

Atención a la salud materno-infantil
y a las **emergencias obstétricas**
durante el embarazo, parto
y puerperio en México

POLICY PAPER

Resumen ejecutivo

earlyi
Conocer más. Decidir mejor.

Atención a la salud materno-infantil y a las emergencias obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en México

© Early Institute A.C.

Todos los derechos reservados, 2026

Primera edición

Autores

Ana Reza Calvillo

Cándido Pérez Hernández

Luis Saúl Alarcón Lara

Edición y Diseño

Corrección de estilo: Mariana Fortuno

Diseño editorial y forros: Patricia Reyes,

Nosótrica Ediciones

Fotografía: Adobe Stock

Se prohíbe la reproducción, el registro o la transmisión parcial o total de esta obra por cualquier medio impreso, mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético u otro existente o por existir, sin el permiso previo del titular de los derechos correspondientes.

Agradecemos especialmente a las investigadoras Guadalupe Ramírez Rojas y Graciela Freyermuth Enciso por sus aportaciones técnicas a este trabajo.

También extendemos el agradecimiento al Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) y, en particular, al director del Hospital de Especialidad Materno-Infantil de León, Armando Bautista Melgoza, por compartirnos información clave para entender el funcionamiento y operación de la red materno-infantil en la entidad.



Conocer más. Decidir mejor.

      Early Institute
earlyinstitute.org

Resumen ejecutivo



Introducción

La atención a la salud materno-infantil es fundamental para garantizar el bienestar de mujeres, niñas y niños. Dentro de este ámbito, la atención de emergencias obstétricas es prioritaria pues estas implican riesgos vitales y requieren atención inmediata, coordinada y de calidad.

Aunque el acceso a la salud —y en particular a la atención obstétrica de emergencia— está reconocido como derecho humano en marcos normativos nacionales e internacionales, en México persisten desigualdades y deficiencias en su implementación. Por lo anterior, el presente documento profundiza en el panorama de la atención a la salud materno-infantil y a las emergencias obstétricas en México y formula recomendaciones clave para fortalecer y ampliar sus alcances.

Marco normativo

El derecho a la salud está reconocido en instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que obligan a los Estados firmantes a respetarlo, protegerlo y garantizarlo. En salud materno-infantil, tal derecho se robustece debido a la vulnerabilidad de mujeres embarazadas y la de niñas y niños en gestación.

En México, el artículo 4º constitucional y la Ley General de Salud establecen la atención materno-infantil como prioritaria, incluyendo la atención inmediata de emergencias obstétricas sin importar la derechohabencia. La

NOM-007-SSA2-2016 refuerza estos principios mediante la exigencia de atención continua, detección oportuna de riesgos y disponibilidad de recursos.

Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, en el marco de las políticas de atención a la salud materno-infantil en México

En la historia reciente, el país ha desarrollado diversas estrategias y programas para mejorar la salud materno-infantil, muchas de ellas enfocadas en reducir la mortalidad materna y atender las principales causas que la provocan.

Con el mismo objetivo y de manera paralela, durante la primera década de este siglo se avanzó en la creación de convenios y acuerdos que facilitaran el acceso a la salud materno-infantil y enfrentaran la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, a través de la colaboración institucional.

Si bien este tipo de convenios ha sido, hasta el presente, una práctica común entre distintas instituciones, dependencias y entidades, en este informe se estudia especialmente el **Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas**,¹ por ser una política pública de carácter nacional que se ha venido manteniendo desde su firma en 2009. Este convenio, permite que cualquier mujer con una emergencia obstétrica² sea atendida en unidades médicas públicas, independientemente de su afiliación, con costos

1 Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2009).

2 "Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado" (Secretaría de Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2016, 14)

cubiertos por las instituciones participantes (Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE).

El convenio incluye un Anexo 1, con las unidades médicas adscritas de cada institución, y un Anexo 2, con un tabulador de las atenciones cubiertas, así como el precio de cada una, homologado para las tres instituciones y actualizado anualmente.

En resultados preliminares sobre el funcionamiento de este convenio, se observa que en comparación con la cantidad de emergencias obstétricas que se atienden en unidades médicas públicas,³ las atenciones brindadas bajo el marco del convenio son escasas. Esta situación responde a diversos factores.

1. Las instituciones buscan resolver las emergencias obstétricas en otras unidades de su propio servicio antes de recurrir al convenio. Esta práctica puede generar demoras significativas en la atención.⁴
2. Coexisten múltiples acuerdos de colaboración, principalmente locales, entre IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, e incluso entre ciertas unidades médicas específicas. Estos mecanismos no homologan los precios de la atención, lo que puede incentivar la subutilización del convenio basada en conveniencia económica.
3. La ampliación anual del presupuesto es mínima y, desde la existencia del convenio, se han incorporado sólo tres unidades médicas. Esta escasez de recursos dificulta la atención, motiva la subutilización del

convenio y puede llevar a que los médicos apresuren la atención y contrarreferencien a las y los pacientes antes de tiempo, en lugar de mantenerles en vigilancia.

4. La ausencia de un equipo específico para el registro de atenciones bajo el marco del convenio provoca retrasos en los pagos entre instituciones, incentivando el uso de otros acuerdos y dificultando la supervisión y mejora de la atención.

Panorama estadístico de la atención a la salud materno-infantil y a las emergencias obstétricas

De acuerdo con los Registros de Egresos Hospitalarios Sectorial de la Secretaría de Salud, las emergencias obstétricas representaron el 19% de los egresos hospitalarios totales y el 61% de los egresos relacionados con la salud materno-infantil.⁵

Perfil epidemiológico

El 87.5% de los egresos hospitalarios por emergencia obstétrica se concentra en mujeres de 15 a 44 años (947,552 egresos). También hay una proporción significativa de casos de recién nacidos, esta representa el 7.1% de las emergencias obstétricas (76,951 egresos).⁶

Entre las principales afecciones neonatales asociadas a una emergencia obstétrica se encuentran: dificultad respiratoria del recién nacido, trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer, icte-

3 De acuerdo con el Registro de Egresos Hospitalarios Sectorial de la Secretaría de Salud, 2023.

4 Ramírez, Freyermuth y Duarte (2021).

5 Consúltase el documento completo para saber cómo se calcularon estos porcentajes.

6 Durante el análisis se han identificado errores en el registro de las emergencias obstétricas. Las afecciones principales de gran parte de los casos registrados en otros grupos de edad o con edad no identificada son afecciones que corresponden únicamente a recién nacidos, por ello debe estimarse que el número de emergencias obstétricas de recién nacidos es mayor.

ricia neonatal, sepsis bacteriana y retardo del crecimiento y desnutrición fetal. En cuanto a las emergencias obstétricas en mujeres de 15 a 44 años, las principales afecciones son: parto único espontáneo, cesárea, aborto no especificado, preeclampsia y aborto espontáneo.

La mortalidad es baja en proporción (0.4%), pero significativa en términos absolutos (4,871 defunciones). La mayoría corresponde a muertes neonatales. Las causas incluyen hemorragias posparto, preeclampsia y eclampsia en mujeres, y sepsis, prematuridad e insuficiencia respiratoria en recién nacidos.

Adicionalmente, en 2023 hubo 2,670 defunciones materno-infantiles por afecciones que no cubre el convenio, principalmente neonatales. En recién nacidos, destacan causas como asfixia al nacimiento no especificada, hemorragia pulmonar no especificada y otras afecciones perinatales específicas. En el grupo de mujeres de 15 a 44 años, las principales afecciones ligadas a estas muertes fueron: enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, parto y puerperio, síndrome HELLP y otras enfermedades y afecciones específicas que complican el embarazo, parto y puerperio.

Unidades médicas para la atención a emergencias obstétricas

En 2023, 1,256 unidades médicas atendieron emergencias obstétricas: 48 de primer nivel, 1,093 de segundo y 115 de tercero. Sin embargo, a nivel normativo, el primer nivel no tiene ca-

pacidad suficiente para atender emergencias obstétricas.

En el caso de las 48 unidades de primer nivel, se trató de clínicas de atención de parto humanizado o centros de salud con servicios extendidos que tienen servicios básicos de obstetricia. No obstante, no cuentan con los recursos ni la infraestructura del segundo nivel, lo cual puede plantear un riesgo en caso de emergencia. El 54% de dichas atenciones ocurrió en Chiapas, lo cual refleja la relevancia de la partería y los servicios médicos alternos en entidades donde la atención médica enfrenta grandes retos.

Según recomendaciones de OMS, UNICEF y UNFPA (2011), para la atención de emergencias obstétricas se requieren 4 unidades básicas y 1 especializada por cada 500 mil habitantes.

- Considerando solo unidades médicas adscritas al convenio, a nivel nacional hay un déficit de 842 unidades (se requieren 1,311). Las entidades con mayor rezago son: Estado de México, Ciudad de México, Jalisco, Puebla y Nuevo León.
- Considerando todas las unidades públicas con capacidad para atender emergencias obstétricas, el déficit es de 254 unidades (200 más que hace 10 años).⁷ Las entidades con mayor brecha son Estado de México, Nuevo León, Ciudad de México y Jalisco.
- Considerando unidades que atendieron emergencias obstétricas en 2023, hay un déficit de 147 unidades integrales y un su-

7 Para hacer este cálculo se replicó el ejercicio hecho por Ramírez Freyermuth y Duarte (2021) para determinar las unidades médicas con capacidad para atender emergencias obstétricas en 2013. Siguiendo el mismo criterio, se contemplaron unidades que cuentan con, por lo menos, un ginecobstetra. Se utilizó la misma fuente, la base de datos Recursos en Salud Sectorial, de la Secretaría de Salud.

perávit de 44 básicas.⁸ Las entidades con mayor déficit de unidades básicas fueron Estado de México, Ciudad de México, Nuevo León, Jalisco y Baja California. Mientras que los mayores déficits de unidades integrales se encontraron en Estado de México, Veracruz, Jalisco, Chiapas y Puebla.

Por otro lado, de acuerdo con el análisis de la infraestructura y recursos con los que cuentan las unidades médicas con capacidad para la atención de emergencias obstétricas,⁹ se observó una brecha importante entre las unidades; hay muchas unidades operando con recursos escasos y pocas unidades atendiendo con muchos recursos. Preocupa especialmente la disponibilidad de especialistas —la mayoría de las unidades médicas tiene cinco o menos ginecobstetras y seis o menos anestesiólogos—, así como de servicios especializados —de las 1,057 unidades médicas con capacidad para atender emergencias obstétricas, solo 358 cuenta con unidad de cuidados intensivos, 329 con unidad de cuidados intensivos neonatales y 247 con banco de sangre.

Estudio de caso: Guanajuato

Se analizó el caso del estado de Guanajuato con el objetivo de ilustrar cómo se organiza y opera la atención de emergencias obstétricas a nivel estatal. Más que plantearse como un modelo replicable, el análisis busca describir los elementos institucionales, operativos y de coordinación que intervienen en la prestación

de estos servicios en un contexto específico. Se reconoce, sin embargo, que estas dinámicas pueden variar significativamente entre estados.

Se identificó que durante la atención de emergencias obstétricas convergen distintos elementos institucionales y operativos, entre ellos destacan los siguientes aspectos clave, con los que se busca optimizar la atención:

- **Red de atención materna:** Ampliación de la red hospitalaria y una infraestructura extensa, ubicada estratégicamente.
- **Triage obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica:** Apego al lineamiento técnico de carácter nacional y obligatorio para unidades médicas de segundo y tercer nivel.
- **Red de comunicación y operación para la atención de emergencias obstétricas:** Coordinación operativa mediante un sistema de comunicación eficaz para la referencia, contrarreferencia y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención.
- **Primer nivel y tamizaje oportuno:** Funcionamiento y coordinación efectivos desde el primer nivel de atención, para la detección, canalización y atención oportuna de embarazos con posibilidades de riesgo.
- **Capacitación continua de personal médico:** Debe darse en todos los niveles de atención, a médicos generales, especialistas en ginecología, anestesiología, medicina interna, enfermería, pasantes y residentes.

8 Tomando en cuenta las funciones fundamentales establecidas por OMS, UNICEF y UNFPA (2011) para diferenciar los servicios de emergencia obstétrica básicos de los integrales, se determinó tomar como básicos los de segundo nivel y como integrales los de tercer nivel. Se excluyeron las unidades médicas de primer nivel por no cumplir con dichos estándares.

9 De acuerdo con el criterio de contar con por lo menos un ginecobstetra. Estos datos provienen de Recursos en Salud Sectorial 2023, de la Secretaría de Salud.

- **Vigilancia y monitoreo permanentes:** Cultura de evaluación que permite identificar áreas de oportunidad y mejorar continuamente.

Conclusiones

Existe un marco normativo que establece garantías para la atención a la salud materno infantil, y en particular la atención de las emergencias obstétricas. Sin embargo, se observa una clara brecha en la implementación y alcance de los servicios a los que acceden mujeres, niñas y niños.

Los resultados del análisis de la atención a las emergencias obstétricas en el país evidencian fragmentación del sistema, desigualdad territorial, insuficiencia de recursos y fallas de coordinación interinstitucional.

El Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas es una herramienta útil, con la cual se avanza hacia la universalización de servicios y la eliminación de barreras en el acceso, pero este mecanismo se encuentra subutilizado.

Recomendaciones

1. **Fortalecer y expandir el convenio como red nacional operativa obligatoria**, con adscripción de todas las unidades públicas que atienden emergencias obstétricas y que tienen capacidad para hacerlo.
2. **Fortalecer unidades de primer nivel** para realizar funciones obstétricas esenciales y prevención desde el primer contacto.
3. **Ampliar capacidades de unidades de segundo nivel** (servicios integrales de cirugía y transfusión de sangre) ubicadas en entidades con alto déficit de unidades integrales.

4. **Actualizar el catálogo de emergencias obstétricas del convenio.** El 35.5% de las defunciones por salud materno-infantil en 2023 ocurrieron por causas que no cubre el convenio.
5. **Privilegiar el uso del convenio de emergencias obstétricas** ante otros acuerdos y convenios federales, estatales y locales para el mismo fin, así se evitará el uso discrecional de recursos que favorezcan a las instituciones y afecte a pacientes.
6. **Fortalecer el registro de emergencias obstétricas** para evitar el subregistro y hacer más eficientes los procesos de pago entre instituciones.
7. **Fortalecer la capacitación del personal de salud** desde el primer nivel de atención (médicos generales, especialistas en ginecología, anestesiología, medicina interna, enfermería, pasantes y residentes), para la conformación de Equipos de Respuesta Inmediata Obstétrica.
8. **Adoptar un modelo de redes** para la atención de emergencias obstétricas que contemple la comunicación y coordinación eficiente entre niveles e instituciones competentes, sistemas de traslado, bancos de sangre y disponibilidad de atención urgente las 24 horas, 7 días de la semana y todos los días del año.
9. **Mejorar la prevención de emergencias obstétricas** por medio de mecanismos de tamizaje prenatal.
10. **Redoblar los mecanismos de vigilancia y monitoreo del convenio.**

Recomendaciones normativas

Ley General de Salud

- **Reformar el artículo 61:** agregar una fracción VII para establecer la obligación de las autoridades de salud de brindar a

las mujeres información clara y comprensible sobre su embarazo, para que participen en las decisiones sobre su atención, especialmente en casos de emergencia.

- **Reformar el artículo 61 bis:** agregar un segundo párrafo que establezca que la atención materno-infantil debe ser gratuita y de acceso universal para todas las mujeres, sin importar su condición socioeconómica o derechohabencia.
- **Reformar el artículo 64 bis 3:** establecer un mecanismo único de coordinación interinstitucional, de observancia general y obligatoria para la Secretaría de Salud, en Coordinación con las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y los demás prestadores de servicio público en materia de salud en las entidades federativas.
- **Añadir un transitorio primero** que establezca un plazo improrrogable para realizar las modificaciones que se requieran para incluir el mecanismo estipulado en el artículo 64 bis 3.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

- **Reformar el artículo 115 bis 3:** añadir un segundo párrafo que establezca la obligación de implementar y mantener un sistema de información y comunicación instantáneo, y coordinado a nivel nacional para la atención de emergencias obstétricas a través de las TIC.
- **Añadir un artículo 115 bis 6:** con la finalidad de organizar la prestación de servicios de salud materno-infantil en redes regionales integradas que articulen los diversos niveles de atención para garantizar un sistema de referencia y contrarreferencia escalonado y eficiente.

Fuentes consultadas

Organización Mundial de la Salud, UNFPA, UNICEF y AMDD. (2011). *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf



Ramírez, M. G., Freyermuth, M. G. y Duarte, M. B. (2021). Atención de emergencias obstétricas en Chiapas, México. Caminando hacia la conformación de redes. *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, xix(1), pp. 161-182. DOI:<http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v19i1.793>



Secretaría de Salud. (2023). *Egresos hospitalarios sectorial 2023*. Dirección General de Información en Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html



Secretaría de Salud. (2023b). *Recursos en Salud Sectorial*. Dirección General de Información en Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html



Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2009). *Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239201/ConvenioEmergencias-Obstetricas.pdf>



Secretaría de Salud y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2016). *Triaje Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico*. http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.p





Esta publicación se editó en abril de 2026 en la Ciudad de México.