



Descripción del archivo de salud materno-infantil último embarazo ocurrido

DESCRIPCION	CAMPO	RANGO	LONGITUD	POSICION		
				INICIAL	FINAL	
	CODIGO	DESCRIPCION				
ARCHIVO DE SALUD MATERNO-INFANTIL ULTIMO EMBARAZO OCURRIDO (E97SMU.BDC)						
IDENTIFICACION GEOGRAFICA						
CLAVE DE LA ENTIDAD	ENT	{01..32}	2	1	2	
		<u>Ver catálogo de entidades y países</u>				
CLAVE DE MUNICIPIO O DELEGACION	MUN	{001..570}	3	3	5	
		<u>Ver catálogo de municipios</u>				
ZONA	ZONA	{01..07, 20, 30, 40, 50, 60}	2	6	7	
	01..07	Áreas metropolitanas, localidades de 100,000 o más habitantes y capitales de estado				
	20	Localidades de 90,000 a 99,999 habitantes				
	30	Localidades de 50,000 a 89,999 habitantes				
	40	Localidades de 15,000 a 49,999 habitantes				
	50	Localidades de 2,500 a 14,999 habitantes				
	60	Localidades menores de 2,500 habitantes				
ESTRATO	ESTRATO	{1..9}	1	8	8	
		Variable en cada zona				
		El estrato 1 corresponde al más alto, de acuerdo con el nivel socioeconómico; el estrato 2 al inmediato inferior (medio alto) y así sucesivamente, hasta cubrir el total de estratos en cada zona.				
TAMAÑO DE LOCALIDAD	TAM_LOC	{1..5}	1	9	9	
	1	Menor a 2,500 habitantes				
	2	2,500 a 14,999 habitantes				
	3	15,000 a 19,999 habitantes				
	4	20,000 a 99,999 habitantes				
	5	100,000 y más habitantes				
NUMERO DE CONTROL (UPM) *	UPM	{000001..999999}	6	10	15	
		Número de control				
FOLIO DE VIVIENDA	F_VIV	{01..99}	2	16	17	
		Número de vivienda				
NUMERO DE HOGAR	HOGAR	{1..9}	1	18	18	
		Número de hogar en la vivienda				
FACTOR DE EXPANSION (MUJER)	FAC_MUJ	{0001..9999}	4	19	22	
		Expande características de la mujer				

XIII SALUD MATERNO-INFANTIL (ULTIMO EMBARAZO OCURRIDO)

NUMERO DE REGISTRO EN 3.1 (MUJER)	P3_1	{01..40}	2	23	24
Número de registro de la mujer en la sección III Datos Generales					
FILTRO	P13_1A	{1..2}	1	25	25
	1	Nunca embarazada			
	2	Con algún embarazo			
NUMERO DE RENGLON	P13_1B	{01..28, b}	2	26	27
	01..28				
	b	Por pase			
FECHA DE NACIMIENTO O PERDIDA (MES)	P13_1C	{01..12, 99, b}	2	28	29
	01	Enero			
	02	Febrero			
	03	Marzo			
	04	Abril			
	05	Mayo			
	06	Junio			
	07	Julio			
	08	Agosto			
	09	Septiembre			
	10	Octubre			
	11	Noviembre			
	12	Diciembre			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
FECHA DE NACIMIENTO O PERDIDA (AÑO)	P13_1D	{50..97, 99, b}	2	30	31
	50..97	Año			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
FILTRO	P13_2A	{1..4, b}	1	32	32
	1	Aborto			
	2	Mortinato			
	3	Hijo nacido vivo actualmente vivo			
	4	Hijo nacido vivo actualmente fallecido			
	b	Por pase			
EDAD (DIAS)	P13_2B	{00..29, 99, b}	2	33	34
	00..29	Días			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
EDAD (MESES)	P13_2C	{01..11, b}	2	35	36
	01..11	Meses			
	b	Por pase			
EDAD (AÑOS)	P13_2D	{00..04, b}	2	37	38

	00..04 b	Años Por pase			
TIEMPO DE REVISION PRENATAL (SEMANAS)	P13_3A	{01..25, 97,98, 99, b}	2	39	40
	01..25 97 98 99 b	Semanas No la revisaron No especificado No sabe Por pase			
TIEMPO DE REVISION PRENATAL (MESES)	P13_3B	{01..09, b}	2	41	42
	01..09 b	Meses Por pase			
PERSONAL DE REVISION PRENATAL (A)	P13_4A	{1..5, 9, b}	1	43	43
	1 2 3 4 5 9 b	Médico Enfermera Auxiliar o promotora de salud Partera o comadrona Otra persona No especificado Por pase			
LUGAR DE REVISION PRENATAL (A)	P13_5A	{01..10, 99, b}	2	44	45
	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 99 b	Seguro Social (clínica u hospital) ISSSTE (clínica u hospital) Centro de Salud, SSA (clínica u hospital) IMSS solidaridad (clínica) DIF Otras instituciones de salud de gobierno Consultorio, clínica u hospital privado Casa de la partera En su casa Otro lugar No especificado Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (A)	P13_6A	{1,2, 9, b}	1	46	46
	1 2 9 b	Le tomaron la presión Sí No No sabe Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (B)	P13_6B	{1,2, 9, b}	1	47	47
	1 2 9 b	La pesaron Sí No No sabe Por pase			
CARACTERITICAS DE LA REVISION PRENATAL (C)	P13_6C	{1,2, 9, b}	1	48	48
		Le aplicaron la vacuna contra el tétanos			

		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (D)	P13_6D		{1,2, 9, b}	1	49	49
			Le recomendaron dar el pecho			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (E)	P13_6E		{1,2, 9, b}	1	50	50
			Le hablaron sobre planificación familiar			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (F)	P13_6F		{1,2, 9, b}	1	51	51
			Le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (G)	P13_6G		{1,2, 9, b}	1	52	52
			Le ofrecieron la operación femenina			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (H)	P13_6H		{1,2, 9, b}	1	53	53
			Le ofrecieron el dispositivo			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (i)	P13_6I		{1,2, 9, b}	1	54	54
			Le ofrecieron las pastillas			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (J)	P13_6J		{1,2, 9, b}	1	55	55
			Le ofrecieron las inyecciones			
		1	Sí			
		2	No			
		9	No sabe			
		b	Por pase			

CARACTERISTICAS DE LA REVISION PRENATAL (K)	P13_6K	{1,2, 9, b}	1	56	56
	1	Le ofrecieron algún otro método			
	2	Sí			
	9	No			
	b	No sabe			
		Por pase			
NUMERO DE REVISIONES PRENATALES	P13_7	{01..50, 99, b}	2	57	58
	01..50	Número de revisiones			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (A)	P13_8A	{1,2, 9, b}	1	59	59
		Sangrado vaginal			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (B)	P13_8B	{1,2, 9, b}	1	60	60
		Hinchazón de piernas y/o cara			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (C)	P13_8C	{1,2, 9, b}	1	61	61
		Presión alta			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (D)	P13_8D	{1,2, 9, b}	1	62	62
		Presión baja			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (E)	P13_8E	{1,2, 9, b}	1	63	63
		Frecuentes dolores de cabeza			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (F)	P13_8F	{1,2, 9, b}	1	64	64
		Azúcar en la sangre			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (G)	P13_8G	{1,2, 9, b}	1	65	65
	1	Infección en los riñones			
	2	Sí			
	9	No			
	b	No sabe			
		Por pase			
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (H)	P13_8H	{1,2, 9, b}	1	66	66
	1	Otra complicación			
	2	Sí			
	9	No			
	b	No sabe			
		Por pase			
PERSONAL DE ATENCION EN EL PARTO (ABORTO) (A)	P13_9A	{1..6, 9, b}	1	67	67
	1	Médico			
	2	Enfermera			
	3	Auxiliar o promotora de salud			
	4	Partera o comadrona			
	5	Otra persona			
	6	Nadie(ella sola)			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
LUGAR DE ATENCION EN EL PARTO (ABORTO) (A)	P13_10A	{01..10, 99, b}	2	68	69
	01	Seguro Social (clínica u hospital)			
	02	ISSSTE (clínica u hospital)			
	03	Centro de Salud, SSA (clínica u hospital)			
	04	IMSS solidaridad (clínica)			
	05	DIF			
	06	Otras instituciones de salud de gobierno			
	07	Consultorio, clínica u hospital privado			
	08	Casa de la partera			
	09	En su casa			
	10	Otro lugar			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
TIEMPO DE REVISION POSPARTO (DIAS)	P13_11A	{01..30, 97,98, 99, b}	2	70	71
	01..30	Días			
	97	No la revisaron			
	98	No especificado			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
TIEMPO DE REVISION POSPARTO (SEMANAS)	P13_11B	{01..04, b}	2	72	73
	01..04	Semanas			
	b	Por pase			
TIEMPO DE REVISION POSPARTO (MESES)	P13_11C	{01..24, b}	2	74	75
	01..24	Meses			

	b	Por pase			
LUGAR DE REVISION POSPARTO (A)	P13_12A	{01..10, 99, b}	2	76	77
	01	Seguro Social (clínica u hospital)			
	02	ISSSTE (clínica u hospital)			
	03	Centro de Salud, SSA (clínica u hospital)			
	04	IMSS solidaridad (clínica)			
	05	DIF			
	06	Otras instituciones de salud de gobierno			
	07	Consultorio, clínica u hospital privado			
	08	Casa de la partera			
	09	En su casa			
	10	Otro lugar			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
REGRESO DE LA REGLA	P13_13	{00..24, 97, 99, b}	2	78	79
	00..24	Meses			
	97	No le ha regresado			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
FILTRO	P13_14	{1,2, b}	1	80	80
	1	Aborto			
	2	Hijo nacido vivo o muerto			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (A)	P13_15A	{1,2, 9, b}	1	81	81
		Se le rompió la fuente antes de que sintiera los dolores			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (B)	P13_15B	{1,2, 9, b}	1	82	82
		Tuvo presión alta			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (C)	P13_15C	{1,2, 9, b}	1	83	83
		Tuvo presión baja			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (D)	P13_15D	{1,2, 9, b}	1	84	84
		El (la) niño (a) venía de pies o sentado (a)			
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			

COMPLICACIONES EN EL PARTO (E)	P13_15E	{1,2, 9, b}	1	85	85
	1	El (la) niño (a) traía el cordón umbilical enredado			
	2	Sí			
	9	No			
	b	No sabe			
		Por pase			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (F)	P13_15F	{1,2, 9, b}	1	86	86
	1	Tuvo otra complicación			
	2	Sí			
	9	No			
	b	No sabe			
		Por pase			
TIPO DE PARTO	P13_16	{1,2, 9, b}	1	87	87
	1	Normal			
	2	Por cesárea			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
FILTRO	P13_17	{1,2, b}	1	88	88
	1	Hijo nacido muerto			
	2	Hijo nacido vivo			
	b	Por pase			
EDAD GESTIONAL	P13_18	{1..5, 9, b}	1	89	89
	1	6 a menos de 7 meses			
	2	7 a menos de 8 meses			
	3	8 a menos de 9 meses			
	4	9 meses			
	5	Más de 9 meses			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
PESO AL NACER (KILOS)	P13_19A	{0..9, b}	1	90	90
	0..7	Kilos			
	8	No lo pesaron			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
PESO AL NACER (GRAMOS)	P13_19B*	{000..999, b}	3	91	93
	000..887,889..998	Gramos			
	888	No lo pesaron			
	999	No especificado			
	b	Por pase			
CONDICION DE LACTANCIA MATERNA	P13_20	{1,2, 9, b}	1	94	94
	1	Sí			
	2	No			
	9	No especificado			
	b	Por pase			

RAZON DE NO LACTANCIA (A)	P13_21A	{1..9, b}	1	95	95
	1	Murió a las horas de nacido			
	2	Estaba enferma			
	3	Por enfermedad del niño(a)			
	4	Nunca tuvo leche			
	5	No tuvo suficiente leche			
	6	El niño(a) la rechazó			
	7	Por indicación médica			
	8	Otra razón			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA (HORAS)	P13_22A	{00..23, 99, b}	2	96	97
	00..23	Horas			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA (DIAS)	P13_22B	{01..30, b}	2	98	99
	01..30	Días			
	b	Por pase			
DURACION DE LECHE MATERNA (DIAS)	P13_23A	{01..30, 98, 99, b}	2	100	101
	01..30	Días			
	98	Aún toma el pecho			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
DURACION DE LA LECHE MATERNA (MESES)	P13_23B	{01..44, b}	2	102	103
	01..44	Meses			
	b	Por pase			
FILTRO	P13_24	{1,2, b}	1	104	104
	1	Hijo nacido vivo fallecido antes de los 30 días			
	2	Hijo nacido vivo sobreviviente a partir del 30º día			
	b	Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (A)	P13_25A	{00..24, 97, 99, b}	2	105	106
	00	Agua o té			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
	b	Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (B)	P13_25B	{00..36, 97, 99, b}	2	107	108
	00	Leche en polvo, de vaca, etcétera.			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
	b	Por pase			

INICIO DE OTROS ALIMENTOS (C)	P13_25C	{00..36, 97, 99, b}	2	109	110
	00	Atole o cereales			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (D)	P13_25D	{00..36, 97, 99, b}	2	111	112
	00	Jugo (frutas o verduras)			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (E)	P13_25E	{00..36, 97, 99, b}	2	113	114
	00	Caldo (frijoles, res o pollo)			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (F)	P13_25F	{00..36, 97, 99, b}	2	115	116
	00	Puré de frutas o verduras			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (G)	P13_25G	{00..36, 97, 99, b}	2	117	118
	00	Puré de res o pollo			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (H)	P13_25H	{00..36, 97, 99, b}	2	119	120
	00	Sopa, tortillas o pan			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			
INICIO DE OTROS ALIMENTOS (I)	P13_25I	{00..36, 97, 99, b}	2	121	122
	00	Huevo			
	01..24	Menos de un mes			
	97	Meses			
	99	No le ha dado el alimento			
	b	No sabe			
		Por pase			

NUMERO DE REVISIONES AL NIÑO	P13_26	{00..36, 98, 99, b}	2	123	124
	00	No lo revisaron			
	01..36	Número de revisiones			
	98	No especificado			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
PERSONAL DE REVISION AL NIÑO (A)	P13_27A	{1..5, 9, b}	1	125	125
	1	Médico			
	2	Enfermera			
	3	Auxiliar o promotora de salud			
	4	Partera o comadrona			
	5	Otra persona			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
LUGAR DE REVISION AL NIÑO (A)	P13_28A	{01..10, 99, b}	2	126	127
	01	Seguro Social (clínica u hospital)			
	02	ISSSTE (clínica u hospital)			
	03	Centro de Salud, SSA (clínica u hospital)			
	04	IMSS solidaridad (clínica)			
	05	DIF			
	06	Otras instituciones de salud del gobierno			
	07	Consultorio, clínica u hospital privado			
	08	Casa de la partera			
	09	En su casa			
	10	Otro lugar			
	99	No especificado			
	b	Por pase			
EDAD A LA PRIMERA REVISION (DIAS)	P13_29A	{00..30, 99, b}	2	128	129
	00..30	Número de días			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
EDAD A LA PRIMERA REVISION (SEMANAS)	P13_29B	{01..04, b}	2	130	131
	01..04	Número de semanas			
	b	Por pase			
EDAD A LA PRIMERA REVISION (MESES)	P13_29C	{01..12, 99, b}	2	132	133
	01..12	Meses			
	99	No sabe			
	b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION (LO PESARON)	P13_30A	{1, 2, 9, b}	1	134	134
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION (LO MIDIERON)	P13_30B	{1, 2, 9, b}	1	135	135
	1	Sí			
	2	No			

	9	No sabe			
	b	Por pase			
CARACTERISTICAS DE LA REVISION (LO RECOMENDARON)	P13_30C	{1, 2, 9, b}	1	136	136
	1	Sí			
	2	No			
	9	No sabe			
	b	Por pase			
VACUNAS (TUBERCULOSIS)	P13_31A	{0..9, b}	1	137	137
	0	No lo han vacunado			
	1..8	Vacunas			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
VACUNAS (POLIO)	P13_31B	{0..9, b}	1	138	138
	0	No lo han vacunado			
	1..8	Vacunas			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
VACUNAS (TOSFERINA, DIFTERIA TETANOS, TRIPLE)	P13_31C	{0..9, b}	1	139	139
	0	No lo han vacunado			
	1..8	Vacunas			
	9	No especificado			
	b	Por pase			
VACUNAS (SARAMPION)	P13_31D	{0..9, b}	1	140	140
	0	No lo han vacunado			
	1..8	Vacunas			
	9	No especificado			
	b	Por pase			

TOTAL DE CARACTERES: 140

* Número de Control (UPM):

El número de control está asociado al esquema de muestreo, su construcción se realizó de manera diferenciada para las ciudades incorporadas a la ENEU y para el resto de la entidad. Véase el diseño de la muestra.

En el primer caso, los dos primeros dígitos corresponden a la clave de zona; los tres siguientes, a un consecutivo del 1 a n de la UPM en su zona y el último dígito es un consecutivo de 1 al n de la USM dentro de la UPM.

En el resto de la entidad, el número de control abarca del 000001 al 000099 y corresponden a unidades primarias de muestreo (UPM).

La letra b significa que el campo acepta blancos debido a los cortes de edad o a los pases marcados por preguntas anteriores.

NOTA. Todos los campos son de tipo carácter.