unicef | para cada infancia

Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida

2025-2030

Gobierno de México | Salud
Secretaría de Salud

Salud

Secretaría de Salud

Directorio

David Kershenobich Stalnikowitz

Secretario de Salud

Ramiro López Elizalde

Subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Eduardo Clark García Dobarganes

Subsecretario de Integración Sectorial y Coordinación de Servicios de Atención Médica

Patricia Elena Clark Peralta

Secretaria del Consejo de Salubridad General

Daniel Aceves Villagrán

Director General de Políticas en Salud Pública

Teresa Ramos Arreola

Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

Samantha Gaertner Barnad

Directora General del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Rosa Icela Rodríguez Velázquez

Secretaria de Gobernación

Félix Arturo Medina Padilla

Subsecretario de Derechos Humanos, Población y Migración

Silvia Lorena Villavicencio Ayala

Secretaria Ejecutiva de SIPINNA

Aurora Aguilar Rodríguez

Coordinadora de Vinculación, Promoción y Asesorías para la Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes de SIPINNA

Sesangari del Alba Ortiz Cancino
Directora de Primera Infancia de SIPINNA

INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Zoé Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Director General de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar

Martí Batres Guadarrama

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Miguel Ángel Aguirre Lara

Director General Interino de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional

Miguel Quintana Quintana

Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Ruy López Ridaura

Titular de la Subdirección de los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

María del Rocío García Pérez

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Mariana Perla Rojas Martínez

Jefa de la Unidad de Atención a Población Vulnerable

Uritzimar Jazmín San Martín López

Directora General de Alimentación y Desarrollo Comunitario

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

Fernando Carrera Castro

Representante de UNICEF México

Maki Kato

Representante Adjunta de UNICEF México

Cecilia De Bustos Almendros

Jefa de Salud y Nutrición de UNICEF México

Elaboración

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Martha Renatta Pacheco García

Dirección General de Políticas en Salud Pública
Gabriela Eugenia Rodríguez Rodríguez
Claudia Olivares Nolasco

Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva
Zarhif Roberto Jaimes Contreras

Grupo Consultor
Esta consultoría fue desarrollada de manera independiente, con la participación de especialistas afiliados a distintas instituciones académicas y de salud en lo individual y a título personal.

Instituto Nacional de Salud Pública
Rocío Alvarado Casas
María Cristina Ayala Niochet

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"
María Eugenia Flores Quijano

Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Katia Yetzani García Maldonado

Consultores independientes
Ana Cecilia Fernández Gaxiola
Víctor Manuel Cuen Alarid

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Matthias Sachse Aguilera
María Radilla Vázquez
Joseline Guadalupe García Alameda

Grupo Revisor

Agradecemos especialmente a las personas expertas e instituciones que contribuyeron a la revisión técnica de este documento:

Instancias Gubernamentales

Instituto Mexicano del Seguro Social
Claudio Quinzaños Fresnedo

Instituto Nacional de Pediatría
Leonor Patricia Saltigeral Simental
Leticia Belmont Martínez
Moisés Mier Martínez

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"
Martha Lucía Granados Cepeda

Instituto Nacional de Salud Pública
Anabelle Bonvecchio Arenas

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
Carlos Patricio Acosta Rodríguez Bueno

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"
Belina Arias Cabello

Asociaciones y academia

Academia Mexicana de Pediatría, A.C.
Leticia Belmont Martínez

Asociación Mexicana de Pediatría
Claudia Montesinos Ramírez

Colegio Mexicano de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana A.C. (TANIT)
José Javier Osorio Salcido

Centro Pediátrico del Corazón Fundación Kardias
Moisés Mier Martínez

AMDUC – Asociación Mexicana de Displasia y Ultrasonido de Cadera
Luis Jesús Ramos Alday

LEOPA (Programa de estimulación temprana)
Alejandra Eugenia Angers Franzoni

Organismos Internacionales

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México)
Diana Bordier Morteo
Aurore Brossault
Omar Domínguez Flores
Gerardo García Marcano
Arianna G. González Cruz
Jimena Lazcano Norori
David Pedrueza Díaz
Gabriela Polo Herrera
Graciela Raya Giorguli

Créditos adicionales

Fotografías
Juan Carlos Ayala
Rocío Alvarado
Balam-ha' Carrillo
Valentina Alonso
Carlos Ignacio Reyes
Nikhol Enteras
Jorge Zurutuza

Corrección de estilo
Ramón Arizmendi Casas

Revisión terminológica y glosario
Gabriela Arroyo Luna

Diseño Gráfico y Diagramación
Bogdan Honciu

ÍNDICE

No. página

DIRECTORIO 2

ÍNDICE 8

GLOSARIO DE TÉRMINOS 10

SIGLAS IMPORTANTES 18

Presentación 20

Los primeros 1000 días de vida: una oportunidad que no podemos dejar pasar 22

Situación actual de los primeros 1000 días en México 22
1. Buena salud (atención a la salud)
2. Nutrición adecuada
3. Entornos protectores y estimulantes para el desarrollo

El costo de la inacción durante los primeros 1000 días de vida 29
Por qué es clave actuar durante este periodo
El costo de no actuar durante los primeros 1000 días de vida en México
Los costos se acentúan frente a la crisis climática
Consideraciones para tomadores de decisión

Principios rectores 40

Marco conceptual 42

Marco legal y normativo 45

Objetivos y metas nacionales 47
Objetivo general del programa
Objetivos estratégicos

Alcance del programa 49

Teoría del programa 50

Líneas estratégicas 52

Línea Estratégica 1: Atención Prenatal y Embarazo Saludable 54

Línea Estratégica 2: Atención y Cuidados Seguros y Dignos durante el Parto y Puerperio 58

No. página

Línea Estratégica 3: Atención y Cuidados Integrales a la Persona Recién Nacida 61

Línea Estratégica 4: Atención y Cuidados Integrales para Niñas y Niños de 29 días a 24 meses 65

Componentes Estratégicos de Gestión 71
Por qué son clave estos componentes
Fortalecimiento de la estructura de los servicios
Desarrollo Humano
Monitoreo y Evaluación
Coordinación Intersectorial
Comunicación y difusión con enfoque en cambio de comportamiento y perspectiva de género
Presupuesto con sostenibilidad financiera

Monitoreo y evaluación 82

Llamado a la acción: hacia un México que cuida desde el principio 90

Referencias 93

Glosario de Términos

Agenda 2030	Plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia (1).
Alimentación	Conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (2).
Alimentación complementaria	Proceso de proporcionar alimentos adicionales a la leche cuando la leche materna o la fórmula láctea por sí solas ya no son suficientes para cubrir las necesidades nutricionales (3).
Alimento	Cualquier substancia o producto, sólido o semisólido, natural o transformado, que proporcione al organismo elementos para su nutrición (2).
Alojamiento conjunto	La ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva (4).
Atención de calidad	Atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos (5).
Atención de la urgencia obstétrica	Prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año (4).
Cambio climático	Cambio de clima atribuible directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial, y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante períodos comparables (6).
Cambio social y de comportamiento	Conjunto de procesos, enfoques, herramientas y estrategias que buscan generar cambios positivos y medibles en los entornos, las sociedades y las conductas de las personas. Se basan en evidencia, trabaja de forma participativa con comunidades y busca garantizar derechos humanos, abordando factores cognitivos, sociales y estructurales (7, 8).

Cartilla Nacional de Salud

Instrumento que permite a cada persona dar seguimiento personalizado y continuo a acciones de prevención, promoción de la salud, nutrición, vacunación, detección y control de enfermedades, e incluye un registro de citas médicas. Tiene un formato único y es entregada gratuitamente (9).

Cesárea

Intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina (4).

Conductas del movimiento

Incluye conceptos como la actividad física, el sedentarismo y el sueño, fundamentales para el desarrollo infantil temprano. Estas conductas interactúan dinámicamente, creando un equilibrio complejo que influye no solo en la salud física, sino también en el bienestar cognitivo y emocional de las y los niños pequeños (10).

Consulta de la niña sana y el niño sano

Es una atención médica preventiva y periódica dirigida a niñas y niños desde el nacimiento hasta los 9 años, con el objetivo de vigilar su crecimiento y desarrollo, aplicar vacunas, detectar factores de riesgo, orientar a la madre, padre o personas cuidadoras sobre alimentación, salud, prevención de enfermedades, y fortalecer el vínculo afectivo y la estimulación temprana (11).

Contacto piel con piel

Se refiere a la práctica de colocar a la persona recién nacida desnuda, directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del parto. Esta técnica favorece la regulación térmica del bebé, la estabilidad cardiaca y respiratoria, y promueve el inicio temprano y el establecimiento exitoso de la lactancia materna, al facilitar el vínculo madre-hijo/a y estimular los reflejos de succión del bebé (12).

Contaminación ambiental

Presencia de sustancias o energías nocivas en el medio ambiente, que causan desequilibrios ecológicos y pueden afectar la salud de los seres vivos, tales como: la contaminación del aire por la alta concentración de vehículos y la actividad industrial, la contaminación del agua por descargas residuales y la acumulación de basura, y la contaminación auditiva generada por el ruido vehicular y la actividad comercial (13).

Corresponsabilidad en el cuidado

Principio fundamental que reconoce al cuidado como una responsabilidad compartida entre el Estado, asumiendo un papel activo en su provisión y facilitación; las empresas, incorporando políticas que permitan la conciliación de la vida laboral y familiar; la ciudadanía, participando en la distribución equitativa de tareas a través de las comunidades y las familias, reconfigurando la idea del cuidado como una responsabilidad exclusiva de las mujeres o del ámbito familiar, otorgando mayor importancia al reparto equitativo de las responsabilidades familiares y acciones específicas del gobierno (14).

Crianza positiva

Conjunto de prácticas de cuidado, protección, formación y guía, fundamentadas en el respeto mutuo, la empatía, la comunicación y el refuerzo positivo, que tiene como objetivo fomentar el desarrollo emocional, social y conductual saludable, así como el bienestar integral de niñas, niños y adolescentes. Estas prácticas consideran su edad, facultades, características, cualidades, intereses, motivaciones, límites y aspiraciones, y se aplican sin recurrir a castigos físicos ni a tratos humillantes o crueles, salvaguardando en todo momento el interés superior de la niñez desde un enfoque de derechos humanos (13, 14).

Cuidado cariñoso y sensible

Condiciones generadas por las políticas, los programas y los servicios públicos. Estas condiciones permiten que las comunidades y los cuidadores puedan asegurar la buena salud y nutrición de los niños y las niñas, y protegerlos de las amenazas. El cuidado cariñoso y sensible también significa dar a las niñas pequeñas y a los niños pequeños las oportunidades para el aprendizaje temprano, mediante interacciones receptivas y emocionalmente propicias (15).

Cuidados

Conjunto de actividades esenciales, como la alimentación, la salud, la educación, el descanso y el afecto, que buscan mantener o restablecer el bienestar físico y mental de las personas. Incluye tres dimensiones: ser cuidado, cuidar a otras personas y el autocuidado. En la primera infancia destaca el derecho a ser cuidado y las condiciones dignas para ejercer el cuidado, dada la dependencia y vulnerabilidad propias de esta etapa del desarrollo (14).

Desarrollo infantil

Proceso interactivo y de maduración que resulta en una evolución de las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de la capacidad de autorregulación (14). Comprende desde el embarazo hasta los primeros cinco años de vida. En este periodo, se aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y la relación con los demás. La niña o niño interactúan con las personas, los objetos y otros estímulos en cualquier entorno y su aprendizaje mejora día con día (16).

Desarrollo integral

Se refiere al proceso mediante el cual una persona crece y se desarrolla de manera equilibrada y armoniosa en todas sus dimensiones: física, emocional, social, cognitiva y espiritual, y busca promover el bienestar completo, considerando la interacción de sus capacidades y potencialidades en distintos ámbitos para lograr una calidad de vida plena y saludable (15).

Desnutrición

Estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos o por una alteración en su utilización por las células del organismo (ej. por un alto gasto energético o catabolismo por enfermedad). Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además, de acuerdo con la temporalidad, se puede clasificar en aguda o crónica (17).

Discapacidad	Es la consecuencia de la presencia de limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales, que al interactuar con las barreras estructurales, actitudinales y culturales que le impone el entorno social, pueden impedir su inclusión y participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, así como el ejercicio de sus derechos (16).
Diversidad cultural	Se refiere a las múltiples formas en que se expresan las culturas de grupos y sociedades. Estas expresiones se transmiten dentro de los grupos y sociedades y entre ellos. Se manifiesta no sólo a través de las variadas formas en que se expresa, aumenta y transmite el patrimonio cultural de la humanidad mediante la variedad de expresiones culturales, sino también a través de los diversos modos de creación, producción, difusión, distribución y disfrute artísticos, cualesquiera que sean los medios y tecnologías utilizados (18).
Enfermedad prevalente	Es aquella alteración del estado de salud normal, caracterizada por una secuencia específica de signos y síntomas causados por agente etiológico determinado, que se presenta con alta frecuencia en una población en un momento dado (19).
Enfermedades diarreicas agudas	Son afecciones caracterizadas por la aparición súbita de evacuaciones intestinales líquidas o semilíquidas, con una duración menor a 14 días, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en menores de cinco años (20).
Equidad en salud	Componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas (21).
Estado de nutrición	Resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos (vehículo de nutrimentos) y las necesidades nutrimentales de los individuos; es así mismo, consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social (2).
Estimulación temprana	Estrategia preventiva que promueve el desarrollo integral de niñas y niños, involucrando a la comunidad, a los distintos miembros de la familia y a las actividades cotidianas, medido a través de la observación de la conducta en cinco áreas específicas: física, lenguaje, cognitiva, psicoemocional y social. Esto respetando los procesos de desarrollo, su persona, sus capacidades, intereses y potencialidades de cada niña y niño, cuidando su salud física y psicológica y estableciendo un vínculo que brinde contención y seguridad (22, 23).
Factor de riesgo	Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología (24).
Fórmula comercial infantil	Producto alimenticio manufacturado que se presenta en forma de polvo, líquido o listo para usar, y que es utilizado para alimentar a lactantes, niñas y niños como complemento o sustituto de la leche materna (25).

Grupos prioritarios

Aquellos que por alguna situación de desigualdad, riesgo o discriminación, como su edad, religión, género, origen étnico, condición física o mental, o de otra índole, se encuentran en condiciones de vulnerabilidad (26).

Lactancia materna exclusiva

Tipo de alimentación que consiste en que el bebé sólo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido, a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos, durante los primeros seis meses de vida (27).

Malnutrición

Condición fisiológica que resulta de un desequilibrio entre los requerimientos nutricionales del cuerpo y la ingesta de nutrientes. Puede manifestarse tanto por deficiencia (desnutrición, carencias de vitaminas y minerales) como por exceso (sobrepeso y obesidad), y afecta negativamente el crecimiento, el desarrollo, la salud y la funcionalidad del organismo (28).

Micronutrimento

Generalmente derivados de la ingesta de alimentos, son pequeñas cantidades de vitaminas y minerales requeridos por el cuerpo para la mayoría de las funciones celulares (29).

Morbilidad

Número de personas enfermas, o el número de casos de una enfermedad, con relación a la población en que se presenta en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente en tasas (30).

Mortalidad

Número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada, con relación a la población en que se presenta en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente en tasas (30).

Mujer embarazada

Mujer que se encuentra en el proceso en el cual, biológicamente, alberga un feto que se desarrolla en su útero, la gestación puede tener diferentes duraciones y puede terminar con el parto o con la interrupción del embarazo (31).

Nutrición

Conjunto de procesos involucrados en la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos por el organismo. En el ser humano tiene carácter bio-psico-social (2).

Nutrimento

Cualquier sustancia incluyendo a las proteínas, aminoácidos, grasas o lípidos, carbohidratos o hidratos de carbono, agua, vitaminas y nutrimentos inorgánicos (minerales) consumida normalmente como componente de un alimento o bebida no alcohólica que proporciona energía es necesaria para el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la vida, y cuya carencia haga que se produzcan cambios químicos o fisiológicos característicos (2).

Parto

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos (4).

Perinatal	Periodo en la vida de una persona en edad fértil que incluye toda la duración del embarazo y las primeras cuatro semanas o hasta el primer año posparto (32).
Periodo neonatal	Etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después (4).
Persona cuidadora	Persona que realiza actividades de cuidados para beneficio de otras personas del hogar o de otros hogares. Lo anterior puede ser porque lo necesitan por su edad, condición de salud, discapacidad o dependencia (33).
Persona recién nacida	Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad (4).
Perspectiva de género	Metodología y mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los valores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género (34).
Pertinencia cultural	Modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido (4).
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	Acción que permite que la sangre continúe pasando de la placenta al neonato durante uno y tres minutos adicionales después del parto (35).
Preeclampsia	Hipertensión arterial que suele aparecer después de la semana 20 de embarazo y puede implicar riesgos graves tanto para la madre como para el feto. Su detección y manejo temprano son cruciales para prevenir la evolución hacia la eclampsia, que causa convulsiones. Ambas afecciones pueden ser mortales (36).
Prenatal	Periodo que transcurre antes del nacimiento, es decir, desde la concepción, hasta el momento del parto. Este periodo es crucial para el desarrollo del embrión y del feto, y se asocia con la atención médica, nutricional y psicológica que recibe la madre para favorecer un embarazo saludable y reducir riesgos para ella y el bebé (37).
Promoción de la salud	Proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades, y aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva (38).

Puerperio	Periodo que inicia inmediatamente tras la expulsión del producto de la concepción y se extiende por aproximadamente seis semanas (42 días), durante el cual los cambios anatomofisiológicos del embarazo regresan al estado pregestacional. Se clasifica en: puerperio inmediato, primeras 24 horas postparto; puerperio mediato, del segundo al séptimo día; y puerperio tardío, del octavo al cuadragésimo segundo día (4).
Registro clínico	Registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, y niñas y niños menores de cinco años, mediante formatos específicos, llenados por el personal de salud que presta servicios (4, 17).
Salud ambiental	Teoría y práctica de valorar, corregir y controlar aquellos factores del medio ambiente que potencialmente puedan perjudicar a la salud de generaciones actuales y futuras (39).
Salud mental	Estado de bienestar mental que permite a la persona hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente, y contribuir a la mejora de su comunidad (40).
Seguridad alimentaria	Cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos, que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana. En esta etapa se plantean cuatro dimensiones primordiales: la disponibilidad física de los alimentos, el acceso económico y físico a los alimentos, la utilización de los alimentos y la estabilidad en el tiempo de las tres dimensiones anteriores (41).
Suplementación	Práctica de utilizar fuentes concentradas de nutrientes específicos para prevenir enfermedades y abordar déficits de nutrientes que no pueden abordarse adecuadamente y únicamente mediante cambios en la dieta (42).
Tamiz neonatal	Detección de las condiciones y enfermedades hereditarias y congénitas, que incluya la aplicación de la prueba del tamiz metabólico; la detección de cardiopatías congénitas graves o críticas, tamiz oftalmológico neonatal, tamiz auditivo, y el tamiz de cadera para el diagnóstico oportuno y atención temprana de la displasia de cadera (43).
Teoría del programa	Descripción visual y narrativa de los principales insumos, actividades, productos y resultados deseados del programa. Especifica cómo las actividades y productos del programa generan los resultados deseados (44).
Urgencia obstétrica	Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal, que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención (4).

Vínculo afectivo	Conexión emocional profunda y duradera que se establece entre dos personas, caracterizada por sentimientos de apego, confianza y seguridad, y es fundamental para el bienestar emocional, la formación de la identidad y el desarrollo social de la niña o niño, especialmente en la relación madre-padre-hijo/a o persona cuidadora-niña(o) (45).
Violencia neonatal	Toda acción u omisión ejercida hacia la persona recién nacida que afecte su integridad física y psicológica, que represente una forma temprana de violencia infantil en la que se incluye la negligencia, estigmatización y deficiencias en la atención profesional de la salud (46, 47).
Violencia obstétrica	Tipo de agresión que se genera en los servicios de salud pública o privada y que consiste en cualquier acción u omisión, por parte del personal de salud, que cause daño físico o psicológico a la persona con capacidad de gestar durante el embarazo, parto o posparto. Esta violencia puede expresarse en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, así como en actos como: tratos crueles o degradantes por parte del personal de salud; o abuso de medicalización, que menoscaba la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos (48).
Zonas de atención prioritaria	Localidades, municipios, áreas o regiones, tanto de carácter rural como urbano, cuya población registra índices de pobreza, marginación o vulnerabilidad, y se constituyen como una pieza angular de la política social, a través de la cual se orientan los esfuerzos gubernamentales para atender e impulsar acciones orientadas al desarrollo social y humano de los sectores territoriales con mayor rezago social (49).

Siglas Importantes

AC
Alimentación Complementaria

AMDUC
Asociación Mexicana de Displasia y Ultrasonido de Cadera

AMP
Asociación Mexicana de Pediatría/Academia Mexicana de Pediatría

AP
Acciones Prioritarias

APEO
Anticoncepción Post Evento Obstétrico

ATLC
Alimento Terapéutico Listo para el Consumo

BCG
Bacilo de Calmette y Guérin

CeNSIA
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

CG
Componente de Gestión

CNEGSSR
Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva

CONASABI
Comisión Nacional de Salud y Bienestar

COVID-19
Enfermedad por Coronavirus

DAG
Desnutrición Aguda Grave

DAM
Desnutrición Aguda Moderada

DE
Desviación Estándar

DGE
Dirección General de Epidemiología

DGIS
Dirección General de Información en Salud

DIT
Desarrollo Infantil Temprano

ECEI
Expediente Clínico Electrónico Interoperable

EDAs
Enfermedades Diarréicas Agudas

EDI
Evaluación del Desarrollo Infantil

EDR
Estadísticas de Defunciones Registradas

ENADID
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENDIREH
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

ENIM
Encuesta Nacional de los Hogares sobre Niñas, Niños y Mujeres

ENR
Estadística de Nacimientos Registrados

ENSANUT
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FCI
Fórmula Comercial Infantil

g
Gramos

GASS
Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles

Hb
Hemoglobina

HGM
Hospital General de México

HIMFG
Hospital Infantil de México Federico Gómez

IMSS
Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI
Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INP
Instituto Nacional de Pediatría

INPer
Instituto Nacional de Perinatología

INSP
Instituto Nacional de Salud Pública

IRAs
Infecciones Respiratorias Agudas

ISSSTE
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LE
Línea Estratégica

MICS
Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (Multiple Indicator Cluster Surveys)

NN
Niñas y Niños

NOM
Normas Oficiales Mexicanas

ODS
Objetivos de Desarrollo Sostenible

OE
Objetivos Específicos

OMS
Organización Mundial de la Salud

OPS
Organización Panamericana de la Salud

PMM
Polvo de Micronutrimentos Múltiples

PND
Plan Nacional de Desarrollo

PRONAM
Protocolo Nacional de Atención Médica

PROY-NOM
Proyecto de Norma Oficial Mexicana

SCFI
Secretaría de Comercio y Fomento Industrial

SE
Secretaría de Economía

SEBIEN
Secretaría del Bienestar

SECIHTI
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

SEED
Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones

SEGOB
Secretaría de Gobernación

SEMARNAT
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales

SEMUJERES
Secretaría de las Mujeres

SEP
Secretaría de Educación Pública

SHCP
Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SINAC
Subsistema de Información sobre Nacimientos

SINAIS
Subsistema de Información en Salud

SNDIF
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

SRP
Sarampión, Rubéola y Parotiditis

SSA
Secretaría de Salud

STPS
Secretaría del Trabajo y Previsión Social

TANIT
Colegio Mexicano de Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana

TORCH
Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes simple

UNICEF
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VIH
Virus de Inmunodeficiencia Humana

VSR
Virus Sincitial Respiratorio

Presentación

Los primeros **1000 días de vida son la etapa más decisiva para el desarrollo de una persona.**

Lo que ocurra en ese periodo marcará la salud, el bienestar y las oportunidades de las niñas y los niños a lo largo de sus vidas, y con ello, el potencial de influir en futuras generaciones, por lo que las múltiples necesidades de esta etapa deben resolverse de manera efectiva.

El Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida fue creado de manera sistemática y participativa con el propósito de mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo integral de las niñas y los niños desde la gestación hasta los dos años, enfocando los esfuerzos, la voluntad política, la experiencia acumulada, las recomendaciones internacionales y la evidencia científica, en quienes tienen la mayor ventana de oportunidad para potenciar sus vidas.

Convocamos a todos los sectores, niveles de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, comunidades y familias a sumar esfuerzos para transformar el presente y el futuro de niñas y niños en México. El Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días es parte de la agenda nacional prioritaria y exige compromiso, corresponsabilidad y acción conjunta.

Mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo en los primeros 1000 días requiere de un conjunto de intervenciones articuladas, muchas de las cuales ya existen, pero no alcanzan a toda la población que las necesita, o que requieren actualizarse para responder a nuevos desafíos. Otras son innovadoras, basadas en evidencia, y requieren implementación dentro del hogar y la comunidad, como la promoción de la lactancia materna o el desarrollo infantil temprano en entornos familiares, para lo cual se necesita un esfuerzo adicional que asegure su establecimiento exitoso. El Programa reconoce la necesidad de acercar los servicios a las personas, cerrar brechas de acceso y cobertura, así como asegurar la calidad con equidad.

El Programa se alinea con los compromisos internacionales y la Agenda 2030. Su enfoque se sustenta en los derechos fundamentales: salud, nutrición, desarrollo y el derecho a una vida libre de violencia desde el inicio de la vida. Reafirmamos que estos derechos deben ser garantizados por el Estado y respaldados por toda la sociedad.

Reconocemos que persisten desafíos importantes: recursos humanos y materiales limitados en el primer nivel de atención; baja demanda de servicios clave, como el control prenatal, la consulta de la niña sana y el niño sano, o la evaluación del desarrollo infantil; y la necesidad de reforzar y asegurar la capacitación continua para el personal de salud y los agentes comunitarios, no sólo en aspectos técnicos, sino también en el fortalecimiento de habilidades de comunicación orientadas a promover la implementación de prácticas sostenibles. No obstante, estos siguen siendo desafíos y, al mismo tiempo, grandes oportunidades para avanzar, tales como fortalecer la lactancia materna, ampliar la cobertura de vacunación, mejorar la detección y atención de riesgos y discapacidades, e impulsar prácticas de crianza y cuidado basadas en el afecto, la protección, la atención receptiva y la estimulación oportuna.

Invertir en los primeros 1000 días es invertir en el futuro de México, y representa una oportunidad histórica que exige compromiso y acción conjunta. A través de esta política nacional, se consolidan esfuerzos existentes y se promueve un marco sostenible, técnicamente riguroso y socialmente justo para mejorar las condiciones de vida de las niñas, los niños y sus familias en todo el territorio mexicano.

Secretaría de Salud del Gobierno de México

Los primeros 1000 días de vida: una oportunidad que no podemos dejar pasar

Los primeros **1000 días comprenden desde la concepción hasta los dos años de vida** e incluyen cuatro etapas críticas (50-53).

Este periodo representa una ventana única de oportunidad para garantizar la salud, el desarrollo y el bienestar a lo largo de la vida.

Es una etapa de máximo potencial, pero también de alta vulnerabilidad, en la que ocurren procesos fundamentales y simultáneos, se forman los órganos vitales y, al mismo tiempo, se consolidan las bases del desarrollo físico, motor, sensorial, cognitivo, social, emocional, del lenguaje y la comunicación.

Cada uno de estos aspectos está profundamente interrelacionado, y juntos conforman los cimientos del crecimiento y las capacidades que una persona desarrollará a lo largo de su vida.

Invertir en los primeros 1000 días es invertir en el futuro de México

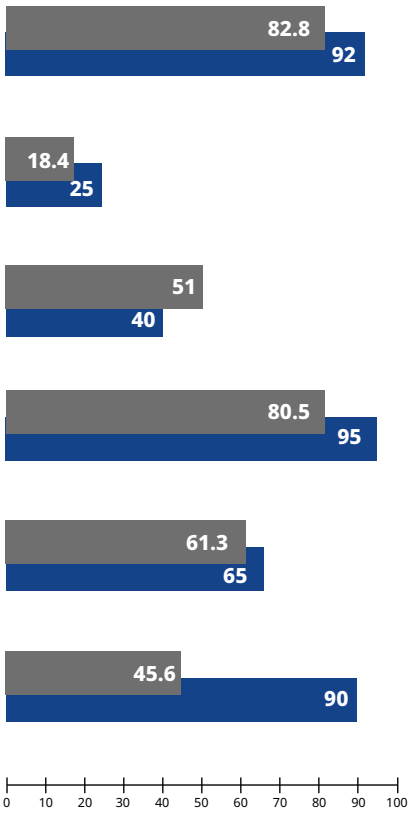
4 ETAPAS CRÍTICAS

Situación actual de los primeros 1000 días en México

1. Buena salud (atención a la salud)

En México persisten brechas críticas en la atención durante los primeros 1000 días. Cerca del 20% de las mujeres no tienen un control prenatal adecuado (≥5 consultas) y sólo el 18.4% de niñas y niños acude a sus controles durante el primer año. Aunque el tamiz metabólico tiene buena cobertura, persisten rezagos importantes en los tamices auditivo y cardíaco, mientras que para el oftalmológico y el de cadera ni siquiera se cuenta con datos disponibles. La vacunación completa al primer año apenas alcanza el 45.6%, lejos de la meta del 90% de la OMS. Estas cifras reflejan oportunidades perdidas para prevenir riesgos, detectar problemas a tiempo y asegurar un desarrollo infantil saludable.

• Asistir al menos a 5 consultas prenatales por embarazo, atendidas por personal del área médica.	% mujeres embarazadas que asistieron al menos a 5 consultas prenatales atendidas por personal del área médica.†
• Realizar por lo menos 8 consultas de la niña sana y el niño sano en el primer año de vida.*	% de NN que asisten al menos a 8 consultas de seguimiento durante el primer año de vida.†
• Reducir la proporción de nacimientos por cesárea, priorizando partos seguros y la atención materna respetuosa.	% de nacimientos por cesárea.‡
• Realizar el tamiz metabólico neonatal a todas las personas recién nacidas.	% de personas recién nacidas que reciben tamiz metabólico.§
• Realizar el tamiz auditivo neonatal a todas las personas recién nacidas.	% de personas recién nacidas que reciben tamiz auditivo.§
• Garantizar que niñas y niños cuenten con esquema completo de vacunación para la edad al cumplir un año de vida.	% de NN con esquema completo de vacunación para la edad al año de vida.**

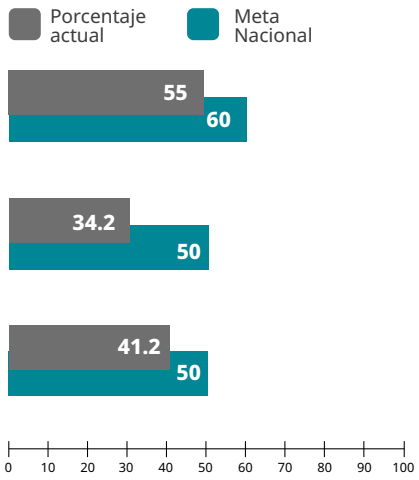


† Unar-Munguía, M, Hubert, C, Bonvecchio, A, y Vázquez-Salas, RA. "Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia." Salud Pública de México 65 (Junio 2023): s55–64. https://doi.org/10.21149/14796.
* Según la temporalidad establecida en el Programa de Atención a la Salud de la Infancia (PAT 2025), se recomienda realizar 3 consultas durante el primer mes de vida, 11 consultas mensuales entre el 2° y el 12° mes, y 6 consultas bimestrales entre el primer y segundo año, lo que suma un total de 20 consultas del menor sano durante los primeros 2 años.
‡ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). Mexico, 2024. https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/.
§ Porcentajes calculados a partir de: Secretaría de Salud. (2024). Base de datos de nacimientos 2023. Dirección General de Información en Salud. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html
** Mongua-Rodríguez, N, Delgado-Sánchez, G, Ferreira-Guerrero, E et al. "Vacunación en menores de cinco años". Salud Pública de México 66, núms. 4, jul-ago (2024): 368–80. https://doi.org/10.21149/15793.

2. Nutrición adecuada

A las brechas en salud se suman desafíos importantes en nutrición durante los primeros 1000 días. Sólo el 55% de las personas recién nacidas inician la lactancia en la primera hora, y apenas 34.2% recibe lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, lejos de la meta global de 60% y la meta nacional de 50%. La continuidad también es baja: solo 42.7% al año y 41.2% a los dos años o más. Estas cifras reflejan barreras en el entorno familiar, comunitario y de servicios. Fortalecer la protección y promoción de la lactancia materna es clave para asegurar un desarrollo sano desde el nacimiento y reducir riesgos de malnutrición o enfermedades.

Recomendación[††]	Nombre del Indicador[‡‡]
• Iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida.	% de NN nacidos en los últimos 24 meses que fueron puestos al pecho durante la primera hora tras el nacimiento.
• Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.	% de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna durante el día anterior.
• Dar lactancia continuada a los dos años o más.	% de NN de 12 a 23 meses que fueron amamantados durante el día anterior).



Aunque la alimentación complementaria inicia oportunamente en la mayoría de los casos, la calidad de los alimentos ofrecidos está severamente comprometida.

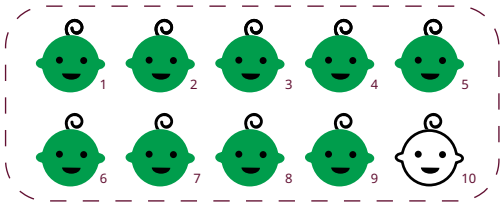
La exposición temprana a bebidas azucaradas y productos ultraprocesados no es casual, responde a una estrategia agresiva de la industria alimentaria que ha desplazado prácticas tradicionales y saludables, incluso entre los más pequeños.

Esta interferencia comercial, poco regulada, moldea decisiones familiares y vulnera el derecho a una nutrición adecuada. Revertir esta tendencia requiere no solo educación, sino acciones estructurales: regulación efectiva del entorno alimentario, protección frente a la publicidad nociva y acompañamiento cercano a las familias desde los primeros meses.

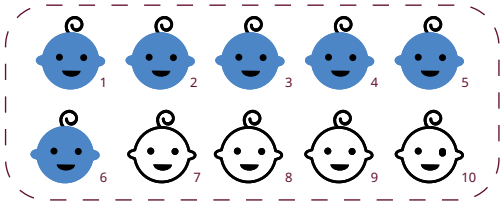
†† Organización Mundial de la Salud (OMS). "Lactancia materna". https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding.
‡‡ González-Castell, LD, Unar-Munguía, M, Bonvecchio, A et al. "Lactancia materna". Salud Pública de México 66, núms. 4, jul-ago (2024): 498–508. https://doi.org/10.21149/15898.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADAS (59)

9 de cada 10 niñas y niños **reciben oportunamente** alimentos sólidos, semisólidos o suaves al cumplir 6 meses.



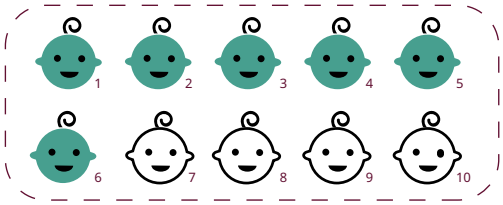
Sin embargo, solo **6 de cada 10** reciben estos alimentos en la frecuencia recomendada (de entre 4 y 5 veces al día).



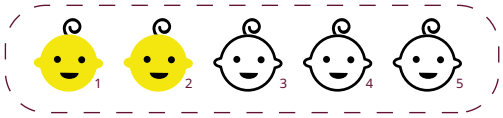
2 de cada 3 niñas y niños en México consumen alimentos variados diariamente.

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADAS (59)

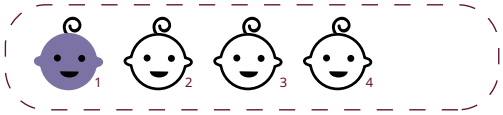
Aproximadamente **6 de cada 10 niñas y niños** mexicanos consume bebidas azucaradas desde los primeros meses de vida.



2 de cada 5 reciben productos ultraprocesados de forma regular.



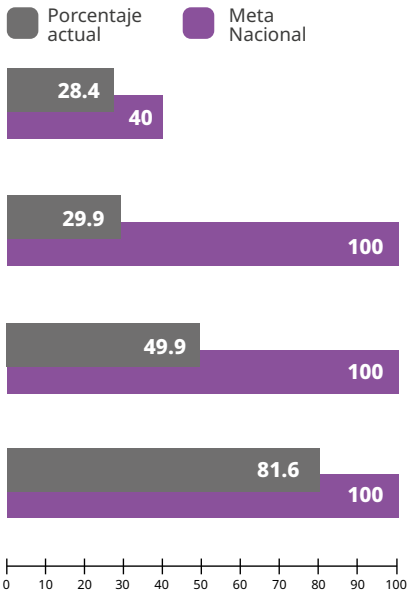
1 de cada 4 no consume ninguna verdura ni fruta.



3. Entornos protectores y estimulantes para el desarrollo

El desarrollo infantil temprano sigue siendo una deuda estructural. La violencia en la crianza persiste como una práctica heredada, aún no contrarrestada por políticas educativas eficaces ni apoyos concretos a las familias. El subregistro de niñas y niños en los primeros meses de vida evidencia barreras administrativas y desigualdad territorial. Sin un sistema público que acompañe, informe y facilite estos procesos de forma proactiva, se perpetúan brechas que afectan no solo el desarrollo infantil, sino también el acceso a derechos básicos como la identidad legal, la protección frente a la violencia y la inclusión en servicios esenciales desde la infancia.

Recomendación	Nombre del Indicador
• Realizar al menos una evaluación formal del desarrollo infantil antes de los 5 años.§§	% de NN menores de 5 años con al menos una evaluación de desarrollo infantil temprano (prueba EDI u otra evaluación).***
• Usar únicamente métodos no violentos para disciplinar a los NN (12 a 23 meses).	% de NN menores de 2 años reciben únicamente métodos no violentos para promover disciplina.‡‡‡
• Registrar a todos los NN dentro de los primeros 60 días de vida.	% de NN menores de 2 años que fueron registrados durante los primeros 60 días de vida.†††
• Obtener el acta de nacimiento de NN antes de cumplir el año de edad.	% de NN menores de 2 años que obtuvieron el acta de nacimiento antes de cumplir el año de edad.†††



§§ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA). "Programa de Trabajo para la Atención a la Salud de la Infancia 2025". 2025.
*** Vázquez-Salas, A, Hubert, C, Villalobos, A et al. "Desarrollo infantil temprano". Salud Pública de México 66, núms. 4, jul-ago (2024): 340–48. https://doi.org/10.21149/15836.
††† Consejo Nacional de Población (CONAPO). "El Registro oportuno de nacimientos", 2023. http://www.gob.mx/conapo/articulos/el-registro-oportuno-de-nacimientos.

El costo de la inacción durante los primeros 1000 días de vida

Por qué es clave actuar durante este periodo (50–53)

Intervenir oportunamente durante los primeros 1000 días ofrece el mayor retorno de inversión social y económica en salud pública. Las decisiones y acciones que se toman en esta etapa tienen efectos duraderos en la vida de las personas y en el desarrollo del país.

BENEFICIOS DE INTERVENIR DESDE EL INICIO

▸ Para las madres

- **Su vida se salva y su salud mejora:** con atención adecuada, la madre tiene menos riesgo de morir, enfermar o sufrir secuelas físicas y emocionales tras el embarazo y el parto.
- **Se siente acompañada, no sola:** cuando recibe información clara, escucha activa y apoyo constante, la mujer transita la maternidad con mayor seguridad y confianza.
- **Tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y su futuro:** el acceso a consejería y métodos anticonceptivos le permite planear su vida, su familia y ejercer su autonomía.
- **Recibe atención a su salud mental, no solo a su útero:** identificar y tratar a tiempo la ansiedad, el estrés o la depresión posparto mejora su bienestar y calidad de vida.
- **Su rol como madre es reconocido, no invisibilizado:** cuando se interviene en ella, se dignifica su experiencia, se valida su esfuerzo y se abren más oportunidades para su desarrollo personal, social y profesional.

▸ Para niñas y niños menores de 2 años

- **Tienen más oportunidad de nacer y crecer sanos:** se reduce el riesgo de bajo peso, infecciones, desnutrición y condiciones prevenibles de discapacidad.
- **Desde el inicio se fortalece su desarrollo integral:** se promueven entornos que estimulan sus capacidades físicas, cognitivas, emocionales, del lenguaje y la interacción social, con apoyos específicos en caso de requerirlo.
- **Se favorece una trayectoria de salud más estable a lo largo de la vida:** al disminuir riesgos desde etapas tempranas, se sientan bases para una mejor calidad de vida en el futuro.
- **Se impulsa una crianza sin violencia como base del bienestar emocional:** mediante orientación y acompañamiento se fortalece el vínculo afectivo y se promueve el uso de prácticas respetuosas.
- **Tienen mayor probabilidad de vidas plenas y dignas:** logran un mejor rendimiento escolar, mayor autoestima y más oportunidades a lo largo de la vida, sin importar su origen, condición o capacidades.

▸ Para el país

- **Una niñez sana hoy significa adultos más productivos mañana:** se incrementa el potencial laboral y económico de futuras generaciones.
- **Se construyen bases reales de equidad:** al cerrar brechas desde el inicio, se evita que las desigualdades se amplien con el tiempo.
- **Se rompe el ciclo de pobreza intergeneracional:** al fortalecer los derechos de las familias desde la primera infancia.
- **Se consolida un desarrollo más justo y sostenible:** donde el bienestar colectivo no depende sólo del crecimiento económico, sino de la inversión de las personas desde el comienzo de la vida.

El costo de no actuar durante los primeros 1000 días de vida en México

En México, **no actuar en los primeros 1000 días no sólo compromete el desarrollo infantil, también genera enormes pérdidas económicas y sociales.** Diversas estimaciones recientes permiten vislumbrar un panorama preocupante si no se revierte esta tendencia, especialmente de cara a 2030.

A nivel mundial, se calcula que las pérdidas económicas acumuladas por las diferentes formas de malnutrición podrían superar los 41 billones de dólares (alrededor de 738 billones de pesos mexicanos) entre 2023 y 2033 si no se toman medidas efectivas (61). Esto incluye pérdidas económicas relacionadas con la desnutrición y las deficiencias de micronutrimentos, así como las consecuencias económicas del sobrepeso y la obesidad.

La malnutrición no viene sola. Las soluciones tampoco deben venir separadas

Como organismo especializado en economía de la nutrición, Nutrition International estimó en 2023 que las pérdidas económicas anuales por no atender adecuadamente diferentes formas de malnutrición en México ascienden a alrededor de MXN $252 mil millones,[$] equivalentes al 1% del ingreso nacional bruto (INB). Aunque cada forma de malnutrición tiene sus propios efectos, muchas de ellas comparten una raíz común en los primeros 1000 días de vida. Es en este periodo donde se gesta gran parte del potencial humano, y también donde se acumulan los mayores riesgos. El retraso en el crecimiento, que se desarrolla y puede prevenir principalmente en esta etapa temprana, representa el problema con mayor impacto económico anual en el país. Otras condiciones, como la anemia, el bajo peso al nacer o la falta de lactancia materna, no solo afectan el presente, sino que comprometen el desarrollo físico y cognitivo de quienes las padecen. A continuación se detallan los principales factores que, al no ser atendidos a tiempo, generan pérdidas significativas en salud, aprendizaje y productividad a lo largo de la vida (62, 63).

IMPORTANTE:
No actuar en los primeros **1000 días** no sólo compromete el desarrollo infantil, también genera enormes pérdidas económicas y sociales.

[$] USD $14 billion

Anemia en mujeres adolescentes y en edad reproductiva: Costos actuales que se heredan

En México (62-63):

- En México, la anemia en mujeres de **15–49 años** (incluidas embarazadas) se asocia con pérdidas económicas anuales de ≈ **MXN 17,802 millones**[$$] estimadas como pérdidas salariales por menor productividad laboral.
- En el embarazo, además, la deficiencia de hierro materna se vincula con mayor mortalidad y resultados adversos del embarazo y de la persona recién nacida.
- México ocupa el lugar **21 de 29 países en América Latina y el Caribe** en cuanto a prevalencia de anemia en adolescentes y mujeres (15-49 años), y el lugar **161 de 201 países a nivel mundial.**

Bajo peso al nacer: Un inicio de vida vulnerable que se paga durante toda la vida

La OMS define el bajo peso al nacer como un peso inferior a 2,500 gramos al momento del nacimiento (64). Las causas son múltiples e incluyen inducciones tempranas del parto o cesáreas (necesarias e innecesarias), embarazos múltiples, infecciones y condiciones crónicas de la madre como la diabetes o hipertensión. En promedio, cada caso de bajo peso al nacer está asociado con la pérdida de 10 puntos de coeficiente intelectual (IQ) (63), lo que se traduce en pérdidas de productividad a largo plazo. Nacer con bajo peso eleva el riesgo de muerte neonatal, enfermedades crónicas futuras y bajo rendimiento cognitivo, afectando el potencial humano y económico desde el primer día.

En México (63):

- Se estima que cada año nacen 193,222 niñas y niños con bajo peso.
- Se asocian casi 2,400 de muertes infantiles al año.
- Implica pérdidas económicas por ≈ MXN $88,200 millones, equivalentes al 0.4% del INB.
- México ocupa el lugar 14 de 29 países en América Latina y el Caribe en prevalencia de bajo peso al nacer, y el lugar 108 de 200 países a nivel mundial.

193,222
niñas y niños con bajo peso al nacer

x

10 puntos
de coeficiente intelectual (IQ) perdidos por cada caso

=

1.9 millones
IQ perdidos cada año

La perdida de puntos de IQ significa que cada año, miles de niñas y niños nacen en condiciones que no les permiten desarrollar todo su potencial mental.
Menos IQ ▸ peor rendimiento escolar ▸ menores ingresos en la vida adulta.
Menos potencial humano también significa menor productividad para el país.

[$$]USD $989 millones

Lactancia materna: La inversión más efectiva y con el mayor retorno

Amamantar de forma exclusiva y continua durante los primeros meses de vida es una de las intervenciones más efectivas para proteger la salud infantil y materna. No hacerlo genera múltiples consecuencias: más enfermedades y muertes en bebés, mayor riesgo de enfermedades crónicas en mujeres, y un gasto innecesario en fórmulas comerciales infantiles que muchas veces sustituyen una práctica natural y protectora.

La lactancia materna:

- Disminuye la incidencia de enfermedades agudas y crónicas como diarrea, infecciones respiratorias y otitis.
- Mejora el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y las oportunidades educativas.
- Contribuye al crecimiento económico, al fortalecer el capital humano desde los primeros años de vida.
- Protege la salud materna, al reducir el riesgo de enfermedades como cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2 e infartos.

Por cada dólar invertido en lactancia materna, se generan hasta 35 dólares en beneficios económicos (65), lo que incluye ahorros para el sistema de salud por la prevención de enfermedades.

La falta de lactancia materna está asociada con millones de casos de enfermedades prevenibles en niñas y niños menores de un año, y con miles de muertes prematuras en mujeres por enfermedades como cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2, e infartos. También representa una carga económica significativa para las familias y el sistema de salud (66).

En México

- Se estima que no amamantar causa 5,796 muertes infantiles y 1,681 muertes maternas cada año.
- Se pierden ≈ MXN $36,000 millones anuales° por atención médica adicional, pérdida de ingresos y compra de fórmula.°° Adicionalmente, ≈ MXN $10,115 millones por enfermedades crónicas en madres que no amamantan.⁺
- En 2016, estas prácticas representaron el 2.5% del gasto nacional en salud.
- Para 2024 México ocupó el lugar 83 de 131 países en prevalencia de lactancia materna exclusiva en niñas y niños menores de 6 meses.⁺⁺

Amamantar protege la salud infantil y materna, mejora el desarrollo cognitivo y ahorra miles de millones al sistema de salud. No hacerlo representa un enorme gasto a futuro.

°2,000 millones de dólares (USD $2 billion).
°°Esta estimación es específica para México y se basa en costos sanitarios directos, compras domésticas (fórmulas) y pérdidas en productividad laboral femenina, por lo cual no es directamente comparable con otras cifras globales ni regionales.
⁺USD $561.94 millones.
⁺⁺Se consideraron los datos más recientes de los países que reportan LME en la base de FAOSTAT entre 2000 y 2024).

Anemia infantil: una pérdida invisible de potencial cognitivo y productivo

La anemia en la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y la productividad futura, incluso sin causar la muerte. El daño neurológico y el impacto económico son profundos, silenciosos y muchas veces irreversibles. La anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños se asocia con menor desarrollo cognitivo y bajo rendimiento escolar. Aunque no existen datos específicos por país sobre las causas, se estima que 30%-60% de los casos de anemia infantil se deben a deficiencia de hierro, dependiendo del nivel de infecciones en la población.

En México (62, 63, 67):

- En 2023, **1 de cada 10 niñas y niños de 1 a 4 años tuvo anemia.**
- Cada año, se estima que **383,653 niñas y niños** presentan anemia.
- Esto representa pérdidas económicas anuales de aproximadamente **MXN $41,400 millones,** equivalentes al **0.2% del ingreso nacional bruto (INB).**
- México ocupa el lugar **17 de 29 países** en América Latina y el Caribe, y el lugar **134 de 201 países** a nivel mundial en prevalencia de anemia infantil.

Retraso en el crecimiento: un problema económico silencioso que inicia en la infancia

El retraso en el crecimiento es una consecuencia en gran medida irreversible de una nutrición inadecuada y episodios repetidos de infección, especialmente durante los primeros 1000 días de vida.

El retraso en crecimiento no sólo afecta la talla de las y los niños, sino el potencial para su aprendizaje, productividad futura y posibilidades educativas.

Se estima que, en promedio, cada caso de retraso en el crecimiento implica la pérdida de 10.8 puntos de coeficiente intelectual (IQ) y 1.5 años menos de escolaridad (63), lo que genera pérdidas económicas por menor productividad a lo largo de la vida.

En México (62, 63):

- 246,241 niñas y niños presentan retraso en crecimiento cada año.
- Se asocian alrededor de 3,100 de muertes infantiles al año.
- Genera pérdidas económicas de ≈ MXN $216 mil millones[&] por año, equivalentes al 0.8% del INB.
- México ocupa el séptimo lugar de 27 países en América Latina y el Caribe, y el lugar 93 de 175 países a nivel mundial en prevalencia de esta condición.

[&] USD $12,000 millones

Sobrepeso y obesidad: El resultado tardío de una mala nutrición temprana

La infancia, especialmente durante los primeros años, es cuando se establecen las bases de la nutrición y el desarrollo del metabolismo. Una alimentación inadecuada en esta etapa puede aumentar el riesgo de obesidad, enfermedades crónicas y afectar la productividad en la adultez, además de generar gastos médicos elevados.

En México:

En 2019, el **World Obesity,** organización líder en la lucha contra la obesidad, cuyos estudios y recomendaciones guían políticas de salud globales, presentó estimaciones que señalan un costo anual del sobrepeso y la obesidad en **México de ≈ MXN $417,060 millones*** en 2019, equivalentes al 1.83% del PIB nacional. De acuerdo con estas proyecciones, si no se modifican las políticas actuales, este costo crecerá a ≈ **MXN $681,120 millones** en 2030, equivalentes al 2.57% del PIB.[+] Este costo incluye tanto gastos sanitarios directos (hospitalizaciones, medicamentos, atención crónica) como pérdidas por mortalidad prematura y menor productividad laboral.[†] Para 2024, México ocupó el lugar 62 de 159 países en prevalencia de sobrepeso en niñas y niños menores de 5 años.[#]

Tamizajes neonatales: inversión clave para prevenir discapacidad, reducir costos y proteger el desarrollo infantil

Los tamices neonatales son pruebas que se realizan al nacimiento para detectar condiciones graves que pueden causar discapacidad o muerte si no se tratan a tiempo. Enfermedades como hipotiroidismo congénito o fenilcetonuria (tamiz metabólico), sordera congénita, clave para el desarrollo del lenguaje (tamiz auditivo), malformaciones cardíacas graves (tamiz de cardiopatías congénitas), ceguera causada por retinopatía del prematuro y catarata congénita (tamiz oftalmológico), displasia de cadera, evitando cirugías mayores y discapacidad motriz (tamiz de cadera).

La detección oportuna permite un **tratamiento temprano,** evitando secuelas **neurológicas, motrices, visuales y auditivas.**

* 23,170 millones de dólares (USD $23.17 billion).
+ 37,840 millones de dólares (USD $37.84 billion).
† Aunque este modelo incluye a toda la población adulta, las trayectorias hacia el sobrepeso muchas veces inician con un estado nutricional subóptimo en la infancia.
# Se consideraron los datos más recientes de los países que reportan LME en la base de FAOSTAT entre 2000 y 2024.

Beneficios del tamiz neonatal

Un estudio en 2023 en Suecia (70), estimó que el tamizaje neonatal para fenilcetonuria (PKU) permite ahorrar 10.5 millones de dólares y ganar 73 años de vida ajustados por calidad (QALYs) por cada 100,000 recién nacidos, en comparación con no realizar tamizaje*.

El tamiz metabólico puede generar beneficios económicos de hasta 5 veces su costo.

Diagnosticar a tiempo problemas auditivos a partir del tamiz auditivo permite ahorrar en educación especial y dispositivos más complejos, aumentando el potencial educativo y laboral de quienes reciben atención temprana.

A nivel global, la hipoacusia no tratada genera más de 750 mil millones de dólares al año en pérdidas, principalmente por menor productividad (71).

La detección oportuna del tamiz cardíaco reduce la necesidad de intervenciones de urgencia y cuidados intensivos, con un impacto económico favorable para las familias y el sistema de salud.

Un estudio en Estados Unidos (2013) estimó que las personas recién nacidas con diagnóstico tardío de cardiopatías congénitas pasaban en promedio 18% más de días hospitalizados que aquellos detectados a tiempo, y que este tamizaje podría prevenir 20 muertes infantiles anualmente, contribuyendo a la reducción de costos por cuidados intensivos y hospitalizaciones evitables (72).

Identificar problemas visuales a partir del tamiz oftalmológico desde el nacimiento evita tratamientos costosos o pérdida irreversible de la visión, con beneficios claros en desarrollo y productividad (73).

Un estudio documentó que detectar tarde el retinoblastoma triplica el riesgo de que se requiera extirpación del ojo (enucleación) o que el cáncer haga metástasis, ↓los costos y ↑la probabilidad de sobrevivencia (74). En México, 1 de cada 5 recién nacidos con el tamiz oftalmológico presentaron alteraciones visuales que podrían corregirse si se detectan a tiempo (73, 75).

Detectar y tratar a tiempo la displasia de cadera evita cirugías complejas, discapacidad funcional y costos prolongados de rehabilitación, además de mejorar la movilidad y la calidad de vida desde la infancia.

Potencian el capital humano
Detectar y tratar a tiempo permite que más niñas y niños desarrollen plenamente sus capacidades, aprendan, se integren y contribuyan al crecimiento económico de sus comunidades. El tamizaje salva vidas, previene discapacidades y reduce costos. Es una inversión estratégica para cerrar brechas y construir un país más justo desde el nacimiento.

Oportunidad para México
No hay estimaciones económicas nacionales consolidadas para estos tamices. Se recomienda desarrollar estudios costo-efectividad y expandir su cobertura con enfoque de equidad.

* Al combinar el tamizaje de PKU con hipotiroidismo congénito, el ahorro total se incrementa a $70.8 millones de dólares y los beneficios en salud alcanzan 305 QALYs ganados, debido a una mayor reducción en pérdidas de productividad y costos de servicios municipales. (Appelberg et al. 2023).

Vacunar es proteger el futuro: una inversión con retorno garantizado

Cada dólar invertido en vacunas puede traducirse en un retorno de hasta 52 dólares (76)

Este beneficio se refleja en la **prevención de enfermedades**, la **disminución de gastos médicos** y la **reducción de pérdidas económicas** por ausentismo y discapacidad.

Estimular desde el inicio transforma vidas y economía

Las intervenciones de estimulación temprana y crianza positiva pueden generar hasta 15.5 dólares por cada dólar invertido

Al impulsar programas que combinan visitas domiciliarias con sesiones grupales, contribuyen a **mejorar el desarrollo cognitivo y socioemocional de niñas y niños pequeños.**

Maltrato infantil: impacto económico a nivel individual en México

La violencia durante la infancia genera secuelas físicas y emocionales costosas, reduce el rendimiento escolar y productivo, y tiene efectos persistentes en la salud mental y física.

En México:

Un estudio realizado por Loredo-Abdalá (2021) (77) estimó que cada caso hospitalizado por Síndrome del Bebé Sacudido (una forma de maltrato infantil en la infancia temprana) tiene un costo inmediato promedio de **MXN $67,355** por niño afectado. Esta cifra refleja únicamente los costos hospitalarios directos inmediatos en casos extremos de maltrato infantil grave, por lo cual representa solo una pequeña fracción del verdadero costo económico y social del maltrato infantil en México. La cifra reportada proviene de un estudio pequeño y específico (14 casos en un hospital nacional), por lo cual es una estimación conservadora y parcial, útil principalmente como indicador inicial de los costos inmediatos relacionados con casos graves de maltrato infantil.

Las pérdidas económicas no se suman porque los mismos **niños y niñas** pueden estar afectados por más de un problema a la vez, de hacerlo corremos el riesgo de sobreestimar el impacto real.

Lo que sí es claro: todas estas condiciones afectan a la misma población vulnerable, y refuerzan la urgencia de intervenir con acciones integradas.

Los costos se acentúan frente a la crisis climática

Frente a todos estos riesgos, el cambio climático actúa como un multiplicador del riesgo nutricional y de salud materno-infantil. De acuerdo con UNICEF (2023) (78), los riesgos ambientales como el calor extremo, las sequías, las inundaciones y otros eventos climáticos intensificados por la crisis climática, afectan de manera directa e indirecta la nutrición, el desarrollo y la supervivencia infantil. Estos riesgos exacerban enfermedades infecciosas, respiratorias, diarreicas y vectoriales, al tiempo que comprometen el acceso a servicios de salud y alimentos seguros.

Las niñas y los niños menores de cinco años son el grupo etario más afectado por enfermedades atribuibles al cambio climático. Aquellos que viven en condiciones de pobreza, en zonas marginadas o en contextos de violencia estructural son especialmente vulnerables, y enfrentan mayores obstáculos para recuperarse de los impactos climáticos. En este contexto, garantizar servicios de salud resilientes y una nutrición adecuada desde el embarazo es clave para mitigar daños a corto y largo plazo. Esta dimensión debe considerarse en futuras estimaciones de costos, ya que su ausencia actual representa una limitación en los cálculos disponibles.

Invertir temprano en **salud, nutrición y cuidados** no es un gasto, es una **inversión inteligente** con beneficios económicos y sociales a largo plazo.

Estudio de caso en Vietnam: el valor de invertir en desarrollo infantil temprano (79)

Un estudio en Vietnam aporta evidencia adicional sobre la importancia económica de invertir en programas integrales de estimulación temprana y crianza positiva. Este análisis reveló retornos aproximados de 5.5 dólares por cada dólar invertido, equivalentes a beneficios económicos adicionales de USD 1,566 por niño durante su vida. Escalar esta estrategia nacionalmente podría significar beneficios económicos de 2,280 millones de dólares (aproximadamente $41,040 millones de pesos mexicanos) por generación. Si bien este caso internacional no es directamente extrapolable a México, ofrece una referencia valiosa sobre los beneficios potenciales de intervenciones integrales tempranas, cuya adaptación local podría ser altamente rentable para el país.

Consideraciones para tomadores de decisión

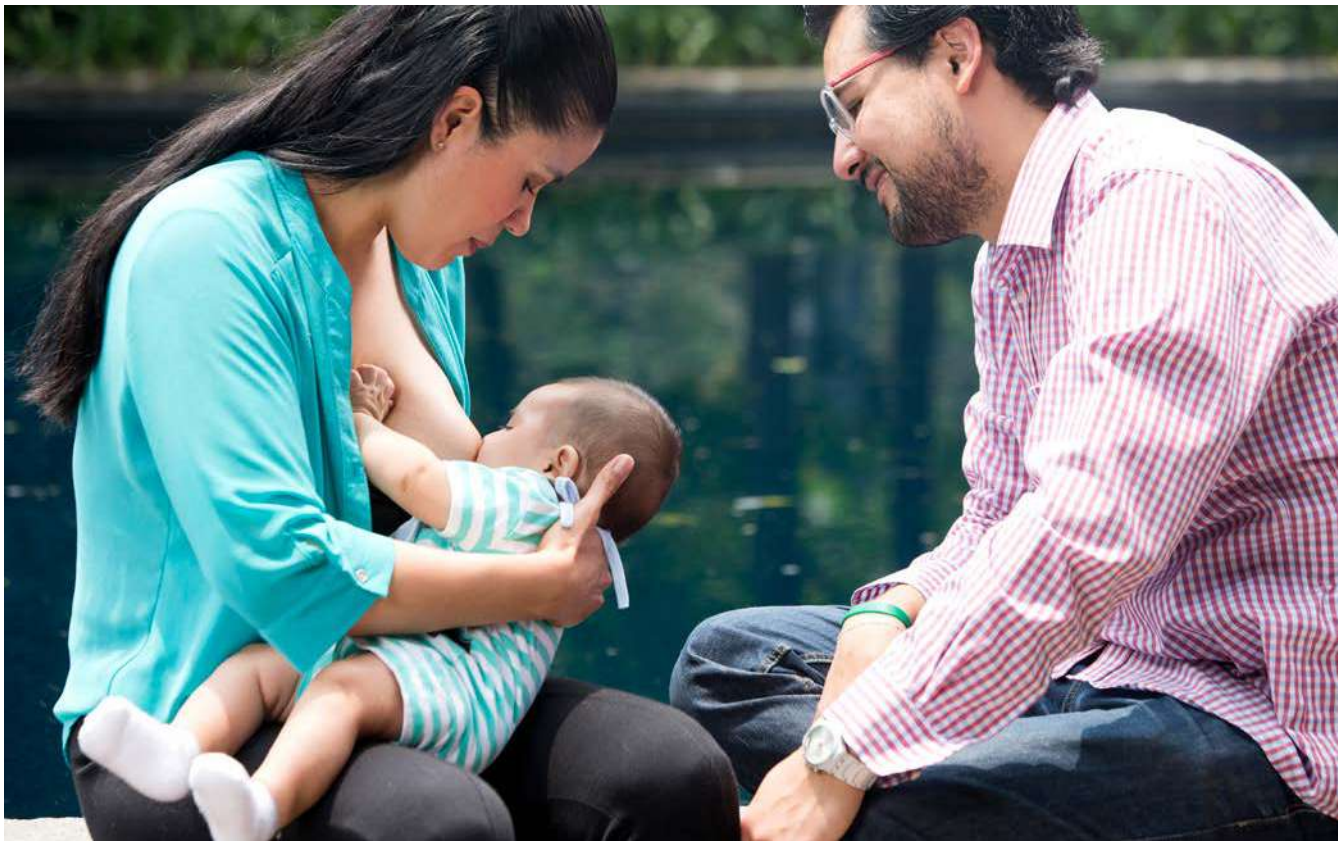
Este capítulo presenta claramente diversas estimaciones sobre el costo de la inacción. Las diferencias observadas entre las cifras de distintos estudios reflejan enfoques metodológicos distintos en cuanto a horizonte temporal, fuentes de datos, tipos de malnutrición considerados y supuestos económicos. No obstante, la evidencia presentada, aún con sus diferencias metodológicas, es suficiente para afirmar, sin lugar a dudas, que los costos económicos, sociales y humanos de la inacción durante los primeros **1000 días de vida en México** son altos y crecientes. Frente a la proximidad del año 2030, la urgencia de tomar decisiones estratégicas, es crítica para el país.

Principios rectores

Los principios rectores que sustentan el Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida constituyen el marco epistémico, ético y conceptual que guía cada una de sus acciones. No se trata únicamente de una declaración de valores, sino de un conjunto de enfoques que orientan la toma de decisiones, la implementación territorial y la rendición de cuentas del Programa en todos sus niveles. En primer lugar, el **interés superior de la niñez** y el **enfoque de derechos** colocan a niñas y niños como sujetos plenos de derecho, obligando al Estado y a los actores involucrados a garantizar condiciones óptimas de salud, nutrición y desarrollo desde la gestación. La **universalidad, la equidad y la justicia** se enfocan en que el Programa llegue a todas las personas, priorizando a quienes enfrentan mayores barreras estructurales.

La **perspectiva de género, la perspectiva de infancia, la inclusión, la no discriminación y la interculturalidad** permiten reconocer y atender las múltiples desigualdades que afectan a mujeres embarazadas, a niñas y niños, personas cuidadoras y comunidades diversas, generando respuestas sensibles a contextos socioculturales específicos. El principio de **intersectorialidad** articula esfuerzos de salud, educación, bienestar, trabajo, medio ambiente y otros sectores clave, mientras que el enfoque centrado en la persona promueve servicios respetuosos, empáticos y adaptados a las necesidades individuales.

Además, la **territorialización** y la mirada de **línea de vida** aseguran que las intervenciones se diseñen y ajusten desde lo local y en función del curso de vida, reconociendo que las trayectorias de salud y desarrollo comienzan mucho antes del nacimiento. Finalmente, el **uso de evidencia, el seguimiento y la evaluación continua** garantizan que el Programa se mantenga dinámico, basado en datos y orientado a resultados concretos. Con esta base sólida, el Programa busca generar un cambio estructural y sostenible para mejorar el bienestar de las mujeres, las niñas y los niños en los primeros 1000 días de vida, y transformar las condiciones que perpetúan las desigualdades desde la infancia.



PRINCIPIOS RECTORES
PROGRAMA DE CUIDADOS DESDE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA

• Interés superior de la niñez
Adoptar aquellas medidas que mejor promuevan y protejan los derechos de la niñez, y dar prioridad a estos derechos en la formulación de las políticas públicas, por encima de cualesquiera otros intereses.

• Enfoque de derechos
Sujetos como titulares de derechos, bajo los principios de universalidad, interdependencia, progresividad, indivisibilidad, asequibilidad, exigibilidad, integralidad y justiciabilidad.

• Universalidad
Atención, sin excepción ni omisión, a todas las personas gestantes y NN menores de 2 años en el territorio nacional.

• Justicia
Tratar a cada persona como le corresponde, esto es, sin más ni menos atributos que los que su condición amerita. Este principio se encuentra detrás del ideal de tener servicios de salud de óptima calidad, accesibles para toda la población de manera equitativa.

• Perspectiva de género
Permite identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar y crear las condiciones de cambio.

• Perspectiva de infancia
Implica una visión que reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, con autonomía progresiva y con la capacidad de opinar y participar en decisiones que les conciernen.

• Equidad
Atención diferenciada y prioritaria a personas en condiciones de mayor marginación, para garantizar igualdad de oportunidades en todos los servicios y cerrar las brechas de desigualdad.

• Centrada en la persona
Forma de entender y practicar la atención sanitaria adoptando de manera consciente el punto de vista y las necesidades integrales de las personas.

• Interculturalidad
Visibiliza la constitución dinámica de diversos conjuntos socioculturales que desarrollan formas particulares de vivir, pensar y actuar.

• Intersectorialidad
Participación activa y coordinada de los distintos sectores relevantes de la Administración Pública Federal, de acuerdo con sus respectivos ámbitos de competencia, así como de los actores relevantes de los sectores social y privado.

• No discriminación
Las atenciones deberán ser de calidad y sin distinción alguna, ni por razones de sexo, condición socioeconómica o linguística, condición de salud o discapacidad, religión, entre otras.

• Inclusión
Creación de condiciones que garanticen el acceso y la participación sin excepción con énfasis en aquellos grupos en riesgo de exclusión.

• Territorialización
Articulación para la implementación en el territorio de las políticas, programas y servicios, mediante la participación y contribución proactiva de actores locales.

• Línea de vida
Permite reconocer que las atenciones que necesita una persona deben estar diferenciadas por las distintas etapas de su trayecto de vida.

• Uso de evidencia, seguimiento y evaluación
Fundamentación de las intervenciones en la mejor evidencia disponible sobre lo que funciona, así como en el seguimiento y la evaluación para la mejora continua y la rendición de cuentas.

• Calidad
Capacidad para ofrecer servicios que sean seguros, efectivos, oportunos, eficientes y accesibles, mejorando así los resultados de salud de las personas y poblaciones.

Elaborado con información de la Estrategia Nacional de Atención Primaria de Salud y Nutrición en los Primeros 1000 Días, del Plan Nacionalde Desarrollo 2024-2030 y del Lineamiento Técnico Operativo para el Abordaje de la Desnutrición Aguda Infantil en México.

Marco conceptual

La evidencia acumulada en las distintas series de **The Lancet sobre nutrición materno-infantil, desarrollo infantil temprano y lactancia materna,** desde 2008 hasta la más reciente en 2023, ha consolidado los primeros 1000 días de vida como una ventana **crítica y determinante para la salud, el desarrollo y la equidad** a lo largo de la vida (53, 80). Esta base científica ha orientado intervenciones globales y fundamenta la propuesta integral del presente Programa.

El Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida se construyó a partir de una integración coherente de modelos y enfoques que explican **por qué intervenir, cómo hacerlo y en qué condiciones implementar** de manera efectiva.

En primer lugar, se incorporó el **Modelo de Determinación Social de la Salud** (81), el cual resultó útil para comprender las causas profundas de la desigualdad en salud, considerando todas las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen; pero también al conjunto más amplio de fuerzas que históricamente han favorecido las inequidades sociales y la destrucción de la naturaleza; los cuales constituyen el eje transversal del Marco conceptual del Programa, donde se encuentran el modelo político-económico, las inequidades sociales, los roles de género, la discapacidad, la salud ambiental y el conflicto de interés.

Por otro lado, el Modelo Socioecológico (82) reconoce que la salud se ve afectada por diversos factores interconectados que operan en diferentes niveles: a) individual, b) personal, c) comunitario, d) organizacional y e) política y entorno; los cuales se retomaron para la construcción del Marco conceptual del Programa.

El nivel individual coloca a las personas en el centro del modelo, contemplando cuatro momentos:

1) Embarazo
2) Puerperio
3) Persona recién nacida
4) Infantes

Particularmente en este nivel se contemplan determinantes genéticos, biológicos y conductuales que directamente tienen que ver con la persona, y que les permiten o no realizar ciertas acciones con relación a su salud y nutrición; tales como: sexo, edad, tipo de dieta, discapacidad, exposición a contaminantes, conocimientos, actitudes, creencias, empoderamiento y agencia.

El nivel **interpersonal** del modelo comprende todas las interacciones con el círculo más cercano de las personas, y que de una manera u otra tienen incidencia en su salud, tales como las labores de crianza y cuidados, las redes sociales y familiares, así como la influencia de pares. En este nivel también se encuentra el maltrato infantil, la violencia obstétrica y la violencia sexual, como elementos que fomentan la morbimortalidad en esta etapa.

El nivel **comunitario** abarca todos los determinantes del contexto en el que viven y que pueden ser modificados por las personas que facilitan o no la adopción de buenos hábitos (servicios básicos, agua y saneamiento, vivienda y contaminación ambiental); el acceso físico y económico en todo momento a alimentos suficientes, seguros y nutritivos (seguridad alimentaria); así como la toma de decisiones en salud y nutrición (acceso a la información y canales de comunicación comunitaria), y la interacción entre las diferentes culturas y saberes en salud en relación al embarazo, el parto y la infancia (interculturalidad, valores y normas sociales, organización comunitaria).

En el nivel **organizacional** se encuentran elementos relacionados con el ingreso, el poder adquisitivo, la educación y el empleo; así como el sistema de salud (acceso a servicios, capacitación del personal, tecnologías, infraestructura e insumos médicos y medicalización), evidenciando que la falta en el acceso a alguno de estos pone en riesgo la salud.

Finalmente, el nivel de **política y entorno** incluye la necesidad de contar con un marco legal y político robusto, así como la gobernanza y el financiamiento adecuados para poder llevar a cabo programas sociales. Resalta la influencia de la mercadotecnia y las prácticas empresariales de las industrias de fórmulas comerciales infantiles y sucedáneos de leche materna, que afectan la salud y nutrición de NN.

También incluye aspectos del entorno (ya sea dado de manera natural u ocasionados por conflictos sociales) que no pueden ser directamente modificables por las personas, resaltando el papel clave del medio ambiente, la biodiversidad y los recursos naturales para que NN puedan alcanzar su potencial de crecimiento y desarrollo; así como los conflictos sociales y la migración como elementos centrales que ponen en riesgo la vida de las mujeres embarazadas y NN.

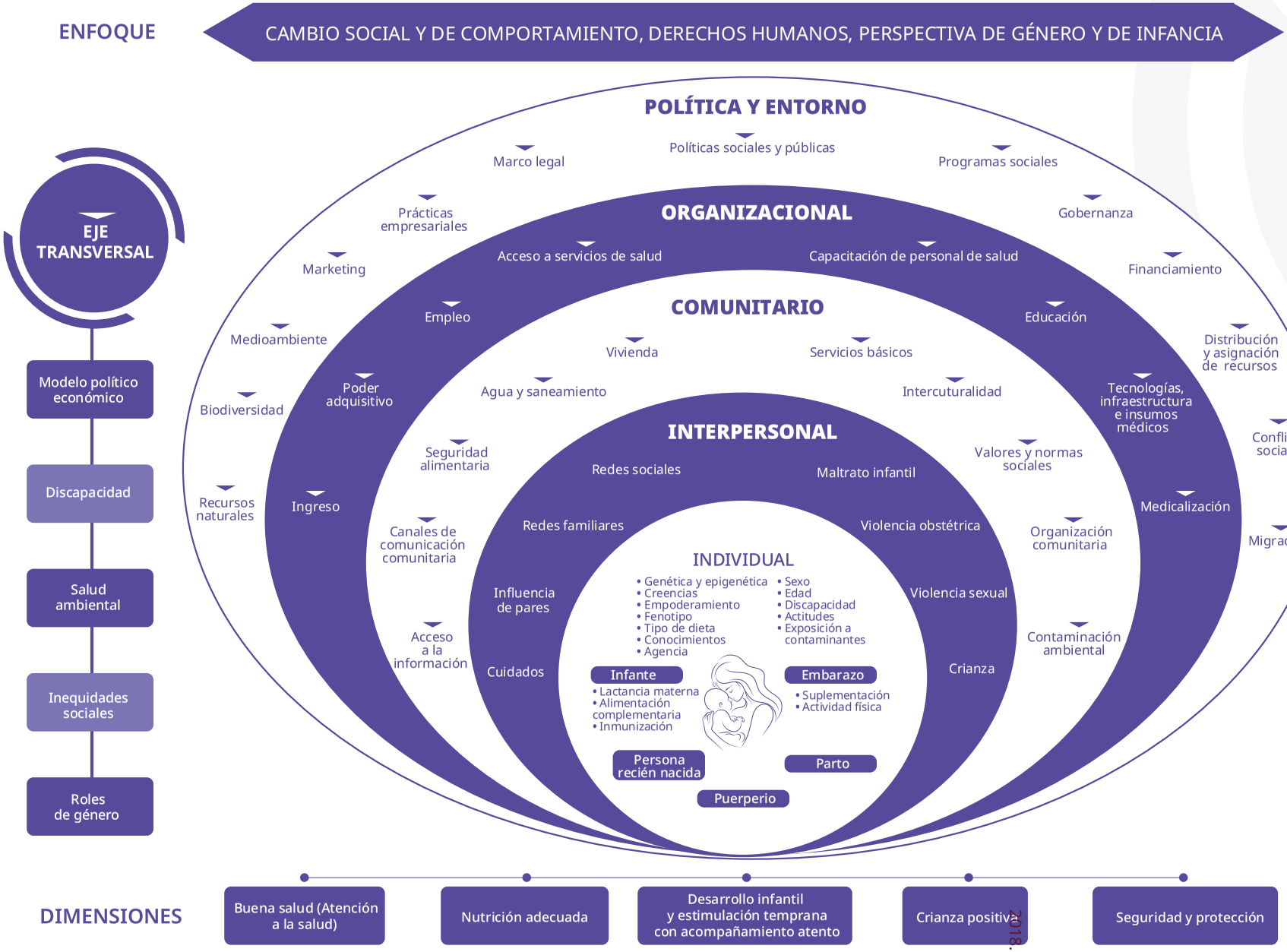
Finalmente, en la base se encuentra el **Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible (Nurturing Care Framework)** (83), el cual articula cinco dimensiones fundamentales:

1) Buena salud
2) Nutrición
3) Atención receptiva
4) Seguridad y protección
5) Oportunidades para el aprendizaje temprano

Estas dimensiones orientan la visión multisectorial del Programa y su compromiso con un enfoque centrado en la niñez y sus cuidadores. El programa adapta este marco integrando acciones específicas que buscan garantizar la salud, la nutrición y el desarrollo infantil desde los primeros días de vida, promoviendo entornos que faciliten prácticas de cuidado cariñoso y sensible. Asimismo, incorpora el Enfoque de Cambio Social y de Comportamiento (7, 8), el cual busca crear entornos habilitantes para la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, desde una perspectiva de género y de infancia, basado en los derechos humanos y combinando los conocimientos científicos con los comunitarios para diseñar conjuntamente soluciones que favorezcan decisiones sostenidas en el tiempo.

En conjunto, estos modelos y enfoques permiten que el Programa se implemente con coherencia técnica, sensibilidad cultural y orientación a la equidad, guiando su diseño, ejecución y evaluación desde una lógica intersectorial y transformadora (Figura 2).

Figura 2. **Marco conceptual del Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida**



Fuente: Elaboración propia a partir de Breilh, 2013; McLeroy et.al., 1988; UNICEF, 2023; OMS, 2018.

Marco legal y normativo

El Programa de **Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida** se sustenta en un marco legal, normativo y técnico robusto, que respalda su pertinencia y viabilidad institucional.

En el plano nacional, el Programa responde al Compromiso 43 del **Plan Nacional de Desarrollo** 2024–2030 (84), que promueve una República Sana, basada en el desarrollo con bienestar, la igualdad sustantiva y la garantía de derechos para mujeres, personas recién nacidas, y niñas y niños durante la primera infancia, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad y rezago social. Este compromiso orienta la implementación de políticas públicas centradas en el bienestar, la justicia social y la no discriminación.

El Programa se fundamenta en la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** (85) y en un conjunto de leyes que garantizan derechos fundamentales, como el derecho a la salud, la alimentación, el desarrollo, la identidad, la educación, la información, el acceso al agua segura y a un medio ambiente sano, así como el derecho de las niñas, niños y mujeres a una vida libre de violencia (86–97). Asimismo, se apoya en las **Normas Oficiales Mexicanas** (NOM) (2,11, 98–107) que establecen las disposiciones técnicas de observancia obligatoria en temas relacionados con la salud materna, neonatal e infantil, la alimentación adecuada, y la calidad y seguridad de productos y servicios asociados.

Además, el Programa se articula con instrumentos técnicos y programas sectoriales nacionales que comparten objetivos orientados al fortalecimiento de la atención médica, la mejora del desarrollo infantil, la equidad en salud, y el acceso a servicios esenciales para mujeres embarazadas, personas recién nacidas y niñas y niños menores de dos años.

Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2024-2030 (108) prioriza la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la vacunación a lo largo de la vida, para lo cual busca fortalecer las coberturas del programa de vacunación universal e incrementar el número de mujeres embarazadas que acuden a seguimiento médico. De igual forma, el Programa se articula con diversos programas nacionales e instrumentos de política pública nacionales e internacionales que pretenden mejorar el acceso a la prevención y atención de la salud y nutrición durante este periodo (109–117).

En el plano internacional, se alinea con tratados, convenios y estrategias globales que reconocen y promueven los derechos a la salud, la nutrición, el desarrollo y la no discriminación. Entre ellos destacan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (118).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (119), la Convención sobre los Derechos del Niño (120), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (121), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) (122), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (123).

Asimismo, el Programa está en concordancia con marcos estratégicos internacionales como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (124), la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (125), el Marco para el Cuidado Cariñoso y Sensible (15), la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (126), y las Siete Estrategias para Poner Fin a la Violencia contra Niños y Niñas (46).

La **Figura 3** sintetiza gráficamente estos elementos normativos, legales y programáticos que dan sustento al Programa, organizados en cinco bloques clave: constitución y leyes nacionales, Normas Oficiales Mexicanas, instrumentos técnicos y programas nacionales, convenios internacionales y estrategias globales. Esta estructura garantiza la coherencia jurídica, técnica y de derechos humanos del Programa, y refuerza su alineación con los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Estado mexicano. En el Anexo 1 se detalla de manera específica cómo cada uno de estos documentos hace referencia directa o indirecta a los derechos, necesidades o acciones dirigidas a mujeres embarazadas, personas recién nacidas y niñas y niños menores de dos años.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DESDE LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA

1

- NOM-004-SSA3-2012
- NOM-007-SSA2-2016
- NOM-015-SSA3-2012
- NOM-020-SSA-2025
- NOM-030-SSA3-2013
- NOM-031-SSA2-1999
- NOM-032-SSA3-2010
- NOM-034-SSA2-2013
- NOM-035-SSA3-2012
- NOM-036-SSA2-2012
- NOM-043-SSA2-2012
- NOM-046-SSA2-2005
- NOM-047-SSA2-2015
- NOM-051-SSFI/SSA1-2010
- NOM-131-SSA1-2012
- NOM-199-SSA1-2002
- NOM-251-SSA1-2009

2

Constitución Política
- Artículo 2o. B
- Artículo 2o. D
- Artículo 3o.
- Artículo 4o.
- Artículo 6o.

- Ley General de Salud.
- Ley General de la Alimentación Adecuada y Sostenible.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley General de Educación.
- Ley de Asistencia Social.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley del Seguro Social.
- Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
- Ley General de Cultura Física y Deporte.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

3

- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente.
- Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño.
- Marco para el cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo de la primera infancia.
- Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

4

- Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.
- Convención sobre los derechos del niño/niña.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Convención internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

5

- Plan Nacional de Desarrollo.
- Programa Sectorial de Salud.
- Programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica.
- Protocolo Nacional de Atención Médica Primeros 1000 días de vida.
- Programa IMSS-Bienestar.
- Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres. Programa de Atención a Personas con Discapacidad.
- Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas.
- Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña.
- Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para Mujeres Embarazadas, en Periodo de Lactancia y Niñas y Niños de 0 a 2 años.

Objetivos y metas nacionales

Objetivo General del Programa

Mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo integral de las niñas y los niños durante los primeros 1000 días de vida, así como la salud materna, garantizando servicios de calidad, oportunos y culturalmente pertinentes.

Objetivos estratégicos

1. Fortalecer la calidad de la atención de la salud materna, neonatal e infantil.

- **Meta 1.1** Disminuir a menos de 30 la razón de mortalidad materna al término del sexenio.
- **Meta 1.2** Disminuir a ≤ 12 la tasa de mortalidad infantil (<12 meses) al término del sexenio.

2. Asegurar un control prenatal adecuado que permita el bienestar durante el embarazo, la preparación para el parto seguro, el puerperio y la lactancia materna.

- **Meta 2.1** Alcanzar el 92% de cobertura de cinco o más consultas prenatales en mujeres embarazadas atendidas en servicios de salud, al término del sexenio.

3. Promover prácticas sostenibles y óptimas de lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación infantil para prevenir todas las formas de malnutrición desde la primera infancia.

- **Meta 3.1** Incrementar a al menos 50% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en NN <6 meses, al final del sexenio.
- **Meta 3.2** Incrementar a al menos 50% la prevalencia de lactancia materna continuada hasta los 24 meses, al final del sexenio.
- **Meta 3.3** Incrementar en al menos 20% la prevalencia de NN de 6 a 23 meses que cumplen con prácticas adecuadas de alimentación complementaria al término del sexenio.
- **Meta 3.4** Reducir en al menos 20% la prevalencia de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas al término del sexenio.

4. Garantizar la vacunación oportuna y completa durante el embarazo y en niñas y niños menores de dos años.

- **Meta 4.1** Lograr el 95% o más de mujeres embarazadas que reciben la vacuna Tdpa/Td a partir de las 20 semanas de gestación.
- **Meta 4.2** Lograr el 90% de cobertura de vacunación en niñas y niños de un año de edad conforme al esquema de vacunación.

5. Garantizar la detección oportuna y atención adecuada de condiciones relacionadas con la salud, la nutrición, el desarrollo físico, cognitivo, social y psicoemocional que puedan afectar el bienestar infantil.

Meta 5.1 Asegurar que al menos el 95% de las personas recién nacidas en unidades de salud reciban tamiz metabólico y al menos el 65% reciban tamiz auditivo, al término del sexenio.

Meta 5.2 Incrementar a al menos 25% la cobertura de consultas de la niña sana y el niño sano en NN menores de 24 meses, según temporalidad recomendada (al menos 9 consultas), al término del sexenio.

Meta 5.3 Asegurar que al menos el 40% de NN <24 meses reciban una evaluación del desarrollo infantil, ya sea como parte de la consulta de la niña sana y el niño sano o en otra consulta, al término del sexenio.

6. Promover el desarrollo integral en niñas y niños menores de dos años, mediante la estimulación temprana, la crianza positiva, entornos seguros y libres de violencia.

Meta 6.1 Lograr que al menos el 40% de las niñas y niños menores de 24 meses con evaluación del desarrollo hayan recibido estimulación temprana y crianza positiva (libre de violencia) al término del sexenio.

Meta transversal: Asegurar que al menos el 90% de las unidades de salud de primer nivel que brindan atención materno-infantil cuenten con personal capacitado para brindar atención y consejería integral* durante los primeros 1000 días, al término del sexenio.

* En los temas de salud y nutrición, desarrollo infantil/estimulación temprana, apoyo psicosocial a la mujer embarazada o en periodo de lactancia, protección y seguridad, y crianza positiva.

Alcance del Programa

El **Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida** define los elementos sustantivos que guían la acción del Estado para garantizar una atención integral, continua y de calidad a lo largo del periodo crítico que va desde la concepción hasta los 24 meses de vida. Está dirigido a mujeres embarazadas, personas recién nacidas (0 a 28 días) y niñas y niños menores de dos años, así como a sus personas cuidadoras principales.

Este documento está orientado a las personas tomadoras de decisiones, y por tanto, se enfoca en establecer el **qué hacer:** las prioridades estratégicas, poblaciones objetivo, enfoques transversales y ámbitos de acción institucional que configuran el marco de intervención del Programa. Los aspectos operativos y metodológicos para la implementación de estas acciones, es decir, **cómo implementar estas acciones,** se podrá consultar en los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM) "Primeros 1000 Días de Vida" y "Vacunación a lo largo de la vida", así como en el Manual de Implementación del Programa, Lineamientos y Protocolos de Atención.

El enfoque del Programa abarca múltiples dimensiones del bienestar infantil, incluyendo la salud, la nutrición, el desarrollo integral y el cuidado afectivo, promoviendo la participación activa de madres, padres y personas cuidadoras. A través de intervenciones articuladas en todas las etapas clave (embarazo, parto, puerperio, etapa neonatal y primera infancia temprana), se busca favorecer trayectorias saludables desde los primeros días de vida.

El Programa también considera componentes estratégicos transversales, orientados al fortalecimiento del personal de salud, la mejora en la organización y calidad de los servicios, la coordinación intersectorial, y la promoción de cambios sociales y normativos que favorezcan entornos habilitantes para el cuidado.

Se prioriza la creación de entornos sensibles, seguros y equitativos, con especial atención a comunidades en situación de vulnerabilidad, rezago o exclusión histórica. Aunque el sector salud constituye el eje articulador del Programa, se reconoce la necesidad de una implementación intersectorial, que dialogue con otras políticas públicas y programas relacionados con el bienestar social, la educación inicial, la seguridad alimentaria, la protección de la infancia y los derechos de las mujeres.

Teoría del Programa

La Teoría del Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida ofrece una representación estructurada de los componentes clave del Programa y de la lógica que vincula sus insumos, actividades, productos, resultados e impactos esperados. Esta teoría constituye la base para la planificación, el monitoreo y la evaluación, permitiendo alinear las acciones intersectoriales con los objetivos estratégicos del Programa.

Adicionalmente, esta teoría se complementará con un Modelo de Intervención, que permitirá identificar cada una de las intervenciones clave del Programa, sus responsables, puntos de contacto y resultados esperados.

Se prioriza la creación de entornos sensibles, seguros y equitativos, con especial atención a comunidades en situación de vulnerabilidad, rezago o exclusión histórica. Aunque el sector salud constituye el eje articulador del Programa, se reconoce la necesidad de una implementación intersectorial, que dialogue con otras políticas públicas y programas relacionados con el bienestar social, la educación inicial, la seguridad alimentaria, la protección de la infancia y los derechos de las mujeres.

Mejorar la salud, la nutrición y el desarrollo integral de las niñas y los niños durante los primeros 1000 días de vida, así como la salud materna, garantizando servicios de calidad, oportunos y culturalmente pertinentes.

- Fortalecer la calidad de la atención de la salud materna, neonatal e infantil.
- Asegurar un control prenatal adecuado que permita el bienestar durante el embarazo, la preparación para el parto seguro, el puerperio y la lactancia materna.
- Promover prácticas óptimas de lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación infantil para prevenir todas las formas de malnutrición desde la primera infancia.
- Garantizar la vacunación oportuna y completa durante el embarazo y en niñas y niños menores de dos años.
- Garantizar la detección oportuna y atención adecuada de condiciones relacionadas con la salud, la nutrición, el desarrollo físico, cognitivo, social y psicoemocional que puedan afectar el bienestar infantil.
- Promover el desarrollo integral en niñas y niños menores de dos años, mediante la estimulación temprana con acompañamiento atento, la crianza positiva, entornos seguros y libres de violencia.

PRINCIPIOS RECTORES: Interés superior de la niñez, enfoque de derechos, universalidad, justicia, perspectiva de género, equidad, interculturalidad, intersectorialidad, centrada en la persona, no discriminación, inclusión, territorialización

LE-1: ATENCIÓN PRENATAL Y EMBARAZO SALUDABLE

LE-2: ATENCIÓN Y CUIDADOS SEGUROS Y DIGNOS DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO

LE-3: ATENCIÓN Y CUIDADOS INTEGRALES A LA PERSONA RECIÉN NACIDA

LE-4: ATENCIÓN Y CUIDADOS INTEGRALES PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A 24 MESES

COMPONENTES ESTRATÉGICOS DE GESTIÓN

1. Fortalecimiento de la estructura de los servicios.
2. Desarrollo humano.
3. Monitoreo y evaluación.
4. Coordinación Intersectorial.
5. Comunicación y difusión con enfoque en cambio de comportamiento y perspectiva de género.
6. Presupuesto con sostenibilidad financiera.

SUPUESTOS: Todas las mujeres embarazadas, recién nacidas y niñas y niños menores de dos años acceden oportunamente a los servicios de salud, reciben visitas domiciliarias y se benefician de las intervenciones del Programa, en un entorno institucional fortalecido que garantiza: servicios accesibles, resolutivos y culturalmente pertinentes; materiales adecuados y en funciones, personal capacitado, sensible y con condiciones dignas de trabajo; mecanismos efectivos de coordinación intersectorial y participación comunitaria; estrategias de comunicación con enfoque de género y cambio de comportamiento; monitoreo y evaluación continua para la mejora de resultados; y sostenibilidad financiera para mantener la oferta pública y comunitaria de cuidados.

EMBARAZO

Semanas: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28 , 32, 36, 40

- Control prenatal integral/registro clínico.
- Consejería lactancia materna exclusiva.
- Ultrasonido para evaluar crecimiento fetal.
- Tamizaje y laboratorios prenatales.
- Vacunas en el embarazo.
- Evaluación y consejerla nutricional.
- Suplementación con micronutrimentos.
- Actividad física segura/pertinente.
- Detección/manejo embarazos alto riesgo.
- Identificación de signos de alarma.
- Evaluación/apoyo a salud mental materna.
- Promoción vínculo afectivo /estimulación sensorial del bebé.

PARTO-PUERPERIO

Nacimiento (Horas): 24, 48, 72

- Atención respetuosa y acompañamiento en parto.
- Fomentar parto fisiológico y evitar cesáreas innecesarias.
- Estandarización de acciones críticas durante el parto.
- Apego inmediato y contacto piel con piel
- Atención intrahospitalaria.
- Promoción de la cohabitación de la madre y la persona recién nacida y promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Consejería y consulta médica a la mujer durante el posparto.
- Anuncio oportuno de urgencias obstétricas y signos de alarma en el parto.
- Atención, detección y manejo de la depresión posparto.

PERSONA RECIÉN NACIDA

Semana: 1, 2, 3, 4

- Atención inmediata y contacto piel con piel.
- Vacunación al nacimiento.
- Tamiz neonatal (cardiológico, metabólico, auditivo y oftalmológico)
- Pinzamiento tadío del cordón umbilical.
- Valoración física y valoración inicial.
- Profilaxis oftálmica neonatal.
- Aplicación de vitamina K.
- Identificación de signos de alarma.
- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda.
- Entrega de Cartilla Nacional de Salud.
- Supervisión de cuidados básicos.
- Fomento de vínculos afectivos.
- Seguimiento de casos positivos de tamiz neonatal.

INFANCIA

Mes: 1-24

- Consultas con valoración integral, seguimiento nutricional y uso de la Cartilla Nacional de Salud.
- Vacunación según edad.
- Tamiz de cadera al mes de vida.
- Uso de micronutrimentos (6 m).
- Desparasitación (12 m).
- Uso de ATLC en casos de desnutrición aguda moderada/grave.
- Consejería en lactancia materna, alimentación complementaria y estilos de vida saludables.
- Prevención y atención de infecciones, cáncer infantil y exposición a tóxicos.
- Uso de Vida Suero Oral para diarrea y promoción de higiene personal y bucal.
- Evaluación del desarrollo con la prueba EDI y orientación en estimulación.
- Recomendaciones sobre sueño, pantallas y actividad física.
- Promoción del juego, espacios seguros y aprendizaje temprano.

Acceso y coberturas de servicios (consultas médicas, laboratorios, tamizajes, pruebas) adecuadas y garantizadas; actualización de documentos normativos, rutas de atención y cambio conductual.

- Alcanzar el 90% de cobertura de 5 o más consultas prenatales en mujeres embarazadas, atendidas en servicios de salud, al término del sexenio.
- Incrementar en al menos 20% la población de NN que reciben 8 o más consultas de la niña sana o el niño sano durante el primer año de vida al término del sexenio.
- Garantizar que el 95% o más de las personas gestantes reciban vacunación conforme a las recomendaciones vigentes, al fin del sexenio.
- Mantener una cobertura de vacunación del 95% o más en NN de menores de un año con esquema completo conforme a la Cartilla Nacional de Salud.
- Asegurar que al menos el 40% de NN <24 meses reciban una evaluación del desarrollo infantil, ya sea como parte de la consulta de la niña sana o el niño sano o en otra consulta, al término del sexenio.
- Lograr que al menos el 40% de las niñas y niños menores de 24 meses evaluados con la prueba EDI hayan recibido estimulación oportuna con acompañamiento atento y crianza positiva (libre de violencia) al termino del sexenio.
- Asegurar que al menos el 90% de las unidades de salud de primer nivel que brindan consulta de la niña sana y el niño sano cuenten con personal capacitado en la aplicación e interpretación de alguna evaluación del desarrollo infantil, al término del sexenio.
- Incrementar en al menos el 50% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en NN <6 meses, al final del sexenio.
- Incrementar en al menos el 65% la prevalencia de lactancia continuada hasta los 24 meses, al final del sexenio.
- Incrementar en al menos el 20% prevalencia de NN de 6 a 23 meses que cumplen con prácticas adecuadas de alimentación complementaria al término del sexenio.
- Reducir en al menos el 20% la prevalencia de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas, al término del sexenio.
- Asegurar que al menos el 95% de las personas recién nacidas en unidades de salud reciban tamiz metabólico y al menos el 65% reciban tamiz auditivo, al término del sexenio.

Disminuir a ≤ 30 la razón de mortalidad materna al término del sexenio | Disminuir la tasa de mortalidad infantil (<12 meses) a ≤ 12 al término del sexenio

Líneas Estratégicas

El Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida se organiza en torno a cuatro Líneas Estratégicas (LE), diseñadas para abordar de forma específica cada etapa crítica del ciclo de vida durante este periodo:

4 LÍNEAS ESTRATÉGICAS (LE)

DISEÑADAS PARA ABORDAR DE FORMA ESPECÍFICA CADA ETAPA CRÍTICA DEL CICLO DE VIDA DURANTE ESTE PERIODO

LÍNEA ESTRATÉGICA 1 (LE-1)

Atención prenatal y embarazo saludable.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2 (LE-2)

Atención y cuidados seguros y dignos durante el parto y el puerperio.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3 (LE-3)

Atención y cuidados integrales a la persona recién nacida.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4 (LE-4)

Atención y cuidados integrales para niñas y niños de 29 días a 24 meses.

Cada línea estratégica incluye un conjunto de acciones prioritarias e intervenciones clave que responden a los principales desafíos de salud, nutrición y desarrollo en cada etapa, así como a la evidencia científica.

Para asegurar su implementación efectiva, todas las líneas están atravesadas por seis componentes estratégicos de gestión, que funcionan como pilares comunes a lo largo del programa. Estos componentes transversales son fundamentales para garantizar la calidad, sostenibilidad y equidad de las acciones, y son los siguientes:

A continuación, se presenta el desglose detallado de cada Línea Estratégica y sus acciones prioritarias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1 (LE-1)

Atención prenatal y embarazo saludable.

Por qué es clave intervenir en esta etapa

El embarazo representa una etapa fundamental en la trayectoria de salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. El estado de nutrición y salud con el que la madre inicia y transcurre esta etapa, su alimentación, el acceso a suplementación, las condiciones del entorno en que vive, así como la exposición a situaciones de violencia, estrés, contaminantes ambientales o efectos del cambio climático, tienen un impacto directo tanto en su bienestar como en el desarrollo de las NN.

Cuando el embarazo se desarrolla en condiciones favorables, con una nutrición adecuada, suplementación oportuna, cuidados de salud apropiados y un entorno propicio, se favorece el desarrollo saludable de la persona recién nacida (124,125). Además, se previenen complicaciones y se promueven cambios positivos en el estilo de vida de la madre culturalmente pertinentes. Esta atención, además, debe responder al reconocimiento de que la salud y nutrición de las mujeres embarazadas y la lactancia son fines en sí mismos, y no únicamente medios para alcanzar mejores resultados en la infancia (127).

En México, las principales causas de morbilidad y mortalidad materna son condiciones mayoritariamente prevenibles, cuya persistencia refleja limitaciones en la atención oportuna y eficaz durante el embarazo. Además, es importante considerar que más de 21 millones de personas viven en el país con alguna discapacidad o limitación funcional, de las cuales más de la mitad son mujeres, y una de cada tres se encuentran en edad reproductiva (4). Este grupo requiere atención prenatal adaptada a sus necesidades específicas de comunicación y comprensión, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad.

A continuación se presentan las acciones prioritarias e intervenciones clave para la Atención Prenatal y Embarazo Saludable.

Acciones prioritarias

LE-1, AP-1. Garantizar el acceso oportuno y de calidad a controles prenatales y atención prenatal integral de calidad.

Promoción, prevención y atención materna sobre **salud, nutrición y salud mental** con consejería centrada en la persona para la comunicación del diagnóstico y el tratamiento, apoyadas en un expediente clínico electrónico interoperable que permita **consolidar datos en tiempo real y focalizar recursos.**

LE-1, AP-2. Fomentar la lactancia materna en la atención prenatal.

Durante el control prenatal se brinda sensibilización y preparación práctica sobre los **beneficios de amamantar, el contacto piel a piel,** para favorecer el apego inmediato y la lactancia al nacer, así como sobre los riesgos del uso innecesario de fórmula comercial infantil.

LE-1, AP-3. Fortalecer la estrategia de suplementación preventiva universal con micronutrimentos

Distribución de tabletas con **micronutrimentos múltiples** y el refuerzo de sus beneficios en el binomio madre-hijo/a, **consejería nutricional centrada en la persona individualizada**, promoción de **alimentos fortificados** y sus beneficios, con énfasis en contextos de vulnerabilidad alimentaria como mejor práctica.

[1] Parto asistido, hipertensión (preeclampsia y eclampsia), diabetes gestacional, problemas metabólicos, necesidad de parto por cesárea.

LE-1, AP-4. Detectar oportunamente condiciones médicas y nutricionales de riesgo durante el embarazo que puedan comprometer el bienestar de la madre o del binomio.

Cumplimiento de **tamizajes y estudios prenatales** obligatorios (diabetes gestacional, sífilis, VIH, TORCH, infecciones urinarias, malnutrición materna y estudios clínicos para identificar embarazos de alto riesgo.

LE-1, AP-5. Garantizar la vacunación durante el embarazo conforme al Programa de Vacunación Universal y las recomendaciones vigentes.

Aplicación de vacunas recomendadas durante el embarazo (Tdap, influenza estacional, COVID-19 y VSR), según el **trimestre de gestación y condiciones individuales de salud.**

LE-1, AP-6. Promover recomendaciones de nutrición y actividad física durante el embarazo, mediante estrategias adaptadas a las diferentes regiones y poblaciones.

Consejería nutricional centrada en la persona individualizada, evaluación de la ganancia de peso gestacional, promoción de la alimentación saludable y actividad física segura adaptada a condiciones de salud específicas.

LE-1, AP-7. Prevenir riesgos ambientales durante el embarazo.

Promoción de medidas preventivas frente a **riesgos ambientales y efectos del cambio climático:** golpes de calor y exposición a contaminantes, con enfoque territorial y de justicia ambiental.

LE-1, AP-8. Asegurar que los servicios prenatales sean accesibles y adaptados para mujeres embarazadas con discapacidad.

Adaptación de los servicios mediante ajustes razonables, accesibilidad física y comunicacional, y acompañamiento diferenciado que garantice su **participación activa y autónoma** durante el embarazo, parto y puerperio.

LE-1, AP-9. Fortalecer la detección temprana de condiciones asociadas a discapacidad congénita o del desarrollo durante el embarazo.

Evaluación del **crecimiento fetal y detección de anomalías** mediante tamizajes y tecnologías disponibles, acompañadas de consejería genética y psicosocial con enfoque de derechos, ética y libre de coerción.

LE-1, AP-10. Añadir el abordaje integral de la salud mental durante el embarazo.

Promover la detección temprana de trastornos emocionales, depresión perinatal u otras alteraciones en la salud mental de las mujeres embarazadas, con provisión de apoyo psicosocial, acceso a servicios especializados y reconocimiento del bienestar emocional como parte esencial de la **salud del binomio madre-hijo(a).**

LE-1, AP-11. Fortalecer la detección y atención de situaciones de violencia de género durante el embarazo.

Establecer mecanismos para la identificación oportuna de **todas las formas de violencia,** así como su abordaje integral, mediante rutas seguras de atención, protección y acompañamiento psicosocial, desde los servicios de salud.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2 (LE-2)

Atención y cuidados seguros y dignos durante el parto y el puerperio.

Por qué es clave intervenir en esta etapa

El parto y el puerperio son etapas que marcan el inicio de la vida extrauterina, y representan un momento determinante para la salud y el bienestar de las mujeres y las personas recién nacidas.

Asegurar una atención obstétrica y neonatal basada en evidencia, centrada en la persona y brindada con respeto, dignidad y sensibilidad cultural, contribuye a prevenir complicaciones, reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y establecer las bases para un desarrollo saludable desde el nacimiento.

Este enfoque reconoce a las mujeres como protagonistas de su proceso de parto, y se compromete con la protección de su autonomía y toma de decisiones informadas. Implica rechazar prácticas como el trato irrespetuoso, la medicalización innecesaria y la falta de consentimiento informado que pueden generar secuelas físicas y emocionales. A su vez, reconoce y busca revertir las desigualdades que inciden en el acceso y la calidad de la atención durante el parto y el posparto, siendo una de las manifestaciones más graves de la violencia obstétrica (128).

Un parto seguro y la atención materna respetuosa son cruciales para minimizar riesgos y asegurar un inicio de vida saludable. Para lograrlo, es fundamental asegurar la atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales, fomentar el contacto piel con piel inmediato, el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto, así como ampliar los programas que promuevan estas prácticas.

El seguimiento clínico y psicosocial durante el puerperio permite consolidar los cuidados maternos y asegurar una transición saludable hacia la maternidad y la infancia temprana, permitiendo el monitoreo del estado de salud de la persona recién nacida y la detección oportuna de depresión posparto, la ansiedad y el estrés parental u otras condiciones que pueden afectar tanto el bienestar de la madre como el desarrollo infantil.

A continuación se presentan las acciones prioritarias e intervenciones clave para promover un parto y puerperio seguros.

Acciones prioritarias

LE-2, AP-1. Reducir las cesáreas innecesarias.

Implementación de prácticas basadas en evidencia, asegurando que las cesáreas se realicen únicamente cuando existan **indicaciones médicas justificadas.**

LE-2, AP-2. Contribuir a la erradicación de la violencia obstétrica.

Promover un **parto respetuoso, libre de tratos crueles, desiguales o negligentes,** con adecuaciones razonables para mujeres con discapacidad y enfoque intercultural e inclusivo en la atención, mediante protocolos de atención materna respetuosa, formación del personal de salud y mecanismos de denuncia y seguimiento efectivos.

LE-2, AP-3. Impulsar la lactancia materna temprana y asegurar el alojamiento conjunto en partos de bajo riesgo.

Inicio **temprano de la lactancia** en la primera hora posterior al nacimiento, independientemente del tipo de nacimiento (vaginal o cesárea), fomento del contacto piel a piel, alojamiento conjunto y acompañamiento del personal de salud durante la estancia y el egreso.

LE-2, AP-4. Asegurar la estancia intrahospitalaria adecuada.

El binomio debe permanecer al menos 24 horas tras el parto, incluso sin complicaciones, para prevenir riesgos, iniciar la lactancia y detectar problemas de salud a tiempo. Incluir adecuaciones para una atención respetuosa y pertinente a **mujeres con discapacidad y adolescentes.**

LE-2, AP-5. Fortalecer la detección y atención de complicaciones maternas.

Reconocimiento de **signos de alarma y atención de urgencias obstétricas y neonatales** durante el puerperio, así como atención materna respetuosa y apoyo emocional en casos de pérdida gestacional o perinatal, con adecuaciones razonables para mujeres con alguna discapacidad.

LE-2, AP-6. Detectar y atender oportunamente la salud mental perinatal.

Implementación de acciones de **promoción del bienestar emocional,** prevención de alteraciones, detección temprana, atención oportuna y apoyo psicológico en salud mental perinatal, incluidos casos como la depresión posparto, con especial atención a mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual.

LE-2, AP-7. Asegurar el acompañamiento y seguimiento del binomio durante el puerperio inmediato y mediato.

Cumplimiento de número de consultas y orientación que valoren de forma integral **la salud de la madre y de la persona recién nacida,** garantizando una transición saludable hacia esta nueva etapa, la lactancia materna exitosa y el acceso a anticoncepción post evento obstétrico (APEO).

LÍNEA ESTRATÉGICA 3 (LE-3)

Atención y cuidados integrales a la persona recién nacida.

Por qué es clave intervenir en esta etapa

La atención inmediata y continua de la persona recién nacida es fundamental. Desde el nacimiento deben realizarse acciones clave como la identificación, valoración clínica, ligadura del cordón umbilical, aplicación de vitamina K y profilaxis oftálmica, así como el monitoreo del estado general de salud, además de instruir al entorno familiar para que identifique de manera oportuna signos de alarma en la persona recién nacida.

También se debe favorecer el contacto piel a piel, el alojamiento conjunto y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, que promueven el apego seguro, la estabilidad térmica y la protección inmunológica. Las primeras vacunas a las que la niña o niño tendrá acceso se aplican en este momento de vida y es el periodo especialmente propicio para detectar discapacidades de forma temprana que podrían ser más difíciles de tratar y rehabilitar en etapas posteriores, por ello la relevancia de realizar los tamices neonatales, que posibilita la identificación temprana de alteraciones visuales, auditivas, intelectuales o de otro tipo, lo que permite establecer un plan de atención oportuna y adecuada, favoreciendo la inclusión, y el desarrollo integral desde el inicio de la vida, disminuyendo el impacto en los sistemas de salud.

A continuación se presentan las acciones prioritarias para la atención a la persona recién nacida.

Acciones prioritarias

LE-3, AP-1. Garantizar la atención inmediata e integral de la persona recién nacida.

Incluye pinzamiento tardío del cordón umbilical (entre los 30 y 60 segundos posteriores al nacimiento), valoración clínica inicial completa, reanimación si se requiere, detección de señales de discapacidad, **intervenciones preventivas esenciales** (profilaxis oftálmica y vitamina K), y vigilancia clínica continua y monitoreo de signos vitales.

LE-3, AP-2. Prevenir la violencia neonatal.

Reconocimiento de la persona recién nacida como sujeto de derechos, garantizando una atención libre de tratos negligentes, intervenciones innecesarias o discriminación, con **prácticas clínicas respetuosas** desde el momento del nacimiento.

LE-3, AP-3. Asegurar el inicio y sostenimiento de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda.

Incluye **alojamiento conjunto y el acompañamiento activo del personal de salud** durante la estancia y al egreso, para favorecer una lactancia materna exitosa desde los primeros días de vida.

LE-3, AP-4. Garantizar la detección oportuna de anomalías congénitas y condiciones asociadas a discapacidad en todas las personas recién nacidas.

Aplicación universal de **tamices neonatales** (cardiológico, metabólico, auditivo y oftalmológico), conforme a la normatividad vigente, asegurando su referencia, atención y seguimiento diagnóstico y terapéutico oportunos, así como la orientación inicial a madres, padres o cuidadores sobre el acompañamiento requerido.

LE-3, AP-5. Garantizar la vacunación de la persona recién nacida de acuerdo con el esquema nacional vigente.

Aplicación de vacuna **BCG (contra tuberculosis) y Hepatitis B,** preferentemente antes de las primeras 24 horas de vida, como parte del esquema básico de inmunización al nacimiento.

LE-3, AP-6. Identificar y dar seguimiento a la persona recién nacida con factores de riesgo.

Incluyen prematuridad, anomalías congénitas, hipoxia y otras condiciones clínicas que puedan asociarse a discapacidad. Antes de su egreso hospitalario se deberá programar consulta de seguimiento en el primer nivel de atención, incluyendo orientación a las personas cuidadoras **sobre los signos de alerta y las necesidades específicas de atención.**

LE-3, AP-7. Garantizar la entrega de la Cartilla Nacional de Salud y emitir el Certificado de Nacimiento antes del egreso hospitalario.

Asegurando que madres, padres o cuidadores reciban la información necesaria y los beneficios que se obtienen para el **seguimiento del estado de salud y los cuidados** de la persona recién nacida.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4 (LE-4)

Atención y cuidados integrales para niñas y niños de 29 días a 24 meses.

Por qué es clave intervenir en esta etapa

Durante los primeros dos años de vida, las NN experimentan una intensa etapa de crecimiento y maduración neurológica. Esta etapa requiere un enfoque integral en salud, nutrición, educación, crianza y protección para consolidar las bases del bienestar físico, cognitivo y socioemocional a lo largo de la vida.

Las intervenciones durante este período deben estar orientadas a la vigilancia sistemática del crecimiento y el neurodesarrollo, la prevención y atención oportuna de enfermedades prevalentes y prevenibles por vacunación, así como al abordaje oportuno de la malnutrición, la promoción de prácticas óptimas de alimentación como la lactancia materna, la alimentación complementaria adecuada y la suplementación con micronutrimentos, así como el fortalecimiento de las capacidades de las familias para ofrecer entornos seguros, estimulantes y afectivos.

Los beneficios de intervenir durante esta etapa son múltiples, destacando la reducción del riesgo de enfermedades crónicas en la vida adulta, un mejor desempeño cognitivo y lingüístico, disminución del riesgo de maltrato y violencia, y un impacto positivo en la productividad y la equidad social. Considerando que la Línea Estratégica 4 (LE-4) abarca un rango amplio de edad (de los 29 días a los 24 meses) y que algunas intervenciones deben aplicarse de forma diferenciada según la edad, se presenta dicha diferenciación cuando es necesaria.

A continuación se presentan las acciones prioritarias.

Acciones prioritarias
Atención a la salud

LE-4, AP-1. Fortalecer el uso de la Cartilla Nacional de Salud.

La **Cartilla Nacional de Salud** es una herramienta clave para la vigilancia del **crecimiento, desarrollo, vacunación y consultas sistemáticas** de la niña sana y el niño sano, asegurando su entrega y comprensión por parte de madres, padres y personas cuidadoras, facilitando la comprensión de sus beneficios como guía práctica para el cuidado cotidiano.

LE-4, AP-2. Garantizar esquemas completos de vacunación de acuerdo con la edad, conforme al Esquema Nacional de Vacunación.

Aplicación de las vacunas correspondientes conforme a su edad y al Esquema Nacional de Vacunación vigente como parte del derecho a la salud y prioridad de salud pública, asegurando abasto, cobertura y **seguimiento en todos los contextos territoriales.**

LE-4, AP-3. Asegurar la atención integral, oportuna y continua de enfermedades prevalentes.

Fortalecimiento de la **prevención, detección y respuesta** ante enfermedades infecciosas prevalentes en la infancia, incluyendo el uso de **Vida Suero Oral** para el manejo de la enfermedad diarreica aguda.

LE-4, AP-4. Detectar oportunamente signos de cáncer infantil y garantizar su referencia.

Promover la identificación temprana de signos de **sospecha de cáncer en la infancia** y asegurar la referencia inmediata al segundo nivel de atención para diagnóstico y tratamiento oportunos.

LE-4, AP-5. Implementar tamiz de cadera con cobertura universal.

Aplicación universal de **tamiz de cadera,** conforme a la normatividad vigente.

LE-4, AP-6. Identificar y reducir los riesgos ambientales que afectan la salud infantil.

Prevención de la exposición a **contaminantes y condiciones ambientales adversas,** con sensibilización y orientación a las familias, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad ante el cambio climático.

LE-4, AP-7. Promover conductas del movimiento saludables.

Promoción de la **actividad física, el juego activo, el sueño adecuado y la reducción del uso de pantallas,** con base en las Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles, para prevenir el sedentarismo.

Nutrición adecuada

LE-4, AP-8. Promover, proteger y apoyar la lactancia materna.

Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y complementaria hasta los dos años o más como una estrategia central para **la nutrición y el desarrollo infantil.**

LE-4, AP-9. Favorecer la alimentación complementaria adecuada y oportuna.

Fomento de prácticas de alimentación complementaria desde los 6 meses, mediante estrategias adaptadas al **contexto cultural, edad y estado nutricional de NN.**

LE-4, AP-10. Promover la suplementación preventiva universal con micronutrimentos múltiples en niñas y niños de 6 a 24 meses.

Promoción y entrega sistemática de micronutrimentos múltiples para prevenir deficiencias nutricionales y **apoyar el crecimiento y desarrollo infantil,** priorizando su cobertura universal, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad alimentaria.

LE-4, AP-11. Incrementar la valoración y diagnóstico nutricional de forma sistemática en el primer nivel de atención.

Vigilancia y monitoreo del **estado nutricional de NN** asegurando el tratamiento y seguimiento oportuno en el primer nivel para atender los riesgos nutricionales identificados, así como la suplementación con alimentos terapéuticos listos para consumo (ATLC) en casos de desnutrición aguda infantil moderada o grave.

Desarrollo infantil y estimulación temprana

LE-4, AP-12. Evaluar de manera obligatoria el desarrollo infantil desde el primer mes de vida y hasta los dos años.

Evaluación oportuna del desarrollo infantil utilizando la **Prueba EDI** en el primer nivel de atención con el fin de detectar oportunamente rezagos en el neurodesarrollo, posibles discapacidades y trastornos del desarrollo, así como brindar las intervenciones necesarias.

LE-4, AP-13. Favorecer la estimulación temprana.

A través de actividades y rutinas personalizadas, interactivas, **centradas en las necesidades de NN** y adaptadas a su edad y contexto, asegurando espacios seguros y adecuados para la estimulación y el juego, tanto en el hogar como en lo público.

Crianza positiva

LE-4, AP-14. Promover prácticas de crianza positiva desde el hogar.

Fomento de prácticas de cuidado y vínculos basados en el respeto mutuo, la comunicación afectiva y el establecimiento de límites respetuosos, claros y no violentos, fortaleciendo el **desarrollo emocional y social de NN.**

LE-4, AP-15. Fortalecer el vínculo afectivo y la participación activa de personas cuidadoras.

Impulso de la **corresponsabilidad familiar y el involucramiento cotidiano** de todas las personas cuidadoras en actividades de juego, interacción y cuidado, en espacios seguros y estimulantes.

Seguridad y protección de NN

LE-4, AP-16. Garantizar el registro oportuno de nacimiento como derecho constitucional.

Obligación del Estado de asegurar este derecho, garantizando la gratuidad del trámite y la expedición de la primera copia certificada del acta de nacimiento, lo cual permitirá el acceso de NN a **servicios de salud, educación y programas sociales, y los protegerá** contra la trata y otras formas de explotación.

LE-4, AP-17. Detección y atención de todas las formas de violencia contra NN.

Identificación e intervención temprana frente al **maltrato, negligencia o abuso sexual infantil** que pongan en riesgo la salud y la vida de NN. Incluye la canalización a través de rutas de atención de acuerdo a las normas y protocolos establecidos.

LE-4, AP-18. Prevención de accidentes en la primera infancia.

Promoción de **prácticas seguras en el hogar y otros entornos cotidianos** para reducir riesgos de caídas, quemaduras, intoxicaciones y otros accidentes frecuentes en NN.

Consejería

LE-4, AP-19. Brindar consejería a madres, padres y personas cuidadoras.

Fortalecimiento de sus competencias para el fomento del cuidado en familia y de manera individual que incida en el desarrollo integral de niñas y niños. Incluye recomendaciones sobre: 1) atención a la salud, 2) nutrición adecuada, 3) desarrollo infantil y estimulación temprana, 4) crianza positiva, y 5) seguridad y protección de NN.

Componentes estratégicos de gestión

Por qué son clave

Para que las acciones del **Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida** se traduzcan en resultados sostenibles, es indispensable contar con una base sólida de gestión. Estos componentes no son elementos complementarios, sino el andamiaje que permite que las intervenciones lleguen con calidad, continuidad y oportunidad.

De esta manera, el Programa traza una ruta integral que **inicia en lo estructural y operativo,** se fortalece en lo **humano y técnico,** se guía con evidencia estratégica y culmina asegurando **sostenibilidad e impacto público.**

Fortalecimiento de la Estructura de los Servicios
Acciones prioritarias

CG-1, AP-1. Revisar, actualizar y alinear los documentos normativos.

Con base en estándares nacionales e internacionales, vincular responsabilidades interinstitucionales para fortalecer la **calidad y efectividad** de los servicios en los primeros 1000 días de vida.

CG-1, AP-2. Asegurar el registro clínico completo y actualizado para garantizar continuidad, calidad y seguridad en la atención.

Esto facilitará el **análisis de datos y la toma de decisiones** informadas.

CG-1, AP-3. Adecuar y equipar los servicios de salud en todos los niveles.

Con insumos, **infraestructura básica y tecnología apropiada** para brindar servicios efectivos, seguros y centrados en la persona.

CG-1, AP-4. Asegurar rutas de atención integradas, oportunas y resolutivas.

Reorganizar los servicios de salud y cualquier otra institución a la que acuda la población **materno–infantil y sus familias.**

CG-1, AP-5. Incorporar el enfoque de género, trato digno y cambio social y de comportamiento.

Como parte del proceso de mejora continua, en todos los niveles de atención (comunitario, hospitalario, unidades de salud y cualquier otra institución) a los que acuda la población **materno–infantil y sus familias.**

CG-1, AP-6. Apoyar a las parteras certificadas con los insumos necesarios para su rol comunitario.

Garantizando **condiciones dignas y su integración efectiva** en redes de atención.

CG-1, AP-7. Fortalecer la supervisión periódica en todos los niveles de atención.

A los que acude la población **materno–infantil y sus familias,** orientada a la mejora continua.

CG-1, AP-8. Fortalecer la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña.

Impulsar el cumplimiento de los 7 pasos para el **primer nivel de atención** y los 10 pasos en hospitales, promoviendo condiciones institucionales que favorezcan la lactancia materna desde el nacimiento.

Desarrollo Humano
Acciones prioritarias

CG-2, AP-1. Capacitación y certificación de parteras.

Atención del **parto, identificación de signos y síntomas de alarma** y referencias a unidad de mayor resolución en caso de complicaciones.

CG-2, AP-2. Diseñar e implementar programas de capacitación continua para el personal de salud.

Incluyendo los **programas de formación inicial y continua de profesionales de medicina, enfermería, nutrición,** desarrollo infantil, psicología, protección social, educación y otras disciplinas clave, con enfoque intercultural, de derechos, equidad de género y cambio social y de comportamiento.

CG-2, AP-3. Diseñar e implementar rutas de capacitación continua, diferenciadas e innovadoras para personal de salud.

Adaptadas a sus **funciones y contextos,** que integren contenidos sobre la atención integral en los primeros 1000 días, con los enfoques señalados.

CG-2, AP-4. Fortalecer las capacidades de líderes comunitarios y redes de apoyo locales.

Fomentando la **participación activa en la organización,** acompañamiento y orientación de la atención materno–infantil, como parte del primer nivel de atención, con los enfoques señalados.

CG-2, AP-5. Fortalecer las capacidades comunitarias mediante la consolidación de espacios de educación, diálogo y participación sobre los cuidados.

Promoviendo círculos de aprendizaje, asambleas, comités locales de salud y procesos de **evaluación con familias y redes de apoyo locales,** con los enfoques señalados.

CG-2, AP-6. Establecer mecanismos de acompañamiento y supervisión formativa.

Promoviendo **círculos de aprendizaje, asambleas, comités** locales de salud y procesos de evaluación con familias y redes de apoyo locales, con los enfoques señalados.

Monitoreo y Evaluación
Acciones prioritarias

CG-3, AP-1. Realizar un diagnóstico situacional integral.

Sobre infraestructura, recursos humanos e insumos en los distintos niveles de atención, incluyendo estrategias extramuros (brigadas, jornadas y visitas domiciliarias), con el fin de **identificar brechas que obstaculizan** el acceso oportuno y de calidad a los servicios durante los primeros 1000 días de vida.

CG-3, AP-2. Evaluar el impacto de las acciones a través de los indicadores del Programa.

Alineados con los objetivos y líneas estratégicas del Programa, que permitan monitorear avances y **orientar la toma de decisiones.**

CG-3, AP-3. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia epidemiológica a nivel nacional, estatal y municipal.

Garantizando la disponibilidad, calidad y uso de los datos como base para la **planificación, el seguimiento y la toma de decisiones,** en concordancia con las prioridades del Programa.

CG-3, AP-4. Fortalecer el uso sistemático de registros clínicos completos y actualizados.

Mejorando la trazabilidad, el análisis y la calidad de los datos utilizados en la evaluación de los servicios dirigidos a la población materno-infantil a través de **registros clínicos digitales** (cuando sea posible) y compatibles entre niveles de atención.

CG-3, AP-5. Establecer evaluaciones periódicas.

Considerando tanto evaluaciones internas (realizadas por equipos técnicos del sistema de salud) como externas (por actores independientes, académicos o de la sociedad civil) e incorporando mecanismos de rendición de cuentas y de retroalimentación participativa comunitaria para mejorar la **calidad, pertinencia y efectividad de las intervenciones.**

CG-3, AP-6. Publicar informes y difundir información clave de manera accesible, clara y comprensible.

Asegurar que los datos estén disponibles en formatos **comprensibles, útiles y transparentes** para la toma de decisiones, desde el nivel comunitario hasta el nacional.

Coordinación Intersectorial

Acciones prioritaria comunes para todos los sectores involuctrados

CG-4, AP-1. Establecer mecanismos claros de coordinación y colaboración entre diferentes sectores.

Acordando responsabilidades de las diferentes **instituciones del sector salud y otros sectores** involucrados dentro del Programa.

CG-4, AP-2. Establecer espacios interinstitucionales, liderados por el poder ejecutivo.

Articulando acciones, dando seguimiento operativo y facilitando la implementación territorial del Programa, con la participación de:

- **Secretaría de Gobernación** (SEGOB)
- **Secretaría de Hacienda y Crédito Público** (SHCP)
- **Secretaría de las Mujeres** (SEMUJERES)
- **Secretaría del Bienestar** (SEBIEN)
- **Secretaría del Trabajo y Previsión Social** (STPS)
- **Secretaría de Economía** (SE)
- **Secretaría de Educación Pública** (SEP)
- **Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales** (SEMARNAT)
- **Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación** (SECIHTI)

CG-4, AP-3. Definir de manera explícita y formal las responsabilidades de cada dependencia dentro del Programa.

Incluyendo obligaciones normativas, operativas, presupuestarias, de **evaluación y seguimiento.**

CG-4, AP-4. Impulsar la firma de un Acuerdo Nacional para los Primeros 1000 Días de Vida.

Formando parte de la Comisión Nacional de Salud y Bienestar (CONASABI) u otra instancia de alto nivel, que incluya compromisos para la creación y consolidación de una oferta pública y comunitaria de cuidados adecuada y suficiente, así como servicios de **apoyo a familias cuidadoras.**

CG-4, AP-5. Garantizar la inclusión de representantes comunitarios, pueblos originarios, organizaciones de la sociedad civil y academia.

Participando en los comités intersectoriales a nivel **nacional, estatal y regional.**

CG-4, AP-6. Diseñar e implementar progresivamente una red pública de servicios de cuidado para niñas y niños menores de dos años y sus familias.

Incluyendo **espacios comunitarios,** centros de día, visitas domiciliarias, acompañamiento y orientación familiar, con estándares de calidad, cobertura suficiente y pertinencia cultural.

Acciones prioritarias para áreas de corresponsabilidad social

A continuación, se sintetizan las acciones esperadas por cada Secretaría, en el marco de la implementación del Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida. En este sentido, se espera que la Secretaría de Salud (SSA) sea quien lidere la ejecución del Programa y funge como ente coordinador, articulando responsabilidades diferenciadas y complementarias entre las dependencias federales i

- **Secretaría de Salud (SSA).**
  Coordinación general del Programa, definición técnica de las intervenciones, fortalecimiento de servicios y capacidades del personal de salud.
- **Secretaría de Gobernación (SEGOB).**
  Alineación normativa interinstitucional, articulación intersectorial y territorial, y garantía de derechos a nivel federal, estatal y municipal.
- **Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (SHCP).**
  Asignación y sostenibilidad presupuestaria, planeación financiera multianual y alineación de fondos federales para uso articulado.
- **Secretaría de las Mujeres (SEMUJERES).**
  Transversalización del enfoque de género, prevención de violencias y promoción de la corresponsabilidad en los cuidados.
- **Secretaría del Bienestar (SEBIEN).**
  Articulación de programas sociales y transferencias condicionadas con servicios comunitarios en salud, nutrición y desarrollo infantil temprano.
- **Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).**
  Reformas laborales, protección a personas cuidadoras, licencias parentales y esquemas de conciliación trabajo-cuidado.
- **Secretaría de Economía (SE).**
  Regulación del mercado en favor de la lactancia materna e incentivos para emprendimientos de alimentación saludable en la primera infancia.
- **Secretaría de Educación Pública (SEP).**
  Integración de contenidos clave en formación profesional, educación inicial y fortalecimiento de servicios de educación inicial tanto escolarizados como no escolarizados.
- **Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT).**
  Normatividad y vigilancia ambiental en territorios de riesgo, e integración del enfoque de cambio climático en políticas públicas.
- **Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI).**
  Evaluaciones participativas, producción de evidencia científica y articulación con redes académicas y de investigación.

Estas acciones deben ejecutarse de manera articulada mediante **comités intersectoriales** a nivel nacional, estatal y regional, con la participación activa de comunidades, pueblos originarios, sociedad civil organizada y academia.

COMITÉS INTERSECTORIALES A NIVEL NACIONAL, ESTATAL Y REGIONAL

Inclusión de representantes comunitarios, pueblos originarios, organizaciones de la sociedad civil y academia

Figura 6. Participación Institucional e Intersectorial en la Implementación del Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida

Comunicación y difusión con enfoque en cambio de comportamiento y perspectiva de género
Acciones prioritarias

CG-5, AP-1. Diseñar estrategias de comunicación con enfoque en cambio de comportamiento.

Identificando barreras, facilitadores y motivadores con la participación activa de actores clave: **madres, padres, personas cuidadoras, líderes comunitarios, personal operativo** y de toma de decisiones, en torno a los temas prioritarios del Programa.

CG-5, AP-2. Impulsar el uso continuo y significativo de la Cartilla Nacional de Salud.

Funcionando como herramienta práctica para dar seguimiento a las prácticas promovidas por el Programa durante **los primeros 1000 días de vida.**

CG-5, AP-3. Desarrollar materiales educativos multiformato adaptados a contextos diversos.

Abordando los **temas clave del Programa** como cuidados y salud materna, lactancia materna, alimentación infantil, suplementación, vacunación, estimulación oportuna, desarrollo infantil, crianza positiva, prevención de enfermedades y accidentes.

CG-5, AP-4. Difundir contenidos clave sobre salud, desarrollo, crianza positiva y derechos laborales de cuidado.

A través de **medios comunitarios, espacios públicos, centros de trabajo y plataformas digitales,** en formatos accesibles y en lenguas originarias.

CG-5, AP-5. Establecer redes comunitarias de apoyo para madres lactantes y personas cuidadoras.

A través de grupos de lactancia, círculos de crianza y talleres participativos que fomenten la **corresponsabilidad familiar y comunitaria.**

CG-5, AP-6. Fortalecer la comunicación interpersonal entre personal de salud y familias.

Mediante el desarrollo de habilidades para una **atención clara, empática y culturalmente pertinente.**

CG-5, AP-7. Implementar campañas educativas.

Previniendo la **desinformación, apoyada en la escucha social** y orientando oportunamente ante creencias erróneas o prácticas nocivas en salud materno-infantil.

CG-5, AP-8. Evaluar periódicamente el alcance e impacto de las estrategias de comunicación.

Mediante indicadores de **conocimiento, actitudes, creencias y prácticas,** integrando los hallazgos al ciclo de mejora del Programa.

Presupuesto con sostenibilidad financiera
Acciones prioritarias

CG-6, AP-1. Garantizar inversión pública suficiente, progresiva y multianual.

Incorporando **líneas presupuestarias específicas** en los instrumentos de planeación financiera nacional, estatal y municipal.

CG-6, AP-2. Establecer criterios de asignación presupuestaria con enfoque de equidad territorial.

Priorizando regiones con **mayores rezagos** en salud, nutrición, desarrollo infantil y protección social.

CG-6, AP-3. Promover la inclusión del Programa en los presupuestos estatales y municipales.

Vinculando su financiamiento con los planes de desarrollo locales y los sistemas de salud y protección social.

CG-6, AP-4. Crear mecanismos de financiamiento mixto (público, privado, comunitario e internacional) libres de conflicto de interés.

Fortaleciendo la **innovación comunitaria,** las buenas prácticas locales y las intervenciones basadas en evidencia.

CG-6, AP-5. Fortalecer la articulación del Programa con políticas públicas y programas sociales ya existentes.

Optimizando el uso de recursos y **evitando duplicidades.**

CG-6, AP-6. Establecer alianzas estratégicas con el sector privado, organismos internacionales, fundaciones y organizaciones de la sociedad civil libres de conflicto de interés.

Para el financiamiento complementario y el escalamiento de **intervenciones efectivas.**

CG-6, AP-7. Desarrollar e implementar mecanismos de seguimiento financiero, rendición de cuentas y auditoría social.

Garantizando el uso **transparente, eficiente y equitativo** de los recursos asignados.

Monitoreo y Evaluación

En esta sección se presentan los indicadores sugeridos de impacto, resultados y gestión para el monitoreo y evaluación del Programa Nacional de Cuidados en los **Primeros 1000 Días de Vida.**

Los indicadores se organizan por objetivo estratégico, e incluyen tanto el indicador correspondiente a cada meta del programa, como una selección de indicadores clave de impacto y resultado complementarios, alineados y vinculados con dichas metas.

Objetivo estratégico 1. Fortalecer la calidad de la atención de la salud materna, neonatal e infantil.

Meta 1.1 ▸ Disminuir a menos de 30 la razón de mortalidad materna al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
							ODS 2030	PND 2024-2030
1.1	Razón de mortalidad materna	Mide las defunciones maternas por cada 100,000 nacimientos (estimados), indicando el riesgo de morir por causas del embarazo, parto o puerperio y el desempeño del sistema de atención materna (acceso y calidad, incluida la atención prenatal).	(Número de muertes maternas / Número de nacimientos estimados) × 100,000	Anual	DGE INEGI	Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna.	3.1	Estrategia 2.7.3, 2.7.4, 2.7.8
1.1.1	Porcentaje de cesáreas	Mide el porcentaje de nacimientos por cesárea respecto del total de nacimientos en un periodo determinado. Se utiliza para evaluar prácticas obstétricas, identificar intervenciones quirúrgicas innecesarias o insuficientes y valorar la calidad del cuidado durante el parto.	(Número de nacimientos por cesárea/ Total de nacimientos) × 100	Anual	DGIS INEGI Instituciones del Sector Salud	SINAC ENADID	3.1 3.7	Estrategia 2.7.3, 2.7.4, 2.7.8

Meta 1.2 ▸ Disminuir a ≤ 12 la tasa de mortalidad infantil (<12 meses), al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
1.2	Tasa de mortalidad infantil (menores de 12 meses)	Mide el número de defunciones de menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos en un periodo determinado. Refleja el estado general de salud infantil, así como la eficacia del sistema de salud en prevenir muertes evitables mediante controles prenatales, atención al parto, vacunación, nutrición, y atención médica oportuna.	(Número de muertes en menores de 12 meses / Número de nacidos vivos) × 1,000	Anual	DGIS INEGI	EDR SEED SINAC	ODS 2030: 3.1 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8
1.2.1	Tasa de mortalidad neonatal	Mide el número de defunciones en personas recién nacidas por cada 1,000 nacidos vivos. Evalúa el impacto de las políticas de salud materna y perinatal en la supervivencia neonatal.	(Muertes de personas recién nacidas de 0 a 28 días / Total de nacidos vivos) × 1,000	Anual	DGIS INEGI	EDR SEED SINAC	ODS 2030: 3.1 3.7 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

Objetivo estratégico 2. Asegurar un control prenatal adecuado que permita el bienestar durante el embarazo, la preparación para el parto seguro, el puerperio y la lactancia materna.

Meta 2.1 ▸ Alcanzar el 92% de cobertura de cinco o más consultas prenatales en mujeres embarazadas atendidas en servicios de salud al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
2.1	Porcentaje de mujeres embarazadas con cinco o más consultas prenatales	Mide el porcentaje de mujeres con hijas/os menores de dos años que durante su embarazo recibieron cinco o más consultas prenatales, conforme a la recomendación mínima establecida en la NOM-007-SSA2-2016.	(Número de mujeres con hijas/os menores de dos años que recibieron cinco o más consultas prenatales durante su embarazo / Total de mujeres con hijas/os menores de dos años con embarazo concluido) × 100	Anual	INSP	ENSANUT	ODS 2030: 3.1 3.7 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.3, 2.7.4, 2.7.8
2.1.1	Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia	Mide el porcentaje de mujeres embarazadas que presentan anemia, respecto al total de mujeres embarazadas encuestadas con medición válida.	(Número de mujeres embarazadas con anemia / Número total de mujeres embarazadas) × 100	Multianual (consolidado ENSANUT Continua, de acuerdo con el diseño muestral).	INSP	ENSANUT	ODS 2030: 2.2 3.1 3.4 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.4 2.7.11

Objetivo estratégico 3. Promover prácticas sostenibles y óptimas de lactancia materna, alimentación complementaria y suplementación infantil para prevenir todas las formas de malnutrición desde la primera infancia.

Meta 3.1 ▸ Incrementar a al menos 50% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en NN <6 meses al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
3.1	Porcentaje de NN menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva	Mide el porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses que, el día anterior a la entrevista, fueron alimentados exclusivamente con leche materna, sin recibir fórmulas, otros líquidos o alimentos (excepto medicamentos o suplementos).	(Número de NN de 0 a 5 meses que el día anterior a la entrevista recibieron únicamente leche materna / Total de NN de 0 a 5 meses entrevistados) × 100	Multianual[+]	INSP	ENSANUT[&]	ODS 2030: 2.2 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

[+] El análisis y reporte de este indicador, así como de los indicadores 3.2, 3.3, 3.4, 5.2.3 a 5.2.4, suele realizarse de forma trienal/cuatrienal para garantizar la representatividad estadística de los datos agrupados.
[&] Este indicador, así como los indicadores 3.2, 3.3 y 3.4, son estimados exclusivamente a partir del recordatorio de alimentación de 24 horas aplicado en la ENSANUT, en alineación con las recomendaciones de la OMS (OMS, UNICEF, 2022).

Meta 3.2 ▸ Incrementar a al menos 50% la prevalencia de lactancia materna continuada hasta los 24 meses al final del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
3.2	Porcentaje de NN de 12 a 23 meses que recibieron lactancia materna continuada	Mide el porcentaje de NN de 12 a 23 meses que continúan siendo amamantados. Este indicador refleja la adherencia a las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna prolongada.	(Número de NN de 12 a 23 meses que fueron amamantados al momento de la encuesta / Total de NN de 12 a 23 meses entrevistados) × 100	Multianual+	INSP	ENSANUT&	ODS 2030: 2.2 / PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

Meta 3.3 ▸ Incrementar en al menos 20% la prevalencia de NN de 6 a 23 meses que cumplen con prácticas adecuadas de alimentación complementaria al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
3.3	Porcentaje de NN de 6 a 23 meses que cumplen con prácticas adecuadas de alimentación complementaria	Mide el porcentaje de NN de 6 a 23 meses que cumplen con prácticas adecuadas de alimentación complementaria, considerando tanto la diversidad de alimentos consumidos como la frecuencia de su ingesta, conforme a los estándares de la OMS. Este indicador refleja la calidad y adecuación de la alimentación complementaria.	(Número de NN de 6 a 23 meses que cumplen con criterios de diversidad alimentaria mínima y frecuencia mínima de comidas / Total de NN de 6 a 23 meses entrevistados) × 100	Multianual+	INSP	ENSANUT&	ODS 2030: 2.2 / PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

Meta 3.4 ▸ Reducir en al menos 20% la prevalencia de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
3.4	Porcentaje de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas	Mide el porcentaje de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas, como el consumo de bebidas azucaradas, alimentos no saludables (frituras, golosinas, postres o botanas industrializadas) y la ausencia de frutas o verduras en su dieta.	(Número de NN de 6 a 23 meses expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas/ Total de NN de 6 a 23 meses evaluados) × 100	Multianual+	INSP	ENSANUT&	ODS 2030: 2.2 / PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

Objetivo estratégico 4. Garantizar la vacunación oportuna y completa durante el embarazo y en niñas y niños menores de dos años.

Meta 4.1 ▸ Lograr el 95% o más de mujeres embarazadas que reciben la vacuna Tdpa/Td a partir de las 20 semanas de gestación.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
4.1	Cobertura de esquema de vacunación en mujeres embarazadas con la vacuna Tdpa/Td	Mide el porcentaje de mujeres embarazadas vacunadas con Tdpa o Td durante el embarazo como parte del esquema de vacunación recomendado.	(Número de dosis aplicadas de Tdpa/Td a mujeres embarazadas / Total de mujeres embarazadas) × 100	Anual	Registro de Dosis Aplicadas (RDA) a nivel nacional proporcionado por CeNSIA-SSA	SSA CeNSIA	ODS 2030: 3.1, 3.3, 3.7 / PND 2024-2030: Estrategia 2.7.3, 2.7.4, 2.7.8

** La alimentación complementaria adecuada incluye la introducción oportuna de sólidos, semisólidos y suaves entre los 6 y 8 meses, el cumplimiento de criterios como la frecuencia mínima de comidas, la diversidad alimentaria mínima y el consumo de alimentos ricos en proteína animal (carnes y/o huevo) entre los 6 y 23 meses, según los indicadores reportados por ENSANUT Continua 2021–2022.

** Las prácticas alimentarias inadecuadas en niñas y niños de 6 a 23 meses incluyen el consumo de bebidas azucaradas, el consumo de alimentos no saludables (como frituras, golosinas, postres o botanas industrializadas) y el cero consumo de frutas o verduras, de acuerdo con los indicadores reportados por ENSANUT Continua 2021–2022.

Meta 4.2 ▸ Lograr el 90% de cobertura de vacunación en niñas y niños de un año de edad conforme al esquema de vacunación.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo*	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
4.2	Promedio de cobertura de vacunación en el esquema completo de NN de un año de edad	Mide el promedio de cobertura de vacunación en NN de 1 año de edad en un periodo de tiempo, con base en las dosis del esquema recomendadas respecto al total de NN de 1 año de edad.	(Promedio de dosis aplicadas de SRP (2da) + Neumococo (3ra) + Hexavalente (4ta) a NN de 1 año de edad / Total de NN de 1 año de edad) x 100 *	Anual	SSA CeNSIA	CeNSIA CONAPO	ODS 2030: 3.2, 3.8 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8

*Conforme a las poblaciones de responsabilidad institucional del PVU, México 2025.

Objetivo estratégico 5. Garantizar la detección oportuna y atención adecuada de condiciones relacionadas con la salud, la nutrición, el desarrollo físico, cognitivo, social y psicoemocional que puedan afectar el bienestar infantil.

Meta 5.1 ▸ Asegurar que al menos el 95% de las personas recién nacidas en unidades de salud reciban tamiz metabólico y al menos el 65% reciban tamiz auditivo, al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica
5.1.1	Porcentaje de recién nacidos con tamizaje metabólico	Mide cobertura de tamiz metabólico. Indica calidad de la atención y capacidad de prevención de discapacidad.	(Número de recién nacidos con tamizaje metabólico / Número total de nacidos vivos) × 100	Anual	SSA (DGIS/CNEGSSR) INSP	SINAIS/CNEGSSR SINAC ENSANUT	ODS 2030: 3.2, 3.8 — PND 2024-2030: Estrategia 2.7.8
5.1.2	Porcentaje de recién nacidos con tamizaje auditivo	Mide cobertura de tamiz auditivo. Indica calidad de la atención y capacidad de prevención de discapacidad.	(Número de recién nacidos con tamiz auditivo / Número total de nacidos vivos) × 100	Anual	SSA (DGIS/CNEGSSR)	SINAIS/CNEGSSR SINAC	3.2, 3.8 — Estrategia 2.7.8

*En caso de actualización del esquema básico de vacunación, se deberá incorporar al método de cálculo las vacunas aplicadas al NN en esta edad (1 año).

Meta 5.2 ▸ Incrementar a al menos 25% la cobertura de consultas de la niña sana y el niño sano en NN menores de 24 meses, según temporalidad recomendada (al menos 9 consultas) al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
							ODS 2030	PND 2024-2030
5.2	Cobertura de consulta de la niña sana y el niño sano según temporalidad recomendada	Mide el porcentaje de NN menores de 24 meses que han recibido las consultas de la niña sana y el niño sano según la periodicidad recomendada en la Cartilla Nacional de Salud vigente (se cumplirá con al menos 9 consultas).	(Número de NN menores de 24 meses que han recibido el número esperado de consultas de la niña sana y el niño sano / Total de NN menores 24 meses encuestados) × 100	Anual	CeNSIA DGIS INSP	SINAIS ENSANUT	3.8.1 3.b	Estrategia 2.7.8
5.2.1	Porcentaje de niñas y niños entre 6 y 23 meses con anemia	Mide el porcentaje de niñas y niños de 6 a 23 meses con Hb <10.5 g/L, según puntos de corte de la OMS; indica anemia asociada a deficiencias nutricionales y riesgo de alteraciones en el desarrollo.	(NN de 6 a 23 meses con anemia / Total de NN de 6 a 23 meses evaluados) × 100	Multianual (consolidado ENSANUT Continua, de acuerdo con el diseño muestral).	INSP	ENSANUT Continua	2.2 3.2	Estrategia 2.7.8
5.2.2	Porcentaje de NN menores de 24 meses con emaciación	Mide el porcentaje de NN menores de 24 meses con peso para talla ≤ –2 DE, según estándares OMS. Indica desnutrición aguda y la necesidad de intervenciones nutricionales tempranas.	(Número de NN <24 meses con peso para la talla ≤ -2 DE / Total de NN <24 meses evaluados) × 100	Anual	DGE INSP	SUIVE SUAVE ENSANUT	2.2	Estrategia 2.7.8
5.2.3	Porcentaje de NN menores de 24 meses con desnutrición crónica	Mide el porcentaje de NN menores de 24 meses con talla para la edad < –2 DE (estándares OMS). Refleja desnutrición crónica y su vínculo con pobreza, mala nutrición sostenida e infecciones recurrentes.	(Número de NN <24 meses con talla para la edad ≤–2 DE / Total de NN <24 meses evaluados) × 100	Anual	INSP	ENSANUT	2.2	Estrategia 2.7.8
5.2.4	Porcentaje de NN menores de 24 meses con sobrepeso u obesidad	Mide el porcentaje de NN menores de 24 meses con peso para talla ≥ +2 DE, según estándares OMS. Identifica exceso de peso temprano, asociado a mayor riesgo de enfermedades crónicas.	(NN <24 meses con peso/talla ≥ +2 DE / Total de NN <24 meses evaluados) × 100	Anual	INSP	ENSANUT	2.2	Estrategia 2.7.8

[+++] Para estos indicadores, la fuente original reporta datos para <1 año y 1–4 años; en este programa se ajustó la desagregación para alinearse con la población objetivo.

Meta 5.3. Asegurar que al menos el 40% de NN <24 meses reciban una evaluación del desarrollo infantil, ya sea como parte de la consulta de la niña sana y el niño sano o en otra consulta, al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
							ODS 2030	PND 2024-2030
5.3	Porcentaje de NN menores de 24 meses con al menos una evaluación del desarrollo infantil	Mide el porcentaje de NN menores de 24 meses que han recibido al menos una evaluación formal del desarrollo infantil (por ejemplo, prueba EDI u otra herramienta estandarizada) en servicios de salud, idealmente durante la consulta de la niña sana y el niño sano, de acuerdo con la periodicidad recomendada por CeNSIA (a los 1, 6 y 18 meses de edad).	(Niñas y niños menores de 24 meses con ≥1 evaluación del desarrollo / Total de niñas y niños menores de 24 meses evaluados en la consulta de la niña sana y el niño sano) × 100	Anual	CeNSIA DGIS INSP	Registros de CeNSIA Plataforma EDI SINAIS Ensanut Continua (referencia cobertura general)	4.2.1	Estrategia 2.7.8

Objetivo estratégico 6. Promover el desarrollo integral en niñas y niños menores de dos años, mediante la estimulación temprana, la crianza positiva, entornos seguros y libres de violencia.

Meta 6.1 Lograr que al menos el 40% de las niñas y niños menores de 24 meses con evaluación del desarrollo hayan recibido estimulación temprana y crianza positiva (libre de violencia) al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
							ODS 2030	PND 2024-2030
6.1.1	Porcentaje de personas cuidadoras que reportan brindar estimulación temprana en el hogar.#	Mide el porcentaje de personas cuidadoras que reportan brindar estimulación temprana en el hogar como parte de las prácticas de cuidado y desarrollo infantil.	(Número de personas cuidadoras de NN < 24 meses que reportan brindar estimulación temprana en el hogar / Total de personas cuidadoras de NN < 24 meses encuestadas) × 100	Anual	INSP	ENSANUT	2.2	Estrategia 2.7.8
6.1.2	Porcentaje de personas cuidadoras que reportan llevar a cabo prácticas adecuadas de crianza	Refleja el entorno de crianza en el que se llevan a cabo prácticas adecuadas de crianza y se excluyen prácticas violentas o que puedan poner en riesgo la vida de NN menores de 24 meses.##	(Número de personas cuidadoras que reportan prácticas adecuadas de crianza / Total de personas cuidadoras encuestadas) × 100	Anual	INSP	ENSANUT	2.2	Estrategia 2.7.8

Meta transversal: Asegurar que al menos el 90% de las unidades de salud de primer nivel que brindan atención materno-infantil cuenten con personal capacitado para brindar atención y consejería integral durante los primeros 1000 días, al término del sexenio.

Indicador	Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
							ODS 2030	PND 2024-2030
Transversal	Porcentaje de personal de salud del primer nivel capacitado para brindar atención y consejería integral materno-infantil durante los primeros 1000 días, en apego al Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida.°	Mide el porcentaje de personal de salud del primer nivel que cuenta con capacitación vigente para brindar atención y consejería integral materno-infantil durante los primeros 1000 días, alineada a los contenidos y lineamientos del Programa de Cuidados desde los Primeros 1000 Días de Vida; refleja la capacidad instalada para implementar el Programa con calidad y de forma homogénea, mejorando la continuidad y oportunidad de la atención a mujeres y a la persona recién nacida y la NN.	(Número de unidades del primer nivel que cuentan con ≥1 persona capacitada para brindar atención y consejería integral durante los primeros 1000 días/ Total de unidades de salud del primer nivel) x 100	Anual	DGIS	Cubos dinámicos	2.2	Estrategia 2.7.8

†† La ENSANUT reporta evaluaciones del desarrollo, pero no permite estimar este indicador según la periodicidad establecida; se sugiere adaptar su medición para este fin.
# Este indicador no se mide actualmente en las encuestas nacionales de salud y nutrición; se presenta como una sugerencia técnica para el fortalecimiento del monitoreo del desarrollo infantil, recomendando su futura inclusión en módulos específicos de la ENSANUT u otras encuestas nacionales.
Prácticas adecuadas de crianza incluyen: juegos, cuentos, canciones, paseos, dibujos, pinturas. Prácticas violentas o de riesgo incluyen castigos, gritos, golpes, entre otras.
° Este indicador no se mide actualmente en las encuestas nacionales de salud y nutrición; se presenta como una sugerencia técnica para el fortalecimiento del monitoreo del desarrollo infantil, recomendando su futura inclusión en módulos específicos de la ENSANUT u otras encuestas nacionales.

Los siguientes indicadores no se derivan directamente de una meta del programa, pero complementan el seguimiento de los objetivos.

Nombre del Indicador	Descripción	Fórmula de cálculo	Frec. de medición	Fuente principal/ Institución generadora	Medios de verificación	Alineación estratégica	
						ODS 2030	PND 2024-2030
Porcentaje de NN entre 0 y 23 meses con certificado de nacimiento	Mide la proporción de NN de 0 a 23 meses que cuentan con certificado de nacimiento, como indicador del acceso oportuno a la identidad legal desde los primeros años de vida.	(NN de entre 0 y 23 meses con certificado de nacimiento / Total de NN entre 0 y 23 meses) X 100 °°	Quinquenal	Registro Nacional de Población (RENAPO)	SINAC	16.9.1	Estrategia 2.1.1
Porcentaje de recién nacidos prematuros	Refleja condiciones prenatales adversas y constituye un predictor importante de complicaciones neonatales y riesgo en la supervivencia infantil.	(Número de recién nacidos prematuros/ Número total de nacidos vivos) × 100	Anual	DGIS INEGI	SINAIS SINAC ENR	2.2 3.2	Estrategia 2.7.8
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 g)	Mide la proporción de recién nacidos vivos con peso <2,500 g al nacer, sin considerar edad gestacional. Es un indicador centinela de salud materna, control prenatal y calidad de atención perinatal.	(Número de recién nacidos con peso al nacer <2,500 g / Número total de nacidos vivos) × 100	Anual	DGIS INEGI	SINAIS SINAC ENR	2.2 3.2	Estrategia 2.7.8
Porcentaje de partos atendidos por parteras	Mide la proporción de partos atendidos por parteras. Es un indicador clave para visibilizar y fortalecer modelos interculturales y comunitarios de atención obstétrica segura, particularmente en zonas rurales e indígenas.	(Número de partos atendidos por parteras/Total de partos atendidos) × 100	Anual	DGIS	SINAC	3.1 3.8 5.6	Eje 2 – Bienestar/ Salud con pertinencia cultural
Mortalidad por EDAs en NN entre 6 y 24 meses	Mide la mortalidad por IRAs en NN de hasta 2 años (o 24 meses) por cada 100,000. Refleja la carga intestinal infecciosa y la respuesta del sistema de salud.	(Número de muertes por EDAs en NN de 6 a 23 meses / Población total de NN de 6 a 23 meses) × 1,000	Anual	DGE INSP	SINAIS ENSANUT	3.2	Estrategia 2.7.8
Mortalidad por IRAs en NN entre 6 y 24 meses.	Mide la mortalidad por IRAs en NN de hasta 2 años (o 24 meses) por cada 100,000. Refleja la carga respiratoria y la respuesta del sistema de salud.°°°	(Muertes por infecciones respiratorias agudas en NN de 6 a 23 meses / Población total de NN de 6 a 23 meses) × 1,000	Anual	DGE INSP	SINAIS ENSANUT	2.2 3.2	Estrategia 2.7.8

Nota:

Los indicadores previstos en el Programa estarán sujetos a revisión y, en su caso, ajuste, conforme a la evidencia generada por los procesos de monitoreo y evaluación.

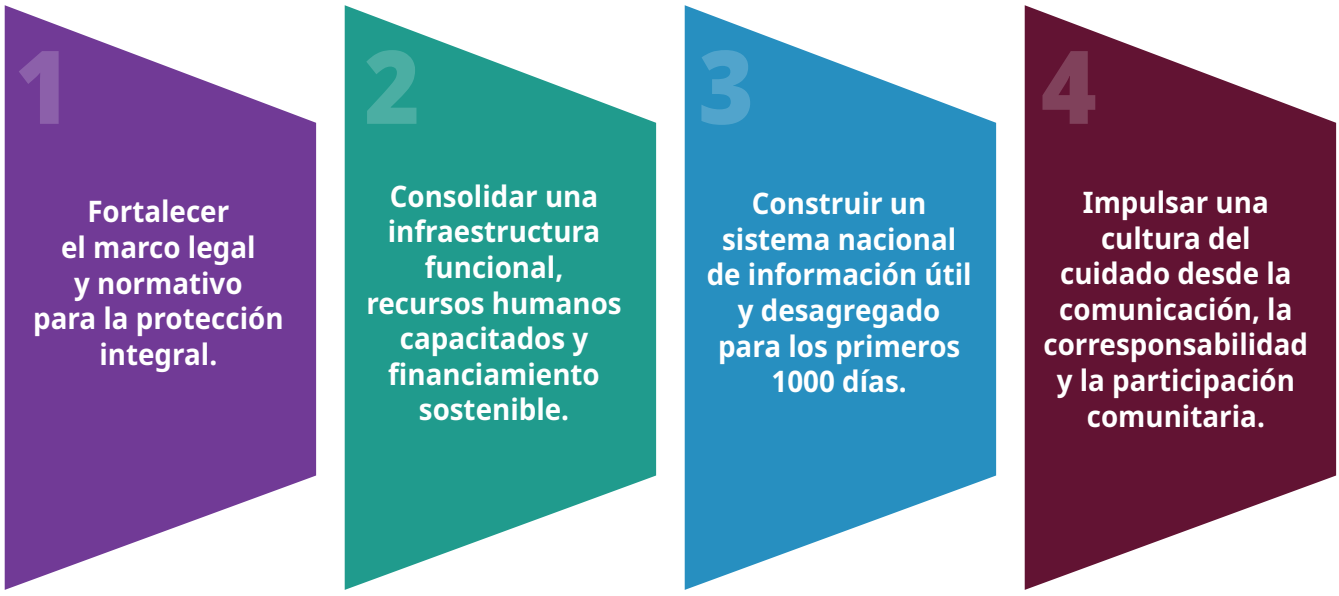
°° La fuente original no proporciona una fórmula para el cálculo, por lo que la fórmula es orientativa.

Llamado a la acción

hacia un México que cuida desde el principio

El cumplimiento de este llamado no solo contribuye a reducir la mortalidad materna e infantil, sino que es una oportunidad histórica de sentar las bases de un país más justo, equitativo y saludable, en el que el cuidado de la vida comience desde los primeros 1000 días. Para lograrlo, se requiere consolidar un cambio estructural, multisectorial y con enfoque de derechos humanos.

Este esfuerzo demanda una voluntad política, técnica y presupuestaria sostenida que permita avanzar en cuatro bloques estratégicos de acción:



1

Fortalecer el marco legal y normativo para la protección integral

Reconociendo el arduo trabajo que se ha realizado en México con relación a la atención integral de los primeros 1000 días, es necesario resaltar la importancia de continuar avanzando en el fortalecimiento de nuestro marco legal y normativo. Esto permitirá sentar las bases para garantizar los derechos y la protección de la población materno-infantil desde el embarazo, el parto, el puerperio los primeros años de vida, conforme a las mejores prácticas internacionales. En este sentido, se han identificado las siguientes acciones clave:

- Aprobación del PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018 "Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna" y del PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014 "Para la atención a la salud de la infancia".

- Modificar el artículo 123, apartados A y B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los artículos 170 y 132 de la Ley Federal del Trabajo, además de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado y la Ley del Seguro Social, para ampliar las licencias de maternidad y paternidad, respectivamente, tomando en cuenta las recomendaciones internacionales

de lactancia materna y la corresponsabilidad en los cuidados y crianza; así como crear un mecanismo de protección a la maternidad para mujeres en el sector informal. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y denuncia de las violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, incluyendo aquellas identificadas en medios digitales, a través de su inclusión en la Ley General de Salud en materia de publicidad y en la Ley Federal de Protección al Consumidor, así como su posterior reglamentación.

- Establecer el etiquetado frontal de advertencia en las fórmulas infantiles, de continuación y alimentos para niños y niñas menores de dos años, a través de la modificación de la 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".

- Asegurar el cumplimiento de los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa en todos los hospitales con atención obstétrica del país.

- Actualizar los documentos normativos y guías de práctica clínica para la vigilancia integral del embarazo, parto y puerperio con enfoque de riesgos, así como los relacionados con la salud de niñas y niños, garantizando la alineación con estándares actuales de salud pública y estableciendo mecanismos para supervisar su cumplimiento".

- Incluir, de manera obligatoria, la suplementación con micronutrientes múltiples en la NOM 043 SSA2-2012 "Servicios básicos de salud", NOM 031-SSA2-1999 "Para la atención a la salud del niño", NOM 131-SSA1-2012 "Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición"; y NOM 086-SSA1-1994, "Bienes y Servicios. Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición, especificaciones nutrimentales".

- Reformar los artículos 5 y 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para incluir de manera expresa el concepto de violencia obstétrica.

- Modificar la 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", para incluir visitas domiciliarias prenatales y postnatales; así como la atención de mujeres con discapacidad que viven con VIH o en zonas de atención prioritaria.

2 Consolidar una infraestructura funcional, recursos humanos capacitados y financiamiento sostenible

- Garantizar una inversión progresiva, multianual y con enfoque territorial, alineada con los planes de desarrollo y criterios de equidad.

- Promover la aprobación de una Ley General de Cuidados o un Acuerdo Nacional Intersectorial que asegure la oferta pública y comunitaria de servicios, la corresponsabilidad familiar y participación de comunidades y pueblos originarios.

- Asegurar la presencia de personal capacitado en salud.

- Establecer mecanismos de seguimiento financiero, rendición de cuentas participativa y auditoría social para el uso eficiente de recursos.

3 Construir un sistema nacional de información útil y desagregado para los primeros 1000 días.

Aunque México cuenta con diversas fuentes de información sobre salud y desarrollo infantil, todavía es difícil monitorear de forma adecuada y continua los cuidados durante los primeros 1000 días. Los sistemas existentes presentan fragmentación, desactualización y falta de estandarización, lo que limita su utilidad para la toma de decisiones.

Actualmente, no existe un registro clínico interoperable que integre de forma sistemática y homogénea la información clave de esta etapa. El ECEI debe consolidarse como fuente principal futura. La ENSANUT y la ENADID brindan datos útiles mediante autorreporte, pero con limitaciones en precisión y alineación con estándares clínicos. Los registros nominales del CeNSIA y los datos

de la DGIS permiten conocer algunos servicios como vacunación y tamizajes, aunque no incluyen variables como edad gestacional ni garantizan cobertura nacional completa. La ENSANUT es la única fuente que permite estimar la prevalencia de desnutrición crónica y sobrepeso en menores de 24 meses; sin embargo, no se cuenta con registros clínicos estandarizados que permitan un seguimiento continuo. Además, muchos sistemas agrupan los datos en rangos amplios (como <1 año y 1-4 años), dificultando el análisis específico del periodo de 0 a 24 meses.

Por lo anterior, se requiere una estrategia nacional que:

- Fortalezca el ECEI con módulos específicos para los primeros 1000 días.
- Ajuste encuestas nacionales como la ENSANUT para incluir indicadores clave (como estimulación temprana).
- Desarrolle indicadores alineados con las recomendaciones técnicas actualizadas, como las del CeNSIA sobre consultas de la niña sana y el niño sano.
- Integre fuentes clínicas, administrativas y poblacionales en un sistema interoperable y desagregado.

4 Impulsar una cultura del cuidado desde la comunicación, la corresponsabilidad y la participación comunitaria

- Desarrollar estrategias de comunicación con enfoque en cambio de comportamiento, perspectivas de infancias y género, que promuevan prácticas de crianza positiva, salud mental materna y cuidado afectivo.
- Promover la educación y participación comunitaria mediante círculos de aprendizaje, redes de apoyo para madres lactantes y talleres de estimulación temprana.

Adicionalmente, se deben atender con urgencia las brechas en zonas de atención prioritaria con medidas diferenciadas que respondan a sus condiciones específicas. En estas zonas, la garantía de vacunación universal y oportuna, así como la incorporación sistemática del uso de Alimentos Terapéuticos Listos para el Consumo (ATLC) en los protocolos de rehabilitación nutricional infantil frente a la desnutrición aguda grave, son intervenciones especialmente críticas dadas las condiciones de mayor precariedad y vulnerabilidad social. Por su parte, la detección y atención de la violencia neonatal, aunque con expresiones generalizadas en el país, también debe ser abordada con prioridad desde un enfoque de derechos.

Este llamado es una hoja de ruta para construir un futuro en el que cuidar desde el inicio no sea una aspiración, sino una realidad tangible sostenida por leyes, presupuestos, servicios accesibles y una cultura social que lo respalde. Es tiempo de pasar del esfuerzo aislado al compromiso nacional.

Referencias

1. Naciones Unidas. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado el 16 de julio de 2025]. Disponible en:https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/

2. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#gsc.tab=0

3. World Health Organization. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age [Internet]. 2023 [citado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864

4. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). 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. [Internet]. 2016 [citado el 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

5. Organización Panamericana de la Salud. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud [Internet]. [citado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud

6. Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Climate Change 2022 – Impacts, Adaptation and Vulnerability: Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Internet]. 1a ed. Cambridge University Press; 2023 [citado el 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781009325844/type/book

7. UNICEF SBC GUIDANCE. Core SBC Principles [Internet]. [citado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.sbcguidance.org/understand/core-sbc-principles

8. UNICEF. UNICEF SBC GUIDANCE. 2023 [citado el 11 de junio de 2025]. Enfoques programáticos del SBC: Políticas Públicas de Contención. Cambio de las reglas para facilitar un cambio positivo. Disponible en: https://dev.sbcguidance.org/es/comprender/politicas-publicas-de-contencion

9. Secretaría de Salud. gob.mx. 2024 [citado el 2 de mayo de 2025]. Cartillas Nacionales de Salud Versión 2023. Disponible en: http://www.gob.mx/salud/documentos/cartillas-nacionales-de-vacunacion-version-2023

10. Pacheco C, Culkin V, Putkaradze A, Zeng N. Effects of movement behaviors on preschoolers' cognition: a systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. el 2025 Jan 23; 22(1):12

11. Secretaría de Salud, Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [Internet]. DOF: 09/02/2001. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=770117&fecha=09/02/2001#gsc.tab=0

12. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants - Moore, ER - 2012 | Cochrane Library. [citado el 1 de julio de 2025]; Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full

13. Jiménez B. La contaminación ambiental en México: causas, efectos y tecnología apropiada [Internet]. Limusa Noriega Editores; 2001 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.iingen.unam.mx/es-mx/AlmacenDigital/Libros/Paginas/LaContaminacionAmbientalEnMexico.aspx

14. Early Institute A.C.; Ethos Innovación en Políticas Públicas; Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C. Cuidados para la primera infancia: recomendaciones hacia la conformación del Sistema Nacional de Cuidados [Internet]. Ciudad de México: Early Institute A.C.; Ethos Innovación en Políticas Públicas; Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C.; 2025 [citado 2025 Sep 10]. Disponible en: https://ciep.mx/wp-content/uploads/2025/03/PolicyPaper_Cuidados-para-la-primera-infancia_Recomendaciones-hacia-la-conformacion-del-SNC_CIEP_Early-Institute_Ethos.pdf

15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. [Internet]. Washington, D.C.; 2021 [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://nurturing-care.org/el-cuidado-carinoso-y-sensible-parael-desarrollo-en-la-primera-infancia/

16. Secretaría de Salud. Lineamiento 2019 del Componente de Vigilancia del Desarrollo en la Primera Infancia. Ciudad de México: Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia; 2018.

17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2001 [citado el 2 julio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/norma-oficial-mexicana-para-la-atencion-a-la-salud-del-nino?state=published

18. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Diversidad de expresiones culturales. [Internet]. [citado el 9 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.unesco.org/es/diversity-cultural-expression

19. Glosario [Internet]. [citado el 9 de julio de 2025]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html

20. World Health Organization. Diarrhoeal disease [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease

21. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. 2025 [citado el 31 de julio de 2025]. Equidad en Salud. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud

22. Zapiola MC, Benchimol K, eds. Infancias en plural: formación para el cuidado y educación de la primera infancia en los Centros de Desarrollo Infantil [Internet]. Los Polvorines (Buenos Aires): Universidad Nacional de General Sarmiento; 2023 [citado 2025 Sep 10]. Disponible en: https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/249094/1/Infancias-en-plural.pdf

23. Salas Guzmán N, Morales Ramírez ME. Estimulación oportuna: ventajas para el desarrollo de su hijo. Revista Electrónica Educare. 2004;(5):27–36.

24. Diario Oficial de la Federación (DOF) NOM-014-SSA2-1994 [Internet]. [citado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10397/NOM-014-SSA2-1994.pdf

25. Codex Alimentarius (FAO/OMS). Norma para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiados destinados a los lactantes (CODEX STAN 72-1981). FAO/OMS; 2015.

26. Gobierno del Estado de Jalisco. Plan Estatal de Gobernanza y Desarrollo 2018–2024. Sección 2.4: Grupos prioritarios [Internet]. Jalisco: Gobierno del Estado; 2022 [citado el 16 de julio de 2025]. Disponible en: https://plan.jalisco.gob.mx/wp-content/uploads/2022/10/2-4_Grupos-Prioritarios.pdf

27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF México). [citado el 31 de julio de 2025]. Lactancia materna |. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna

28. World Health Organization. Malnutrition [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition

29. Organización Panamericana de la Salud. Micronutrientes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/micronutrientes

30. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. [Internet]. DOF: 19/02/2013. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo=5288225%26fecha=19/02/2013#gsc.tab=0

31. Ministerio de Justicia y del Derecho. Glosario de Conexión Justicia: Mujer gestante [Internet]. 2020 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/conexion-justicia/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=81

32. Koukopoulos AE, Angeletti G, Sani G, Janiri D, Manfredi G, Kotzalidis GD, et al. Perinatal Mixed Affective State: Wherefore Art Thou? Psychiatr Clin North Am. marzo de 2020;43(1):113–26.

33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Nota Técnica. 2022.

34. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Unidad General de Conocimiento Científico y Derechos Humanos. Apuntes sobre igualdad de género. Estabilidad laboral en el embarazo [Internet]. Primera edición. Ciudad de México; 2024 [citado el 31 de julio de 2025]. 96 p. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/Publicaciones/archivos/2024-07/Apuntes-sobre-igualdad-de-genero-Estabilidad-Laboral-en-el-embarazo.pdf

35. OMS, USAID, CHIP. Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/120076/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

36. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [Internet]. World Health Organization; 2011 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/44703

37. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado el 31 de julio de 2025]. 152 p. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/250796

38. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. 2025 [citado el 31 de julio de 2025]. Promoción de la salud. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud

39. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Gobierno de México. 2017 [citado el 31 de julio de 2025]. Salud Ambiental. Disponible en: http://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/salud-ambiental-72573

40. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

41. Organización de las Naciones Unidas para la Alimenta-
ción y la Agricultura. La Seguridad Alimentaria: información para la toma de decisiones Guía práctica [Internet]. 2011 [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.fao.org/4/al936s/al936s00.pdf

42. Science Direct. ScienceDirect Topics. 2011 [citado el 31 de julio de 2025]. Supplementation - an overview. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/supplementation

43. PROCESO LEGISLATIVO - Decreto 31, LXII Legislatura [Internet]. [citado el 7 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/031_DOF_25ene13.pdf

44. Independent Evaluation Group. World Bank Group. Evaluation of International Development Interventions. Contents Appendix B. Developing Program Theories [Internet]. [citado el 31 de julio de 2025]. Disponible en: https://ieg.worldbankgroup.org/evaluation-international-development/appendix-b-developing-program-theories

45. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988. 205 p.

46. Organización Mundial de la Salud. Manual INSPIRE: medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado el 2 de junio de 2025]. 295 p. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/311034.

47. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. Reproductive Health. el 25 de mayo de 2017;14(1):66.

48. INMUJERES. Glosario para la igualdad. Consulta en línea. [citado el 31 de julio de 2025]. Violencia Obstétrica. Disponible en: https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/violencia-obstetrica

49. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. DECRETO por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2025. [Internet]. DOF: 24/12/2024 2024. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5746130&fecha=24/12/2024#gsc.tab=0

50. Scott JA. The first 1000 days: A critical period of nutritional opportunity and vulnerability. Nutr Diet. julio de 2020;77(3):295–7.

51. Godfrey KM, Gluckman PD, Hanson MA. Developmental origins of metabolic disease: life course and intergenerational perspectives. Trends Endocrinol Metab. abril de 2010;21(4):199–205.

52. Prado EL, Dewey KG. Nutrition and brain development in early life. Nutr Rev. abril de 2014;72(4):267–84.

53. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. el 26 de enero de 2008;371(9609):340–57.

54. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Base de datos de nacimientos 2023. 2024 [citado el 25 de julio de 2025]. Datos abierto: Nacimientos. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_nacimientos_gobmx.html

55. Unar-Munguía M, Hubert C, Bonvecchio Arenas A, Vázquez-Salas RA. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. Salud Publica Mex. el 9 de junio de 2023;65:s55–64.

56. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) [Internet]. Mexico; 2024 [citado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/

57. González-Castell LD, Unar-Munguía M, Bonvecchio-Arenas A, Rivera-Pasquel M, Lozada-Tequeanes AL, Ramírez-Silva CI, et al. Lactancia materna. Salud Publica Mex. el 22 de agosto de 2024;66(4, jul-ago):498–508.

58. World Health Organization. datadot. [citado el 6 de junio de 2025]. Global Nutrition Targets 2030 to improve maternal, infant and young child nutrition. Disponible en: https://data.who.int/dashboards/tuberculosis/tuberculosis-epidemiological-profile/breastfeeding---early-initiation-of-breastfeeding-(-)---relay_nutrition-(e0a379d-4412d46)---uncertainty-plot

59. Ramírez-Silva I, Rivera-Pasquel M, Bonvecchio-Arenas A, Unar-Munguía M, Lozada-Tequeanes AL, Valderrama-Álvarez Z, et al. Prácticas de alimentación complementaria. Salud Pública de México. 2024;66(4):425–34.

60. Vázquez-Salas A, Hubert C, Villalobos A, Ortiz S, De Castro F, Barrientos-Gutierrez T. Desarrollo infantil temprano. Salud Publica Mex. el 22 de agosto de 2024;66(4, jul-ago):340–8.

61. World Bank Group. World Bank. 2024 [citado el 13 de mayo de 2025]. Investment Framework for Nutrition 2024. Disponible en: https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/investment-framework-nutrition

62. Jain S, Ahsan S, Robb Z, Crowley B, Walters D. The cost of inaction: a global tool to inform nutrition policy and investment decisions on global nutrition targets. Health Policy Plan. el 17 de julio de 2024;39(8):819–30.

63. Nutrition International. The cost of inaction: The economic and human capital benefits of investing in nutrition [Internet]. Nutrition for Growth Paris 2025; 2024 [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: https://academic.oup.com/heapol/article/39/8/819/7715732

64. World Health Organization. Low birth weight [Internet]. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight

65. Global Breastfeeding Collective. Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding [Internet]. 2017 [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/breastfeeding/global-breastfeeding-collective/global-bf-collective-investmentcase.pdf?sfvrsn=

66. Ramírez-Silva C, Unar-Munguía M, Lozada-Tequeanes AL, González-Castell LD, Rivera M, Bonvecchio A. El costo de no amamantar en México: un llamado para la acción. En: Síntesis sobre políticas de salud Propuestas basadas en Evidencia [Internet]. Cuernavaca, México; [citado el 17 de enero de 2025]. p. 210. Disponible en: https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220118_Sintesis_sobre_politicas_de_salud.pdf

67. Mejía-Rodríguez F, De La Cruz-Góngora V, García-Guerra A, Mundo-Rosas V, Villalpando S, Méndez-Gómez-Humarán I, et al. Anemia en población infantil y en mujeres en edad reproductiva. Salud Publica Mex. el 22 de agosto de 2024;66(4, jul-ago):459–66.

68. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Impacto combinado de la desnutrición y la obesidad cuesta millones de dólares a países de la región | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2017 [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/comunicados/impacto-combinado-la-desnutricion-la-obesidad-cuesta-millones-dolares-paises-la-region

69. World Obesity. Economic impact of overweight and obesity: Mexico [Internet]. 2020 [citado el 17 de julio de 2025]. Disponible en: https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/MX.pdf

70. Appelberg K, Sörensen L, Zetterström RH, Henriksson M, Wedell A, Levin LÅ. Cost-Effectiveness of Newborn Screening for Phenylketonuria and Congenital Hypothyroidism. The Journal of Pediatrics. el 1 de mayo de 2023;256:38-43.e3.

71. Vernier LS, Fernandes CP, Skorin PP, Ávila ATV de, Levandowski DC. Cost-effectiveness of Neonatal Hearing Screening Programs: Systematic Review. Int Arch Otorhinolaryngol. octubre de 2024;28(4):e668–96.

72. Peterson C, Grosse SD, Oster ME, Olney RS, Cassell CH. Cost-Effectiveness of Routine Screening for Critical Congenital Heart Disease in US Newborns. Pediatrics. el 1 de septiembre de 2013;132(3):e595–603.

73. Vempuluru VS, Kaliki S. Screening for Retinoblastoma: A Systematic Review of Current Strategies. The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology. abril de 2021;10(2):192.

74. Mattosinho CCDS, Moura ATMS, Oigman G, Ferman SE, Grigorovski N. Time to diagnosis of retinoblastoma in Latin America: A systematic review. Pediatr Hematol Oncol. marzo de 2019;36(2):55–72.

75. Hložánek M, Straňák Z, Terešková Z, Mareš J, Krejčířová I, Česká Burdová M. Trends in Neonatal Ophthalmic Screening Methods. Diagnostics (Basel). el 18 de mayo de 2022;12(5):1251.

76. The Value of Vaccines: Investments in Immunization Yield High Returns – VoICE [Internet]. [citado el 25 de julio de 2025]. Disponible en: https://immunizationevidence.org/the-value-of-vaccines-investments-in-immunization-yield-high-returns/

77. Loredo-Abdalá A. Maltrato infantil: ¿conocer su impacto económico favorece su prevención? – Acta Pediátrica de México. Acta Pediatr Mex. 2016;37:3.

78. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. De los primeros 1000 días a un futuro resiliente: Educación ambiental y climática para la primera infancia de América Latina y el Caribe [Internet]. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2023 [citado el 23 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media/43591/file/De%20los%20primeros%201000%20d%C3%ADas%20a%20un%20futuro%20resiliente%20.pdf

79. Baek Y, Fisher J, Tran T, Owen A, Nguyen T, Luchters S, et al. Economic returns on investing in early childhood development in Vietnam: a cost-benefit analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. el 15 de marzo de 2025 [citado el 23 de julio de 2025];25(1). Disponible en: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12516-z

80. Monge Zamorano M, López Mendoza S, Méndez Abad ME, Hernádez González MJ, Viota Puerta E, Mondesdeoca Alfonso Ma del R. La importancia de los 1000 primeros días de vida. Canarias Pediátrica. 2020;44(1).

81. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. diciembre de 2013;31:13–27.

82. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988;15(4):351–77.

83. World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado el 22 de mayo de 2025]. 55 p. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/272603

84. República P de la. gob.mx. 2025 [citado el 18 de junio de 2025]. Plan Nacional de Desarrollo 2025 - 2030. Disponible en: http://www.gob.mx/presidencia/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2030-391771

85. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma DOF 15-04-2025 p. 400.

86. Cámara de Diputados. Ley General de Salud. DOF 07-06-2024 feb 7, 198d. C. p. 357.

87. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de la Alimentación Adecuada y Sostenible [Internet]. DOF 17-04-2024, DOF 17-04-2024 2024 p. 32. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAAS.pdf

88. Cámara de Diputados. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. DOF 24-12-2024 Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2014. Última reforma publicada DOF 24-12-2024, 2014 p. 95.

89. Cámara de Diputados. Ley General de Educación. DOF 07-06-2024 sep 30, 2019 p. 79.

90. Cámara de Diputados. Ley de Asistencia Social. DOF 01-04-2024 sep 2, 2004 p. 31.

91. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada 21-02-2025, 1970 p. 450.

92. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Seguro Social. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Últimas reformas publicadas DOF 07-06-2024, 1995.

93. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal de Protección al Consumidor. DOF 12-04-2019 Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 12-04-2019. Actualización de montos de operaciones y multas por Acuerdo DOF 26-12-2024, 1992.

94. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación. Última reforma publicada DOF 16-12-2024, 2006 p. 33.

95. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. DOF 16-12-2024 feb 1, 2007 p. 1–85. Disponible en: https://revistasacademicas.iberoleon.mx/index.php/entretextos/article/view/330

96. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Cultura Física y Deporte. DOF 18-10-2023 jun 7, 2013 p. 1–74.

97. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. may 30, 2011 p. 1–35.

98. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). 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. [Internet]. DOF: 07/04/2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

99. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. [Internet]. 2013 [citado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014#gsc.tab=0

100. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, Para establecimientos de salud y el reconocimiento de la partería, en la atención integral materna y neonatal. [Internet]. Disponible en: http://www.gob.mx/salud/prensa/043-nueva-norma-oficial-mexicana-nom-020-ssa-2025-fortalece-la-atencion-materna-y-neonatal-en-mexico?idiom=es

101. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. [Internet]. DOF: 30/11/2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0

102. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0

103. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. DOF: 28/09/2012 2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012#gsc.tab=0

104. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0

105. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios [Internet]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3980/salud/salud.htm

106. DOF. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria, publicada el 5 de abril de 2010. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/8150/seeco11_C/seeco11_C.html

107. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. [Internet]. DOF: 14/09/2012 2012. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012#gsc.tab=0

108. Secretaría de Salud. Programa de Trabajo del Sector Salud 2024-2030 [Internet]. 2024 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://codigof.mx/wp-content/uploads/2024/11/051124-Programa-de-trabajo-del-sector-salud-2024-2030.pdf

109. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). REGLAS de Operación del Programa S200 Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2025. [Internet]. DOF: 28/02/2025. Disponible en: https://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5750690&fecha=28/02/2025#gsc.tab=0

110. Secretaría de Salud. Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM). Primeros 1000 días de vida [Internet]. Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General.; 2025. Disponible en: https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf

111. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa IMSS-Bienestar para el ejercicio fiscal 2024. [Internet]. DOF: 29/12/2023 p. 1–24. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/marcoJuridico/ROP-PIB-2024.pdf

112. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos del Programa de Atención Integral para el Bienestar de las Mujeres para el

ejercicio fiscal 2025. [Internet]. DOF: 28/02/2025. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5750681&fecha=28/02/2025#gsc.tab=0

113. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2025. [Internet]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5747539&fecha=22/01/2025#gsc.tab=0

114. Secretaría de Gobernación, Diario Oficial de la Federación (DOF). ACUERDO por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa para el Bienestar Integral de los Pueblos Indígenas a cargo del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, para el ejercicio fiscal 2025. [Internet]. DOF: 29/01/2025. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5748021&fecha=29/01/2025#gsc.tab=0

115. UNICEF, WHO. Guía de implementación: protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en centros que brindan servicios de maternidad y neonatología: la Iniciativa Hospital Amigo del Niño revisada de 2018 [Internet]. 2018 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807

116.Bonvecchio A, Ramírez-Silva C, Fernández-Gaxiola A, Ayala-Niochet M, Unar-Munguia M. Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para Población Mexicana: Recomendaciones para la promoción de la salud en niñas y niños de 0 a 4 años. México: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, UNICEF; 2025.

117. Bonvecchio-Arenas A, Ramírez-Silva C, Fernández-Gaxiola A, Ayala-Niochet M, Unar-Munguia M. Guías Alimentarias Saludables y Sostenibles para Población Mexicana: Recomendaciones para la promoción de la salud en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Secretaría de Salud, INSP, UNICEF; 2025.

118. La Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible una oportunidad para América Latina y Caribe. Santiago [Chile]: Naciones Unidas; 2018.

119. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI). OHCHR. 1966 [citado el 18 de junio de 2025]. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

120. Asamblea General en su resolución 44/25. OHCHR. [citado el 18 de junio de 2025]. Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

121. Asamblea General en su resolución 34/180. OHCHR. [citado el 18 de junio de 2025]. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

122. Departamento de Derecho Internacional, OEA. CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER “CONVENCION DE BELEM DO PARA” [Internet]. [citado el 23 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html

123. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General mediante la resolución A/RES/61/106. OHCHR. 2006 [citado el 18 de junio de 2025]. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

124. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente [Internet]. EB140/34, CONSEJO EJECUTIVO EB140/34 2016 p. 1045–9. Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13451

125. World Health Organization, United Nations Children’s Fund (UNICEF). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/42695

126. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 [Internet]. 2004 [citado el 18 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/oms-estrategia-mundial-sobre-regimen-alimentario-actividad-fisica-salud-2004

127. Kinshella MLW, Moore SE, Elango R. The missing focus on women’s health in the First 1,000 days approach to nutrition. Public Health Nutr. abril de 2021;24(6):1526–30.

128. Arcozzi-Masino PMS. Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. Zenodo [Internet]. 2020 [citado el 2 de mayo de 2025]; Disponible en: https://scholar.archive.org/work/edptphifjzgg5b3bvffxhrp46u2

ANEXOS

Consulte el siguiente código QR o enlace para acceder a todos los documentos:

https://drive.google.com/drive/folders/1b2gmGb9JV3Wb4nVFaZrmdxDOYcHxIuhe

unicef | para cada infancia

Gobierno de México | Salud
Secretaría de Salud