

**MAMÁS  
SANAS.  
BEBÉS  
FUERTES.**



**NINGÚN LUGAR DONDE IR:  
ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD  
EN LOS ESTADOS UNIDOS**

INFORME DE 2022



## CONOZCA A VANIA BIGLEFTHAND

Para Vania Biglefthand y su esposo Ray, el acceso a cuidado fue un verdadero problema en su trayectoria para formar una familia. En Montana, donde ellos viven, el hospital con maternidad más cercano está a dos horas de distancia. La rutina normal del embarazo, como ir a un médico y las citas prenatales, era difícil y estresante. Todo iba bien en su tercer embarazo, hasta que a las 29 semanas Vania terminó en el hospital en reposo absoluto durante un mes. “Durante ese tiempo”, dijo ella, “una persona defensora de March of Dimes me ayudó a sentirme cómoda en el hospital con clases y contacto con otras familias con bebés en la NICU que estaban pasando por experiencias similares”.

Esa comunidad la impactó. “Muchos de nosotros formamos fuertes lazos” dijo ella. “Seguimos manteniendo nuestra amistad. Y fue confortante saber que yo no era la única persona. Pude comunicarme con otras personas para compartir nuestras historias.”

¿Cuál es su consejo para otras personas que podrían no tener acceso a cuidado? “Como persona embarazada”, dijo ella, “usted conoce su cuerpo y sabe que algo no está bien. Menciónelo, no importa lo que sea. Hágase oír en su defensa y en defensa de su bebé.” Ray estuvo de acuerdo. “Siga luchando por ello. Eventualmente lo logrará con el apoyo de todos nosotros.”



## STACEY D. STEWART

PRESIDENTA Y DIRECTORA EJECUTIVA MARCH OF DIMES



## DR. ZSAKEBA HENDERSON

VICEPRESIDENTA SÉNIOR Y DIRECTORA MÉDICA Y DE SALUD PROVISORIA MARCH OF DIMES

**H**ay casi cuatro millones de nacimientos en los Estados Unidos cada año. El acceso a cuidado de maternidad de calidad es un componente crítico de la salud materna y de los buenos resultados de los nacimientos, especialmente ante la persistencia de la pandemia. Ahora más que nunca, el servicio de maternidad en EE. UU. está pasando por un momento crítico. A pesar de ocupar el porcentaje más alto del producto interior bruto de nuestro país en la atención médica, EE. UU. sigue enfrentándose a un aumento en las tasas de mortalidad materna y a una falta de apoyo amplio de políticas que respalden la licencia familiar remunerada y el acceso a la atención posparto. El informe sobre áreas sin cuidado de maternidad de 2022 (el Informe) explora las numerosas facetas de la atención médica que afectan cómo y dónde se brinda cuidado de maternidad en los Estados Unidos y también confirma que el acceso a dicho cuidado está empeorando en todo el país.

A nivel nacional, el cinco por ciento de los condados tienen menos acceso a maternidad que hace dos años atrás. Estas áreas de bajo acceso o de falta de acceso afectan a casi 6.8 millones de personas y a casi 500,000 nacimientos en los Estados Unidos. Tan solo en las áreas sin cuidado de maternidad, aproximadamente 2.2 millones de personas en edad reproductiva y casi 150,000 bebés se ven afectados. Los datos más recientes muestran que las mejoras al acceso en áreas sin cuidado de maternidad afectaron a más personas en la Florida (más de 92,000), mientras que las reducciones generales en acceso a cuidado afectaron a más personas en Ohio (más de 97,000). Las áreas sin cuidado de maternidad son condados donde hay una falta de recursos de cuidado de maternidad, donde no hay hospitales o centros de maternidad que ofrezcan cuidado obstétrico o profesionales en obstetricia. El Informe de 2022 describe un aumento del dos por ciento en condados sin cuidado de maternidad desde el Informe de 2020; es decir, 1,119 condados y 15,933 personas sin cuidado de maternidad.

Para describir de forma más completa los desafíos a los que se enfrentan las personas que dan a luz en áreas sin cuidado de maternidad, este año nos basamos en el Informe de 2020 para examinar en más detalle las complejidades de recibir cuidado en estos condados. Estas incluyen una falta de acceso a Internet de alta velocidad y su efecto en la atención médica a distancia o telesalud; la función del cuidado posparto en reducir la morbilidad y mortalidad maternas; la función de los centros de salud calificados a nivel federal, de los médicos de familia y cómo pueden franquear las brechas en el cuidado de maternidad; y la importancia de la identificación y control de las enfermedades crónicas durante el embarazo.

En las áreas sin cuidado de maternidad, hay un riesgo más alto de resultados de salud materno-infantil deficientes. En los Estados Unidos, un promedio de dos mujeres mueren cada día de complicaciones del embarazo y nacimiento, y dos bebés mueren cada hora. Para luchar por la salud de todas las personas que dan a luz y sus bebés, como país necesitamos concentrarnos en reformar las políticas para mejorar el acceso a cuidado de maternidad de alta calidad. Tanto a nivel federal como estatal, March of Dimes ha exhortado a los legisladores a aprobar la Ley "Momnibus" sobre la salud materna negra de 2021 para franquear las brechas en el cuidado de maternidad y mejorar los resultados para todas las familias. Los legisladores deben unirse a nosotros en el temario de políticas #BlanketChange para un mejor acceso a los servicios de salud y trabajar hacia el logro de igualdad en dichos servicios. Visite [marchofdimes.org/blanketchange](https://marchofdimes.org/blanketchange) para hacerlo ahora.

# ÍNDICE

<b>Soluciones y medidas de políticas</b> .....	<b>4</b>
<b>Áreas sin cuidado de maternidad</b> .....	<b>8</b>
<b>Acceso a cuidado de alta calidad</b> .....	<b>11</b>
<b>Hospitales</b> .....	<b>14</b>
<b>Centros de maternidad</b> .....	<b>16</b>
<b>Centros de salud calificados a nivel federal</b> .....	<b>18</b>
<b>Profesionales</b> .....	<b>19</b>
<b>Doulas</b> .....	<b>24</b>
<b>Cuidado posparto</b> .....	<b>25</b>
<b>Seguro de salud antes, durante y después del embarazo entre las personas que dan a luz</b> .....	<b>27</b>
<b>Las enfermedades crónicas y el embarazo</b> .....	<b>31</b>
<b>Regionalización de la salud perinatal y niveles de atención apropiados para el riesgo</b> .....	<b>33</b>
<b>Acceso a la atención médica a distancia (telesalud) durante el embarazo</b> .....	<b>35</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>38</b>
<b>Notas técnicas</b> .....	<b>39</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>41</b>

## AGRADECIMIENTOS

Este informe contó con el apoyo por Reckitt y su cartera de marcas Enfa, nuestro socio en la iniciativa piloto Better Starts for All, destinada a facilitar el acceso al cuidado de salud para las futuras mamás en las áreas sin cuidado de maternidad.

Un agradecimiento especial a Christina Brigance, MPH, Ripley Lucas, MPH y Erin Jones, JD por el desarrollo del contenido del informe. Gracias a Ann Davis, PhD, Kate Mishkin, DrPH y Zsakeba Henderson, MD por la dirección general y sus ediciones, y a Motoko Oinuma, BS por sus ediciones y la revisión de la literatura. March of Dimes también quisiera agradecer a PRI por su ayuda con el diseño y la experiencia en crear el informe.

Cita sugerida: Brigance, C., Lucas R., Jones, E., Davis, A., Oinuma, M., Mishkin, K. y Henderson, Z. (2022). *Ningún lugar a donde ir: áreas sin cuidado de maternidad en los EE. UU.* (Informe n.º 3). March of Dimes. <https://www.marchofdimes.org/research/maternity-care-deserts-report.aspx>

# SOLUCIONES Y MEDIDAS DE POLÍTICAS

Aproximadamente el 12 por ciento de los nacimientos ocurren en condados con acceso limitado o sin acceso a cuidado de maternidad. Es preciso actuar para ayudar a asegurar que todas las personas reciban la atención médica y el apoyo que necesitan antes, durante y después del embarazo. No existe una medida única que pueda solucionar el problema del acceso limitado a la atención médica; sin embargo, las oportunidades clave incluyen:

## MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN ECONÓMICA Y DE CALIDAD DURANTE LOS PERÍODOS DE PRECONCEPCIÓN, PRENATAL, INTRAPARTO Y POSPARTO

- **Expandir Medicaid para las personas que estén en el 138 por ciento o menos del nivel de pobreza establecido por el gobierno.** Los estados que expanden Medicaid pueden mejorar la salud de las personas en edad reproductiva y de sus hijos al reducir las disparidades raciales y étnicas en los resultados de los nacimientos, tal como las tasas de asistencia a visitas prenatales y posparto, mortalidad materna, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro.
- **Aumentar los niveles de elegibilidad de ingresos de los padres bajo Medicaid.** Los estados sin expansión tienen otra opción para mejorar el acceso a la cobertura posparto al aumentar los umbrales de elegibilidad de ingresos de los padres. Esto podría extender la elegibilidad de Medicaid a más padres de bajos ingresos y cerrar parcialmente la brecha de cobertura en los estados sin expansión.
- **Extender el período de cobertura posparto de Medicaid a 12 meses.** La necesidad de servicios posparto existe mucho más allá del límite de la ley federal actual de 60 días después del embarazo. La Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (American Rescue Plan Act of 2021), comenzando en abril de 2022, da a los estados la opción de extender la cobertura posparto de las personas embarazadas a un año completo. Ahora el congreso debe dar el próximo paso para hacer que 12 meses de cobertura posparto sean obligatorios y permanentes bajo todos los programas estatales de Medicaid.
- **Expandir el acceso y mejorar la integración del modelo de atención de partería en todos los estados.** Esto puede ayudar a mejorar el acceso a un cuidado de maternidad equitativo y culturalmente informado en áreas de bajos recursos, bajar los costos, reducir las intervenciones médicas innecesarias que aportan a los riesgos de mortalidad y morbilidad maternas en los embarazos iniciales y posteriores, y mejorar la salud de todas las personas que dan a luz y sus bebés.
- **Expandir el acceso equitativo a los servicios de doulas mediante reembolso y formación de la fuerza de trabajo.** El apoyo de doulas mejora los resultados del nacimiento y puede reducir la morbilidad y mortalidad maternas entre las personas de color. En algunos estados, la cobertura de servicios de doulas se proporciona bajo programas de seguro privados y públicos, incluyendo Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) y TRICARE. Los niveles de pago deben ser suficientes para respaldar la atención brindada. Se debe tratar de que la profesión de doula sea más accesible para las personas que dan a luz.
- **Brindar cobertura de servicios de tele salud basados en la evidencia y apoyar la alineación de los métodos de reembolso de tele salud materna en todas las aseguradoras.** Hay evidencia robusta de resultados principalmente positivos asociados con los servicios de tele salud (atención médica a distancia) en el cuidado de maternidad.
- **Mejorar la regionalización perinatal como estrategia para mejorar los resultados maternos y neonatales.** Al coordinar un sistema de atención dentro de un área geográfica, las personas embarazadas recibirían atención apropiada para el riesgo en un establecimiento equipado con los recursos y los profesionales de la salud apropiados. March of Dimes apoya el programa de Verificación de los Niveles de Atención Materna de 2022, el cual proporciona una descripción uniforme de las capacidades y el personal de los establecimientos de maternidad.
- **Reforzar los requisitos para los planes de mercado de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Precio (ACA en inglés).** Garantizar que los planes de seguro de salud disponibles a través del mercado de ACA ofrezcan redes robustas de profesionales de cuidado de maternidad para mejorar el acceso a la atención de salud materna y los resultados para las personas embarazadas y en período posparto.

## PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

- **Abordar los determinantes sociales de salud para reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud.** Expandir el alcance de la investigación sobre los determinantes sociales de salud y las políticas como impulsores fundamentales de la salud materno-infantil a nivel poblacional. Reformar el sistema de salud, incluyendo educar a los profesionales sobre el prejuicio racial implícito; aumentar la participación comunitaria a través de inclusión, educación, activismo y promoción social; y mejorar las condiciones socioeconómicas (pobreza, empleo, sueldos bajos,

vivienda) que aportan a las desigualdades subyacentes de salud.

- **INVESTIGACIÓN, VIGILANCIA Y MEJORA DE CALIDAD**

- **Mejorar la recopilación y vigilancia de los datos de mortalidad y morbilidad maternas, y dar prioridad a las recomendaciones de políticas de los Comités de Revisión de la Mortalidad Materna.** La recopilación y vigilancia actualizada de datos debe ser un proceso activo y uniforme en todos los estados.

- **Invertir en Redes de Colaboradores para la Calidad en la Atención Médica Perinatal (PQC, en inglés) y reforzarlas para brindar infraestructura que apoye a todos los estados y territorios estadounidenses que tengan una PQC.** Las PQC constituyen los esfuerzos principales para mejorar los resultados y la calidad de la atención materno-infantil.

# INTRODUCCIÓN

El cuidado de maternidad uniforme y de alta calidad es esencial para proteger la salud de todas las personas que dan a luz y sus bebés. El cuidado de maternidad incluye servicios de atención médica para las personas durante el embarazo, parto y posparto.<sup>1</sup> Con más de 3.5 millones de nacimientos anualmente en los Estados Unidos,<sup>2</sup> y un aumento en las tasas de mortalidad y morbilidad maternas, hay muchas oportunidades para mejorar los resultados de salud materna y nacimientos en nuestro país. El informe de 2022 *Ningún lugar donde ir: Áreas sin cuidado de maternidad en los Estados Unidos* es una actualización del Informe de 2020 y se concentra en aumentar la educación y crear conciencia sobre las áreas sin cuidado de maternidad. Junto con las actualizaciones de datos y de la clasificación de áreas sin cuidado de maternidad, se incluyen nuevos temas sobre el período posparto, la importancia de la telesalud y la intersección de las enfermedades crónicas y el embarazo.

## ANTECEDENTES

En el año 2020, aproximadamente 900 personas murieron de causas asociadas con el embarazo en los Estados Unidos, con un 14.2 por ciento de aumento en las muertes en comparación con el año previo<sup>3</sup> y un 30.9 por ciento de aumento desde 2018.<sup>4</sup> Junto con esto, la cantidad de personas que sufrieron complica-

ciones asociadas con el embarazo, o morbilidad materna extrema, sigue aumentando, afectando al menos a 50,000 cada año.<sup>5</sup> Probablemente esto sea una subestimación ya que no hay datos nuevos a nivel nacional disponibles desde 2014. Mejorar el panorama del cuidado de maternidad continúa siendo de suma importancia ya que casi dos tercios (63%) de las muertes asociadas con el embarazo son evitables.<sup>6</sup> A pesar del éxito de otros países en reducir las tasas de mortalidad materna, la tasa en los Estados Unidos continúa aumentando y es peor que en otros países de altos ingresos.<sup>7</sup> Está bien establecido que hay disparidades sociales y de otros tipos en la mortalidad asociada con el embarazo que no se explican del todo por factores a nivel individual como la edad, nacimiento por cesárea o condiciones crónicas de salud.<sup>8</sup> Los factores sociales y contextuales también son determinantes importantes de salud que afectan a la gente con el tiempo y durante su vida.<sup>9</sup> Los datos continúan mostrando que el condado donde se vive puede influenciar las tasas de mortalidad asociada con el embarazo.<sup>8</sup> Trabajando para mejorar el acceso a un cuidado de maternidad uniforme y de calidad al crear conciencia sobre las áreas sin cuidado de maternidad es una manera en la cual March of Dimes intenta reducir la mortalidad y morbilidad maternas evitables de todas las personas embarazadas y mejorar las posibilidades del mejor comienzo en la vida para cada bebé.

## HALLAZGOS CLAVE

En 2020, más de **146,000 bebés** nacieron en áreas sin cuidado de maternidad.

- Otros 300,000 bebés nacieron en condados con acceso limitado a cuidado de maternidad.

Más de **2.2 millones de mujeres** en edad reproductiva viven en áreas sin cuidado de maternidad.

- **4.7 millones** de mujeres viven en condados con acceso limitado a cuidado de maternidad.
- Medicaid cubre cerca del 50 por ciento de los nacimientos en áreas sin cuidado de maternidad, en comparación con el 40.1 por ciento en condados con acceso completo a cuidado de maternidad.
- La proporción de mujeres que viven en condados con ingresos familiares nacionales por debajo de la media es dos veces más alta en las áreas sin cuidado de maternidad que en los condados con acceso completo (90.1% y 45.2%, respectivamente).
- Es más probable que las mujeres en áreas sin cuidado de maternidad tengan **asma, hipertensión y fumen tabaco** en comparación con las mujeres en condados con acceso completo a cuidado de maternidad.

El **36 por ciento** de todos los condados estadounidenses son designados como áreas sin cuidado de maternidad en este informe.

- Dos de cada tres áreas sin cuidado de maternidad son condados rurales (61.5%).
- Más de 500,000 bebés nacieron de mujeres que residen en condados rurales en 2020, mientras que solo el **siete por ciento** de los profesionales en obstetricia practican en condados rurales.\*
- Era un **30 por ciento más probable** que el bajo acceso a la atención médica a distancia (telesalud) fuese en áreas sin cuidado de maternidad.

- Hay 13 estados que tienen legislación aprobada para **extender la cobertura posparto de Medicaid** a 12 meses, ya que 11 estados han aprobado esta legislación desde el último informe.\*\*

- Cinco estados reembolsan activamente los servicios de doulas en los planes de Medicaid y siete están en el proceso de implementar **beneficios de doulas bajo Medicaid**.\*\*\*

Los cambios desde el informe de áreas sin cuidado de maternidad de 2020 incluyen:

- Cinco por ciento de los condados estadounidenses cambiaron a un menor acceso a cuidado de maternidad y un tres por ciento de los condados cambiaron a un mayor acceso de atención.
- Los cambios en la cantidad de profesionales en obstetricia fueron la causa principal de los aumentos o reducciones en el acceso.
- 56 condados cambiaron a un nivel más bajo de acceso debido a la pérdida de profesionales en obstetricia, mientras que 55 aumentaron el acceso debido a un incremento de profesionales.
- Los hospitales limitando los servicios de obstetricia disminuyeron el acceso a cuidado en 37 condados.
- Los hospitales expandiendo los servicios de obstetricia aumentaron el acceso a cuidado en ocho condados.
- Más de **2.8 millones de mujeres** en edad reproductiva y cerca de **160,000 bebés** se vieron afectados por la reducción en el acceso a cuidado de maternidad.

\* Incluye a profesionales en obstetricia y profesionales en enfermería de partería con certificación (CNM); \*\*Número de estados actualizados hasta el 13 de julio de 2022;

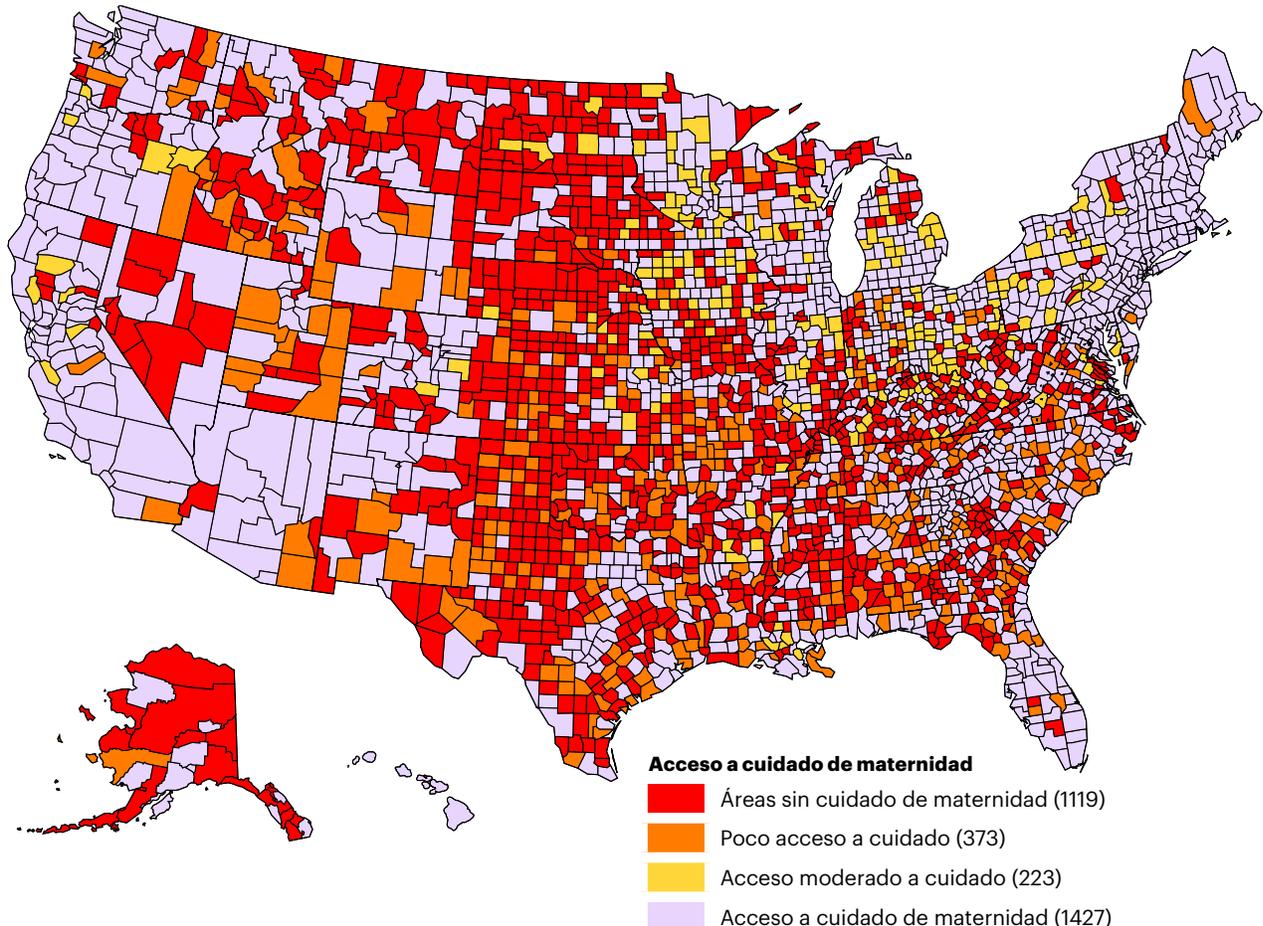
\*\*\*Número de estados actualizados hasta agosto de 2022.

# ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD

En este informe, March of Dimes define un área sin cuidado de maternidad como cualquier condado sin un hospital o centro de maternidad que ofrezca cuidado obstétrico y sin ningún profesional en obstetricia (Tabla 1). Los profesionales en obstetricia (OB) incluidos en el análisis de este informe son profesionales en obstetricia/ginecología y profesionales en enfermería de partería con certificación/profesionales en partería con certificación (CNM/CM). Las personas pueden tener poco acceso al cuidado preventivo, prenatal y posparto apropiado si viven en condados con pocos hospitales o centros de maternidad (uno o menos) que brinden cuidado de obstetricia, con pocos profesionales en obstetricia (menos de 60 por cada 10,000 nacimientos) o con una alta proporción de mujeres de 18 a 64 años sin seguro de salud (10% o más). Acceso moderado a cuidado se define como vivir en un condado con acceso a pocos hospitales/centros de maternidad o profesionales en obstetricia y una proporción adecuada de mujeres sin cobertura de seguro de salud (menos del 10% de las mujeres). Acceso completo a cuidado de maternidad se puede definir

por la disponibilidad de hospitales o centros de maternidad que brindan cuidado obstétrico y la disponibilidad de profesionales que ofrecen cuidado obstétrico (Figura 1). Para entender mejor los condados con acceso completo a cuidado de maternidad, examinamos los niveles de mujeres sin seguro de esos condados. Encontramos que algunos condados clasificados con acceso completo a cuidado de maternidad tienen altas tasas de mujeres sin seguro. En los Estados Unidos, existen disparidades raciales y étnicas significativas en los resultados perinatales materno-infantiles. También hay disparidades evidentes en el acceso a cuidado. Si bien la mayoría de las mujeres que viven en áreas sin cuidado de maternidad son blancas no hispanas, el 12.8 por ciento de las mujeres indígenas americanas que dieron a luz en 2020 vivían en áreas sin cuidado de maternidad. En 2020, uno de cada 4 bebés indígenas americanos (26.7%) nació en áreas de servicios de cuidado de maternidad limitados o sin acceso. Además, 1 de cada 6 bebés de raza negra (16.3%) nació en áreas de servicios de cuidado de maternidad limitados o sin acceso.

Figura 1: Áreas sin cuidado de maternidad, 2020



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021.

**Tabla 1: Definiciones de áreas sin cuidado de maternidad y acceso a cuidado de maternidad**

Definiciones	Áreas sin cuidado de maternidad	Poco acceso a cuidado de maternidad	Acceso moderado a cuidado de maternidad	Acceso completo a cuidado de maternidad
Hospitales y centros de maternidad que ofrecen cuidado obstétrico	cero	<2	<2	>2
Profesionales en obstetricia (obstetra, CNM/CM) por cada 10,000 nacimientos	cero	<60	<60	≥60
Proporción de mujeres de 18 a 64 años sin seguro de salud*	cualquiera	≥10%	<10%	cualquiera

Notas: CNM/CM = profesionales en enfermería de partería con certificación/profesionales en partería con certificación.

\*El promedio en EE. UU. es de aproximadamente el 11%.

Fuente: Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage-fact-sheet/>

Cuando se comparan los datos de las áreas sin cuidado de maternidad del Informe de 2018 con el Informe de 2022, el 11 por ciento de los condados estadounidenses han cambiado su clasificación de acceso a cuidado de maternidad (Figura 2). Cinco por ciento de los condados han aumentado el acceso y seis por ciento muestran una reducción en el acceso a cuidado. Los cambios en profesionales en obstetricia afectaron al número más alto de condados. Setenta y ocho condados aumentaron el acceso a cuidado y 83 condados lo redujeron. El acceso a hospitales también produjo cambios en la clasificación ya que 48 condados tuvieron acceso reducido mientras que nueve condados aumentaron el acceso a cuidado.

Catorce condados experimentaron un aumento en el acceso a cuidado de maternidad debido a la presencia de centros de maternidad entre 2020 y 2022. Veinticinco condados aumentaron el acceso a cuidado debido a una combinación de mejor acceso a profesionales en obstetricia, hospitales y centros de maternidad, mientras que 26 condados experimentaron una reducción en el acceso a cuidado debido a una pérdida combinada de profesionales en obstetricia y hospitales.

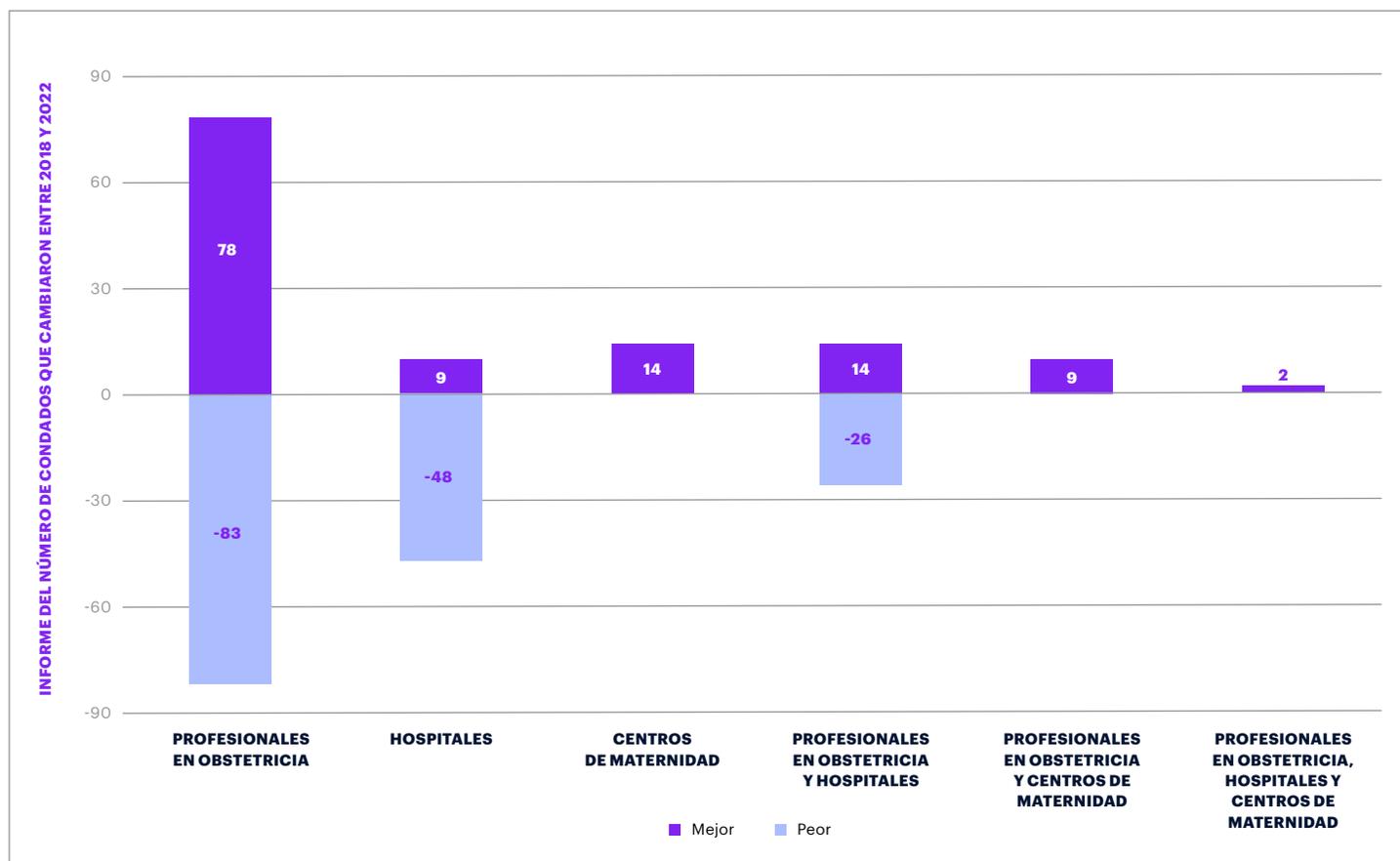
Entre 2020 y 2022, un total de 247 condados (8%) cambiaron la clasificación de cuidado de maternidad, con 94 condados en EE. UU. aumentando el acceso y 153 reduciendo el acceso. Los cambios se suscitaron por varias razones como los cambios en el número de profesionales o en el seguro de salud. De los condados de EE. UU. que aumentaron el nivel de acceso, 55 condados cambiaron la clasificación debido a un aumento en los profesionales en obstetricia. Ocho condados cam-

biaron la clasificación debido a un aumento de hospitales, cinco condados debido a centros de maternidad adicionales y 11 condados debido a una combinación de aumentos de profesionales en obstetricia, centros de maternidad u hospitales. Por otra parte, cinco por ciento de los condados redujeron el nivel de acceso entre 2020 y 2022. La distribución de esta reducción de acceso es la siguiente: 56 condados debido a un menor número de profesionales en obstetricia, 37 condados debido a una reducción de hospitales y 20 condados debido a una combinación de profesionales en obstetricia y hospitales. Ningún condado experimentó una reducción debido a una falta de centros de maternidad en el período de dos años.

Del total de 341 condados que cambiaron la designación de cuidado de maternidad entre 2018 y 2022, 60 condados han tenido un cambio continuo o cambiaron cada dos años. Cuatro condados mostraron una reducción de acceso tanto en el Informe de 2020 como en el de 2022; la pérdida de profesionales en obstetricia fue la causa principal de los cambios repetidos en clasificación.

El efecto acumulativo de COVID-19 en el acceso a cuidado de maternidad todavía no se ha medido o comprendido. La mayoría de los datos analizados en este informe para evaluar el acceso a cuidado de maternidad reflejarán información recopilada antes del comienzo de la pandemia y no deberían interpretarse como un resultado directo de COVID-19.

**Figura 2: Informes de cambio en la clasificación de cuidado de maternidad entre 2018 y 2022**  
**Ningún lugar donde ir: Áreas sin cuidado de maternidad en los Estados Unidos**



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021.

**Tabla 2: Distribución de condados, mujeres (15 a 44 años) y nacimientos por acceso a cuidado de maternidad**

	Áreas sin cuidado de maternidad		Poco acceso a cuidado de maternidad		Acceso moderado a cuidado de maternidad		Acceso completo a cuidado de maternidad		Total
	Conteo	Porcentaje	Conteo	Porcentaje	Conteo	Porcentaje	Conteo	Porcentaje	
Condados	1,119	35.6	373	11.9	223	7.1	1,427	45.4	3,142
Mujeres de 15 a 44 años de edad	2,247,963	3.5	3,030,528	4.7	1,670,549	2.6	57,593,119	89.2	64,542,159
Nacimientos	146,597	3.9	197,628	5.3	103,932	2.8	3,299,843	88.0	3,748,000

Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021; Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Datos finales de natalidad, 2020; Dirección de Censos de EE. UU., Población de los Condados según sus Características, 2020.

# ACCESO A CUIDADO DE ALTA CALIDAD

Los asuntos de accesibilidad financiera y acceso geográfico son importantes cuando se definen brechas en el cuidado de maternidad en los Estados Unidos; sin embargo, el concepto de cuidado materno de calidad está inextricablemente vinculado a los problemas de acceso a cuidado de maternidad y a la eliminación de áreas sin cuidado de maternidad. El cuidado materno de calidad generalmente se puede describir como brindar cuidado seguro, efectivo, puntual, eficiente y centrado en las personas.

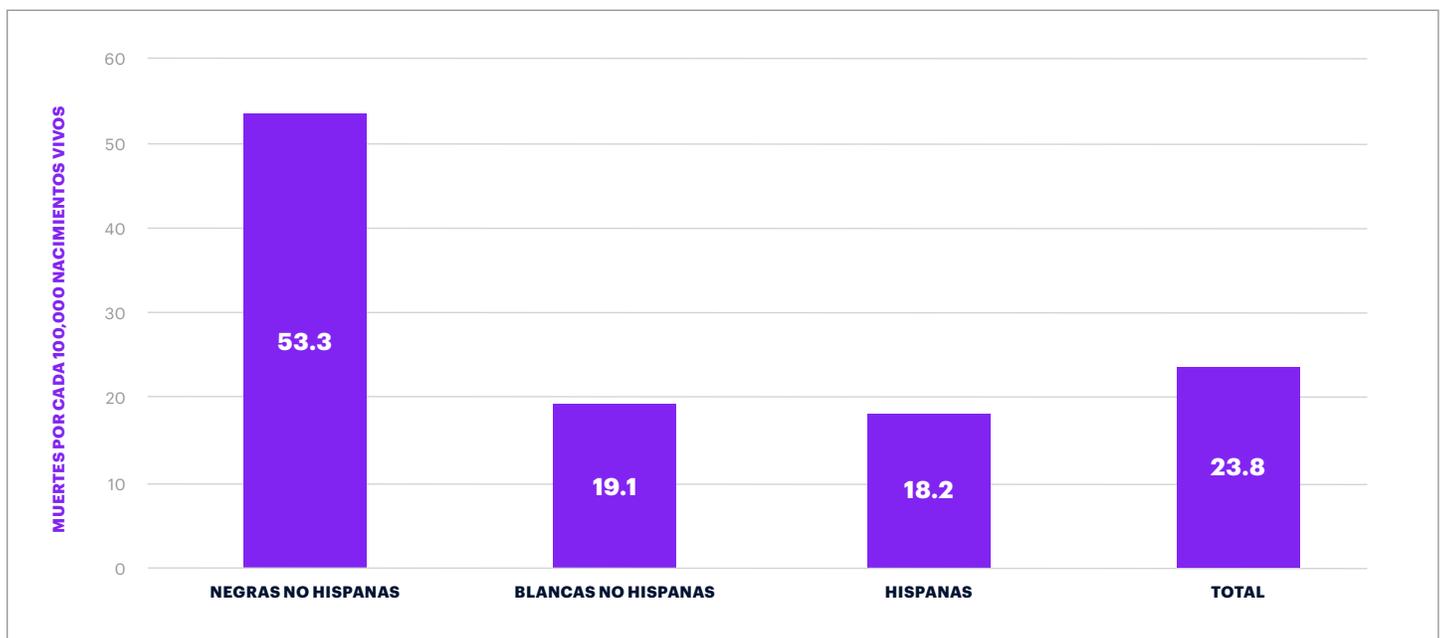
Los datos describen un panorama que apunta a una falta de igualdad en el cuidado materno de calidad. Antes del nacimiento, existen disparidades raciales y étnicas en el cuidado de maternidad. Una de cada cuatro mujeres indígenas americanas (24.2%) y 1 de cada 5 mujeres negras (20.1%) no recibieron cuidado prenatal adecuado en 2020, en comparación con solo 1 de cada 10 mujeres blancas (9.9%). Además, era menos probable que las mujeres hispanas y asiáticas e isleñas del Pacífico recibieran cuidado prenatal adecuado en comparación con las mujeres blancas (17.3 y 11.3%, respectivamente).<sup>10</sup> Después del nacimiento, las diferencias en los resultados de salud de las minorías persisten. En 2020, la tasa de mortalidad materna de las mujeres negras no hispanas fue de 55.3 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos, cerca de tres veces la tasa de las mujeres blancas no hispanas.<sup>4</sup> Además, la morbilidad

materna extrema (SMM) o los resultados imprevistos del parto y nacimiento que producen consecuencias significativas de salud a corto o largo plazo afectan a aproximadamente 50,000 mujeres en los Estados Unidos cada año.<sup>5</sup> La SMM es dos veces más frecuente en las mujeres negras que en las mujeres blancas, aún después de tomar en consideración los factores socioeconómicos y las condiciones médicas coexistentes.<sup>8,9</sup>

Si bien es más probable que las minorías tengan enfermedades coexistentes y niveles socioeconómicos más bajos, esto no explica bien la desigualdad en las tasas de SMM y de mortalidad materna.<sup>11</sup> Datos recientes sugieren que hay factores dentro de un hospital y entre establecimientos distintos que aportan a resultados de cuidado diferentes y contribuyen a las diferencias en los resultados de salud.<sup>12</sup> Los datos muestran que la calidad del hospital difiere entre los establecimientos que atienden principalmente a mujeres negras, hispanas o indígenas americanas y aquellos que atienden principalmente a mujeres blancas.<sup>13</sup>

Las iniciativas de mejora de la calidad (QI) en los hospitales, tal como la normalización de la atención mediante agrupaciones de seguridad, el uso de protocolos/listas de control y la capacitación del personal sobre el prejuicio implícito, pueden mejorar la atención.<sup>11</sup> En una iniciativa de mejora de la calidad a gran escala en

**Figura 3: Tasas de mortalidad materna por raza y origen hispano, Estados Unidos, 2020**



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Tasas de Mortalidad Materna en los Estados Unidos, 2020.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD

**Tabla 3: Acceso a cuidado de maternidad y características económicas**

Característica	Áreas sin cuidado de maternidad (n=1119 condados)	Poco acceso a cuidado de maternidad (n=373 condados)	Acceso moderado a cuidado de maternidad (n=223 condados)	Acceso completo a cuidado de maternidad (n=1427 condados)
	Media	Media	Media	Media
Ingreso familiar promedio+	\$50,206	\$51,687	\$58,596	\$60,604
Mujeres sin seguro de salud (18-64 años)*	13.7%	16.5%	7.5%	11.1%
Población en la pobreza**	16.0%	17.0%	13.1%	14.2%
Condados urbanos	18.6%	30.6%	37.7%	53.2%

\*Fuente: HRSA de los Estados Unidos, Archivo de Recursos de Salud de Áreas, 2021, datos de 2019.

\*\*Fuente HRSA de los Estados Unidos, Archivo de Recursos de Salud de Áreas, 2021, datos de 2015-2019.

**Tabla 4: Características de las áreas sin cuidado de maternidad de condados urbanos y rurales**

Característica	Condados urbanos (n=208 condados)	Condados rurales (n=909 condados)
	Media	Media
Ingreso familiar promedio+	\$54,715	\$49,174
Mujeres sin seguro de salud (18-64 años)*	13.0%	13.9%
Población en la pobreza**	15.0%	16.3%

\*Fuente: HRSA de los Estados Unidos, Archivo de Recursos de Salud de Áreas, 2021, datos de 2019.

\*\*Fuente HRSA de los Estados Unidos, Archivo de Recursos de Salud de Áreas, 2021, datos de 2015-2019.

hospitales múltiples para reducir la morbilidad materna extrema (SMM) debido a una hemorragia obstétrica, se logró reducir la SMM total y las mujeres negras experimentaron la mayor reducción en comparación con las mujeres negras antes de la iniciativa.<sup>14</sup> Esta iniciativa se concentró en mejoras a nivel del hospital; aún con estas mejoras, las mujeres negras tuvieron las tasas más altas de SMM. Ya que hay muchos puntos en los cuales la calidad de la atención puede verse afectada, es importante buscar mejoras de calidad desde el período de pre-concepción hasta el posparto. Para concentrarse en las disparidades raciales en el cuidado de maternidad, March of Dimes brindó [capacitación sobre el prejuicio implícito a los profesionales de la salud](#) en 2019. La mitigación del prejuicio implícito de los profesionales de la salud en los distintos entornos de atención médica para las personas embarazadas es un componente importante en la creación y sustentación de una cultura de igualdad dentro de las instituciones de atención médica.

Las Redes de Colaboradores para la Calidad en la Atención Médica Perinatal (PQC en inglés) en toda la nación son otra fuente de mejora de calidad en el cuidado

de maternidad. Las PQC pueden adaptar y abordar los problemas críticos de salud perinatal actuales y emergentes a los que se enfrenta nuestra nación. La PQC es una red de equipos trabajando para mejorar la calidad de atención para las personas que dan a luz y sus bebés. March of Dimes apoya el desarrollo, financiación y colaboración de las PQC nacionales y estatales.

La pandemia de COVID-19 trajo cambios numerosos y rápidos al cuidado de maternidad a nivel mundial. Una evaluación sistemática concentrándose en los efectos de la pandemia en los profesionales en maternidad determinó que ellos experimentaban desafíos de organización y salud mental.<sup>15</sup> Toda la escasez de personal, la restructuración de dónde y cómo se brindaba cuidado, la escasez de equipo de protección personal, el cuidado de personas embarazadas positivas a COVID y la restricción de apoyo durante el nacimiento se reportaron como desafíos durante la atención en la pandemia.<sup>15</sup> Mentalmente, los profesionales reportaron estrés para brindar cuidado normal debido a una carga de trabajo más alta y al apoyo emocional de los pacientes. Numerosos factores estresantes durante la cumbre de la pan-

demia posiblemente afectaron la calidad de la atención durante ese período.

En cuanto a acceso, los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) que garantizan que los planes de salud brinden a las personas acceso a cuidado puntual, de alta calidad y culturalmente competente pueden ofrecer una solución a los desafíos con respecto a acceso a cuidado de calidad. Esta ley exige que el cuidado sea puntual, de alta calidad y culturalmente competente, y que brinde acceso a un conjunto diverso de especialidades. Estas normas garantizan que la gente que compra un plan de seguro que usa una red de profesionales pueda contar con esa red para satisfacer sus necesidades.<sup>16,17</sup>

March of Dimes apoya los esfuerzos de los reguladores federales para establecer normas completas para el cuidado de salud materna, incluyendo la necesidad de normas cuantitativas como el acceso geográfico, proporciones de profesionales a personas inscritas aplicables al cuidado obstétrico y ginecológico y máximos tiempos de espera para obtener citas. Además, March of Dimes apoya las normas de inclusión e integración de profesionales a nivel intermedio licenciados como profesionales en partería y auxiliares de nacimiento, incluyendo doulas y especialistas en lactancia. Las redes deben ofrecer atención fuera de las horas hábiles y tele-salud como alternativas a los procedimientos tradicionales en la consulta del profesional.<sup>18</sup>

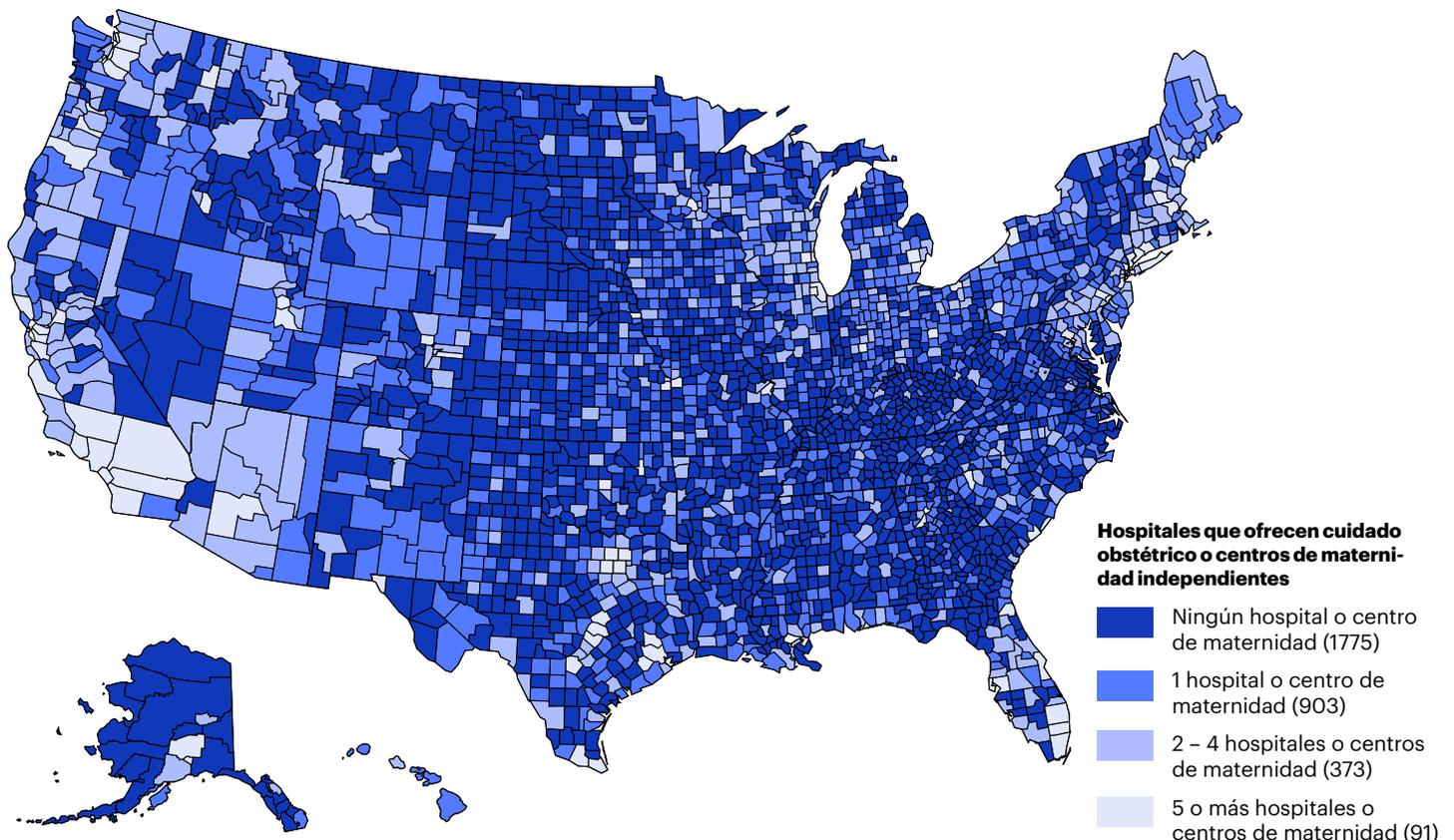
# HOSPITALES

La distribución desigual de hospitales es esencial en la conversación sobre nacimientos y cuidado de maternidad en los Estados Unidos. En 2020, el 98.3 por ciento de todos los nacimientos vivos sucedieron en hospitales.<sup>10</sup> En 2019, el 42.5 por ciento de los condados (1,337) tenían al menos un hospital que brindaba servicios obstétricos (Figura 4), más del cuatro por ciento menos que en el momento del Informe de 2018.<sup>19</sup> En 2020, más de ocho millones de mujeres en edad reproductiva vivían en condados sin un hospital obstétrico.<sup>19</sup>

En total, desde 2005, 181 hospitales rurales han cerrado en todo el país. La mayoría (138) cerraron en los últimos 12 años y 19 hospitales rurales cerraron en 2020.<sup>20</sup> Las mujeres que dieron a luz en áreas rurales donde los pabellones obstétricos estaban cerrados, corrían más riesgo de dar a luz en hospitales sin cuidado obstétrico o fuera de un hospital. En 2019, era menos probable que los condados rurales tuviesen al menos un hospital obstétrico en comparación con los condados urbanos (25.9% contra 52.4%, respectivamente).<sup>19</sup>

El cierre de pabellones de maternidad se concentra en los condados rurales, con la pérdida más frecuente en los condados más remotos.<sup>21</sup> En un período de cuatro años desde 2014 a 2018, en los condados rurales se cerraron los servicios obstétricos en hospitales en 53 condados (2.7%), además de los 1,045 condados (52.9%) que nunca tuvieron servicios obstétricos.<sup>21</sup> Más recientemente, March of Dimes encontró que hubieron cierres en 12 estados desde 2019 a 2020 en los cuales 21 condados rurales perdieron una o más unidades obstétricas de hospitales.<sup>22</sup> Se ofrecen varias explicaciones respecto a los cierres de unidades obstétricas rurales. Estas incluyen la escasez de profesionales en obstetricia y médicos de familia, el bajo volumen de nacimientos y las comunidades de bajos ingresos. Sin embargo, los cierres están afectando a un porcentaje más alto de mujeres negras no hispanas y a mujeres de bajos ingresos.<sup>23,24</sup> Los condados urbanos también se han visto afectados por los cierres de unidades obstétricas en hospitales, ya que 200 condados urbanos perdieron una o más unidades obstétricas entre 2019 y 2020.<sup>22</sup>

**Figura 4: Hospitales y/o centros de maternidad que ofrecen cuidado obstétrico por condado, 2019**



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021; Asociación de Centros de Maternidad de los Estados Unidos, 2022.

Las mujeres en áreas rurales corren más riesgo de complicaciones durante el nacimiento; los hospitales rurales reportan tasas más altas de hemorragia y transfusiones de sangre en comparación con los hospitales urbanos.<sup>25</sup> Además, el 50 por ciento de las mujeres que viven en comunidades rurales, en comparación con el siete por

ciento de las mujeres en áreas urbanas, deben viajar más de 30 minutos para llegar a un hospital obstétrico.<sup>25</sup> Esta falta de acceso contribuye a que las mujeres en áreas rurales tengan un nueve por ciento más de probabilidad de mortalidad o morbilidad materna, en comparación con las mujeres en áreas urbanas con mayor acceso.<sup>25</sup>

# CENTROS DE MATERNIDAD

Se ha prestado más atención a los centros de maternidad en las décadas recientes<sup>26</sup> y suelen ser sinónimos con el cuidado de partería. En general, los centros de maternidad se definen como establecimientos de salud que son independientes de los sistemas de hospitales o médicos y que se dedican a la salud durante el período perinatal.<sup>26</sup> Los centros de maternidad pueden ser independientes o estar situados en un hospital y son un lugar de nacimiento para mujeres con embarazos de bajo riesgo que desean concentrarse en un nacimiento natural en un entorno hogareño.<sup>26,27</sup> Debido a la naturaleza de los centros de maternidad, deben estar situados en las inmediaciones de un hospital en caso que se necesite un nivel más alto de cuidado.

Los nacimientos en los centros de maternidad y los nacimientos hogareños planificados suelen definirse juntos como nacimientos comunitarios. Cuando la ubicación del nacimiento depende de la persona, los datos muestran que las personas que eligen un nacimiento comunitario tienden a valorar más la autonomía y el uso reducido de la intervención médica durante el proceso de nacimiento.<sup>28</sup> Estudios múltiples han demostrado que las mujeres que recibieron cuidado en un centro de maternidad durante todo el embarazo, nacimiento y posparto posiblemente estén más satisfechas que aquellas que recibieron cuidado de maternidad estándar en un hospital.<sup>26</sup> Esta satisfacción ha sido atribuida a las relaciones positivas con los profesionales que brindan cuidado personalizado y completo.<sup>26</sup>

Hasta diciembre de 2021, había 406 centros de maternidad independientes en los Estados Unidos.<sup>29</sup> Estos centros de maternidad se encuentran en 255 condados en todo el país, en comparación con 234 en 2020.<sup>30</sup> Veinte estados tienen más de cinco centros de maternidad y siete estados no tienen ninguno.<sup>29</sup> La adición de centros de maternidad en todo el país ha tenido un efecto en el acceso a cuidado de maternidad. Desde 2020, ha aumentado la presencia de centros de maternidad en los condados rurales y condados con acceso limitado a cuidado de maternidad. El tres por ciento de los condados rurales ahora tienen al menos un centro de maternidad. El porcentaje de condados urbanos con al menos un centro de maternidad también ha aumentado del 16 por ciento al 17 por ciento desde 2020.<sup>19,29</sup>



La pandemia de COVID-19 produjo cambios en las tendencias de datos de los centros de maternidad. Si bien solo el 0.6 por ciento de todos los nacimientos en los Estados Unidos se realizaron en centros de maternidad en 2020,<sup>10</sup> esto representa un 13.2 por ciento de aumento desde 2019 o 21,884 nacimientos. Cuando se consideran los nacimientos comunitarios, las tasas de nacimientos fuera del hospital en 2020 aumentan aún más. Durante décadas, los nacimientos hogareños han sido menos del uno por ciento de todos los nacimientos vivos.<sup>31</sup> Las tasas de nacimientos comunitarios durante la pandemia (2020) aumentaron a más del uno y medio por ciento (1.5%).<sup>10</sup> Este número alcanza cerca del dos por ciento (1.9%) de todos los nacimientos cuando se incluyen otros tipos de nacimientos fuera del hospital. En total, esto representa un aumento del 19.5 por ciento en los nacimientos comunitarios desde 2019.<sup>31</sup>

La mayoría de las mujeres que utilizan centros de maternidad en los Estados Unidos son blancas no hispanas (75.8%) y tienen seguro privado (43.5%) (Tabla 5). Además, se realiza un número menor de nacimientos cubiertos por Medicaid en los centros de maternidad (19.4%) en comparación con los nacimientos en hospitales (42.2%).<sup>10</sup> Estos puntos de datos representan una desigualdad demográfica de las mujeres que utilizan o tienen acceso a los centros de maternidad. Es necesario identificar y abordar las barreras que pudiesen existir para las mujeres sin acceso actual a los centros de maternidad, de modo que los centros de maternidad sigan siendo una opción para todas las personas interesadas que dan a luz.

**Tabla 5: Diferencias demográficas y de pago entre los nacimientos en hospitales y en los centros de maternidad, 2020**

Característica demográfica	Nacimientos en hospitales (n=3.541.612)	Nacimientos en centros de maternidad (n=21.884)	Método de pago	Nacimientos en hospitales (n=3.541.612)	Nacimientos en centros de maternidad (n=21.884)
Personas blancas (%)	51.1	75.8	Medicaid (%)	42.2	19.4
Condados rurales (%)	5.3	4.3	Privado (%)	50.8	43.5
Ingreso familiar promedio*	\$68,272	\$70,002	Pago por cuenta propia (%)	3.0	33.8
Pobreza (%)	13.7	12.3	Otro (%)	4.1	3.3

Notas: Los nacimientos en hospitales y en centros de maternidad fueron significativamente diferentes ( $p < 0.001$ ) en todas las características.

\*Ingreso familiar promedio y población en la pobreza dentro del condado de residencia.

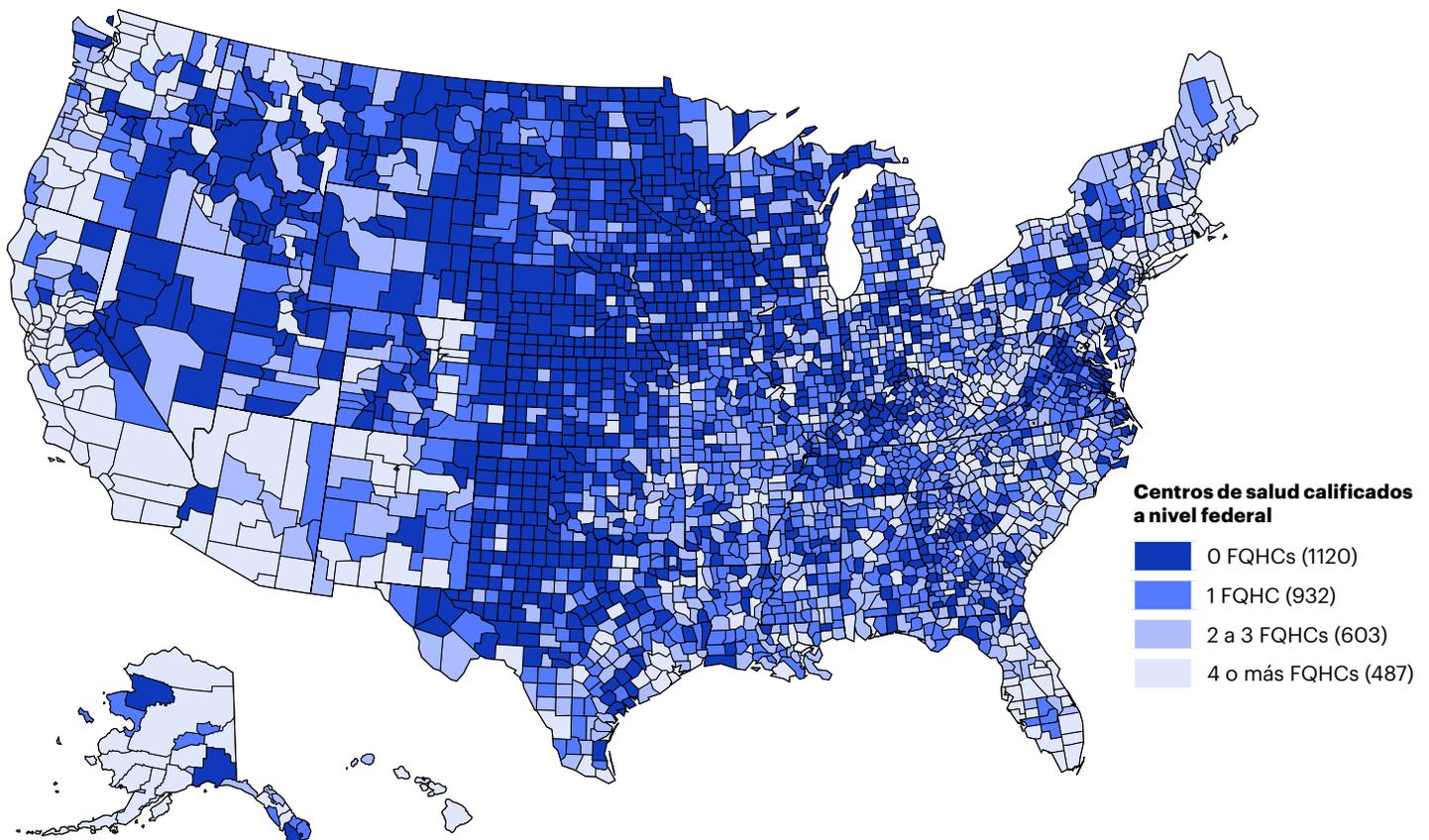
Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021; Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Datos finales de natalidad, 2020.

# CENTROS DE SALUD CALIFICADOS A NIVEL FEDERAL

Los Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC en inglés) están situados en toda la nación, reciben fondos de subvenciones federales a través de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA en inglés) y prestan servicios de atención primaria en áreas o poblaciones desatendidas.<sup>32</sup> Los FQHC pueden tener varias formas, tal como centros comunitarios o dar servicio a grupos específicos de mujeres o LGBTQIA+ y aumentar el acceso al cuidado de salud ofreciendo servicios en una escala gradual.<sup>33</sup> Están situados en entornos urbanos, rurales y tribales. Los servicios de cuidado de salud prenatal, ginecológicos y reproductivos son ejemplos de servicios ofrecidos por algunos FQHC. Otra manera en que los FQHC franquean las brechas en el cuidado de maternidad es mediante calificación para un mayor reembolso de Medicaid, lo cual ayuda a los proveedores a recibir reembolso por los servicios prestados.<sup>34</sup> Debido a la naturaleza de los FQHC, se puede brindar atención en entornos no tradiciona-

les y a nivel comunitario con poblaciones desatendidas. Los FQHC pueden brindar una oportunidad única para mejorar el cuidado materno en las comunidades de bajos ingresos, como es el caso de una clínica en Houston, Texas que aumentó la tasa de mujeres que recibieron cuidado prenatal temprano en un 44 por ciento.<sup>35</sup> Hasta diciembre de 2021, se habían identificado 8.104 FQHC en este informe como clínicas que brindan cuidado de maternidad en los Estados Unidos. (Figura 6). Los condados urbanos tenían un promedio de 3.5 FQHC por condado, mientras que los condados rurales tenían un promedio de uno. Cerca de la mitad (48%) de los condados rurales no tienen un FQHC y al menos 2.6 millones de mujeres elegibles a Medicaid viven en condados sin FQHC.<sup>19</sup> Además, más de la mitad (50.7%) de los condados sin FQHC son áreas sin cuidado de maternidad. Los FQHC que ofrecen cuidado de maternidad son una parte importante de la conversación sobre la eliminación de las áreas sin cuidado de maternidad.

**Figura 6: Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) por condado, 2021**



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Sitios de servicio de partos en centros de salud y sitios parecidos, 2021.

# PROFESIONALES

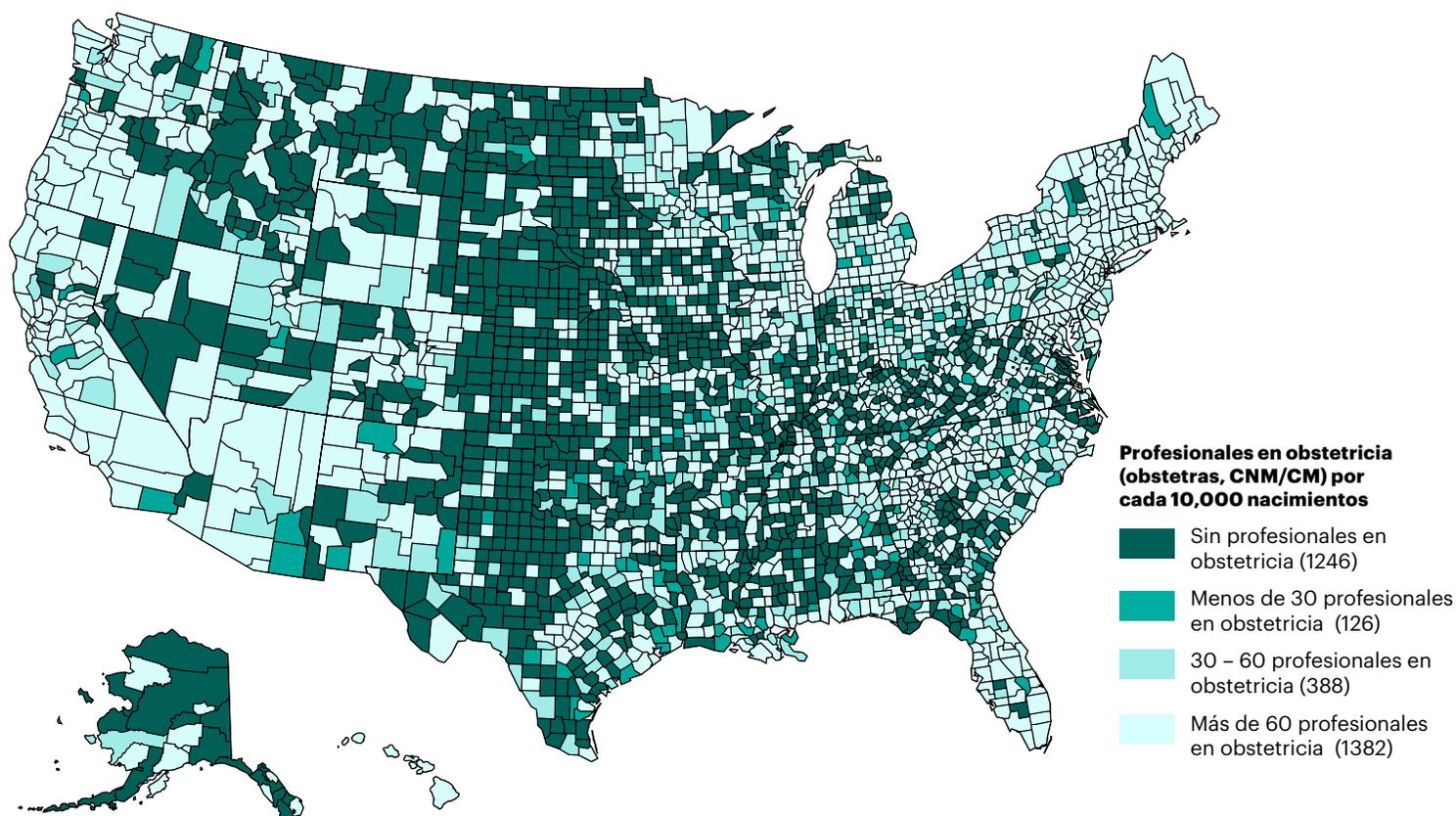
Todos los profesionales en obstetricia (OB), profesionales en enfermería de partería con certificación (CNM) y médicos de familia son profesionales de la salud que pueden brindar cuidado materno de calidad. Como un factor en la designación de áreas sin cuidado de maternidad (los análisis excluyeron a los médicos de familia ya que no se garantiza que ellos ofrezcan cuidado obstétrico), ellos no están distribuidos de igual forma en todos los Estados Unidos, con un 39.8 por ciento de los condados a los cuales les falta un OB o un CNM.<sup>19</sup> Además, la capacidad para profesionales en partería en las áreas rurales posiblemente se haya subutilizado.<sup>36</sup> La escasez de fuerza de trabajo de cuidado materno está vinculada con los cierres de pabellones de maternidad y produce barreras como la distancia de viaje más larga y los tiempos de espera más largos para recibir atención, y está asociada con un aumento de nacimientos fuera del hospital y nacimientos prematuros.<sup>37</sup> Los esfuerzos para monitorear las diferencias en la fuerza de trabajo de cuidado materno rural y urbana son importantes para abordar las brechas en el cuidado y acceso.<sup>38</sup> En 2019, casi la mitad de los condados estadounidenses

(47.9%) no tenían un OB y más de la mitad no tenía un CNM (55.1%).<sup>19</sup> El porcentaje de condados en los Estados Unidos que no tienen OB o CNM se ha mantenido uniforme desde el Informe sobre áreas sin cuidado de maternidad de 2018, con un aumento del 0.2 por ciento en los últimos cuatro años (39.6% contra 39.8%, respectivamente) (Figura 7).<sup>19</sup> En 2019, más de 2.5 millones de mujeres en edad reproductiva vivían en condados sin profesionales en obstetricia y hubo más de 170.000 nacimientos en esos condados.<sup>19</sup>

## Profesionales en obstetricia

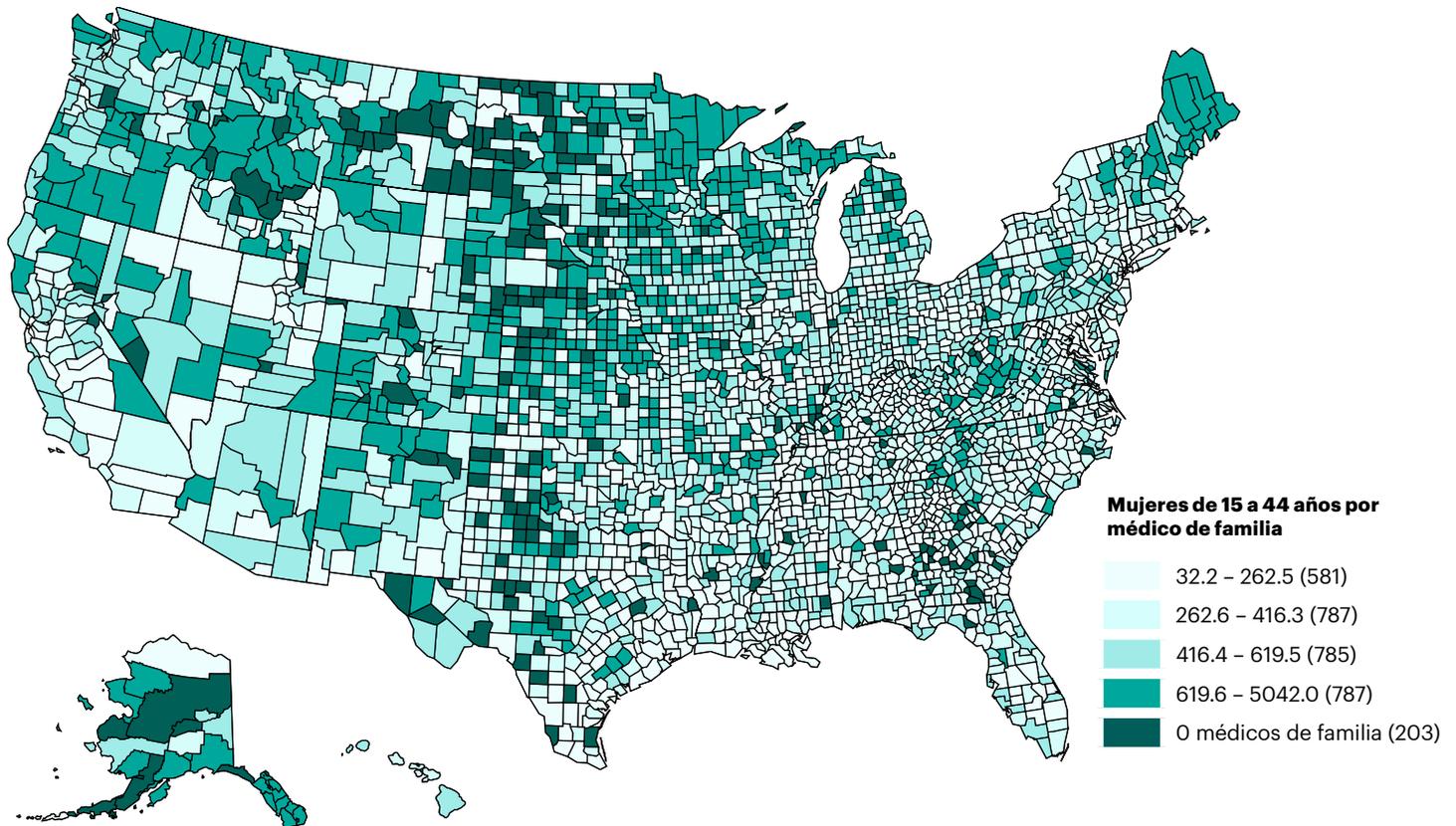
Es mucho más probable que los profesionales en obstetricia trabajen en condados metropolitanos, y se estima que menos del 10 por ciento de dichos profesionales practican en áreas rurales.<sup>39</sup> En 2019, los condados rurales también tenían cerca de la mitad de profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos en comparación con los condados urbanos (26.7 contra 58.0 por cada 10,000 nacimientos, respectivamente).<sup>19</sup>

**Figura 7: Distribución de profesionales en obstetricia por condado, 2019**



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2021.

**Figura 8: Distribución de médicos de familia por condado, 2021**



Fuente: Academia Americana de Médicos de Familia, 2021

En respuesta a la disminución del acceso a cuidado de maternidad en áreas rurales, la Oficina Federal de Política de Salud Rural creó las Estrategias de control rural de maternidad y obstetricia (RMOMS) en 2019.<sup>40</sup> El objetivo de los fondos de subsidio es formar redes regionales de profesionales en obstetricia para franquear las brechas en el cuidado.

Durante los últimos dos años, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado la escasez de personal, complicó la prestación de cuidado y redujo la certeza sobre el futuro de brindar cuidado de obstetricia en las áreas rurales.<sup>15,41,42</sup> Los profesionales en obstetricia se enfrentaron a numerosos cambios en la prestación de cuidado, incluyendo: escasez de equipo de protección personal, transición a la comunicación virtual, protocolos para las mamás positivas a COVID y restricciones de personal en la sala de parto.<sup>15</sup>

## Médicos de familia

Si bien los médicos de familia que ofrecen servicios de parto han disminuido desde el año 2000,<sup>43</sup> estos pro-

fesionales de la salud se consideran una parte integral de la fuerza de trabajo de cuidado de maternidad. Los médicos de familia ayudan a brindar atención en las áreas sin cuidado de maternidad y en comunidades rurales pequeñas o aisladas. En las áreas rurales, la probabilidad de un parto realizado por un médico de familia ha aumentado<sup>36</sup> y a menudo este puede ser apoyado virtualmente por especialistas en áreas urbanas.<sup>25,44</sup> Si bien el 23 por ciento de los médicos de familia recién graduados muestran interés en brindar cuidado de maternidad, solo el ocho por ciento brindan estos servicios actualmente.<sup>45</sup> Muchos de estos médicos informan no ser capaces de encontrar un cargo que estaba brindando servicios de obstetricia. Adicionalmente, los problemas de negligencia, cierres de hospitales y problemas de volumen y preocupaciones sobre el estilo de vida se indicaron como factores preocupantes o barreras para que los médicos de familia practiquen cuidado de obstetricia.<sup>46</sup>

Si bien cerca del 40 por ciento de los condados en los Estados Unidos no tienen un profesional en obstetricia o un profesional en enfermería de partería (CNM),<sup>19</sup> solo el 6.5 por ciento de los condados (204) no tienen un médi-

co de familia (Figura 8).<sup>47</sup> De los condados sin un médico de familia, el 93.1 por ciento eran áreas sin cuidado de maternidad y cuatro de cada cinco (82.4%) eran rurales.<sup>19,47</sup> Además, el 6.1 por ciento de los condados (193) no tienen un profesional en obstetricia, CNM o médico de familia.<sup>47</sup> Esto crea la oportunidad para que los médicos de familia llenen la brecha en brindar cuidado de maternidad en áreas que no lo tienen.

## Profesionales en partería

Los profesionales en enfermería de partería con certificación (CNM) y los profesionales en partería con certificación (CM) brindan un rango completo de servicios de salud primarios a mujeres durante su ciclo de vida y también durante sus años de vida reproductiva.<sup>48</sup> Según la Junta Americana de Certificación de Profesionales en Partería, hasta agosto de 2021, había 13,403 CNM/ CM en los Estados Unidos.<sup>49</sup>

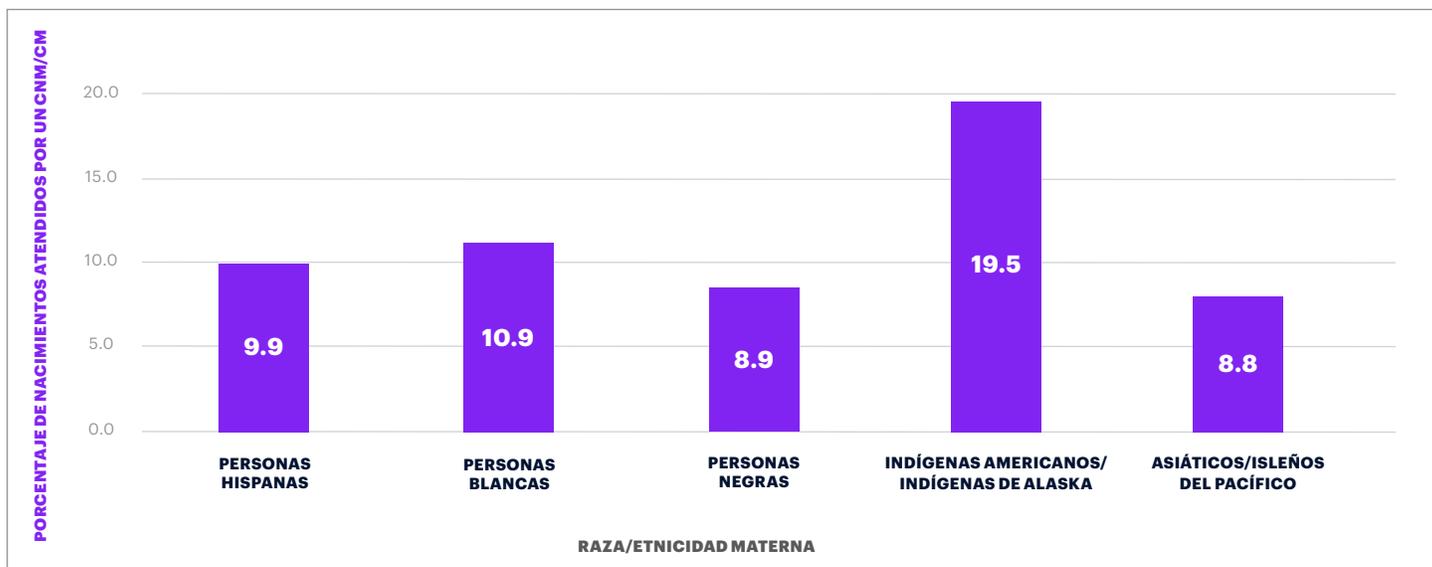
Veinticinco estados tienen autoridad de práctica completa para los CNM, mientras que otros imponen restricciones que incluyen supervisión y/o un acuerdo de colaboración con un médico. Los profesionales certificados en partería (CPM), que principalmente atienden los nacimientos fuera del hospital o nacimientos comunitarios, están legalmente autorizados para practicar en 35 estados.<sup>50</sup>

La investigación previa ha demostrado beneficios en el uso de un profesional en partería durante los períodos de embarazo y posparto. El cuidado brindado por profesionales en partería ha sido asociado con un aumento en la posibilidad de tener un nacimiento de intervención menor y un costo de cuidado más bajo debido a las probabilidades significativamente más bajas de que se necesite intervención médica. Además, ha sido asociado con una posible reducción en los nacimientos prematuros y otras condiciones de nacimiento adversas, tal como una reducción en la pérdida fetal por cualquier causa (hasta cuatro semanas después del nacimiento).<sup>51</sup> Las probabilidades más altas de varios resultados de nacimiento positivos se asocian con el cuidado brindado por los profesionales en partería, incluyendo el parto vaginal después de una cesárea (VBAC), el parto vaginal y el amamantamiento.<sup>52</sup>

Las mujeres que viven en áreas rurales tienen sus bebés con un profesional licenciado en partería (CNM/CM) un 12.5 por ciento menos a menudo que las mujeres que viven en áreas urbanas. Las mujeres negras en áreas rurales experimentan la brecha más grande en participación de un profesional licenciado en partería ya que es un 58.7 por ciento menos probable que tengan su parto con un profesional licenciado en partería que aquellas en áreas urbanas. Sin embargo, las mujeres indígenas americanas tienen sus bebés con un profesional licenciado en partería un 11.5 por ciento más a



**Figura 9: Porcentaje de nacimientos atendidos por profesionales en partería\*, por raza/etnicidad, Estados Unidos, 2020**



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Datos finales de natalidad, 2020.  
\*Incluye CNM/CM.

menudo en los condados rurales, en comparación con las áreas urbanas.<sup>10,19</sup> En total, es más probable que las mujeres indígenas americanas den a luz con un profesional licenciado en partería que otros grupos raciales y étnicos (19.5%) (Figura 9).<sup>10</sup>

El acceso al uso de profesionales en partería puede ser un problema si se considera que los nacimientos atendidos por un profesional licenciado en partería tienen una tasa más baja de utilización de Medicaid (38.5%) en comparación con los nacimientos atendidos por un médico (42.4%).<sup>10</sup> En 2020, el 87.8 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por un médico y el 10.3 por ciento fueron atendidos por profesionales licenciados en partería. Del porcentaje atendido por profesionales en partería, los CNM atendieron un 52.8 por ciento de los nacimientos en un centro de maternidad y el 30.8 por ciento de los nacimientos hogareños previstos. Dentro de los hospitales, el 89.5 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por un médico y el 9.9 por ciento fueron atendidos por profesionales licenciados en partería. En el mismo año, la proporción de nacimientos atendidos por un CNM o CM fue del cinco por ciento o menos en Alabama, Arkansas, Luisiana, Mississippi, Oklahoma y Texas. Alternativamente, más de 1 de cada 5 nacimientos fueron atendidos por un profesional en partería en Alaska, Maine, New Hampshire, Nuevo México, Oregón y Vermont.<sup>10</sup>

El cuidado de maternidad sigue siendo un desafío con la pandemia continua de COVID-19. Durante el primer año de la pandemia (2020), hubo un cinco por ciento de aumento en los nacimientos atendidos por profesionales

en partería desde 2019 (9.8%) a 2020 (10.3%).<sup>10</sup> El trabajo de los profesionales en partería se puede considerar demandante<sup>53</sup> y el entorno de una pandemia global por cierto añadió obstáculos.

En los Estados Unidos, los profesionales en partería trabajando durante la pandemia en entornos de nacimientos hogareños y en los centros de maternidad observaron un aumento en las solicitudes de transferencia a nacimientos fuera del hospital.<sup>54</sup> Entre los profesionales de la salud materna que prestaron servicios a principios de 2020 en los hogares y centros de maternidad, era más probable que los profesionales en partería reportaran un aumento en sus horas de trabajo y en el número de nacimientos que sus contrapartes en hospitales.<sup>54</sup> Añadiendo a estos desafíos, la fuerza de trabajo de profesionales en partería sufrió inicialmente una pérdida de trabajos de tiempo completo y parcial.<sup>55</sup> La sostenibilidad de la profesión se puso incierta cuando los estudiantes de partería vieron una disminución en las oportunidades de capacitación en el primer año de la pandemia.<sup>55</sup> La adaptación constante será esencial para continuar brindando cuidado de alta calidad a las personas que dan a luz en toda la nación.

En un momento en que nuestro país está experimentando una escasez de profesionales de la salud materna, la expansión del acceso al cuidado brindado por los profesionales en partería puede ayudar a franquear la brecha y posiblemente mejorar ciertos resultados en las personas de bajo riesgo. La Comisión de Acreditación de Educación de Profesionales en

Partería (ACME en inglés) no ha observado ningún aumento en el número de programas acreditados de educación de dichos profesionales a nivel nacional entre 2009 y 2018 y, en general, los programas operan por debajo de su plena capacidad, con un promedio de 135 vacancias cada año.<sup>56</sup> En 2018, el 72.7 por ciento de los estudiantes de partería en programas de ACME eran blancos y solo el 0.4 por ciento eran indígenas

americanos.<sup>56</sup> March of Dimes recomienda que los estados garanticen que sus leyes promuevan el acceso al cuidado brindado por los profesionales en partería y que también apoyen los esfuerzos de integración de sus modelos de cuidado, con autonomía completa y paridad salarial, en el cuidado de maternidad en todos los estados.

# DOULAS

Las doulas son profesionales capacitadas que dan apoyo sin funciones médicas a personas embarazadas y que dan a luz durante el embarazo, nacimiento y posparto.<sup>57</sup> Las doulas dan apoyo físico, emocional e informacional, y la evidencia sugiere que el uso de una doula da mejores resultados para las mujeres durante el parto.<sup>57,58</sup> En general, las mujeres se sienten más satisfechas con la experiencia del parto cuando están acompañadas por una doula.<sup>59</sup> La American College of Obstetricians and Gynecologists (Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos, ACOG) respalda el apoyo continuo y directo brindado por una doula y se asocia con una disminución en el uso de intervenciones médicas durante el proceso de parto.<sup>58,60</sup>

Al comienzo de la pandemia de COVID-19 en curso, muchos hospitales, y algunos centros de maternidad —a nivel mundial y en los Estados Unidos— tuvieron restricciones severas con respecto al apoyo de doulas durante el parto.<sup>61</sup> La definición de ‘trabajador esencial’ pasó a depender de los protocolos hospitalarios rápidamente cambiantes y de las preferencias de los profesionales de la salud, pero respetando las órdenes de quedarse en casa establecidas por los gobiernos locales.<sup>61</sup> Estos cambios dejaron a las doulas

fuera de las salas de parto y las personas embarazadas se enfrentaron a un apoyo limitado durante el parto, un aspecto que las doulas reportaron como muy preocupante en ese momento.<sup>61</sup> Para principios de 2022, la mayoría de estas políticas se habían revertido o expandido para permitir una persona auxiliar secundaria en el parto.

March of Dimes continúa apoyando el trabajo de doulas, promocionando políticas que aumentan la capacidad de reembolso por su cuidado a través de un rango completo de programas de seguro, incluyendo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). March of Dimes también apoya la ampliación de la fuerza de trabajo de doulas mediante un aumento en el acceso y la oportunidad de capacitación profesional, y el desarrollo de apoyo y capacidad para doulas con distintos antecedentes.<sup>62</sup>

Hasta agosto de 2022, había 32 estados (incluyendo D.C.) que habían propuesto iniciativas legislativas para proporcionar servicios de doulas y/o reembolso de Medicaid. De estos 32 estados, cinco reembolsan activamente los servicios de doulas en los planes de Medicaid y siete están en el proceso de implementar beneficios de doulas bajo Medicaid.<sup>63</sup>



# CUIDADO POSPARTO

El período posparto generalmente se define como cuidado que se brinda hasta 12 semanas después del nacimiento<sup>64</sup> y puede ser un tiempo desafiante para que algunas mujeres reciban cuidado. Cerca de un tercio de las mujeres experimentan cambios o pierden la cobertura de seguro en el período posparto.<sup>65</sup> Las mujeres embarazadas cubiertas por Medicaid son las que corren más riesgo de perder la cobertura debido al límite de cobertura de 60 días.<sup>66</sup> Durante la pandemia de COVID-19, se amplió el acceso a cuidado debido a los grandes aumentos en la cobertura uniforme de Medicaid y los esfuerzos para impedir la desafiliación.<sup>67</sup>

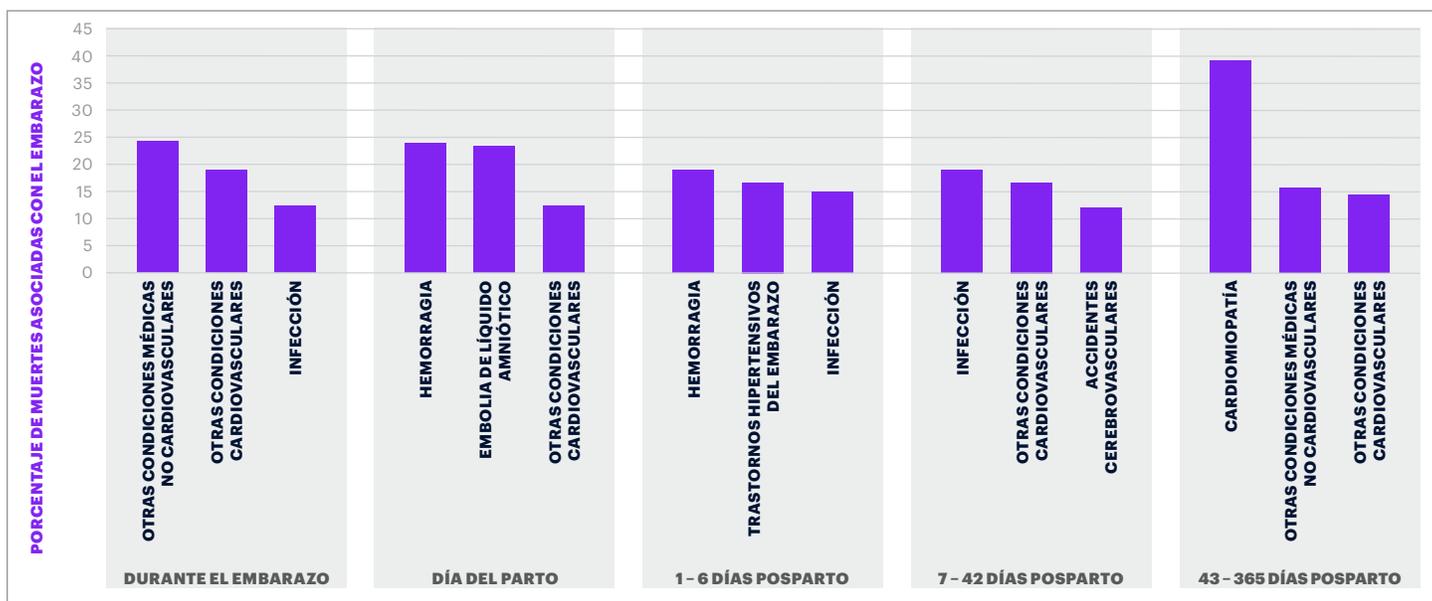
La mayoría de las citas posparto se programan cuatro a seis semanas después del nacimiento, y consisten en una cita. En 2019, una de cada 10 personas no recibió un chequeo posparto. Las personas de 30 a 39 años de edad eran las más probables de hacerse un chequeo posparto (92.9%) y las mujeres menores de 20 años eran las menos probables (84.6%). Someterse a un chequeo posparto era menos probable en las mujeres hispanas que en las mujeres blancas y negras no hispanas (86.6% contra 92.9% contra 88.3%, respectivamente) y era más probable que las mujeres con Medicaid se sometieran a su chequeo posparto que las mujeres sin Medicaid (92.9% contra 84.2%, respectivamente).<sup>68</sup>

Las directivas actualizadas recomiendan un cuidado constante que comience no más tarde de tres semanas después del parto y que incluya una visita completa aproximadamente 12 semanas después del parto.<sup>64</sup>

El ‘cuarto trimestre’ es un período importante para considerar las condiciones que pudiesen afectar la salud de la persona que da a luz durante toda su vida. El apoyo posparto es especialmente importante para los padres que experimentan complicaciones durante el embarazo o parto y/o que viven con enfermedades crónicas<sup>69,70</sup> incluyendo problemas de salud mental, diabetes e hipertensión. El acceso a cuidado según el área geográfica y la falta de seguro o capacidad para ir a las citas pueden producir brechas en el cuidado y pérdida de oportunidades para impedir la morbilidad y mortalidad maternas. Una de cada tres muertes asociadas con el embarazo (33%) ocurre en el período posparto (una semana a un año después del nacimiento,<sup>71</sup> y aproximadamente el 63 por ciento de todas las muertes maternas son evitables.<sup>6</sup> El acceso uniforme al cuidado posparto podría ayudar a impedir la mortalidad y morbilidad maternas.<sup>72</sup>

Mucha gente experimenta desafíos de salud mental durante el embarazo y período posparto, tal como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático. La depresión perinatal afecta a 1 de cada 8 mujeres<sup>73</sup> y la evidencia ha mostrado que el riesgo más alto de un incidente de salud mental posparto ocurre en los primeros cuatro meses después del parto. Las mujeres que experimentan morbilidad materna extrema corren el doble de riesgo de sufrir un trastorno por uso de sustancias posparto.<sup>70</sup> Las mujeres negras no hispanas reportan depresión posparto a una tasa más alta que las mujeres blancas no hispanas y mujeres hispanas (19.1% contra 11.9%, respectivamente).<sup>68</sup> Aproximadamente el 10 por

**Figura 10. Las tres causas más frecuentes de muertes asociadas con el embarazo, por tiempo relativo al fin del embarazo — Sistema de vigilancia de mortalidad durante el embarazo, Estados Unidos, 2011–2015**



Fuente: Petersen EE, Davis NL, Goodman D, et al. Signos vitales: Muertes asociadas con el embarazo, Estados Unidos, 2011–2015, y Estrategias de prevención, 13 Estados, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:423–429.

ciento de las mujeres sufren ansiedad durante el período posnatal.<sup>74</sup> Aproximadamente el seis por ciento de las mujeres reportan ansiedad y depresión posnatal.<sup>75</sup>

March of Dimes apoya sólidamente los esfuerzos para mejorar la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las

personas con trastornos de salud mental materna. Hay cinco elementos clave que son críticos para mejorar la salud mental materna e incluyen: acceso a cuidado, evaluación universal, remisión y tratamiento, educación y vigilancia de los trastornos de salud mental materna.<sup>76</sup>

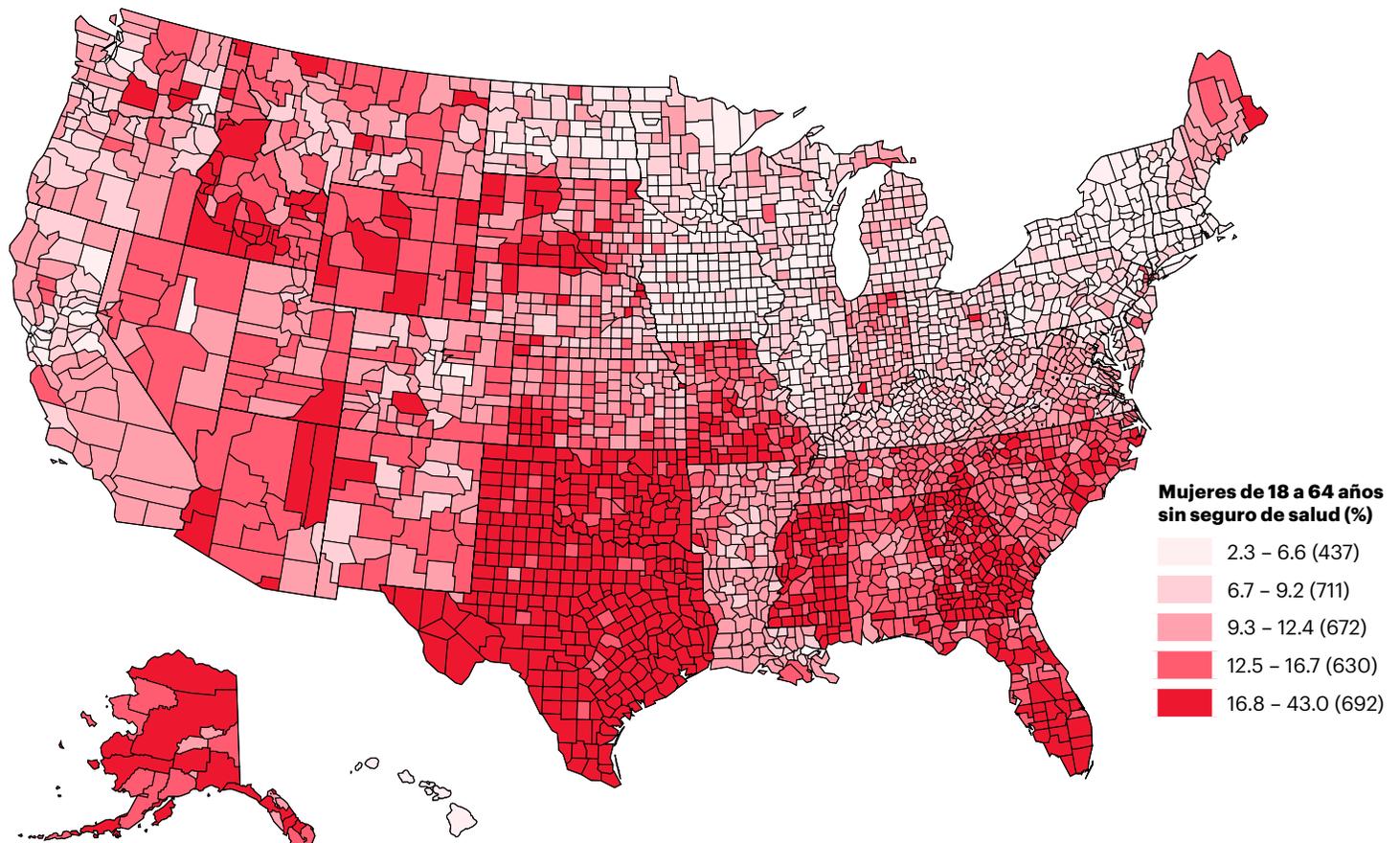
# SEGURO DE SALUD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO ENTRE LAS PERSONAS QUE DAN A LUZ

El acceso a seguro de salud durante los años de vida reproductiva es especialmente importante cuando se consideran las implicaciones de recibir buen cuidado durante los períodos de preconcepción, prenatal y posparto. El cuidado de salud continuo de alta calidad en los tres períodos puede producir mejores resultados de salud para las personas que dan a luz y sus bebés. Antes del embarazo, el objetivo es ayudar a las personas a modificar el comportamiento y otros factores de riesgo que aportan a resultados de salud adversos, además de educarlas sobre el embarazo saludable.<sup>77</sup> Durante el embarazo, el acceso a cuidado de salud puede ayudar a prevenir complicaciones derivadas de la falta de control de enfermedades crónicas, obesidad o enfermedades de transmisión sexual.<sup>78</sup> Después del embarazo, el seguro de salud facilita la accesibilidad para al menos un punto de contacto con un profesional de la salud duran-

te el cuarto trimestre — un tiempo crítico de transición para las personas que dan a luz y sus bebés.

Durante décadas, ha habido un empuje para mejorar la salud preconceptica de las mujeres en edad reproductiva.<sup>78</sup> La falta de avance para mejorar los resultados del embarazo ha señalado, en parte, las intervenciones de salud irregulares antes del embarazo.<sup>78</sup> En 2019, más del 55 por ciento (1,802) de todos los condados de EE. UU. tenían una proporción mayor del 10 por ciento de mujeres sin seguro de salud.<sup>19</sup> Esto continuó en 2020, con el 11 por ciento de las mujeres de 19 a 64 años de edad sin seguro en EE. UU.<sup>79</sup> Las mujeres sin seguro suelen no tener acceso adecuado, reciben cuidado de más baja calidad y usan menos servicios preventivos.<sup>79</sup> March of Dimes intercede para que todas las mujeres sean lo más sanas posible antes de la concepción.

Figura 11: Porcentaje de mujeres sin seguro de salud por condado, 2019



Fuente: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2019.

En los condados con acceso completo a cuidado de maternidad, la variación en las tasas de seguro de salud es evidente. Cerca de la mitad (48%) de los condados con acceso completo a cuidado de maternidad tienen una alta proporción de mujeres sin seguro de salud (10% o más). Dos tercios (67%) de las áreas sin cuidado de maternidad tienen una alta proporción de mujeres sin seguro (Tabla 3).<sup>19</sup> Desde el primer informe sobre áreas sin cuidado de maternidad de March of Dimes en 2018, ha habido una reducción del cuatro por ciento en las mujeres sin seguro en los condados de acceso completo (Tabla 1).<sup>19</sup>

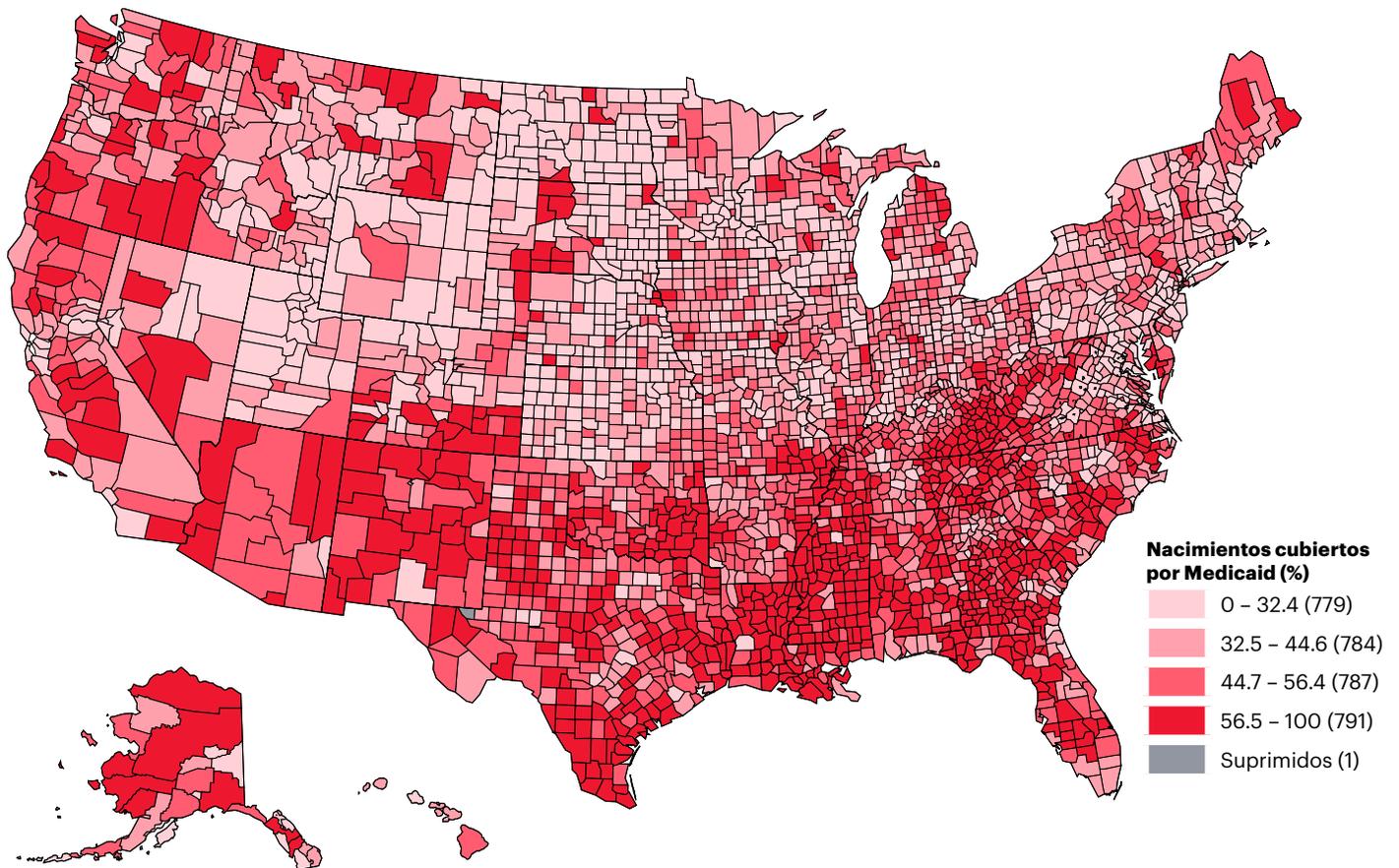
La proporción de mujeres sin seguro varía del 2.3 por ciento (Norfolk, Massachusetts) al 43 por ciento (Hidalgo, Texas). Massachusetts tiene la proporción más baja de mujeres sin seguro con un promedio estatal del 3.5 por ciento, mientras que Texas tiene la proporción más alta con un promedio estatal del 23.3 por ciento de mujeres sin seguro.<sup>19</sup>

Las leyes federales continúan exigiendo que todos los estados proporcionen cobertura de Medicaid a las mu-

jer embarazadas con ingresos de hasta el 133 por ciento del nivel de pobreza establecido por el gobierno (FPL) hasta 60 días después del parto. En 2020, Medicaid cubrió los costos del cuidado de parto de más de 1.5 millones de mujeres embarazadas o el 42 por ciento de los nacimientos en los Estados Unidos (Figura 12), cerca de la mitad de las cuales son mujeres negras, hispanas o indígenas americanas.<sup>80</sup> Un problema único de los nacimientos financiados por Medicaid es que los profesionales de la salud son reembolsados menos que el seguro privado por los mismos servicios prenatales y de parto, y este es un problema especialmente relevante en lugares rurales con utilización más alta de Medicaid.<sup>81</sup> Una consecuencia de esto puede ser el empeoramiento del acceso a cuidado de maternidad para aquellas aseguradas por Medicaid.

En estados que han adoptado la expansión de Medicaid, muchas mujeres pueden continuar en Medicaid después de haber dado a luz debido al umbral más alto de elegibilidad de los padres. Sin embargo, en los 12 estados que no han adoptado la expansión de Medicaid, muchas mujeres pierden la cobertura de Medic-

**Figura 12: Porcentaje de nacimientos cubiertos por Medicaid, por condado, 2020**



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Datos finales de natalidad, 2020.



aid 60 días después del nacimiento de su bebé.<sup>82</sup> De los estados sin expansión, varios han propuesto acción legislativa recientemente para expandir Medicaid. Kansas, Mississippi y Carolina del Norte han intentado individualmente avanzar hacia la expansión de Medicaid, pero les faltó apoyo bipartidista.<sup>82</sup> Hay otra opción para reducir la pérdida de cobertura posparto elevando los umbrales de elegibilidad de ingresos de los padres. Esto podría extender la elegibilidad de Medicaid a más familias de bajos ingresos y franquear parcialmente la brecha de cobertura en los estados sin expansión.<sup>83</sup>

March of Dimes ha defendido durante largo tiempo los esfuerzos para extender la cobertura posparto de Medicaid más allá de 60 días a un año completo.

A partir de abril de 2022, para ayudar a mejorar la estabilidad de la cobertura, una disposición de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 da a los estados una nueva opción para extender la cobertura posparto de Medicaid a 12 meses y está disponible durante cinco años.<sup>84</sup> Hasta el 18 de agosto de 2022, 24 estados y D.C. cuentan con la aprobación del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para extender la cobertura posparto de Medicaid a 12 meses; estos estados incluyen: California, Connecticut, Oregón, Washington, Nuevo México, Massachusetts, Minnesota, Michigan, Illinois, Luisiana, Ohio, Kansas, Kentucky, Tennessee, Flor-

ida, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Virginia, Maryland, Pensilvania, Nueva Jersey y Maine, West Virginia y Washington D.C.<sup>84</sup> Hasta 37 estados han promulgado o tienen legislación pendiente para solicitar aprobación federal a través de una Enmienda al Plan Estatal (SPA) o Exención 1115.<sup>84</sup> Si todos los estados adoptan esta opción, a hasta 720,000 personas en todos los Estados Unidos anualmente se les podría garantizar cobertura de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP en inglés) durante 12 meses después del embarazo. March of Dimes urge al congreso para dar ahora el próximo paso para hacer que 12 meses de cobertura posparto sean obligatorios y permanentes bajo todos los programas estatales de Medicaid y CHIP.

Durante la emergencia de salud pública por la pandemia de COVID-19, ha aumentado la inscripción en los programas de Medicaid. El Medicaid estatal y CHIP han añadido cerca de 10 millones de suscriptores desde el comienzo de la pandemia.<sup>85</sup> Es crítico que las mujeres mantengan acceso a cobertura y que no estén sujetas a una interrupción del acceso debido a políticas variables en la implementación de la emergencia de salud pública (PHE).

A medida que finaliza la PHE debido a COVID-19, los estados tendrán que manejar el fin de las flexibilidades de Medicaid y del mercado de la Ley de Cuidado de Salud

Asequible (ACA). La mayoría de las nuevas inscripciones en Medicaid observadas durante la pandemia provenían del requisito de cobertura continua exigido por la Ley Familias Primero de Respuesta al Coronavirus de 2021 que prohibía que las agencias estatales de Medicaid cancelaran beneficiarios durante la PHE. Los legisladores también expandieron y mejoraron los subsidios de mercado de la ACA. Si bien estos subsidios no están vinculados a la PHE, están ajustados para vencer a fines

de 2022. Si bien muchas personas serían elegibles para cobertura de seguro a través de CHIP o del mercado, no todas se inscribirían ya que estos planes pueden ser más costosos que Medicaid. March of Dimes recomienda políticas y directivas que promuevan la comunicación entre mercados y agencias de Medicaid como factor esencial para reducir las pérdidas evitables de la cobertura de salud.

# LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EL EMBARAZO

Un número creciente de personas embarazadas en los Estados Unidos tienen condiciones crónicas de salud que pueden aumentar su riesgo de complicaciones durante el embarazo y después del parto.<sup>86</sup> Todas las condiciones como la hipertensión crónica, el trastorno por uso de sustancias y las enfermedades cardíacas y renales crónicas han tenido un aumento constante de sus tasas en las mujeres embarazadas.<sup>87</sup> Se observa un aumento de las disparidades en estas condiciones crónicas en las mujeres embarazadas ya que hay una probabilidad más alta de que ellas vengan de comunidades rurales y de bajos ingresos.<sup>87</sup> La obesidad, las enfermedades mentales y el uso de sustancias previamente al embarazo también son condiciones que se han asociado con los resultados deficientes de salud materna y pueden estar influenciadas por determinantes sociales de salud, tal como la falta de acceso a alimentos saludables, el empleo y sueldos subóptimos y otros estresantes crónicos. El hecho de tener una enfermedad crónica preexistente se asocia con un riesgo más alto de resultados de nacimiento adversos, incluyendo el parto prematuro, el parto por cesárea y la morbilidad y mortalidad maternas extremas.<sup>88</sup> El riesgo de resultados deficientes aumenta con el número de condiciones coexistentes.<sup>88</sup> Durante décadas, la mortalidad y morbilidad maternas han estado aumentando en los Estados Unidos.<sup>89,90</sup> El aumento de las tasas de complicaciones de las enfermedades crónicas es una causa importante del aumento de la morbilidad y mortalidad en las mujeres embarazadas.<sup>88</sup>

Durante el embarazo, el control de las condiciones crónicas es imperativo para reducir los resultados maternos y neonatales adversos. Las recomendaciones para mejorar los resultados de salud materna y prevenir la muerte materna incluyen incorporar un cuidado completo de las mujeres con comorbilidades de alto riesgo antes, durante y después del embarazo, además de brindar educación sobre las señales de advertencia de complicaciones durante el embarazo.<sup>89</sup> Ambas recomendaciones requieren acceso continuo al cuidado de salud, lo cual puede ser difícil para las personas en áreas sin cuidado de maternidad.

En colaboración con March of Dimes, Deloitte's Health Equity Institute (DHEI) y HealthPrism™ crearon una herramienta para examinar la conexión entre áreas con altas concentraciones de enfermedades crónicas seleccionadas y áreas con poco o nada de cuidado de maternidad. El análisis incluyó la probabilidad de las siguientes condiciones: asma, diabetes mellitus preex-



istente, hipertensión y trastorno por uso de sustancias. También se analizó la probabilidad de uso de tabaco. En las áreas sin cuidado de maternidad, el 21 por ciento de las mujeres suelen usar tabaco (fumar). Esta estadística corresponde a aproximadamente un 47 por ciento más de personas fumadoras en la población observada que viven en condados con áreas sin cuidado de maternidad, en comparación con los condados de acceso completo. La segunda condición más prevalente en las mujeres que viven en áreas sin cuidado de maternidad fue la probabilidad de hipertensión crónica (aproximadamente 17%) que correspondió a una prevalencia 39 por ciento más alta de probabilidad de hipertensión en los condados con áreas sin cuidado de maternidad, en comparación con los condados con acceso completo a cuidado. Además, es más probable que las mujeres en áreas sin cuidado de maternidad hayan sido diagnosticadas con un trastorno por uso de sustancias, en comparación con los condados de acceso completo (18% y 14%, respectivamente).

Un examen de los datos por nivel de acceso a cuidado de maternidad indica que las mujeres en áreas sin cuidado de maternidad corren más riesgo de tener hipertensión, trastorno por uso de sustancias y usar tabaco (fumar), en comparación con aquellas que viven en condados de acceso completo.<sup>91</sup>

**2.3%**

**DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SE VEN AFECTADAS POR HIPERTENSIÓN CRÓNICA** <sup>92</sup>

**ACCESO A LA HERRAMIENTA INTERACTIVA  
PARA ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD E  
IGUALDAD DE SALUD:**

<https://bit.ly/3NzDPga>



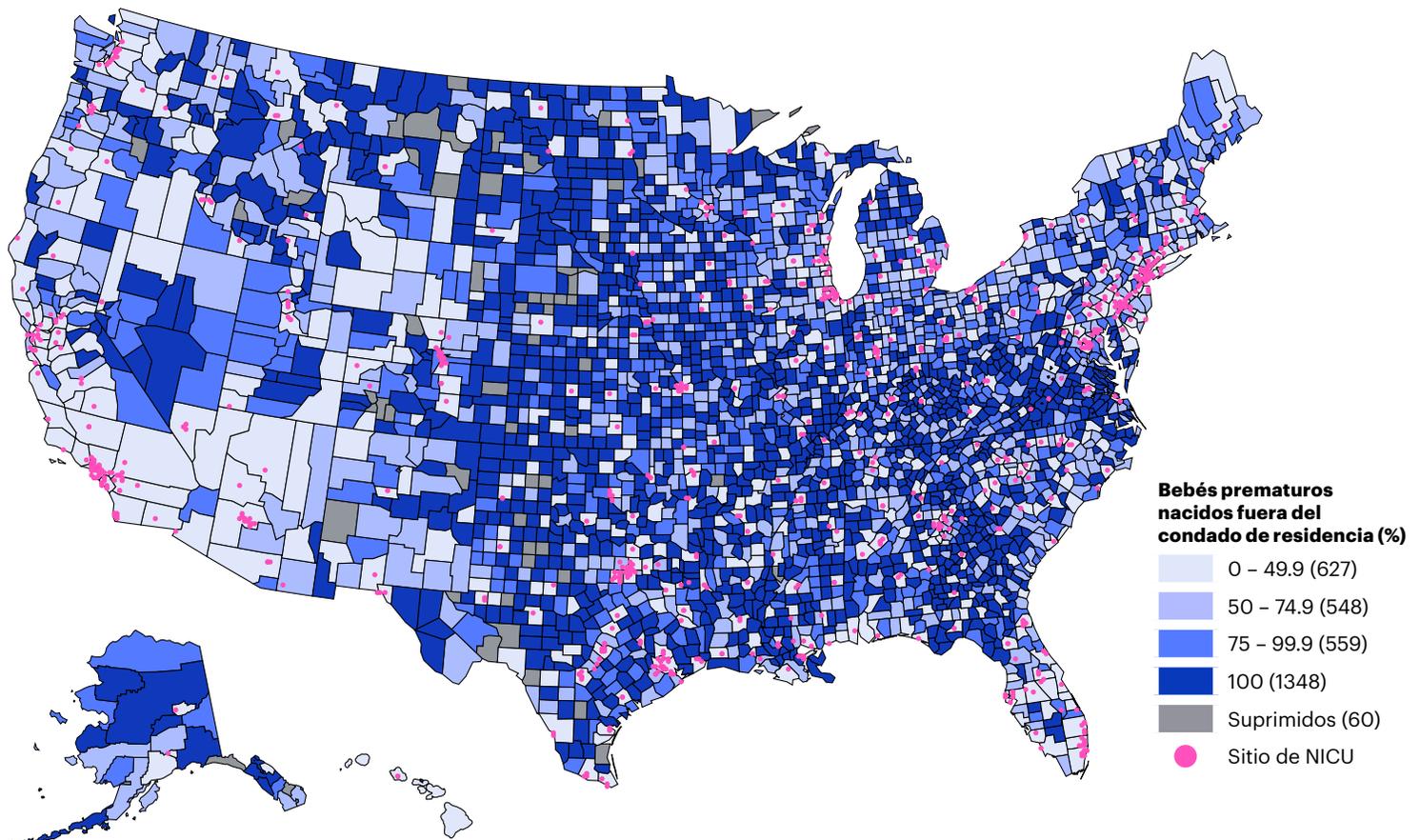
# REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD PERINATAL Y NIVELES DE CUIDADO APROPIADOS PARA EL RIESGO

La regionalización de la salud perinatal y los niveles de cuidado apropiados para el riesgo se centran alrededor del concepto de establecer sistemas a niveles estatales o regionales que permitan a las mujeres y a sus bebés recibir cuidado en un lugar equipado para atender apropiadamente al nivel de cuidado necesario, antes, durante y después del parto.<sup>93,94</sup> Mediante un diseño conjunto de ACOG, la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM) y expertos en la materia, se establecieron niveles de cuidado en un rango de centros de maternidad acreditados de nivel I (cuidado básico), nivel II (cuidado especializado), nivel III (cuidado subespecializado) y nivel IV (centros regionales de cuidado de salud perinatal).<sup>95</sup> Si bien están estrechamente relacionados, se necesitan sistemas separados de cuidado materno y neonatal para garantizar la seguridad de las mamás y sus bebés. ACOG indica que las recomendaciones de

cómo estructurar sistemas de cuidado materno apropiados para el riesgo deben mantenerse como recomendaciones y tener en cuenta que las diferencias individuales en cuanto a geografía y el entorno local afectarán la implementación.<sup>93</sup>

Las redes de cuidado regionalizadas son factores importantes en mejorar los resultados de salud materna y neonatal. Las mujeres con embarazos de alto riesgo que dan a luz en hospitales de alto nivel tienen menos riesgo de morbilidad materna extrema que las mujeres con embarazos de alto riesgo en hospitales de bajo nivel.<sup>96</sup> Esto sugiere que las mejoras en regionalización pueden afectar a un mayor nivel los resultados maternos. En el caso de los bebés, hay décadas de evidencia que muestran tasas de muerte neonatal más bajas en bebés de alto riesgo que nacen en un establecimiento

**Figura 14: Porcentaje de bebés prematuros nacidos fuera del condado de residencia y sitios de NICU, 2020**



Fuente: Asociación Americana de Hospitales, 2020; Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Datos finales de natalidad, 2020.



con un nivel de cuidado apropiado.<sup>97</sup> Además, la morbilidad infantil disminuye cuando el bebé es transferido a un cuidado apropiado mientras está en el útero que después del nacimiento.<sup>97</sup>

A pesar de las décadas de esfuerzos de regionalización, hay un alto grado de variación en cuanto a implementación y éxitos en los Estados Unidos. El estudio más reciente sobre políticas de transporte neonatal y materno mostró que la mayoría de los estados tienen políticas a nivel estatal; 68 por ciento para el transporte neonatal y 60 por ciento para el transporte materno.<sup>98</sup>

El reembolso por transporte a nivel estatal es más alto para el transporte neonatal en comparación con el transporte materno (62% contra 20%, respectivamente).<sup>98</sup> Aún con niveles definidos de cuidado, la falta de control de los sistemas regionalizados y las diferencias en las políticas estatales afectan la uniformidad de la implementación.<sup>99</sup>

Si bien el propósito de la regionalización de la salud perinatal es establecer un sistema de remisión de cuidado antes de que se produzcan emergencias que requieran un nivel más alto de cuidado, las personas que dan a luz prematuramente podrían tener que viajar fuera de su condado de residencia para recibir cuidado apropiado para el riesgo durante el parto. En 2020, hubo 1,347 condados (42.9%) donde cada bebé prematuro nació fuera de su condado de residencia, indicando una necesidad para las familias de viajar para recibir atención apropiada para el riesgo (Figura 14). Cerca de 300,000 mujeres con embarazos de alto riesgo vivían en condados sin camas obstétricas de alto nivel en 2020.<sup>10,100</sup> Además, cerca de 80,000 bebés admitidos a unidades de cuidado intensivo neonatal (NICU) nacieron de familias que vivían en condados sin camas de NICU. A nivel estatal, Wyoming tiene cero camas de NICU.

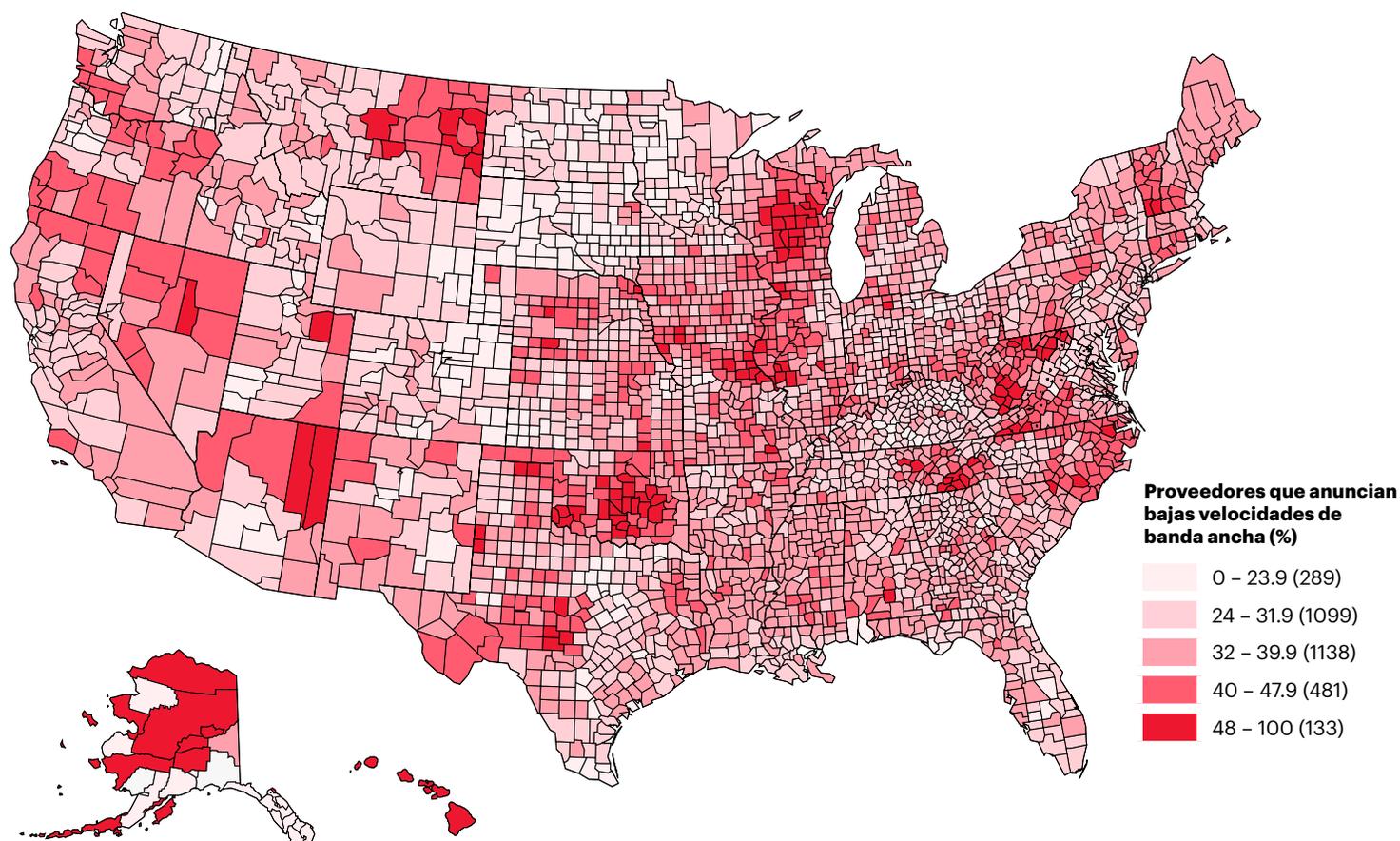
# ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA (TELESALUD) DURANTE EL EMBARAZO

La atención médica a distancia (telesalud) es el cuidado de salud que se da y se recibe mediante el uso de tecnología para reemplazar o mejorar el cuidado en persona. En obstetricia, existe telesalud en casi todos los aspectos de cuidado, desde la observación a distancia de grabaciones de ultrasonido hasta el seguimiento de la presión arterial después del parto; sin embargo, el establecimiento de prácticas basadas en la evidencia puede quedarse atrás con el avance de tecnología.<sup>101</sup> Un examen de la literatura sobre un amplio rango de servicios de salud materna indicó que la telesalud ha funcionado bien en áreas que refuerzan los comportamientos como dejar de fumar durante el embarazo y la lactancia. Además, el monitoreo a distancia y las visitas virtuales pueden ayudar cuando hay barreras para brindar cuidado en persona, incluyendo el cuidado de embarazos de alto riesgo.<sup>99</sup>

Es esencial entender el acceso geográfico a la tecnología como barrera a la telesalud para brindar acceso equitativo en todo EE. UU. Se sabe que las comunidades rurales tienen acceso reducido a Internet de banda ancha cuando se comparan con las comunidades urbanas y, cuando se hace una evaluación, el mayor desafío reportado para participar en visitas de telesalud en áreas rurales era los problemas de conectividad.<sup>102</sup> A pesar de muchos avances en el acceso a Internet a través de los años, la disponibilidad de banda ancha no es universal y se observan disparidades en la tecnología necesaria para tener acceso a telesalud en las comunidades rurales y en los ingresos familiares.<sup>103</sup>

En 2020, más de 600 condados estadounidenses (19.5%) tenían bajo acceso a telesalud.<sup>104</sup> Esto se definió como al menos un 40 por ciento de los proveedores de

**Figura 15: Porcentaje de proveedores de banda ancha fija a los consumidores que anuncian bajas velocidades de banda ancha, por condado, 2020**



Fuente: Comisión Federal de Comunicaciones, Datos de lanzamiento de banda ancha fija: Diciembre de 2020, 2021.

banda ancha a los consumidores dentro de un condado que anuncian un sistema de baja velocidad, de menos de 25 descargas/3 cargas Mbps (Figura 15), la cual es la velocidad mínima establecida por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) para un acceso de banda ancha aceptable.<sup>105</sup> Esto sugiere que hay regiones geográficas en los Estados Unidos que pueden tener acceso limitado a una banda ancha aceptable, reduciendo el alcance a telesalud para aquellos que podrían beneficiarse más de su uso. Era más probable que las áreas con el acceso a banda ancha menos aceptable tuviesen acceso limitado a cuidado de maternidad.<sup>19,104</sup>

Cerca del 70 por ciento de los 76 condados identificados con la más alta proporción de proveedores de baja velocidad (50% o más) no tenían acceso completo a cuidado de maternidad, en comparación con el 54 por ciento de los condados de más acceso.<sup>19,104</sup> Las mejoras a la infraestructura de banda ancha pueden brindar oportunidades para que la telesalud sirva como método de prestación de cuidado a aquellas personas que de otro modo tienen barreras para recibir cuidado. La incorporación de telesalud en los modelos de cuidado obstétrico existentes, tal como la adición de visitas de cuidado prenatal virtuales cuando sea apropiado, tiene el potencial de servir mejor a aquellas personas que viven en áreas sin cuidado de maternidad o áreas con acceso limitado.<sup>106</sup>

La pandemia mundial de COVID-19 ha creado más confianza en las prácticas de telesalud. Una necesidad na-

cional de reducir la división digital, o la brecha entre la disponibilidad de Internet para hogares de ingresos bajos y altos, fue evidente ya que muchas tareas del diario vivir pasaron a ser virtuales.<sup>103</sup> El cuidado virtual se introdujo rápidamente como un componente esencial que necesitaba ajustes rápidos para continuar brindando cuidado de maternidad de calidad. La evidencia inicial sugiere que el uso de cuidado virtual puede ser una opción positiva a largo plazo para reemplazar algunas citas en persona tradicionales, como en el caso de los programas de visitas a la casa.<sup>107</sup> Los gobiernos estatales y federales han hecho muchos cambios a la telesalud, como otorgar exenciones a las aseguradoras y reguladores en cuanto a reglamentos de telemedicina y exigir que los planes de seguro privado cubran telemedicina si cubren los mismos servicios cuando estos se proporcionan en persona. Este cambio de políticas se ha expandido rápidamente a la prevalencia de leyes de paridad de telemedicina a nivel estatal aplicables a los planes de seguro de salud privado. Los mandatos de paridad de pago a los proveedores les garantizan que serán reembolsados por la telemedicina. Esta garantía probablemente aliente a los proveedores para aumentar las visitas de telemedicina e invertir en infraestructura necesaria como la tecnología, personal, diferente programación clínica y asistencia a los pacientes para obtener y usar tecnología de telemedicina.<sup>108</sup>

March of Dimes ha apoyado desde hace tiempo aumentar el acceso a los servicios de telesalud en varias especialidades de cuidado de salud. March of Dimes



sugiere varias políticas y una directiva que se concentre específicamente en telesalud en el cuidado de maternidad. El uso de acceso a servicios de telesalud se propone como una de las maneras para eliminar barreras y reducir disparidades en el acceso a cuidado prenatal temprano. Otras maneras incluyen normalizar los programas estatales de Medicaid para incluir cuidado obstétrico y asociado con el embarazo en las leyes de reembolso por telesalud y garantizar que todas las aseguradoras brinden cobertura por los servicios de telesalud basados en la evidencia para personas em-

barazadas y en período posparto. Con respecto a las estrategias de pago, March of Dimes sugiere la alineación de los métodos de reembolso por telesalud en todas las aseguradoras, además del apoyo para continuar la investigación y evaluación de programas de telesalud para mujeres embarazadas y en período posparto. Finalmente, hay necesidad de aumentar la tecnología equitativa y asequible de telesalud para pacientes y proveedores, la capacitación y apoyo, incluyendo el acceso a servicios de Internet de banda ancha de alta velocidad en áreas rurales y urbanas.<sup>109</sup>

# CONCLUSIONES

En este último informe sobre el estado del cuidado de maternidad en los Estados Unidos, March of Dimes identifica un leve aumento en los condados designados como áreas sin cuidado de maternidad. Con 6.9 millones de mujeres viviendo en áreas de poco o nada de acceso a cuidado de maternidad, es imperativo que abordemos oportunidades para aumentar el cuidado de maternidad en estas áreas. Además, los condados designados como áreas sin cuidado de maternidad están en desventaja social y económica. Esta falta de acceso compuesta aumenta el riesgo de resultados maternos y neonatales deficientes.

Aún en vista de la falta de cambio en el acceso a cuidado de las mujeres, destacamos oportunidades para hacer diferencias significativas en las vidas de las personas que dan a luz. Continuamos promoviendo políticas que ayuden a reducir la carga sentida por las personas que dan a luz y sus familias. Los sistemas de cuidado apropiado por nivel de riesgo son un ejemplo. Existen oportunidades para mejorar el acceso mediante la expansión de Medicaid y extensión de la cobertura posparto de Medicaid a 12 meses. La expansión del acceso a cuidado de profesionales en partería y doulas y el aumento del acceso a telesalud mediante mejoras a la infraestructura son otras maneras de mejorar la salud materna en los Estados Unidos.

La pandemia de COVID-19 por cierto afectó el cuidado de maternidad en los últimos dos años. Los retos a los que se enfrentó la comunidad de cuidado de salud han creado brechas adicionales y han desafiado a los profesionales de salud materna a encontrar maneras creativas para continuar brindando cuidado de calidad. Si bien se observaron algunas ganancias temporales en el acceso a cuidado de salud mediante las órdenes ejecutivas de emergencia de salud pública, esperamos que se aprendan las lecciones para establecer soluciones a largo plazo. Debemos continuar trabajando para enmendar las disparidades obvias en el cuidado observadas en todos los Estados Unidos.

Con miras hacia el futuro, March of Dimes continuará apoyando políticas a nivel estatal y federal que aumenten el acceso para que esta nación sea un mejor lugar para tener un embarazo y dar a luz. Este informe puede servir como catalizador para establecer las asociaciones que se necesitan para unir y producir cambios para todas las mujeres y sus familias, independientemente de la raza, cultura u origen. March of Dimes está comprometida con sustentar y apoyar esta conversación a nivel nacional para mejorar la calidad y el acceso a cuidado de maternidad.



# NOTAS TÉCNICAS

En 2022, March of Dimes reexaminó nuestro informe de 2020 *Ningún lugar donde ir: Áreas sin cuidado de maternidad en los Estados Unidos*. El análisis descriptivo actual utilizó datos a nivel de condado del Archivo de Recursos de Salud de Áreas 2020-21 (AHRF en inglés) que incluye datos de la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales (AHA en inglés) de 2019, los estimados de seguro de salud de áreas pequeñas (SAHIE en inglés) de 2019 y los datos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS en inglés) de 2020. Todas las variables eran de 2019-2020, excepto donde se indica. Las variables clave del AHRF incluyen hospitales (hospitales generales a corto plazo con cuidado obstétrico), profesionales (profesionales en enfermería de partería con certificación, 2013, obstetras, y médicos generales, brindado cuidado a los pacientes), determinantes sociales de salud (secuencia continua urbana-rural, 2013, ingreso familiar promedio, proporción de la población en la pobreza) y seguro de salud (mujeres elegibles a Medicaid, 2012, mujeres de 18 a 64 años sin seguro de salud). Urbano se define como un condado dentro de un área metropolitana (1, 2 o 3 en la secuencia continua urbana-rural). Rural se define como un condado con una población urbana de 2,500 a 19,999, 20,000 o más, no adyacente a un área metropolitana, o completamente rural ('cuatro' en la secuencia continua urbana-rural).<sup>110</sup> Los datos sobre la población de mujeres de 15 a 44 años se obtuvieron directamente de los datos del censo de los Estados Unidos de 2020. Este informe analiza 3,142 condados, aunque dos condados (Loving, Texas y Kalawao, Hawaii) no tuvieron ningún nacimiento en 2020 y se excluyen del análisis sobre nacimientos.

Un condado se clasificó como área sin cuidado de maternidad si no había hospitales que brindaran cuidado obstétrico, sin centros de maternidad, sin obstetras y sin profesionales en enfermería de partería. Los condados se clasificaron además como con bajo acceso a servicios de cuidado de maternidad si había un hospital o ninguno ofreciendo servicio obstétrico y menos de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos, y en que la proporción de mujeres sin seguro de salud era del 10 por ciento o más. Los condados se clasificaron como con acceso moderado a servicios de cuidado de maternidad si había un hospital o ninguno ofreciendo servicio obstétrico y menos de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos, y en que la proporción de mujeres sin seguro de salud era inferior al 10 por ciento. Los condados con acceso completo tenían dos o más hospitales ofreciendo servicios obstétricos o más de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos. Si bien el nivel de seguro de salud no formó

parte de la definición de acceso, se realizó un análisis separado para examinar la variación en este importante factor entre aquellos condados con acceso completo. El acceso a seguro de salud para las mujeres se basa en las proporciones a nivel poblacional entre mujeres de 18 a 64 años y es un estimado separado de las mujeres que tienen seguro durante y después del parto a través de Medicaid.

Otros datos utilizados para este informe incluyeron datos del Cuestionario de 2019 del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS en inglés) (seguro de salud antes del embarazo, chequeo posparto, depresión posparto), NCHS, archivo final de natalidad de 2020 (método de pago en el momento de nacimiento, tipo de profesional atendiendo los nacimientos, nacimiento por condado de ocurrencia, nacimiento por condado de residencia, raza/etnicidad materna). La proporción de mujeres sin seguro de salud por condado de los SAHIE se obtuvo a través del AHRF para usarse en el indicador de acceso limitado a cuidado de maternidad. La Encuesta Anual de AHA de 2020 proporcionó datos sobre los niveles de cuidado de las unidades obstétricas y las camas de cuidado intensivo e intermedio neonatales.

Múltiples análisis nuevos se incluyeron en el informe actual. Las diferencias de significado estadístico (Tabla 5) se analizaron entre los nacimientos en hospitales y en centros de maternidad. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para comparar las características a nivel individual (raza blanca, residencia rural y método de pago en el momento del parto). Se utilizaron dos pruebas t de muestra para comparar las características agregadas a nivel de condado (ingreso familiar promedio y población en la pobreza).

Los datos de los Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (FQHC) se obtuvieron de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) a través del archivo de sitios de servicio de partos en centros de salud y sitios parecidos (<https://bit.ly/3SDCtog>). Las ubicaciones de los FQHC se excluyeron del análisis si estaban designados como temporales, móviles, administrativos, basados fuera de una escuela, daban servicio específicamente a niños o a personas sin hogar, o tenían una indicación de práctica especializada fuera del cuidado de maternidad. Los sitios que ofrecían cuidado especializado junto con cuidado de maternidad quedaron exentos de la exclusión.

El porcentaje de bebés prematuros nacidos fuera de su condado de residencia se calculó usando el conteo de bebés prematuros con una diferencia entre los condados de nacimiento y los condados de residencia,

dividido por el número total de bebés prematuros dentro del condado. Los conteos de nacimientos prematuros se obtuvieron de los datos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Las coordenadas geográficas de los sitios de unidades de cuidados intensivos neonatales (NICU) proporcionadas por la AHA se utilizaron para graficar las ubicaciones de dichos sitios.

Los datos de lanzamiento de banda ancha fija proporcionados por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) se utilizaron para calcular el porcentaje de proveedores de banda ancha fija a los consumidores que anunciaban bajas velocidades de banda ancha. Los proveedores de banda ancha a consumidores específicos se incluyeron en los análisis. La referencia establecida por la FCC de 25 descargas/3 cargas Mbps se utilizó como el umbral para bajas velocidades de banda ancha. Los proveedores que anunciaban velocidades máximas por debajo de esa referencia fueron marcados como de baja velocidad. El porcentaje de proveedores de baja velocidad se calculó a nivel de condado para evaluar la capacidad para telesalud. Los condados con más de un 40 por ciento de proveedores de banda ancha de baja velocidad fueron considerados de bajo acceso a telesalud.

Las diferencias de metodología con respecto al Informe de 2018 incluyen los centros de maternidad. En el Informe de 2018, la proporción de mujeres sin seguro de salud se dividió en dos categorías: más del 10 por ciento y menos de o igual al 10 por ciento. Para mantener la uniformidad con la definición utilizada en los Informes de 2018 y 2020, la proporción de mujeres sin seguro de salud se recategorizó a más de o igual al 10 por ciento o menos del 10 por ciento. En los Informes

de 2020 y 2022, las designaciones de áreas urbanas y rurales se hicieron corresponder con la designación de área metropolitana y no metropolitana utilizada en la secuencia continua urbana-rural.

**Limitaciones:** El Archivo de Recursos de Salud de Áreas (AHRF) fue una fuente primaria de datos para este informe. Los estimados en el AHRF provienen de una variedad de otras fuentes de datos y todos se reportan por condado. Los criterios de supresión, otras decisiones analíticas y limitaciones de las fuentes de datos no se conocían para cada fuente de datos representada en el AHRF y podrían distorsionar los estimados cuando se agregan los datos de los condados. Este informe no utilizó ningún análisis geoespacial, así que no se consideró la distancia real a un hospital que ofrecía servicios obstétricos. Al utilizar el condado como el nivel de análisis, se permite acceso a datos que no estaban disponibles en áreas geográficas más pequeñas, pero no se captó el acceso a servicios en condados adyacentes. El uso de hospitales de cuidado obstétrico y centros de maternidad no tomó en cuenta la prestación de cuidado prenatal en otros entornos de atención clínica (es decir, centros de cuidado de salud calificados a nivel federal, clínicas satélite de hospitales). También se sabe que los médicos de familia, especialmente aquellos en áreas rurales donde los especialistas en obstetricia pueden estar menos accesibles, pueden brindar servicios de obstetricia dentro de sus prácticas. Los servicios brindados por estos médicos no se captaron dentro de la clasificación de cuidado de maternidad. Los tres componentes principales del indicador principal (hospitales, profesionales y seguro) no consideran la calidad del cuidado de salud recibido ni la adecuación del nivel de cuidado que una persona podría recibir bajo ciertas condiciones específicas de salud.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Maternal Health. Available at: [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1). Accessed May 17, 2022.
2. Osterman M, Hamilton B, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Births: Final Data for 2020. Natl Vital Stat Rep. 2021;70(17):1-50.
3. Hoyert DL. Maternal mortality rates in the United States, 2020. NCHS Health E-Stats. 2022. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2020/maternal-mortalityrates-2020.htm>. Accessed May 17, 2022.
4. Hoyert DL. Maternal mortality rates in the United States, 2019. NCHS Health E-Stats. 2021. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality-2021/maternal-mortality-2021.htm>. Accessed May 17, 2022.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Severe Maternal Morbidity in the United States. Available at: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html#anchor\\_trends](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html#anchor_trends). Accessed May 13, 2022.
6. Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths. 2018. Report from nine maternal mortality review committees. Available at: <https://reviewtoaction.org/node/122>. Accessed May 17, 2022.
7. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization. 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>. Accessed May 17, 2022.
8. Barrera CM, Kramer MR, Merkt PT, et al. County-Level Associations Between Pregnancy-Related Mortality Ratios and Contextual Sociospatial Indicators. Obstet Gynecol. 2022;139(5):855-865.
9. Dagher RK, Linares DE. A Critical Review on the Complex Interplay between Social Determinants of Health and Maternal and Infant Mortality. Children (Basel). 2022;9(3):394.
10. National Center for Health Statistics, 2020 final natality data.
11. Howell EA. Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(2):387-399.
12. Howell EA, Zeitlin J. Improving hospital quality to reduce disparities in severe maternal morbidity and mortality. Semin Perinatol. 2017;41(5):266-272.
13. Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Blackwhite differences in severe maternal morbidity and site of care. Am J Obstet Gynecol. 2016;214(1):122.e1-122.e1227.
14. Main EK, Chang SC, Dhurjati R, Cape V, Profit J, Gould JB. Reduction in racial disparities in severe maternal morbidity from hemorrhage in a large-scale quality improvement collaborative. Am J Obstet Gynecol. 2020;223(1):123.e1-123.e14.
15. Schmitt N, Mattern E, Cignacco E, et al. Effects of the Covid-19 pandemic on maternity staff in 2020—a scoping review. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):1364.
16. Electronic Code of Federal Regulations (eCFR). Title 45, Subtitle A, Subchapter B, Part 156, Subpart C, § 156.230 Network adequacy standards. Available at: <https://www.ecfr.gov/current/title-45/subtitle-A/subchapter-B/part-156/subpart-C/section-156.230>. Accessed May 11, 2022.
17. Centers for Medicare & Medicaid Services. HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2023 Proposed Rule Fact Sheet. Available at: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/hhs-notice-benefit-and-payment-parameters-2023-proposedrule-fact-sheet>. Accessed May 11, 2022.
18. The Center for American Progress. Strengthening Federal Network Adequacy Requirements for ACA Marketplace Plans. Available at: <https://www.americanprogress.org/article/strengthening-federal-network-adequacy-requirements-for-acamarketplace-plans>. Accessed May 11, 2022.
19. U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA), Area Health Resources Files, 2021.
20. Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, The University of North Carolina at Chapel Hill. Rural Hospital Closures. Available at: <https://www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health/rural-hospital-closures>. Accessed May 17, 2022.
21. Kozhimannil KB, Interrante JD, Tuttle MKS, Henning-Smith C. Changes in Hospital-Based Obstetric Services in Rural US Counties, 2014-2018. JAMA. 2020;324(2):197-199.
22. American Hospital Association, 2019-2020.
23. Hung P, Kozhimannil KB, Casey MM, Moscovice IS. Why Are Obstetric Units in Rural Hospitals Closing Their Doors? Health Serv Res. 2016;51(4):1546-1560.
24. Hung P, Henning-Smith CE, Casey MM, Kozhimannil KB. Access To Obstetric Services In Rural Counties Still Declining, With 9 Percent Losing Services, 2004-14. Health Aff (Millwood). 2017;36(9):1663-1671.
25. Hostetter M, Klein S. Restoring Access to Maternity Care in Rural America. The Commonwealth Fund. September 20, 2021. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/2021/sep/restoring-access-maternity-care-ruralamerica>. Accessed May 17, 2022.
26. Alliman J, Phillippi JC. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. J Midwifery Womens Health. 2016;61(1):21-51.
27. American Association of Birth Centers. Frequently Asked Questions about Birth Centers. Available at: <https://www.birthcenters.org/page/BirthCenterFAQs>. Accessed April 19, 2022.
28. Caughey AB, Cheyney M. Home and Birth Center Birth in the United States: Time for Greater Collaboration Across Models of Care. Obstet Gynecol. 2019;133(5):1033-1050.
29. American Association of Birth Centers, 2021.
30. March of Dimes. *Nowhere to Go: Maternity Care Deserts Across the U.S. 2020 Report*. Available at: <https://www.marchofdimes.org/peristats/assets/s3/reports/2020-Maternity-Care-Report.pdf>. Accessed May 17, 2022.
31. MacDorman MF, Barnard-Mayers R, Declercq E. United States community births increased by 20% from 2019 to 2020 [published online ahead of print, 2022 Feb 25]. Birth. 2022;10.1111/birt.12627.

32. Health Resources & Services Administration (HRSA). Federally Qualified Health Centers. Available at: <https://www.hrsa.gov/opa/eligibility-and-registration/health-centers/fqhc/index.html>. Accessed May 9, 2022.
33. HRSA Bureau of Health Workforce. What is Shortage Designation? Available at: <https://bhwh.hrsa.gov/workforceshortage-areas/shortage-designation>. Accessed May 9, 2022.
34. FQHC Associates. What is an FQHC? Available at: <https://www.fqhc.org/what-is-an-fqhc>. Accessed May 9, 2022.
35. Shah JS, Revere FL, Toy EC. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. *Matern Child Health J*. 2018;22(12):1738-1742.
36. Patterson DG, Andrilla CHA, Garberson LA. The Supply and Rural-Urban Distribution of the Obstetrical Care Workforce in the U.S. Policy Brief #168. WWAMI Rural Health Research Center, University of Washington; June 2020. Available at: <https://familymedicine.uw.edu/rhrc/studies/the-supply-and-ruralurban-distribution-of-the-obstetrical-care-workforce-in-the-u-s>. Accessed May 19, 2022.
37. Kozhimannil KB, Hung P, Henning-Smith C, Casey MM, Prasad S. Association Between Loss of Hospital-Based Obstetric Services and Birth Outcomes in Rural Counties in the United States. *JAMA*. 2018;319(12):1239-1247.
38. The National Partnership for Women & Families. Blueprint for Advancing High-Value Maternity Care Through Physiologic Childbearing. June 2018. Available at: <https://www.nationalpartnership.org/our-work/health/reports/maternityblueprint.html>. Accessed May 19, 2022.
39. Kozhimannil KB, Interrante JD, Henning-Smith C, Admon LK. Rural-Urban Differences In Severe Maternal Morbidity And Mortality In The US, 2007-15. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38(12):2077-2085.
40. U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA). Rural Maternity and Obstetrics Management Strategies (RMOMS) Program. Available at: <https://www.hrsa.gov/rural-health/grants/rural-community/rmoms>. Accessed May 19, 2022.
41. Klibanoff E. Texas' "maternity deserts" grow as staff shortages close rural labor and delivery units. *The Texas Tribune*. January 20, 2022. Available at: <https://www.texastribune.org/2022/01/20/rural-hospital-texas-maternity-care-obstetrics>. Accessed May 19, 2022.
42. Sells CE, Maes AM, Fleddermann RA, Otero-Bell EL, Hartley RS. Impact of the COVID-19 pandemic on rural obstetrics practices in New Mexico. *J Family Med Prim Care*. 2021;10(3):1336-1340.
43. Barreto T, Peterson LE, Petterson S, Bazemore AW. Family Physicians Practicing High-Volume Obstetric Care Have Recently Dropped by One-Half. *Am Fam Physician*. 2017;95(12):762.
44. Taporco JS, Wolfe E, Chavez G, et al. Kansas maternity deserts: a cross-sectional study of rural obstetric providers. *Rural Remote Health*. 2021;21(1):6137.
45. Barreto TW, Eden A, Hansen ER, Peterson LE. Opportunities and Barriers for Family Physician Contribution to the Maternity Care Workforce. *Fam Med*. 2019;51(5):383-388.
46. Barreto TW, Eden AR, Petterson S, Bazemore AW, Peterson LE. Intention Versus Reality: Family Medicine Residency Graduates' Intention to Practice Obstetrics. *J Am Board Fam Med*. 2017;30(4):405-406.
47. American Academy of Family Physicians, 2021.
48. American College of Nurse-Midwives. Definition of Midwifery and Scope of Practice of Certified Nurse-Midwives and Certified Midwives, 2021. Available at: <https://www.midwife.org/About-theMidwifery-Profession>. Accessed March 30, 2022.
49. The American Midwifery Certification Board. Certified NurseMidwives/Certified Midwives by State (as of February 2022). Available at: <https://www.amcbmidwife.org/docs/default-source/reports/number-of-cnm-cm-by-state---may-2021.pdf>. Accessed March 30, 2022.
50. The Midwives Alliance of North America (MANA). Legal Status of U.S. Midwives. Available at: <https://mana.org/about-midwives/legal-status-of-us-midwives>. Accessed March 30, 2022.
51. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4(4):CD004667.
52. Hamlin L, Grunwald L, Sturdivant RX, Koehlmoos TP. Comparison of nurse-midwife and physician birth outcomes in the military health system. *Policy Polit Nurs Pract*. 2021;22(2):105-113.
53. Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*. 2014;30(8):926-934.
54. Vanderlaan J, Woeber K. Early Perinatal Workforce Adaptations to the COVID-19 Pandemic. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2022;36(1):37-45.
55. ACNM Workforce Committee Pandemic Research Subcommittee. Midwifery Workforce Changes and Practice Effects of State Licensure and Regulation During the COVID-19 Pandemic. Oral presentation at: ACNM 66th Annual Meeting & Exhibition [Virtual]; May 23-25, 2021.
56. American College of Nurse-Midwives, Accreditation Commission for Midwifery Education. Midwifery Education Trends Report 2019. Available at: <https://www.midwife.org/default.aspx?bid=59&cat=12&button=Search>.
57. DONA International. What is a doula? Available at: <https://www.dona.org/what-is-a-doula>. Accessed March 31, 2022.
58. ACOG Committee Opinion No. 766. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):e164-e173.
59. DONA International. Position Paper: The Birth Doula's Role in Maternity Care. Available at: <https://www.dona.org/what-is-adoula/benefits-of-a-doula>. Accessed March 31, 2022.
60. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766.
61. Searcy JJ, Castañeda AN. On the Outside Looking In: A Global Doula Response to COVID-19. *Front Sociol*. 2021;6:613978.

62. March of Dimes. Policies & Positions. Doula and Birth Outcomes (2019). Available at: <https://www.marchofdimes.org/advocacy/policies-and-positions.aspx>. Accessed March 31, 2022.
63. The National Health Law Program. Doula Medicaid Project, Current State Doula Medicaid Efforts. Available at: <https://healthlaw.org/doulamedicaidproject>. Accessed March 31, 2022.
64. ACOG Committee Opinion No. 736. Optimizing Postpartum Care. Reaffirmed 2021. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>. Accessed May 17, 2022.
65. Daw JR, Kozhimannil KB, Admon LK. High Rates Of Perinatal Insurance Churn Persist After The ACA. Health Affairs Forefront. September 16, 2019. Available at: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20190913.387157>. Accessed May 17, 2022.
66. Kaiser Family Foundation. Medicaid and CHIP Eligibility, Enrollment, and Cost Sharing Policies as of January 2019: Findings from a 50-State Survey. March 2019. Available at: <https://www.kff.org/medicaid/report/medicaid-and-chipeligibility-enrollment-and-cost-sharing-policies-as-of-january-2019-findings-from-a-50-state-survey>. Accessed May 17, 2022.
67. Eliason EL, Daw JR, Steenland MW. Changes in Postpartum Insurance Coverage in the US During the COVID-19 Pandemic. JAMA Health Forum. 2022;3(4):e220688. Published online April 22, 2022.
68. Centers for Disease Control. PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) Data, 2019. Selected 2016 through 2019 Maternal and Child Health (MCH) Indicators. Available at: <https://www.cdc.gov/prams/prams-data/mchindicators.html>. Accessed May 17, 2022.
69. Ukah UV, Dayan N, Potter BJ, Ayoub A, Auger N. Severe Maternal Morbidity and Risk of Mortality Beyond the Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2021;137(2):277-284.
70. Lewkowitz AK, Rosenbloom JI, Keller M, et al. Association Between Severe Maternal Morbidity and Psychiatric Illness Within 1 Year of Hospital Discharge After Delivery. Obstet Gynecol. 2019;134(4):695-707.
71. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, et al. Vital Signs: Pregnancy-Related Deaths, United States, 2011–2015, and Strategies for Prevention, 13 States, 2013–2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:423-429.
72. ACOG. Policy Priorities. Eliminating Preventable Maternal Mortality and Morbidity. Available at: <https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/maternal-mortality-prevention>. Accessed May 17, 2022.
73. Bauman BL, Ko JY, Cox S, et al. Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression - United States, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(19):575-581.
74. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017;210(5):315-323.
75. Farr SL, Dietz PM, O'Hara MW, Burley K, Ko JY. Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. J Womens Health (Larchmt). 2014;23(2):120-128.
76. March of Dimes Position Statement. Improving Maternal Mental Health. Available at: <https://www.marchofdimes.org/mentalhealth.aspx>. Accessed May 17, 2022.
77. ACOG Committee Opinion No. 762. Prepregnancy Counseling. January 2019. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinicalguidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancycounseling>. Accessed May 16, 2022.
78. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-6):1-23.
79. Kaiser Family Foundation (KFF). Women's Health Insurance Coverage. November 8, 2021. Available at: <https://www.kff.org/other/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage>. Accessed May 16, 2022.
80. National Center for Health Statistics, final natality data, 2016-2020.
81. Truven Health Analytics. The cost of having a baby in the United States. Ann Arbor (MI): Truven Health Analytics. January 2013. Available at: <https://www.catalyze.org/product/2013-cost-babyunited-states>. Accessed May 16, 2022.
82. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. April 26, 2022. Available at: <https://www.kff.org/medicaid/issuebrief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map>. Accessed May 16, 2022.
83. Holahan J, Buettgens M, Banthin JS, Simpson M. Issue Brief: Filling the Gap in States That Have Not Expanded Medicaid Eligibility. The Commonwealth Fund. June 30, 2021. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issuebriefs/2021/jun/filling-gap-states-not-expanded-medicaid>. Accessed May 16, 2022.
84. Kaiser Family Foundation (KFF). Medicaid Postpartum Coverage Extension Tracker. Available at: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-postpartum-coverage-extension-tracker>. Accessed June 16, 2022.
85. U.S. Department of Health & Human Services. New Medicaid and CHIP Enrollment Snapshot Shows Almost 10 million Americans Enrolled in Coverage During the COVID-19 Public Health Emergency. June 21, 2021. Available at: <https://www.hhs.gov/about/news/2021/06/21/new-medicaid-and-chip-enrollmentsnapshot-shows-almost-10-million-americans-enrolled.html>. Accessed May 16, 2022.
86. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy Mortality Surveillance System. Available at: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortalitysurveillance-system.htm>. Accessed May 13, 2022.
87. Admon LK, Winkelman TNA, Moniz MH, Davis MM, Heisler M, Dalton VK. Disparities in Chronic Conditions Among Women Hospitalized for Delivery in the United States, 2005-2014. Obstet Gynecol. 2017;130(6):1319-1326.
88. Admon LK, Winkelman TNA, Heisler M, Dalton VK. Obstetric Outcomes and Delivery-Related Health Care Utilization and Costs Among Pregnant Women With Multiple Chronic Conditions. Prev Chronic Dis. 2018;15:E21.
89. Collier AY, Molina RL. Maternal Mortality in the United States: Updates on Trends, Causes, and Solutions. Neoreviews. 2019;20(10):e561-e574.

90. Fingar KF, Hambrick MM, Heslin KC, Moore JE. Trends and Disparities in Delivery Hospitalizations Involving Severe Maternal Morbidity, 2006-2015. HCUP Statistical Brief #243. September 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb243-Severe-Maternal-Morbidity-Delivery-Trends-Disparities.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb243-Severe-Maternal-Morbidity-Delivery-Trends-Disparities.pdf). Accessed May 13, 2022.
91. Deloitte Consulting/Deloitte Health Equity Institute, HealthPrism™. March of Dimes Maternity Care Deserts Final Report. March 2022.
92. Ford ND, Cox S, Ko JY, et al. Hypertensive Disorders in Pregnancy and Mortality at Delivery Hospitalization—United States, 2017-2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(17):585-591.
93. ACOG Obstetric Care Consensus No. 9. Levels of Maternal Care. August 2019. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2019/08/levels-of-maternal-care>. Accessed May 18, 2022.
94. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 8th ed. Elk Grove Village, IL: AAP; Washington, DC: ACOG, 2017.
95. American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal–Fetal Medicine, Menard MK, Kilpatrick S, et al. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(3):259-271.
96. Clapp MA, James KE, Kaimal AJ. The effect of hospital acuity on severe maternal morbidity in high-risk patients. Am J Obstet Gynecol. 2018;219(1):111.e1-111.e7.
97. Handley SC, Lorch SA. Regionalization of neonatal care: benefits, barriers, and beyond [published online ahead of print, 2022 Apr 23]. J Perinatol. 2022;10.1038/s41372-022-01404-7.
98. Okoroh EM, Kroelinger CD, Lasswell SM, Goodman DA, Williams AM, Barfield WD. United States and territory policies supporting maternal and neonatal transfer: review of transport and reimbursement. J Perinatol. 2016;36(1):30-34.
99. Kroelinger CD, Okoroh EM, Goodman DA, Lasswell SM, Barfield WD. Designation of neonatal levels of care: a review of state regulatory and monitoring policies. J Perinatol. 2020;40(3):369-376.
100. American Hospital Association, 2020.
101. DeNicola N, Grossman D, Marko K, et al. Telehealth Interventions to Improve Obstetric and Gynecologic Health Outcomes: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2020;135(2):371-382.
102. Morgan A, Goodman D, Vinagolu-Baur J, Cass I. Prenatal telemedicine during COVID-19: patterns of use and barriers to access. JAMIA Open. 2022;5(1):oob116.
103. Vogels EA. Pew Research Center. Digital divide persists even as Americans with lower incomes make gains in tech adoption. July 22, 2021. Available at: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2021/06/22/digital-divide-persists-even-as-americans-with-lower-incomes-make-gains-in-tech-adoption>. Accessed May 13, 2022.
104. Federal Communications Commission, Fixed Broadband Deployment Data. December 2020, 2021.
105. Federal Communications Commission. 2016 Broadband Progress Report. January 29, 2016. Available at: <https://www.fcc.gov/reports-research/reports/broadband-progressreports/2016-broadband-progress-report>. Accessed May 13, 2022.
106. Fryer K, Delgado A, Foti T, Reid CN, Marshall J. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. Matern Child Health J. 2020;24(9):1104-1110.
107. Marshall J, Kihlström L, Buro A, et al. Statewide Implementation of Virtual Perinatal Home Visiting During COVID-19. Matern Child Health J. 2020;24(10):1224-1230.
108. Dills AK. Mercatus Center at George Mason University. Policy Brief. Telehealth Payment Parity Laws at the State Level. November 2021. Available at: <https://www.mercatus.org/publications/healthcare/telehealth-payment-parity-laws-statelevel>. Accessed May 13, 2022.
109. March of Dimes Policy Statement. Telehealth in Maternal and Child Health Care. April 2020. Available at: <https://www.marchofdimes.org/advocacy/policies-and-positions.aspx>. Accessed May 13, 2022.
110. Ingram DD, Franco SJ. 2013 NCHS urban–rural classification scheme for counties. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2(166). 2014.

**MAMÁS  
SANAS.  
BEBÉS  
FUERTES.**

