios) B Proagro productivo/Procampo.....C Programa de Abasto Social de Leche (LICONSA) D Diconsa/Programa de Abasto Rural.....E Cruzada Nacional contra el Hambre.....F Seguro Popular/Seguro Médico Siglo XXI.....G	

	Guarderías y/o estancias infantiles (IMSS, ISSSTE, DIF, estancias SEDESOL) H	
	Desayunos escolares.....I	
	Despensas de DIF, el gobierno estatal o municipal o cocinas o comedores comunitarios.....J	
	Becas escolares diferentes a las de Prospera.....K	
	Algún apoyo para adultos mayores (70 y más, adultos mayores, etc) L	
	Otro (Especifique).....X	
	Ninguno.....Y	
	No Sabe.....Z	
	No Responde.....?	

AGUA Y SANEAMIENTO		WS
WS1. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA PARA BEBER DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda..... 11	11⇒WS5B
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5B
	Tubería del vecino 13	13⇒WS5B
	Llave/grifo público..... 14	14⇒WS3
	Pozo con tubería 21	21⇒WS3
	Pozo cavado	
	Pozo protegido 31	31⇒WS3
	Pozo no protegido..... 32	32⇒WS3
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	41⇒WS3
	Manantial no protegido 42	42⇒WS3
	Recogen agua de lluvia 51	51⇒WS3
	Carro-tanque / camión cisterna..... 61	61⇒WS3
	Carreta con tanque/tambor pequeño 71	71⇒WS3
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación).... 81	81⇒WS3
	Agua embotellada/envasada 91	91⇒WS2
	Otra (<i>especifique</i>) 96	96⇒WS3
	No responde.....99	99⇒WS2
WS2. ¿CUÁL ES LA FUENTE <u>PRINCIPAL</u> DE AGUA UTILIZADA EN SU HOGAR PARA OTROS FINES TALES COMO COCINAR Y LAVARSE LAS MANOS?	Agua de tubería	
	Tubería dentro de la vivienda..... 11	11⇒WS5B
	Tubería dentro del terreno, patio o lote 12	12⇒WS5B
	Tubería del vecino 13	13⇒WS5B
	Llave/grifo público..... 14	
	Pozo con tubería 21	
	Pozo cavado	
	Pozo protegido 31	
	Pozo no protegido..... 32	
	Agua de manantial	
	Manantial protegido 41	
	Manantial no protegido 42	
	Recogen agua de lluvia 51	
	Carro-tanque / camión cisterna..... 61	
	Carreta con tanque/tambor pequeño 71	
	Agua de superficie (río, arroyo, represa, lago, estanque, canal, canal de irrigación) ... 81	
	Otra (<i>especifique</i>) 96	
	No responde 99	99⇒WS5A
WS3. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA ESA FUENTE DE AGUA?	En el interior de la propia vivienda 1	1⇒WS5A
	En el propio patio/lote..... 2	2⇒WS5A
	En otro lado..... 3	
	No responde 9	
WS4. ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA LLEGAR ALLÍ, RECOGER AGUA Y REGRESAR?	Número de minutos _ _ _	
	No Sabe 998	
	No responde 999	

WS5. ¿QUIÉN VA HABITUALMENTE A ESA FUENTE A RECOGER AGUA PARA SU HOGAR? <i>Indague:</i> ¿ESA PERSONA ES MENOR DE 15 AÑOS? ¿DE QUÉ SEXO ES?	Mujer (de 15 años o más)..... 1 Hombre (de 15 años o más) 2 Niña (menor de 15)..... 3 Niño (menor de 15)..... 4 NS..... 8 No responde 9	
WS5A. Verifique la respuesta a WS1 y WS2: ☐ Si la respuesta a WS1 o WS2 es 14 o 21 ⇒ Continúe con WS5B ☐ Cualquier otra respuesta ⇒ WS6		
WS5B. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿ALGUNA VEZ FALTÓ EL AGUA TODO UN DÍA?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8 No responde 9	
WS6. ¿TRATA USTED EL AGUA DE ALGUNA FORMA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER?	Sí..... 1 No..... 2 NS..... 8 No responde 9	2⇒WS8 8⇒WS8 9⇒WS8
WS7. USUALMENTE, ¿QUÉ TRATAMIENTO LE HACE AL AGUA PARA HACERLA MÁS SEGURA PARA BEBER? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS? <i>Anote todas las opciones mencionadas.</i>	La hierve A Le añade blanqueador / cloro B La filtra con una tela C Utiliza un filtro de agua (cerámica, arena, compuestos, etc.) D Desinfección solar E La deja reposar y asentar F Le pone gotas de Microdyn G Le pone hipoclorito de sodio H Otro (<i>especifique</i>) X NS..... Z No responde..... ?	
WS8. ¿QUÉ CLASE DE INSTALACIÓN SANITARIA UTILIZAN POR LO GENERAL LOS MIEMBROS DE SU HOGAR? <i>Si responde “inodoro” o “letrina con cierre hidráulico”, indague:</i> ¿HACIA DÓNDE DESCARGA? <i>Si es necesario, pida permiso para mirar la instalación.</i>	Descarga Excusado conectado al alcantarillado .. 11 Excusado conectado a tanque séptico . 12 Letrina (pozo negro, hoyo) 13 Descarga a otra parte 14 Descarga a sitio desconocido / no está seguro dónde / NS dónde 15 Letrina de fosa Letrina de fosa mejorada con ventilación 21 Letrina de fosa con losa 22 Letrina de fosa sin losa/Foso abierto 23 Excusado de compostaje..... 31 Balde..... 41 Excusado colgante, Letrina colgante..... 51 No hay instalación sanitaria, va al monte, campo 95 Otro (<i>especifique</i>) 96	95⇒Módulo siguiente
WS9. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN CON OTRAS PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒Módulo siguiente

WS10. ¿COMPARTE USTED ESTA INSTALACIÓN ÚNICAMENTE CON MIEMBROS DE OTROS HOGARES QUE USTED CONOCE, O LA INSTALACIÓN ESTÁ ABIERTA AL USO DEL PÚBLICO EN GENERAL?	Con otros hogares únicamente (no con el público en general) 1 Instalación pública 2	2⇒Módulo siguiente
WS11. ¿CUÁNTOS HOGARES EN TOTAL UTILIZAN ESTA INSTALACIÓN SANITARIA, INCLUIDOS LOS MIEMBROS DE SU HOGAR?	Número de hogares (si menos de 10) 0__ Diez hogares o más 10 NS 98	

LAVADO DE MANOS		HW
HW1. NOS GUSTARÍA APRENDER SOBRE LOS ESPACIOS QUE UTILIZAN LOS HOGARES PARA LAVARSE LAS MANOS. ¿PUEDE MOSTRARME QUÉ LUGAR USAN CON <u>MAYOR FRECUENCIA</u> LOS MIEMBROS DEL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Lugar observado 1 Lugar no observado No está en la vivienda/patio/lote..... 2 No obtuvo permiso para ver el lugar..... 3 Otra razón (especificar) 6	 2 ⇨ HW4 3 ⇨ HW4 6 ⇨ HW4
HW2. <i>Observe si hay agua en el lugar específico para el lavado de manos.</i> <i>Verifique la llave/bomba, cuenca, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares para la presencia de agua. De ser necesario abra la llave o solicite que le permita observar si cuenta con agua.</i>	Hay agua disponible 1 No hay agua disponible 2	
HW3A. <i>¿Hay jabón, detergente o ceniza/barro/arena en el lugar específico para el lavado de manos.</i>	Sí, presente..... 1 No presente 2	 2⇨HW4
HW3B. <i>Anote la observación.</i> <i>Circule todo lo que corresponda.</i>	Jabón en pastilla A Detergente (en polvo / líquido / en pasta) ..B Jabón líquido.....C Ceniza / barro / arena.....D	A⇨HH19 B⇨HH19 C⇨HH19 D⇨HH19
HW4. ¿TIENE ALGÚN JABÓN O DETERGENTE O CENIZA/BARRO/ARENA EN EL HOGAR PARA LAVARSE LAS MANOS?	Sí. 1 No..... 2	 2⇨HH19
HW5A. ¿PODRÍA MOSTRÁRMELO, POR FAVOR?	Sí, mostrado..... 1 No mostrado..... 2	 2⇨HH19
HW5B. <i>Anote la observación.</i> <i>Circule todo lo que corresponda</i>	Jabón en pastilla A Detergente (en polvo / líquido / en pasta) ..B Jabón líquido.....C Ceniza / barro / arena.....D	

HH19. Anote la hora.

Hora y minutos..... __ __ : __ __

HH20. Agradezca al entrevistado/a su cooperación y verifique el Listado de miembros del hogar:

☐ En el listado de miembros del hogar (HL7) se ha emitido un cuestionario separado de mujeres individuales para cada mujer de edad 15 a 49 años

☐ En el listado de miembros del hogar (HL7B) se ha emitido un cuestionario separado de niños/as menores de 5 años

Vuelva a la portada del cuestionario y asegúrese de que el resultado de la entrevista del hogar (HH9), el nombre y número de residente del informante del cuestionario del hogar (HH10), y el número de mujeres elegibles (HH12), y niño/as menores de 5 años (HH14) esté completo.

Haga arreglos para la aplicación del cuestionario/s restantes en este hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Supervisor

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de conglomerado: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de residente de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / 2015	
WM8A. Nombre y número del supervisor: Nombre _____		

<i>Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:</i> SOMOS DE (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA). ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.	<i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i> AHORA ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ <i>Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</i> ☐ <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</i>	
WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Parcialmente completada..... 04 Incapacitada 05 Otro (especifique) _____ 96
WM10. Anote la hora.	Hora y minutos..... ____ : ____

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes ____ ____ No sabe el mes 98 No responde el mes 99 Año ____ ____ ____ ____ No sabe el año 9998 No responde el año 9999	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos) ____ ____	
WB2A. DE ACUERDO CON SU CULTURA, ¿USTED SE CONSIDERA INDÍGENA?	Sí 1 No 2 No responde 9	
WB2B. ¿USTED HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí 1 No 2 No responde 9	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL GRADO DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ EN LA ESCUELA?	00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR	00⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer año de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Año ____ ____ No responde 99	

WB6. Verifique WB4:

☐ Secundaria o superior (WB4=2-11) $\Rightarrow$ Vaya al Siguiente Módulo

☐ Primaria (WB4=1) $\Rightarrow$ Continúe con WB7

- WB6.** Verifique WB4:
- ☐ Secundaria o superior (WB4=2-11) $\Rightarrow$ Vaya al Siguiente Módulo
- ☐ Primaria (WB4=1) $\Rightarrow$ Continúe con WB7

WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada 1 Puede leer sólo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa..... 3 La frase no estaba en el idioma requerido..... 4 <i>(especifique el idioma)</i> Ciega/vista impedida 5 No responde 9	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN	MT

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN	MT

MT1. *Verifique WB7:*

- ☐ *La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2*
- ☐ *Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2*
- ☐ *No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3*

- MT1.** *Verifique WB7:*
- ☐ *La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2*
 - ☐ *Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2*
 - ☐ *No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3*

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒Siguiente módulo
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒ Siguiente módulo
MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

FECUNDIDAD		CM
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE USTED HA TENIDO A LO LARGO DE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO, YA SEA NATURAL O CESÁREA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒CM8 9⇒CM8
CM2. ¿CUÁL ES LA FECHA EN QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ? ME REFIERO A LA PRIMERA VEZ EN QUE USTED TUVO UN PARTO, INCLUSO SI EL NIÑO/A YA NO VIVE O EL PADRE NO ES SU PAREJA ACTUAL.	Fecha del primer nacimiento Mes No sabe el mes 98 No responde el mes 99 Año No sabe el año 9998 No responde el año 9999	SI CONOCE AÑO ⇒ CM4
CM3. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE DESDE QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ?	Años completos desde el primer nacimiento ____ No responde 99	
CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA PARIDO Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?	Sí. 1 No 2	2⇒CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa Hijas viviendo en casa	
CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/S O HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA PARIDO PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA?	Sí. 1 No 2	2⇒CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar Hijas en otro lugar	

CM8. ¿ALGUNA VEZ HA PARIDO A UN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS? <i>Si la respuesta es “No”, indague preguntando lo siguiente:</i> ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS	Sí. 1 No 2	2⇒CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Niños varones muertos _ _ Niñas muertas _ _	
CM10. <i>Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.</i>	Total _ _	
CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (<i>número total en CM10</i>) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ? ☐ <i>Sí. Verifique abajo:</i> ☐ <i>No nacidos vivos ⇒ Vaya a CM12A</i> ☐ <i>Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con CM12</i> ☐ <i>No ⇒ Verifique las respuestas de CM1 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12</i>		

CM12. DE ESTOS (<i>número total en CM10</i>) NACIMIENTOS QUE HA TENIDO, ¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO PARTO (INCLUSO SI ÉL O ELLA FALLECIERA)? <i>Se debe anotar el mes y el año</i>	Fecha del último nacimiento Mes _ _ Año _ _ _ _	CUALQUIER FECHA⇒CM12B
CM12A. ¿HA ESTADO USTED EMBARAZADA ALGUNA VEZ?	Sí 1 No 2 No responde 9	1⇒CM12C 2⇒CM13 9⇒CM13
CM12B. ¿CUANDO ESTABA USTED EMBARAZADA DE SU PRIMER HIJO/A, FUE EL PRIMER EMBARAZO QUE TUVO?	Sí 1 No 2 No responde 9	1⇒CM13
CM12C. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE EMBARAZÓ POR PRIMERA VEZ?	Edad..... _ _ No responde 99	

CM13. Verifique CM12: El último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, los 2 años antes de (mes de la entrevista) de 2015 (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es 2013, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)

☐ No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

☐ Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Solicite el nombre del último niño nacido/la última niña nacida

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga un cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

Continúe con el siguiente módulo.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13 _____. Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.		
DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí 1 No 2 No responde 9	
DB1A. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿PLANEABA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí 1 No 2 No responde 9	1⇒Siguiente módulo

DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante.....1 No más.....2 No responde.....9	2⇒Siguiente módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Meses __ __ Años..... __ __ No sabe.....998 No responde.....999	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
<i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i> <i>Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i> <i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</i>		
MN1. ¿ACUDIÓ USTED A ALGUIEN PARA LA REVISIÓN PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	2⇒MN5
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico.....A Enfermera.....B Partera profesional técnica.....C Otra persona Partera tradicional.....F Promotor (a) auxiliar o asistente de salud.....G OTRO (ESPECIFIQUE).....X No responde.....?	
MN2A. ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES TENÍA USTED DE EMBARAZO CUANDO LA REVISARON POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Semanas.....1 __ __ Meses.....2 0 __ No sabe.....998 No responde.....999	
MN2B. ¿EN QUÉ LUGAR LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Hogar Casa de la entrevistada.....11 Casa de la partera.....13 Otra casa.....12 Sector público Hospital del gobierno.....21 Clínica del gobierno/unidad de salud.....22 Caravana o puesto móvil de salud.....23 Otra institución pública (especifique).....26 Sector Médico Privado Hospital privado.....31	11⇒MN3 12⇒MN3 13⇒MN3

	Clínica privada..... 32 Consultorios dependientes de farmacias.33 Otro centro médico privado (especifique) 36 Otro (especifique)..... 96 No responde 99	31⇒MN3 32⇒MN3 33⇒MN3 36⇒MN3 96⇒MN3
MN2C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5 Otra institución (especifique) 6 No responde 9	
MN3. ¿CUÁNTAS REVISIONES PRENATALES RECIBÍO DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si le da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces..... _ _ No sabe 98 No responde 99	
MN4. COMO PARTE DE SU REVISIÓN PRENATAL, ¿LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?:	Sí No NR [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? Presión arterial 1 2 9 [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? Muestra de orina.....1 2 9 [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? Muestra de sangre 1 2 9 [D] ¿LA MIDIERON? Medición.....1 2 9 [E] ¿LA PESARON? Peso.....1 2 9 [F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE? Azúcar 1 2 9 [G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)? Sífilis 1 2 9 [H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO? Ultrasonido 1 2 9 [I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO? Ácido fólico 1 2 9 [J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO? Vitaminas, hierro.....1 2 9 [K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)? Salud mental 1 2 9 [L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO? Anticonceptivo 1 2 9	

[M] ¿LE ENSEÑARON O EXPLICARON CÓMO DAR A SU BEBÉ LECHE MATERNA?	Leche materna.....1 2 9	
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA CARTILLA DE VACUNACIÓN U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLA, POR FAVOR? <i>Si se muestra la cartilla, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	SÍ (vio la tarjeta) 1 SÍ (no vio la tarjeta).....2 No 3 No sabe 8 No responde.....9	
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre), ¿RECIBÍO ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANOS ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒MN9 8⇒MN9 9⇒MN9
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBÍO LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Número de veces.....__ No sabe.....8 No responde.....9	8⇒MN9 9⇒MN9
MN8. ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7? ☐ Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 ☐ Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBÍO ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre), YA SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	SÍ. 1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒MN17 8⇒MN17 9⇒MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBÍO UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces.....__ No sabe 8 No responde.....9	8⇒MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBÍO LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años).....__ __ No responde.....99	

MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (nombre)? <i>Indague:</i> ¿ALGUIEN MÁS? <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i> <i>Si la entrevistada responde que la asistió un pariente o amiga/o indague si era partera tradicional o médico o enfermera.</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Partera profesional técnica..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor (a) auxiliar o asistente de salud..... G Pareja/Pariente/amiga(o) H Otro (especifique) X Nadie..... Y No responde..... ?	
MN18. ¿DÓNDE ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> <i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> (Nombre del lugar)	Hogar Casa de la entrevistada 11 Otra casa..... 12 Casa de la partera 13 Sector público Hospital del gobierno 21 Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22 Otra institución pública (especifique)..... 26 Sector Médico Privado Hospital privado..... 31 Clínica privada..... 32 Otro centro médico privado (especifique)..... 36 Otro (especifique) 96 No responde..... 99	11⇒MN20 12⇒MN20 13⇒MN20 31⇒MN19 32⇒MN19 36⇒MN19 96⇒MN20
MN18A ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5 Otra institución (especifique)..... 6 No responde..... 9	
MN19. ¿NACIÓ (nombre) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?	Sí. 1 No 2 No responde..... 9	2⇒MN20
MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA? ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORS DEL TRABAJO DE PARTO?	Antes..... 1 Después..... 2 No responde..... 9	

MN19B. DESPUÉS DE NACER (NOMBRE) ¿LO/LA PUSIERON EN SU PECHO EN CONTACTO DIRECTO CON SU PIEL?	Sí.....1 No 2 No sabe.....8 No responde.....9	
MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ÉL/ELLA ERA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	Muy grande 1 Más grande que el promedio.....2 Tamaño promedio.....3 Más pequeño que el promedio.....4 Muy pequeño.....5 No sabe.....8 No responde.....9	
MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?	Sí.....1 No 2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒MN23 8⇒MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la cartilla de salud, si está disponible.</i>	De la cartilla.....1 (kg) __ . __ __ __ De memoria.....2 (kg) __ . __ __ __ No sabe.....9.998 No responde.....9.999	
MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	Sí.....1 No 2 No sabe.....8 No responde.....9	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (<i>nombre</i>)?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo 9⇒Siguiente módulo
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas (inmediatamente).</i> <i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente.....000 Horas __ __ Días..... __ __ NS/no recuerda 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	2⇒Siguiente módulo

MN27. ¿QUÉ SE LE DIO DE TOMAR A (<i>nombre</i>)? <i>Anote todas las respuestas que mencione la entrevistada</i> <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola B Agua con azúcar o con glucosa C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés D Solución de agua con azúcar y sal E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés..... G Té/infusiones H Miel I Otro (<i>especifique</i>)..... X No responde..... ?	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		PN
<i>Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.</i> <i>Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i> <i>Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.</i>		
PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en sector público o privado? ☐ Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN2 ☐ No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN6		
PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>). USTED DIJO QUE ATENDIÓ SU PARTO EN (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO? <i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i>	Horas 1 _ _ Días..... 2 _ _ Semanas 3 _ _ NS/ no recuerda 998 No responde 999	
PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ¿ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN?. ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?	Sí. 1 No 2 No responde 9	
PN4. Y EVALUACIONES DE LA SALUD DE USTED, QUIERO DECIR, ¿ALGUIEN EVALUÓ SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD O EXAMINÁNDOLA A USTED? ¿A USTED ALGUIEN LE EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>)?	Sí..... 1 No 2 No responde 9	

PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE <i>(nombre o tipo de Unidad en MN18)</i>. ¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE <i>(nombre o tipo de Unidad en MN18)</i>?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	1⇒PN11 2⇒PN16
PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud? ☐ Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN7 ☐ No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10		
PN7. USTED YA HA DICHO QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A <i>(nombre)</i>, REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI <i>(nombre)</i> ESTABA BIEN. DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> SE FUERA, ¿<i>(persona o personas en MN17)</i> REVISÓ LA SALUD DE <i>(nombre)</i>?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	
PN8. ¿Y <i>(persona o personas en MN17)</i> REVISÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA? CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí.....1 No 2 No responde.....9	
PN9. DESPUÉS DE QUE <i>(persona o personas en MN17)</i> SE FUERA, ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE <i>(nombre)</i>?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	1⇒PN11 2⇒PN18
PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE <i>(nombre)</i> DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A <i>(nombre)</i>, REVISARÁ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE <i>(nombre)</i> ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	2⇒PN19
PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez.....2 No responde.....9	1⇒PN12A 2⇒PN12B

PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i>	Horas 1 ____ Días..... 2 ____ Semanas 3 ____ NS/no recuerda 998 No responde 999	
PN13. ¿QUIÉN REVISÓ LA SALUD DE (nombre) EN AQUEL MOMENTO?	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Partera profesional técnica..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor(a) auxiliar o asistente de salud G Pariente/amiga(o) H Otro (<i>especifique</i>) X No responde ?	
PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTA REVISIÓN? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> <i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i> _____ (Nombre del sitio)	Hogar Casa de la entrevistada 11 Casa de la partera 13 Otra casa 12 Sector público Hospital del gobierno 21 Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22 Otra institución pública (<i>especifique</i>) 26 Sector Médico Privado Hospital privado..... 31 Clínica privada..... 32 Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) 36 Otro (<i>especifique</i>) 96 No responde 99	11⇒ PN15 13⇒ PN15 12⇒ PN15 31⇒ PN15 32⇒ PN15 36⇒ PN15 96⇒ PN15
PN14A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN SE REALIZÓ ESA REVISIÓN?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5 Otra institución (<i>especifique</i>) 6 No responde..... 9	

PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en sector público o privado? ☐ Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN16 ☐ No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN17		
PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>), ¿REVISÓ ALGUIEN SU SALUD?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒PN24
PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud? ☐ Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN18 ☐ No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19		
PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>persona o personas en MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?	Sí.....1 No 2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒ PN24
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD <u>DE USTED</u> ? ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.	Sí 1 No 2 No responde.....9	2⇒PN24
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez 2 No responde.....9	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i>	Horas 1 ____ Días..... 2 ____ Semanas 3 ____ NS/no recuerda 998 No responde..... 999	
PN22. ¿QUIÉN REVISÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO? <i>Puede registrar más de un opción</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Partera profesional técnica..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor(a) auxiliar o asistente de salud..... G Pariente/amiga/o..... H Otro (<i>especifique</i>) X No responde ?	

PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ (Nombre del sitio)	Hogar Casa de la entrevistada 11 Otra casa 12 Casa de la partera 13 Sector público Hospital del gobierno 21 Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22 Otra institución pública (especifique) 26 Sector Médico Privado Hospital privado..... 31 Clínica privada..... 32 Otro centro médico privado (especifique) 36 Otro (especifique) 96 No responde 9	11⇒ PN24 13⇒ PN24 12⇒ PN24 31⇒ PN24 32⇒ PN24 36⇒ PN24 96⇒ PN24
PN23A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN SE REALIZÓ ESTE CONTROL?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)..... 5 Otra institución (especifique) 6 _____ 6 No responde..... 9	
PN24. EN LA PRIMERA SEMANA DESPUÉS DEL PARTO DE (<i>nombre</i>) ¿ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HEMORRAGIA? [B] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PRECLAMPSIA, ECLAMPSIA? (ES DECIR, LA PRESIÓN ALTA DURANTE EL EMBARAZO O POCO DESPUÉS DEL PARTO) [C] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIONES? [D] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE TROMBOSIS O COÁGULOS? [E] ¿NUTRICIÓN? [F] ¿LACTANCIA MATERNA?	Sí No NR Hemorragia..... 1 2 9 Preclampsia..... 1 2 9 Infecciones 1 2 9 Trombosis..... 1 2 9 Nutrición 1 2 9 Lactancia..... 1 2 9	

[G] ¿HIGIENE, SOBRE TODO LAVADO DE MANOS?	Higiene 1 2 9	
[H] ¿ANTICONCEPCIÓN?	Anticoncepción 1 2 9	
[I] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POST NATAL O POST PARTO?	Depresión 1 2 9	
[J] ¿LA IMPORTANCIA DE QUE EL BEBÉ DUERMA BOCA ARRIBA?	Duerma boca arriba 1 2 9	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15 ¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años? ☐ Sí ⇒ Continúe con IS2. ☐ No ⇒ Vaya al siguiente módulo.		
IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES GRAVES Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UNA UNIDAD DE SALUD. ¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UNA UNIDAD DE SALUD INMEDIATAMENTE? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA? <i>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</i> <i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias.</i>	El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A El niño/a empeora..... B El niño/a tiene fiebre o calentura C El niño/a tiene respiración rápida D El niño/a tiene dificultades para respirar E El niño/a tiene sangre en las heces.....F El niño/a ingiere poco líquido G El niño/a tiene diarrea o vómito..... H El niño/a tiene dolor I El niño/a está intoxicado o reacción alérgica severa..... J El niño/a tiene convulsiones..... K Otro X No responde ?	

ANTICONCEPCION		CP
CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?	Sí, actualmente embarazada 1 No 2 No está segura o no sabe 8 No responde 9	1⇒CP2A

CP2. LAS PERSONAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Sí. 1 No 2 No responde 9	1⇒CP3
CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?	Si 1 No 2 No responde 9	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 9⇒Siguiente módulo
CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO? <i>No induzca una respuesta.</i> <i>Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i>	Esterilización femenina (OTB o ligadura de trompas) A Esterilización masculina (vasectomía)..... B DIU..... C Inyecciones D Implantes..... E Píldoras F Condón masculino G Condón femenino H Diafragma..... I Jalea/Espuma/Óvulos J Abstinencia periódica / Ritmo..... L Retiro (coito interrumpido)..... M Parche..... N Pastilla de emergencia..... O Otro (<i>especifique</i>) X No responde ?	

NECESIDAD NO SATISFECHA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		UN
UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 ☐ No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5		
UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. 1 No 2 No responde 9	1⇒UN4
UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde 1 No más 2 No responde 9	

UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a 1 No más/ninguno 2 No ha decidido/NS 8 No responde 9	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”? ☐ Sí. ⇒ Vaya a UN13 ☐ No. ⇒ Continúe con UN6		
UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER (NINGÚN/ MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a 1 No más/ninguno 2 Dice que no puede quedarse embarazada. 3 No lo ha decidido/NS 8 No responde..... 9	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9 9⇒UN9
UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses 1 ____ Años 2 ____ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada .. 994 Después del casamiento..... 995 Otro..... 996 NS..... 998 No responde..... 999	994⇒UN11
UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 ☐ No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		
UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? ☐ Si ⇒ Vaya a UN13 ☐ No ⇒ Continúe con UN10		
UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13

UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA? <i>No lea las respuestas.</i> <i>Puede marcar más de una opción.</i>	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A Menopausia B Nunca menstruó C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto..... F Amamantamiento G Demasiado mayor H Fatalista I Otro (<i>especifique</i>) X NS Z No responde ?	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? ☐ Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiente módulo ☐ No mencionado ⇒ Continúe con UN13		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? <i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i>	Hace días 1 ____ Hace semanas 2 ____ Hace meses 3 ____ Hace años 4 ____ En la menopausia/se le ha realizado histerectomía 994 Antes del último nacimiento 995 Nunca menstruó 996 No responde 999	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV																																								
DV1. A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES: [A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE? [B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS? [C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL? [D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL? [E] ¿SI SE LE QUEMA LA COMIDA? [F] ¿SI ELLA NO TIENE LA COMIDA LISTA? [G] ¿SI ELLA NO TIENE LA CASA LIMPIA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sale sin avisarle</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Descuida a los niños/as.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Discute con él.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Se niega a mantener relaciones sexuales</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Quema la comida.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Comida lista.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Casa limpia.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	NR	Sale sin avisarle	1	2	8	9	Descuida a los niños/as.....	1	2	8	9	Discute con él.....	1	2	8	9	Se niega a mantener relaciones sexuales	1	2	8	9	Quema la comida.....	1	2	8	9	Comida lista.....	1	2	8	9	Casa limpia.....	1	2	8	9	
	SÍ	NO	NS	NR																																						
Sale sin avisarle	1	2	8	9																																						
Descuida a los niños/as.....	1	2	8	9																																						
Discute con él.....	1	2	8	9																																						
Se niega a mantener relaciones sexuales	1	2	8	9																																						
Quema la comida.....	1	2	8	9																																						
Comida lista.....	1	2	8	9																																						
Casa limpia.....	1	2	8	9																																						

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada 1 Sí, viviendo con una pareja..... 2 No, no en unión 3 No responde 9	3⇒MA5
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE SU PAREJA? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?</i>	Edad en años __ __ No sabe 98 No responde 99	⇒MA7 98⇒MA7 99⇒MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado 1 Sí, vivió con una pareja en el pasado..... 2 No 3 No responde 9	3⇒ Siguiendo módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN CONYUGAL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda..... 1 Divorciada 2 Separada..... 3 No responde 9	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez 2 No responde 9	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA? MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del (primer) matrimonio Mes __ __ No sabe en qué mes 98 No responde en qué mes 99 Año __ __ __ __ No sabe en qué año 9998 No responde en qué año 9999	⇒Siguiendo módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (<u>PRIMERA</u>) PAREJA?	Edad en años __ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
<i>Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad. Utilice las tarjetas donde aparecen las preguntas de esta sección, para brindar mayor privacidad, de ser útil.</i>		
SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca mantuvo relaciones sexuales 00 Edad en años __ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) pareja 95 No responde 99	00⇒SB16

SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8 No responde 9	
SB2A. ¿Y LA PERSONA CON LA QUE MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ ERA HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2 No responde 9	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES? <i>Anote las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).</i> <i>Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i>	Hace días.....1 __ __ Hace semanas 2 __ __ Hace meses 3 __ __ Hace años.....4 __ __ No responde 999	4⇒SB15
SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i> <i>Si es “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo 1 Pareja conviviente..... 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (especifique) 6 No responde 9	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Verifique MA1: ☐ Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) ⇒ Vaya a SB8 ☐ No casada/no en una unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7		
SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB7A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒SB15 9⇒SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo..... 1 Pareja/Concubina (o) 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (especifique) 6 No responde 9	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: ☐ Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con una pareja sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Vaya a SB13 ☐ Otro ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB12A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre..... 1 Mujer..... 2 No responde 9	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de parejas __ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote “95”.</i>	Número de parejas en toda su vida __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB16. Indique si utilizó las tarjetas de comportamiento sexual: SI..... 1 NO..... 2		

VIH / SIDA		HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	SÍ. 1 No 2 No responde 9	2⇒Siguiente módulo
HA2. ¿PIENSA QUE ALGUIEN TIENE MENOS POSIBILIDADES DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA SI SÓLO TIENE RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE NO TENGA SIDA Y QUE TAMPOCO TENGA OTRAS PAREJAS?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O MAL DE OJO?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ. 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?	SÍ No NS NR Durante el embarazo 1 2 8 9 Durante el parto 1 2 8 9 Amamantando 1 2 8 9	
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	SÍ. 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9	

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿USTED PREFERIRÍA QUE NO SE SUPIERA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA USTED DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12A. EN SU OPINIÓN, NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA DEBEN PODER ASISTIR A LA ESCUELA CON NIÑOS QUE NO TIENEN ESTE VIRUS?	Sí 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? ☐ No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. ☐ Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																											
HA14. Verifique MN1: recibió revisión prenatal ☐ Recibió revisión prenatal. ⇒ Continúe con HA15 ☐ No recibió revisiones prenatales ⇒ Vaya a HA24																											
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? [D] ¿SE LE OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Hacerse la prueba del SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	SIDA de la madre	1	2	8	9	Cosas que hacer	1	2	8	9	Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9	Se le ofreció una prueba	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																							
SIDA de la madre	1	2	8	9																							
Cosas que hacer	1	2	8	9																							
Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9																							
Se le ofreció una prueba	1	2	8	9																							
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒HA19 8⇒HA19																									
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒HA22 8⇒HA22																									

HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ORIENTACIÓN DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ORIENTACIÓN DESPUÉS DE LA PRUEBA?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22 9⇒HA22
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? ☐ Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 ☐ No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ Vaya a HA24		
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	SÍ 1 No 2 No responde 9	2⇒HA24 9⇒HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	SÍ 1 No 2 No responde 9	
HA22. ¿LE HAN HECHO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	SÍ 1 No 2 No responde 9	1⇒HA25 9⇒HA25
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde 9	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 3⇒Siguiente Módulo 9⇒Siguiente Módulo
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI USTED TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ 1 No 2 No responde 9	2⇒HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde.....9	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ 1 No 2 No responde 9	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA
LS
LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15 a 24 años?

☐ Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a SD1

☐ Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.

PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.

Muy feliz..... 1
 Algo feliz 2
 Ni feliz ni infeliz 3
 Un poco infeliz..... 4
 Muy infeliz..... 5

 No responde 9

LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.

EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.

¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha..... 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5
 No responde 9

LS4. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?

Muy satisfecha 1
 Algo satisfecha..... 2
 Ni satisfecha ni insatisfecha 3
 Un poco insatisfecha 4
 Muy insatisfecha 5

 No responde 9

LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ACTUAL / 2015-2016, ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?

Sí 1
 No 2 2⇒LS7

 No responde 9 9⇒LS7

LS6. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS7. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL? <i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i>	No tiene empleo 0 Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS8. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS9. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE? <i>En caso de que sea necesario, explíquese que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i>	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS10. ¿QUÉ TAN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LA TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS11. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS12. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?	Muy satisfecha 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	

LS13. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES? <i>Si responde que no tiene ingresos, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i>	No tiene ingresos 0 Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5 No responde 9	
LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, SE HA MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O HA EMPEORADO?	Mejorado 1 Mantenido más o menos igual 2 Empeorado 3 No responde 9	
LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?	Mejor 1 Más o menos igual 2 Peor 3 No responde 9	

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA		SD
A CONTINUACIÓN LE MENCIONARÉ SENTIMIENTOS O CONDUCTAS QUE USTED HAYA PODIDO EXPERIMENTAR. POR FAVOR, DÍGAME CON QUÉ FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA... <i>Entrevistador: lea las opciones de respuesta para cada pregunta y anote sólo una.</i>		
SD1. ¿SENTÍA COMO SI NO PUDIERA QUITARSE DE ENCIMA LA TRISTEZA?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD2. ¿LE COSTABA CONCENTRARSE EN LO QUE ESTABA HACIENDO?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD3. ¿SE SENTIÓ DEPRIMIDA?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	

SD4. ¿LE PARECÍA QUE TODO LO QUE HACÍA ERA UN ESFUERZO?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD5. ¿NO DURMIÓ BIEN?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD6. ¿DISFRUTÓ DE LA VIDA?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD 7. ¿SE SINTIÓ TRISTE?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD8. AHORA LE QUIERO HACER UNA ÚLTIMA PREGUNTA SOBRE OTRO TEMA: ¿USTED ESTÁ AFILIADA O INSCRITA A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE: <i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i>	Seguro Social (IMSS)?.....A IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C Pemex, Defensa o Marina?.....D Seguro Popular?.....E Seguro Privado F Otro (<i>especifique</i>) X No responde.....?	

WM11. Anote la hora.	Hora y minutos :	

WM12. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15. ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar? ☐ Sí ⇒ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada. ☐ No ⇒ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1

Muy feliz	Algo feliz	Ni feliz ni infeliz	Un poco infeliz	Muy infeliz
				

LADO 2

Muy satisfecha	Algo satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Un poco insatisfecha	Muy insatisfecha
				

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS		UF
<i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que sea menor de 5 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar).</i> <i>Se debe usar un cuestionario separado para cada niño/a elegible.</i>		
UF1. Número de conglomerado: _____	UF2. Número de hogar: _____	
UF3. Nombre del niño/a: Nombre _____	UF4. Número de residente del niño/a : _____	
UF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	UF6. Número de residente de la madre/persona encargada: _____	
UF7. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	UF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	

<i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i> SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (nombre del niño/a de UF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	<i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i> ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE LA SALUD DE (nombre del niño/niña de UF3) Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a UF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i> ☐ <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en UF9. Discuta el resultado con su supervisor</i>	

UF9. Resultado de la entrevista de niños/as menores de 5 años <i>Los códigos se refieren a la madre/persona encargada.</i>	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Completada parcialmente 04 Incapacitada 05 Otro (especifique) 96
UF10A. Nombre y número del supervisor de campo: Nombre _____	
UF12. Anote la hora.	Hora y minutos..... : ____

EDAD		AG
AG1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE (nombre), ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? <i>Indague:</i> ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS? <i>Si la madre o la persona encargada sabe la fecha exacta del nacimiento, registre también el día; de lo contrario, circule 98 para el día.</i> <i>Debe anotar el mes y el año.</i>	Fecha de nacimiento Día __ __ No sabe día 98 Mes.....__ __ Año 201 __	
AG2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE (nombre)? <i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? <i>Anote la edad en años completos.</i> <i>Anote '0' si tiene menos de 1 año.</i> <i>Compare y corrija AG1 y/o AG2 si no son consistentes.</i>	Edad (en años completos).....__	
AG3. ¿(NOMBRE) ESTÁ AFILIADO/A O INSCRITO/A A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE: <i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i>	Seguro Social (IMSS)?.....A IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C Pemex, Defensa o Marina?.....D Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....E Seguro Privado F Otro (<i>especifique</i>) X No responde.....?	

REGISTRO DEL NACIMIENTO		BR
BR1. ¿TIENE UN ACTA DE NACIMIENTO DE (nombre)? <i>Si responde que sí, pregunte</i> ¿PUEDO VERLO?	Sí, visto 1 Sí, no visto 2 No 3 No sabe 8 No responde.....9	1⇒ Siguiete módulo 2⇒ Siguiete módulo

BR2. ¿HA SIDO REGISTRADO EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ANTE EL REGISTRO CIVIL?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	1⇒Siguiente Módulo 8⇒BR3
BR2A. ¿CUÁLES FUERON LOS MOTIVOS POR LOS QUE (<i>nombre</i>) NO HA SIDO REGISTRADO O NO CUENTA CON ACTA DE NACIMIENTO? <i>Circule todas las respuestas que correspondan.</i>	El costo de tramitar el acta de nacimiento ya sea recién nacido o más tarde es alto.....A La oficina del registro civil se encuentra lejos en otra localidad o municipio.....B Toma demasiado tiempo realizar el trámite.....C Dificultad para contar con los documentos necesarios para realizar el registro.....D No se cuenta con el certificado de nacimiento.....E El acta no ofrece ningún beneficio al niño (a) o la familia del niño(a).....F Los trámites se realizan en una lengua diferente.....G No entiendo cómo puedo realizar el registro....H Los padres son de nacionalidad diferente a la mexicana.....I Otro (<i>especifique</i>) X No sabe.....Z No responde.....?	
BR3. ¿SABE CÓMO TRAMITAR EL ACTA DE NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	Sí 1 No 2 No responde.....9	

DESARROLLO TEMPRANO INFANTIL		EC																				
EC1. ¿CUÁNTOS LIBROS PARA NIÑAS Y NIÑOS O LIBROS CON DIBUJOS TIENE PARA (<i>nombre</i>)?	Ninguno 00 Número de libros para niños.....0 ____ Diez o más libros 10 No responde.....99																					
EC2. QUISIERA SABER CUÁLES SON LAS COSAS CON LAS QUE (<i>nombre</i>) JUEGA CUANDO ESTÁ EN CASA. ¿JUEGA CON: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">NS</td> <td style="text-align: center;">NR</td> </tr> <tr> <td>[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?</td> <td style="text-align: center;">Juguetes caseros.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?</td> <td style="text-align: center;">Juguetes de tienda.....1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?</td> <td style="text-align: center;">Objetos del hogar u objetos del exterior 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </table> <i>Si el entrevistado responde “Sí” a las categorías de arriba, indague para saber específicamente con qué juega el niño/a para determinar la respuesta.</i>		Sí	No	NS	NR	[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	Juguetes caseros.....1	2	8	9	[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?	Juguetes de tienda.....1	2	8	9	[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?	Objetos del hogar u objetos del exterior 1	2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																		
[A] JUGUETES CASEROS (TALES COMO MUÑECAS, AUTOS U OTROS JUGUETES HECHOS EN CASA)?	Juguetes caseros.....1	2	8	9																		
[B] JUGUETES DE UNA TIENDA O FABRICADOS?	Juguetes de tienda.....1	2	8	9																		
[C] OBJETOS DEL HOGAR (COMO TRASTES U OLLAS) U OBJETOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL EXTERIOR DEL HOGAR (COMO PALOS, PIEDRAS, U HOJAS)?	Objetos del hogar u objetos del exterior 1	2	8	9																		
EC3. A VECES, LOS ADULTOS QUE CUIDAN A LOS NIÑOS/AS TIENEN QUE DEJAR LA CASA PARA IR DE COMPRAS, LAVAR LA ROPA, O POR OTROS MOTIVOS, Y DEBEN DEJAR A LOS NIÑOS/AS EN CASA. ¿CUÁNTOS DÍAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DEJÓ A (<i>nombre</i>): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?</td> <td style="text-align: center;">Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora..... ____</td> </tr> <tr> <td>[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?</td> <td style="text-align: center;">Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora.... ____</td> </tr> </table> <i>Si la respuesta es ‘ningún día’, escriba ‘0’.</i> <i>Si la respuesta es ‘no sé’, escriba ‘8’</i>	[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora..... ____	[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora.... ____	No responde.....9																	
[A] SOLO/A DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó solo/a durante más de una hora..... ____																					
[B] AL CUIDADO DE OTRO NIÑO/A, ES DECIR, CON ALGUIEN MENOR DE 10 AÑOS, DURANTE MÁS DE UNA HORA?	Número de días que lo dejó a cargo de otro niño/a durante más de una hora.... ____																					
EC4. Verifique AG2: Edad del niño/a ☐ Si el niño/a tiene 0, 1 o 2 años ⇒ Continúe con EC18 ☐ Si el niño/a tiene 3 o 4 años ⇒ Continúe con EC5																						

EC5. ¿ASISTE (<i>nombre</i>) A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN/DESARROLLO TEMPRANO ESTRUCTURADO Y FORMAL, TAL COMO UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O DEL GOBIERNO, INCLUYENDO JARDÍN DE NIÑOS, GUARDERÍAS O ESTANCIAS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																																											
EC7. EN LOS PASADOS 3 DÍAS, ¿USTED O ALGUIEN DEL HOGAR MAYOR DE 15 AÑOS PARTICIPÓ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES CON (<i>nombre</i>)?: <i>Si es “SÍ”, pregunte:</i> ¿QUIÉN PARTICIPÓ EN ESTA ACTIVIDAD CON (<i>nombre</i>)? <i>Circule todas las opciones que apliquen.</i> [A] LEYÓ LIBROS A (<i>nombre</i>) O MIRÓ LOS DIBUJOS DE UN LIBRO CON (<i>nombre</i>)? [B] CONTÓ CUENTOS A (<i>nombre</i>)? [C] LE CANTÓ CANCIONES A (<i>nombre</i>) O CANTÓ CON (<i>nombre</i>), INCLUSO CANCIONES DE CUNA? [D] LLEVÓ A (<i>nombre</i>) A PASEAR FUERA DEL HOGAR (MÁS ALLÁ DEL JARDÍN, PATIO O SOLAR)? [E] JUGÓ CON (<i>nombre</i>)? [F] LE NOMBRÓ, CONTÓ O DIBUJÓ COSAS A (<i>nombre</i>) O CON (<i>nombre</i>)?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Madre</th> <th>Padre</th> <th>Otro</th> <th>Nadie</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leyó libros</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Contó cuentos</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cantaron canciones</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Lo llevó fuera</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jugó</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Nombró/contó cosas o animales</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Madre	Padre	Otro	Nadie	NR	Leyó libros	A	B	X	Y	9	Contó cuentos	A	B	X	Y	9	Cantaron canciones	A	B	X	Y	9	Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9	Jugó	A	B	X	Y	9	Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9	
	Madre	Padre	Otro	Nadie	NR																																							
Leyó libros	A	B	X	Y	9																																							
Contó cuentos	A	B	X	Y	9																																							
Cantaron canciones	A	B	X	Y	9																																							
Lo llevó fuera	A	B	X	Y	9																																							
Jugó	A	B	X	Y	9																																							
Nombró/contó cosas o animales	A	B	X	Y	9																																							
EC8. ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). LOS NIÑOS/AS NO SIEMPRE SE DESARROLLAN Y APRENDEN A LA MISMA VELOCIDAD. POR EJEMPLO, ALGUNOS APRENDEN A CAMINAR ANTES QUE OTROS. ESTAS PREGUNTAS ESTÁN RELACIONADAS CON DIVERSOS ASPECTOS DEL DESARROLLO DE (<i>nombre</i>). ¿PUEDE (<i>nombre</i>) IDENTIFICAR O NOMBRAR POR LO MENOS DIEZ LETRAS DEL ALFABETO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																																											
EC9. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEER AL MENOS CUATRO PALABRAS SENCILLAS, COMUNES?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																																											

EC10. ¿SABE (<i>nombre</i>) EL NOMBRE Y RECONOCE EL SÍMBOLO DE TODOS LOS NÚMEROS DEL 1 AL 10?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC11. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) LEVANTAR UN OBJETO PEQUEÑO CON DOS DEDOS, COMO UN PALO O UNA PIEDRA DEL PISO?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC12. ¿A VECES (<i>nombre</i>) SE SIENTE DEMASIADO ENFERMO/A COMO PARA JUGAR?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC13. ¿PUEDE (<i>nombre</i>) SEGUIR INSTRUCCIONES SENCILLAS SOBRE CÓMO HACER ALGO CORRECTAMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC14. CUANDO SE LE DA ALGO PARA HACER, ¿PUEDE (<i>nombre</i>) HACERLO POR SÍ SOLO/A?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC15. ¿SE LLEVA (<i>nombre</i>) BIEN CON LOS OTROS NIÑOS/AS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC16. ¿(<i>Nombre</i>) PATEA, MUERDE O GOLPEA A OTROS NIÑOS/AS O ADULTOS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC17. ¿SE DISTRAE (<i>nombre</i>) FÁCILMENTE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC18. Verifique en AG2 la fecha de nacimiento de (nombre) y calcule su edad en meses _____ edad en meses ☐ Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Continúe con EC19 ☐ Si el niño/a tiene de 6 a 11 meses ⇒ Continúe con EC21 ☐ Si el niño/a tiene de 12 a 23 meses ⇒ Continúe con EC25 ☐ Si el niño/a tiene de 24 a 35 meses ⇒ Continúe con EC27 ☐ Si el niño/a tiene más 36 meses o más ⇒ Continúe con EC33		
EC19. (nombre) ¿LE SONRÍE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC20. ¿PUEDE (nombre) LEVANTAR LA CABEZA CUANDO ESTÁ BOCA ABAJO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC21. ¿(nombre) VOLTEA CUANDO LE HABLAN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC22. ¿(nombre) SE RÍE CUANDO USTED JUEGA A TAPARSE Y LUEGO DESTAPARSE LA CARA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC23. (nombre) ¿HACE COSAS A PROPÓSITO PARA MOLESTARLE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC23A. Verifique edad en meses en EC18 ☐ Si el niño/a tiene menos de 6 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ Si el niño/a tiene 6 meses o más ⇒ Continúe con EC24		

EC24. ¿(nombre) SE MANTIENE SENTADO/A SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25. ¿(nombre) REPITE SONIDOS COMO BABA, LALA, GAGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC25A. Verifique edad en meses en EC18 ☐ Si el niño/a tiene menos de 9 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ Si el niño/a tiene 9 meses o más ⇒ Continúe con EC26		
EC26. CUANDO (nombre) ESTA ENTRETENIDO/A Y USTED LE DICE QUE NO, ELLA/EL ¿REACCIONA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC26A. Verifique edad en meses en EC18 ☐ Si el niño/a tiene menos de 12 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ Si el niño/a tiene 12 meses o más ⇒ Continúe con EC27		
EC27. ¿(nombre) CAMINA SOLO/A?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC28. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS CUATRO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC29. CUANDO USTED LE DA DE COMER, ¿(nombre) SOSTIENE SU PROPIO PLATO O TAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC30. ¿(nombre) LE BESA Y ABRAZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC30A. Verifique edad en meses en EC18 ☐ Si el niño/a tiene menos de 18 meses ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ Si el niño/a tiene 18 meses o más ⇒ Continúe con EC31		
EC31. ¿(nombre) PATEA UNA PELOTA SIN CAERSE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32. ¿CUÁNDO VISTE A (nombre), PUEDE EL/ELLA AYUDARLE, POR EJEMPLO, TERMINANDO DE METER EL BRAZO POR LA MANGA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC32A. Verifique edad en EC18 ☐ Si el niño/a tiene menos de 3 años ⇒ Vaya al siguiente módulo ☐ Si el niño/a tiene 3 años o más ⇒ Continúe con EC33		
EC33. ¿(nombre) SABE DECIR AL MENOS OCHO PALABRAS ADEMÁS DE MAMÁ Y PAPÁ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC34. ¿(nombre) PIDE MÁS CUANDO ALGO LE GUSTA MUCHO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC35. (nombre) PREGUNTA FRECUENTEMENTE POR QUÉ?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

EC36. ¿(nombre) JUEGA CON OTROS NIÑOS?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC37. ¿(nombre) SABE DECIR SU NOMBRE?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
EC38. (nombre) ¿PUEDE IR SÓLO AL BAÑO?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	

LACTANCIA E INGESTA ALIMENTARIA		BD
BD1. VerifiqueAG2: edad del niño/a ☐ Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con BD2 ☐ Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya al módulo de CUIDADO DE ENFERMEDADES		
BD2. ¿ALGUNA VEZ DIO PECHO A (nombre)?	SÍ.....1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. ¿TODAVÍA LE ESTÁ DANDO PECHO?	SÍ.....1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	
BD4. AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE, BEBIÓ (nombre) <u>ALGÚN LÍQUIDO DE UN BIBERÓN (MAMILA)?</u>	SÍ.....1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	
BD5. ¿TOMÓ (nombre) <u>ALGÚN SUERO DE REHIDRATACIÓN ORAL (VIDA SUERO ORAL)</u> EN EL DÍA DE AYER, DURANTE EL DÍA O LA NOCHE?	SÍ.....1 No 2 No sabe 8 No responde.....9	

(Especifique)_____						
BD8. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE (OTROS) ALIMENTOS QUE SE LE PUEDA HABER DADO A (nombre) DURANTE EL DÍA O LA NOCHE. DE NUEVO, ESTOY INTERESADA EN SABER SI A (nombre) SE LE DIO EL ALIMENTO AÚN CUANDO SE COMBINARA CON OTROS ALIMENTOS.						
POR FAVOR, INCLUYA ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DE SU HOGAR.						
¿COMIÓ (nombre) AYER DE DÍA O DE NOCHE (nombre del alimento) ...						
		SÍ	No	NS	NR	
[A] YOGURT?	Yogurt	1	28	8	9	9
<i>Si es sí: ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ O BEBIÓ YOGURT (nombre)?</i> <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i> <i>Si es desconocido, anote '8'.</i>		Número de veces que comió/bebió yogurt				—
[B] ALGÚN ALIMENTO FORTIFICADO PARA BEBÉ, por ejemplo, Cerelac, Gerber, NUTRISANO, papilla o polvo del programa Oportunidades?	Cerelac/Gerber/otras papillas	1	2	8	9	
[C] TORTILLA, PAN, ARROZ, PASTA, AVENA Y OTROS CEREALES U OTROS ALIMENTOS ELABORADOS CON GRANOS?	¿Alimentos elaborados con granos?	1	2	8	9	
[D] CALABAZA, ZANAHORIAS, CAMOTES, QUE SON DE COLOR AMARILLO O NARANJA EN SU INTERIOR?	Calabaza, zanahoria, etc.	1	2	8	9	
[E] PAPAS BLANCAS, CAMOTE BLANCO, O CUALQUIER ALIMENTO QUE SE CONSIDERE UN TUBÉRCULO?	Papas blancas, camote blanco, etc.	1	2	8	9	
[F] ALGUNA VERDURA DE HOJAS VERDE OSCURO Y FRONDOSAS COMO ESPINACAS, VERDOLAGAS, ACELGAS O QUELITES?	Verduras de hojas verde oscuro y frondosas	1	2	8	9	
[G] MANGOS MADUROS, PAPAYAS, MELÓN AMARILLO/ ANARANJADO?	Mangos maduros	1	2	8	9	
[H] ALGUNA OTRA FRUTA O VERDURA COMO PLÁTANO, MANZANA, TUNA, CALABACITA?	Otras frutas o verduras	1	2	8	9	
[I] HÍGADO, RIÑÓN, CORAZÓN U OTRAS VÍSCERAS DE ANIMALES?	Hígado, riñón, corazón u otros órganos de carnes	1	2	8	9	
[J] CUALQUIER TIPO DE CARNE, COMO CARNE DE RES, CERDO, BORREGO, CABRITO, CONEJO, POLLO O PATO O JAMÓN O SALCHICHA?	carne de res, cerdo, cordero, cabra, jamón, salchicha, etc.	1	2	8	9	
[K] HUEVOS?	Huevos	1	2	8	9	
[L] PESCADO O MARISCOS FRESCOS O SECOS?	Pescado fresco o seco	1	2	8	9	
[M] ALGÚN ALIMENTO HECHO A BASE DE FRIJOLES, CHICHAROS, LENTEJAS O NUECES?	Alimentos hechos a base de frijoles, chicharos, etc.	1	2	8	9	
[N] QUESO U OTROS ALIMENTOS HECHOS CON LECHE, EXCEPTO YOGURT?	Queso u otros alimentos hechos con leche	1	2	8	9	
[O] CUALQUIER OTRO ALIMENTO SÓLIDO, SEMI-SÓLIDO O BLANDO QUE NO HAYA MENCIONADO? (Especifique)_____	Cualquier alimento sólido, semi-sólido o suave	1	2	8	9	
[P] ALGUNA COMIDA CON AZÚCAR COMO DULCES, CHOCOLATES, PAN DULCE, PASTEL O GALLETAS DULCES?	Alimentos dulces como chocolates, golosinas, pasteles, etc.	1	2	8	9	
[Q] ALGUNA COMIDA SALADA O BOTANA COMO PAPITAS FRITAS, FRITURAS DE MAÍZ O	Comida salada o botana	1	2	8	9	

CHICHARRÓN DE HARINA?		
BD9. Verifique BD8 (Categorías de la “A” a la “Q”) ☐ Al menos un “sí” o todo “NS” ⇒ Vaya a BD11 ☐ Otra cosa ⇒ Continúe con BD10		
BD10. Averigüe para determinar si el niño/a comió algún alimento sólido, semi-sólido o alimentos blandos ayer durante el día o la noche ☐ El niño/a no comió o la entrevistada no lo sabe ⇒ Vaya a BD11A ☐ El niño/a comió al menos un alimento sólido, semi-sólido o alimento suave mencionado por la entrevistada ⇒ Regrese a BD8 y anote los alimentos comidos ayer [A a Q]. Cuando haya terminado, continúe con BD11		
BD11. ¿CUÁNTAS VECES COMIÓ (nombre) ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES AYER, DURANTE EL DÍA O ANOCHE? <i>Si es 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces..... No sabe.....8 No responde.....9	
BD11A. ¿DURANTE SU EMBARAZO O DESDE QUE (NOMBRE) NACIÓ, HA ESCUCHADO, VISTO O LEÍDO ANUNCIOS O COMERCIALES SOBRE LECHE DE FÓRMULA O EN POLVO PARA BEBÉS O NIÑOS?	Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 No responde.....9	
BD11B. ¿CONOCE USTED O HA OÍDO HABLAR DE LOS BENEFICIOS QUE LA LECHE MATERNA APORTA AL NIÑO Y A LA MADRE?	Sí. 1 No 2 No sabe..... 8 No responde.....9	2⇒ SI-GUIENTE MÓDULO 8⇒ SI-GUIENTE MÓDULO
BD11C. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA LA MADRE? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene alguna enfermedad crónica.....A</i> <i>Mejora la salud.....B</i> <i>Previene el embarazo.....C</i> <i>Previene algún tipo de cáncer.....D</i> <i>Para bajar de peso.....E</i> <i>Reduce la depresión postparto.....F</i> Otro, especifique X No sabe/No responde.....?	
BD11D. ¿PODRÍA DECIRME ALGUNOS DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA (DE DAR PECHO) PARA EL BEBÉ? <i>No lea las respuestas, marque todas las que mencione.</i>	<i>Previene infecciones.....A</i> <i>Mejora su salud/para que no se enferme.....B</i> <i>Previene alergias.....C</i> <i>Para que crezca (fuerte).....D</i> <i>Fortalece los vínculos entre la madre y el niño.....E</i> Otro, especifique X No sabe/No responde.....?	

VACUNACIÓN										IM
<i>Si está disponible la Cartilla Nacional de Vacunación (Cartilla Nacional de Salud para niñas y niños de 0 a 9 años), copie las fechas en IM3 para cada tipo de vacunación y Vitamina A registrada en la cartilla. IM6-IM17 sólo deben preguntarse si la cartilla de vacunación no está disponible.</i>										
IM1. ¿TIENE ALGUNA CARTILLA EN DONDE ESTÉN REGISTRADAS LAS VACUNAS ADMINISTRADAS A (nombre)? <i>(Si la respuesta es “sí”, pregunte)</i> ¿PUEDO VERLA POR FAVOR?				Sí, visto 1 Sí, no visto..... 2 No hay cartilla..... 3 No responde..... 9				1⇒IM2A 2⇒IM2A		
IM2. ¿ALGUNA VEZ TUVO ALGUNA CARTILLA DE VACUNACIÓN (CARTILLA NACIONAL DE SALUD) DE (nombre)?				Sí..... 1 No 2 No responde..... 9				2⇒IM6 9⇒IM6		
IM2A. ADEMÁS DE LA CARTILLA, ¿LE DIERON UNA TARJETA QUE SE LLAMA “MEJORANDO EL DESARROLLO DE MI HIJA O HIJO”? <i>Indague:</i> ES UNA TARJETA CON DIBUJOS QUE VIENE DOBLADA JUNTO A LA CARTILLA. SIRVE PARA REGISTRAR EL DESARROLLO DEL BEBÉ.				Sí, visto 1 Sí, no visto..... 2 No 3 No responde..... 9						
IM2B. Verifique IM1. ☐ La cartilla de vacunación de (nombre) se muestra (IM1=1) ⇒ Continúe con IM3 ☐ La cartilla de vacunación de (nombre) no es mostrada (IM1=2,3,9) ⇒ Vaya a IM6										
IM3. (a) Copie las fechas para cada vacuna de la cartilla. (b) Anote ‘44’ en la columna “día” si la cartilla muestra que se dio la vacuna pero no se indica la fecha.				Fecha de vacunación						
				Día		Mes		Año		
BCG (TUBERCULOSIS) BCG										
HEPATITIS B0 (AL NACER) HEP0										
HEPATITIS B1 HEP1										
HEPATITIS B2 HEP2										
PENTAVALENTE1 (PENTAVALENTE ACELULAR DPAT+VPI+HIB) PV1										
PENTAVALENTE2 PV2										
PENTAVALENTE3 PV3										
PENTAVALENTE4 PV4										
ROTAVIRUS1 (DIARREA POR ROTAVIRUS) ROTA1										

ROTAVIRUS2	ROTA2										
ROTAVIRUS3	ROTA3										
NEUMOCOCICA CONJUGADA1	NEUMO1										
NEUMOCOCICA CONJUGADA2	NEUMO2										
NEUMOCOCICA CONJUGADA3	NEUMO3										
INFLUENZA1	INFLU1										
INFLUENZA2	INFLU2										
INFLUENZA3 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU3										
INFLUENZA4 (REVACUNACIÓN-ANUAL)	INFLU4										
SRP (SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS/ MMR)	SARAMPIÓN										
POLIO 1 (SABIN)	SABIN1										
POLIO 2 (SABIN)	SABIN 2										
POLIO 3 (SABIN)	SABIN 3										
VITAMINA A (PRIMERA DOSIS)	VITA1										
VITAMINA A (SEGUNDA DOSIS)	VITA2										

IM4. Verifique IM3. ¿Están anotadas todas las vacunas (de la **BCG a Vitamina A**)?

☐ Sí⇒ Vaya a IM19

☐ No ⇒ Continúe con IM5

IM5. ADEMÁS DE LO REGISTRADO EN ESTA CARTILLA, ¿RECIBIÓ (*nombre*) ALGUNA OTRA VACUNA – INCLUIDAS VACUNAS RECIBIDAS EN SEMANAS NACIONALES DE SALUD O JORNADAS DE VACUNACIÓN?

☐ Sí⇒ Regrese a IM3 e indague sobre esas vacunas y escriba '66' en la columna del día correspondiente para cada vacuna mencionada. Luego pase directamente a IM19

☐ No/NS ⇒ Continúe con IM19

IM6. ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VACUNA PARA PREVENIR ALGUNA ENFERMEDAD, INCLUSO VACUNAS RECIBIDAS DURANTE UNA SEMANA NACIONAL DE SALUD, EN VISITAS CON (NOMBRE) AL MÉDICO O CUANDO PROMOTORAS VISITARON SU HOGAR?	Sí.....	1	2⇒IM19 8⇒IM19
	No.....	2	
	No sabe	8	
	No responde.....	9	
IM7. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA BCG CONTRA LA TUBERCULOSIS; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO O EN EL HOMBRO QUE GENERALMENTE DEJA UNA CICATRIZ?	Sí.....	1	
	No.....	2	
	No sabe	8	
	No responde.....	9	
IM13. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ LA VACUNA DE HEPATITIS B; ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE DA EN EL MUSLO, PARA PREVENIR LA HEPATITIS B?	Sí.....	1	2⇒IM15C
	No.....	2	

<i>Indague indicando que la vacuna contra la Hepatitis B algunas veces se da al mismo tiempo que la vacuna Pentavalente.</i>	No sabe 8 No responde.....9	8⇒IM15C
IM14. ¿LA PRIMERA VACUNA DE HEPATITIS B RECIBIDA FUE DENTRO DE LAS 24 HORAS DE NACER O MÁS TARDE?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	
IM15. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15C. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA PENTAVALENTE ES DECIR, UNA INYECCIÓN QUE SE PONE EN EL MUSLO PARA PREVENIR DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS Y LA INFLUENZA TIPO B?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15E 8⇒IM15E
IM15D. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA PENTAVALENTE?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15E. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS (PROTEGE DE DIARREA POR ROTAVIRUS Y ES UNA AMPOLLETA DE LÍQUIDO QUE ES TOMADA O BEBIDA)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15G 8⇒IM15G
IM15F. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA ROTAVIRUS?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	
IM15G ¿RECIBIÓ (nombre) ALGUNA VEZ UNA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA QUE PROTEGE CONTRA INFECCIONES POR NEUMOCOCO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM15I 8⇒IM15I
IM15H. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA NEUMOCOCICA CONJUGADA?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9	

IM15I. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ UNA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒IM16 8⇒IM16																				
IM15J. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA?	Número de veces No sabe 8 No responde.....9																					
IM16. ¿RECIBIÓ (<i>nombre</i>) ALGUNA VEZ INYECCIONES CONTRA SARAMPIÓN (SARAMPIÓN RUBÉOLA Y PAROTIDITIS O SRP, O TRIPLE VIRAL) MMR O MR; ES DECIR, UNA INYECCIÓN EN EL BRAZO AL AÑO DE EDAD O DESPUÉS, PARA EVITAR QUE CONTRAIGA SARAMPIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16A. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ (<i>nombre</i>) VITAMINA A, INCLUSO EN ALGUNA SEMANA NACIONAL DE SALUD?	Número de veces Ninguna 0 No sabe 8 No responde.....9																					
IM16B. ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA VEZ VACUNAS ADICIONALES CONTRA POLIOMIELITIS (SABIN) EN SEMANAS DE SALUD?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9																					
IM19. ¿PODRÍA DECIRME SI (NOMBRE) HA SIDO VACUNADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SEMANAS NACIONALES DE SALUD: [A] <i>Primera semana nacional de salud 2015, del 21 al 27 de febrero, vacuna contra la polio</i> [B] <i>Otra semana nacional de salud durante 2015</i> [C] <i>Otra semana nacional de salud, anterior a 2015</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ra semana nac. de salud 2015.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otra semana nac. de salud 2015.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otra semana nac. de salud</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	Otra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9	Otra semana nac. de salud	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																		
1ra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
Otra semana nac. de salud 2015.....	1	2	8	9																		
Otra semana nac. de salud	1	2	8	9																		

CUIDADO DE ENFERMEDADES		CA
CA1. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿TUVO (nombre) DIARREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. ME GUSTARÍA SABER CUÁNTO SE LE DIO DE BEBER A (nombre) MIENTRAS ESTUVO CON DIARREA (INCLUYENDO LECHE MATERNA). DURANTE EL TIEMPO EN QUE (nombre) TUVO DIARREA, ¿PARA TOMAR, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, O MÁS DE LO HABITUAL? <i>Si bebió “menos”, indague:</i> ¿LE DIO MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 No se le dio nada para beber..... 5 No sabe 8 No responde.....9	
CA3. DURANTE EL TIEMPO QUE (nombre) ESTUVO CON DIARREA, ¿PARA COMER, LE DIO MENOS DE LO HABITUAL, CASI LO MISMO, MÁS DE LO HABITUAL O NO LE DIO NADA? <i>Si responde “menos”, indague:</i> ¿SE LE DIO DE COMER MUCHO MENOS DE LO HABITUAL O UN POCO MENOS?	Mucho menos 1 Un poco menos 2 Casi lo mismo 3 Más..... 4 Suspendió la comida 5 Nunca se le dio de comer 6 No sabe 8 No responde.....9	
CA3A. ¿BUSCÓ USTED CONSEJO O TRATAMIENTO DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN, PARA LA DIARREA DE (NOMBRE)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde.....9	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? <i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO LUGAR? <i>Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia.</i> <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si se trata del sector público o privado, escriba el nombre del lugar.</i> _____ (NOMBRE DEL LUGAR)	Sector público Hospital del gobierno.....A Clínica del gobierno/centro de salud B Caravana o puesto móvil de salud C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (especifique).....H Sector médico privado Hospital / clínica privada..... I Médico privado J Farmacia privada K Otro médico privado (especifique) _____O Otras fuentes Pariente / amigo P Tienda Q Profesional tradicional R Otro (especifique) _____X No responde.....?	I⇒CA4 J⇒CA4 K⇒CA4 O⇒CA4 P⇒CA4 Q⇒CA4 R⇒CA4 X⇒CA4 ?⇒CA4

CA3C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (NOMBRE)?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera.....2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?.....5 Otro 6 No responde.....9																
CA4. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre): [A] UN POLVO QUE VIENE EN UN SOBRE ESPECIAL LLAMADO VIDA SUERO ORAL? [B] ALGUNA SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN PARA DIARREA COMO PEDIALYTE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida suero oral.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Solución de rehidratación.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	NR	Vida suero oral.....1		2	8	9	Solución de rehidratación.....1		2	8	9	
	SÍ	No	NS	NR													
Vida suero oral.....1		2	8	9													
Solución de rehidratación.....1		2	8	9													
CA4A. Verifique CA4: Vida Suero Oral o solución de rehidratación. ☐ Al niño/a se le dio Vida suero oral u otro tipo de solución de rehidratación ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4) ⇒ Continúe con CA4B ☐ Al niño/a no se le dio Vida suero oral ⇒ Vaya a CA4C																	
CA4B. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL VIDA SUERO ORAL O SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (especifique).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa.....40 Otro (especifique)..... 96 No responde.....99																
CA4C. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO A (nombre) ALGUNA DE ESTAS COSAS: [A] TABLETAS DE ZINC? [B] JARABE DE ZINC?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tabletas de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Jarabe de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NS	NR	Tabletas de zinc	1	2	8	9	Jarabe de zinc	1	2	8	9	
	SÍ	No	NS	NR													
Tabletas de zinc	1	2	8	9													
Jarabe de zinc	1	2	8	9													

CA4D. Verifique CA4C: ¿zinc?																																	
☐ Al niño/a se le dio zinc ('sí' circulado en 'A' o 'B' en CA4C) ⇒ Continúe con CA4E																																	
☐ Al niño/a no se le dio zinc ⇒ Vaya a CA4F																																	
CA4E. ¿DÓNDE OBTUVO USTED EL ZINC? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (especifique).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya tenía en su casa 40 Otro (especifique), ...96 No responde.....99																																
CA4F. DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA, ¿SE LE DIO DE BEBER A (nombre) ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada ítem (A y luego B) en voz alta y anote la respuesta antes de proceder con el siguiente ítem.</i> [A] SUERO CASERO? [B] ATOLE O AGUA DE ARROZ? [C] ATOLE DE MAÍZ? [D] TE DE HIERBAS [E] OTRO LÍQUIDO EXCEPTO REFRESCOS O CAFÉ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suero casero 1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Atole/agua de arroz....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Atole de maíz 1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Te de hierbas.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otro líquido excepto refrescos o café.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Suero casero 1		2	8	9	Atole/agua de arroz....1		2	8	9	Atole de maíz 1		2	8	9	Te de hierbas.....1		2	8	9	Otro líquido excepto refrescos o café.....1		2	8	9		
	Sí	No	NS	NR																													
Suero casero 1		2	8	9																													
Atole/agua de arroz....1		2	8	9																													
Atole de maíz 1		2	8	9																													
Te de hierbas.....1		2	8	9																													
Otro líquido excepto refrescos o café.....1		2	8	9																													
CA5. ¿SE LE DIO ALGUNA (OTRA) COSA PARA TRATAR LA DIARREA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒CA6A 8⇒CA6A																															
CA6. ¿QUÉ (OTRA) COSA SE LE DIO PARA TRATAR LA DIARREA? <i>Indague:</i> <i>¿ALGO MÁS?</i>	Pastilla o jarabe Antibiótico.....A Antiespasmódico B Otras pastillas o jarabes(no antibióticos, antiespasmódico o zinc) G No sabe tipo de pastilla o jarabe H																																

Registre todos los tratamientos administrados. Escriba la/s marca/s de todos los medicamentos nombrados.	Inyección Antibiótica..... L No antibiótica..... M No sabe tipo de inyección..... N Intravenosa O Remedio casero / medicina a base de hierbas Q Otros (especifique)..... X No responde..... ?	
CA6A. EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, ¿HA ESTADO (<i>nombre</i>) ENFERMO CON FIEBRE EN ALGÚN MOMENTO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9	
CA7. EN ALGÚN MOMENTO DE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS, ¿HA TENIDO (<i>nombre</i>) ALGUNA ENFERMEDAD CON TOS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9	2⇒CA9A 8⇒CA9A
CA8. CUANDO (<i>nombre</i>) ESTUVO ENFERMO CON TOS, ¿RESPIRABA MÁS RÁPIDO DE LO HABITUAL, CON RESPIROS CORTOS Y RÁPIDOS, O TENÍA DIFICULTAD PARA RESPIRAR O JADEABA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde..... 9	2⇒CA10 8⇒CA10
CA9. ¿ESTO SE DEBIÓ A ALGÚN PROBLEMA EN EL PECHO O A TENER LA NARIZ TAPADA O QUE MOQUEABA?	Problema en el pecho solamente..... 1 Nariz tapada o que moqueaba solamente.. 2 Ambos 3 Otros (<i>especifique</i>)..... 6 No sabe 8 No responde..... 9	1⇒CA10 2⇒CA10 3⇒CA10 6⇒CA10 8⇒CA10
CA9A. Verifique CA6A: ¿Tuvo fiebre? ☐ El niño/a tuvo fiebre ⇒ Continúe con CA10 ☐ El niño/a no tuvo fiebre ⇒ Vaya a CA14		
CA10. ¿BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A DE PARTE DE ALGUNA PERSONA O INSTITUCIÓN?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9	2⇒CA12 8⇒CA12
CA11. ¿DÓNDE BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO? Indague: ¿ALGÚN OTRO LUGAR? Circule todos los proveedores mencionados, pero NO proporcione ninguna sugerencia. Indague para identificar cada tipo de fuente.	Sector público Hospital del gobierno..... A Clínica del gobierno/centro de salud B Caravana o puesto móvil de salud C Promotor o auxiliar de salud..... D Otro público (<i>especifique</i>)..... H Sector médico privado Hospital / clínica privada..... I Médico privado J Farmacia privada K Otro médico privado (<i>especifique</i>)..... O	I⇒CA12 J⇒CA12 K⇒CA12

<i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> _____ <i>(Nombre del lugar)</i>	Otras fuentes Pariente / amigo P Tienda Q Profesional tradicional R Otro (<i>especifique</i>) X No responde.....?	O⇒CA12 P⇒CA12 Q⇒CA12 R⇒CA12 X⇒CA12 ?⇒CA12
CA11AA. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN BUSCÓ CONSEJO O TRATAMIENTO (<i>nombre</i>)?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5 Otra institución (<i>especifique</i>) 6 No responde 9	
CA12. ¿EN ALGÚN MOMENTO DURANTE LA ENFERMEDAD, SE LE DIO A (<i>nombre</i>) ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAR ESTA ENFERMEDAD?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe.....8 No responde.....9	2⇒CA14 8⇒CA14
CA13. ¿QUÉ MEDICAMENTO SE LE DIO A (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> <i>¿ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?</i> <i>Circule todos los medicamentos que se le administraron. Anote la/s marca/s de todos los medicamentos que se mencionen.</i> _____ <i>(Nombre)</i>	Antibióticos Pastilla / Jarabe (suspensión) I Inyección..... J Otros medicamentos: Paracetamol / Acetaminofen (Tempra)...P Aspirina Q Ibuprofeno (Motrin/Neomelufen/Advil)....R Desenfríolito.....S Neomelubrina.....T Febrax.....U Otro (<i>especifique</i>) X No sabe Z No responde.....?	
CA13A. Verifique CA13: ¿Algún antibiótico mencionado (códigos I o J)? ☐ Sí ⇒ Continúe con CA13B ☐ No ⇒ Pase a CA14		

CA13B. ¿DÓNDE OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)? <i>Indague para identificar cada tipo de fuente.</i> <i>Si no puede determinar si es pública o privada, escriba el nombre del lugar.</i> _____ (Nombre del lugar)	Sector público Hospital del gobierno..... 11 Clínica del gobierno/centro de salud 12 Caravana o puesto móvil de salud 13 Promotor o auxiliar de salud..... 14 Otro público (especifique).....16 Sector médico privado Hospital / clínica privada..... 21 Médico privado 22 Farmacia privada 23 Otro médico privado (especifique) _____ 26 Otra fuente Pariente / amigo 31 Tienda 32 Profesional tradicional 33 Ya lo tenía en casa.....40 Otro (especifique) _____ 96 No responde.....99	21⇒CA14 22⇒CA14 23⇒CA14 26⇒CA14 31⇒CA14 32⇒CA14 33⇒CA14 40⇒CA14 96⇒CA14 99⇒CA14
CA13C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN OBTUVO EL (nombre del medicamento en CA13)?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Seguro Popular o Para una nueva generación o Siglo XXI?..... 5 Otra institución (especifique) ..._____ 6 No responde 9	
CA14. Verifique AG2: Edad del niño/a ☐ Edad del niño/a 0, 1 o 2 ⇒ Continúe con CA15 ☐ Edad del niño/a 3 o 4 ⇒ Vaya a CF0 del módulo de Funcionamiento y discapacidad niños/as 2-4 años		
CA15. LA ÚLTIMA VEZ QUE (nombre) EVACUÓ/HIZO POPÓ, ¿CÓMO SE DESECHÓ? <i>Indague:</i> ¿QUÉ HIZO CON EL PAÑAL?	El niño usó el excusado (taza) / letrina 01 Lo puso / tiró en el excusado o letrina..... 02 Lo puso / tiró en el desagüe o drenaje 03 Se tiró a la basura (residuo sólido) 04 Se enterró 05 Se dejó al aire libre..... 06 Otro (especifique) _____ 96 No sabe 98 No responde.....99	

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS/AS (2-4 AÑOS)		CFD
CFD0. Verifique AG2: edad del niño/a ☐ Edad del niño/a 0, 1 año ⇒ Vaya a UF13 ☐ Edad del niño/a 2 A 4 años ⇒ Continúe con CFD1 <i>Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.</i>		
CFD1. ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER. ¿(nombre) USA LENTES?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD3 9⇒CFD3
CFD2. ¿TIENE (nombre) DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES? ¿DIRÍA QUÉ (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD4 2⇒CFD4 3⇒CFD4 4⇒CFD4 9⇒CFD4
CFD3. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA VER? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD4. ¿(nombre) USA APARATO AUDITIVO?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD6 9⇒CFD6
CFD5. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU(S) APARATO(S) AUDITIVO? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
CFD6. ¿(nombre) TIENE DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA? ¿DIRÍA QUE (nombre) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD7. ¿(nombre) UTILIZA ALGÚN APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD10 9⇒CFD10

CFD8. SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD9. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD11 2⇒CFD11 3⇒CFD11 4⇒CFD11 9⇒CFD11
CFD10. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD11 4⇒CFD11 9⇒CFD11
CFD10A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR?	Disposición para caminar.....1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3 No responde.....9	
CFD10B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación.... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9	
CFD11. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA RECOGER OBJETOS PEQUEÑOS CON SUS MANOS? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD12. ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD13. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿USTED TIENE DIFICULTAD PARA ENTENDERLE? ¿DIRÍA QUE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	

CFD14. ¿EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, (<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD15. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿(<i>nombre</i>) TIENE DIFICULTADES PARA JUGAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde..... 9	
CFD16. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿QUÉ TANTO PATEA, MUERDE O GOLPEA (<i>nombre</i>) A OTROS NIÑOS O ADULTOS? ¿DIRÍA QUE: NO LO HACE, LO MISMO O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?	No lo hace..... 1 Lo mismo o menos..... 2 Más..... 3 Mucho más..... 4 No responde..... 9	
CFD17. ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL, AUNQUE SEA EN EDUCACIÓN INICIAL?	Si 1 No..... 2 No responde..... 9	

UF13. Anote la hora.	Hora y minutos : ..	
UF14. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7B y HL15. ¿La persona entrevistada es la madre o la persona encargada de algún otro niño/a de 0 a 4 años que viva en esta casa?		
☐ Sí ⇒ Indíquelo a la entrevistada que usted más tarde debe medir el peso y la talla del niño/a. Vaya al siguiente CUESTIONARIO DE NIÑOS/As MENORES DE CINCO AÑOS que deba responder la misma persona entrevistada		
☐ No ⇒ Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y dígame que debe medir el peso y la talla del niño/a antes de que se marche del hogar		
Verifique si no hay algún otro Cuestionario de mujer, del hombre o de niños/as menores de 5 años que deba realizarse en este hogar.		

ANTROPOMETRÍA		AN
Una vez los cuestionarios para todos los niños/as estén completos, el técnico pesa y mide a cada niño/a. Anote el peso y la estatura/talla abajo, asegurándose de anotar las medidas en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar las medidas.		
AN1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las medidas:	Nombre _____	
AN2. Resultado de la medición de la estatura/talla y el peso	Se midió una o ambas..... 1	
	El niño/ la niña no estaba presente..... 2	2⇒AN6
	El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3	3⇒AN6
	Otro (especifique) _____ 6	6⇒AN6
AN3. Peso del niño/a	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3AA. Peso del niño/a (segunda medición)	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3AB. Peso del niño/a (tercera medición)	Kilogramos (kg)..... ____ . ____ No se midió el peso.....99.99	
AN3A. ¿Estaba el niño/a desvestido al mínimo? ☐ Sí. ☐ No, el/la niño/a no pudo ser desvestido/a al mínimo.		
AN3B. Verifique la edad del niño/a en AG2: ☐ Niño/a menor de 2 años. ⇒ Medir la talla o longitud (acostado). ☐ Niño/a de 2 años o más. ⇒ Medir la talla (de pie).		
AN4. Longitud o talla del niño/a	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura 9999.9	
AN4AA. Longitud o talla del niño/a (segunda medición)	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura 9999.9	
AN4AB. Longitud o talla del niño/a (tercera medición)	Talla/estatura (cm)..... ____ . ____ No se midió la Talla/estatura 9999.9	

AN4A. <i>¿Cómo se midió en realidad al niño/a?</i> <i>¿Acostado o de pie?</i>	Acostado 1 De pie 2	
AN6. <i>¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para ser medido?</i> ☐ <i>Sí ⇒ Mida y anote las medidas del siguiente niño/a.</i> ☐ <i>No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.</i>		

HEMOGLOBINA		HM
Una vez que las mediciones antropométricas para todos los niños/as estén completas, el técnico tomará la muestra de sangre capilar y medirá la hemoglobina para cada niño/a. Anote el resultado de la prueba de hemoglobina abajo, asegurándose de anotarlo en el cuestionario correcto para cada niño/a. Verifique el nombre del niño/a y el número de residente del Listado de miembros del hogar antes de registrar los resultados.		
HM1A. Verifique AG2. ☐ 1-4 años de edad ⇒ Vaya a HM1. ☐ 0 años de edad ⇒ Vaya a HM4.		
HM1. Nombre y número de la persona a cargo de tomar las muestras de sangre capilar:	Nombre _____	
HM2. Resultado del procedimiento de medición de hemoglobina	Se midió..... 1 El niño/ la niña no estaba presente..... 2 El niño/ la niña o la persona encargada se negó..... 3 Otro (<i>especifique</i>) 6	2⇒HM4 3⇒HM4 6⇒HM4
HM3. Resultado de la medición de hemoglobina del niño/a	Resultados _ _ . _ No se midió 99.9	
HM4. ¿Hay otro niño/a en este hogar que sea elegible para prueba de hemoglobina? ☐ Sí ⇒ Tome la muestra de sangre capilar y anote los resultados del siguiente niño/a. ☐ No ⇒ Verifique si hay otros cuestionarios individuales para completar en el hogar.		

Observaciones del Supervisor

Observaciones de la entrevistadora

Observaciones del medidor



**CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES
(5 A 17 AÑOS) SOBRE FUNCIONAMIENTO**
ENIM-Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres

PANEL DE INFORMACIÓN DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DE 5-17 AÑOS		CFD
<i>Este cuestionario se aplicará a todas las madres o personas encargadas (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL15) que cuidan a un niño/a que vive con ellas y que tenga entre 5 y 17 años de edad (ver columna HL7B del Listado de miembros del hogar). Se debe usar un cuestionario separado para cada menor elegible.</i>		
CF1. Número de conglomerado: _____	CF2. Número de hogar: _____	
CF3. Nombre del niño/a o adolescente: Nombre _____	CF4. Número de residente del niño/a o adolescente : _____	
CF5. Nombre de la madre/persona encargada: Nombre _____	CF6. Número de residente de la madre/persona encargada: _____	
CF5A. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	CF8. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	

<i>Repita el saludo si no ha saludado antes al entrevistado:</i> SOMOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LA SALUD Y BIENESTAR DE (NOMBRE DEL NIÑO/A DE CF3). LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.	<i>Si a esta persona ya se le leyó el saludo al inicio del cuestionario, lea entonces lo siguiente:</i> ME GUSTARÍA PLATICARLE AHORA SOBRE (NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA DE CF3). ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS. DE NUEVO, TODA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONE SERÁ EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA.
¿PUEDO COMENZAR AHORA? ☐ <i>Sí, se concede el permiso ⇒ Vaya a CF12 para anotar la hora y luego comience con la entrevista.</i> ☐ <i>No, no se concede permiso ⇒ Circule '03' en CF7. Discuta el resultado con su supervisor</i>	

CF7. Resultado de la entrevista de niños/as o adolescentes de 5 a 17 años	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Completada parcialmente 04 Incapacitada 05 Otro (<i>especifique</i>)..... 96
CF8A. Nombre y número del supervisor Nombre _____	
CF12. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos..... : ____

FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD NIÑO/A O ADOLESCENTE (5-17 AÑOS)		CFD
<i>Utilice las tarjetas donde aparecen las respuestas de esta sección, para facilitar la comprensión de parte de la entrevistada.</i>		
CFD1AA. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA SALUD DE <i>(nombre)</i> . ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA <i>(nombre)</i> EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? <i>Anote la edad en años completos.</i>	Edad (en años completos) ____ ____	
CFD1A. ¿(<i>nombre</i>) ASISTIÓ A UNA ESCUELA ESPECIAL O A UN GRUPO DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA ESCUELA NORMAL?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	
CFD1. ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE DIFICULTADES QUE SU HIJO/A PUEDE TENER. ¿UTILIZA <i>(nombre)</i> LENTES?	Si 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD3 9⇒CFD3
CFD2. ¿TIENE <i>(nombre)</i> DIFICULTAD PARA VER CUANDO USA LENTES? ¿DIRÍA QUE <i>(nombre)</i> TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD4 2⇒CFD4 3⇒CFD4 4⇒CFD4 9⇒CFD4
CFD3. ¿TIENE <i>(nombre)</i> DIFICULTADES PARA VER? ¿DIRÍA QUE <i>(nombre)</i> TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD4. ¿USA <i>(nombre)</i> APARATO AUDITIVO?	Si..... 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD6 9⇒CFD6

CFD5. ¿TIENE DIFICULTAD (<i>nombre</i>) PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA CUANDO UTILIZA SU APARATO (S) AUDITIVO (S) ? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD7 2⇒CFD7 3⇒CFD7 4⇒CFD7 9⇒CFD7
CFD6. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA OÍR SONIDOS COMO VOCES O MÚSICA? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD7. ¿UTILIZA (<i>nombre</i>) CUALQUIER APARATO O RECIBE AYUDA PARA CAMINAR?	Si..... 1 No..... 2 No responde.....9	2⇒CFD12 9⇒CFD12
CFD8. SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FÚTBOL PROFESIONAL. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	3⇒CFD10 4⇒CFD10 9⇒CFD10
CFD9. ¿SIN UTILIZAR SU APARATO O AYUDA, TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE LA LONGITUD DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES. DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	
CFD9A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?	Disposición de caminar.....1 Capacidad física para caminar..... 2 Otra..... 3 No responde.....9	
CFD9B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9	

CFD10. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FUTBOL PROFESIONAL. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14
CFD11. CUANDO UTILIZA SU APARATO O AYUDA, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD14 9⇒CFD14
CFD11A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?	Disposición de caminar..... 1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3 No responde.....9	
CFD11B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9	1⇒CFD14 2⇒CFD14 3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14
CFD12. EN COMPARACIÓN CON NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 100 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE UNA CANCHA DE FUTBOL PROFESIONAL. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	3⇒CFD14 4⇒CFD14 9⇒CFD14

CFD13. EN COMPARACIÓN CON NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CAMINAR 500 METROS EN UN TERRENO PLANO? ESO SERÍA APROXIMADAMENTE EL LARGO DE CINCO CANCHAS DE FÚTBOL PROFESIONALES. ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD14 9⇒CFD14
CFD13A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CAMINAR 500 METROS?	Disposición de caminar..... 1 Capacidad física para caminar..... 2 Otro..... 3	
CFD13B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación.....2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9	
CFD14. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA EL CUIDADO PERSONAL COMO ALIMENTARSE O VESTIRSE? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD15 9⇒CFD15
CFD14A. ¿QUÉ TIPO DE DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA ALIMENTARSE O VESTIRSE? <i>Lea todas las respuestas y seleccione todas las que reporte la madre o cuidadora.</i>	Disposición para comer.....A Elección de la ropa.....B Necesita repetidos recordatorios..... C Capacidad física para comer..... D Capacidad física para vestirse.....E Otro..... X No responde.....?	
CFD14B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9	
CFD15. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿TIENE DIFICULTAD PARA SER ENTENDIDO POR PERSONAS DENTRO DE ESTE HOGAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad.....1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	

CFD16. CUANDO (<i>nombre</i>) HABLA, ¿TIENE DIFICULTAD PARA SER COMPRENDIDO POR PERSONAS FUERA DE ESTE HOGAR? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9																	
CFD17. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA APRENDER COSAS? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9																	
CFD18. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD19 9⇒CFD19																
CFD18A. CREE USTED QUE: ¿SU DIFICULTAD PARA RECORDAR COSAS ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD? ¿NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD? ¿SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Necesita ayuda...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Problemas en el largo plazo...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NR	Normal.....	1	2	9	Necesita ayuda...	1	2	9	Problemas en el largo plazo...	1	2	9	
	SÍ	No	NR															
Normal.....	1	2	9															
Necesita ayuda...	1	2	9															
Problemas en el largo plazo...	1	2	9															
CFD18B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto.....1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9																	

CFD19. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (<i>nombre</i>) PARECE ANSIOSO, NERVIOSO O PREOCUPADO? ¿DIRÍA QUE: DIARIAMENTE, SEMANALMENTE, MENSUALMENTE, UNAS POCAS VECES AL AÑO O NUNCA?	Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Unas pocas veces al año.....4 Nunca..... 5 No responde.....9																	
CFD20. ¿CON QUÉ FRECUENCIA (<i>nombre</i>) PARECE TRISTE O DEPRIMIDO? ¿DIRÍA QUE: DIARIAMENTE, SEMANALMENTE, MENSUALMENTE, UNAS POCAS VECES AL AÑO O NUNCA?	Diariamente..... 1 Semanalmente..... 2 Mensualmente..... 3 Unas pocas veces al año.....4 Nunca..... 5 No responde.....9																	
CFD21. EN COMPARACIÓN CON LOS NIÑOS DE LA MISMA EDAD, ¿QUÉ TANTA DIFICULTAD TIENE (<i>nombre</i>) PARA CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO? ¿DIRÍA QUE: NINGUNA, LA MISMA O MENOS, MÁS O MUCHO MÁS?	Ninguna..... 1 La misma o menos..... 2 Más..... 3 Mucho más..... 4 No responde.....9	1⇒CFD22 2⇒CFD22 9⇒CFD22																
CFD21A. CREE USTED QUE: ¿SU DIFICULTAD PARA CONTROLAR SU CONDUCTA ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD? ¿NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD? ¿SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Necesita ayuda...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Problemas en el largo plazo...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	Normal...	1	2	9	Necesita ayuda...	1	2	9	Problemas en el largo plazo...	1	2	9	
	Sí	No	NR															
Normal...	1	2	9															
Necesita ayuda...	1	2	9															
Problemas en el largo plazo...	1	2	9															
CFD21B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9																	

CFD22. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE EN UNA ACTIVIDAD QUE DISFRUTA HACER? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9																	
CFD23. ¿TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA ACEPTAR CAMBIOS EN SU RUTINA? ¿DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad.....2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9	1⇒CFD24																
CFD23A. CREE USTED QUE: ¿SU DIFICULTAD PARA ACEPTAR LOS CAMBIOS EN LA RUTINA ES NORMAL PARA LOS NIÑOS DE ESA EDAD? ¿NECESITA AYUDA PARA SUPERAR ESTA DIFICULTAD? ¿SI NO SE ATIENDE, ESTA DIFICULTAD CAUSARÁ PROBLEMAS A LARGO PLAZO?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>No</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Necesita ayuda.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Problemas en el largo plazo....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	No	NR	Normal.....	1	2	9	Necesita ayuda.....	1	2	9	Problemas en el largo plazo....	1	2	9	
	SÍ	No	NR															
Normal.....	1	2	9															
Necesita ayuda.....	1	2	9															
Problemas en el largo plazo....	1	2	9															
CFD23B. ¿QUÉ TANTA PREOCUPACIÓN TIENE USTED SOBRE ESTA DIFICULTAD?	No le preocupa en lo absoluto..... 1 Poca preocupación..... 2 Mucha preocupación..... 3 Entre poca y mucha..... 4 No responde.....9																	
CFD24. TIENE (<i>nombre</i>) DIFICULTAD PARA HACER AMIGOS? DIRÍA QUE (<i>nombre</i>) TIENE: NINGUNA DIFICULTAD, ALGUNA DIFICULTAD, MUCHA DIFICULTAD O IMPOSIBILIDAD TOTAL?	Ninguna dificultad..... 1 Alguna dificultad..... 2 Mucha dificultad..... 3 Imposibilidad total 4 No responde.....9																	

CF13. Anote la hora.	Hora y minutos : ..	
CF14. Verifique el Listado de miembros del hogar, columnas HL7A y HL15. Hay otro niño/a o adolescente de 5 a 17 años que viva en este hogar? Aplique el cuestionario de niño/a o adolescente de 5 a 17 años correspondiente.		

© **Instituto Nacional de Salud Pública**

Universidad No. 655, Col. Santa María Ahuacatlán
Cerrada Los Pinos y Caminera, 62100
Cuernavaca, Morelos, México.
Tel. (777) 329 3000

© **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**

Paseo de la Reforma 645, Col. Lomas de Chapultepec
11000, Ciudad de México, México

mexico@unicef.org

Twitter: **unicefmexico**

Facebook: **UNICEFMexico**

Para donaciones llame al 01800 841 8888

México, 2017

Fotografía de portada: © UNICEF México/Szabo Peter
Diseño: Andrés González Avila