

El Boletín de calificaciones de March of Dimes de 2022 continúa elevando los datos más recientes sobre resultados infantiles y neonatales y los factores de riesgo materno. Continuamos estableciendo medidas actualizadas con respecto al nacimiento prematuro, mortalidad infantil, impulsores sociales de la salud, tasas de nacimientos por cesárea de bajo riesgo y cuidados prenatales inadecuados. Este año incluimos una actualización a nuestros impulsores sociales de la salud con el Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI).

El informe de este año destaca un empeoramiento de la salud materno-infantil con aumentos en los nacimientos prematuros y nacimientos por cesárea de bajo riesgo. Además, la brecha de igualdad en la salud continúa aumentando entre estos resultados. La recolección de datos y el análisis completo de estas medidas establecen el desarrollo de políticas y programas que nos acercan a la igualdad en la salud. Igual que en años previos, el Boletín de calificaciones presenta políticas y programas que pueden ayudar a mejorar la igualdad de los resultados de salud materno-infantil de las familias en todo el país.

2022 BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES

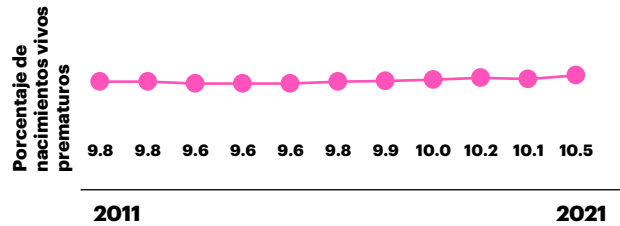
ESTADOS UNIDOS

CALIFICACIÓN DE NACIMIENTOS PREMATUROS

D+

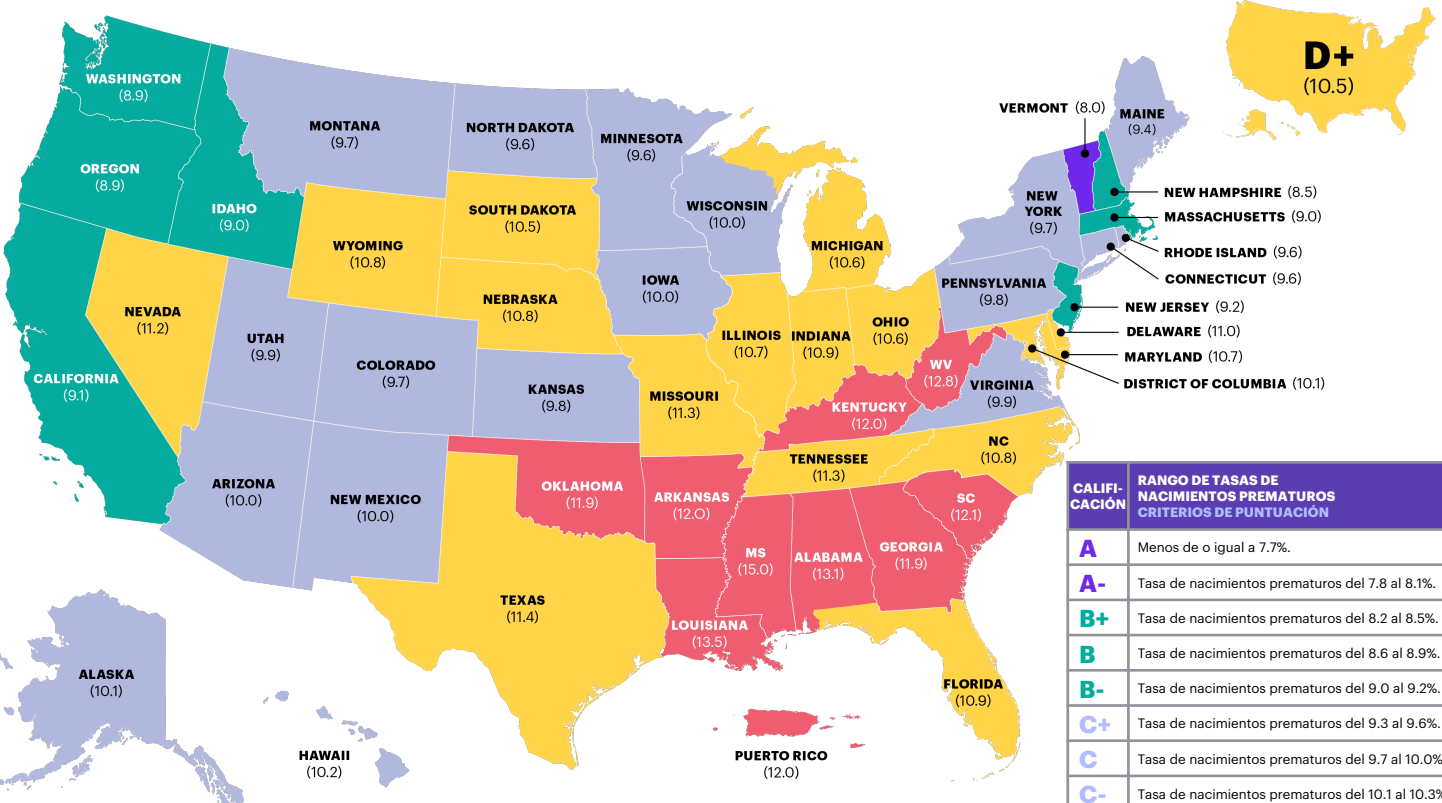
TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS

10.5%



TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS Y CALIFICACIONES POR ESTADO

Calificación para la tasa nacional de nacimientos prematuros



CALIFI-CACIÓN	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 más de o igual a 11.5%

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

El Centro de Datos Perinatales de March of Dimes asignó las calificaciones.

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

Fuente: Las tasas de nacimientos prematuros provienen de los datos de natalidad finales y datos de natalidad territoriales de EE. UU. de 2021 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

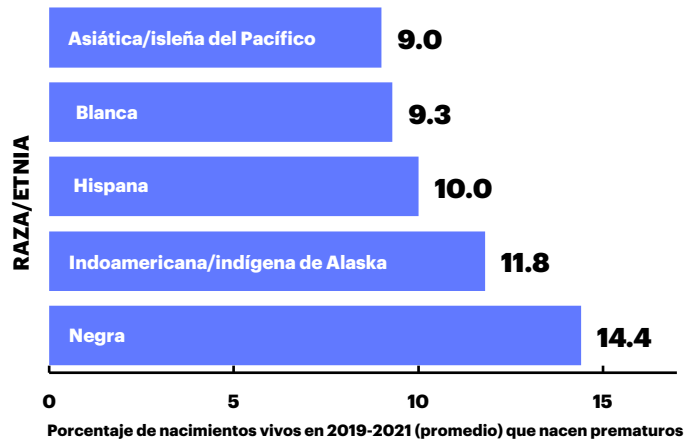
BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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: <https://bit.ly/ReportCardTechnicalNotes>

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022 RAZA Y ETNIA EN EE. UU.

Se muestran tasas agrupadas de nacimientos prematuros de 2019-2021 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 mujeres negras es 52% más alta que la tasa entre todas las otras mujeres.

ÍNDICE DE DISPARIDAD:

1.26

CAMBIO CON RESPECTO A LA LÍNEA DE REFERENCIA:
Empeoró

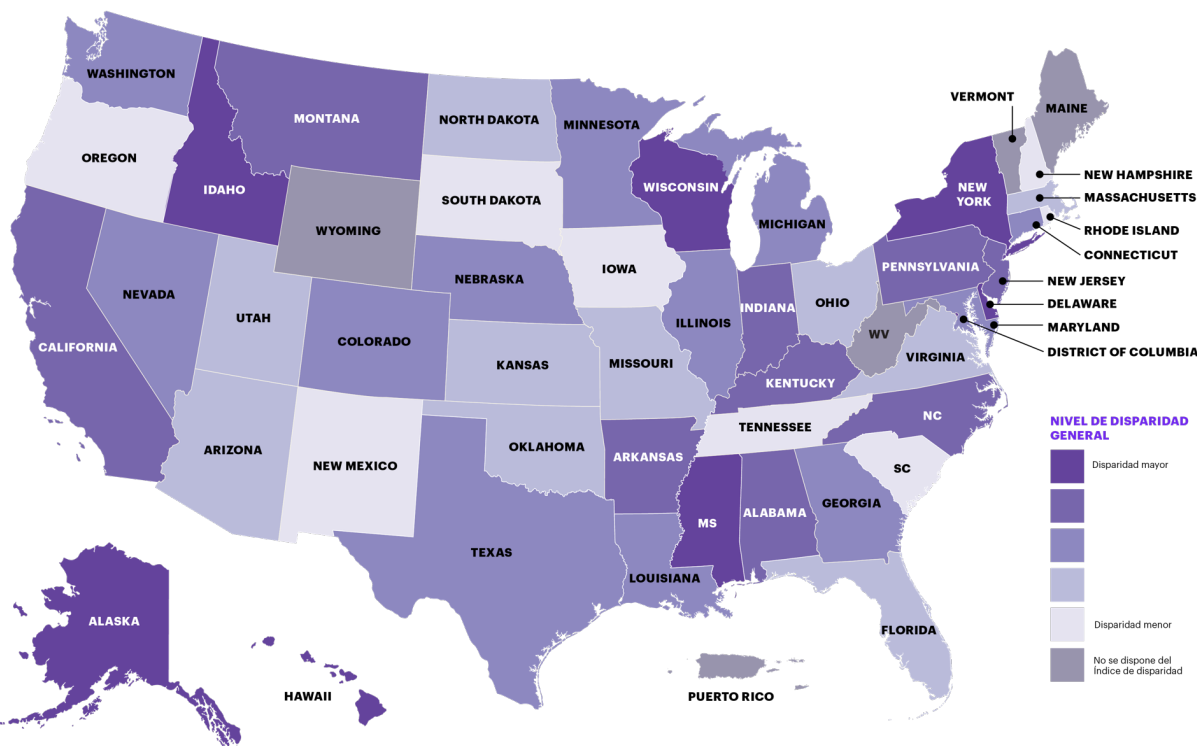
DISPARIDAD DE RAZA Y ETNIA POR ESTADO

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



BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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: <https://bit.ly/ReportCardTechnicalNotes>

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022

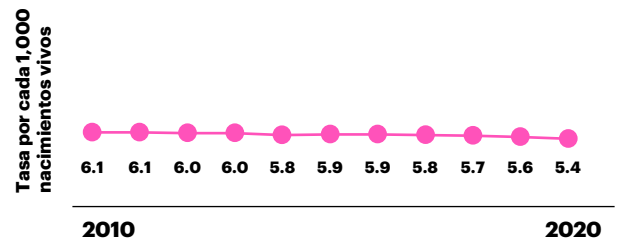
MORTALIDAD INFANTIL EN EE. UU.

MORTALIDAD INFANTIL

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

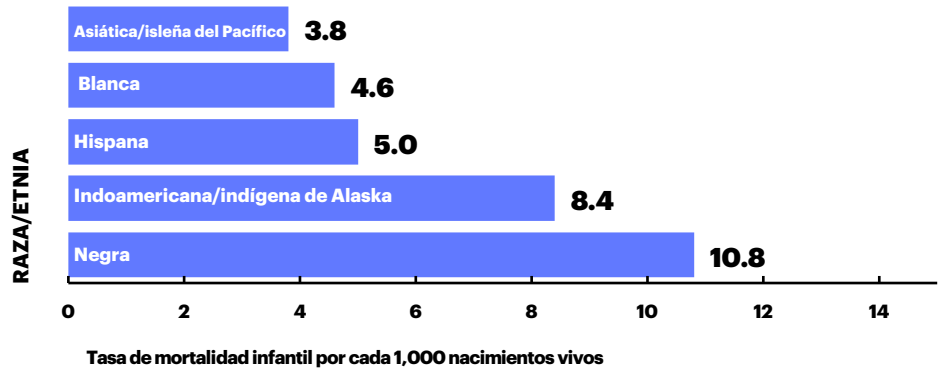
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

5.4



TASA POR RAZA Y ETNIA

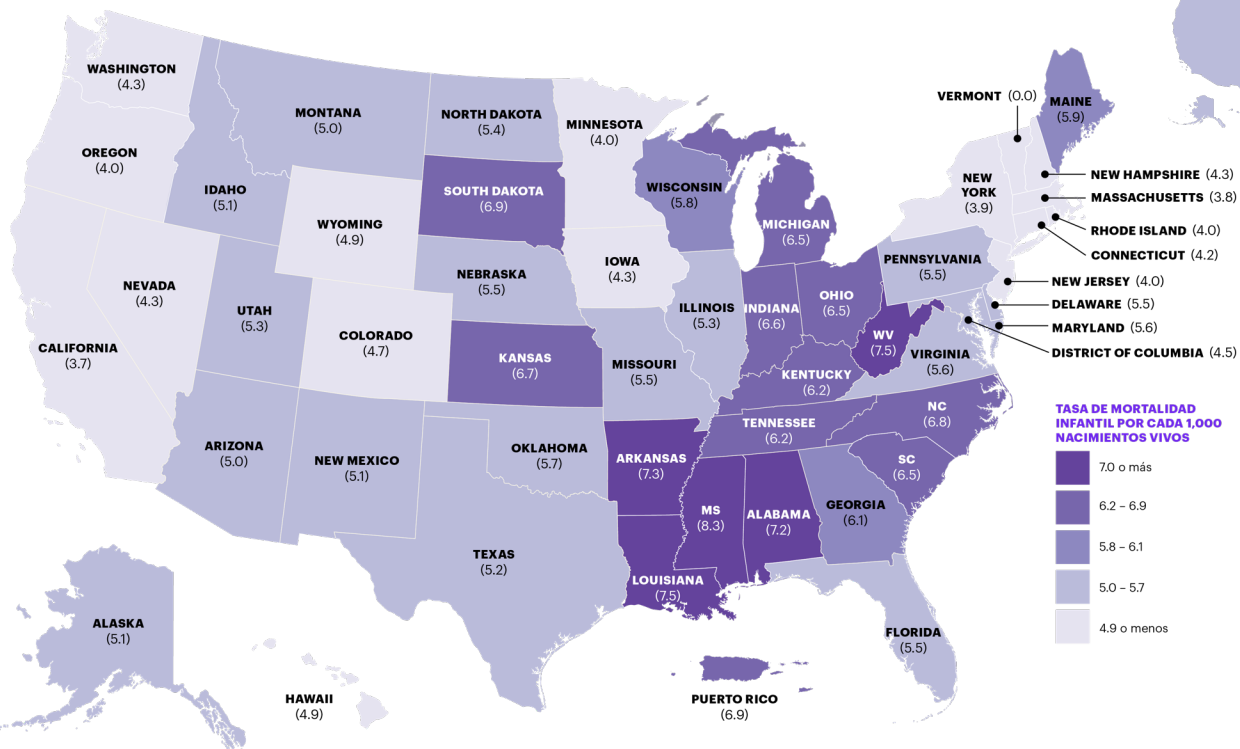
Se muestran las tasas de mortalidad infantil de 2017-2019 por cada 1,000 nacimientos vivos para cada uno de los grupos raciales y étnicos con tabulación cruzada. La tasa de mortalidad infantil más alta se observa en las personas negras no hispanas.



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ESTADO

Tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacimientos vivos

5.4



BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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: <https://bit.ly/ReportCardTechnicalNotes>

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, entre otros factores.

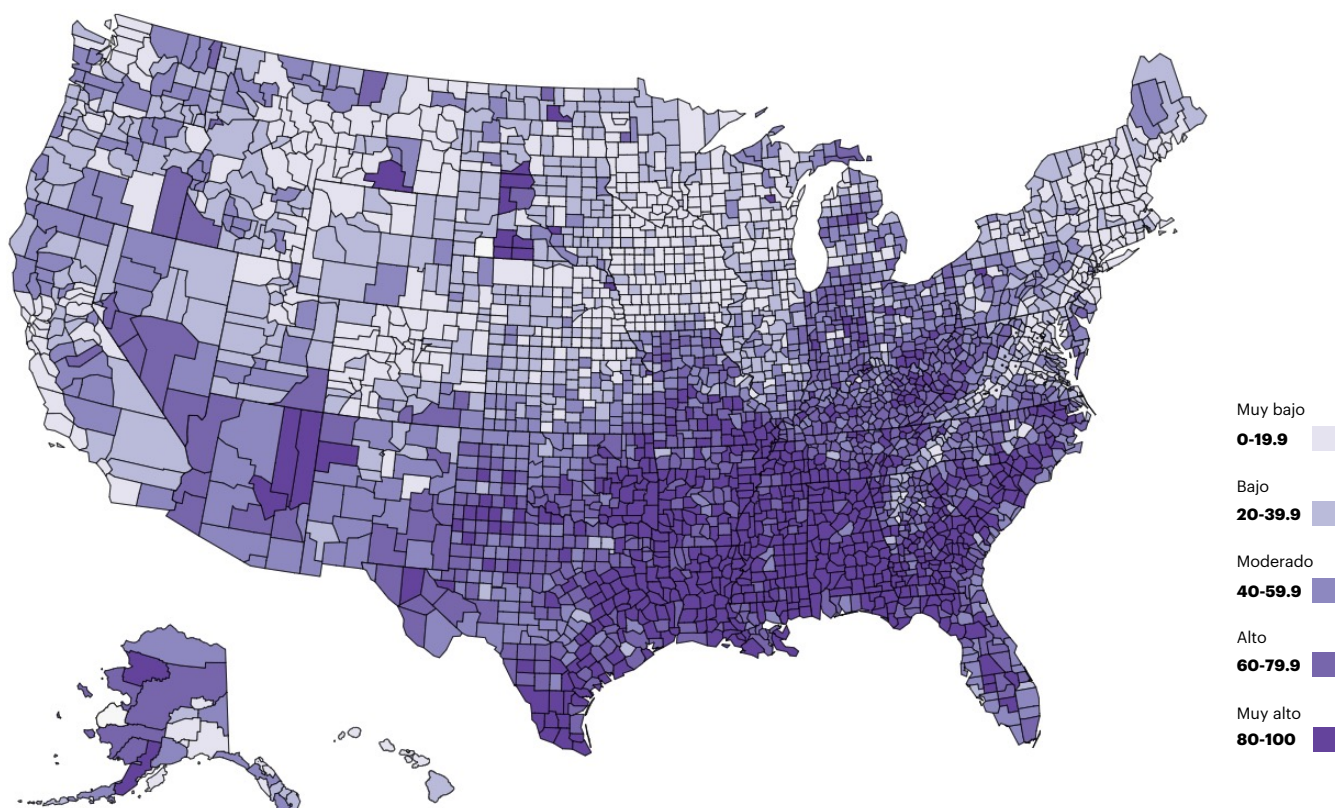
ÍNDICE DE VULNERABILIDAD MATERNA

El lugar donde usted vive importa.

March of Dimes, en asociación con Surgo Ventures, examina los determinantes de salud materna utilizando el **Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI)***. El MVI es la primera herramienta nacional a nivel de condado para identificar dónde y por qué las personas que dan a luz en los Estados Unidos son vulnerables a malos resultados del embarazo y a muertes relacionadas con el embarazo. El MVI no solo incluye los factores de riesgo clínico ampliamente conocidos, sino que también los factores sociales, contextuales y ambientales principales de influencia esencial en los resultados de salud.

Las diferencias en los condados se miden mediante numerosos factores divididos en seis temas: atención de salud reproductiva, salud física, salud mental y abuso de sustancias, atención de salud general, determinantes socioeconómicos y ambiente físico. El MVI asigna un puntaje de 0 a 100 a cada zona geográfica, donde el puntaje más alto indica mayor vulnerabilidad a los resultados maternos adversos.

*Visite <https://mvi.surgoventures.org/> para obtener más información.



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 médicas y un cuidado prenatal inadecuado puede ignorar hitos importantes en el embarazo.

26.3

POR CIENTO

NACIMIENTO POR CESÁREA DE BAJO RIESGO

Porcentaje de personas con nacimientos por cesárea que dieron a luz por primera vez, con un solo bebé, posicionado cabeza abajo y al menos con 37 semanas de embarazo. Estos nacimientos suelen considerarse de bajo riesgo.

14.5

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.

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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: <https://bit.ly/ReportCardTechnicalNotes>

ESTADOS UNIDOS

SALUD MATERNA

ADOPTADA EN 39 ESTADOS (INCLUIDO D.C.)

EXPANSIÓN DE MEDICAID

Los estados que adoptan la expansión de Medicaid⁷ permiten que todas las personas en el estado califiquen para beneficios de seguro de Medicaid hasta el 138% del nivel federal de pobreza, reduciendo así las tasas de personas embarazadas en edad reproductiva sin seguro. La expansión de Medicaid desempeña una función esencial en mejorar la salud materno-infantil. El mayor acceso y utilización de la atención médica se asocian en gran medida a la expansión de Medicaid.⁸

ACCIÓN RECIENTE EN 10 ESTADOS 26 ESTADOS EXTENDIERON TOTALMENTE LA COBERTURA (INCLUIDO D.C.)

ACCIÓN RECIENTE SOBRE LA EXTENSIÓN DE MEDICAID

Los estados que adoptan la extensión de Medicaid permiten que las personas embarazadas califiquen para cobertura médica de Medicaid hasta un año después del nacimiento de su bebé. Esta política extiende los 60 días estándar después del embarazo⁹. 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.¹⁰

37 ESTADOS REEMBOLSAN POR PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE PARTERÍA

POLÍTICA SOBRE PARTERÍA

Los estados que reembolsan la atención de partería en los planes de seguro de Medicaid¹⁸ a una tasa alta permiten que las personas tengan más acceso a la atención de partería, lo cual puede reducir la posibilidad de 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 sus bebés. Eso es especialmente verdadero en áreas de bajos recursos. 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.

8 ESTADOS REEMBOLSAN EL APOYO DE DOULAS

LEGISLACIÓN SOBRE DOULAS

Los estados que reembolsan por doulas¹⁷ permiten que las personas tengan acceso expandido al apoyo de doulas en su estado y puede ser una manera de mejorar los resultados del parto. Doulas son profesionales no clínicos que brindan apoyo emocional y físico a las personas durante el período perinatal, incluyendo el nacimiento y posparto.¹⁶ 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.

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

COMITÉ DE REVISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (MMRC)

Los estados que revisan las muertes relacionadas con el embarazo¹² hasta un año después del nacimiento permiten que los comités de revisión entiendan mejor todas las causas de mortalidad relacionada con el embarazo. Los MMRC 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.¹¹ Los estados que cuentan con un MMRC están mejor equipados para prevenir las muertes relacionadas con el embarazo.

47 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 (PQC)

Los estados que tienen una PQC¹⁵ activa permiten que se realice trabajo colaborativo hacia mejorar la calidad de la atención médica en entornos clínicos para las personas que dan a luz y sus bebés. Las redes de colaboración en la calidad de la atención perinatal incluyen asociaciones a nivel estatal que se unen para identificar e iniciar acciones. La clave para el éxito es la variedad de grupos de interés locales (incluyendo perspectivas comunitarias y clínicas) que trabajan juntos para implementar soluciones innovadoras.¹⁴

*Para ganar acceso a la lista completa de referencias, ver nuestro documento de Notas técnicas a continuación.

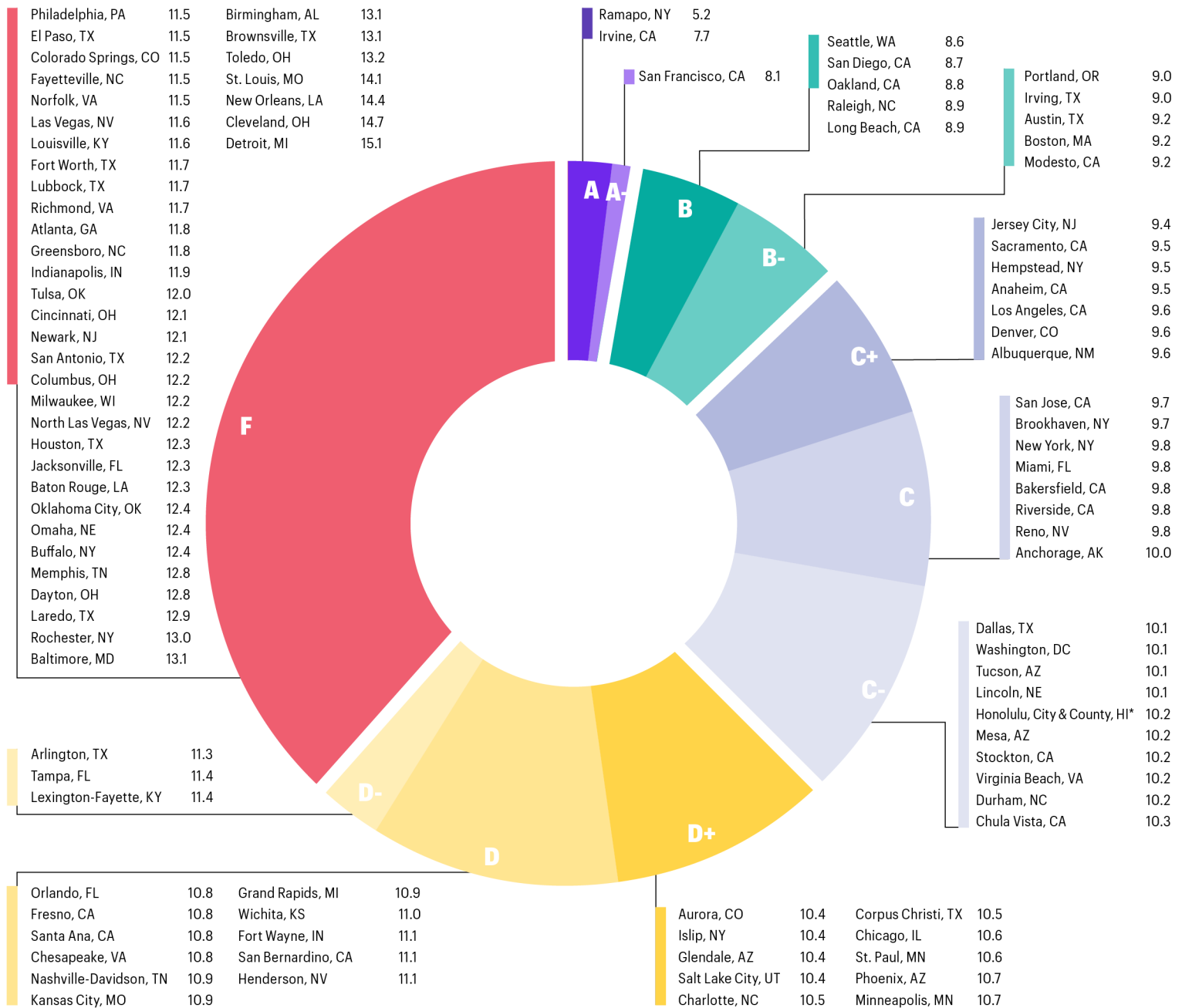
BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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: <https://bit.ly/ReportCardTechnicalNotes>

100 CIUDADES DE EE. UU. CON EL MAYOR NÚMERO DE NACIMIENTOS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS Y CALIFICACIONES DE 2021

El Boletín de calificaciones de EE. UU. de March of Dimes de 2022 asigna calificaciones a las 100 ciudades con el mayor número de nacimientos vivos en 2021. Las calificaciones del Boletín se asignan comparando la tasa de nacimientos prematuros de 2021 en una ciudad con el objetivo del 8.1 por ciento de March of Dimes para el año 2020.



CALIFICACIÓN Y RANGO

Grade	Rate Range
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.

TASA DE NACIMIENTOS PREMATUROS

El nacimiento prematuro es el nacimiento en menos de 37 semanas de gestación completadas, 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 calculan con los datos de natalidad finales de 2021 de NCHS para todos los estados de EE. UU. y Washington D.C. Las tasas de nacimientos prematuros en la gráfica de tendencias provienen de los datos de natalidad finales de 2011-2021 de NCHS. Las tasas de nacimientos prematuros por condado y por ciudad provienen de los datos de natalidad finales de 2021 de NCHS para los estados de EE.UU. y Washington D.C. Las tasas de nacimientos prematuros para las categorías raciales y étnicas con tabulación cruzada se calcularon con los datos de natalidad finales de 2019-2021 de NCHS. Todas las medidas previstas para Puerto Rico se calculan con los datos de natalidad territoriales finales de 2021 de NCHS, a menos que se indique lo contrario. Las tasas de nacimientos prematuros se calculan como el número de nacimientos prematuros dividido por el número de nacimientos vivos con edad gestacional conocida, entonces multiplicado por 100. Se utilizó el software de análisis de tendencias Joinpoint² para evaluar las tendencias significativas en el nacimiento prematuro.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Las tasas de mortalidad infantil se calculan con los datos vinculados de natalidad y mortalidad infantil para el período de 2020 de NCHS. Las tasas de mortalidad infantil se calculan como el número de muertes infantiles dividido por el número de nacimientos vivos, multiplicado por 1,000. Las tasas de mortalidad infantil en la gráfica de tendencias provienen de los documentos vinculados de natalidad y mortalidad infantil para el período de 2010-2020 de NCHS. En 2020, no hubo suficientes muertes infantiles en Vermont para reportar una tasa de mortalidad infantil. Las tasas de mortalidad infantil de Vermont se presentan para el período de 2010-2019. Se utilizó el software de análisis de tendencias Joinpoint² para evaluar las tendencias significativas en la mortalidad infantil.

METODOLOGÍA DE CALIFICACIÓN DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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 determinan las calificaciones utilizando la siguiente fórmula de puntuación: (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. Entonces cada puntuación dentro de una calificación se divide en tercios para crear intervalos +/- . Entonces las puntuaciones resultantes se redondean a un lugar decimal y se les asigna una calificación (ver los detalles en la tabla).

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 el certificado 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 2019-2021. Para calcular las tasas de nacimiento prematuro en el boletín de calificaciones se utilizan agrupaciones de datos de tres años (2019-2021) para todos los estados y D.C. y para Puerto Rico (2018-2020). 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 asignan 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 2021 con la tasa de 2020.

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 superior o igual al 11.5%.

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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

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.³ 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 2019-2021 de todos los grupos (excluyendo el grupo de comparación) y se dividieron por la tasa de nacimientos prematuros del grupo de comparación de 2019-2021. El grupo de comparación es el grupo racial/étnico con la tasa agrupada de nacimientos prematuros más baja en seis años (2012-2017) entre grupos que tuvieron 20 o más nacimientos prematuros en cada año desde 2012-2017. 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, Virginia Occidental, Wyoming y Puerto Rico. Un índice de disparidad más bajo es mejor y un índice de disparidad de 1 indica que no hay disparidad.

Se evalúa el progreso hacia la eliminación de las disparidades raciales y étnicas comparando el índice de disparidad de 2019-2021 con un índice de disparidad de referencia (2012-2014). El cambio entre los períodos se evalúa en cuanto a significación estadística en el nivel de 0.05 con el método recomendado por Healthy People 2020.³ 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 2019-2021, en comparación con la tasa combinada de nacimientos prematuros de 2019-2021 entre personas de todos los otros grupos raciales/étnicos. Esta diferencia porcentual se calcula usando solo los grupos raciales/étnicos mostrados en el boletín de calificaciones específico del estado o jurisdicción. Esta diferencia se calcula para cada estado de EE. UU. con números adecuados y para el Distrito de Columbia.

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD MATERNA

March of Dimes reconoce la importancia de ciertos factores de riesgo asociados con los resultados de salud materno-infantil. March of Dimes, en asociación con Surgo Ventures, ofrece la oportunidad de examinar los determinantes de salud materna a nivel de condado utilizando el Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI).⁴ El MVI es la primera herramienta nacional de fuente abierta a nivel de condado para identificar dónde y por qué las personas que dan a luz en los Estados Unidos son vulnerables a malos resultados del embarazo y a muertes relacionadas con el embarazo. El MVI no solo incluye los factores de riesgo clínico ampliamente conocidos, sino que también los factores sociales, contextuales y ambientales principales de influencia esencial en los resultados de salud.

Las diferencias en los condados se miden mediante numerosos factores divididos en seis temas: atención de salud reproductiva, salud física, salud mental y abuso de sustancias; atención de salud general; determinantes socioeconómicos y ambiente físico. El MVI asigna una puntuación de 0 a 100 a cada zona geográfica, donde la puntuación más alta indica una mayor vulnerabilidad a los resultados maternos adversos. Aprenda más sobre la metodología MVI visitando el sitio web de Surgo Ventures. ([Surgo Ventures - El Índice de Vulnerabilidad Materna \(MVI\) de EE. UU.](#)).

INDICADORES DE SALUD MATERNA

TASAS DE NACIMIENTO POR CESÁREA DE BAJO RIESGO

Se produce un nacimiento por cesárea de bajo riesgo cuando se somete a la persona al procedimiento quirúrgico 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.⁵ 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 calculan las tasas de cesárea de bajo riesgo con los datos de natalidad finales de 2021 de NCHS para los estados de EE. UU. y Washington D.C. y los datos de natalidad territoriales finales de 2021 para Puerto Rico.¹ Las tasas de cesárea de bajo riesgo se calculan 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 100.

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 de 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.⁶ La atención prenatal inadecuada se define como una mujer 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. El cuidado prenatal inadecuado se calcula utilizando los datos de natalidad finales de 2021 de NCHS.¹

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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

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.⁷ 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.⁸

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.⁹ 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.¹⁰ La condición de extensión de Medicaid la proporciona la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos) como adoptada; con exención pendiente o planificación en curso (lista para implementar la exención bajo la Sección 1115 u opción SPA con aprobación pendiente de CMS); o el estado no tiene la organización/política indicada.⁹

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 hacer recomendaciones 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.¹¹ La medida proviene del Guttmacher Institute¹² y del Departamentos de Salud de Louisiana, Wisconsin y Vermont¹³ 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.

COLABORACIÓN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERINATAL (PQC)

El sistema 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 las PQC se enfoca en el aprendizaje de colaboración entre los profesionales de la salud y otros miembros de la PQC.¹⁴ Los datos son proporcionados por el National Institute for Children's Health Quality (NICHQ) y la medida se reporta como: el estado tiene la organización/política indicada o el estado tiene la organización/política indicada en curso.¹⁵

POLÍTICA SOBRE DOULAS EN LA COBERTURA DE MEDICAID

Doulas son profesionales no clínicos que brindan apoyo emocional y físico a las personas que dan a luz durante el período perinatal, incluyendo el nacimiento y posparto.¹⁶ 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; el estado está en curso para tener 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.¹⁷

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. Los profesionales en enfermería de partería (CNM) tienen certificación nacional y licenciatura estatal para practicar en los 50 estados. Las medidas representan a los estados donde las tasas de reembolso para profesionales en enfermería de partería son del 90% o más, o por debajo del 90%. La medida se reporta como: el estado tiene la organización/política indicada o el estado no tiene la organización/política indicada. Los datos se obtienen de la American College of Nurse-Midwives (Asociación Americana de Profesionales en Enfermería de Partería).¹⁸

BOLETÍN DE CALIFICACIONES SUPLEMENTARIAS

HEALTHY PEOPLE 2030

Los objetivos impulsados por los datos nacionales de la iniciativa Healthy People (HP) 2030¹⁹ fueron establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos con el fin de mejorar la salud y el bienestar en la próxima década. Varios objetivos de HP 2030 son específicos a la prevención de complicaciones del embarazo y a las mejoras a la salud materna antes, durante y después del embarazo. El avance hacia los siguientes objetivos se muestra en el boletín de calificaciones suplementarias:

Nacimientos prematuros: ver la definición en la página 1

Mortalidad infantil: ver la definición en la página 1

Nacimientos por cesárea de bajo riesgo: ver la definición en la página 2

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022:

ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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

BOLETÍN DE CALIFICACIONES SUPLEMENTARIAS (CONT.)

PESO POCO SALUDABLE ANTES DEL EMBARAZO

El índice de masa corporal (BMI) es una medida de la grasa corporal en base a la estatura y el peso que corresponde a las personas adultas. El BMI se calcula con los datos de natalidad finales de 2021 de NCHS para los estados de EE. UU. y Washington D.C., y los datos de natalidad territoriales finales de 2020 para Puerto Rico.¹ El porcentaje de personas con un peso poco saludable antes del embarazo se calcula como la cantidad de personas con un BMI que se categoriza ya sea como peso insuficiente (BMI <18.5), sobrepeso (BMI 25 a 29.9), u obesidad (30 o más), dividido por la cantidad de personas que tuvieron un nacimiento vivo, multiplicado por 100. Se hace notar que el objetivo de HP 2030 es “un peso saludable antes del embarazo”; se utilizó el término peso poco saludable para alinearse mejor con las otras medidas.

NACIMIENTO PREMATURO POR CONDADO

Los boletines de calificaciones suplementarias para los estados y las jurisdicciones, salvo el Distrito de Columbia, muestran los condados con el número más alto de nacimientos vivos. Las calificaciones se asignaron con base en los criterios de calificación descritos en la página 1. Se calculó el cambio del año anterior comparando la tasa de nacimientos prematuros por condado de 2021 con la tasa de 2020. Para Puerto Rico, se calculó el cambio del año anterior comparando las tasas de nacimientos prematuros por municipalidad de 2020 con las tasas de 2019.

NACIMIENTOS VIVOS Y NACIMIENTOS PREMATUROS POR RAZA Y ETNIA DE LA PERSONA QUE DA A LUZ - EXPANDIDOS

La raza y la etnia hispana de la persona que da a luz se indican por separado en el certificado de nacimiento. Las tasas para personas hispanas incluyen todas las categorías raciales expandidas incluidas en el certificado de nacimiento (blanca, negra, indígena americana/indígena de Alaska, indoasiática, china, filipina, japonesa, coreana, vietnamita, otra asiática, hawaiana, guameña, samoana, y de otras islas del Pacífico) y se dividen en base a las categorías de origen hispano expandidas que incluyen mexicana, puertorriqueña, cubana, dominicana, centroamericana o sudamericana y otras categorías hispanas. Las tasas para las personas no hispanas se clasifican según la raza expandida. Para los nacimientos vivos, toda categoría expandida de raza y origen hispano con menos del 1% de nacimientos vivos en cada estado se incluyó en la “otra” categoría correspondiente (otra hispana, otra asiática, de otra isla del Pacífico). Para dar tasas estables de nacimientos prematuros, los grupos raciales y étnicos se muestran en el boletín de calificaciones si el grupo tuvo 50 o más nacimientos prematuros de 2019-2021. Para calcular las tasas de nacimientos prematuros en el boletín, se agruparon tres años de datos (2019-2021). La cantidad de nacimientos vivos y las tasas de nacimientos prematuros para razas no indicadas/desconocidas no aparecen en el boletín de calificaciones suplementarias.

INFORME DE IMPACTO ESTATAL DE MARCH OF DIMES

DEFENSORES QUE SE EXPRESARON

A través de March of Dimes, cualquier persona que desee unirse en la lucha por la salud de todas las personas que dan a luz, sus bebés y sus familias pueden apoyar nuestra Oficina de Relaciones Gubernamentales sirviendo como defensor. Los defensores impulsan nuestros esfuerzos apoyando nuestro trabajo para influenciar la legislación, política y reglamentación a nivel federal y estatal. Los datos son captados por la Oficina de Relaciones Gubernamentales y son grabados en una base de datos creada en Capital Canary, un producto de software externo. Las cifras en estos informes muestran a los defensores que se inscribieron hasta el 31 de agosto de 2022.

CAPACITACIÓN CONTRACTUAL SOBRE EL PREJUICIO IMPLÍCITO

A través de cursos de capacitación en línea y en vivo, March of Dimes brinda capacitación sobre el prejuicio implícito clínicamente relevante y evaluada por colegas para reducir las desigualdades de la atención materno-infantil. La referencia de “Capacitación contractual sobre el prejuicio implícito” se capta a nivel interno y es la medida de cuántos asientos se contratan para asociados que recibirán la capacitación en ese estado. Las cifras reportadas se basan en los contratos completados entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de agosto de 2022.

PERSONAS QUE RECIBEN APOYO A TRAVÉS DE NUESTRAS INICIATIVAS DE LA NICU

Nuestras iniciativas de la NICU educan y apoyan a las familias a través de programas basados en la evidencia y una variedad de recursos tanto en línea como en persona. La cantidad de familias atendidas se capta y se reporta directamente de los miembros del personal en los sitios de nuestros asociados mediante una encuesta mensual de su trabajo en curso. Las cifras reportadas se basan en las encuestas reportadas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de agosto de 2022.

COMPONENTES DE LEYES ESTATALES APOYADOS

La Oficina de Relaciones Gubernamentales de March of Dimes promueve iniciativas de políticas a nivel estatal sobre una variedad de asuntos importantes para las personas embarazadas, bebés, niños y familias. El número recopilado representa la cantidad de leyes en las que un miembro del personal de March of Dimes trabaja a nivel estatal y son reportadas directamente por dicho miembro en una encuesta de presentación trimestral. Las cifras reportadas se basan en las encuestas reportadas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de agosto de 2022.

CÁLCULOS

El Centro de Datos Perinatales de March of Dimes realiza todos los cálculos de natalidad.

BOLETÍN DE CALIFICACIONES DE MARCH OF DIMES DE 2022: ENORMES DISPARIDADES INACEPTABLES PERSISTEN JUNTO CON UN AUMENTO PROBLEMÁTICO EN LAS TASAS DE NACIMIENTOS PREMATUROS

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

REFERENCIAS

- ¹ National Center for Health Statistics, final natality data 2017-2021.
- ² Joinpoint Trend [computer software]. (2022). Retrieved from [Joinpoint Regression Program \(cancer.gov\)](https://www.cancer.gov/joinpoint).
- ³ 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.
- ⁴ Surgo Maternal Vulnerability Index. Available at: [Surgo Ventures - The US Maternal Vulnerability Index \(MVI\)](https://www.surgoventures.com/the-us-maternal-vulnerability-index-mvi/).
- ⁵ Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Births: Final data for 2020. National Vital Statistics Reports; vol 70 no 17. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2022.
- ⁶ 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.
- ⁷ Kaiser Family Foundation. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. Accessed September 9, 2022. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/>
- ⁸ 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/>.
- ⁹ American College of Obstetricians and Gynecologists. Status of State Actions to Extend Postpartum Medicaid Coverage. Accessed October 27, 2022. <https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/extend-postpartum-medicaid-coverage/status-of-state-actions>
- ¹⁰ Equitable Maternal Health Coalition: Making the Case for Extending Medicaid Coverage Beyond 60 Days Postpartum: A Toolkit for State Advocates. June 2020.. Accessed October 4, 2022. <https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/extend-postpartum-medicaid-coverage>
- ¹¹ Center for Disease Control (CDC), Pregnancy-Related Deaths: Data from 14 U.S. Maternal Mortality Review Committees, 2008- 2017. Accessed October 4, 2022. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/mmr-data-brief.html>.
- ¹² Guttmacher Institute. Maternal Mortality Review Committees. Accessed September 9, 2022. <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/maternal-mortality-review-committees>
- ¹³ Vermont Department of Health. Maternal Mortality Review Panel 2021 Report to the Legislature. Accessed October 3 2022. <https://legislature.vermont.gov/Documents/2022/WorkGroups/House%20Human%20Services/Reports%20and%20Resources/W-Vermont%20Department%20of%20Health-Maternal%20Mortality%20Review%20Panel%20Annual%20Report-1-11-2021.pdf>
- ¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention, Perinatal Quality Collaboratives. Accessed October 4, 2022. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc.htm>.
- ¹⁵ National Institute for Children's Health Quality. (NICHQ). National Network of Perinatal Quality Collaboratives. Accessed October 4, 2022. <https://www.nichq.org/project/national-network-perinatal-quality-collaboratives>
- ¹⁶ DONA International. What is a doula? Accessed October 4, 2022. <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>.
- ¹⁷ National Health Law Program. Doula Medicaid Project. Accessed October 17th, 2022. <https://healthlaw.org/doulamedicaidproject/>.
- ¹⁸ American College of Nurse-Midwives (ACNM). Reimbursement Equity. Accessed September 9, 2022. <https://www.midwife.org/reimbursement-equity>.
- ¹⁹ U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2030. Assessed October 17, 2022. [Healthy People 2030 | health.gov](https://www.health.gov/healthy-people-2030/)