



**HEALTHY
MOMS.
STRONG
BABIES.**



Sin Lugar Adonde Ir: Desiertos de Atención de Maternidad en los EE. UU.

INFORME DE 2024



La familia Huguley

Aleeshia Huguley está embarazada en un condado con bajo acceso a atención de maternidad y con acceso limitado a hospitales o centros de maternidad que ofrezcan atención obstétrica y cuenten con clínicos obstetras. A ella y a su esposo, Serkeith, les preocupa estar tan lejos del único hospital con servicio de maternidad en su área, que asiste a cuatro condados de los alrededores.

“Para las personas en áreas con bajo acceso, es un problema”, dice Serkeith. “No todos tienen la misma atención médica o la misma accesibilidad. Podemos tener el mismo médico, pero no todos hacemos el mismo viaje para llegar a ese médico”.

Debido a su embarazo de alto riesgo, Aleeshia tiene que asistir a citas médicas semanales. La falta de recursos de su comunidad significa que sus dificultades de acceso a la atención no terminarán con el parto: también le preocupa llevar a su nuevo bebé a los controles periódicos.

La historia de Aleeshia y Serkeith destaca el problema más amplio de los desiertos de atención de maternidad en Estados Unidos. El impacto emocional y físico sobre los padres es significativo, exacerbado por las largas distancias hasta los hospitales. La pareja busca concientizar sobre estas dificultades con la esperanza de mejorar el acceso a la atención para las familias en situaciones similares.



Escanee para obtener más información sobre la experiencia de la familia Huguley con un embarazo en un área con bajo acceso.

Resumen ejecutivo

Nuestro informe nacional más reciente sobre el acceso a atención de maternidad en los Estados Unidos (EE. UU.) revela una dura realidad: donde uno vive es importante a la hora de tener opciones disponibles de atención de maternidad. Aunque ha habido cierto progreso en el aumento del acceso a la atención, como expandir y extender Medicaid, seguimos recibiendo informes constantes de cierres de unidades obstétricas y falta de personal. De hecho, 1 de cada 25 unidades obstétricas en los EE. UU. cerró sus puertas en los últimos 2 años, lo que dio lugar a menos opciones, mayor estrés y tiempos de viaje más largos para personas que van a dar a luz. El informe Sin lugar adonde ir: Desiertos de atención de maternidad en los EE. UU. de 2024 revela que más del 35% de los condados se consideran desiertos de atención de maternidad. Esto significa que en 1,104 condados de los EE. UU., no hay un solo centro de maternidad o clínico obstetra disponible. En estos condados residen más de 2.3 millones de mujeres en edad reproductiva, y son el condado de residencia de mujeres que dieron a luz a más de 150,000 bebés en 2022.

Nuestro análisis más exhaustivo hasta la fecha confirma que las mujeres que viven en desiertos de atención de maternidad con bajo acceso a la atención tienen un peor estado de salud antes del embarazo, reciben menos atención prenatal y tienen tasas más altas de nacimientos prematuros. Nuestro análisis reveló un exceso de más de 10,000 nacimientos prematuros en las mujeres que vivían en desiertos de atención de maternidad y condados con acceso limitado en 2020-2022. Estos resultados afirman que los sistemas, políticas y entornos de los EE. UU. les están fallando a las mamás y sus bebés.

En más de 1 de cada 3 condados de los EE. UU. falta un clínico obstetra, y en muchas partes del país, los ginecólogos obstetras y los médicos de familia que asisten a los partos están dejando sus trabajos. Además, aunque las parteras podrían complementar al personal de obstetricia, hay 23 estados que tienen políticas que

les impiden administrar el nivel de atención para el que se capacitaron. Asimismo, el 70% de los centros de maternidad en los EE. UU. se encuentran en tan solo 10 estados. Nuestro informe examina políticas que reducen las barreras para integrar a las parteras al sistema de atención médica y que hace que inaugurar y mantener centros de maternidad sea más loggable. Estas dos cosas podrían darles más opciones a las personas que van a dar a luz, disminuir los gastos médicos y mejorar la satisfacción y los desenlaces de los partos. Además, el informe ofrece datos sobre cómo las tarifas bajas de reembolsos de seguros y las estructuras de pago contribuyen a los cierres de hospitales, en especial en áreas rurales.

Mejor acceso y mayores opciones de atención son posibles. March of Dimes seguirá liderando la lucha por mejorar la salud para todas las madres y bebés. Como nación, debemos redefinir una experiencia de embarazo positiva más allá de la mera supervivencia, en busca de un entorno libre de discriminación independientemente de la ubicación geográfica, la condición de seguro, la orientación sexual o los orígenes raciales y étnicos. Los datos en este informe enfatizan la necesidad de tomar acciones inmediatas para mejorar la experiencia de embarazo y parto para las madres de todo el país.

March of Dimes insta a los legisladores, proveedores de atención médica y comunidades a que trabajen juntos para garantizar que todas las mamás y bebés reciban atención de calidad.

Índice

Introducción	5
Resultados clave	5
Cómo usar el informe	6
Medidas y componentes de acceso	7
Desiertos de atención de maternidad	8
Puntaje de acceso a atención de maternidad	13
Hospitales obstétricos y centros de maternidad	16
Clínicos obstetras	21
Seguro médico	27
Tiempo de viaje hasta la atención	29
Fertilidad	32
Enfermedades crónicas	33
Factores sociales determinantes de salud y racismo	35
Soluciones y acciones mediante políticas	37
Conclusión	43
Abreviaturas y definiciones	44
Referencias	46

Agradecimientos

Agradecemos en especial a Ashley Stoneburner, MPH, Ripley Lucas, MPH, Jazmin Fontenot, MPH, Christina Brigance, MPH, y Erin Jones, JD por el desarrollo del contenido del informe. Gracias a Andrea L. DeMaria, PhD, MS, Emily Frost, MPH, Motoko Oinuma y Danielle Procopio, MPH, por escribir, revisar y editar el informe. March of Dimes también quiere agradecer a Rachele Marina Johnson por su ayuda con la experiencia y el diseño del informe.

Cita sugerida: Stoneburner A, Lucas R, Fontenot J, Brigance C, Jones E, DeMaria AL. Sin lugar adonde ir: Desiertos de atención de maternidad en los EE. UU. (Informe N.º 4). March of Dimes. 2024.

<https://www.marchofdimes.org/maternity-care-deserts-report>

Introducción

Estados Unidos (EE. UU.) está sufriendo una crisis de acceso a atención de maternidad junto con tasas en aumento de desenlaces malos de salud materna. Ahora más que nunca, la escasez de personal y los cierres de hospitales son una realidad cotidiana en los EE. UU., en particular en áreas rurales. Las desigualdades en los desenlaces de partos y la mortalidad materna por raza, etnia y fuente de pago de la atención persisten y funcionan como un recordatorio de que demasiadas personas gestantes sufren racismo y discriminación cuando buscan atención médica. Aunque los cambios en las políticas, lo que incluye la expansión y extensión de Medicaid, les ofrecen acceso a un seguro médico a más personas gestantes que nunca, la revocación de Roe v. Wade ha dado lugar a cambios en la atención médica reproductiva para millones de mujeres y ha tenido efectos en el personal obstétrico.

Garantizar una atención de maternidad uniforme y de alta calidad es esencial para proteger la salud de personas embarazadas y los 3.6 millones de bebés que nacen cada año en los EE. UU. Además de las más de 800 muertes maternas que se producen cada año, la tasa de mortalidad infantil aumentó significativamente en 2022 por primera vez en dos décadas. Con acceso adecuado a atención oportuna y apropiada, muchas de estas muertes son prevenibles.

Sin lugar adonde ir: Desiertos de atención de maternidad en los EE. UU. continúa expandiendo la educación y la concientización sobre áreas sin acceso a atención. Ahondando en los datos y explicando las barreras que mantienen a las mujeres con muy pocas opciones, el conocimiento se vuelve el catalizador para la acción. El informe examina cómo factores como tasas de fertilidad, enfermedades crónicas y factores sociales determinantes de salud (SDOH, por sus siglas en inglés) influyen en el acceso a la atención y, por primera vez, se explora el acceso a la atención de maternidad y su asociación con los desenlaces de partos. Las acciones y recomendaciones de políticas que pueden mejorar el acceso a la atención también se incorporan a lo largo del informe.

March of Dimes reconoce que el uso del término “desierto” para describir condados es limitado y puede simplificar demasiado los problemas complejos a los que se enfrentan las comunidades más afectadas por la crisis de atención de maternidad. “Desierto de atención de maternidad” se usa para alinearse con informes anteriores. March of Dimes usa el término “desierto” para hacer referencia a una cualidad o capacidad de fallar (a alguien), en especial en un momento crucial en el que más necesidad se tiene, en el contexto de disponibilidad de atención de maternidad.

Resultados clave

El **35%** de los condados de EE. UU. son desiertos de atención de maternidad.

Más de **150,000** bebés nacieron de personas gestantes que viven en desiertos de atención de maternidad.

- Otros 200,000 bebés más nacieron de personas gestantes que viven en condados con acceso limitado a atención de maternidad.

Más de **2.3 millones** de mujeres en edad reproductiva viven en desiertos de atención de maternidad.

- Otros 3 millones de mujeres más viven en condados con acceso limitado a atención de maternidad.
- Vivir en un desierto de atención de maternidad está asociado a un riesgo un 13% mayor de nacimientos prematuros.

Más de la mitad de los condados en los EE. UU. no tienen un hospital que ofrezca atención obstétrica.

- En 2021 y 2022, aproximadamente 1 de cada 25 unidades obstétricas cerró a nivel nacional.

Casi el **70%** de los centros de maternidad se encuentran en tan solo 10 estados.

2.5 millones de mujeres en edad reproductiva viven en un condado sin un clínico obstetra.

- Solo 27 estados y el DC otorgan una autorización de ejercicio profesional completo a las Enfermeras Parteras Certificadas (Certified Nurse Midwives, CNM).

El porcentaje promedio de mujeres sin seguro en desiertos de atención de maternidad es **2 veces la tasa** de quienes viven en áreas con acceso total.

En promedio, las mujeres gestantes en los EE. UU. viajan **16 minutos** en auto hasta su hospital de maternidad más cercano sin tránsito.

- El tiempo de viaje aumenta a 26 y 38 minutos, en promedio, para residentes de áreas rurales y desiertos de atención de maternidad, respectivamente.
- Entre los estados con tiempos de viaje significativamente mayores se encontraron Dakota del Norte, Montana, Misisipi, Dakota del Sur y Nevada.

Las **tasas de fertilidad** en condados rurales y desiertos de atención de maternidad son **mayores** que en condados urbanos y con acceso total y están disminuyendo a un ritmo menor.

Las **enfermedades crónicas** relacionadas con malos desenlaces de salud, como hipertensión, diabetes y obesidad antes del embarazo, han **aumentado significativamente** desde 2015 y son más frecuentes en mujeres que viven en desiertos de atención de maternidad.

- Estas enfermedades son más prevalentes en personas gestantes negras e indias americanas/nativas de Alaska.

Cómo usar el informe



Educar

Obtener información a partir de la examinación exhaustiva del acceso a la atención de maternidad en los EE. UU. para concientizar sobre la crisis de atención de maternidad en desarrollo.



Planificar

Desarrollar programas e intervenciones dirigidos para mejorar el acceso en áreas con necesidades insatisfechas e identificar oportunidades de colaboración.



Proponer

Usar los datos y las recomendaciones de políticas para proponer cambios en comunidades y estados.

Busque el megáfono para conocer formas de tomar acciones.



Asignar

Tomar decisiones informadas de asignación de recursos para mejorar la salud de mamás y bebés.

Medidas y componentes de acceso

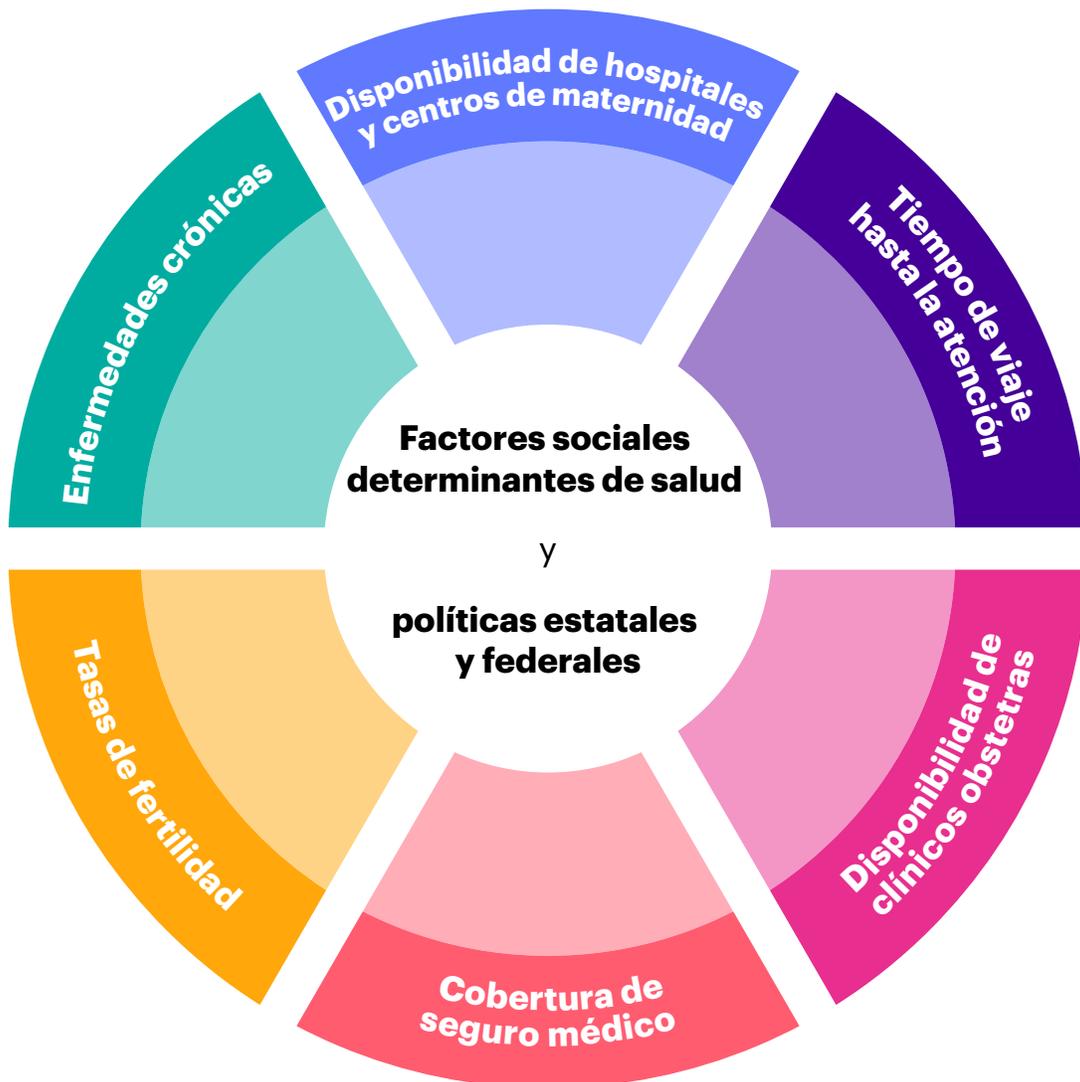
Este informe explora el acceso a atención de maternidad en el contexto de acceso a atención médica, definido como el “uso oportuno de servicios médicos personales para lograr los mejores desenlaces de salud posibles”.¹

El informe examina el acceso a atención de maternidad usando 2 medidas que cuantifican la necesidad de servicios de atención de maternidad en cada condado. La primera es las designaciones de acceso a atención de maternidad de March of Dimes y la segunda es una medida continua basada en un puntaje de índice de 6 factores creado en 2022 por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health and Resources Service Administration, HRSA) para clasificar condados

con necesidad de atención de maternidad.² Juntas, estas medidas siguen iluminando las dificultades de acceso y también ofrecen datos valiosos para fortalecer las decisiones programáticas, asignar recursos, apoyar la defensa y fomentar esfuerzos de investigación.

Aunque no es exhaustiva, la Figura 1 ilustra los factores clave individuales que afectan el acceso a atención de maternidad analizados a lo largo de este informe. Cada segmento examina temas específicos, incorporando datos recientes y explorando la influencia de las políticas estatales y federales y SDOH. Este informe busca resaltar las dificultades para garantizar que todos tengan acceso equitativo y oportuno a atención de maternidad.

Figura 1. Factores clave que afectan el acceso a atención de maternidad



Acceso a atención de maternidad

Desiertos de atención de maternidad

Las designaciones de acceso a atención de maternidad de March of Dimes se basan en 3 factores: la proporción entre clínicos obstetras y nacimientos, la disponibilidad de centros de maternidad y la proporción de mujeres sin seguro médico. Cada condado se clasifica en 1 de 4 categorías: acceso total, acceso moderado, bajo acceso o desierto de atención de maternidad (Tabla 1).

Poco más de un tercio (35.1%) de los 3,142 condados de los EE. UU. se consideran desiertos de atención de maternidad: áreas sin un solo centro de maternidad o clínico obstetra. Aproximadamente, 6 de cada 10 desiertos de atención de maternidad son áreas rurales,

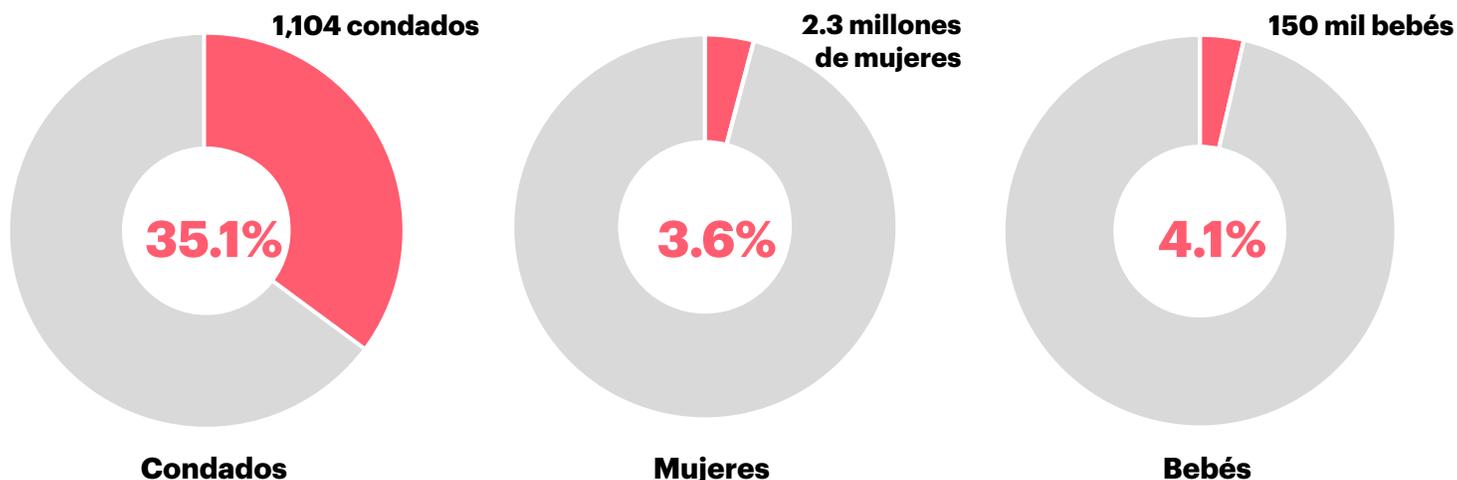
menos pobladas. En estos 1,104 condados residen más de 2.3 millones de mujeres en edad reproductiva. En 2022, más de 150,000 bebés nacieron de mujeres que viven en desiertos de atención de maternidad, lo que representa un 4.1% de los nacimientos totales (Figura 2). Además, cerca de 1 de cada 10 personas gestantes reside en condados sin acceso total a atención de maternidad. Cada nacimiento representa una persona o familia que tiene que viajar fuera de su comunidad para obtener atención prenatal, atención de parto y atención posparto, enfrentándose a dificultades con las que quienes viven en áreas con acceso total a atención de maternidad no se encuentran.

Tabla 1. Designaciones de acceso a atención de maternidad

	Desierto de atención de maternidad	Bajo acceso	Acceso moderado	Acceso total
Hospitales y centros de maternidad que ofrecen atención obstétrica	cero	<2	<2	≥2
Clínicos obstetras por 10,000 nacimientos*	cero	<60	<60	≥60
Proporción de mujeres de 19-54 años sin seguro médico	cualquiera	≥10%	<10%	cualquiera

*Clínicos obstetras incluyen ginecólogos obstetras, CNM/CM y médicos de familia que informaron haber asistido partos.

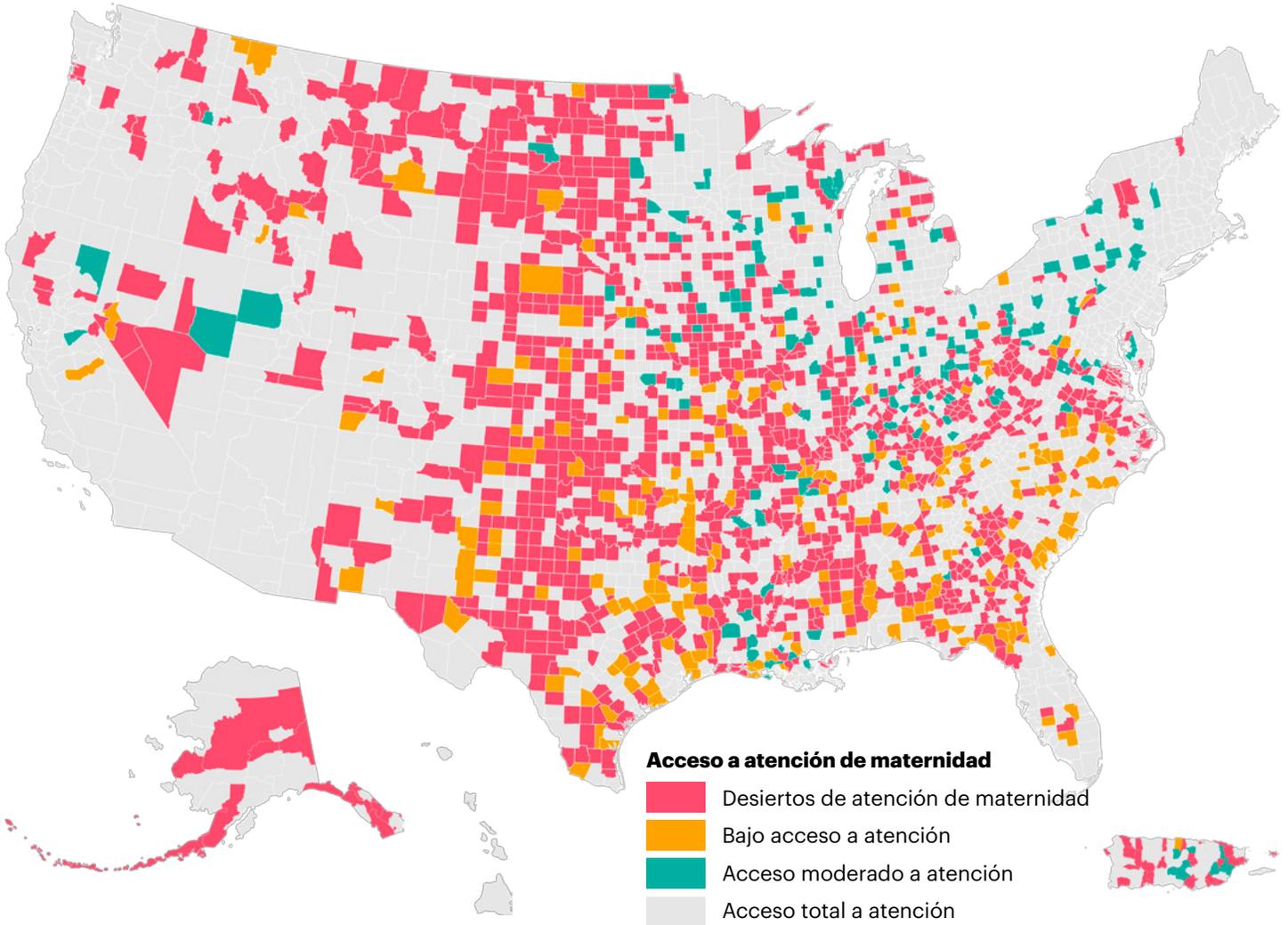
Figura 2. Cantidad y porcentaje de condados de EE. UU. (N=3,142) designados como desiertos de atención de maternidad y las mujeres en edad reproductiva y bebés que viven en estos condados



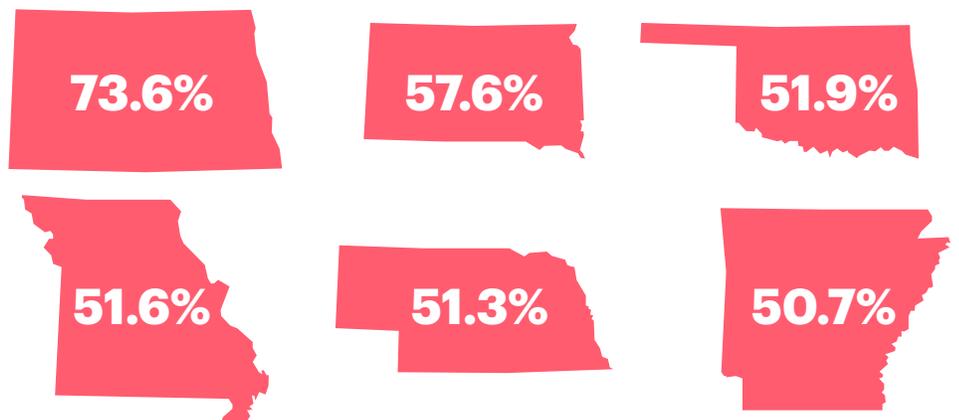
Nota: Los porcentajes se calculan a partir de los siguientes totales: 3,142 condados de EE. UU., 65 millones de mujeres en edad reproductiva y 3.6 millones de bebés nacidos en 2022.

Más del 35% de los condados de EE. UU. son desiertos de atención de maternidad

Figura 3. Designación de acceso a atención de maternidad por condado, EE. UU. y Puerto Rico



Estados con el mayor porcentaje de desiertos de atención de maternidad



Nota: De izquierda a derecha, fila superior: Dakota del Norte, Dakota del Sur, Oklahoma; fila inferior: Misuri, Nebraska, Arkansas.

Las características demográficas, lo que incluye raza/etnia e ingresos del grupo familiar, varían por designación de acceso a atención de maternidad. Casi 1 de cada 10 bebés nacieron de mujeres indias americanas/nativas de Alaska (AI/AN) que viven en áreas sin acceso, en comparación con menos de 1 de cada 25 bebés en los EE. UU., en general. Las personas gestantes AI/AN también tienen mayor probabilidad de vivir en condados con bajo acceso y acceso moderado; casi 1 de cada 5 nacimientos de mujeres AI/AN en 2022 fue de mujeres que vivían en condados sin acceso total a atención.

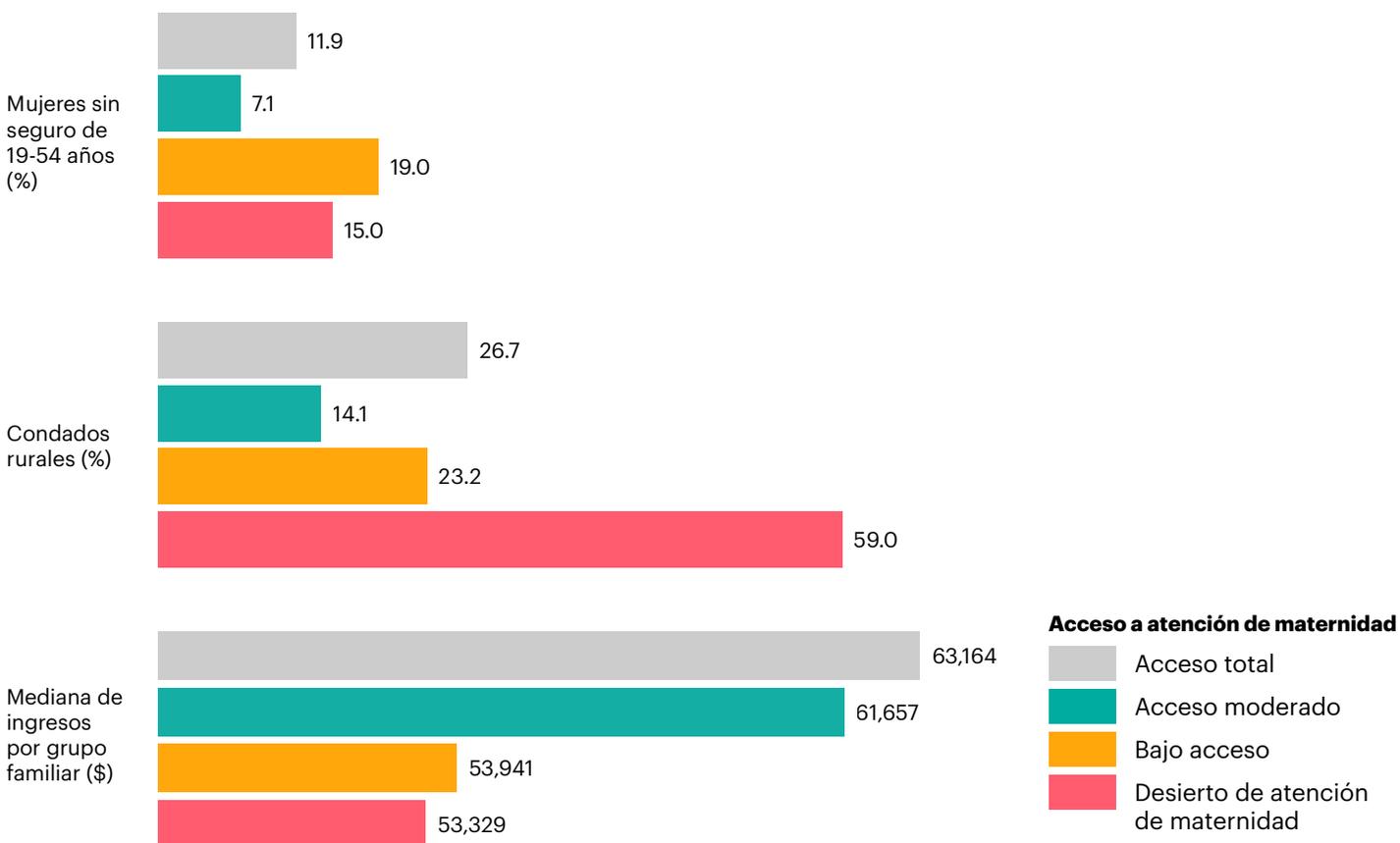
La mediana de ingresos por grupo familiar en personas que viven en desiertos de atención de maternidad fue de \$53,329, 9.5% menor que el promedio nacional

(\$58,938) y 15.6% menor que en los condados con acceso total (\$63,164). Además, la proporción de mujeres en edad reproductiva sin seguro es mayor en desiertos de atención de maternidad y condados con bajo acceso, de 15% y 19%, respectivamente, en comparación con 11.9% en condados con acceso total. Asimismo, casi dos tercios de los desiertos de atención de maternidad son rurales (Figura 4). Estos resultados sugieren que los residentes de desiertos de atención de maternidad se enfrentan a barreras geográficas y obstáculos económicos significativos cuando buscan atención médica.

La siguiente sección examina la asociación entre acceso a atención de maternidad y la utilización de atención prenatal y partos prematuros.

Las características geográficas y demográficas varían por designación de acceso

Figura 4. Datos demográficos del condado por designación de acceso a atención de maternidad, EE. UU.



Fuentes: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de EE. UU., Archivos de Recursos de Salud por Área, archivo de 2022-2023; Junta Estadounidense de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine), 2019-2022; Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers), 2023; Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), Plan Nacional y Sistema de Enumeración de Proveedores (National Plan and Provider Enumeration System, NPPES), archivo de noviembre de 2023; Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad de 2022; Oficina del Censo (Census Bureau) de EE. UU., Estimaciones a 5 años de la Encuesta de la Comunidad Americana de 2022; Asociación Estadounidense de Hospitales (American Hospital Association), 2022.

Nota: Puerto Rico no está incluido en las estimaciones de EE. UU.

Utilización de atención prenatal en desiertos de atención de maternidad

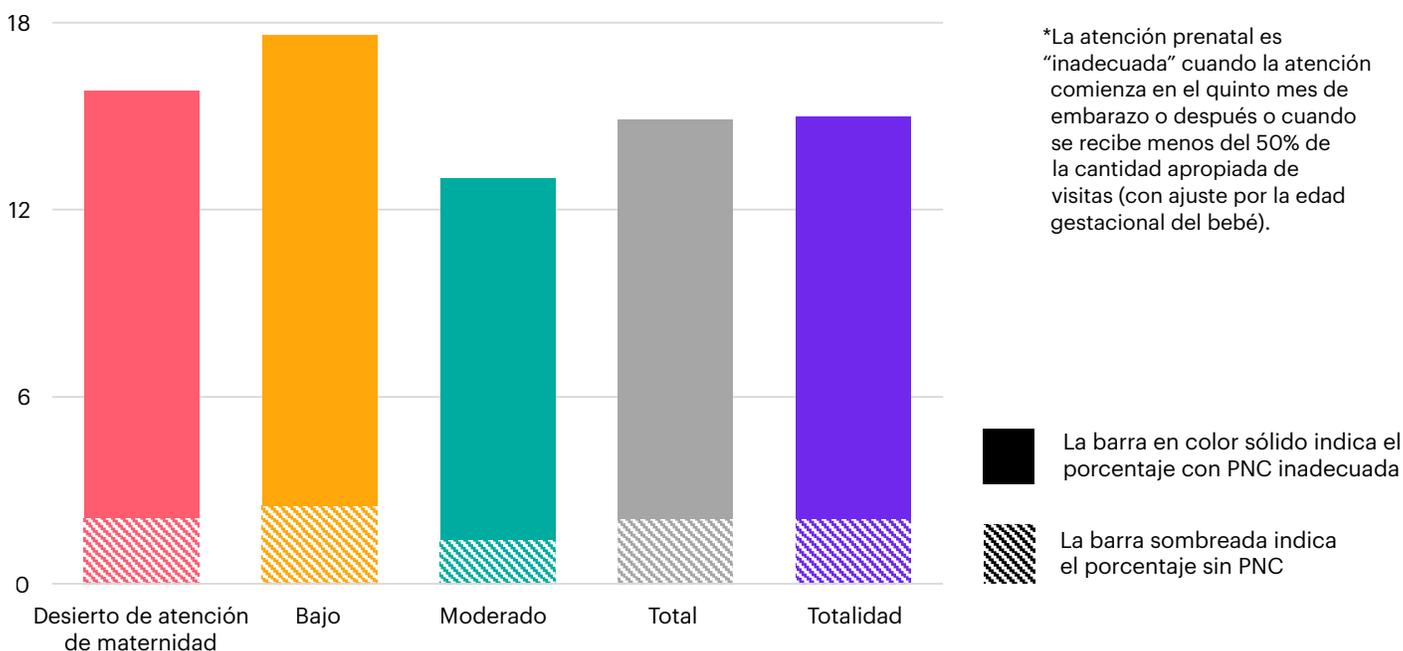
Se ha demostrado que seguir el cronograma recomendado de atención prenatal (PNC, por sus siglas en inglés) minimiza el riesgo de complicaciones en el embarazo y mejora los desenlaces para la mamá y el bebé.³ La utilización de PNC se evalúa mediante el uso del Índice de Idoneidad de la Utilización de la Atención Prenatal (Adequacy of Prenatal Care Utilization, APCU), que va desde inadecuada* a adecuada plus. El índice examina el mes de inicio de la PNC y la cantidad de citas de PNC a las que se asistió.⁴ Las investigaciones sugieren que las personas más jóvenes, con menos educación, con menos recursos económicos o que viven en comunidades desatendidas tienen menor probabilidad de recibir PNC adecuada. Asimismo, el racismo dentro de los sistemas de atención de maternidad afecta el uso de PNC en las poblaciones de minorías.⁵ A medida que la PNC se volvió más común en la década de 1990, los primeros informes determinaron que las mujeres negras iniciaban la atención más tarde y asistían a menos visitas que sus pares blancas.⁶ Esta tendencia persiste en la actualidad, con 21.9% de mujeres negras que reciben PNC inadecuada en comparación con 11.1% de mujeres blancas entre 2020 y 2022.

La PNC inadecuada también está asociada al lugar en el que vive la persona: 1 de cada 6 (15.8%) bebés en desiertos de atención de maternidad y 1 de cada 5 (17.6%) bebés en condados con bajo acceso no recibieron atención adecuada entre 2020 y 2022 (Figura 5). Esto llevó a que más de 130,000 bebés nacieran sin atención adecuada, y 18,000 (13.8%) no recibieron ningún tipo de PNC. Las personas que vivían en desiertos de atención de maternidad y condados con bajo acceso tenían un riesgo 14% y 12% mayor de recibir PNC inadecuada o no recibir PNC, respectivamente, en comparación con las que vivían en condados con acceso total. Aun así, también persisten tasas inaceptablemente altas de PNC inadecuada en condados con acceso total a atención de maternidad, lo que destaca la necesidad de acciones de educación y extensión a nivel nacional para aumentar la utilización de PNC independientemente de la ubicación geográfica. Los condados con bajo acceso y acceso moderado se diferencian por sus proporciones altas y bajas de mujeres sin seguro. La diferencia en tasas de PNC inadecuada entre estos dos tipos de condados resalta lo crucial que es que las mujeres tengan seguro médico antes y durante el embarazo.

Las personas gestantes en desiertos de atención de maternidad y condados con bajo acceso tienen más probabilidad de recibir PNC inadecuada

Figura 5. PNC inadecuada por designación de acceso a atención de maternidad y cantidad de PNC recibida, EE. UU., 2020-2022

Tasa de atención prenatal inadecuada (porcentaje de nacimientos de bebés vivos)



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad, 2020-2022.

Nota: La atención prenatal inadecuada incluye ausencia de atención prenatal.

Nacimientos prematuros en desiertos de atención de maternidad

En los EE. UU., 1 de cada 10 bebés nace prematuro, o antes de las 37 semanas de gestación.⁷ Las tasas de nacimientos prematuros varían ampliamente según el estado y abarcan entre 8.2% en Nuevo Hampshire y 14.8% en Misisipi (datos de 2022). Hay disparidades significativas en las tasas de nacimientos prematuros en diferentes grupos raciales y étnicos; las personas gestantes negras tuvieron una tasa de 14.6% de 2020 a 2022, que es 1.5 veces mayor que la tasa observada en todos los demás bebés. Las políticas y recursos locales tienen un rol significativo en la determinación de quiénes pueden acceder a atención médica y la calidad de la atención que reciben, lo que tiene un impacto en los desenlaces de nacimientos, lo que incluye el nacimiento prematuro. Esta influencia puede ser directa, como demoras en la atención debido a procedimientos de inscripción en Medicaid, o indirecta, como iniciativas que promueven una atención médica culturalmente sensible.⁸⁻¹⁰

Vivir en un desierto de atención de maternidad o condado con bajo acceso está asociado a un riesgo 13% y 11% mayor de nacimiento prematuro, respectivamente, en comparación con vivir en un condado con acceso total. Entre 2020 y 2022, más del 11% de los bebés vivos que nacieron de mujeres que vivían en condados sin acceso o con bajo acceso nacieron prematuramente en comparación con el 10.2% en condados con acceso

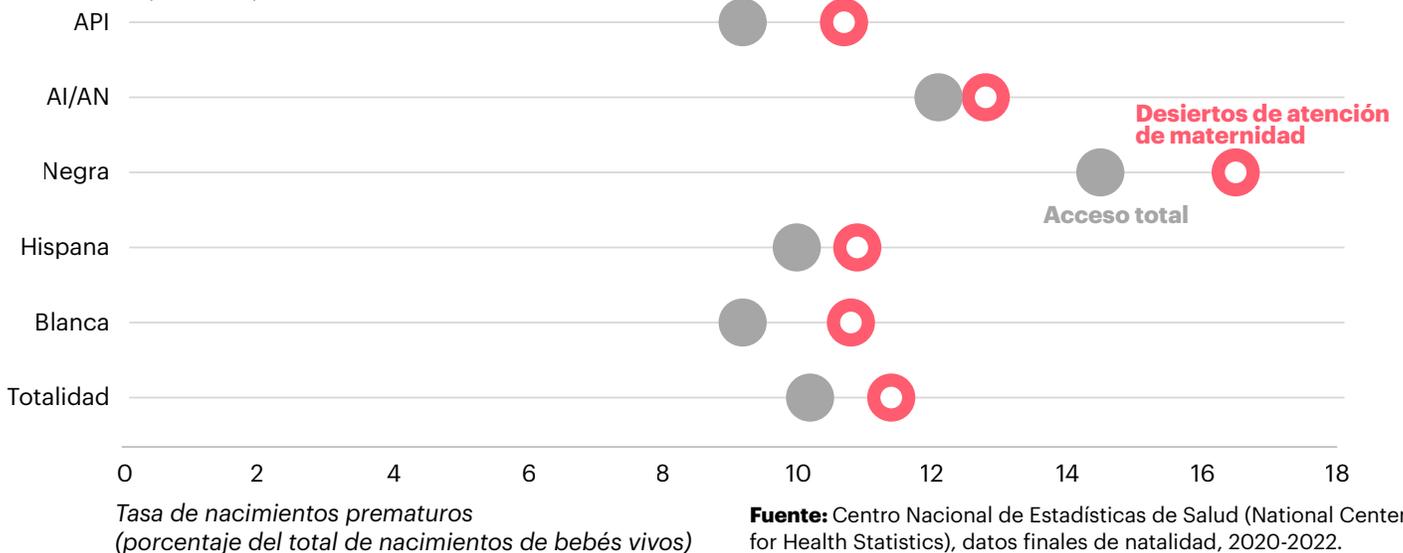
total. Durante este tiempo nacieron más de 51,000 bebés prematuros de personas que vivían en desiertos de atención de maternidad, y otros 65,000 de personas que vivían en condados con bajo acceso y acceso moderado. Las tasas elevadas de nacimientos prematuros en personas que vivían en desiertos de atención de maternidad, condados con bajo acceso y condados con acceso moderado dan cuenta de un exceso de más de 10,000 nacimientos prematuros cuando se compara con la tasa de nacimientos prematuros de condados con acceso total.

Las tasas de nacimientos prematuros por raza y etnia siguen una tendencia similar cuando se examinan por nivel de acceso y disminuyen a medida que aumenta el acceso. Los bebés nacidos de personas gestantes negras en desiertos de atención de maternidad tienen una tasa de nacimientos prematuros 12% más alta que los nacidos en condados con acceso total (Figura 6). Lo mismo es verdad para bebés nacidos de personas gestantes blancas en desiertos de atención de maternidad, que tienen una tasa 15% mayor que las personas en condados con acceso total.

Aunque no todos los nacimientos prematuros son prevenibles, las disparidades en las tasas de nacimientos prematuros por geografía y raza/etnia ilustran la necesidad de intervenciones dirigidas para abordar la carga desigual en comunidades de distintas partes de EE. UU.

Las tasas de nacimientos prematuros son más altas en desiertos de atención de maternidad que en condados con acceso total para todas las razas/etnias

Figura 6. Tasas de nacimientos prematuros por raza/etnia materna y designación de acceso a atención de maternidad, EE. UU., 2020-2022



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad, 2020-2022.
Notas: API = Asiática/nativa de islas del Pacífico; AI/AN = India americana/nativa de Alaska

Puntaje de acceso a atención de maternidad

Las Áreas con Escasez de Profesionales Médicos (Health Professional Shortage Areas, HPSA), como las designa la HRSA, representan áreas en las que hay pocos proveedores médicos primarios. Después de la determinación de HPSA de atención primaria, se calcula un puntaje de índice de Área Objetivo de Atención de Maternidad (Maternity Care Target Area, MCTA) para cuantificar la necesidad de atención de maternidad de cada condado. Los puntajes de índice se basan en 11 componentes de datos que abarcan 6 factores (Tabla 2) que van de 0 a 25, donde el puntaje mayor indica una mayor necesidad.² Estos puntajes se usan para informar la distribución y colocación de clínicos elegibles del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (National Health Service Corps, NHSC) que ofrecen servicios de atención de maternidad. En esta sección, se examina la necesidad de atención de maternidad como una medición continua,

denominado puntaje de acceso a atención de maternidad, basado en criterios modificados de MCTA (véase las notas técnicas).

Hay 780 condados de los EE. UU. actualmente clasificados como HPSA de atención primaria. Casi la mitad (48.2%) de los condados desierto de atención de maternidad, 23.4% de los condados con bajo acceso y 17.6% de los condados con acceso moderado también se identificaron como áreas con escasez según la HRSA. El puntaje de acceso a atención de maternidad promedio en los condados de los EE. UU. fue de 10.6, un puntaje que va de 0 a 23. Los puntajes de acceso a atención de maternidad difirieron por nivel de designación, destacando las brechas en atención (Figura 8), con el puntaje promedio más alto de los desiertos de atención de maternidad (15.1) y el puntaje promedio más bajo de los condados con acceso total (9.7).

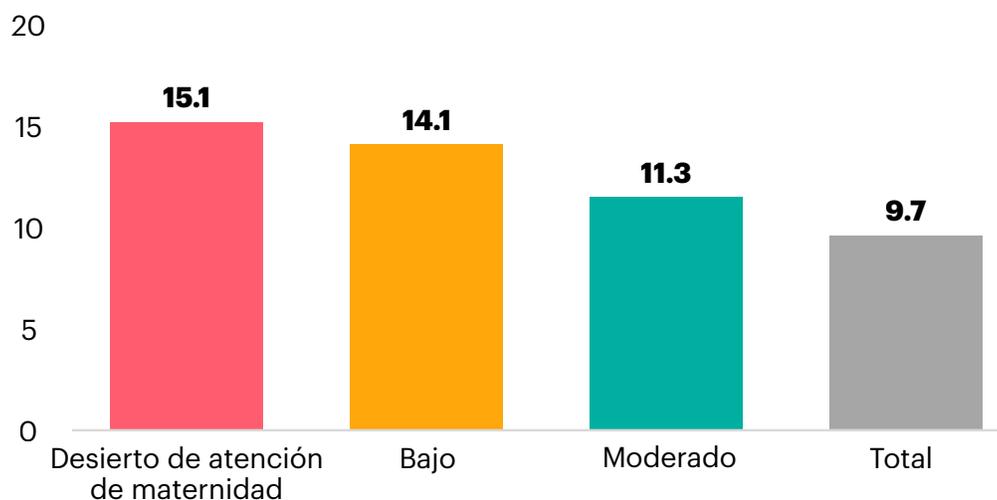
Tabla 2. Factores y definiciones del puntaje de acceso a atención de maternidad

Factor	Definición
Proporción de población y clínicos de atención de maternidad	La cantidad de mujeres en edad reproductiva en comparación con la cantidad de clínicos de atención de maternidad.
Nivel de ingresos	El porcentaje de personas al 200% del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) o por debajo del 200%.
Tiempo y distancia de viaje a la atención	El tiempo/distancia de viaje en auto para que una persona llegue al hospital de atención de maternidad más cercano.
Tasa de fertilidad	La cantidad de nacimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva.
Índice de Vulnerabilidad Materna (Maternal Vulnerability Index, MVI)	Vulnerabilidad materna a desenlaces malos de salud materna e infantil. Véase más información en página 35.
Indicadores de salud materna	Las proporciones de personas gestantes con diabetes, obesidad y tabaquismo antes del embarazo y las que iniciaron la atención prenatal en el primer trimestre.
Proporción de población y profesionales de salud conductual	La cantidad de mujeres en edad reproductiva en comparación con la cantidad de profesionales de salud mental.

Los desiertos de atención de maternidad tienen el puntaje de acceso a atención de maternidad más alto de todas las designaciones

Figura 8. Puntaje de acceso a atención de maternidad por designación de acceso a atención de maternidad

Puntaje de acceso a atención de maternidad

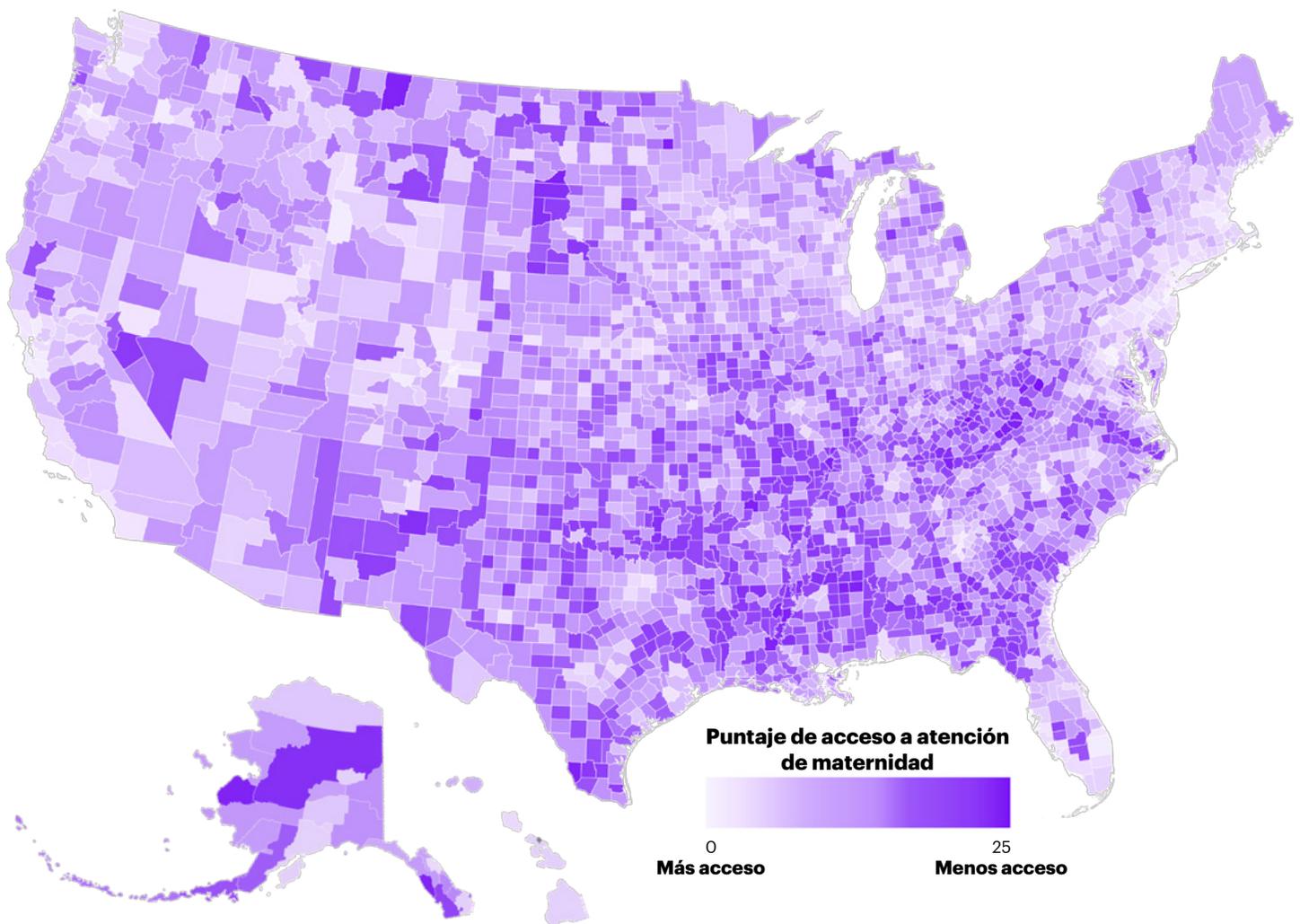


Los puntajes de acceso a atención de maternidad más altos están en la región del sur de los EE. UU., donde la mayoría de los estados obtuvieron un puntaje superior a 13 puntos. Misisipi obtuvo el puntaje de acceso a atención de maternidad promedio más alto (14.9), seguido de Arkansas (14.0), Luisiana (14.0), Oklahoma (13.9), Virginia Occidental (13.9) y Kentucky (13.7).

Siete de los 10 estados con los puntajes más bajos fueron del Noreste. Al examinar cada uno de los 6 factores individualmente (Apéndice), los desiertos de atención de maternidad tenían el puntaje promedio más alto, o la mayor necesidad, en las siguientes categorías: acceso a proveedores de salud conductual/mental, fertilidad, distancia de viaje a un hospital y disponibilidad de clínicos obstetras.

Las áreas con mayor necesidad de atención de maternidad se concentran en el sur del país

Figura 7. Puntaje de acceso a atención de maternidad por condado, EE. UU.

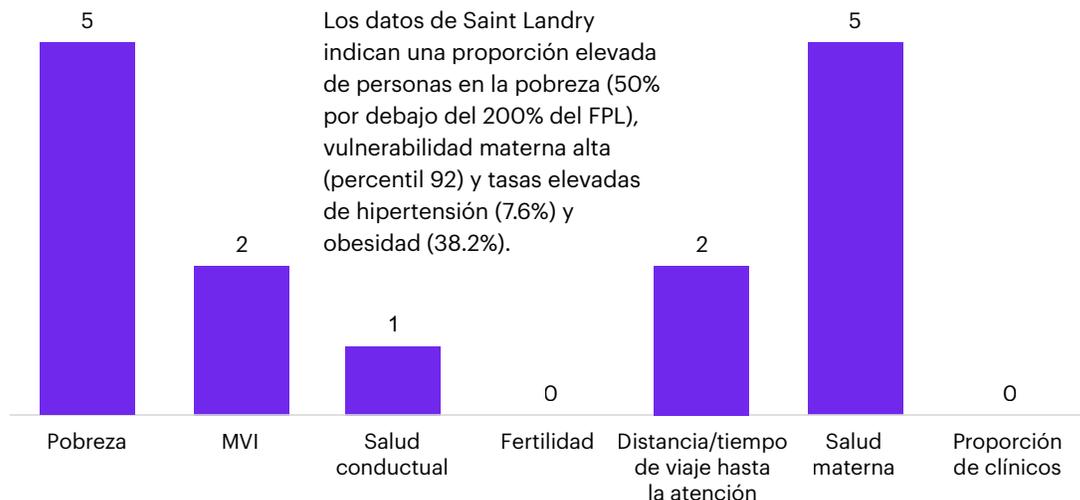


Fuentes: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de EE. UU., Archivos de Recursos de Salud por Área, archivo de 2022-2023; Junta Estadounidense de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine), 2019-2022; Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers), 2023; Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), Plan Nacional y Sistema de Enumeración de Proveedores (National Plan and Provider Enumeration System, NPPES), archivo de noviembre de 2023; Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad de 2022; Oficina del Censo (Census Bureau) de EE. UU., Estimaciones a 5 años de la Encuesta de la Comunidad Americana de 2022; Índice de Vulnerabilidad Materna de Surgo Health

Comparación de dos condados

Los dos condados de abajo tienen el mismo puntaje de acceso a atención de maternidad de 15. Los datos subyacentes que conforman sus puntajes ayudan a contar la historia de sus diferencias.

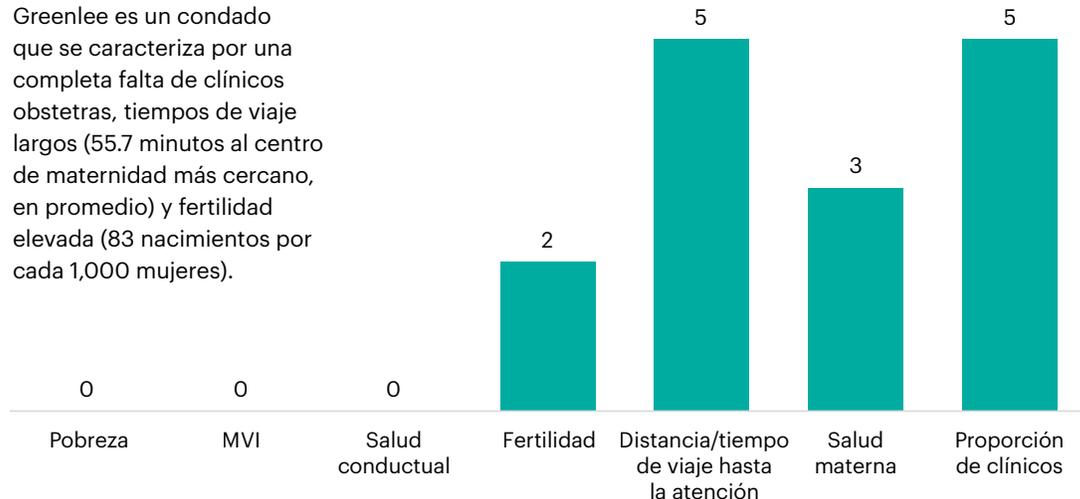
Saint Landry, LA



Greenlee, AZ



Greenlee es un condado que se caracteriza por una completa falta de clínicos obstetras, tiempos de viaje largos (55.7 minutos al centro de maternidad más cercano, en promedio) y fertilidad elevada (83 nacimientos por cada 1,000 mujeres).



Examinar a los condados mediante esta mirada puede brindar matices sobre los problemas que afectan el acceso a la atención de maternidad. Los planificadores de programas, líderes de comunidades, legisladores e investigadores deben entender a las poblaciones a las que prestan servicios, sus necesidades y dónde se enfrentan a limitaciones de acceso. Para condados como Greenlee, existen oportunidades para mejorar el acceso a clínicos mediante soluciones como citas de atención prenatal de telemedicina o viajes compartidos subsidiados para citas en persona.^{11,12} Para un distrito como Saint Landry, las soluciones que apuntan al bienestar de la comunidad y la salud general o programas que incentivan la atención médica preventiva podrían ayudar a aumentar el acceso de los residentes a necesidades básicas y mejorar su salud general antes de un embarazo.^{13,14}

Nota: Cada factor tiene un rango de puntaje posible siguiendo la metodología de la HRSA: pobreza (0-5 puntos), MVI (0-2), salud conductual (0-1), fertilidad (0-2), distancia/tiempo a la atención (0-5), salud materna (0-5), proporción de clínicos (0-5). Para obtener más información, consulte las Notas Técnicas.

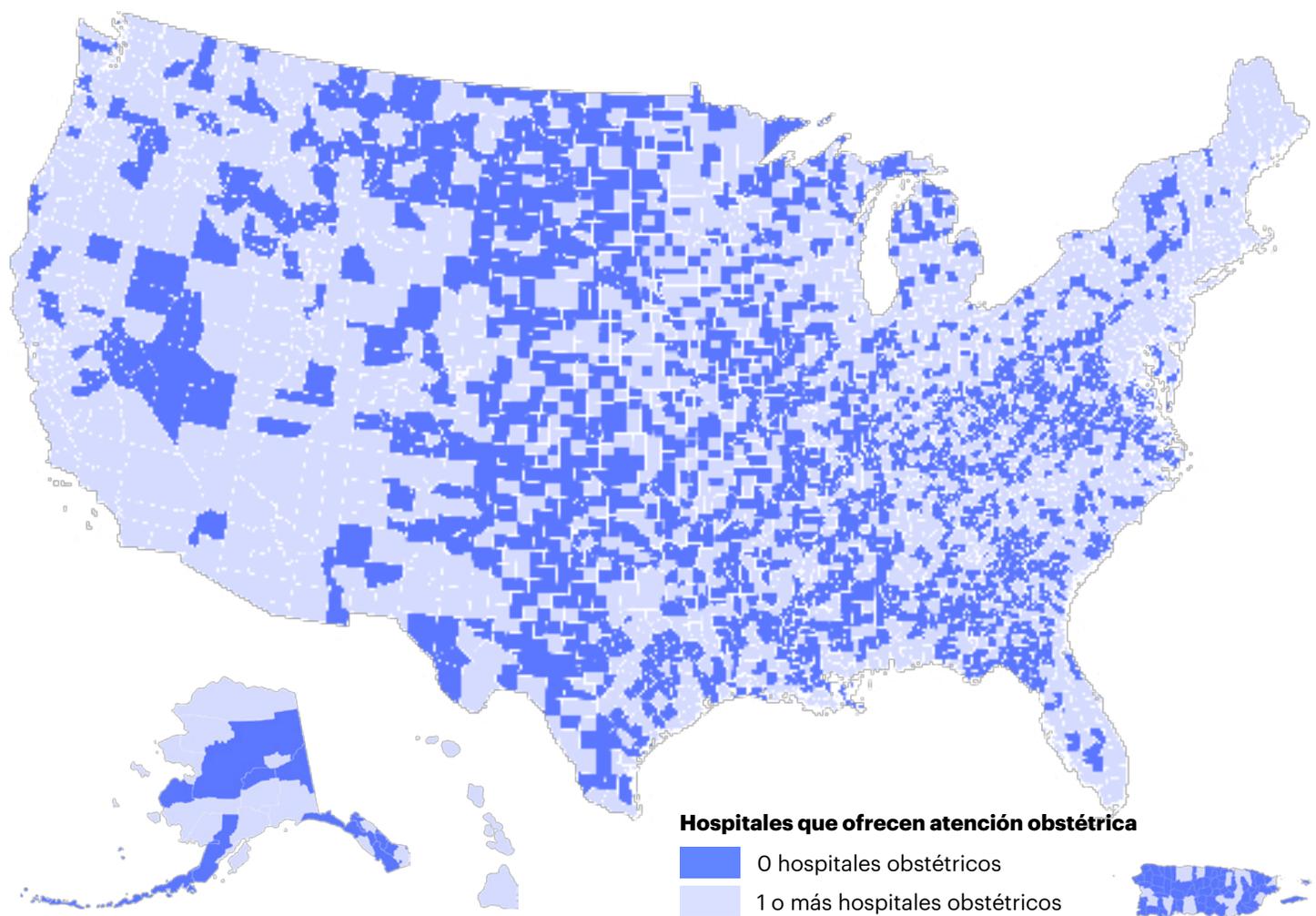
Disponibilidad de hospitales obstétricos y centros de maternidad

Hospitales obstétricos

En todo el país, el cierre de unidades obstétricas hospitalarias ha tenido un rol en la crisis de acceso a atención de maternidad, lo que dio lugar a menos opciones para las personas gestantes y mayores barreras para encontrar atención. En 2022, había más de 2,500 hospitales con servicios obstétricos en los EE. UU. Sin embargo, a pesar de que el 97.7% de los nacimientos se producen en hospitales, el 52% de los condados no tiene un hospital con una unidad obstétrica (Figura 10). La disparidad es aún mayor en áreas rurales, donde el 67.4% de los condados no tiene un solo hospital obstétrico. En 2022, casi 6 millones de mujeres en edad reproductiva, y 1 de cada 10 bebés nacidos, vivían en condados sin servicios obstétricos hospitalarios.

Más de la mitad de los condados en los EE. UU. no tienen un hospital que ofrezca atención obstétrica.

Figura 10. Distribución de hospitales que ofrecen atención obstétrica por condado, EE. UU. y Puerto Rico

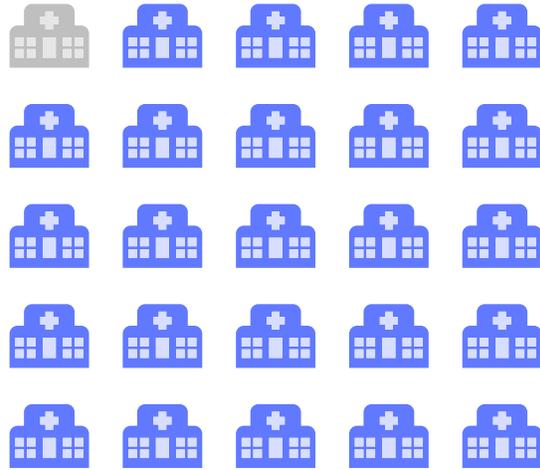


Fuente: Asociación Estadounidense de Hospitales (American Hospital Association), 2022.

Los cierres de unidades obstétricas pueden reducir el acceso a la atención prenatal esencial, lo que da lugar a demoras en tratamientos de emergencia y contribuyen al abarrotamiento en los hospitales cercanos. Sin embargo, en algunos casos, los cierres pueden dar lugar a resultados positivos si derivan a pacientes a hospitales que ofrecen atención de mayor calidad o con servicios y personal especializados.¹⁵ En 2021 y 2022, hubo al menos 107 cierres de unidades obstétricas en todo el país. Aunque los cierres se producen tanto en condados urbanos como rurales, los residentes rurales suelen depender del hospital cerrado al ser su única opción de atención, lo que intensifica el impacto sobre el acceso para estas comunidades. De hecho, este fue el caso para el 72.0% de los hospitales rurales que cerraron. Los motivos principales citados para los cierres incluyen volumen de nacimientos bajo, tarifas de reembolso de proveedores de seguro insuficientes y escasez de personal como obstetras, médicos de familia y enfermeros.¹⁶

En 2022, el 41.0% de todos los nacimientos eran pagados por Medicaid. Las tarifas de reembolso son menores para Medicaid que para otras compañías de seguro privadas.¹⁷ Por esto, los centros y clínicos que atienden a pacientes de menores ingresos se enfrentan a dificultades en la generación de ingresos por servicios obstétricos.¹⁸ Los modelos de pago alternativos o cambios en las tarifas de reembolso podrían hacer que la conservación de unidades obstétricas sea más asequible para los sistemas de salud.

En 2021 y 2022, aproximadamente 1 de cada 25 unidades obstétricas cerró a nivel nacional



 **Tome acciones:** Obtenga más información sobre la reforma de pagos en la página 38



“Somos el hospital más cercano para cuatro condados en esta área. Sabemos que las mujeres que tienen que viajar más lejos para obtener atención tienen un mayor riesgo de desenlaces perinatales adversos”.

Dra. L. Joy Baker, ginecóloga obstetra de Wellstar Health System en Georgia



Escanee para obtener más información sobre la experiencia de la Dra. Baker como clínica en un área con bajo acceso.

Centros de maternidad

Los centros de maternidad ofrecen servicios de atención de maternidad en casos de embarazos sin complicaciones activas, o factores maternos y fetales que hacen que el embarazo tenga mayor riesgo de complicaciones.¹⁹ La atención en centros de maternidad sigue el modelo de parteras, que se centra en atención de baja intervención no medicalizada.²⁰ En comparación con personas gestantes de bajo riesgo en hospitales, las que reciben atención en centros de maternidad tienen tasas menores de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y parto por cesárea, y tasas mayores de amamantamiento y satisfacción con la atención.²¹ Además, los centros de maternidad normalmente se centran en la comunidad y en ofrecer atención culturalmente competente, lo que da lugar a menores denuncias de discriminación en comparación con los sistemas basados en hospitales.²²

Además de mejorar los desenlaces de nacimientos, los centros de maternidad ofrecen una oportunidad de ahorro de costos. Las estimaciones conservadoras determinaron una reducción de costos de 16% para cada nacimiento en un centro de maternidad en comparación con la atención hospitalaria, lo que da un total de ahorros potenciales de más de \$11 millones por cada 10,000 nacimientos pagados por Medicaid.²³ Sin embargo, en 2022, Medicaid cubrió solo el 17.9% de todos los partos en centros de maternidad, un porcentaje significativamente menor que la proporción de nacimientos en hospitales pagados por la misma fuente (41.5%).

A pesar de los beneficios de los centros de maternidad, muchos estados tienen políticas que generan barreras para abrirlos y operarlos. La cobertura de la atención en centros de maternidad autorizados es un beneficio obligatorio de Medicaid. Sin embargo, hay 9 estados que no autorizan actualmente a los centros de maternidad.^{24,25} Para quienes viven en estados sin centros de maternidad autorizados, el acceso a la atención es más reducido. Aunque la mayoría de los estados permiten la autorización de centros de maternidad, algunos requisitos se convierten en barrera cuando son demasiado costosos o demasiado difíciles de cumplir. La Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers, AABC) describe las mejores prácticas para autorización de centros de maternidad y propone que los estados promuevan su éxito excluyendo las reglamentaciones prohibitivas.²⁵



“Uno de mis mayores miedos y preocupaciones al ir a Lubbock era ¿qué pasa si doy a luz de camino a allí?”.

Kali Bautista vive en Brownfield, Texas, a 45 minutos de un hospital de maternidad en Lubbock. Optó por recibir atención en un centro de maternidad en lugar de viajar a Lubbock para dar a luz.



Escanee para obtener más información sobre su experiencia viviendo en un área rural de Texas.



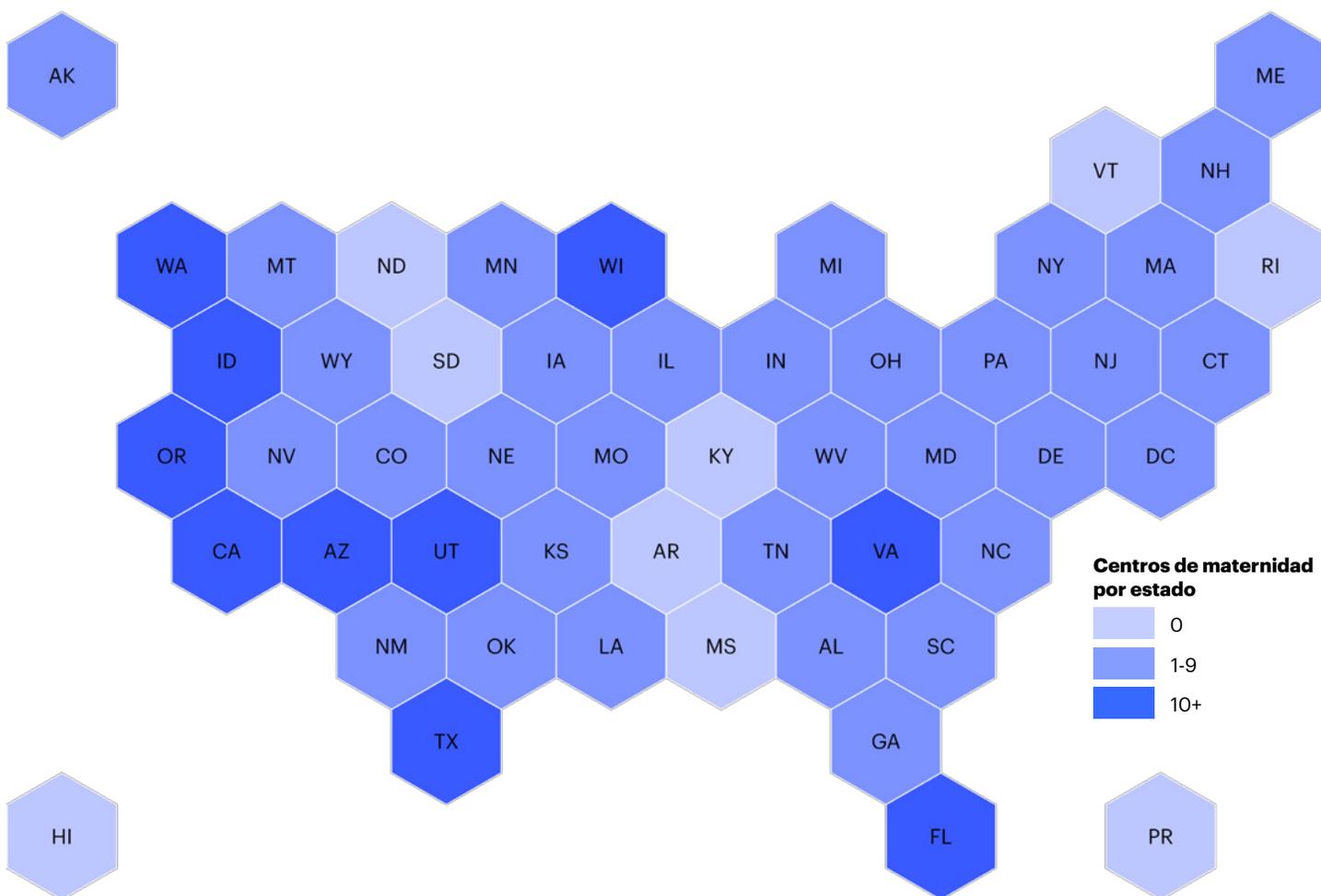
Tome acciones: Obtenga más información sobre las reglamentaciones para centros de maternidad en la página 40

Los nacimientos en centros de maternidad representan menos del 1% de todos los nacimientos en los EE. UU. Aunque pequeño, el porcentaje de nacimientos que se producen en centros de maternidad está aumentando.²⁶ De hecho, de 2017 a 2022, la cantidad de nacimientos en centros de maternidad aumentó un 20%, de 19,878 nacimientos a 23,945. Igualmente, hay solo 416 centros de maternidad autorizados dispersos en 270 condados (8.5% de los condados) y menos del 5% se encuentran en áreas rurales. En Alaska, más del 5% de los nacimientos se producen en centros de maternidad, la mayor proporción de todos los estados. Aproximadamente el 70% de todos los centros de maternidad se encuentran en 10 estados, donde la cantidad de centros de maternidad va de 10 en Wisconsin a 89 en Texas (Figura 11).

Existen grandes oportunidades para ampliar el alcance de los centros de maternidad a comunidades de color o que se enfrentan a dificultades económicas. Actualmente, los nacimientos en centros de maternidad corresponden a mujeres blancas no hispanas y con educación universitaria o quienes pueden pagar los servicios de su propio bolsillo (Figura 12). Expandir el dominio y la administración de centros de maternidad de personas negras, indígenas y de color (que actualmente se estima en menos del 5%) y diversificar el personal puede mejorar su integración en las comunidades que podrían beneficiarse de sus servicios.^{22,27}

Aproximadamente el 70% de todos los centros de maternidad se encuentran en 10 estados de los EE. UU.

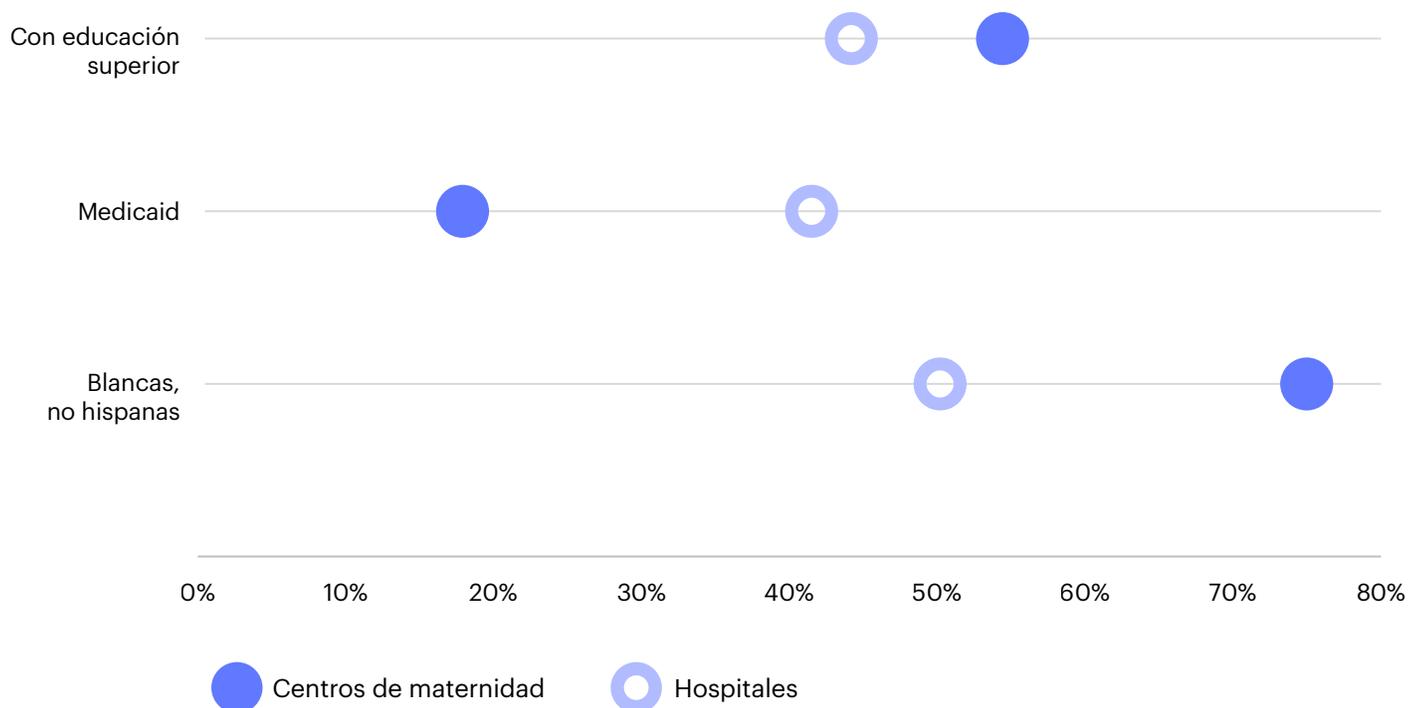
Figura 11. Cantidad de centros de maternidad por estado, EE. UU.



Fuente: Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers), 2023.

Los nacimientos en centros de maternidad corresponden con más frecuencia a mujeres blancas, no hispanas y con educación universitaria, en comparación con nacimientos en hospitales

Figura 12. Características demográficas de mujeres que dieron a luz bebés vivos por lugar de parto



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad, 2022.

Disponibilidad de clínicos obstetras

Clínicos obstetras

Una preocupación amenazante que afecta el acceso a la atención de maternidad es la escasez de clínicos obstetras, principalmente ginecólogos obstetras (OB-GYN), enfermeras parteras certificadas (CNM), parteras certificadas (CM) y médicos de familia. A casi la mitad (47.0%) de todos los condados de los EE. UU. le falta un ginecólogo obstetra, y al 61.8% le falta un CNM o CM. A pesar del aumento de la población de mujeres en edad reproductiva, el personal obstétrico no puede seguir el ritmo de la demanda, en gran parte debido a la cantidad cada vez menor de médicos obstetras y obstáculos para integrar el modelo de atención de parteras en el sistema de salud de los EE. UU.^{28,29}

En 2021, se estima que 2.5 millones de mujeres en edad reproductiva vivían en condados sin un clínico obstetra, y se produjeron casi 158,000 partos de mujeres que vivían en estos condados (Figura 13). Los condados rurales se enfrentan a dificultades desproporcionadas: al 57.7% (n=675) le falta un clínico obstetra en comparación con el 23.8% (n=469) de los condados urbanos. En total, más del 36% (n=1,144) de los condados de los EE. UU. no tienen un clínico obstetra y un 10.5% (n=331) adicional solo tiene 1, lo que pone a las mujeres en riesgo de perder la atención de maternidad si el clínico se va de la comunidad (Figura 14). Arkansas (98.1), Oklahoma (101.2), Alabama (102), Misisipi (106.1) y Texas (107.5) tenían la cantidad más baja de clínicos obstetras por 10,000 nacimientos.



“Es habitual que reciba una llamada de que una mamá acaba de dar a luz en una estación de servicio, y luego solo la espero en el departamento de emergencias”.

Dra. Kristy Acosta, clínica de medicina familiar y atención obstétrica de Brownfield Regional Medical Center en Texas



Escanee para obtener más información sobre su experiencia como clínica en un área con bajo acceso.

A más del 36% de los condados de los EE. UU. le falta un clínico obstetra, y 1.2 millones de mujeres viven en condados con solo uno

Figura 13. Distribución de clínicos obstetras por condado, EE. UU.

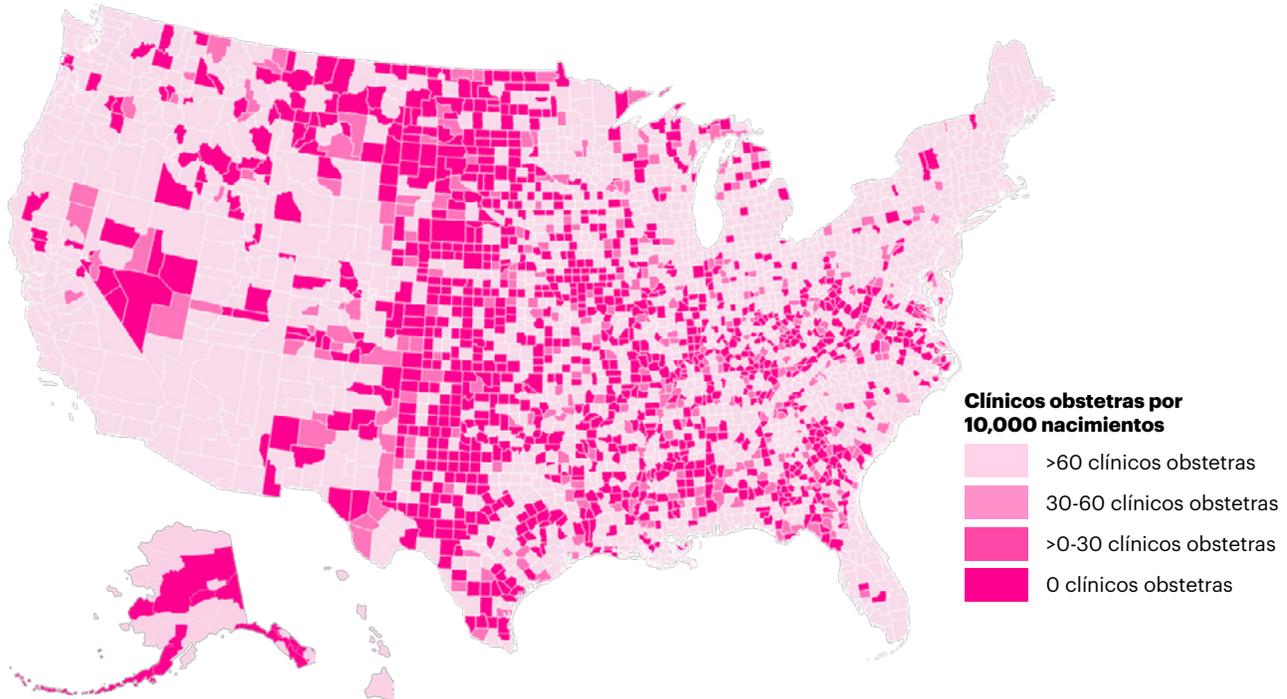
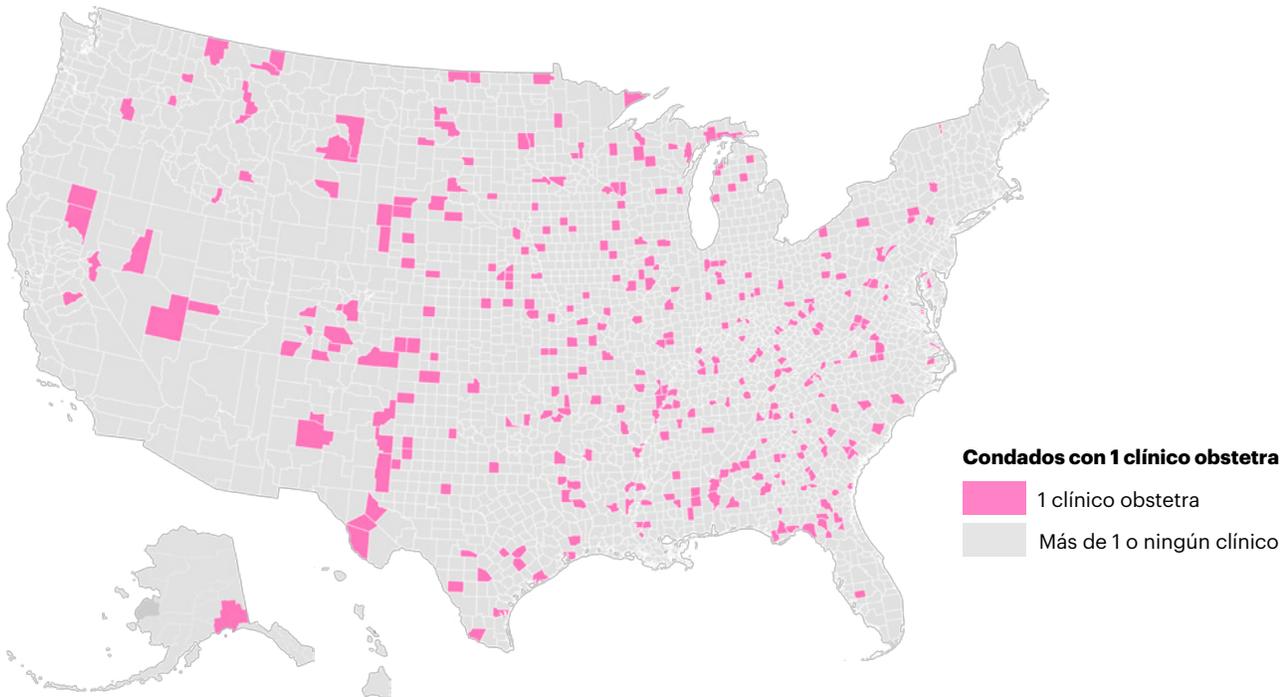


Figura 14. Condados con 1 clínico obstetra, EE. UU.



Nota: Los clínicos obstetras incluyen ginecólogos obstetras, CNM/CM y médicos de familia que informaron haber asistido partos.

Fuentes: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de EE. UU., Archivos de Recursos de Salud por Área, 2023; Junta Estadounidense de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine), 2018-2021; Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), Plan Nacional y Sistema de Enumeración de Proveedores (National Plan and Provider Enumeration System, NPPES), archivo de noviembre de 2023; Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad de 2022.

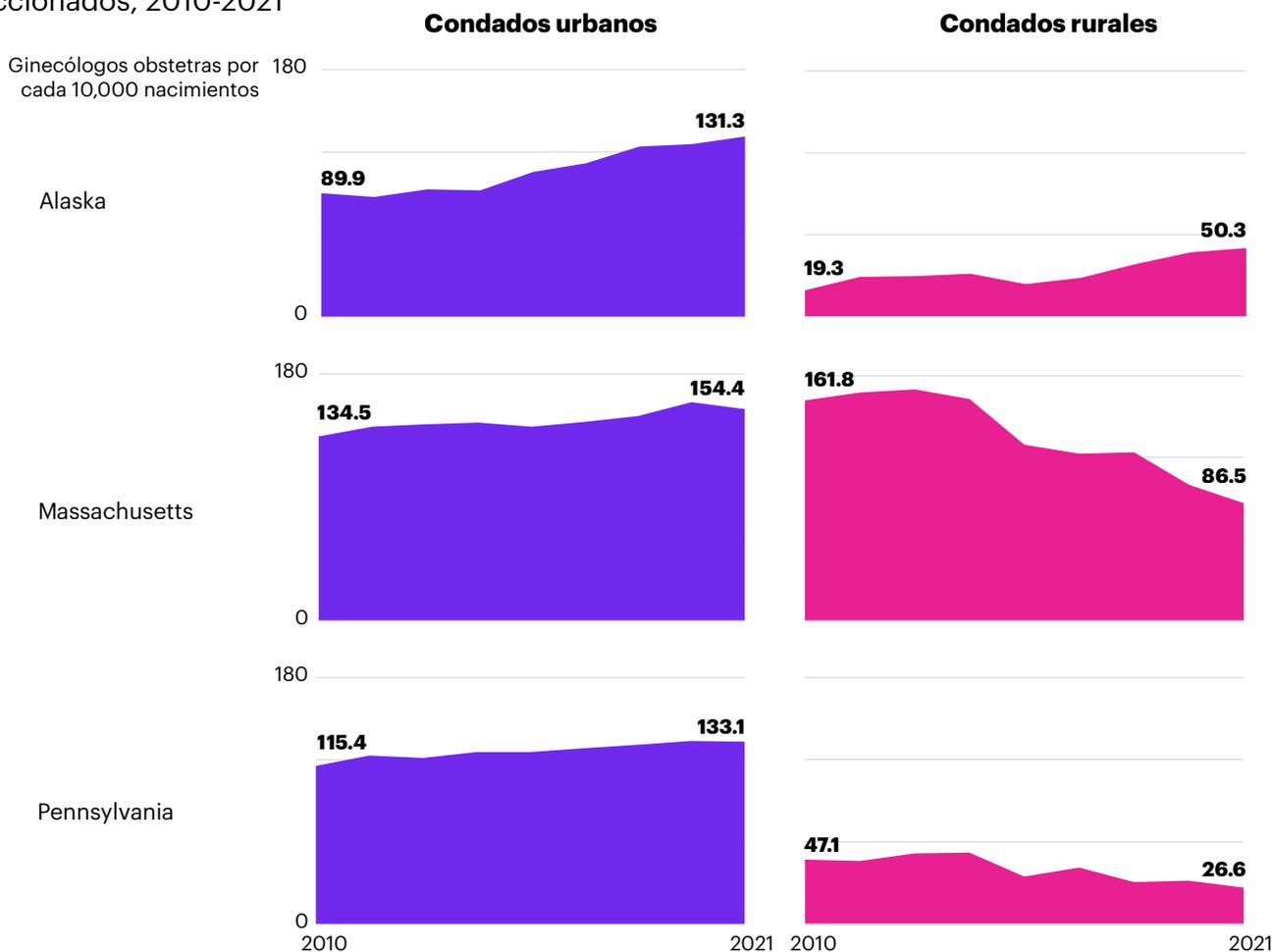
Ginecólogos obstetras

En 2022, los ginecólogos obstetras de todo el país asistieron más del 85% de los nacimientos de bebés vivos. Sin embargo, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) proyecta una escasez de 12,000 a 15,000 ginecólogos obstetras para 2050, citando factores como desgaste profesional, retiro y médicos que dejan los servicios obstétricos debido a horarios demandantes, baja remuneración y mayores preocupaciones de responsabilidad.³⁰ La disminución del acceso a ginecólogos obstetras para personas gestantes ha sido más pronunciada en condados rurales de muchos estados (Figura 15). De hecho, la cantidad de ginecólogos obstetras por cada 10,000 nacimientos en condados rurales es de la mitad de la cantidad en condados urbanos

(59.2 frente a 118.1 por cada 10,000 nacimientos). Entre 2010 y 2021, 20 estados sufrieron una disminución en la proporción de ginecólogos obstetras y nacimientos en condados rurales, donde estados como Alabama sufrieron reducciones de hasta 65%. Durante el mismo período, 30 estados, incluido Massachusetts y Pensilvania (como se muestra abajo), tuvieron un aumento en las proporciones de ginecólogos obstetras en condados urbanos en comparación con estados rurales. Sin embargo, pocos estados han mostrado mejoras en el personal de ginecólogos obstetras rurales. Un ejemplo es Alaska, en donde hubo un aumento del 161% en la proporción de ginecólogos obstetras y nacimientos en condados rurales, un incremento de 19.3 a 50.3 ginecólogos obstetras por cada 10,000 nacimientos.

Los cambios a lo largo del tiempo en el personal de ginecólogos obstetras varían según el estado y la ruralidad

Figura 15. Proporción de ginecólogos obstetras por cada 10,000 nacimientos por ruralidad, estados seleccionados, 2010-2021



Fuentes: Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) de EE. UU., Archivos de Recursos de Salud por Área, 2023; Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad de 2010-2021.

La revocación de la Corte Suprema en 2022 de Roe v. Wade, que les da a los estados el derecho de crear políticas relacionadas con el acceso al aborto, continúa afectando cómo y dónde los ginecólogos obstetras se capacitan y atienden.³¹ En estados con leyes sobre aborto más restrictivas, los médicos se enfrentan a consecuencias graves, lo que incluye potenciales riesgos de perder sus matrículas médicas y pena de prisión por practicar abortos, incluidos aquellos que son médicamente necesarios. Los ginecólogos obstetras en estos estados han informado efectos clínicos y personales en relación con el ejercicio de la profesión en este clima legal incierto, y muchos han considerado cambiar de lugar donde ejercen.³² Los datos recientes de 2021 revelan

que los estados en los que el aborto está prohibido tenían menos ginecólogos obstetras por cada 10,000 nacimientos (92.0 ginecólogos obstetras) en comparación con los estados en los que se mantienen los derechos de aborto (138.4 ginecólogos obstetras), lo que resalta las disparidades existentes en el acceso a médicos. Los estados con restricciones para el aborto han sufrido disminuciones notables en las solicitudes de residencias de obstetricia, en parte debido a la imposibilidad de dar capacitación sobre atención de aborto, lo que destaca el impacto de estas restricciones sobre la educación médica y el personal obstétrico futuro.^{33,34} En conjunto, estos problemas contribuyen a la disminución del personal y una dotación inadecuada de ginecólogos obstetras.

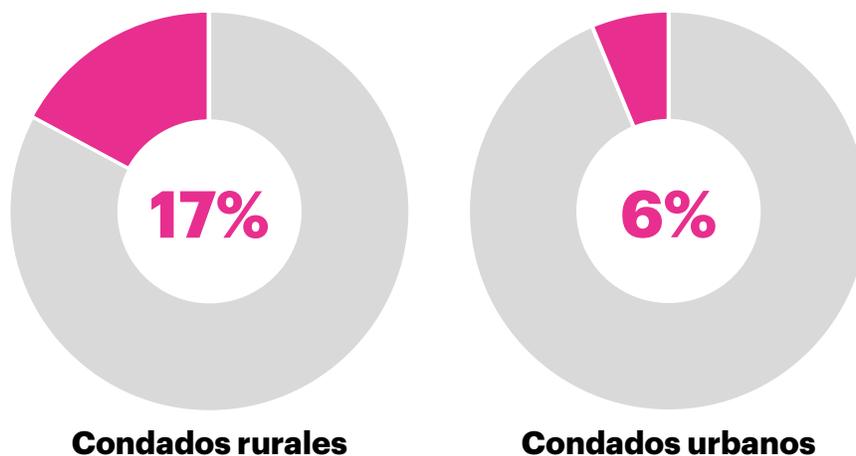
Los médicos de familia que atienden en condados rurales tienen mayor probabilidad de asistir partos en comparación con los que atienden en condados urbanos.

Médicos de familia

Aunque los ginecólogos obstetras representan el 70% del personal obstétrico, los médicos de familia también cumplen un rol fundamental, en particular en comunidades rurales. Aun así, la proporción de médicos de familia capacitados para ofrecer servicios obstétricos ha disminuido bruscamente. Décadas atrás, más del 45% de los médicos de familia indicaban atender a pacientes obstétricas; ahora solo el 7% de los médicos de familia de todo EE. UU. indican que asisten partos.³⁵ Los médicos de familia que atienden en condados rurales tienen mayor probabilidad de asistir partos en comparación con los que atienden en condados urbanos (Figura 16). Además, los médicos de familia representan 1 de cada 4 clínicos obstetras en condados rurales en comparación con solo 1 de cada 20 en condados urbanos.

En julio de 2023, la HRSA anunció un financiamiento de \$11 millones para fortalecer la fuerza laboral de médicos de familia mediante el apoyo del desarrollo de 15 programas de residencias nuevos en áreas rurales. De estos, 3 se centrarán en mejorar la capacitación obstétrica específicamente en comunidades rurales.³⁶ Además de expandir las oportunidades de capacitación para médicos de familia, resolver las barreras como procesos de autorización difíciles, preocupaciones de estilo de vida y disponibilidad limitada de empleos con tareas obstétricas es esencial para la integración de la obstetricia en su ejercicio profesional.³⁷

Figura 16. Porcentaje de médicos de familia que indicaron asistir partos por ruralidad



Fuente: Junta Estadounidense de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine), 2019-2022.

Parteras

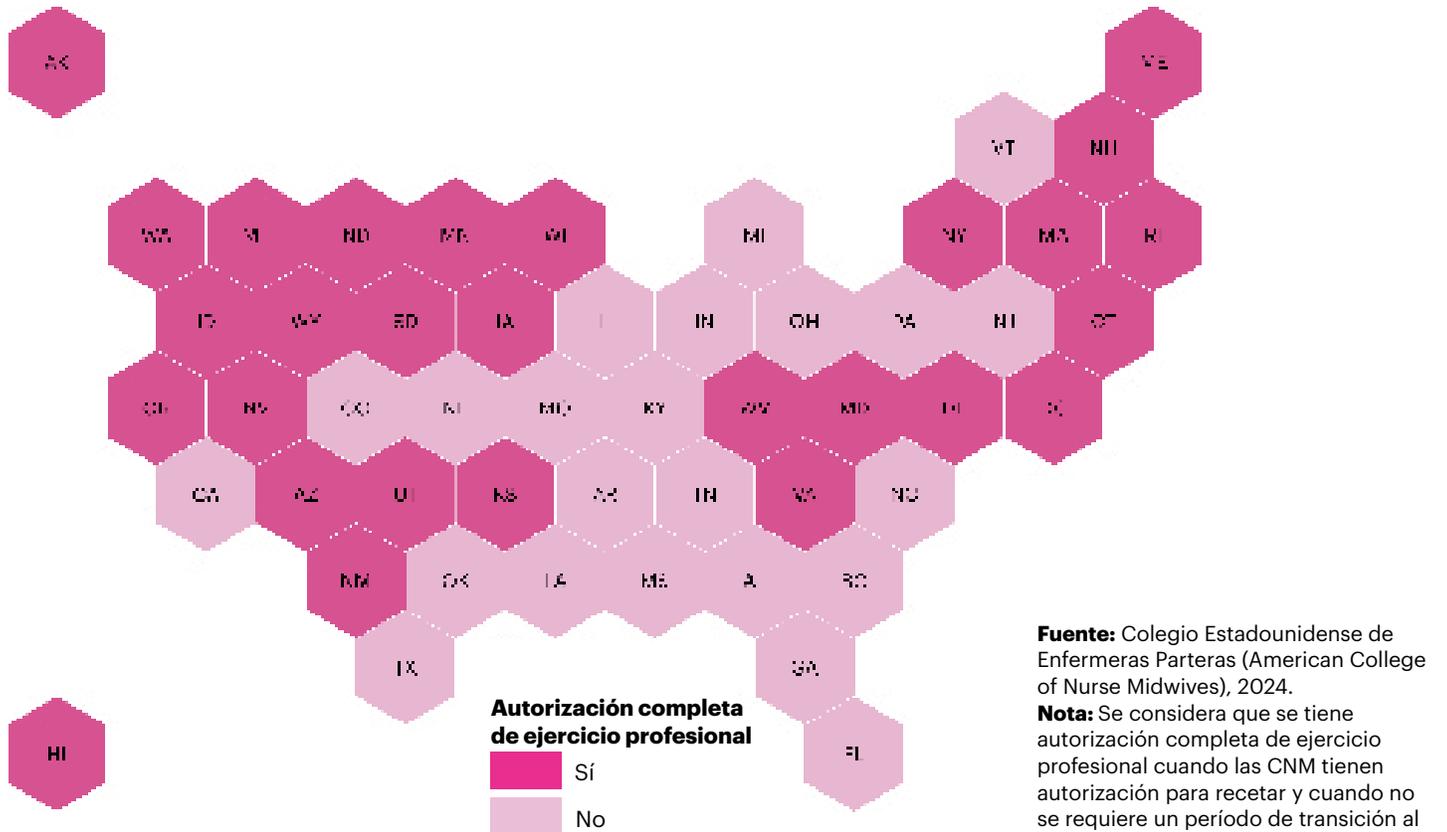
Las Enfermeras Parteras Certificadas (Certified Nurse Midwives, CNM) y las Parteras Certificadas (Certified Midwives, CM) son clínicas capacitadas para ofrecer casi todos los servicios de atención esenciales para las mujeres y los recién nacidos.³⁸ En contraste con muchos otros países desarrollados donde las parteras asisten la mayoría de los partos, solo el 10.9% de los partos en los EE. UU. son asistidos por parteras. Hay un marcado contraste respecto de principios del siglo XIX cuando el modelo de atención de parteras se usaba principalmente en el embarazo y el parto.³⁹ Los beneficios de la atención de parteras incluyen una mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo y tasas menores de intervenciones de parto como cesáreas, partos instrumentales y episiotomías. Comparado con mujeres que recibieron otros modelos de atención, las mujeres tratadas por parteras han indicado experiencias más positivas y mayor satisfacción general.⁴⁰ Además, la atención de parteras es particularmente relevante en comunidades AI/AN y negras, donde las parteras respetan tradiciones importantes y principios de justicia reproductiva.^{41,42}

A pesar del potencial de mejores desenlaces, se mantienen las barreras para la integración del modelo de atención de parteras en el sistema de salud de los EE. UU.⁴³ Las CNM son elegibles para acreditación en cualquier parte de los EE. UU.; sin embargo, las CM son elegibles para acreditación en tan solo 11 estados y el DC. Actualmente, 27 estados y el DC les otorgan a las CNM una autorización completa de ejercicio profesional, que les permite ejercer de manera independiente según el alcance total de su educación y capacitación dentro de un sistema de atención médica, lo que incluye recetar medicamentos (Figura 17). En los demás estados, las CNM deben ejercer la profesión bajo la supervisión de un médico, o en colaboración con un médico.⁴⁴ Estas restricciones afectan la oferta de parteras y les impiden a las mujeres acceder a la atención de parteras.

Tome acciones: Obtenga más información sobre la política de parteras en la página 41

Veintisiete estados y el DC tienen políticas que les permiten a las CNM obtener una autorización completa de ejercicio profesional

Figura 17. Estados que les otorgan a las parteras una autorización completa de ejercicio profesional, EE. UU.



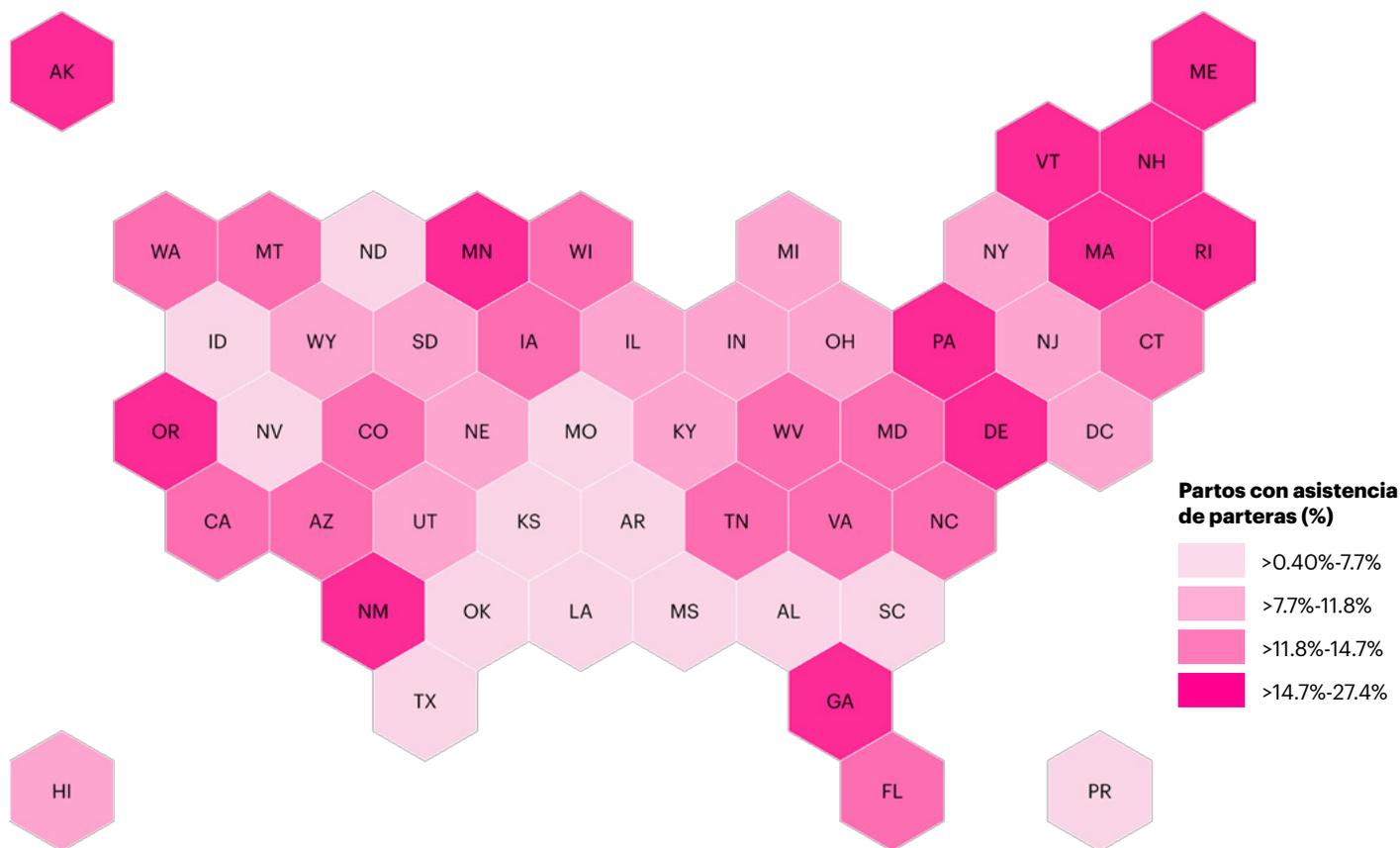
Asimismo, las tarifas de reembolso de Medicaid para servicios perinatales varían según el estado y tipos de clínicos, con paridad de paga (iguales tarifas de reembolso para médicos y parteras) implementada en solo 31 estados y el DC (Apéndice).⁴⁵ Un estudio que examinó la relación entre las reglamentaciones estatales y el acceso a parteras determinó que la paridad máxima de Medicaid tenía correlación con las tasas más altas de asistencia de parteras en partos independientemente de las normas de acreditación.⁴⁶ Para integrar mejor a las parteras en el personal obstétrico, es fundamental que los sistemas de salud les otorguen privilegios de hospital a las parteras, para permitirles ingresar pacientes y ser

consideradas personal médico.⁴³ Por último, promover una cultura que apoya la atención de parteras es esencial para su integración exitosa en los hospitales y sistemas de salud de todo el país.

Más del 60% de todos los condados de los EE. UU. no tienen una CNM/CM. La proporción de partos con asistencia de CNM/CM por estado se muestra en la Figura 18. Arkansas (0.4%), Alabama (1.8%) y Misisipi (1.9%) tienen el porcentaje más bajo de partos con asistencia de parteras, mientras que Alaska (27.4%), Vermont (27.2%) y Nuevo Hampshire (24.2%) tienen la proporción más alta de partos con asistencia de parteras.

De todos los partos en los EE. UU., el 10.9% fueron con asistencia de CNM/CM en 2022, y las tasas varían por estado

Figura 18. Porcentaje de partos con asistencia de parteras por estado, EE. UU., 2022



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad de 2022.

Cobertura de seguro médico

Una cobertura de seguro continua que se extienda antes y después del embarazo es esencial para la asequibilidad de la atención médica y puede dar lugar a mejores desenlaces de salud.⁴⁷ Aun así, se estima que un 11.5% de las mujeres en edad reproductiva no tienen seguro en los EE. UU. Las mujeres sin seguro tienen más probabilidad de demorar o no obtener atención médica debido a los costos, lo que aumenta su riesgo de malos desenlaces de salud.⁴⁸

Durante la última década, la expansión y extensión de Medicaid han mejorado el acceso al seguro médico para las mujeres.^{49,50} La expansión de Medicaid reduce los requisitos de ingresos para calificar para el programa, lo que hace que más personas sean elegibles y una mayor población pueda pagar la atención médica. La expansión de Medicaid está asociada a mayor cobertura de seguro médico antes del embarazo, inicio de la atención prenatal con mayor antelación y reducciones en los embarazos no deseados y estrés por pagar facturas.^{51,52}

La extensión de Medicaid (la opción de continuar con los beneficios de Medicaid por hasta 1 año después del parto) aumenta el acceso a la atención para condiciones que se producen después del embarazo. Los estados con políticas de extensión que incluyen cobertura para servicios de salud mental pueden ayudar a reducir las desigualdades raciales en la morbilidad y mortalidad infantil y materna.^{52,53} Las investigaciones sugieren que mantener la cobertura de Medicaid después del parto da lugar a una mayor utilización de servicios de salud mental ambulatorios y medicamentos recetados por trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el período perinatal (PMAD, por sus siglas en inglés), una condición que afecta a aproximadamente a 1 de cada 7 mamás.⁵⁴ La evaluación e identificación de enfermedades de salud mental después del parto es particularmente importante, dado que son las principales causas subyacentes de muertes relacionadas con embarazos.⁵⁵



“Durante la mayoría de mis embarazos, fui a Crow para recibir toda mi atención médica. Más cerca del parto, nos transfirieron a Billings porque no había otro lugar más cerca con esos servicios y recursos. Teníamos que viajar durante dos horas”.

Vania Biglefthand vive en Colstrip, Montana, a 2 horas del hospital de maternidad en Billings. A las 29 semanas de gestación, Vania rompió bolsa inesperadamente y le indicaron reposo absoluto, por lo que tuvo que quedarse en el hospital. A Vania le resultó difícil estar sola, lejos de su esposo y dos hijos.



Escanee para obtener más información sobre su experiencia viviendo en Montana.

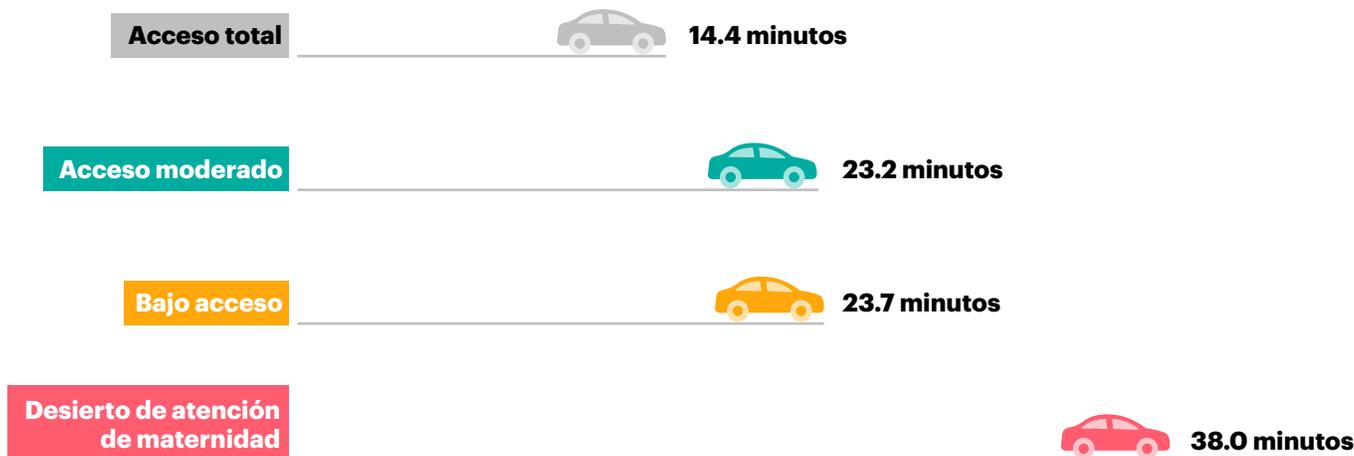
Tiempo de viaje hasta la atención

Durante el embarazo y el parto, un tiempo de viaje más largo está asociado a desenlaces de salud negativos para las mamás y los bebés, lo que incluye un mayor riesgo de morbilidad materna, parto de un feto muerto y hospitalización en una unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU, por sus siglas en inglés).^{58,59} Una mayor distancia está asociada a una mayor probabilidad de parto inesperado fuera del hospital, lo que aumenta el riesgo de morbilidad neonatal.^{60,61} Además, la imposibilidad de llegar a la atención rápidamente puede provocar dificultades económicas para las familias y mayor estrés y ansiedad prenatal.⁶² El tiempo de viaje necesario para llegar a la atención puede variar según varios factores, lo que incluye dependencia del transporte público, condiciones climáticas estacionales, tránsito, restricciones del seguro médico o la necesidad de atención más especializada.

En promedio, las mujeres gestantes en los EE. UU. viajan 15,9 minutos en auto hasta su hospital de maternidad más cercano sin tener en cuenta el tránsito. En áreas urbanas, el tiempo promedio de viaje a un hospital de maternidad es de 15.3 minutos, que aumenta a 26.2 minutos en áreas rurales. En el caso de personas gestantes que viven en desiertos de atención de maternidad, el tiempo promedio de viaje para obtener atención es de 38.0 minutos, más del doble del tiempo promedio de viaje (14.4 minutos) de personas gestantes que viven en condados con acceso total (Figura 20). Cerca de dos tercios (66.4%) de las personas gestantes que viven en desiertos de atención de maternidad viven a más de 30 minutos de un hospital de maternidad, comparado con solo el 9.0% de todas las personas gestantes en los EE. UU. (Figura 21). Los estados con el mayor tiempo promedio de viaje hasta la atención incluyen Alaska (39.2 minutos), Virginia Occidental (26.6 minutos), Wyoming (23.3 minutos), Hawái (22.9 minutos) y Montana (22.6 minutos).

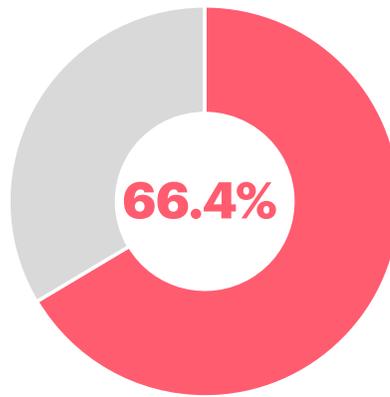
Las personas en desiertos de atención de maternidad tienen que hacer un viaje 2.6 veces más largo para llegar a un hospital de maternidad que los que viven en condados con acceso total

Figura 20. Minutos de viaje hasta el hospital de maternidad más cercano, por designación de acceso a atención de maternidad

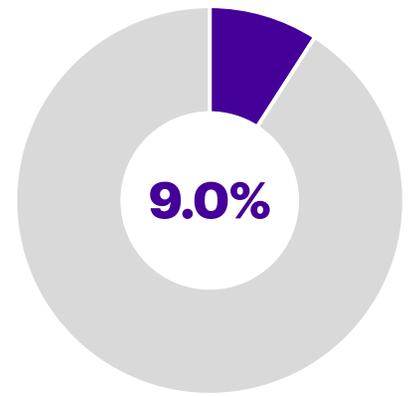


Dos tercios de las personas que viven en desiertos de atención de maternidad deben hacer un viaje de más de 30 minutos para llegar a la atención

Figura 21. Porcentaje de personas que deben viajar durante más de 30 minutos para llegar a su hospital de maternidad más cercano



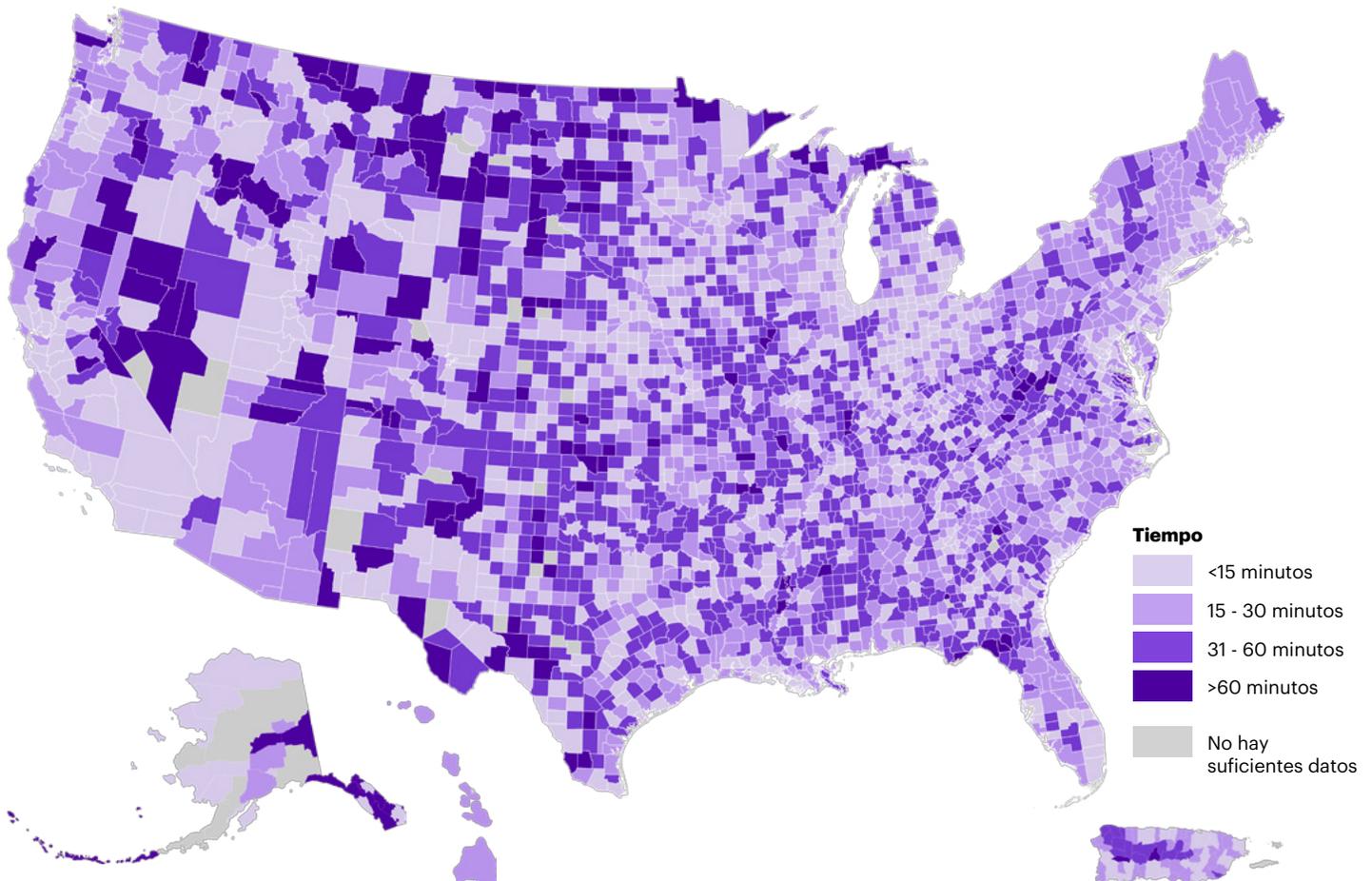
Desiertos de atención de maternidad



Promedio de EE. UU.

Alaska, Virginia Occidental, Wyoming, Hawái y Montana tenían el tiempo de viaje promedio más alto hasta un hospital que ofrezca atención obstétrica

Figura 22. Tiempo de viaje hasta el hospital de maternidad más cercano por condado, EE. UU. y Puerto Rico

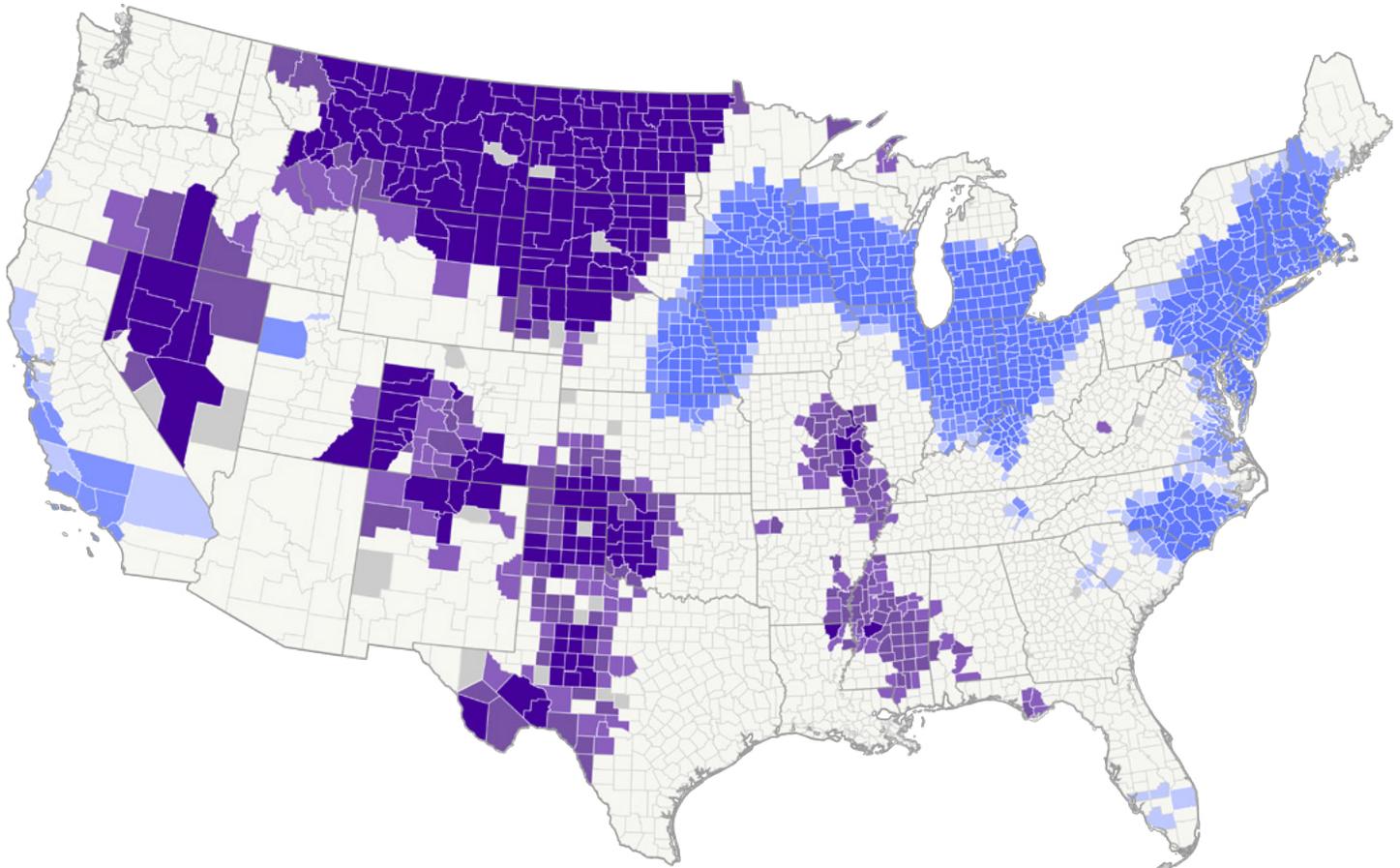


Análisis de puntos calientes

Un análisis de puntos calientes de duraciones de viajes en los EE. UU. continentales revela cúmulos espaciales con tiempos de viaje significativamente más largos y más cortos para llegar a la atención de maternidad (Figura 23).⁶³ Las regiones sombreadas en violeta (puntos calientes) indican lugares en los que el viaje hasta los hospitales de maternidad lleva un tiempo considerablemente mayor, lo que resalta potenciales brechas de accesibilidad y dificultades de infraestructura. En cambio, las regiones sombreadas en azul (puntos fríos) significan lugares con tiempos de viaje notablemente más cortos, lo que sugiere un acceso más rápido a hospital de maternidad en auto. Los estados con cúmulos significativos de tiempos de viaje más largos incluyen Dakota del Norte, Montana, Misisipi, Dakota del Sur, Nevada, Colorado, Wyoming, Misuri, Oklahoma, y Nuevo México. En contraste, los tiempos de viaje más cortos se concentraron en el noreste, en particular en áreas metropolitanas densamente pobladas como Nueva York, Connecticut, Maryland, Nueva Jersey y DC.

Las áreas en violeta representan partes de los EE. UU. con tiempos de viaje significativamente más largos hasta el hospital de maternidad más cercano

Figura 23. Áreas que indican tiempos de viaje más largos (violeta) y más cortos hasta los hospitales de maternidad



Cúmulos de tiempos de viaje más largos y más cortos (minutos)

	Áreas con tiempos de viaje más cortos: confianza extremadamente alta		Áreas con tiempos de viaje más largos: confianza alta
	Áreas con tiempos de viaje más cortos: confianza muy alta		Áreas con tiempos de viaje más largos: confianza muy alta
	Áreas con tiempos de viaje más cortos: confianza alta		Áreas con tiempos de viaje más largos: confianza extremadamente alta
	Áreas con tiempos de viaje iguales al promedio		No hay suficientes datos

Fuentes: Oficina del Censo (Census Bureau) de EE. UU., Estimaciones de Fertilidad a 5 años de la Encuesta de la Comunidad Americana de 2022, Asociación Estadounidense de Hospitales (American Hospital Association), 2022.

Nota: La confianza se basa en pruebas estadísticas de cúmulos espaciales de tiempos de viajes más largos o más cortos en comparación con áreas de los alrededores.

Disminución de la fertilidad en los EE. UU.

Hay varios factores que tienen un rol significativo en la determinación de la demanda de servicios de atención de maternidad de una comunidad. Aunque determinados factores, como la prevalencia de enfermedades crónicas, puede amplificar esta necesidad, otros, como la disminución de las tasas de nacimientos, pueden reducirla. La tasa de fertilidad en los EE. UU., o la cantidad de nacimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva, ha estado en disminución durante 15 años. Excepto por un aumento de 1% en 2021, la tasa ha disminuido 16% desde su pico en 2007, bajando de 65.0 nacimientos por cada 1,000 mujeres a un valor mínimo histórico de 54.4 nacimientos por cada 1,000 mujeres en 2023.⁶⁴

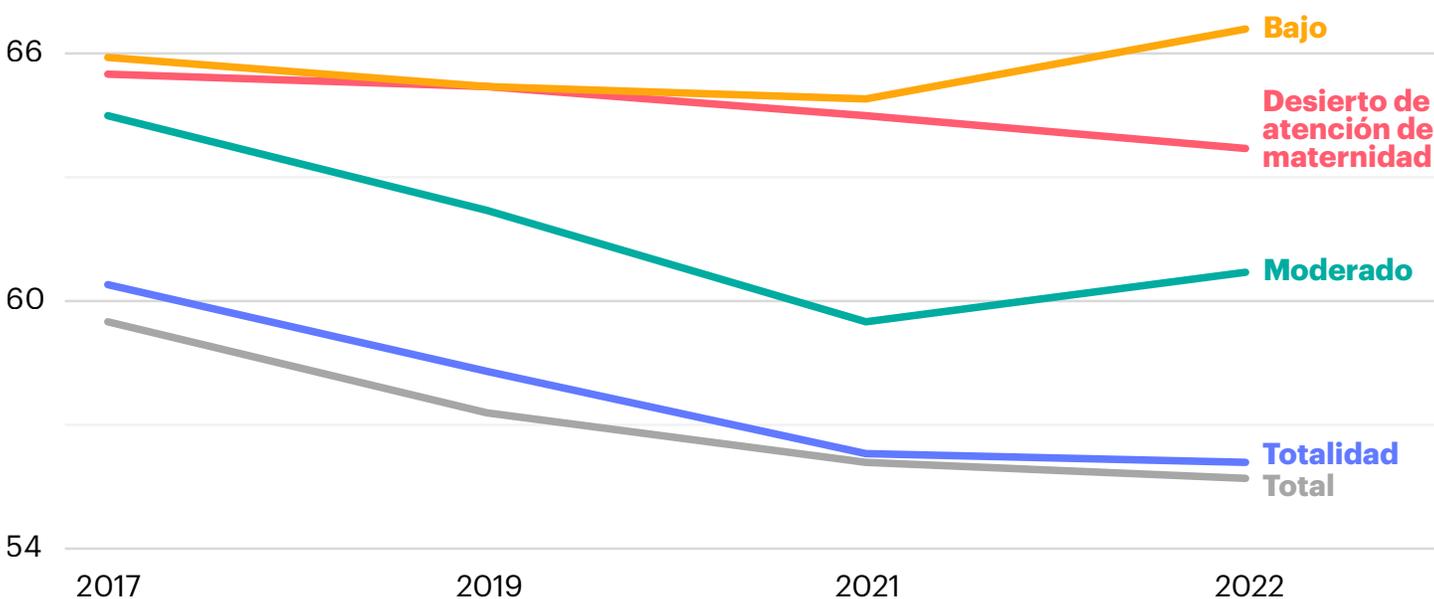
La disminución de las tasas de fertilidad es un resultado de los avances en la salud reproductiva y diversas influencias sociales y económicas. Un mayor acceso a métodos anticonceptivos ha dado lugar a tasas de fertilidad más bajas entre adolescentes y una reducción de los embarazos no planificados.⁶⁵ Los aumentos en los niveles de estudios alcanzados y las oportunidades laborales para las mujeres, junto con la incertidumbre

económica y la falta de opciones de cuidado infantil asequibles, han contribuido a que las mujeres tengan hijos más adelante en la vida o directamente no tengan hijos.⁶⁶ En contraste, los estados con restricciones para el aborto han visto un aumento en las tasas de fertilidad. Los datos de 2023 sugieren que los nacimientos aumentaron un 2.3%, en promedio, en estados que aplican prohibiciones totales de abortos en comparación con los estados sin prohibiciones.⁶⁷ Este cambio refleja un potencial aumento de la necesidad de servicios de atención de maternidad en esos estados.

Las tasas de fertilidad en áreas rurales y desiertos de atención de maternidad superan las de las áreas urbanas y condados con acceso total a la atención. Además, de 2017 a 2022, las tasas de fertilidad disminuyeron un 2.7% en áreas sin acceso a atención de maternidad, lo que es menor que la disminución de 6.4% observada en los condados con acceso total. La Figura 24 de abajo muestra las tendencias a la baja en las tasas de fertilidad en general y por designación de acceso a atención de maternidad.

Entre 2017 y 2022, las tasas de fertilidad disminuyeron en la mayor parte de los EE. UU.

Figura 24. Tasas de fertilidad por designación de acceso a atención de maternidad, EE. UU., 2017-2022
Nacimientos cada 1,000 mujeres en edad reproductiva



Fuentes: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad, 2017-2022; Oficina del Censo (Census Bureau) de EE. UU., Estimaciones de Población a 5 años de la Encuesta de la Comunidad Americana, 2017-2022.

Enfermedades crónicas

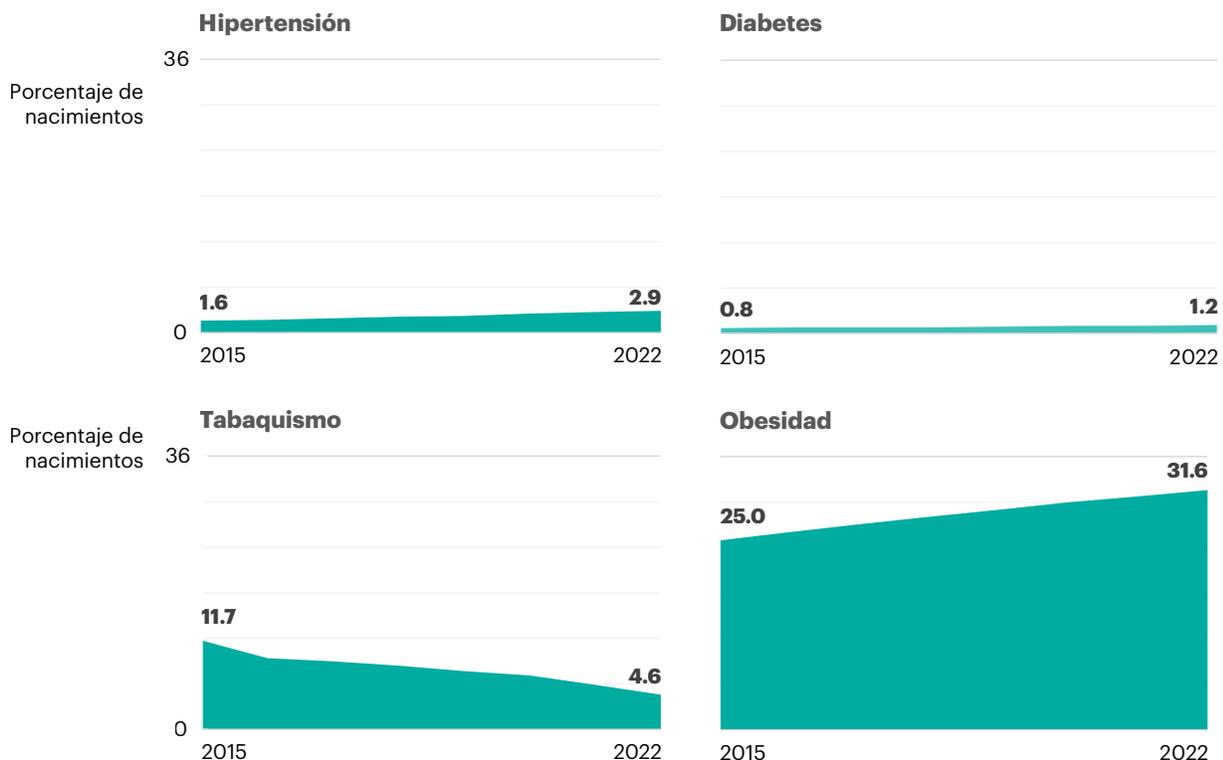
Las personas con enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, enfermedad renal, depresión y asma, suelen requerir supervisión médica adicional durante el embarazo, el parto y el posparto.⁶⁸ Cuando se desarrolla un embarazo junto con enfermedades crónicas, la probabilidad de complicaciones, como morbilidad materna grave, o la necesidad de intervenciones médicas como parto por cesárea y reingreso al hospital después del parto, aumenta.⁶⁹ Los bebés que nacen de mujeres con enfermedades crónicas también sufren desenlaces adversos, lo que incluye nacimiento prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía, defectos congénitos e incluso la muerte.^{70,71}

La prevalencia de enfermedades crónicas ha estado aumentando en los EE. UU.^{68,72} Los cambios en la sociedad han dado lugar a que las mujeres tengan hijos más tarde en la vida cuando las enfermedades crónicas se

vuelven más prevalentes.^{68,72-74} Además, la exposición al tabaco, una mala nutrición, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol contribuyen a la obesidad, un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades crónicas.⁷¹ Según los datos sobre nacimientos de bebés vivos, la prevalencia de enfermedades antes del embarazo, lo que incluye hipertensión y diabetes, aumentó un 81.3% y 50.0%, respectivamente, entre 2015 y 2022. En 2022, nacieron más de 140,000 bebés de mujeres con hipertensión o diabetes antes del embarazo. Aunque las tasas de tabaquismo en mujeres en edad reproductiva han disminuido con el tiempo (disminuyendo 60.7% de 2015 a 2022), la obesidad ha estado aumentando de manera constante. En 2022, el 31.6% de los bebés nacieron de mujeres con un índice de masa corporal (IMC) antes del embarazo de más de 30, el límite biométrico para la obesidad (Figura 25).

Con el tiempo, las enfermedades crónicas se han vuelto más prevalentes en personas gestantes

Figura 25. Porcentaje de nacimientos con enfermedades crónicas determinadas antes del embarazo, EE. UU., 2015-2022



La prevalencia general de la hipertensión crónica y la diabetes en mujeres que dieron a luz un bebé vivo en 2022 fue de 2.9% y 1.2%, respectivamente. Las personas gestantes negras (5.4% y 1.6%) y AI/AN (3.8% y 2.9%) tuvieron la mayor prevalencia de ambas enfermedades crónicas en comparación con todas las demás razas/etnias (2.5% y 1.7%). La tasa de obesidad e hipertensión en mujeres API sigue siendo la más baja de todos los grupos raciales pero ha aumentado significativamente en los últimos años. Entre 2015 y 2022, la tasa de obesidad en API aumentó un 50% de 9.9% a 14.8% y se duplicó para la hipertensión (de 0.9% a 1.8%). Por último, aunque las tasas de tabaquismo han disminuido significativamente en general, no todas las razas/etnias se han beneficiado por igual. Aun así, 13.5% de las personas gestantes AI/AN indicaron que fumaron tabaco en los tres meses previos al embarazo (Apéndice).

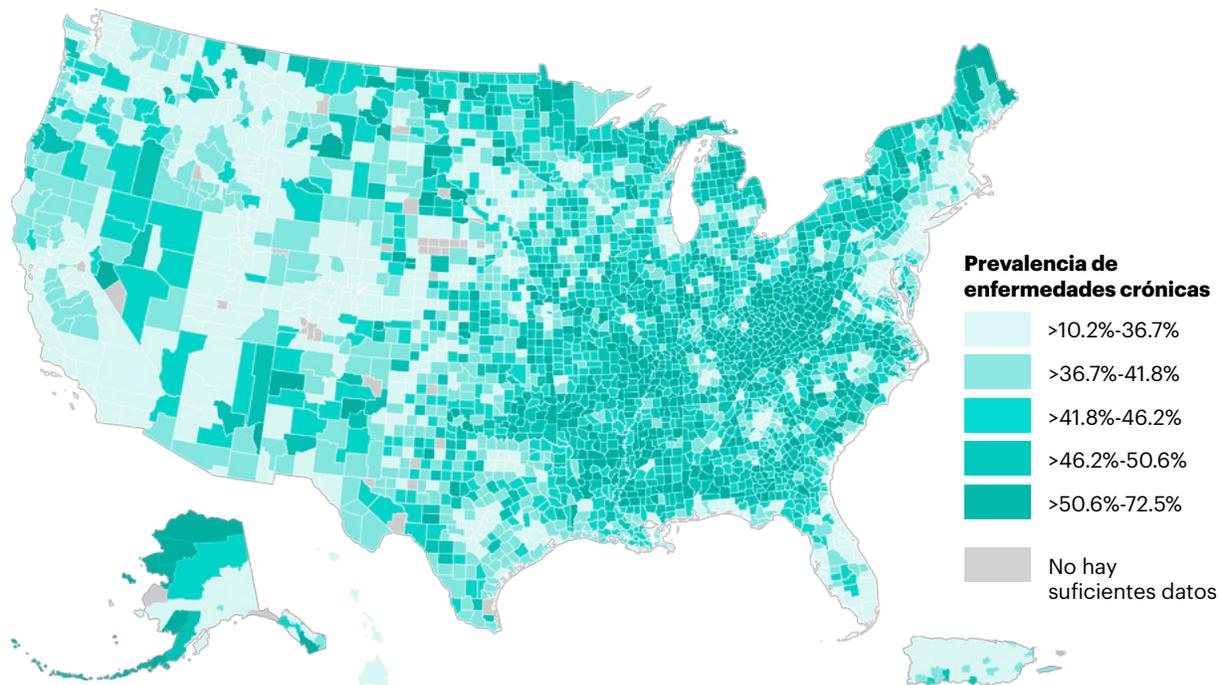
Al comparar los datos por geografía, las mujeres en condados rurales tienen una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, obesidad y tabaquismo antes del embarazo en comparación con los residentes de condados urbanos. La prevalencia del tabaquismo en residentes de condados rurales es 2.6 veces mayor que la de los residentes de condados urbanos. La disparidad en las tasas de tabaquismo persiste cuando se comparan

residentes de desiertos de atención de maternidad con los residentes de condados con acceso total (10.8% frente a 4.1%) y personas gestantes con Medicaid en comparación con quienes tienen un seguro privado (8.1% frente a 2.0%). La Figura 26 muestra la prevalencia de 1 o más enfermedades crónicas por condado.

Para reducir el riesgo de complicaciones para las personas gestantes y sus bebés debido a enfermedades crónicas y factores de riesgo asociados, ACOG y la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) recomiendan que cualquier clínico en contacto con mujeres con potencial reproductivo incluyan orientación y atención antes del embarazo.⁷⁵ La atención antes del embarazo es una oportunidad para optimizar la salud, tratar factores de riesgo modificables y educar a las personas sobre cómo llevar un embarazo saludable. Los embarazos saludables comienzan mucho antes de la concepción, y garantizar que todas las mujeres tengan acceso a atención previa a la concepción es esencial para diagnosticar y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas. La identificación de poblaciones con tasas más altas de enfermedades crónicas puede servir de información para programas, proveedores e intervenciones con el fin de garantizar desenlaces óptimos para mamás y bebés.

Un tercio de todas las personas gestantes tenía 1 o más enfermedades crónicas antes del embarazo

Figura 26. Prevalencia de 1 o más enfermedades crónicas por condado, EE. UU., 2020-2022



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), datos finales de natalidad, 2015-2022.

Notas: Las enfermedades crónicas incluyen tabaquismo, hipertensión, diabetes y obesidad. Todas las enfermedades se indican como previas al embarazo en el acta de nacimiento.

Factores sociales determinantes de salud

Los factores sociales determinantes de salud (SDOH, por sus siglas en inglés) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, juegan y envejecen y que pueden afectar los desenlaces de salud.⁷⁶ Los recursos y oportunidades disponibles en una comunidad tienen un rol clave en las necesidades de atención médica de sus residentes.^{77,78} Aunque algunas características de las comunidades son de protección, como apoyo social, acceso a espacios verdes y viviendas seguras y adecuadas, otros SDOH pueden poner a las mujeres y personas gestantes en riesgo de sufrir desenlaces malos de salud, como los contaminantes ambientales y la falta de acceso a alimentos nutritivos.⁷⁸⁻⁸⁰

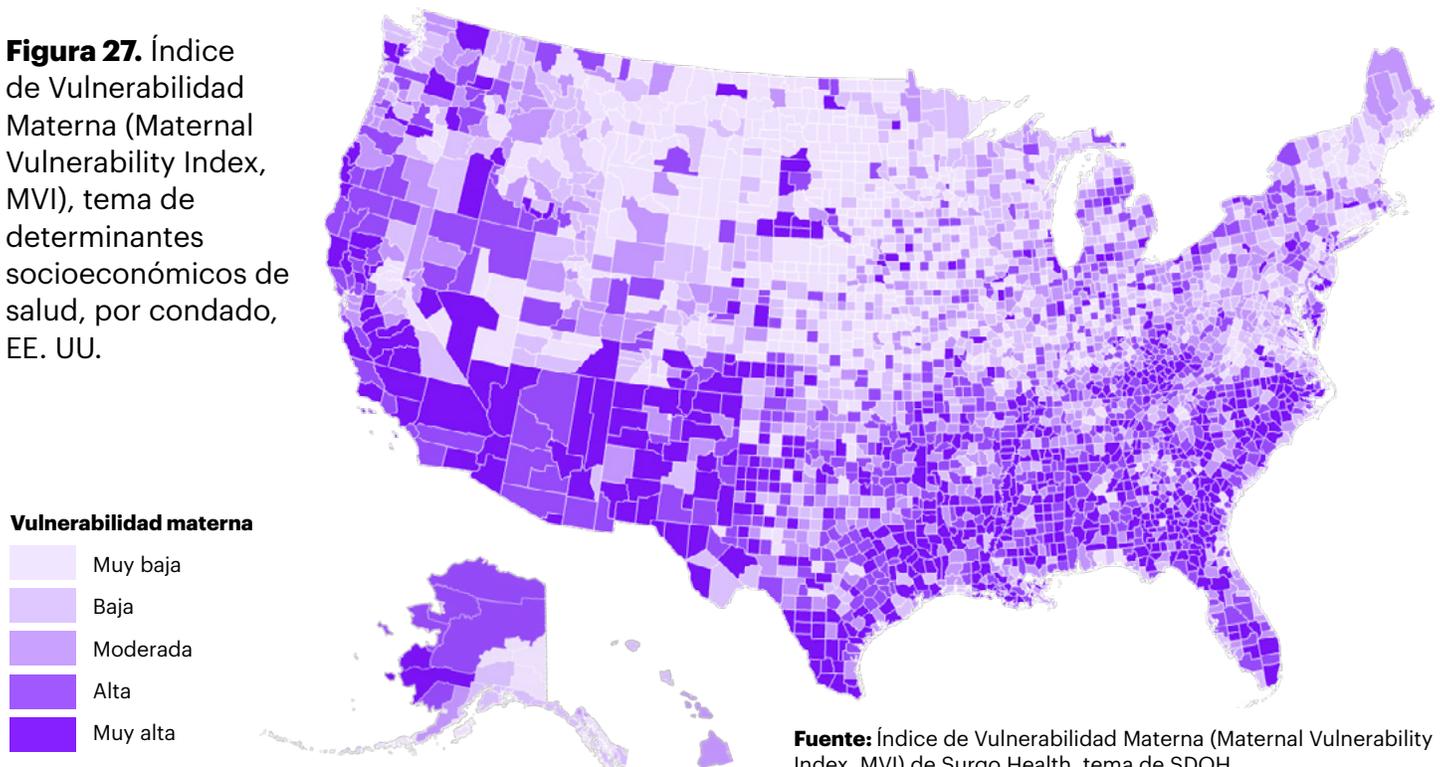
Históricamente, los esfuerzos por mejorar los desenlaces de salud materna e infantil relacionados con SDOH han priorizado estrategias de prevención individual por sobre el tratamiento de factores críticos de origen que contribuyen a las disparidades de salud a nivel poblacional. Aunque los factores como ingresos o nivel educativo más altos normalmente se correlacionan con mejores desenlaces de salud, estudios revelan que

estas ventajas no se traducen de igual manera en todos los grupos raciales o étnicos.^{78,81} Las investigaciones indican que, incluso en personas con una condición socioeconómica alta y diagnósticos de embarazos similares, las tasas de morbilidad y mortalidad son desproporcionadamente más altas para mujeres negras, lo que destaca la necesidad de tratar el racismo como una causa subyacente de muchos SDOH.^{81,82}

Para entender mejor y tratar estas disparidades, herramientas como el Índice de Vulnerabilidad Materna (Maternal Vulnerability Index, MVI) de Surgo Health ofrecen información sobre la compleja interacción de riesgo socioconductual y desenlaces de salud materna e infantil (Figura 27). El MVI puede usarse para identificar áreas en las que las mamás son vulnerables a malos desenlaces, lo que incluye riesgo de nacimiento prematuro y muerte, e informar intervenciones dirigidas para mitigar los efectos negativos sobre la salud.⁸³ Los estados con mayor vulnerabilidad materna debido a SDOH incluyen Nuevo México, Nevada, Luisiana, Nueva York, California y Misisipi.

Las áreas sombreadas de color oscuro muestran dónde las mujeres están en riesgo de malos desenlaces debido a factores sociales determinantes de salud

Figura 27. Índice de Vulnerabilidad Materna (Maternal Vulnerability Index, MVI), tema de determinantes socioeconómicos de salud, por condado, EE. UU.



Racismo

La raza y la etnia no son factores de riesgo para los desenlaces maternos, sino que son representantes del racismo y exposiciones relacionadas con el racismo.^{84,77} El racismo es una causa de origen de muchos SDOH, que influye en entornos socioeconómicos, organizaciones institucionales, experiencias de prejuicios, discriminación y amplificación del estrés, todo lo cual afecta los desenlaces de salud.⁸⁵ La exposición acumulada al estrés y la adversidad debido al racismo, que se conoce como desgaste, contribuye a los desenlaces de salud negativos observados particularmente en mujeres negras y sus bebés en la actualidad.^{82,86,87} La naturaleza histórica y continua del racismo ha dado lugar a entornos que generan desproporcionadamente desventajas sociales y económicas para las personas de color. El racismo estructural y sistémico, incorporado dentro de las políticas y prácticas institucionales, ha tenido una larga influencia en los desenlaces de salud al limitar el acceso a actividades y recursos que promueven la salud.⁸⁸

El racismo médico, un problema generalizado dentro de los sistemas de atención médica, afecta significativamente las experiencias y desenlaces de atención médica para las personas de color, en especial durante el período perinatal.^{89,90} Hay estudios que demuestran que el racismo médico contribuye a demoras en el diagnóstico y tratamiento, insatisfacción con la atención y desestimación de preocupaciones de salud en mujeres negras, lo que da lugar a complicaciones graves durante el embarazo y el posparto.⁹¹⁻⁹³ Un informe de 2023 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) determinó que 1 de cada 3 mujeres informó haber sufrido discriminación durante la atención de maternidad, con tasas que llegan al 40% en personas gestantes negras.⁸ Este sesgo sistémico fomenta la desconfianza en el sistema de atención médica, demora conductas de búsqueda de atención y debilita el cumplimiento de las recomendaciones médicas.⁹⁴



Para tratar el racismo médico se requiere promover la diversidad y la competencia cultural en el personal materno-infantil.

Esto puede lograrse mediante las siguientes iniciativas:

Incorporar la capacitación en el plan de estudios para todos los proveedores de atención de maternidad

Implementar políticas y protocolos contra el racismo en todos los hospitales

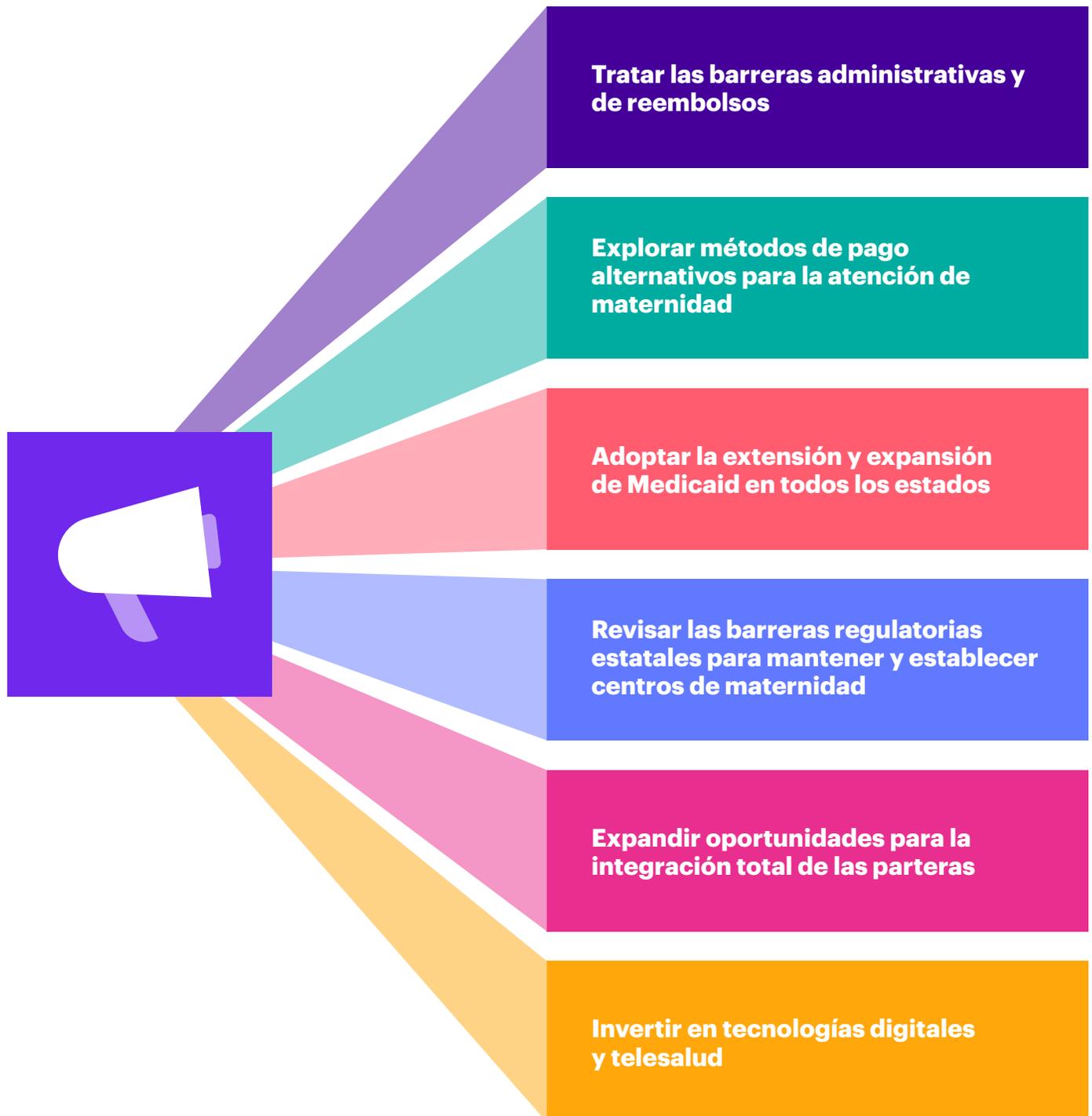
Establecer mecanismos de opinión para responsabilizar a los clínicos

Diversificar el personal de atención de maternidad

Soluciones y acciones mediante políticas

Políticas recomendadas por March of Dimes

March of Dimes propone acciones mediante políticas para mejorar los desenlaces de salud de mamás y bebés en todas partes de los EE. UU. Es esencial que los legisladores tomen acciones urgentes para mejorar los servicios para personas gestantes y bebés en todo el país. Las siguientes oportunidades de políticas representan pasos críticos para lograr estas metas.





Mejorar el acceso a Medicaid para la atención durante el embarazo: Tratar las barreras administrativas y de reembolsos

Para mejorar el acceso a Medicaid, los legisladores deberían aumentar las tarifas de reembolso y optimizar los procesos administrativos para proveedores e instituciones.

Las tarifas de reembolso bajas de Medicaid y los engorrosos obstáculos administrativos están relacionados con la dificultad para acceder a la atención para los afiliados.⁹⁵ Los proveedores suelen encontrarse con más obstáculos cuando facturan a Medicaid que a otras compañías de seguro, lo que contribuye a los problemas de acceso tanto como las tarifas de pago del programa.⁹⁶ En la mayoría de los casos, Medicaid por lo general paga menos que los planes médicos privados por atención durante el embarazo y el parto,⁹⁷ lo que intensifica las dificultades económicas para los hospitales, en particular en áreas rurales donde Medicaid es el pagador predominante para servicios obstétricos.

Estas disparidades en el reembolso y los diversos criterios de elegibilidad de ingresos en los distintos estados exacerbaban aún más las desigualdades en el acceso a la atención obstétrica, en especial en comunidades rurales.⁹⁸

Abordar estas dificultades económicas y administrativas puede aumentar la probabilidad de que los afiliados de Medicaid, en particular los de áreas rurales, tengan un mejor acceso a la atención esencial durante el embarazo y el parto.



Métodos de pago alternativos para la atención de maternidad: Aumentar los incentivos y la innovación para adoptar modelos de pago basados en el valor en la atención de maternidad

Los legisladores, compradores, pagadores y proveedores deberían colaborar para aprovechar la flexibilidad e innovación de diversos modelos de pago híbridos y escalables.

Tradicionalmente, los proveedores en los EE. UU. han recibido pagos mediante el modelo de “tarifa por servicio” (“fee-for-service”, FFS), donde reciben un pago por cada servicio cubierto prestado. Alternativamente, los pagos basados en el valor (value-based payments, VBP) incentivan a los proveedores a brindar atención coordinada, de alta calidad y rentable. A diferencia del modelo de FFS, los programas de VBP ofrecen mayor flexibilidad para consultorios médicos y sistemas de atención médica, reducen la presión de aumentar el volumen de visitas de pacientes y disminuyen la carga administrativa.¹⁰³

Los modelos de VBP efectivos están diseñados para incluir medidas de desempeño de calidad basadas en evidencia y responsabilidad económica, y deben implementarse, evaluarse y perfeccionarse continuamente.¹⁰⁴ Los proveedores aceptan asumir una determinada cantidad de riesgo financiero pero obtienen una estructura de pagos más flexible que les permite personalizar la atención a las necesidades individuales del paciente.^{105,106}

Los legisladores, compradores, pagadores y proveedores deberían colaborar para aprovechar la flexibilidad e innovación de diversos modelos de pago híbridos y escalables, como modelos de pago por desempeño, población limitada, paquetes de episodios, hogares de atención de maternidad y costo total de atención. Aunque VBP no es un concepto nuevo, su adopción en servicios de atención de maternidad centrados en los proveedores está aumentando. Además, expandir los VBP en entornos hospitalarios, que representan una gran parte de los costos de provisión, presenta una oportunidad significativa.^{105,107}

Al aumentar los incentivos y promover la innovación en modelos de VBP, podemos garantizar que la atención de maternidad sea más rentable, de alta calidad y accesible, lo que en definitiva mejoraría los desenlaces para mamás y bebés.



Adopción de la extensión y expansión de Medicaid en todos los estados: **Garantizar una cobertura integral de Medicaid después del parto**

El congreso debe exigir 1 año de cobertura de Medicaid después del parto en todo el país y asegurarse de que todos los estados expandan los requisitos de Medicaid para cubrir a personas hasta el 138% del FPL.

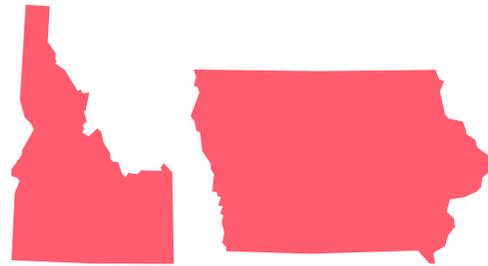
Extensión de Medicaid durante 1 año después del parto:

Los datos recientes indican que el 53% de las muertes relacionadas con embarazos se producen entre 1 semana y 1 año después del parto.⁵⁵ En algunos estados, la cobertura por maternidad de Medicaid termina apenas 60 días después del parto, lo que corta el acceso a atención fundamental durante un período en el que los riesgos de muerte y complicaciones maternas permanecen altos. La cobertura integral de Medicaid debería extenderse a al menos 12 meses después del parto, como se establece en la Ley de Plan de Rescate Estadounidense.⁹⁹ Garantizar que todas las mamás reciban la cobertura necesaria para mantener su salud y bienestar después del parto debería ser una prioridad nacional obligatoria, y no quedar a discreción opcional de cada estado.

Expansión de Medicaid: Las investigaciones muestran que mejorar la salud de las personas gestantes antes del embarazo es fundamental para lograr embarazos saludables.¹⁰⁰ Expandir Medicaid para que cubra a personas hasta el 138% del nivel federal de pobreza es esencial para mejorar los desenlaces.

Un estudio nacional reveló mejoras en indicadores de salud clave antes del embarazo en mujeres de bajos ingresos luego de la expansión de Medicaid, lo que incluye mayor acceso a orientación médica antes del embarazo, tasas más altas de administración de ácido fólico antes del embarazo y mayor uso de métodos anticonceptivos eficaces después del parto.¹⁰¹ Además, las investigaciones indican que la expansión de Medicaid ha mejorado la estabilidad financiera de los hospitales y ha reducido las tasas de cierre, en particular en condados rurales con cantidades previas altas de adultos sin seguro.¹⁰²

46 estados y el DC han extendido Medicaid a 12 meses después del parto



Idaho e Iowa están planeando implementar la extensión de Medicaid a 12 meses después del parto.



Wisconsin actualmente extiende Medicaid a solo 90 días después del parto.



Arkansas no ha tomado acciones para extender Medicaid.



Centros de maternidad: Expandir el acceso a centros de maternidad autónomos acreditados y autorizados mediante la revisión de las barreras regulatorias estatales para mantener y establecer centros de maternidad

Expandir los centros de maternidad también requerirá que los legisladores y las partes interesadas examinen las reglamentaciones estatales sobre parteras para eliminar barreras adicionales para la atención.

Aunque las investigaciones respaldan los beneficios de los centros de maternidad,²¹ muchos estados tienen políticas que generan barreras para abrir y mantener centros de maternidad autónomos autorizados. Estos centros ofrecen atención integral ginecológica general, prenatal, durante el parto y en el posparto, en general mediante el modelo de atención de parteras.¹⁰⁸

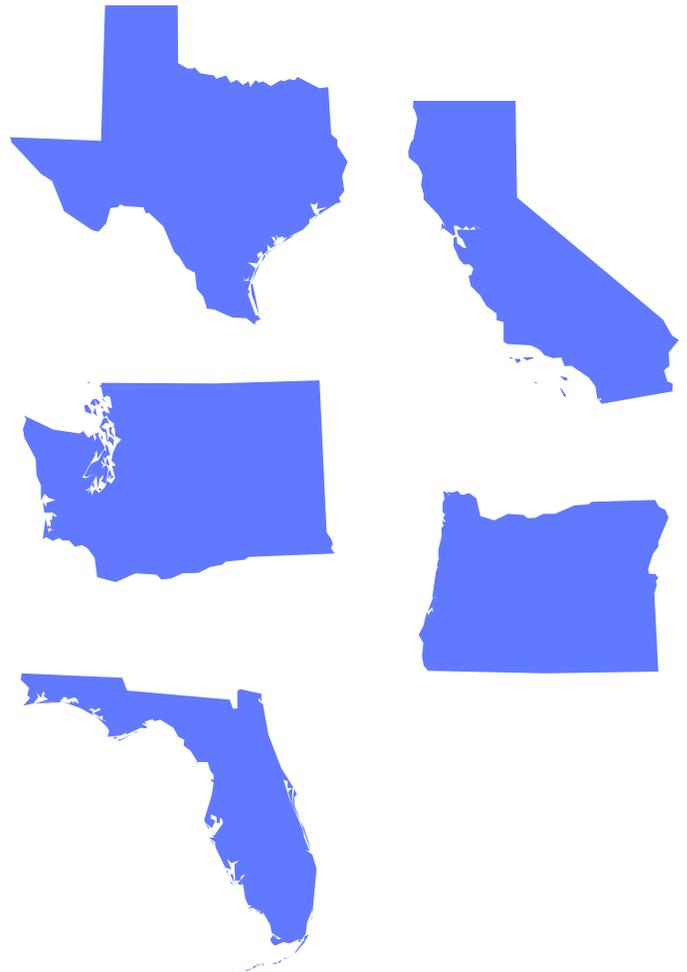
La Comisión de Acreditación de Centros de Maternidad (Commission for the Accreditation of Birth Centers, CABC) suele acreditar a centros de maternidad autónomos autorizados. Aunque Medicaid cubre centros de maternidad autorizados, muchos siguen enfrentándose a dificultades de reembolso debido a las bajas tarifas de reembolso de Medicaid y las cargas administrativas, lo que incluye demoras en los pagos.¹⁰⁹ Los estados tienen diferentes requisitos de autorización, y algunos no cuentan con centros de maternidad acreditados.

Para aumentar el acceso a centros de maternidad, los legisladores y partes interesadas deberían adoptar las siguientes medidas para eliminar las reglamentaciones prohibitivas:^{25,110,111}

- Eximir a los centros de maternidad de los requisitos estatales de Certificado de Necesidad.
- Apoyar la adopción de medidas y reglamentaciones de prácticas de alta calidad y basadas en evidencia, con acreditación de la CABC.
- Establecer tarifas de reembolso de Medicaid equitativas y apoyar servicios a un mínimo de 100% del programa de tarifas de Medicaid.
- Establecer y adoptar estándares para códigos y contratos de centros de maternidad autónomos, e incluir a los centros de maternidad en redes de proveedores preferidos.

Abordar estas dificultades regulatorias y económicas nos permitirá expandir el acceso a centros de maternidad acreditados para ofrecer atención más integral y de alta calidad a mamás y bebés.

Texas, California, Washington, Oregón y Florida tienen políticas sólidas de acceso a centros de maternidad





Personal: Expandir oportunidades para la integración total de las parteras

Eliminar las barreras regulatorias que restringen y limitan las prácticas de parteras es esencial para integrar a las parteras por completo al sistema de atención médica.

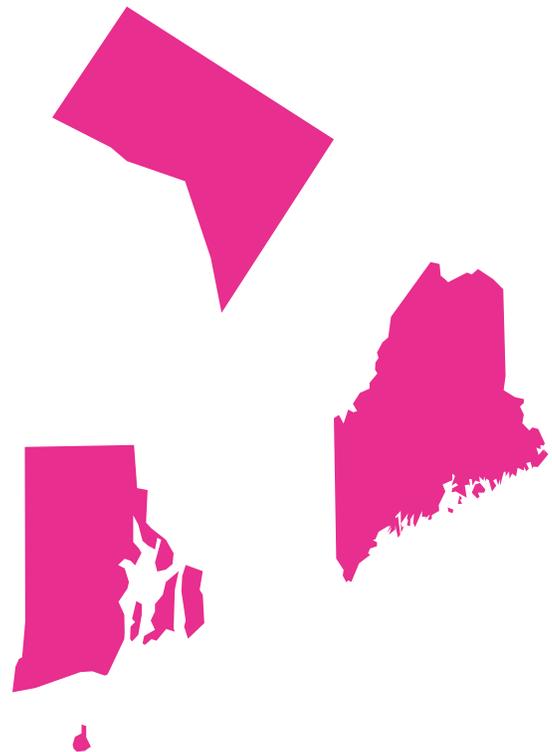
El modelo de atención de parteras es una estrategia crucial para mejorar el acceso a atención de maternidad, en particular en áreas desatendidas.¹¹² Los cambios en las políticas son necesarios para maximizar el potencial de las parteras dentro del personal médico. Esto incluye permitirles a las parteras ejercer según el alcance total de su educación, eliminando los requisitos de que las parteras sean asignadas a médicos, permitiendo tecnologías de telesalud y garantizando la inclusión equitativa en los sistemas de reembolsos.¹¹³

Para lograr la integración total, es fundamental tratar las siguientes restricciones regulatorias y de ejercicio para las CNM y CM:¹¹³

- Revisar y adoptar las normas estatales y políticas de hospitales que les otorgan a las parteras privilegios completos de personal médico, lo que incluye la autoridad para ingresar y dar de alta a pacientes de manera independiente y recetar medicamentos.
- Modificar normas estatales para brindar autorizaciones a CM. Si se resuelven estos obstáculos regulatorios, podemos permitir que las parteras brinden atención integral, accesible y de alta calidad a personas gestantes en todo el territorio de los EE. UU.
- Eliminar las normas estatales y requisitos de autorización que obligan a las parteras a establecer relaciones contractuales con médicos para brindar atención como parteras.
- Ajustar las reglamentaciones estatales para garantizar la paridad en las tarifas de reembolso entre parteras y médicos, tanto en sistemas de pagadores privados como públicos, para que las parteras reciban reembolsos al 100% de la tarifa de los médicos por los mismos servicios.

Si se resuelven estos obstáculos regulatorios, podemos permitir que las parteras brinden atención integral, accesible y de alta calidad a personas gestantes en todo el territorio de los EE. UU.

DC, Rhode Island y Maine tienen políticas que apoyan la integración de las parteras





Invertir en tecnologías digitales y telesalud: **Mejorar la provisión de atención médica mediante soluciones innovadoras**

La inversión continua en prácticas y tecnologías digitales innovadoras es fundamental para expandir el acceso y ofrecer más opciones de provisión de atención médica, lo que incluye telesalud, monitoreo remoto del paciente (RPM), acceso a internet/banda ancha asequible y aplicaciones móviles, con la integración de dispositivos de subtítulo para personas con discapacidades o dificultades auditivas.

La telesalud cumple un rol central en la provisión de atención de alta calidad para personas embarazadas y en posparto, y beneficia en particular a poblaciones desatendidas y vulnerables a malos desenlaces de salud y quienes tienen acceso limitado a atención por alto riesgo.¹¹⁴ Su integración en las especialidades médicas como obstetricia, medicina materno-infantil y salud mental ha sido transformadora.¹¹⁵ En la atención de maternidad, la telesalud ha permitido consultas virtuales con especialistas, monitoreo de ultrasonido remoto a cargo de expertos en medicina materno-fetal, monitoreo de presión arterial en posparto con dispositivos conectados mediante Wi-Fi y seguimiento de la fertilidad mediante datos generados por el paciente.¹¹⁶

Durante la Emergencia de Salud Pública, el Congreso estableció el Programa de Conectividad Asequible

(Affordable Connectivity Program, ACP) para brindarles a hogares de bajos ingresos elegibles, en especial en áreas rurales, servicios de internet y banda ancha asequibles que son fundamentales para acceder a la telesalud. Al 1 de junio de 2024, el financiamiento federal para el ACP ha cesado, aunque algunas compañías de comunicación siguen ofreciendo planes de internet de bajo costo para los inscritos. El congreso debería priorizar extender el financiamiento para el programa ACP a fin de garantizar la continuación del acceso a servicios de telesalud esenciales.¹¹⁷

Invertir en tecnologías digitales y telesalud es crítico para mejorar el acceso a la atención médica y los desenlaces. Se requiere el apoyo renovado del congreso para garantizar el acceso universal a servicios esenciales como la telesalud y la conectividad de banda ancha.



Llamado a la acción

Al tomar acciones inmediatas, los legisladores pueden sentar las bases para un sistema de atención médica que ofrezca atención accesible, equitativa y de alta calidad a todas las mamás y bebés de los EE. UU. Este enfoque proactivo mejorará los desenlaces de salud y fomentará una infraestructura de atención médica más resiliente, capaz de satisfacer las necesidades diversas de todas las mamás y bebés en el siglo XXI. March of Dimes está lista para colaborar con legisladores, proveedores médicos, comunidades y familias para proponer e implementar estos cambios críticos.

Conclusión

Los resultados en este informe destacan la necesidad crítica de acceso equitativo a atención de maternidad en todo el territorio de los EE. UU. Los hospitales, los centros de maternidad y el personal obstétrico tienen roles centrales en garantizar que las personas gestantes reciban la atención que necesitan, y sin embargo persisten las disparidades significativas en el acceso.

El sistema de atención de maternidad de los EE. UU. se enfrenta a dificultades significativas, que incluyen escasez de clínicos, cobertura de seguro insuficiente, tiempos largos de viaje hasta la atención, aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y el impacto de SDOH y el racismo. Más de la mitad de los condados de los EE. UU. no cuentan con un hospital o centro de maternidad con servicios obstétricos, lo que genera barreras para la atención, en particular en áreas rurales. Las políticas que aborden adecuadamente las tarifas de reembolso de seguros y la estructura de pagos podrían prevenir futuros cierres de unidades obstétricas debido a las dificultades económicas. Aunque los centros de maternidad ofrecen una alternativa prometedora, con evidencia que indica mejores desenlaces y ahorro de costos, numerosos estados cuentan con políticas que ponen trabas para su establecimiento y operación. Diversificar el dominio y la administración de centros de maternidad, junto con una reforma de las políticas de autorización, puede mejorar su integración y ampliar su alcance.

La escasez de clínicos obstetras, lo que incluye ginecólogos obstetras, parteras y médicos de familia con capacitación en atención obstétrica, agrava los problemas de acceso. Los esfuerzos para expandir las oportunidades de capacitación, resolver las barreras de políticas y promover la diversidad dentro del personal obstétrico son imprescindibles para acortar esta brecha. Además, resolver problemas sistémicos como la cobertura de seguro, enfermedades crónicas antes del embarazo y factores sociales determinantes de salud, incluido el racismo, es un paso fundamental para garantizar que todas las personas tengan acceso a atención de maternidad de calidad y tengan desenlaces de parto positivos.

Las soluciones para mejorar el acceso a la atención de maternidad son tan diversas como las barreras. Sin embargo, al resolver estas dificultades multifacéticas e implementar intervenciones dirigidas y soluciones mediante políticas, podemos trabajar para un futuro en donde todas las mamás y bebés reciban la atención que necesitan, independientemente de su ubicación geográfica, condición socioeconómica, orientación sexual u origen racial. Las partes interesadas en todos los niveles deben colaborar para implementar reformas de políticas, invertir en el desarrollo del personal y priorizar la igualdad para mejorar los desenlaces de salud materna a nivel nacional.



“Mi plan es... En verdad creo que daré a luz en mi auto”.

Claudia Torres vive en un desierto de atención de maternidad y le ha costado llegar al hospital a tiempo para sus cuatro experiencias de parto.



Escanee para obtener más información sobre su experiencia viviendo en un área rural de Texas.

Abreviaturas y definiciones

- AABC** - Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers)
- ACOG** - Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists)
- ACP** - Programa de Conectividad Asequible (Affordable Connectivity Program)
- AI/AN** - India americana/nativa de Alaska
- A/PI** - Asiática/nativa de islas del Pacífico
- APCU** - Idoneidad de la Utilización de la Atención Prenatal
- ASRM** - Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva (American Society for Reproductive Medicine)
- BMI** - Índice de masa corporal
- CABC** - Comisión de Acreditación de Centros de Maternidad (Commission for the Accreditation of Birth Centers)
- CDC** - Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention)
- CM** - Partera Certificada
- CNM** - Enfermera Partera Certificada
- FPL** - Nivel Federal de Pobreza
- HPSA** - Áreas con Escasez de Profesionales Médicos
- HRSA** - Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration)
- MCD** - Desierto de atención de maternidad
- MCTA** - Área Objetivo de Atención de Maternidad
- MVI** - Índice de Vulnerabilidad Materna
- NICU** - Unidad de cuidados intensivos neonatales
- NHSC** - Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (National Health Service Corps)
- OB-GYN** - Ginecólogo obstetra
- PMAD** - Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el período perinatal
- PNC** - Atención prenatal
- SDOH** - Factores sociales determinantes de salud

Tema	Definición	Fuente de datos asociada
Área con Escasez de Profesionales Médicos	Designación de la HRSA que indica áreas en las que faltan proveedores médicos de atención primaria, lo que afecta el acceso a servicios de atención médica.	Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration), Archivo de Recursos de Salud por Área
Área Objetivo de Atención de Maternidad	Puntaje de índice que mide la necesidad de servicios de atención de maternidad en condados, lo que influye en la colocación de proveedores de atención médica.	Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration), archivo de Áreas Objetivo de Atención de Maternidad
Atención prenatal	Servicios de atención médica proporcionados a personas embarazadas para monitorear el embarazo y garantizar la salud de la madre y el bebé.	Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), archivo de natalidad
Centro de maternidad	Un centro de atención médica que sigue el modelo de atención de parteras y ofrece atención de maternidad a personas gestantes de bajo riesgo.	Asociación Estadounidense de Centros de Maternidad (American Association of Birth Centers)
Desierto de atención de maternidad	Un condado sin centros de maternidad o clínicos obstetras.	March of Dimes
Enfermera Partera Certificada	Una enfermera registrada con capacitación adicional como partera, que ofrece atención a mujeres durante el embarazo, parto y posparto.	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), archivo de Identificadores de Proveedores Nacionales, Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nurse Midwives)
Ginecólogo obstetra	Un médico que se especializa en la salud de las mujeres, en particular el embarazo, parto y trastornos del sistema reproductivo.	Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration), Archivo de Recursos de Salud por Área
Hospital obstétrico	Un hospital con una sala de maternidad dedicada o unidad de parto y trabajo de parto.	Asociación Estadounidense de Hospitales (American Hospital Association), Encuesta Anual
Índice de Idoneidad de la Utilización de la Atención Prenatal	Un índice para evaluar cuándo y con qué frecuencia las personas embarazadas recibieron atención prenatal.	Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), archivo de natalidad
Índice de masa corporal	Una medida calculada a partir del peso y altura de una persona y usada para determinar si la persona está por debajo del peso apropiado, tiene un peso normal, tiene sobrepeso o tiene obesidad.	Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), archivo de natalidad
Índice de Vulnerabilidad Materna	Un índice usado para evaluar e identificar áreas donde las mamás son vulnerables a malos desenlaces de salud, lo que ayuda a dirigir intervenciones y recursos de manera efectiva.	Surgo Ventures
Médico de familia	Un médico capacitado para dar atención por enfermedades comunes y crónicas en niños y adultos con énfasis en la atención centrada en la persona y su bienestar general.	Junta Estadounidense de Medicina Familiar (American Board of Family Medicine)
Nacimiento prematuro	Un nacimiento de un bebé vivo antes de las 37 semanas de gestación.	Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), archivo de natalidad
Nivel Federal de Pobreza	Medida usada por el gobierno federal para determinar la elegibilidad para determinados programas y beneficios basados en ingresos.	Oficina del Censo (Census Bureau) de EE. UU., Encuesta de la Comunidad Americana
Partera Certificada	Una partera que cumple requisitos específicos de educación y certificación para brindar atención a mujeres durante el embarazo, parto y posparto.	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services), archivo de Identificadores de Proveedores Nacionales

Referencias

1. Institute of Medicine Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. *Access to Health Care in America*. (Millman M, ed.). National Academies Press (US); 1993. Consultado el 23 de mayo de 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
2. What Is Shortage Designation? | Bureau of Health Workforce. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://bhw.hrsa.gov/workforce-shortage-areas/shortage-designation>
3. Corman H, Dave DM, Reichman N. Effects of Prenatal Care on Birth Outcomes: Reconciling a Messy Literature. NBER Working Paper No. 24885. Publicado en agosto de 2018. Consultado el 23 de mayo de 2024. <https://www.nber.org/papers/w24885>
4. Kotelchuck M. Overview of Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Publicado en línea en septiembre de 1994. https://www.mchlibrary.org/databases/HSNRCPDFs/Overview_APCUIndex.pdf
5. Gadson A, Akpovi E, Mehta PK. Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Semin Perinatol*. 2017;41(5):308-317.
6. Kotelchuck M. The Adequacy of Prenatal Care Utilization Index: its US distribution and association with low birthweight. *Am J Public Health*. 1994;84(9):1486-1489.
7. What are the risk factors for preterm labor and birth? | NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Publicado el 9 de mayo de 2023. Consultado el 23 de mayo de 2024. https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/who_risk
8. Mohamoud YA, Cassidy E, Fuchs E, et al. Vital Signs: Maternity Care Experiences - United States, April 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72(35):961-967.
9. Sugar S, Peters C, De Lew N, Sommers BD. *Medicaid Churning and Continuity of Care: Evidence and Policy Considerations Before and After the COVID-19 Pandemic (Issue Brief No. HP-2021-10)*. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services; 2021. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/pdf/265366/medicaid-churning-ib.pdf>
10. Jones E, Lattof SR, Coast E. Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):267.
11. Shmerling A, Hoss M, Malam N, Staton EW, Lyon C. Prenatal Care via Telehealth. *Prim Care*. 2022;49(4):609-619.
12. Lynch CD, Conroy S, Jackson KA, Smith RM, Hade EM. Access to rideshare and satisfaction, prenatal healthcare utilisation, and preterm delivery among pregnant Medicaid recipients: A randomised controlled trial. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2023;37(3):201-211.
13. Enns JE, Nickel NC, Chartier M, et al. An unconditional prenatal income supplement is associated with improved birth and early childhood outcomes among First Nations children in Manitoba, Canada: a population-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):312.
14. Lang AY, Boyle JA, Fitzgerald GL, et al. Optimizing preconception health in women of reproductive age. *Minerva Ginecol*. 2018;70(1):99-119.
15. Fischer SJ, Royer H, White CD. Health Care Centralization: The Health Impacts of Obstetric Unit Closures in the US. Publicado en línea el 1 de junio de 2022. <https://www.nber.org/papers/w30141>
16. Hung P, Kozhimannil KB, Casey MM, Moscove IS. Why Are Obstetric Units in Rural Hospitals Closing Their Doors? *Health Serv Res*. 2016;51(4):1546-1560.
17. Valencia Z, Sen A, Kurowski D, Martin K, Bozzi D. Average Payments for Childbirth Among the Commercially Insured and Fee-for-Service Medicaid. HCCI. Consultado el 23 de mayo de 2024. <https://healthcostinstitute.org/hcci-originals-dropdown/all-hcci-reports/average-payments-for-childbirth-among-the-commercially-insured-and-fee-for-service-medicaid>
18. ACOG Policy Priorities: Payment Parity for Obstetric Services. Consultado el 2 de junio de 2024. <https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/payment-parity-for-obstetric-services>
19. MFM: Low-Risk Pregnancies | Obstetrics, Gynecology & Reproductive Sciences. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://obgyn.ucsf.edu/maternal-fetal-medicine/low-risk-pregnancies>
20. Moore JE, George KE, Bakst C, Shea K. *Improving Maternal Health Access, Coverage, and Outcomes in Medicaid: A Resource for State Medicaid Agencies and Medicaid Managed Care Organizations*. Institute for Medicaid Innovation. Consultado el 13 de mayo de 2024. https://medicaidinnovation.org/wp-content/uploads/2022/11/2020-IMI-Improving_Maternal_Health_Access_Coverage_and_Outcomes-Report-2.pdf
21. Alliman J, Bauer K, Williams T. Freestanding Birth Centers: An Evidence-Based Option for Birth. *J Perinat Educ*. 2022;31(1):8-13.
22. Almanza JI, Karbeah J 'Mag, Tessier KM, et al. The Impact of Culturally-Centered Care on Peripartum Experiences of Autonomy and Respect in Community Birth Centers: A Comparative Study. *Matern Child Health J*. 2022;26(4):895-904.
23. Howell E, Palmer A, Benatar S, Garrett B. Potential Medicaid cost savings from maternity care based at a freestanding birth center. *Medicare Medicaid Res Rev*. 2014;4(3):mmrr2014-004-03-a06.
24. Courtot B, Hill I, Cross-Barnet C, Markell J. Midwifery and Birth Centers Under State Medicaid Programs: Current Limits to Beneficiary Access to a High-Value Model of Care. *Milbank Q*. 2020;98(4):1091-1113.
25. BC Regulations - American Association of Birth Centers. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://www.birthcenters.org/bc-regulations>
26. Knox-Kazimierzczuk F, Trinh S, Odems D, Shockley-Smith M. Challenges and lessons learned birthing during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Sci Rep*. 2023;6(7):e1387.
27. Sakala C, Hernández-Cancio S, Wei R. Improving Our Maternity Care Now Through Community Birth Settings. *J Perinat Educ*. 2022;31(4):184-187.
28. *Projections of Supply and Demand for Women's Health Service Providers: 2018-2030*. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, National Center for Health Workforce Analysis; 2021. Consultado el 14 de mayo de 2024. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/projections-supply-demand-2018-2030.pdf>

29. *The State of the World's Midwifery 2021*. United Nations Population Fund https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf
30. Rayburn WF. *The Obstetrician-Gynecologist Workforce in the United States: Facts, Figures, and Implications, 2017*. American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2017.
31. Sabbath EL, McKetchnie SM, Arora KS, Buchbinder M. US Obstetrician-Gynecologists' Perceived Impacts of Post-Dobbs v Jackson State Abortion Bans. *JAMA Netw Open*. 2024;7(1):e2352109.
32. Cahan E. Lawsuits, Reimbursement, and Liability Insurance-Facing the Realities of a Post-Roe Era. *JAMA*. 2022;328(6):515-517.
33. Hammoud MM, Morgan HK, George K, et al. Trends in Obstetrics and Gynecology Residency Applications in the Year After Abortion Access Changes. *JAMA Netw Open*. 2024;7(2):e2355017.
34. Vinekar K, Karlapudi A, Bauer CC, et al. Abortion training in U.S. obstetrics and gynecology residency programs in a post-Dobbs era. *Contraception*. 2024;130:110291.
35. Rosenblatt RA, Cherkin DC, Schneeweiss R, et al. The structure and content of family practice: current status and future trends. *J Fam Pract*. 1982;15(4):681-722.
36. HHS Invests \$11 Million to Expand Medical Residencies in Rural Communities. Publicado el 26 de julio de 2023. Consultado el 14 de mayo de 2024. <https://www.hhs.gov/about/news/2023/07/26/hhs-invests-11-million-expand-medical-residencies-rural-communities.html>
37. Barreto TW, Eden A, Hansen ER, Peterson LE. Opportunities and Barriers for Family Physician Contribution to the Maternity Care Workforce. *Fam Med*. 2019;51(5):383-388.
38. *Defining Competent Maternal and Newborn Health Professionals*. World Health Organization; 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272817/9789241514200-eng.pdf>
39. A Brief History of Midwifery in America | OHSU. Consultado el 14 de mayo de 2024. <https://www.ohsu.edu/womens-health/brief-history-midwifery-america>
40. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;4(4):CD004667.
41. Guerra-Reyes L, Hamilton LJ. Racial disparities in birth care: Exploring the perceived role of African-American women providing midwifery care and birth support in the United States. *Women Birth*. 2017;30(1):e9-e16.
42. Hayward A, Cidro J. Indigenous Birth as Ceremony and a Human Right. *Health Hum Rights*. 2021;23(1):213-224.
43. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192523.
44. Vanderlaan J. *Access to Midwifery Care National Chartbook*. Consultado el 22 de mayo de 2024. <https://www.midwife.org/midwifery-workforce>
45. Baker MV, Butler-Tobah YS, Famuyide AO, Theiler RN. Medicaid Cost and Reimbursement for Low-Risk Prenatal Care in the United States. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(5):589-596.
46. Herndon A, Vanderlaan J. Associations Between State Practice Regulations and Access to Midwifery Care. *J Midwifery Womens Health*. 2024;69(1):17-24.
47. Barker AR, Li L. The cumulative impact of health insurance on health status. *Health Serv Res*. 2020;55 Suppl 2(Suppl 2):815-822.
48. Tolbert J, Drake P, Damico A. Key Facts about the Uninsured Population. Kaiser Family Foundation (KFF). Publicado el 18 de diciembre de 2023. Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
49. Daw JR, MacCallum-Bridges CL, Kozhimannil KB, Admon LK. Continuous Medicaid Eligibility During the COVID-19 Pandemic and Postpartum Coverage, Health Care, and Outcomes. *JAMA Health Forum*. 2024;5(3):e240004.
50. Margerison CE, MacCallum CL, Chen J, Zamani-Hank Y, Kaestner R. Impacts of Medicaid Expansion on Health Among Women of Reproductive Age. *Am J Prev Med*. 2020;58(1):1-11.
51. Medicaid and CHIP Income Eligibility Limits for Pregnant Women as a Percent of the Federal Poverty Level. Kaiser Family Foundation (KFF). Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.kff.org/affordable-care-act/state-indicator/medicaid-and-chip-income-eligibility-limits-for-pregnant-women-as-a-percent-of-the-federal-poverty-level/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
52. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(RR-6):1-23.
53. Community-Based Models to Improve Maternal Health Outcomes and Promote Health Equity. The Commonwealth Fund. Publicado el 4 de marzo de 2021. Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2021/mar/community-models-improve-maternal-outcomes-equity>
54. Gordon SH, Lee S, Steenland MW, Deen N, Feinberg E. Extended Postpartum Medicaid in Colorado Associated with Increased Treatment for Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *Health Aff (Millwood)*. 2024;43(4):523-531.
55. Trost SL, Beauregard J, Chandra G, et al. *Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017-2019*. Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services; 2022. Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.cdc.gov/maternal-mortality/php/data-research/index.html>
56. Medicaid Postpartum Coverage Extension Tracker. Kaiser Family Foundation (KFF). Publicado el 7 de mayo de 2024. Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-postpartum-coverage-extension-tracker/>
57. Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. Kaiser Family Foundation (KFF). Publicado el 8 de mayo de 2024. Consultado el 9 de mayo de 2024. <https://www.kff.org/affordable-care-act/issue-brief/status-of-state-medicicaid-expansion-decisions-interactive-map/>
58. Roa L, Uribe-Leitz T, Fallah PN, et al. Travel Time to Access Obstetric and Neonatal Care in the United States. *Obstet Gynecol*. 2020;136(3):610-612.
59. Minion SC, Krans EE, Brooks MM, Mendez DD, Haggerty CL. Association of Driving Distance to Maternity Hospitals and Maternal and Perinatal Outcomes. *Obstet Gynecol*. 2022;140(5):812-819.

60. Gutvirtz G, Wainstock T, Landau D, Sheiner E. Unplanned Out-of-Hospital Birth-Short and Long-Term Consequences for the Offspring. *J Clin Med*. 2020;9(2):339.
61. Örtqvist AK, Haas J, Ahlberg M, Norman M, Stephansson O. Association between travel time to delivery unit and unplanned out-of-hospital birth, infant morbidity and mortality: A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(8):1478-1489.
62. Kozhimannil KB, Hung P, Henning-Smith C, Casey MM, Prasad S. Association Between Loss of Hospital-Based Obstetric Services and Birth Outcomes in Rural Counties in the United States. *JAMA*. 2018;319(12):1239-1247.
63. ESRI. Optimized Hot Spot Analysis (Spatial Statistics)—ArcGIS Pro. Consultado el 24 de mayo de 2024. <https://pro.arcgis.com/en/pro-app/3.1/tool-reference/spatial-statistics/optimized-hot-spot-analysis.htm>
64. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJK. *Births: Provisional Data for 2023. Vital Statistics Rapid Release*; No 35. Abril de 2024. <https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr035.pdf>
65. Chandra-Mouli V, Akwara E. Improving access to and use of contraception by adolescents: What progress has been made, what lessons have been learnt, and what are the implications for action? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;66:107-118.
66. Oberhauser AM. Women in the U.S. are having fewer babies. What's driving this trend? World Economic Forum. Publicado el 9 de julio de 2021. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://www.weforum.org/agenda/2021/07/declining-fertility-rates-research/>
67. Dench D, Pineda-Torres M, Myers CK. The Effects of the Dobbs Decision on Fertility. IZA Discussion Paper No. 16608. Publicado el 27 de noviembre de 2023. Consultado el 13 de mayo de 2024. <https://papers.ssrn.com/abstract=4636864>
68. Barfield WD, Warner L. Preventing chronic disease in women of reproductive age: opportunities for health promotion and preventive services. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E34.
69. Stanhope KK, Worrell N, Jamieson DJ, Geary FH, Boulet SL. Double, Triple, and Quadruple Jeopardy: Entering Pregnancy with Two or More Multimorbid Diagnoses and Increased Risk of Severe Maternal Morbidity and Postpartum Readmission. *Womens Health Issues*. 2022;32(6):607-614.
70. Mitanchez D, Zydorczyk C, Simeoni U. What neonatal complications should the pediatrician be aware of in case of maternal gestational diabetes? *World J Diabetes*. 2015;6(5):734-743.
71. Madi SRC, Garcia RMR, Souza VC de, Rombaldi RL, Araújo BF de, Madi JM. Effect of Obesity on Gestational and Perinatal Outcomes. *Rev Bras Ginecol E Obstet*. 2017;39(7):330-336.
72. Hayes DK, Robbins CL, Ko JY. Trends in Selected Chronic Conditions and Related Risk Factors Among Women of Reproductive Age: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2011-2017. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020;29(12):1576-1585.
73. Admon LK, Winkelman TNA, Moniz MH, Davis MM, Heisler M, Dalton VK. Disparities in Chronic Conditions Among Women Hospitalized for Delivery in the United States, 2005-2014. *Obstet Gynecol*. 2017;130(6):1319-1326.
74. Temkin SM, Barr E, Moore H, Caviston JP, Regensteiner JG, Clayton JA. Chronic conditions in women: the development of a National Institutes of health framework. *BMC Womens Health*. 2023;23(1):162.
75. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e78-e89.
76. US Department of Health and Human Services. Social Determinants of Health. Healthy People 2030. Consultado el 23 de mayo de 2024. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
77. Grobman WA, Entringer S, Headen I, et al. Social determinants of health and obstetric outcomes: A report and recommendations of the workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(2):B2-B16.
78. Kramer MR, Strahan AE, Preslar J, et al. Changing the conversation: applying a health equity framework to maternal mortality reviews. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(6):609.e1-609.e9.
79. Dagher RK, Linares DE. A Critical Review on the Complex Interplay between Social Determinants of Health and Maternal and Infant Mortality. *Child Basel Switz*. 2022;9(3):394.
80. Salazar EG, Montoya-Williams D, Passarella M, et al. County-Level Maternal Vulnerability and Preterm Birth in the US. *JAMA Netw Open*. 2023;6(5):e2315306.
81. McLemore MR, D'Efilippo V. To Prevent Women from Dying in Childbirth, First Stop Blaming Them. Scientific American. Publicado el 1 de mayo de 2019. Consultado el 23 de mayo de 2024. <https://www.scientificamerican.com/article/to-prevent-women-from-dying-in-childbirth-first-stop-blaming-them/>
82. Larrabee Sonderlund A, Schoenthaler A, Thilising T. The Association between Maternal Experiences of Interpersonal Discrimination and Adverse Birth Outcomes: A Systematic Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1465.
83. 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. *Lancet Reg Health Am*. 2023;20:100456.
84. Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health. *J Womens Health* 2002. 2021;30(2):230-235.
85. Malawa Z, Gaarde J, Spellen S. Racism as a Root Cause Approach: A New Framework. *Pediatrics*. 2021;147(1):e2020015602.
86. Liu SR, Glynn LM. The contribution of racism-related stress and adversity to disparities in birth outcomes: evidence and research recommendations. *F S Rep*. 2022;3(2 Suppl):5-13.
87. Hux VJ, Catov JM, Roberts JM. Allostatic load in women with a history of low birth weight infants: the national health and nutrition examination survey. *J Womens Health*. 2014;23(12):1039-1045.
88. Clark A, Wescott P, Mitchell N, Mahdi I, Crear-Perry J. Centering equity: addressing structural and social determinants of health to improve maternal and infant health outcomes. *Semin Perinatol*. 2022;46(8):151661.
89. Smith TM. How legacy of medical racism shapes U.S. health care today. American Medical Association. Publicado el 31 de enero de 2022. Consultado el 23 de mayo de 2024. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/health-equity/how-legacy-medical-racism-shapes-us-health-care-today>

90. Chambers BD, Taylor B, Nelson T, et al. Clinicians' Perspectives on Racism and Black Women's Maternal Health. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2022;3(1):476-482.
91. Alhusen JL, Bower KM, Epstein E, Sharps P. Racial Discrimination and Adverse Birth Outcomes: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(6):707-720.
92. Beach MC, Saha S, Park J, et al. Testimonial Injustice: Linguistic Bias in the Medical Records of Black Patients and Women. *J Gen Intern Med*. 2021;36(6):1708-1714.
93. Sim W, Lim WH, Ng CH, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: A qualitative systematic review. *PLoS One*. 2021;16(8):e0255936.
94. Ben J, Cormack D, Harris R, Paradies Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189900.
95. Ford TN, Michener J. Medicaid Reimbursement Rates Are a Racial Justice Issue. The Commonwealth Fund. Publicado el 16 de junio de 2022. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2022/medicaid-reimbursement-rates-are-racial-justice-issue>
96. Dunn A, Gottlieb J, Shapiro A, Sonnenstuhl DJ, Tebaldi P. A Denial a Day Keeps the Doctor Away. BFI Working Paper. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://bfi.uchicago.edu/working-paper/2021-80/>
97. *The Cost of Having a Baby in the United States*. Truven Health Analytics; 2013. <https://nationalpartnership.org/wp-content/uploads/2023/02/the-cost-of-having-a-baby-in-the-us.pdf>
98. Hung P, Henning-Smith CE, Casey MM, Kozhimannil KB. Access to Obstetric Services in Rural Counties Still Declining, with 9 Percent Losing Services, 2004-14. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36(9):1663-1671.
99. Ranji U, Salganicoff A, Published IG. Postpartum Coverage Extension in the American Rescue Plan Act of 2021. Kaiser Family Foundation (KFF). Publicado el 18 de marzo de 2021. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://www.kff.org/policy-watch/postpartum-coverage-extension-in-the-american-rescue-plan-act-of-2021/>
100. Preconception health | Office on Women's Health. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/you-get-pregnant/preconception-health>
101. Myerson R, Crawford S, Wherry LR. Medicaid Expansion Increased Preconception Health Counseling, Folic Acid Intake, and Postpartum Contraception. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(11):1883-1890.
102. Lindrooth RC, Perrailon MC, Hardy RY, Tung GJ. Understanding the Relationship Between Medicaid Expansions and Hospital Closures. *Health Aff (Millwood)*. 2018;37(1):111-120.
103. Opportunities to Improve Maternal Health Through Value-Based Payments. AHIP. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.ahip.org/resources/opportunities-to-improve-maternal-health-through-value-based-payments>
104. *Realizing the Transformational Potential of Maternity Care Payment Reform*. National Partnership for Women & Families; 2024. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://nationalpartnership.org/wp-content/uploads/maternityAPM-report.pdf>
105. Value-Based Payment for Maternity Care in Medicaid: Findings from Five States. MACPAC. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.macpac.gov/publication/value-based-payment-for-maternity-care-in-medicaid-findings-from-five-states/>
106. Cunningham SD, Herrera C, Udo IE, et al. Maternal Medical Complexity: Impact on Prenatal Health Care Spending among Women at Low Risk for Cesarean Section. *Womens Health Issues*. 2017;27(5):551-558.
107. Kerby T, Bidgood R, Le D. Why effective maternity care requires an innovative, value-based strategy. HFMA. Publicado el 22 de octubre de 2020. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.hfma.org/payment-reimbursement-and-managed-care/value-based-payment/why-effective-maternity-care-requires-an-innovative-value-based/>
108. Hill I, Dubay L, Courtot B, et al. *Strong Start for Mothers and Newborns Evaluation: Year 5 Project Synthesis. Volume 1: Cross-Cutting Findings*. Urban Institute. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://downloads.cms.gov/files/cmml/strongstart-prenatal-finalevalrpt-v1.pdf>
109. Williams T, Bixiones C, Standard V, Orton R. *How Freestanding Birth Centers Can Health Solve the Maternal Health Crisis in the U.S*. Maternal Health Learning & Innovation Center. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://maternalhealthlearning.org/resources/how-freestanding-birth-centers-can-health-solve-the-maternal-health-crisis-in-the-u-s/>
110. Moore JE. New Roadmap & Checklist on High-Value, Evidence-Based Maternal Models of Care in Medicaid. Institute for Medicaid Innovation. Publicado el 21 de mayo de 2021. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://medicaidinnovation.org/new-roadmap-checklist-on-high-value-evidence-based-maternal-models-of-care-in-medicaid/>
111. *Getting Payment Right: How to Unlock High-Value Care Through Appropriate Birth Center Reimbursement*. American Association of Birth Centers. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.birthcenters.org/products/getting-payment-right>
112. Jeffers NK. Confronting the Issue of Maternity Care Deserts. Publicado el 28 de agosto de 2023. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://nursing.jhu.edu/magazine/articles/2023/08/confronting-the-issue-of-maternity-care-deserts/>
113. Vanderlaan J, Jefferson K. *Midwifery Policy Toolkit*. American College of Nurse-Midwives. Consultado el 26 de junio de 2024. https://www.midwife.org/acnm/files/cclibraryfiles/filename/000000009130/2024_policy_advocacy_toolkit_final.pdf
114. *Availability of Hospital-Based Obstetric Care in Rural Areas*. GAO (U.S. Government Accountability Office); 2022. Consultado el 25 de junio de 2024. <https://www.gao.gov/assets/gao-23-105515.pdf>
115. *A Framework for Defining Telehealth*. Telehealth Resource Centers. Consultado el 25 de junio de 2024. https://cdn.cchpca.org/files/2018-10/Telehealth%20Definintion%20Framework%20for%20TRCs_O.pdf
116. DeNicola N, Grossman D, Marko K, et al. Telehealth Interventions to Improve Obstetric and Gynecologic Health Outcomes: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2020;135(2):371-382.
117. Affordable Connectivity Program | Federal Communications Commission. Consultado el 26 de junio de 2024. <https://www.fcc.gov/acp>