

ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y NIVEL DE ACCESO A CUIDADO DE MATERNIDAD

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES UTILIZADAS

El análisis descriptivo utilizó datos a nivel de condado del Archivo de Recursos de Salud de Áreas 2021-22 (AHRF)¹ que incluye datos de la Encuesta Anual de la American Hospital Association (AHA) (Asociación Americana de Hospitales) de 2020 y los estimados de seguro de salud de áreas pequeñas (SAHIE) de 2019. Los datos sobre nacimientos del archivo de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de 2021 se vincularon al AHRF. Las variables clave del AHRF incluyen hospitales (hospitales generales a corto plazo con cuidado obstétrico), profesionales (profesionales en enfermería de partería con certificación, obstetras, y médicos generales, brindado cuidado a los pacientes), determinantes sociales de salud (secuencia continua rural-urbana, 2013) y seguro de salud (personas de 18 a 64 años sin seguro de salud). 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 rural-urbana). Los datos sobre la población de personas de 15 a 44 años se obtuvieron directamente de los datos del censo de los Estados Unidos de 2020. La información sobre centros de maternidad se obtuvo de la American Association of Birth Centers (AABC)² (Asociación de Centros de Maternidad de los Estados Unidos) y refleja todos los centros de maternidad operativos en los Estados Unidos en 2021.

Los informes de March of Dimes - El lugar donde usted vive importa: Áreas sin cuidado de maternidad y la crisis de acceso e igualdad - presentan una definición actualizada de las áreas sin cuidado de maternidad y el nivel de acceso a cuidado de maternidad. La nueva definición incluye un punto de datos adicionales proporcionados por el American Board of Family Medicine (ABFM)³ (Consejo Americano de Medicina Familiar) que permite la inclusión de médicos de familia que reportaron haber ofrecido cuidado obstétrico*. Los datos reflejan la encuesta de médicos de familia de 2017-2020. Se incluyeron los médicos de familia para reflejar con más exactitud la disponibilidad de acceso a cuidado de maternidad a nivel de condado. Los médicos de familia se consideran una parte importante de la fuerza de trabajo de cuidado de maternidad y aumentan el acceso a atención en comunidades rurales, pequeñas o aisladas.

Se utilizó el siguiente criterio para clasificar el nivel de acceso a cuidado de maternidad:

Área sin cuidado de maternidad: sin hospitales que brinden cuidado obstétrico, sin centros de maternidad, sin obstetras, sin profesionales de enfermería en partería y sin médicos de práctica familiar.

Bajo acceso: menos de 2 hospitales o centros de maternidad ofreciendo servicio obstétrico y menos de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos, y en que la proporción de personas sin seguro de salud era del 10 por ciento o más.

Acceso moderado: menos de 2 hospitales o centros de maternidad ofreciendo servicio obstétrico y menos de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos, y en que la proporción de personas sin seguro de salud era de menos del 10 por ciento.

Acceso completo: dos o más hospitales o centros de maternidad ofreciendo servicios obstétricos o más de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos.

Para Puerto Rico, debido a la indisponibilidad de datos de seguro, las categorías de bajo acceso y acceso moderado se combinaron como "acceso limitado" y se definió como menos de 2 hospitales o centros de maternidad ofreciendo servicio obstétrico y menos de 60 profesionales en obstetricia por cada 10,000 nacimientos.

CÁLCULOS

Todos los análisis se realizaron usando el software de SAS, versión 9.4 (SAS Institute Inc)⁴. El porcentaje de cambio en la cantidad de hospitales y/o profesionales en obstetricia se calculó comparando la cantidad de hospitales y/o profesionales en el AHRF 2021-22 con la cantidad de hospitales de maternidad y/o profesionales en obstetricia en el AHRF 2020-21. El porcentaje de bebés nacidos en áreas sin cuidado de maternidad y en condados rurales se presenta por raza/etnia y a nivel estatal, respectivamente. El porcentaje de profesionales en obstetricia trabajando en condados rurales dentro de cada estado se calculó usando los datos de AHRF 2021-22 y los códigos de la secuencia continua urbana-rural de 2013.²

LIMITACIONES

El Archivo de Recursos de Salud de Áreas (AHRF) fue una fuente primaria de datos para esta sección del 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. 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). Nuestro análisis no considera la calidad del cuidado de salud recibido, ni la adecuación del nivel de cuidado que una persona podría recibir. Las designaciones de acceso se realizan a nivel de condado y, por lo tanto, pueden generalizar la disponibilidad de cuidado en condados grandes o diversos.

*Este material se basa en los datos proporcionados por el American Board of Family Medicine (ABFM) (Consejo Americano de Medicina Familiar). Las opiniones aquí expresadas son aquellas de los autores y no reflejan necesariamente la posición del ABFM.

DISTANCIA AL CUIDADO

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES UTILIZADAS

Este análisis se basó en los datos a nivel de código postal de dos conjuntos de datos principales, dependiendo de la disponibilidad para cada estado. El Proyecto de Costo y Utilización de Atención de la Salud – Base de Datos Estatales de Pacientes Hospitalizados (HCUP-SID)⁵ más reciente se utilizó para todos los estados con datos disponibles (Apéndice A). Este conjunto de datos consiste en registros a nivel del paciente de todas las hospitalizaciones de pacientes internos e incluye información que permite identificar todos los nacimientos ocurridos dentro del estado y el número de semanas de gestación en el momento del nacimiento utilizando los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10).⁶ Identificamos todos los nacimientos por el código postal de residencia de los pacientes. Excluimos registros con nacimientos no factibles y edad gestacional faltante o resultados del parto faltantes (Apéndice B). A falta de datos disponibles del HCUP en un estado en particular, utilizamos los datos de fertilidad de 5 años de la Encuesta de la Comunidad Americana de la Dirección de Censos de EE. UU., 2017-2021,⁷ los cuales estiman la cantidad de personas que dieron a luz en los últimos 12 meses para cada código postal en todos los estados. El Departamento de Salud de Puerto Rico proporcionó datos de todos los nacimientos de residentes en 2021 por código postal.

Para minimizar la sobreestimación de la distancia de viaje a nivel del código postal, las ubicaciones de los centroides ponderados de población se hicieron corresponder con los códigos postales residenciales de todos los nacimientos.⁸ Los datos de ubicación de puntos para los análisis espaciales se obtuvieron de la Oficina de Desarrollo e Investigación de Políticas (PD&R) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y reflejan las ubicaciones de los centroides de códigos postales ponderados por densidad de población en septiembre de 2022.⁹

Los códigos de la secuencia continua rural-urbana, establecidos por el Servicio de Investigación Económica del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se usaron para clasificar los condados como urbanos/rurales o en un área metropolitana/no metropolitana.¹⁰ 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. No metropolitana se definió como una población urbana de 20,000 o más adyacente o no adyacente a un área metropolitana, una población urbana de 2,500 a 19,999 adyacente o no adyacente a un área metropolitana, o completamente rural.

Los datos para Washington, D.C. se presentan por sectores para mostrar matices que no se pueden ver a nivel de condado. El Distrito se divide en ocho sectores, en base a los límites poblacionarios y administrativos, y representa las líneas de reasignación de distrito en 2022. Los datos para Hawaii se presentan por islas y están limitados a islas con más de 10 nacimientos reportados en el censo; no hubo datos de nacimientos para las islas de Lana'i o Kaho'olawe.

Las ubicaciones de puntos de hospitales con maternidad se determinaron del archivo 11 de AHA de 2021 y se clasificaron como tales si cumplían con cualquiera de los siguientes criterios:

- Una respuesta de "sí" a la pregunta de si brindan servicios obstétricos
- Reportaron tener una o más camas de cuidado obstétrico

CÁLCULOS

Se utilizó ArcGIS Pro, versión 3.0 para todos los análisis geoespaciales.¹² Los datos de AHA incluyeron las ubicaciones de latitud y longitud del hospital para la codificación geográfica. La distancia y el tiempo de manejo se calcularon mediante ArcGIS Pro Network Analyst Extension.¹³ El análisis de redes (también llamado análisis de redes de transporte) incluye datos de calles, vías ferroviarias, transbordadores y pasillos para peatones. La distancia al centro de cuidado obstétrico se definió como la distancia de manejo más corta, en millas, en automóvil desde el centroide ponderado de población del código postal residencial de la persona a la ubicación del hospital obstétrico de AHA más cercano. La distancia de manejo, en una ruta vial, es el método recomendado para estimar la accesibilidad geográfica en vez de usar la distancia euclidiana en línea recta.¹⁴⁻¹⁷ Para aproximar los fenómenos reales en el viaje vial, no especificamos una hora del día para considerar la variabilidad en las condiciones del tráfico en nuestro análisis de redes.

Los análisis estadísticos se realizaron usando el software de SAS, versión 9.4.⁴ La distancia promedio viajada en total por estado, en millas y minutos, se calculó usando la distancia media para todos los nacimientos por código postal a su institución de AHA más cercana. Para limitar los valores extremos en la notificación del viaje promedio, los datos de distancia se sometieron a winsorización en el percentil 99. Se utilizaron límites de tiempo de viaje de 30 minutos y 60 minutos para describir el porcentaje de personas que dan a luz viviendo lejos del centro de cuidado obstétrico. Agregamos los datos de códigos postales al nivel de condado para comparar las distancias viajadas por las personas que dan a luz viviendo en áreas urbanas y rurales, por designación de cuidado de maternidad y con fines de trazado. El mapa de "Distancia al hospital con maternidad" se despliega por cantidades a nivel de condado y las distribuciones varían de un estado a otro. Los condados con 10 nacimientos o menos se suprimen (en gris en el mapa).

LIMITACIONES

La encuesta de AHA confía en la autnotificación del hospital y el potencial de que falten datos debido a la subnotificación del cuidado obstétrico es alto. AHA usa la información disponible más reciente; sin embargo, los hospitales añadidos desde que se completó la encuesta de 2021 podrían no tener datos completos y los hospitales que cerraron después del período de notificación aún están incluidos.

Los datos de distancia se limitan a hospitales incluidos en AHA que reportaron adecuadamente brindar cuidado obstétrico y solo incluyen los hospitales que respondieron dentro del período de notificación de 2021. En total, los hospitales incluidos en el análisis corresponden al 86% de los nacimientos; sin embargo, esto varió significativamente por estado. La verificación de hospitales con maternidad se completó para los siguientes estados mediante contacto con representantes de los departamentos de salud estatales o territoriales: Hawaii, Alaska y Puerto Rico.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES UTILIZADAS

Este análisis utilizó los datos de ubicación de puntos del Título X obtenidos de la Oficina de Asuntos Poblacionarios (OPA)¹⁸ y refleja todas las ubicaciones financiadas hasta el 1 de marzo de 2023. Todos los sitios del Título X no duplicados listados como subrecipientes y/o sitios de servicio se incluyeron en el análisis. El subsidio de servicio del Título X está bajo la autoridad del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos a nivel federal, en la Oficina de Asuntos Poblacionarios (OPA). Las clínicas del Título X son sitios de atención de la salud financiados a nivel federal que brindan servicios de atención de la salud reproductiva, los cuales incluyen todos los productos anticonceptivos aprobados por la FDA y métodos naturales de planificación familiar como: prevención del embarazo y espaciamiento de los nacimientos, pruebas y asesoría del embarazo, ayuda para embarazarse, servicios básicos de infertilidad, servicios de infecciones de transmisión sexual y otros servicios de salud preconceptiva.¹⁸

Los estimados para personas en edad reproductiva por código postal se obtuvieron de la publicación de 5 años de datos de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS), 2017-2021, usando estimados de población promedio para las personas de 15 a 50 años de edad.⁷

Los datos de riesgo de maternidad a nivel de condado asociados con la atención de salud reproductiva se obtuvieron del tema de atención de salud reproductiva del Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI) creado por Surgo Ventures.¹⁹ Este tema de atención de salud reproductiva incluye indicadores que miden la disponibilidad de servicios reproductivos y de planificación familiar, políticas sobre el aborto y la disponibilidad de asistentes especializados. 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. 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: <https://mvi.surgoventures.org/>.

CÁLCULOS

Los análisis geospaciales para el tiempo de manejo y la distancia de manejo se calcularon en ArcGIS Pro-Network Analyst Extension como se describió previamente (ver Distancia al Cuidado).^{12,13} Las ubicaciones de direcciones del Título X se codificaron geográficamente para obtener datos de ubicación, con una correspondencia de puntuación del 98.6% (una puntuación del 100% indica una correspondencia perfecta para localizar la dirección). Las direcciones que fallaron en la codificación geográfica automática se localizaron manualmente usando Google Maps.

La distancia de manejo promedio al sitio del Título X en cada estado se calculó usando la media ponderada para todas las personas en edad reproductiva desde su código postal residencial al sitio de servicio del Título X más cercano. Agregamos los datos de códigos postales para las personas en edad reproductiva al nivel de condado para comparar las distancias viajadas según la designación de acceso a cuidado de maternidad. Determinamos la proporción de condados en cada estado con vulnerabilidad baja/muy baja o alta/muy alta en base a una puntuación de MVI de menos de 40 o más de 60, respectivamente. La cantidad de clínicas del Título X por cada 100,000 personas en edad reproductiva se calculó dividiendo la cantidad de clínicas del Título X en el estado por la cantidad de personas en edad reproductiva en el estado y multiplicando por 100,000.

LIMITACIONES

Los beneficiarios del Título X deben reportar cualquier eliminación, agregado o cambio en el nombre, ubicación y servicios prestados de los sitios de servicio en 30 días; por lo tanto, cierta información podría estar obsoleta. Las ubicaciones presentadas en este informe estaban al día el 1 de marzo de 2023.

Las limitaciones del MVI se pueden encontrar en la siguiente publicación: [encontrada aquí](#).²⁰

DISPARIDADES EN EL CUIDADO PRENATAL

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES UTILIZADAS

Este análisis utilizó varias fuentes de datos y varía para cada estado. Los resultados principales, cuidado prenatal inadecuado y ausencia de cuidado prenatal, se derivaron usando variables de los archivos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de 2019-2021.²¹ Los datos de nacimientos en el período de 2019-2021 para Puerto Rico se obtuvieron del Departamento de Salud de Puerto Rico. 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.²² El cuidado prenatal inadecuado se define como una persona que recibió atención a partir del quinto mes o después, o menos del 50% de la cantidad apropiada de visitas para la edad gestacional del bebé. Ausencia de cuidado prenatal se define como no tener ninguna visita de cuidado prenatal. La raza/etnia se categorizó usando categorías raciales con tabulación cruzada establecidas por el NCHS. Se proporcionaron grupos expandidos para Hawaii y Alaska.

El informe de cada estado incluye un examen de la proporción de personas que recibieron cuidado prenatal inadecuado por raza/etnia y estratificado por un factor comunitario único a nivel de condado. Los datos para factores a nivel comunitario se derivaron ya sea de los estimados de la Encuesta de la Comunidad Americana (ACS) de 2021 para personas en edad reproductiva en la pobreza²³ o de dos temas del MVI: entorno físico y determinantes socioeconómicos.¹⁹ Nota: el MVI total se explica en más detalle en la Sección “Disponibilidad de Planificación Familiar”. El tema del entorno físico del MVI es un índice basado en las tasas de crímenes violentos, condiciones de vivienda, contaminación ambiental y acceso a transporte. El tema de los determinantes socioeconómicos es un índice basado en los logros educacionales, pobreza, inseguridad alimenticia y apoyo social. Los factores a nivel comunitario seleccionados para cada estado se presentan en el Apéndice C.

CÁLCULOS

Todos los análisis se realizaron usando el software de SAS, versión 9.4.⁴ Para cada estado, se seleccionó un factor a nivel comunitario que tenía la asociación total más alta con el hecho de que una persona reciba un cuidado prenatal inadecuado. Los condados se categorizaron como de alta/baja exposición a cada factor a nivel de condado. En cuanto a pobreza, se determinó una baja exposición si el condado tenía una tasa de pobreza menor que la tasa de pobreza promedio del estado, y una alta exposición era igual o mayor que el promedio del estado. Para los temas del MVI, los condados se clasificaron como de exposición más alta o más baja en base a las puntuaciones del índice de 0 a 100. Los puntos de límite entre la exposición alta y baja se determinaron para cada tema analizando la distribución de puntuaciones a nivel nacional y seleccionando un límite con una proporción más pareja de condados tanto en los grupos de exposición más alta como en los de exposición más baja. El factor de determinantes socioeconómicos clasificó los condados como de vulnerabilidad más baja si su puntuación del índice era baja o muy baja, y los condados de vulnerabilidad más alta eran aquellos con puntuaciones del índice moderada, alta o muy alta. El factor del entorno físico clasificó los condados como de vulnerabilidad más baja si su puntuación del índice era moderada, baja o muy baja, y los condados de vulnerabilidad más alta eran aquellos con puntuaciones del índice alta o muy alta.

Se proporcionó el porcentaje de cuidado prenatal inadecuado por raza/etnia y a nivel estatal, estratificado por la exposición a nivel de condado más alta o más baja. Se calcularon las relaciones de probabilidades para examinar la asociación entre vivir en un condado con un factor alto y cuidado prenatal inadecuado, entre grupos de raza/etnia seleccionados, además de personas negras, indígenas y personas de color (BIPOC). Se excluyeron los grupos de raza/etnia con menos de 10 nacimientos en un grupo de exposición alta o baja. No se pudo determinar la adecuación del cuidado prenatal debido a datos faltantes y se excluyeron del análisis en 2.8% de los datos de natalidad de EE. UU. y en 2.1% de los datos de natalidad de Puerto Rico.

LIMITACIONES

La poca validez de los datos asociados con la utilización del cuidado prenatal a partir de los registros de natalidad está bien documentada.²⁴ En años recientes, se ha mejorado la recopilación de datos, lo cual ha aumentado la confiabilidad de los mismos; sin embargo, las mejoras pueden variar entre hospitales y dentro de los estados. A pesar de las mejoras, se podría clasificar inadecuadamente la adecuación del cuidado prenatal. Los factores a nivel comunitario en este análisis reflejan datos a nivel de condado y podrían no captar adecuadamente la variación dentro de condados grandes o diversos. Las limitaciones del MVI se pueden encontrar en la siguiente publicación: [encontrada aquí](#).²⁰

LA SALUD CRÓNICA Y EL NACIMIENTO PREMATURO

FUENTES DE DATOS Y VARIABLES UTILIZADAS

Este análisis utilizó datos de los archivos de natalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) de 2017-2021.²¹ Los datos de nacimientos en el período de 2019-2021 para Puerto Rico se obtuvieron del Departamento de Salud de Puerto Rico. El resultado de nacimiento prematuro se define como el nacimiento con menos de 37 semanas de gestación, basado en el estimado obstétrico de la edad gestacional. Se incluyeron las siguientes condiciones crónicas de salud en base a su asociación con el nacimiento prematuro y la disponibilidad dentro de los datos de natalidad: fumar antes del embarazo, peso excesivo o peso insuficiente antes del embarazo (definido como un índice de masa corporal (BMI) mayor o igual a 30 o menor que 18.5, respectivamente), o tener diabetes o hipertensión antes del embarazo. Se calculó el nacimiento prematuro por sector usando los datos del HCUP para D.C.⁵ Los códigos de diagnóstico ICD-10 utilizados para clasificar un nacimiento como prematuro se muestran en el Apéndice D.

CÁLCULOS

Todos los análisis se realizaron usando el software de SAS, versión 9.4.⁴ La tasa de nacimientos prematuros se calculó por estado, condado y por la cantidad de condiciones crónicas de salud (ninguna, 1, 2 o más). La carga de salud crónica para cada condado se calculó determinando el porcentaje de personas con 1 o más condiciones crónicas de salud. El límite para una carga de salud crónica alta/baja se basó en la prevalencia total de 1 o más condiciones crónicas de salud a nivel estatal. Por ejemplo, si la prevalencia total de 1 o más condiciones crónicas de salud fue del 30% en un estado, cualquier estado con una prevalencia mayor o igual al 30% se consideró como condado de alta carga. El límite para una tasa de nacimientos prematuros alta/baja se determinó basado en la meta de nacimientos prematuros del 9.4% indicada en la metodología de Healthy People 2030. Por lo tanto, cualquier estado con una tasa de nacimientos prematuros mayor o igual al 9.4% se consideró como condado de alta prevalencia. Los registros sin información completa sobre la edad gestacional al nacer (1.4%) o cualquiera de las condiciones crónicas de salud fueron excluidos del análisis (2.7% de todos los nacimientos). Los condados con menos de 10 nacimientos prematuros o personas con condiciones crónicas de salud se suprimieron en los mapas estatales (total de 118 condados en EE. UU. y Puerto Rico).

LIMITACIONES

La poca validez de los datos a partir de los registros de natalidad está bien documentada.²⁴ En años recientes, se ha mejorado la recopilación de datos, lo cual ha aumentado la confiabilidad de los mismos; sin embargo, las mejoras pueden variar entre hospitales y dentro de los estados. A pesar de las mejoras, se podrían clasificar inadecuadamente las condiciones de salud y el BMI antes del embarazo. Fumar antes del embarazo es una autodenotificación y podría subnotificarse.

A los datos en el 2.2% de todos los nacimientos les faltaba información sobre el índice de masa corporal (BMI). Esto suele suceder cuando las personas reciben cuidado prenatal inadecuado o no lo reciben. El cuidado prenatal inadecuado o ausente es un factor de riesgo para malos resultados del nacimiento incluyendo el nacimiento prematuro. Al excluir los nacimientos sin información completa sobre condiciones crónicas de salud, la tasa de nacimientos prematuros es subnotificada. La tasa de nacimientos prematuros en la población excluida fue del 15.0%, lo cual produce una tasa de nacimientos prematuros en la población analítica que es más baja que la tasa de nacimientos prematuros antes de la exclusión de aquellos con datos faltantes. Las tasas de nacimientos prematuros en el texto principal de este análisis reflejan la tasa antes de la exclusión de las personas sin datos completos sobre las condiciones crónicas de salud.

ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA (TELEHEALTH)

Telehealth se define como la atención médica a distancia usando tecnologías de comunicación para expandir y mejorar el acceso a los servicios de atención de la salud. Utilizando datos proporcionados por la organización Center for Connected Health Policy,²⁵ este informe evalúa las políticas de atención médica a distancia en los estados y si estas permiten reembolso de múltiples modalidades de dicha atención: video en vivo, monitoreo remoto del paciente y/o audio únicamente.

Los datos de la política de servicios de atención médica a distancia están al día en enero de 2023.

REFERENCIAS

1. U.S. Health Resources and Services Administration (HRSA), Area Health Resources Files, 2022.
2. American Association of Birth Centers, 2021.
3. Peterson LE, Fang B, Phillips RL, Avant R, Puffer JC. The American Board of Family Medicine's Data Collection Method for Tracking Their Specialty. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2019;32(1):89-95. doi:10.3122/JABFM.2019.01.180138
4. SAS. Version 9.4. Cary, NC: SAS Institute Inc; 2020.
5. Healthcare Cost and Utilization Project State Inpatient Database. Arizona. Agency for Healthcare Research and Quality, 2021. Web. 1 Nov 2022.
6. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization; 1993.
7. United States Census Bureau. "S1301: Fertility." American Community Survey. 2017-2021. Web. 1 Nov 2022.
8. Berke EM, Shi X. Computing travel time when the exact address is unknown: A comparison of point and polygon ZIP code approximation methods. *Int J Health Geogr*. 2009;8(1):1-9. doi:10.1186/1476-072X-8-23/TABLES/3
9. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research. ZIP Code Population Weighted Centroids. Published September 2022. Accessed May 2, 2023. <https://hudgis-hud.opendata.arcgis.com/datasets/HUD::zip-code-population-weighted-centroids/explore?location=26.415960%2C59.993875%2C4.00>
10. Economic Research Service, US Department of Agriculture. Urban influence codes. 2021. Available <https://www.ers.usda.gov/data-products/urban-influence-codes/>
11. American Hospital Association, 2021.
12. ArcGIS Pro. Version 3.0. Redlands, CA: Environmental Systems Research Institute (ESRI), Inc.; 2022.
13. Environmental Systems Research Institute (ESRI). ArcGIS Network Analyst extension—ArcGIS Pro Documentation. 2022. Accessed May 4, 2023. Accessed May 2, 2023. <https://pro.arcgis.com/en/pro-app/latest/help/analysis/networks/what-is-network-analyst-.htm>
14. Weiss AJ, Pickens G, Roemer M. Methods for Calculating Patient Travel Distance to Hospital in HCUP Data. 2021. HCUP Methods Series Report # 2021-02 ONLINE. December 6, 2021. U.S. Agency for Healthcare Research and Quality. Available: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/methods/methods.jsp.
15. Phibbs CS, Luft HS. Correlation of Travel Time on Roads versus Straight Line Distance. *Medical Care Research and Review*. 1995;52(4):532-542. doi:10.1177/107755879505200406
16. Delamater PL, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *Int J Health Geogr*. 2012;11:15. doi:10.1186/1476-072X-11-15
17. Haynes R, Jones AP, Sauerzapf V, Zhao H. Validation of travel times to hospital estimated by GIS. *Int J Health Geogr*. 2006; 5(1):1-8. doi:10.1186/1476-072X-5-40
18. U.S. Department of Health & Human Services (HHS), Office of Population Affairs. Title X Service Grants. Accessed April 3, 2023. <https://opa.hhs.gov/grant-programs/title-x-service-grants>
19. Surgo Maternal Vulnerability Index. Available at: <https://mvi.surgoventures.org/>.
20. Valerio VC, Downey J, Sgaier SK, Callaghan WM, Hammer B, Smittenaar P. Black-White disparities in maternal vulnerability and adverse pregnancy outcomes: an ecological population study in the United States, 2014-2018. Accessed April 3, 2023. [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00030-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00030-3/fulltext)
21. National Center for Health Statistics, final natality data 2019-2021.
22. 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.
23. United States Census Bureau. "B13010: Women 15 to 50 years who had a birth in the past 12 months by marital status and poverty status in the past 12 months." American Community Survey. 2021. Web. 1 Nov 2022.
24. Northam S, Knapp TR. The reliability and validity of birth certificates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):3-12. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00016.x
25. Center for Connected Health Policy (CCHP). State Telehealth Laws and Reimbursement Policies-Fall 2022 Summary Chart of Key Telehealth Policy Areas. Published October 2022. Accessed April 26, 2023. https://www.cchpca.org/2022/10/Fall2022_SummaryChart1.pdf

APÉNDICE A: FUENTE Y AÑO DE LOS DATOS DE DISTANCIA

Estado	Año	Fuente
Alabama	2017-2021	Censo
Alaska	2017-2021	Censo
Arizona	2021	HCUP
Arkansas	2017-2021	Censo
California	2017-2021	Censo
Colorado	2019	HCUP
Connecticut	2017-2021	Censo
Delaware	2020	HCUP
Distrito de Columbia	2020	HCUP
Florida	2020	HCUP
Georgia	2019	HCUP
Hawaii	2017-2021	Censo
Idaho	2017-2021	Censo
Illinois	2017-2021	Censo
Indiana	2020	HCUP
Iowa	2021	HCUP
Kansas	2017-2021	Censo
Kentucky	2021	HCUP
Louisiana	2017-2021	Censo
Maine	2017-2021	Censo
Maryland	2020	HCUP
Massachusetts	2017-2021	Censo
Michigan	2020	HCUP
Minnesota	2020	HCUP
Mississippi	2021	HCUP
Missouri	2019	HCUP
Montana	2017-2021	Censo
Nebraska	2019	HCUP
Nevada	2017-2021	Censo
New Hampshire	2017-2021	Censo
Nueva Jersey	2020	HCUP
Nuevo México	2017-2021	Censo
Nueva York	2019	HCUP
Carolina del Norte	2020	HCUP
Dakota del Norte	2017-2021	Censo
Ohio	2017-2021	Censo
Oklahoma	2017-2021	Censo
Oregon	2020	HCUP
Pennsylvania	2017-2021	Censo
Puerto Rico	2021	Departamento de Salud de Puerto Rico
Rhode Island	2019	HCUP
Carolina del Sur	2017-2021	Censo
Dakota del Sur	2020	HCUP
Tennessee	2017-2021	Censo
Texas	2017-2021	Censo
Utah	2020	HCUP
Vermont	2020	HCUP
Virginia	2017-2021	Censo
Washington	2020	HCUP
West Virginia	2017-2021	Censo
Wisconsin	2020	HCUP
Wyoming	2017-2021	Censo

APÉNDICE B: CÓDIGOS DE EXCLUSIÓN ICD-10

Exclusiones	Tipo de código	Códigos de exclusión
Nacimientos no factibles	ICD-10-CM	Z3A01: Menos de 8 semanas de gestación del embarazo
		Z3A08: 8 semanas de gestación del embarazo
		Z3A09: 9 semanas de gestación del embarazo
		Z3A10: 10 semanas de gestación del embarazo
		Z3A11: 11 semanas de gestación del embarazo
		Z3A12: 12 semanas de gestación del embarazo
		Z3A13: 13 semanas de gestación del embarazo
		Z3A14: 14 semanas de gestación del embarazo
		Z3A15: 15 semanas de gestación del embarazo
		Z3A16: 16 semanas de gestación del embarazo
Z3A17: 17 semanas de gestación del embarazo		
Edad gestacional faltante	ICD-10-CM	Z3A00: Semanas de gestación del embarazo no especificadas
Resultado del parto faltante	ICD-10-CM	Z379: Resultado del parto, no especificado

APÉNDICE C: FACTOR A NIVEL COMUNITARIO POR ESTADO

Estado	Factor a nivel comunitario
Alabama	Vulnerabilidad socioeconómica
Alaska	Vulnerabilidad socioeconómica
Arizona	Pobreza
Arkansas	Vulnerabilidad socioeconómica
California	Vulnerabilidad socioeconómica
Colorado	Pobreza
Connecticut	Vulnerabilidad ambiental
Delaware	Pobreza
Florida	Vulnerabilidad ambiental
Georgia	Vulnerabilidad socioeconómica
Hawaii	Vulnerabilidad socioeconómica
Idaho	Vulnerabilidad socioeconómica
Illinois	Vulnerabilidad ambiental
Indiana	Vulnerabilidad socioeconómica
Iowa	Vulnerabilidad ambiental
Kansas	Vulnerabilidad socioeconómica
Kentucky	Pobreza
Louisiana	Pobreza
Maine	Pobreza
Maryland	Pobreza
Massachusetts	Vulnerabilidad socioeconómica
Michigan	Vulnerabilidad ambiental
Minnesota	Vulnerabilidad socioeconómica
Mississippi	Pobreza
Missouri	Vulnerabilidad socioeconómica
Montana	Vulnerabilidad socioeconómica
Nebraska	Pobreza
Nevada	Vulnerabilidad socioeconómica
New Hampshire	Pobreza
Nueva Jersey	Pobreza
Nuevo México	Vulnerabilidad ambiental
Nueva York	Vulnerabilidad socioeconómica
Carolina del Norte	Pobreza
Dakota del Norte	Vulnerabilidad ambiental
Ohio	Vulnerabilidad ambiental
Oklahoma	Vulnerabilidad socioeconómica

Estado	Factor a nivel comunitario
Oregon	Vulnerabilidad socioeconómica
Pennsylvania	Vulnerabilidad socioeconómica
Puerto Rico	Pobreza
Rhode Island	Pobreza
Carolina del Sur	Vulnerabilidad ambiental
Dakota del Sur	Vulnerabilidad socioeconómica
Tennessee	Pobreza
Texas	Vulnerabilidad socioeconómica
Utah	Vulnerabilidad ambiental
Vermont	Pobreza
Virginia	Vulnerabilidad socioeconómica
Washington	Vulnerabilidad socioeconómica
West Virginia	Pobreza
Wisconsin	Pobreza
Wyoming	Vulnerabilidad socioeconómica

APÉNDICE D: CÓDIGOS DE NACIMIENTOS PREMATUROS ICD-10

Resultado	Tipo de código	Códigos de inclusión
Nacimiento prematuro	ICD-10-CM	Z3A17-Z3A36: edad gestacional entre 17 semanas (Z3A17) y 36 semanas (Z3A36)
		O601, O6010, O6010X0, O6012, O6012X0, O6013, O6013X0, O6014, O6014X0