

INTRODUCCIÓN

Con más de 3.5 millones de nacimientos anualmente en los Estados Unidos y un aumento en las tasas de mortalidad y morbilidad maternas, hay muchas oportunidades para mejorar los resultados de salud materna en el país.¹ Más de 2 millones de personas en edad reproductiva viven en áreas sin cuidado de maternidad, sin acceso a centros de maternidad o a profesionales de cuidado de maternidad. El acceso a cuidado de maternidad es esencial para impedir los malos resultados y eliminar las disparidades de salud. Este informe va más allá del informe 2022 Ningún lugar donde ir: Áreas sin cuidado de maternidad en los Estados Unidos² ya que analiza con más detalle los datos a nivel estatal y examina las barreras adicionales que afectan el acceso a la atención. Estos datos se pueden usar para informar sobre políticas y practicar recomendaciones en cada estado.

Este informe presenta datos sobre varios factores importantes: niveles de acceso a cuidado de maternidad y áreas sin cuidado de maternidad por condado; distancia a los hospitales con servicios de maternidad; disponibilidad de servicios de planificación familiar; factores a nivel comunitario asociados con el uso de cuidado prenatal, además de la carga y consecuencias de las condiciones crónicas de salud en el estado. Si bien no es una lista exhaustiva, cada uno de estos temas contribuye a la complejidad del acceso a cuidado de maternidad en cada estado. Trabajando para mejorar el acceso a cuidado de maternidad mediante la concientización sobre las áreas sin cuidado de maternidad y otros factores que limitan el acceso es una forma en que March of Dimes se esfuerza para reducir la mortalidad y morbilidad maternas evitables para todas las personas embarazadas.

HALLAZGOS CLAVE

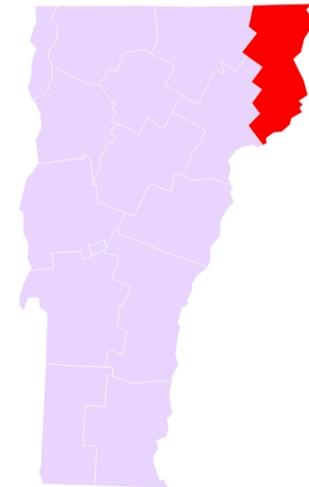
- En Vermont, el 7.1 por ciento de los condados se definen como área sin cuidado de maternidad en comparación con el 32.6 por ciento en los Estados Unidos.
- El 29.4 por ciento de las mujeres no tenían un hospital con servicios de maternidad a menos de 30 minutos en comparación con el 9.7 por ciento en los Estados Unidos.
- En total, las mujeres en Vermont tienen muy baja vulnerabilidad a resultados adversos debido a la disponibilidad de servicios de atención de salud reproductiva.
- El 5.8 por ciento de las personas que dieron a luz recibieron un cuidado prenatal inadecuado o no recibieron ninguno, más bajo que la tasa del 14.8 por ciento en los Estados Unidos.
- Las mujeres con condiciones crónicas de salud tienen un 58 por ciento más de probabilidad de tener un nacimiento prematuro en comparación con las mujeres que no tienen ninguna.

ACCESO A CUIDADO DE MATERNIDAD EN VERMONT

El acceso a cuidado durante el embarazo y alrededor del momento del nacimiento no se ofrece uniformemente en el país. Los cierres de hospitales y una escasez de profesionales están impulsando cambios en el acceso a cuidado de maternidad, especialmente dentro de áreas rurales y entre mujeres negras, indígenas y mujeres de color (BIPOC).³ El nivel de acceso a cuidado de maternidad dentro de cada condado se clasifica en Vermont por la disponibilidad de centros de maternidad, profesionales de cuidado de maternidad y el porcentaje de mujeres sin seguro (ver la tabla). El mapa muestra que en Vermont, el 7.1 por ciento de las áreas censadas se definen como áreas sin cuidado de maternidad en comparación con el 32.6 por ciento de los condados en los Estados Unidos en total.

HALLAZGOS

- En Vermont, hubo un aumento del 14.3% en la cantidad de hospitales con servicios de maternidad entre 2020 y 2019.
- En Vermont, hubo 52 bebés nacidos en un área sin cuidado de maternidad, o el 1.0% de todos los nacimientos.
- El 32.8% de los bebés nacieron de personas que viven en condados rurales, mientras que solo el 25.3% de los profesionales de cuidado de maternidad practican en áreas censadas rurales en Vermont.



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

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



Fuentes: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2022; Consejo Americano de Medicina Familiar, 2017-2020. Centro Nacional de Estadísticas de Salud, datos de natalidad finales de 2021.

Nota: CNM/CM = profesionales en enfermería de partería con certificación/profesionales en partería con certificación. *Un condado es de acceso completo si cumple con uno o más de los criterios. *Incluye médicos de familia que brindan cuidado obstétrico.

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideran el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternitycarespanishtechnotes>

VERMONT

DISTANCIA AL CUIDADO DE MATERNIDAD

Mientras más lejos viaje una mujer para recibir cuidado de maternidad, más alto será el riesgo de morbilidad materna y resultados adversos para el bebé como muerte fetal y admisión a la NICU.^{4,5} Además, las distancias de viaje más largas para recibir atención pueden producir tensión financiera en las familias y aumentar el estrés y la ansiedad prenatales.⁶ La distancia que una mujer debe viajar para tener acceso a cuidado pasa a ser un factor crítico durante el embarazo, en el momento del nacimiento y en el caso de emergencias. Los cierres de hospitales con servicios de maternidad en toda la nación han contribuido a la mayor distancia y tiempo de viaje para recibir atención, especialmente en las áreas rurales.⁶

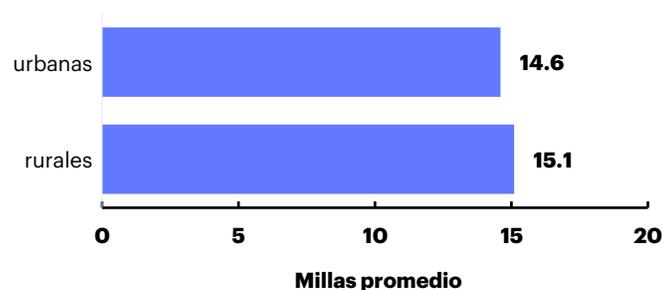
Se utilizó software de trazado para calcular la distancia, en millas y minutos, bajo condiciones de tráfico normal y usando rutas de viaje reales. El mapa indica la distancia promedio al hospital con servicios de maternidad más cercano accesible por automóvil o transbordador en Vermont. Se aplicaron umbrales de uso común de tiempos de viaje de 30 y 60 minutos para medir el porcentaje de personas que dan a luz con acceso oportuno a cuidado.⁴ Esta información puede ayudar a identificar áreas donde se necesitan recursos para mejorar el acceso a cuidado. En total, en los Estados Unidos las mujeres viajan 9.7 millas al hospital con maternidad más cercano.

HALLAZGOS

- En Vermont, las mujeres viajan 14.7 millas y 22.1 minutos, en promedio, al hospital con servicios de maternidad más cercano.
- Las mujeres que viven en condados con los tiempos de viaje más largos (20 por ciento superior) podrían viajar hasta 32.0 millas y 44.2 minutos, en promedio, para llegar al hospital con servicios de maternidad más cercano.
- Bajo condiciones de tráfico normal, el 0% de las mujeres viven a más de 60 minutos de un hospital con servicios de maternidad más cercano en comparación con el 1.0% en los Estados Unidos.
- El 29.4% de las mujeres en Vermont no tenían un hospital con servicios de maternidad a menos de 30 minutos.
- En áreas rurales en Vermont, el 27.9% de las personas viven a más de 30 minutos de un hospital con servicios de maternidad en comparación con el 29.9% de las mujeres viviendo en áreas urbanas.
- Las mujeres que viven en áreas sin cuidado de maternidad viajaron una distancia 1.4 veces mayor que las mujeres que viven en áreas con acceso completo a cuidado de maternidad en Vermont.

En promedio, las personas en Vermont viajan 14.7 millas al hospital con servicios de maternidad más cercano.

DISTANCIA AL CUIDADO POR RURALIDAD



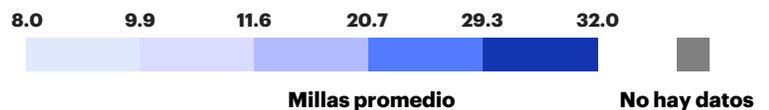
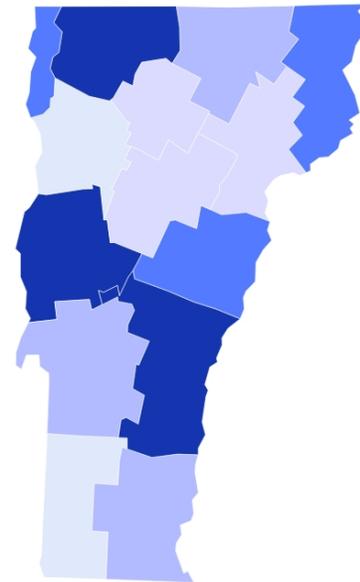
Fuentes: Proyecto de Costo y Utilización de Atención de la Salud, Base de Datos Estatales de Pacientes Hospitalizados. Vermont. Agencia de Investigación y Calidad de Atención de la Salud, 2021. Web. 1 de nov. de 2022; Asociación Americana de Hospitales, 2021; Consejo Americano de Medicina Familiar, 2017-2020; Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de los Estados Unidos, Archivos de Recursos de Salud de Áreas, 2022.

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

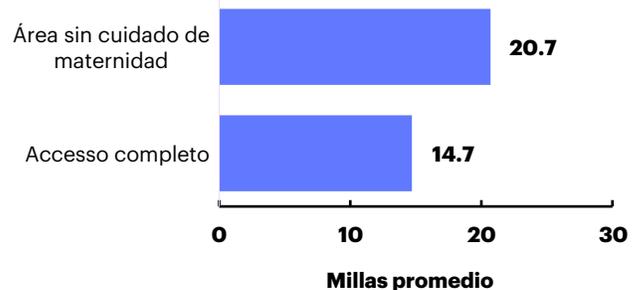
March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideran el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternitycarespanishtechnotes>

DISTANCIA AL HOSPITAL CON SERVICIOS DE MATERNIDAD POR CONDADO



DISTANCIA A LA ATENCIÓN POR ACCESO A CUIDADO DE MATERNIDAD



VERMONT

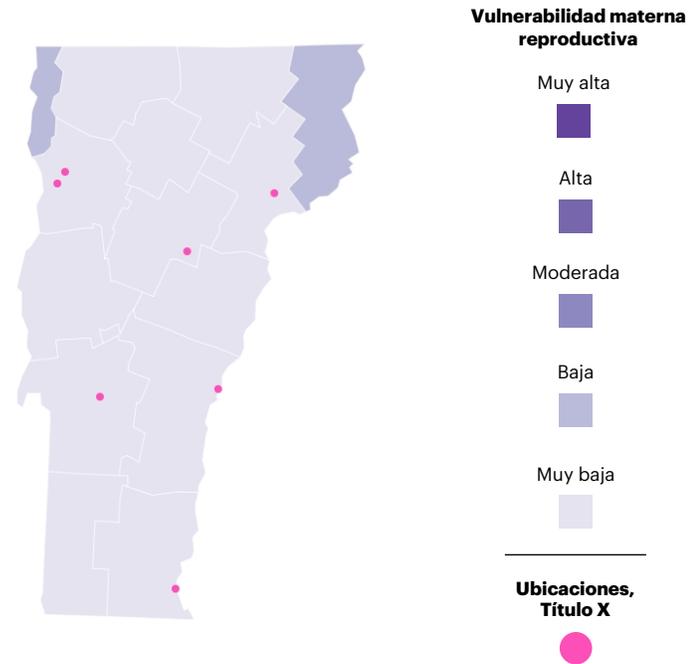
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El acceso a servicios de planificación familiar permite que la gente cumpla sus metas de tener hijos, incluyendo el momento y espaciamento entre embarazos.⁷ Un embarazo imprevisto o demasiado poco tiempo entre embarazos puede tener graves consecuencias de salud, incluyendo un nacimiento prematuro, depresión y ansiedad.^{8,9} Ofrecer acceso a anticonceptivos asequibles es una estrategia para ayudar a la gente a cumplir sus metas de planificación familiar.¹⁰ Las clínicas del Título X son sitios de atención de la salud financiados a nivel federal que brindan servicios de atención de salud reproductiva de bajo costo, incluyendo anticonceptivos, chequeos de salud y evaluaciones para detectar el cáncer de mamas y el cáncer cervical.¹¹ El mapa muestra las ubicaciones del Título X y áreas donde las mujeres son vulnerables a malos resultados debido a la falta de acceso a servicios de salud reproductiva. Los datos de riesgo a nivel de condado se derivan del Índice de Vulnerabilidad Materna (MVI) de los Estados Unidos creado por Surgo, en que un color más oscuro indica una mayor vulnerabilidad.¹² En total, las mujeres en Vermont tienen muy baja vulnerabilidad a los resultados adversos debido a la disponibilidad de servicios de atención de salud reproductiva.

HALLAZGOS

- Hay 5.0 clínicas del Título X por cada 100,000 mujeres en Vermont en comparación con 5.3 por cada 100,000 en los Estados Unidos en total.
- Las mujeres que viven en el 100.0% de los condados en Vermont tienen una vulnerabilidad muy baja o baja a los resultados adversos.
- En promedio, las personas que viven en áreas sin cuidado de maternidad en Vermont, viajan una distancia de 1.7 veces más para llegar a su clínica del Título X más cercana en comparación con las personas que viven en condados de acceso completo.

VULNERABILIDAD MATERNA REPRODUCTIVA Y UBICACIÓN DE LAS CLÍNICAS DEL TÍTULO X



Fuentes: Índice de Vulnerabilidad Materna de Surgo; Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Asuntos Poblacionarios. Directorio de Planificación Familiar del Título X (marzo de 2023). Oficina del Censo de los Estados Unidos. "S1301: Fertilidad." Encuesta de la Comunidad Americana. 2017-2021. Web. 1 de nov. de 2022.

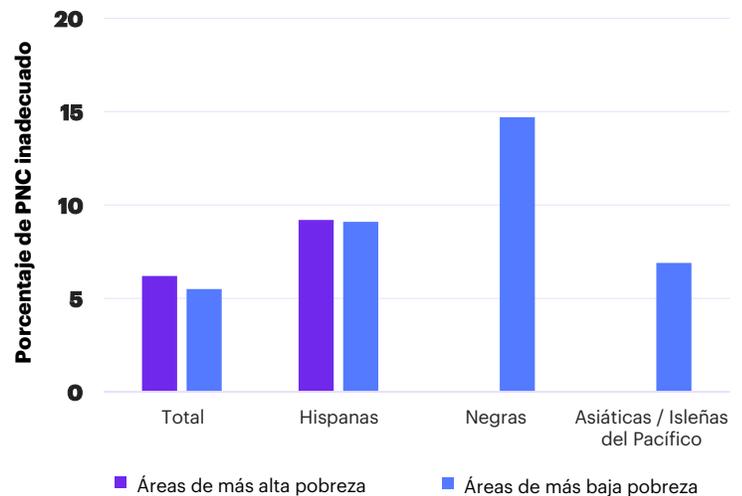
DISPARIDADES EN EL CUIDADO PRENATAL

El cuidado prenatal temprano y regular (PNC) es una estrategia importante para reducir el riesgo de complicaciones del embarazo y resultados adversos del nacimiento.¹³ Históricamente, las mujeres negras, indígenas y mujeres de color (BIPOC) tienen tasas más bajas de PNC y puede ser menos probable que reciban servicios como evaluaciones de salud importantes y un monitoreo apropiado del crecimiento del bebé.^{14,15} Los factores a nivel comunitario, como la pobreza, crean barreras contra el acceso a cuidado que pueden empeorar la disparidad en el uso de cuidado prenatal entre personas BIPOC.¹⁶ El impacto de la pobreza en el uso de cuidado prenatal se evaluó examinando el porcentaje de personas que reciben cuidado prenatal inadecuado en áreas de alta y baja pobreza. En Vermont, el 5.8 por ciento de las mujeres recibieron un PNC inadecuado en comparación con el 14.8 por ciento en los Estados Unidos.

HALLAZGOS

- El 0.0% de las mujeres BIPOC no recibieron PNC en áreas de alta pobreza.
- Entre las mujeres BIPOC, aquellas viviendo en áreas de alta pobreza tienen un 19% más de probabilidad de recibir un PNC inadecuado en comparación con aquellas en áreas de baja pobreza.
- Es 1.1 veces más probable que las mujeres en total, que viven en condados de alta pobreza reciban un PNC inadecuado en comparación con aquellas en condados de baja pobreza.

CUIDADO PRENATAL INADECUADO POR RAZA/ETNIA Y POBREZA



Fuentes: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, datos de natalidad finales 2019-2021; Dirección de Censos de los Estados Unidos "B13010." Encuesta de la Comunidad Americana. 2021. Web. Nov. de 2022.

Nota: Un PNC inadecuado se define como la ausencia de cuidado prenatal o un cuidado que comenzó durante o después del quinto mes de embarazo o que incluyó menos de la mitad de la cantidad apropiada de visitas para la edad gestacional del bebé. Se suprimieron los datos de los grupos que faltaban.

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideren el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternalcarespanishtechnotes>

VERMONT

CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD Y EL NACIMIENTO PREMATURO

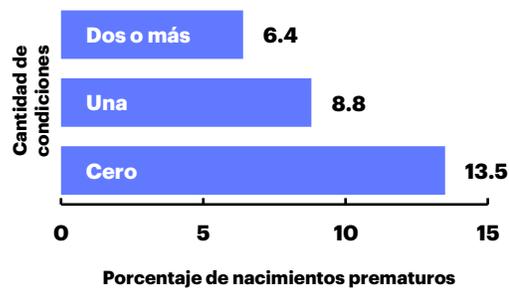
Tener una condición crónica de salud antes del embarazo aumenta el riesgo de complicaciones del embarazo y posparto. El nacimiento prematuro (PTB), un parto antes de las 37 semanas de gestación, es un ejemplo de una complicación que puede tener graves impactos de salud. La carga de las condiciones crónicas de salud entre las personas que dan a luz está aumentando en los Estados Unidos.^{17,18} El acceso a la atención médica antes, durante y después del embarazo es importante para el control adecuado de las condiciones crónicas de salud. En el momento del nacimiento, las mujeres con condiciones crónicas y sus bebés podrían necesitar atención a un nivel más alto, tal como profesionales especializados, hospitales con la capacidad de realizar un parto por cesárea, u hospitales con unidades de cuidados intensivos neonatales (NICU). El examen de la carga de salud crónica (CHB) en Vermont y su relación con los resultados adversos brinda información necesaria para hacer cambios importantes que pueden producir una asignación objetiva de recursos, prevención y un control apropiado de las enfermedades.

El porcentaje de personas que dan a luz con una o más condiciones crónicas se calculó para cada condado en Vermont y en total. Se incluyeron las siguientes condiciones debido a su disponibilidad en los datos de registros de nacimientos y su asociación establecida con el nacimiento prematuro: hipertensión y diabetes antes del embarazo, fumar y tener peso insuficiente o excesivo antes del embarazo. El mapa describe la carga de salud crónica en relación con la tasa de nacimientos prematuros a nivel del condado. Las áreas sombreadas en morado tienen una alta carga de salud crónica (CHB), mayor que el porcentaje total del estado, y una alta tasa de nacimientos prematuros (PTB), definida como mayor que la meta nacional del 9.4 por ciento.¹⁹ En Vermont, la tasa de nacimientos prematuros fue del 8.0 por ciento en comparación con el 10.5 por ciento en los Estados Unidos en total en 2021.

HALLAZGOS

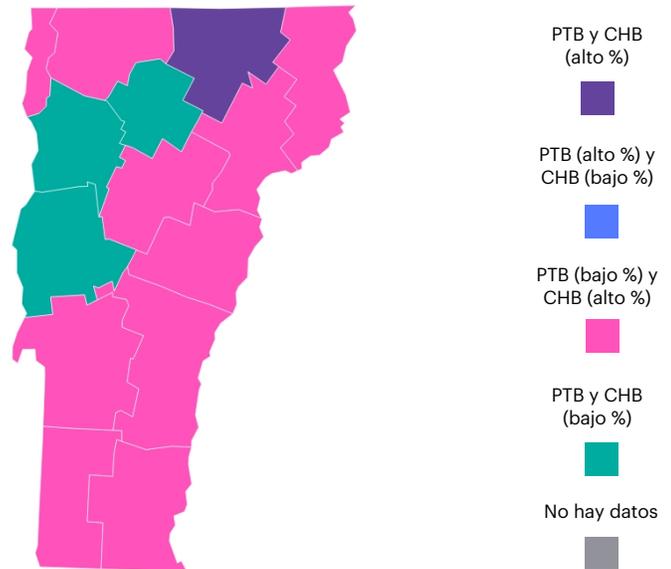
- En Vermont, el 42.4% de las mujeres tenían una o más condiciones crónicas de salud en comparación con el 37.8% en los Estados Unidos en total.
- Las mujeres con una o más condiciones crónicas de salud tienen un 58% más de probabilidad de tener un nacimiento prematuro en comparación con aquellas sin ninguna condición crónica.
- El 7.1% de los condados en Vermont tienen una alta carga de condiciones crónicas de salud y una alta tasa de nacimientos prematuros.

NACIMIENTO PREMATURO SEGÚN LA CANTIDAD DE CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, datos de natalidad finales 2017-2021.

CARGA DE SALUD CRÓNICA (CHB) Y NACIMIENTOS PREMATUROS (PTB) POR CONDADO



Nota: La carga de condiciones crónicas de salud es el porcentaje de personas que dan a luz en cada condado con una o más condiciones crónicas. Los datos de condados con menos de 10 nacimientos prematuros o mujeres con condiciones crónicas de salud se excluyen del mapa.

RESUMEN

Todas las mujeres merecen una atención médica segura, eficaz, oportuna, eficiente y equitativa. El cuidado de maternidad uniforme y equitativo ayuda a las mujeres a mantener una salud óptima y a reducir el riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el periodo posparto. Hay varios factores que afectan el acceso a cuidado de maternidad de las mujeres en los Estados Unidos. Evaluando la distancia al cuidado y la disponibilidad de profesionales de cuidado de maternidad, hospitales y servicios de planificación familiar, este informe presenta una perspectiva de varios componentes físicos que afectan la capacidad de una persona para recibir cuidado. Además, examinando los factores a nivel comunitario asociados con el acceso a cuidado e identificando las poblaciones vulnerables se brinda un mayor contexto con respecto a las barreras que no permiten recibir el cuidado apropiado. En conjunto, esta información puede guiar a las personas que toman decisiones, profesionales de salud pública, clínicos e investigadores a promocionar políticas y recursos que aumentan el acceso a cuidado de maternidad en cada estado.

Al considerar estos factores, los estados pueden avanzar hacia la eliminación de las muertes y complicaciones relacionadas con el embarazo. La atención médica a distancia (telehealth), a través de varias plataformas, equipa a los profesionales de salud materna con las herramientas para facilitar mejor el cuidado antes, durante y después del embarazo y se ha demostrado que no solo aumenta el acceso, sino también mejora la participación y tratamiento de los pacientes.²⁰ March of Dimes apoya plenamente al congreso, agencias reglamentarias gubernamentales y estados para que actúen y hagan que las disposiciones de la atención médica a distancia sean equilibradas y permanentes. Los servicios de atención médica a distancia basados en la evidencia y otras soluciones innovadoras se exploran en más detalle en la página 5.

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideran el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternalcarespanishtechnotes>

SOLUCIONES Y MEDIDAS DE POLÍTICAS

March of Dimes ha apoyado desde hace tiempo las políticas que mejoran el acceso al cuidado de maternidad, incluyendo la expansión y extensión de Medicaid, una mejor integración del modelo de atención de partería, el reembolso por la atención de doulas y el aumento de la disponibilidad de servicios de atención médica a distancia en un rango de especialidades de cuidado de salud. La atención médica a distancia es atención médica brindada mediante tecnología para reemplazar o mejorar la atención en persona y puede salvar vidas al brindar cuidado de alta calidad a las personas embarazadas y en el período posparto.²¹ Las mujeres desatendidas, vulnerables a malos resultados de salud y con acceso limitado al cuidado de alto riesgo pueden beneficiarse enormemente de la atención médica a distancia.²¹

Para considerar el acceso limitado a cuidado de maternidad en los Estados Unidos, los estados deben adoptar y apoyar la atención médica a distancia y otras prácticas innovadoras para expandir el acceso y ofrecer más opciones para la gestión de atención de la salud. A continuación se explora el estado actual de las políticas de atención médica a distancia y soluciones innovadoras en Vermont diseñadas para mejorar los resultados de salud materna. Al destacar las soluciones innovadoras implementadas en los estados, los legisladores y profesionales de atención de la salud pueden identificar políticas y programas que pueden mejorar la salud de las personas embarazadas en Vermont y garantizar que ellas reciban el apoyo y atención necesarios antes, durante y después del embarazo.



LEY DE ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA

Debido a la emergencia de salud pública (PHE) de COVID-19, los estados expandieron el acceso a los servicios de atención médica a distancia. Si bien muchas de las políticas aumentaron temporalmente el acceso a la atención médica a distancia para los servicios de cuidado de maternidad, muchos estados expandieron dicha atención permanentemente. Esta medida de política específica si Vermont aprobó leyes para brindar permanentemente cobertura de atención médica a distancia de Medicaid para los servicios de cuidado de maternidad.^{22,23}



 Cumple las recomendaciones

 Avance hacia las recomendaciones

 Necesita mejorar



COBERTURA DE LA ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA

Las políticas de atención médica a distancia de Medicaid varían según el estado. Los estados pueden cubrir todas las formas de los servicios de atención médica a distancia o restringir ciertas formas de dichos servicios.²² Esta medida de política específica si Vermont ofrece reembolso de Medicaid de los siguientes servicios de atención médica a distancia:

 Video en vivo  Monitoreo remoto del paciente  Audio únicamente²²



POLÍTICA E INNOVACIÓN DEL PROGRAMA

- El modelo de la Organización de Atención Responsable de Todas las Aseguradoras (ACO) de Vermont es la nueva prueba de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de un modelo de pago alterno en el cual las aseguradoras más significativas de todo el estado—Medicare, Medicaid, y aseguradoras de atención de la salud comerciales—incentivan el valor y calidad de la atención de la salud, con un enfoque en los resultados de salud, bajo la misma estructura de pago para la mayoría de los profesionales a través del sistema de atención de la salud en todo el estado y transforman la atención de la salud para el estado completo y su población.²³
- Los estados están eliminando el requisito de que las personas inmigrantes embarazadas residan durante cinco años antes de ser elegibles para Medicaid. En general, las personas inmigrantes que sean residentes permanentes (titulares de la tarjeta verde) son elegibles para Medicaid y CHIP después de cinco años de residencia sobre la misma base que los ciudadanos estadounidenses y deben cumplir con todos los otros requisitos del programa. Vermont brinda cobertura de Medicaid a las personas embarazadas que sean residentes legales elegibles sin un periodo de espera de cinco años.²⁴
- Como parte de la Iniciativa de Atención Crónica de Vermont, el Programa de Apoyo Obstétrico y Materno de Medicaid (MOMS) brinda servicios de administración de casos a las personas embarazadas de alto riesgo que dan a luz. Las personas embarazadas de alto riesgo que dan a luz son aquellas con un trastorno de uso de opioides previo o actual, una condición de salud mental previa o actual, o un historial de parto con menos de 32 semanas de gestación. Los gerentes de casos de MOMS facilitan el acceso a servicios prenatales y ayudan a impedir las brechas en la atención y la redundancia de servicios.²⁵
- Vermont creó el programa de Evaluación, Tratamiento y Acceso para las Personas que Dan a Luz y Asociados Perinatales (STAMPP) con una meta general de mejorar la salud mental y bienestar de las personas en período posparto y, por lo tanto, el desarrollo social y emocional de los niños, aumentando el acceso a tratamiento apropiado y servicios de apoyo de recuperación. El Departamento de Salud de Vermont (VDH) fue fundado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) para poner en práctica este programa en Vermont.²⁶

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideran el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternitycarespanishtechnotes>

REFERENCIAS

- ¹ Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Births: Final Data for 2020. *National Vital Statistics Reports*. 2022;70(17). Accessed April 5, 2023. <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>.
- ² Brigance C, Ripley L, Jones E, et al. *Nowhere to Go: Maternity Care Deserts Across the U.S. (Report No. 3)*. March of Dimes. 2022. Accessed April 5, 2023. <https://www.marchofdimes.org/research/maternity-care-deserts-report.aspx>
- ³ U.S. Government Accountability Office (GAO). *Availability of Hospital-Based Obstetric Care in Rural Areas*. October 2022. Accessed April 5, 2023. <https://www.gao.gov/assets/gao-23-105515.pdf>
- ⁴ Roa L, Uribe-Leitz T, Fallah PN, et al. Travel Time to Access Obstetric and Neonatal Care in the United States. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;136(3):610-612. doi:10.1097/AOG.0000000000004053
- ⁵ Minion SC, Krans EE, Brooks MM, Mendez DD, Haggerty CL. Association of Driving Distance to Maternity Hospitals and Maternal and Perinatal Outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. 2022;140(5):812-819. doi:10.1097/AOG.0000000000004960
- ⁶ Kozhimannil KB, Hung P, Henning-Smith C, Casey MM, Prasad S. Association Between Loss of Hospital-Based Obstetric Services and Birth Outcomes in Rural Counties in the United States. *JAMA*. 2018;319(12):1239. doi:10.1001/JAMA.2018.1830
- ⁷ World Health Organization (WHO). Family planning/contraception methods. Published November 9, 2020. Accessed April 9, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- ⁸ Kaiser Family Foundation. The U.S. Government and International Family Planning & Reproductive Health Efforts. Published November 11, 2021. Accessed April 3, 2023. <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-international-family-planning-reproductive-health-efforts/>
- ⁹ Napili A. *Title X Family Planning Program*. Published June 2022. Accessed April 3, 2023. [https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10051#:~:text=What%20Is%20the%20Federal%20Funding,Rescue%20Plan%20Act%20\(ARPA%2C%20P.L.](https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF10051#:~:text=What%20Is%20the%20Federal%20Funding,Rescue%20Plan%20Act%20(ARPA%2C%20P.L.)
- ¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Premature Birth. Published November 1, 2022. Accessed April 3, 2023. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/premature-birth/index.html>
- ¹¹ 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>
- ¹² 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. *The Lancet Regional Health*. <https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X%2823%2900030-3/fulltext>
- ¹³ Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the Role and Effectiveness of Prenatal Care: History, Challenges, and Directions for Future Research. *Public Health Reports*. 2001;116(4):306. doi:10.1016/S0033-3549(04)50052-3
- ¹⁴ Hill L, Artiga S, Ranji U. Racial Disparities in Maternal and Infant Health: Current Status and Efforts to Address Them. Kaiser Family Foundation. Published November 1, 2022. Accessed April 3, 2023. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-maternal-and-infant-health-current-status-and-efforts-to-address-them/>
- ¹⁵ Howell EA. Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(2):387. doi:10.1097/GRF.0000000000000349
- ¹⁶ Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, Washington AE. Racial/Ethnic Disparities in Obstetric Outcomes and Care: Prevalence and Determinants. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(4):335-343. doi:10.1016/J.AJOG.2009.10.864
- ¹⁷ Blue Cross Blue Shield, The Health of America Report. *Trends in Pregnancy and Childbirth Complications in the U.S.* 2020. Accessed April 3, 2023. https://www.bcbs.com/sites/default/files/file-attachments/health-of-america-report/HoA_Maternal_Health.pdf
- ¹⁸ Ananth CV, Duzyj CM, Yadava S, Schwebel M, Tita ATN, Joseph KS. Changes in the Prevalence of Chronic Hypertension in Pregnancy, United States, 1970 to 2010. *Hypertension*. 2019;74(5): 1089-1095. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12968
- ¹⁹ Healthy People 2030. Reduce preterm births — MICH-07. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Dept. of Health and Human Services. Accessed April 3, 2023. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/pregnancy-and-childbirth/reduce-preterm-births-mich-07>
- ²⁰ Brown HL, DeNicola N. Telehealth in Maternity Care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47 (3):497-502. doi:10.1016/j.ogc.2020.05.003
- ²¹ Health Resources & Services Administration (HRSA). Telehealth and High Risk Pregnancy. Published April 12, 2022. Accessed April 26, 2023. <https://telehealth.hhs.gov/providers/best-practice-guides/telehealth-for-maternal-health-services/telehealth-and-high-risk-pregnancy>
- ²² Center for Connected Health Policy (CCHP). State Telehealth Laws and Reimbursement Policies- Fall 2020 Summary Chart of Key Telehealth Policy Areas. Published October 2022. Accessed April 26, 2023. https://www.cchpca.org/2022/10/Fall2022_SummaryChart1.pdf

RECONOCIMIENTOS

Este informe cuenta con el apoyo generoso de una subvención de Elevance Health Foundation. Las declaraciones en este informe pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de Elevance Health Foundation o sus afiliados, a menos que se indique explícitamente.

Agradecimientos especiales a Jazmin Fontenot, MPH; Ripley Lucas, MPH; Ashley Stoneburner, MPH; Christina Brigance, MPH; Erin Jones, JD; Kelly Hubbard, MPH; Motoko Oinuma; Danielle Procopio, MPH; Kelly Ernst, MPH; Tiasha Letostak, PhD, MPH; Kathryn Mishkin, DrPH, MPH, MA; Elizabeth Cherot, MD, MBA; y a muchas otras personas de March of Dimes que contribuyeron a este informe para mejorar el acceso a cuidado de maternidad en los Estados Unidos. March of Dimes también desea agradecer a PRI por su ayuda y experiencia en el diseño del informe.

Mención sugerida: Fontenot, J, Lucas, R, Stoneburner, A, Brigance, C, Hubbard, K, Jones, E, Mishkin, K. El Lugar Donde Usted Vive Importa: Áreas Sin Cuidado De Maternidad y La Crisis de Acceso e Igualdad en Vermont. March of Dimes. 2023.

EL LUGAR DONDE USTED VIVE IMPORTA: ÁREAS SIN CUIDADO DE MATERNIDAD Y LA CRISIS DE ACCESO E IGUALDAD

March of Dimes recomienda acciones de política estatal que consideran el acceso a cuidado; ver: <https://marchofdimes.org/mcdr-vt>

Para más detalles sobre las fuentes y cálculos de los datos, consultar las Notas técnicas: <https://www.marchofdimes.org/peristats/maternalcarespanishtechnotes>