

El Boletín de calificaciones de 2021 destaca los indicadores principales más recientes para describir y mejorar la salud materno-infantil en los Estados Unidos. Presenta las calificaciones con respecto al nacimiento prematuro, además de los impulsores sociales de la salud, tasas de cesárea de bajo riesgo y acceso inadecuado a la atención prenatal. Nuestro Boletín de calificaciones suplementarias destaca las enormes disparidades en cuanto a raza/etnia dentro de estos factores.

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2021

Con el comienzo de la pandemia de COVID-19, las disparidades de salud preexistentes han aumentado. La recolección de datos y el análisis completo de estas medidas y las disparidades resultantes, establecen el desarrollo de políticas y programas que nos acercan a la igualdad en la salud. El Boletín de calificaciones examina políticas como la expansión de Medicaid y programas como los Comités de Revisión de la Mortalidad Materna que pueden ayudar a mejorar la igualdad de la salud materno-infantil de las familias en todo el país.

ESTADOS UNIDOS

Escanee aquí para obtener más información sobre los Estados Unidos.



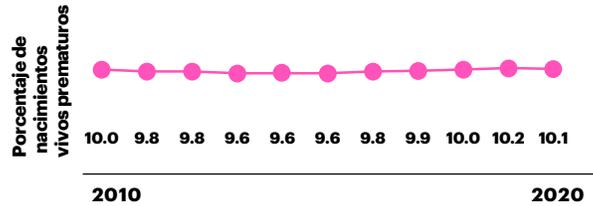
SALUD INFANTIL

CALIFICACIÓN DE NACIMIENTOS PREMATUROS

C-

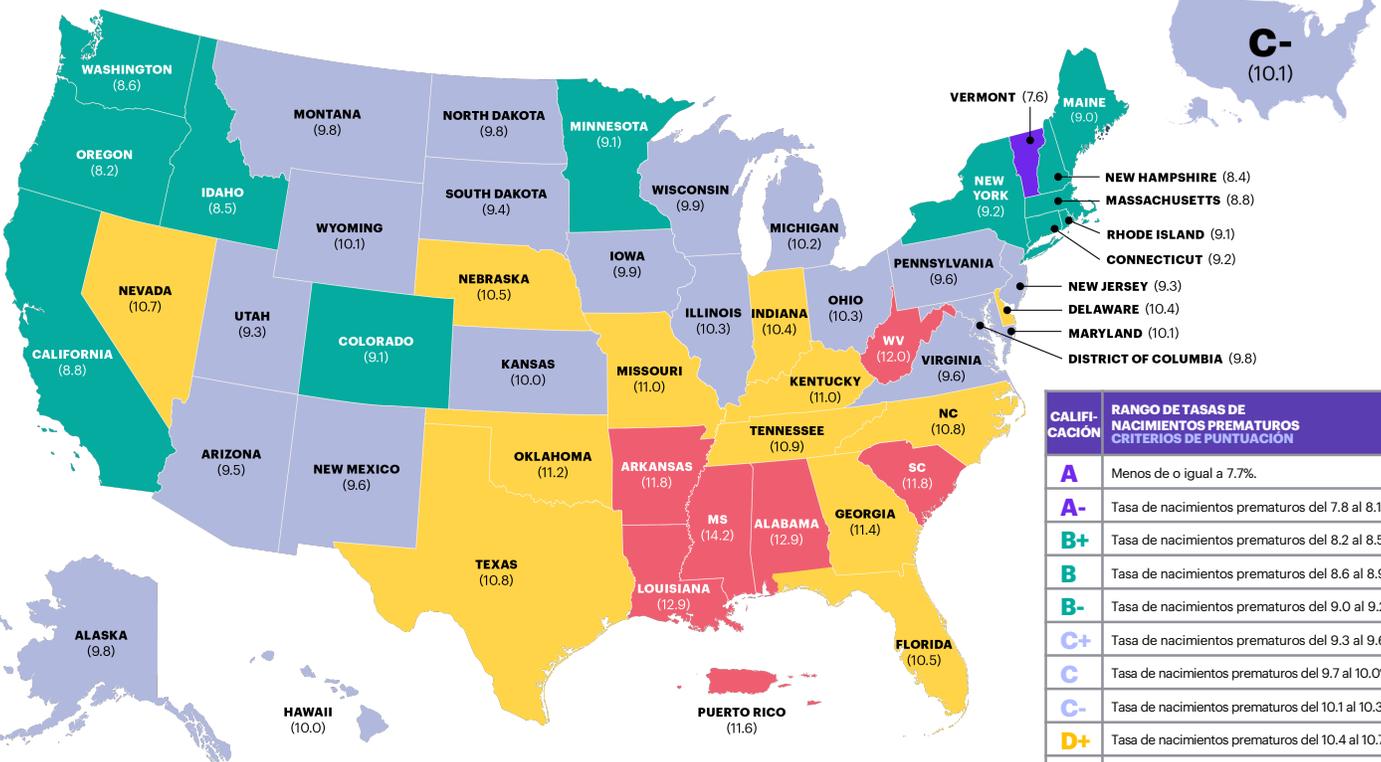
TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS

10.1%



TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS Y CALIFICACIONES POR ESTADO

Calificación para la tasa nacional de nacimientos prematuros



No se incluye a Puerto Rico en el total de Estados Unidos.

"Prematuro" es menos de 37 semanas de gestación completas, en función del cálculo obstétrico de la edad gestacional.

Fuente: Las tasas de nacimientos prematuros provienen de los datos de natalidad finales de 2019 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud. El Centro de Datos Perinatales de March of Dimes asignó las calificaciones.

CALIFICACIÓN	RANGO DE TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS CRITERIOS DE PUNTUACIÓN
A	Menos de o igual a 7.7%.
A-	Tasa de nacimientos prematuros del 7.8 al 8.1%.
B+	Tasa de nacimientos prematuros del 8.2 al 8.5%.
B	Tasa de nacimientos prematuros del 8.6 al 8.9%.
B-	Tasa de nacimientos prematuros del 9.0 al 9.2%.
C+	Tasa de nacimientos prematuros del 9.3 al 9.6%.
C	Tasa de nacimientos prematuros del 9.7 al 10.0%.
C-	Tasa de nacimientos prematuros del 10.1 al 10.3%.
D+	Tasa de nacimientos prematuros del 10.4 al 10.7%.
D	Tasa de nacimientos prematuros del 10.8 al 11.1%.
D-	Tasa de nacimientos prematuros del 11.2 al 11.4%.
F	Tasa de nacimientos prematuros superior o igual a 11.5%

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver

www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.

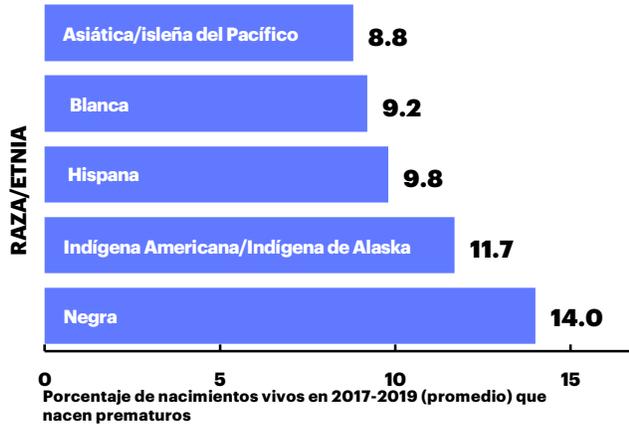
©2021 March of Dimes



BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2020 RAZA Y ETNIA EN EE. UU.

SALUD INFANTIL

Se muestran tasas agrupadas de nacimientos prematuros de 2017-2019 para cada uno de los cinco grupos raciales y étnicos con tabulación cruzada. El grupo racial/étnico con la tasa más alta se compara con la tasa combinada de todos los otros grupos raciales/étnicos



En los Estados Unidos, la tasa de nacimientos prematuros entre las personas negras es 51% más alta que la tasa entre todas las otras personas.

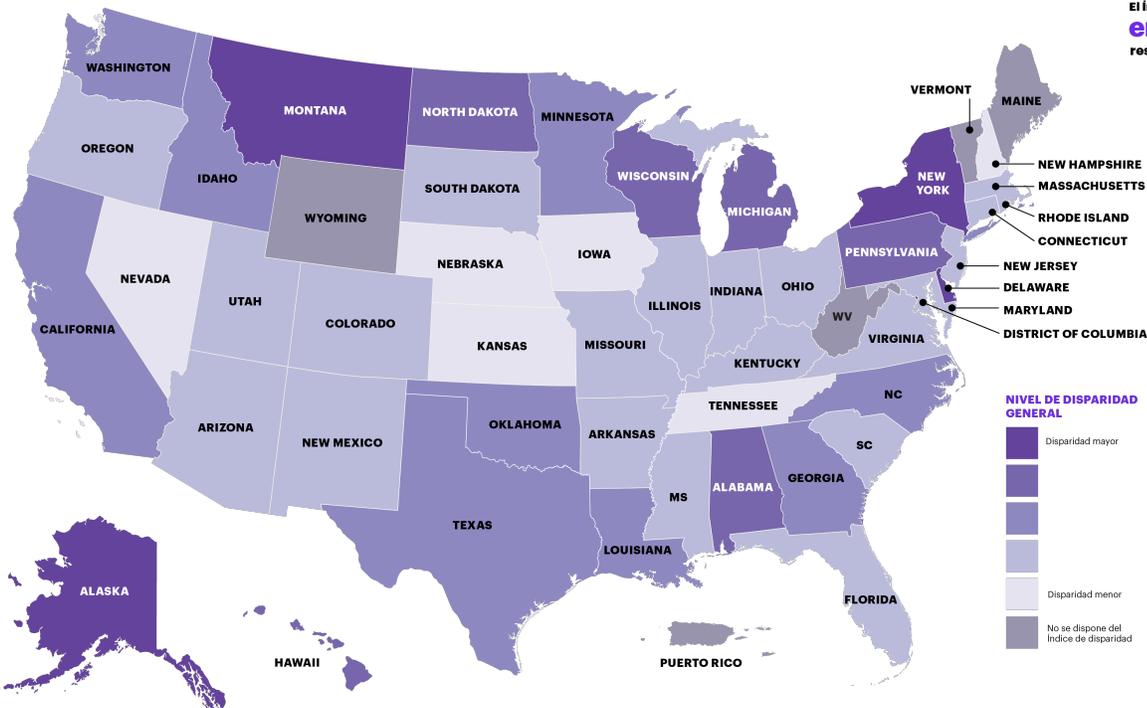
DISPARIDAD DE RAZA Y ETNIA POR ESTADO

El índice de disparidad de March of Dimes mide y controla el progreso hacia la eliminación de las disparidades raciales/étnicas en el nacimiento prematuro. Se basa en la metodología de Healthy People 2020 y compara el grupo con la tasa de nacimientos prematuros más baja con el promedio de todos los otros grupos. Se evalúa el progreso comparando el índice de disparidad actual con un índice de disparidad de referencia. Un índice de disparidad más bajo es mejor y un índice de disparidad de 1 indica que no hay disparidad.

Índice de disparidad de EE. UU.



El índice de disparidad de EE. UU. **empeoró** respecto de la referencia



UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.



BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2020 MORTALIDAD INFANTIL EN EE. UU.

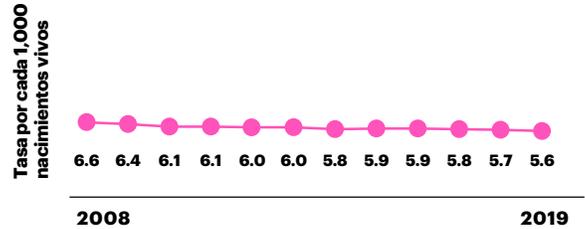
SALUD INFANTIL

MORTALIDAD INFANTIL

Las tasas de mortalidad infantil son una indicación de la salud general. Las causas principales de mortalidad infantil incluyen defectos de nacimiento, prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones maternas y síndrome de muerte súbita del lactante.

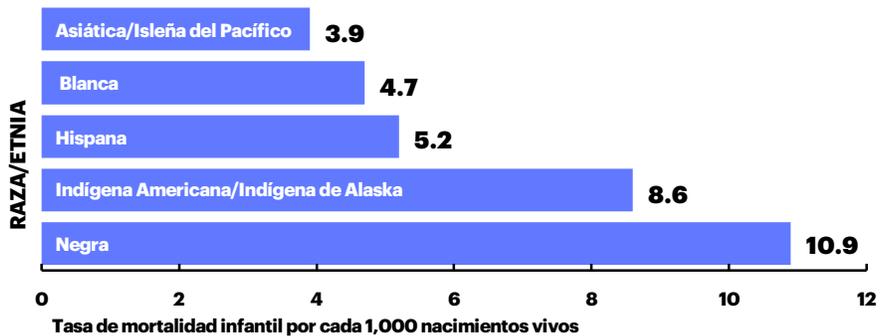
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

5.6



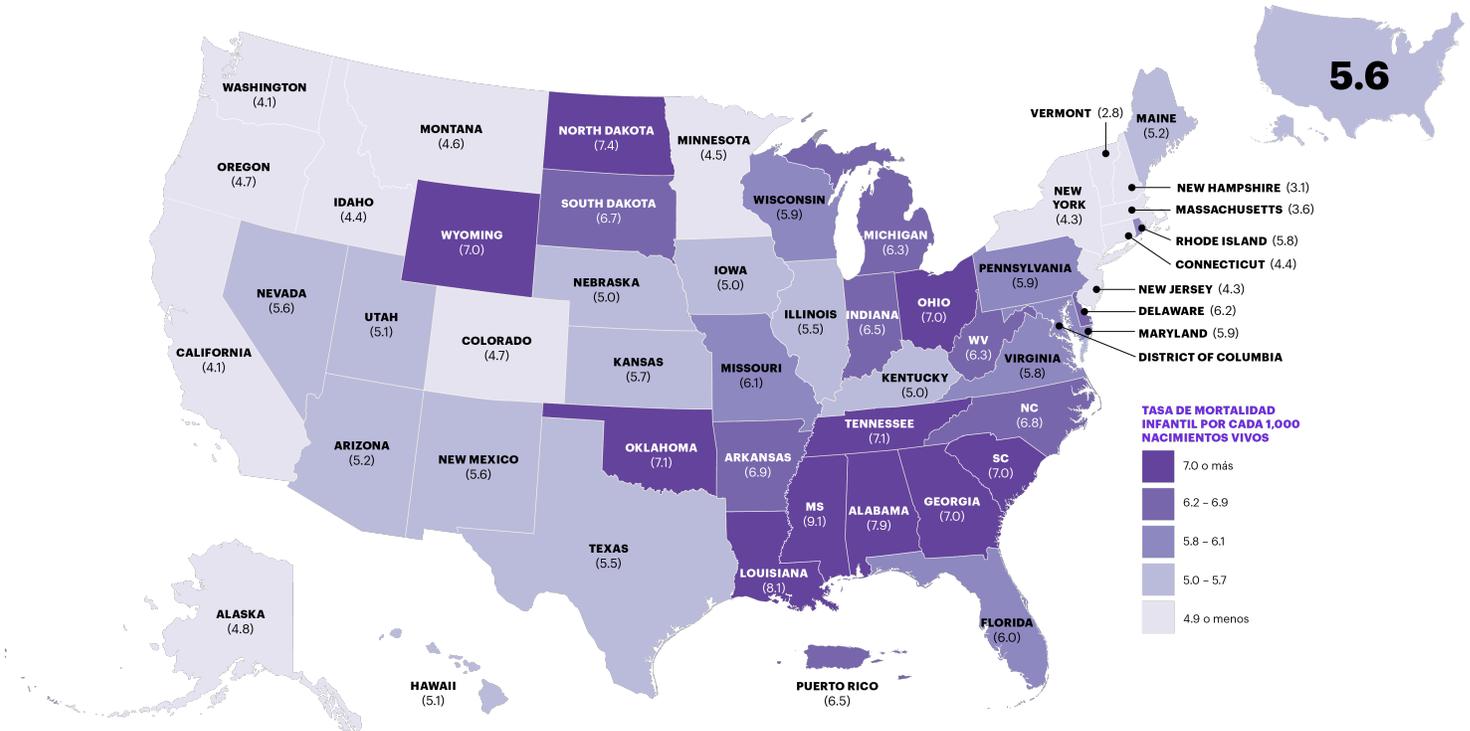
TASA POR RAZA Y ETNIA

Se muestran las tasas de mortalidad infantil de 2018 por 1,000 nacimientos vivos por cada una de los grupos raciales y étnicos puenteados. La tasa más alta de mortalidad infantil se observa en mujeres no hispanas de raza negra.



MORTALIDAD INFANTIL POR ESTADO

Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacimientos vivos



UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.



ESTADOS UNIDOS

SALUD MATERNA

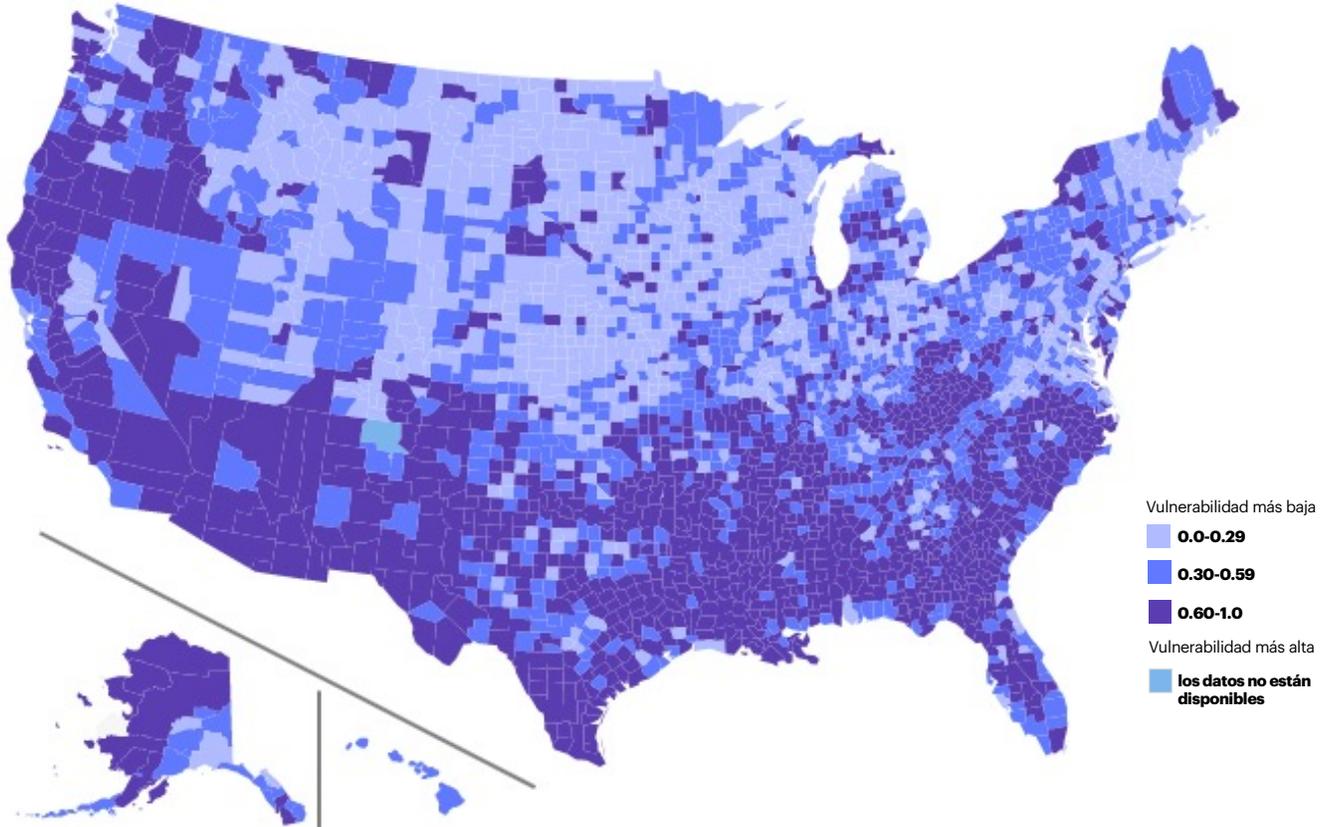
Existe una conexión crítica entre la salud infantil, la salud materna y la salud de una familia. Todas dependen de su contexto social vivido, de la calidad y accesibilidad de la atención de salud y de las políticas dentro de un estado. Cada factor puede brindar información sobre cómo un estado atiende a su población.

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL

El lugar donde usted vive importa.

March of Dimes ofrece la oportunidad de examinar los determinantes sociales de salud a nivel de condado utilizando el Índice de vulnerabilidad social (SVI por sus siglas en inglés). Las poblaciones socialmente vulnerables corren más riesgo de experimentar resultados deficientes de salud durante una emergencia de salud pública. Los mismos factores que se aplican en el índice, también aportan a los resultados deficientes de salud materna e infantil, incluyendo el acceso deficiente al cuidado de maternidad. Las diferencias en los condados se miden mediante 15 factores sociales, agrupados en cuatro áreas que incluyen: condición socioeconómica; composición y discapacidad del hogar; condición de minoría e idioma; tipo de vivienda y transporte. Cada aspecto del índice utiliza factores físicos o sociales que ayudan a estimar dónde los resultados deficientes de salud pueden ser más prevalentes.

El SVI general para cada condado representa el nivel de vulnerabilidad en relación a otros condados en el estado. La medida del SVI siempre es un número entre 0 y 1. Un SVI más bajo indica una vulnerabilidad más baja y un SVI más alto indica una vulnerabilidad más alta.



MEDIDAS CLÍNICAS

Su atención de salud importa.

El acceso y la calidad de la atención de salud antes, durante y después del embarazo pueden afectar los resultados de salud en el futuro. Una cesárea innecesaria puede producir complicaciones de salud y un cuidado prenatal inadecuado puede ignorar hitos importantes en el embarazo.

25.6

POR CIENTO

TASAS DE CESÁREA DE BAJO RIESGO

Esta tasa muestra las cesáreas realizadas en personas embarazadas por primera vez, con un solo bebé, posicionado cabeza abajo y al menos con 37 semanas de embarazo.

14.9

POR CIENTO

CUIDADO PRENATAL INADECUADO

Porcentaje de personas que recibieron cuidado a partir del quinto mes o después, o cuyo cuidado incluyó menos del 50% de la cantidad apropiada de visitas para la edad gestacional del bebé.

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver

www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.

©2021 March of Dimes



ESTADOS UNIDOS

SALUD MATERNA

ADOPTADA EN 39 ESTADOS (INCLUIDO D.C.)

EXPANSIÓN DE MEDICAID

La expansión de Medicaid para cubrir a las personas hasta el 138% del nivel federal de pobreza puede desempeñar una función esencial en mejorar la salud materno-infantil. La expansión de Medicaid redujo las tasas de personas no aseguradas en edad reproductiva. El mayor acceso y utilización de la atención médica se asocian en gran medida a esta expansión de Medicaid.⁷

ACCIÓN RECIENTE EN 19 ESTADOS (INCLUIDO D.C.) 3 ESTADOS EXTENDIERON TOTALMENTE LA COBERTURA

ACCIÓN RECIENTE SOBRE LA EXTENSIÓN DE MEDICAID

La adopción de esta política permite que las personas califiquen para cobertura de Medicaid en relación al embarazo por más de los 60 días estándar después del embarazo hasta por un año.⁸ Extender esta cobertura típicamente exige tanto la sanción de una ley estatal como una asignación además de una exención bajo la Sección 1115 a fin de recibir una contribución paralela federal.⁹ Tres estados extendieron los beneficios completos de Medicaid actualmente.

LEGISLACIÓN EN 30 ESTADOS

POLÍTICA SOBRE PARTERÍA

Las parteras son profesionales de la salud que pueden formar parte del equipo de atención del parto o ser independientes para brindar atención prenatal, de parto y posparto. Los estados que tienen políticas que permiten la práctica de parteras a nivel directo y personal de enfermería certificado en partería pueden aumentar el acceso a la atención, especialmente en áreas de bajos recursos. El cuidado de partería puede reducir aún más las intervenciones médicas que aportan al riesgo de la mortalidad y morbilidad materna en los embarazos iniciales y posteriores, bajar los costos y posiblemente mejorar la salud de las personas que dan a luz y los bebés.

13 ESTADOS REEMBOLSAN LA ATENCIÓN DE DOULAS

LEGISLACIÓN SOBRE DOULAS

Doulas son profesionales no clínicos que brindan apoyo emocional y físico a las personas durante el período perinatal, incluyendo el nacimiento y posparto.¹⁴ El mayor acceso a doulas puede ayudar a mejorar los resultados del parto y reducir las tasas más altas de morbilidad y mortalidad materna entre las personas de color en los Estados Unidos. El apoyo de doulas no está cubierto rutinariamente por el seguro de salud. La cobertura de seguro para el apoyo de doulas a través de Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil, un seguro privado u otros programas puede ser una manera de mejorar los resultados del parto.

38 ESTADOS (INCLUIDO D.C.) REVISAN LAS MUERTES MATERNAS HASTA UN AÑO DESPUÉS DEL NACIMIENTO

COMITÉ DE REVISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (MMRC)

Estos comités investigan las muertes relacionadas con el embarazo para determinar las causas subyacentes de muerte y responder para mejorar las condiciones y prácticas. Los comités pueden estar integrados por representantes de salud pública, enfermería, medicina materno-fetal, obstetricia y ginecología, partería, grupos de defensa de pacientes y organizaciones comunitarias.¹⁰ Los estados que cuentan con un MMRC están mejor equipados para prevenir las muertes relacionadas con el embarazo. Los estados que revisan las muertes relacionadas con el embarazo hasta un año después del embarazo nos ayudarán más a entender todas las causas de mortalidad relacionada con el embarazo.

45 ESTADOS (INCLUIDO D.C.) TIENEN REDES DE COLABORACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERINATAL (PQC) PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

COLABORACIÓN EN LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERINATAL

La PQC crea alianzas con las familias, agencias estatales clave y organizaciones para identificar e iniciar programas o procedimientos que mejoran la calidad de la atención en entornos clínicos. El trabajo realizado por la PQC en la nación se enfoca en un método de aprendizaje de colaboración entre los profesionales de la salud y los miembros de la PQC.¹²

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver

www.marchofdimes.org/reportcard

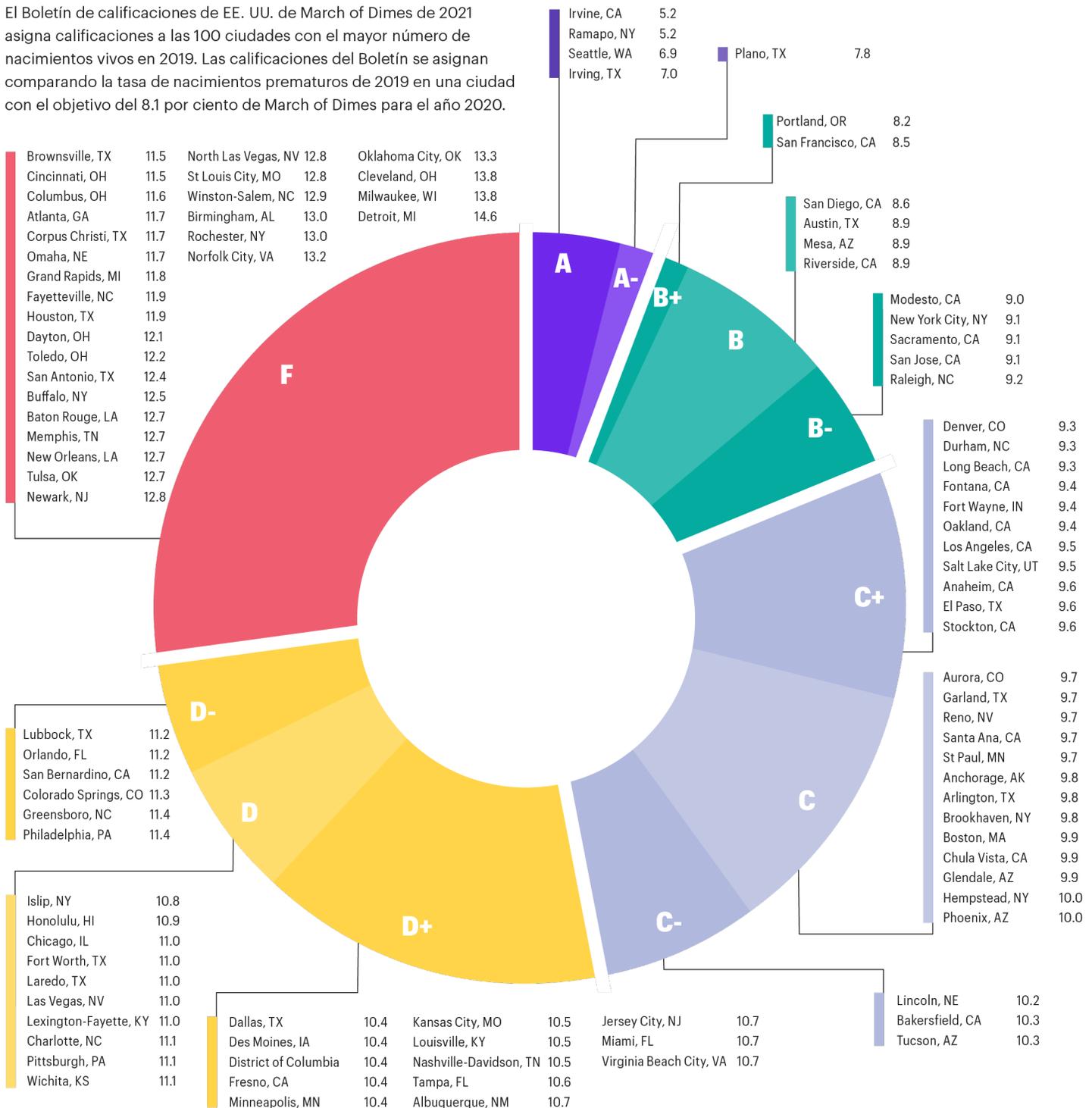
Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.

©2021 March of Dimes



100 CIUDADES DE EE. UU. CON EL MAYOR NÚMERO DE NACIMIENTOS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS Y CALIFICACIONES DE 2019

El Boletín de calificaciones de EE. UU. de March of Dimes de 2021 asigna calificaciones a las 100 ciudades con el mayor número de nacimientos vivos en 2019. Las calificaciones del Boletín se asignan comparando la tasa de nacimientos prematuros de 2019 en una ciudad con el objetivo del 8.1 por ciento de March of Dimes para el año 2020.



CALIFICACIÓN Y RANGO

Calificación	Rango
A	Menos de o igual a 7.7%
A-	7.8%-8.1%
B+	8.2%-8.5%
B	8.6%-8.9%
B-	9.0%-9.2%
C+	9.3%-9.6%
C	9.7%-10.0%
C-	10.1%-10.3%
D+	10.4%-10.7%
D	10.8%-11.1%
D-	11.2%-11.4%
F	11.5% o más

- Notas:**
- "Prematuro" es menos de 37 semanas de gestación, basado en el cálculo obstétrico de la edad gestacional.
 - Las ciudades representan aquellas con el mayor número de nacimientos vivos de todas las ciudades con una población de más de 100,000, como lo define el Centro Nacional de Estadísticas de Salud.
 - *Los datos de Honolulu representan la combinación de la ciudad y el condado de Honolulu.
 - Ver más información en el Boletín de calificaciones de EE. UU. de March of Dimes de 2021.

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2021 NOTAS TÉCNICAS

NACIMIENTO PREMATURO: DEFINICIÓN Y FUENTE

El nacimiento prematuro es el nacimiento con menos de 37 semanas de gestación, basado en el cálculo obstétrico de la edad gestacional. Los datos utilizados en este boletín de calificaciones provienen de los documentos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), compilados de datos suministrados por las 57 jurisdicciones de estadísticas demográficas, a través del Programa Cooperativo de Estadísticas Demográficas.¹ Esta fuente nacional de datos se empleó para que los datos sean comparables para cada boletín de calificaciones específico de cada estado y jurisdicción. Los datos consignados en el boletín pueden diferir de aquellos obtenidos directamente de los departamentos de salud estatales o locales y de las agencias de estadísticas demográficas, debido al momento en que se presentan los datos y se manejan los datos faltantes. Las tasas de nacimientos prematuros que aparecen en la parte superior del boletín se calcularon con los datos de natalidad finales de 2020 de NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros en la gráfica de tendencias provienen de los datos de natalidad finales de 2010-2020 de NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros por condado y por ciudad provienen de los datos de natalidad finales de 2019 de NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros para las categorías raciales y étnicas con tabulación cruzada se calcularon con los datos de natalidad finales de 2017-2019 de NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros se calcularon como el número de nacimientos prematuros dividido por el número de nacimientos vivos con edad gestacional conocida, multiplicado por 100.

METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN

En 2019 se introdujeron rangos ampliados de calificaciones. Los rangos de calificaciones siguen basándose en las desviaciones estándar de las tasas de nacimientos prematuros finales de los estados y del Distrito de Columbia de 2014 con respecto al objetivo de March of Dimes del 8.1 por ciento para el año 2020. Se determinaron las calificaciones utilizando la siguiente fórmula de puntaje: (tasa de nacimientos prematuros de cada jurisdicción - 8.1 por ciento) / desviación estándar de las tasas de nacimientos prematuros finales de los estados y del Distrito de Columbia de 2014. Cada puntaje dentro de una calificación se dividió en tercios para crear intervalos +/- . Se redondearon los puntajes resultantes a un lugar decimal y se les asignó una calificación. Ver más detalles en la tabla.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Las tasas de mortalidad infantil se calcularon con los datos vinculados de natalidad y mortalidad infantil del NCHS para el período de 2019. Las tasas de mortalidad infantil se calcularon como el número de muertes infantiles dividido por el número de nacimientos vivos, multiplicado por 1,000. La tasa de mortalidad infantil en la gráfica de tendencias proviene de los documentos vinculados de natalidad y mortalidad infantil del NCHS para el período 2009-2019.

NACIMIENTO PREMATURO POR RAZA/ETNIA DE LA PERSONA QUE DA A LUZ

La raza y la etnia hispana de la persona que da a luz se indican por separado en los certificados de nacimiento. Las tasas para personas hispanas incluyen todas las categorías raciales con tabulación cruzada (blanca, negra, indígena americana/indígena de Alaska, asiática/isleña del Pacífico). Las tasas para las personas no hispanas se clasifican según la raza. La categoría asiática/isleña del Pacífico incluye a las indígenas de Hawái. Para dar tasas estables, en el boletín figuran grupos raciales y étnicos si tuvieron 10 o más nacimientos prematuros cada año de 2017-2019. Para calcular las tasas de nacimientos prematuros en el boletín, se agruparon tres años de datos (2017-2019). Las tasas de nacimientos prematuros para razas no indicadas/desconocidas no aparecen en el boletín de calificaciones.

NACIMIENTO PREMATURO POR CIUDAD

Los boletines de calificaciones para los estados y las jurisdicciones, salvo el Distrito de Columbia, muestran la ciudad con el número más alto de nacimientos vivos. No se muestran ciudades de los estados de Delaware, Maine, Vermont, Virginia Occidental y Wyoming debido a la disponibilidad limitada de datos. Las calificaciones se asignaron con base en los criterios de calificación descritos antes. Se calculó el cambio del año anterior comparando la tasa de nacimientos prematuros por ciudad de 2019 con la tasa de 2018.

MEDIDAS DE DISPARIDAD SOBRE EL NACIMIENTO PREMATURO

El índice de disparidad de March of Dimes se basa en la metodología de Healthy People 2020 y ofrece una medida de las diferencias o disparidades en las tasas de nacimientos prematuros entre los grupos raciales/étnicos dentro de un área geográfica.² El índice de disparidad compara el grupo racial/étnico con la tasa de nacimientos prematuros más baja (grupo de comparación) con el promedio de la tasa de nacimientos prematuros de todos los otros grupos.

Para calcular el índice de disparidad, se promediaron las tasas de nacimientos prematuros de 2017-2019 de todos los grupos (excluyendo el grupo de comparación) y se dividieron por la tasa de nacimientos prematuros del grupo de comparación de 2017-2019. El grupo de comparación es el grupo racial/étnico con la tasa agrupada de nacimientos prematuros más baja en seis años (2010-2015) entre grupos que tuvieron 20 o más nacimientos prematuros en cada año desde 2010-2015. Se calculó un índice de disparidad para los estados de EE. UU., el Distrito de Columbia y la totalidad de EE. UU. No se calculó un índice de disparidad para Maine, Vermont y Virginia Occidental. Un índice de disparidad más bajo es mejor y un índice de disparidad de 1 indica que no hay disparidad.

CALIFICACIÓN	RANGO DE TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS CRITERIOS DE PUNTUACIÓN
A	Tasa de nacimientos prematuros menos de o igual a 7.7%
A-	Tasa de nacimientos prematuros del 7.8 al 8.1%.
B+	Tasa de nacimientos prematuros del 8.2 al 8.5%.
B	Tasa de nacimientos prematuros del 8.6 al 8.9%.
B-	Tasa de nacimientos prematuros del 9.0 al 9.2%.
C+	Tasa de nacimientos prematuros del 9.3 al 9.6%.
C	Tasa de nacimientos prematuros del 9.7 al 10.0%.
C-	Tasa de nacimientos prematuros del 10.1 al 10.3%.
D+	Tasa de nacimientos prematuros del 10.4 al 10.7%.
D	Tasa de nacimientos prematuros del 10.8 al 11.1%.
D-	Tasa de nacimientos prematuros del 11.2 al 11.4%.
F	Tasa de nacimientos prematuros más de o igual a 11.5%

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.



BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2021 NOTAS TÉCNICAS

MEDIDAS DE DISPARIDAD SOBRE EL NACIMIENTO PREMATURO

Se evaluó el progreso hacia la eliminación de las disparidades raciales y étnicas comparando el índice de disparidad de 2017-2019 con un índice de disparidad de referencia (2010-2012). El cambio entre los períodos se evaluó en cuanto a significación estadística en el nivel de 0.05 con el método recomendado por Healthy People 2020.² Si el índice de disparidad mejoró considerablemente porque mejoró la tasa de nacimientos prematuros promedio para todos los otros grupos, se indicó "Mejóro" en el boletín. Si el índice de disparidad empeoró considerablemente porque el grupo más bajo mejoró o porque el promedio de todos los otros grupos empeoró, se indicó "Empeoró" en el boletín. Si el índice de disparidad no cambió significativamente, se indicó "No hay mejora" en el boletín.

El boletín también muestra la diferencia porcentual entre el grupo racial/étnico con la tasa de nacimientos prematuros más alta de 2017-2019, comparado con la tasa combinada de nacimientos prematuros de 2017-2019 entre personas de todos los otros grupos raciales/étnicos. Esta diferencia porcentual se calculó usando solo los grupos raciales/étnicos mostrados en el boletín de calificaciones específico del estado o jurisdicción. Esta diferencia se calculó para cada estado de EE. UU. con números adecuados y para el Distrito de Columbia.

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD SOCIAL

March of Dimes reconoce la importancia de ciertos factores de riesgo asociados con los resultados de salud materna e infantil. El Centro para el Control de Enfermedades calcula el índice de vulnerabilidad social.³ Este índice consiste en quince variables de la Encuesta de la Comunidad Americana (American Community Survey, ACS), 2014-2018. Estas variables se agrupan en los siguientes temas: condición socioeconómica, composición/discapacidad del hogar, condición de minoría/idioma y tipo de vivienda/ transporte. La condición socioeconómica incluye la pobreza, desempleo, ingreso y nivel de finalización de la escuela secundaria. La composición y discapacidad del hogar incluye a mayores de 65 años, menores de 17 años, discapacidad y hogar unifamiliar. La condición de minoría incluye a una minoría y habla inglés "menos que bien". El tipo de vivienda y transporte incluye estructuras de unidades múltiples, casas móviles, amontonamiento, personas sin vehículo y hogares colectivos.

INDICADORES DE SALUD MATERNO-INFANTIL

TASAS DE CESÁREA DE BAJO RIESGO

Se produce una cesárea de bajo riesgo cuando se somete a la persona al procedimiento si el bebé es uno solo, está posicionado cabeza abajo y la persona está a término completo (al menos 37 semanas), sin haber dado a luz antes.⁴ A esto también se le conoce como parto por cesárea NTSV. NTSV es la abreviatura que significa nulípara (persona que da a luz por primera vez), a término, embarazo único, posición fetal en vértex (cabeza hacia abajo).

Se calcularon las tasas de cesárea de bajo riesgo con los datos de natalidad finales de 2019 de NCHS.¹ Las tasas de cesárea de bajo riesgo se calcularon como el número de cesáreas en personas embarazadas por primera vez de un solo bebé, posicionado cabeza abajo con una edad gestacional de al menos 37 semanas (NTSV), dividido por el número de personas que dan a luz por primera vez un solo bebé, posicionado cabeza abajo con una edad gestacional de al menos 37 semanas (NTSV) multiplicado por 1,000.

CUIDADO PRENATAL INADECUADO

La adecuación del cuidado prenatal se mide con el Índice de Adecuación en la Utilización del Cuidado Prenatal, que clasifica el cuidado prenatal recibido en 1 a 4 categorías (inadecuado, intermedio, adecuado y muy adecuado) al combinar información sobre el comienzo del cuidado prenatal, la cantidad de visitas y la edad gestacional del bebé.⁵ El cuidado prenatal inadecuado se define como una persona que recibió menos del 50% de sus visitas previstas. El cuidado prenatal inadecuado se calculará utilizando los datos de natalidad finales de 2019 de NCHS.¹

POLÍTICAS SOBRE SALUD MATERNA A NIVEL ESTATAL

EXPANSIÓN DE MEDICAID

La expansión de Medicaid permite que más personas sean elegibles para cobertura de Medicaid—expande el punto límite de elegibilidad. La información sobre la condición de expansión de Medicaid proviene de la Kaiser Family Foundation e indica los estados que la han adoptado o no.⁶ La expansión de Medicaid redujo las tasas de personas no aseguradas. El mayor acceso y utilización de la atención médica se asocian en gran medida a esta expansión de Medicaid.⁷

EXTENSIÓN DE MEDICAID

La adopción de esta política permite que las personas califiquen para cobertura de Medicaid en relación al embarazo por más de los 60 días estándar después del embarazo hasta por un año.⁸ Extender esta cobertura típicamente exige tanto la sanción de una ley estatal como una asignación además de una exención bajo la Sección 1115 a fin de recibir una contribución paralela federal.⁹ La condición de extensión de Medicaid la proporciona la Kaiser Family Foundation como adoptada (teniendo una exención 1115 aprobada), exención pendiente o en planificación, o planificación en curso, o el estado no tiene la organización/política indicada.⁸

COMITÉS DE REVISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (MMRC) — Estos comités investigan las muertes relacionadas al embarazo para determinar las causas subyacentes de muerte y responder para mejorar las condiciones y prácticas. Los comités pueden estar integrados por representantes de salud pública, enfermería, medicina materno-fetal, obstetricia y ginecología, partería, grupos de defensa de pacientes y organizaciones comunitarias.¹⁰ La medida proviene del Guttmacher Institute y se categoriza como: el estado tiene la organización/política indicada, el estado tiene un MMRC pero no revisa las muertes hasta un año después de la finalización del embarazo o el estado no tiene la organización/política indicada.¹¹

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.



COLABORACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERINATAL (PQC)

La PQC crea alianzas con las familias, agencias estatales clave y organizaciones para identificar e iniciar programas o procedimientos que mejoran la calidad de la atención en entornos clínicos. El trabajo de la PQC se enfoca en el aprendizaje de colaboración entre los profesionales de la salud y la PQC.¹² Los datos son proporcionados por la Society of Maternal Fetal Medicine (SMFM) y la medida se reporta como: el estado tiene la organización/política indicada o el estado no tiene la organización/política indicada.¹³

POLÍTICA SOBRE DOULAS EN LA COBERTURA DE MEDICAID

Doulas son profesionales no clínicos que brindan apoyo emocional y físico a las personas durante el período perinatal, incluyendo el nacimiento y posparto.¹⁴ La condición de la política sobre doulas muestra los estados que han promulgado leyes asociadas con la cobertura de Medicaid para el cuidado con doulas, o que no lo han hecho. La medida se reporta como: el estado tiene la organización/política indicada o el estado no tiene la organización/política indicada. Los datos los proporciona el Programa Nacional de Derecho de Salud bajo el Proyecto de Cuidado con Doulas de Medicaid.¹⁵

LEYES ESTATALES SOBRE PARTERÍA

Las parteras son profesionales de la salud que pueden formar parte del equipo de atención del parto o ser independientes para brindar atención prenatal, de parto y posparto. Las enfermeras parteras certificadas (CNM) poseen una certificación nacional y una licencia estatal para ejercer en los 50 estados. Las medidas representan a estados donde las parteras a nivel directo y el personal de enfermería de partería pueden practicar y tener licencia, o estados donde la licencia/práctica no está disponible/permitida. La medida se reporta como: el estado tiene la organización/política indicada o el estado no tiene la organización/política indicada. La información proviene de la Midwife Alliance of North America.¹⁶

CÁLCULOS

El Centro de Datos Perinatales de March of Dimes llevó a cabo todos los cálculos de natalidad.

REFERENCIAS

- 1 National Center for Health Statistics, final natality data 2017-2020.
- 2 Talih M, Huang DT. Measuring progress toward target attainment and the elimination of health disparities in Healthy People 2020. Healthy People Statistical Notes, No 27. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2016.
- 3 CDC/ATSDR Social Vulnerability Index. Available at: <https://www.atsdr.cdc.gov/placeandhealth/svi/index.html>.
- 4 Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK. Births: Final Data for 2018. Natl Vital Stat Rep 2019;68(13):1- Retrieved from: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr68/nvsr68_13-508.pdf.
- 5 Kotelchuck M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Am J Public Health 1994;84(9):1414-1420.
- 6 Kaiser Family Foundation. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. Available at: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>.
- 7 Kaiser Family Foundation. Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision. Available at: <https://www.kff.org/health-reform/state-indicator/state-activity-around-expanding-medicaid-under-the-affordable-care-act/>.
- 8 Kaiser Family Foundation. Medicaid Postpartum Coverage Extension Tracker. Available at: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-postpartum-coverage-extension-tracker/>.
- 9 Equitable Maternal Health Coalition. Available at: <https://static1.squarespace.com/static/5ed4f5c9127dab51d7a53f8e/t/5ee12b312ecd4864f647fe67/1591814991589/State+White+Paper+061020-V6.pdf>.
- 10 Center for Disease Control (CDC), Pregnancy-Related Deaths: Data from 14 U.S. Maternal Mortality Review Committees, 2008- 2017. Available at: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/mmr-data-brief.html>.
- 11 Guttmacher Institute. Maternal Mortality Review Committees. Available at: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/maternal-mortality-review-committees>.
- 12 Centers for Disease Control and Prevention, Perinatal Quality Collaboratives. Available at: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc.htm>.
- 13 Society for Maternal-Fetal Medicine. SMFM Scorecard: 2020-2021. Available at: <https://www.smfm.org/scorecard/2020>.
- 14 DONA International. What is a doula? Available at: <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>.
- 15 National Health Law Program. Doula Medicaid Project. Available at: <https://healthlaw.org/doulamedicaidproject/>.
- 16 Midwife Alliance of North America. Midwives & the Law, State by State. Available at: <https://mana.org/about-midwives/state-by-state>.

UN MOMENTO DE ASOCIACIÓN Y ACCIÓN: EXAMEN DE LA CRISIS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN EE. UU. Y LAS POLÍTICAS NECESARIAS PARA CAMBIAR

March of Dimes recomienda acciones de política estatal fundamentadas en abordar las disparidades en los resultados de salud materno-infantil, ver www.marchofdimes.org/reportcard

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas. Escanee el Código QR a la derecha para tener acceso a todo el Boletín de calificaciones de EE. UU.

