



En 2024, nacieron 9,516 bebés prematuros en Nueva Jersey. Nueva Jersey ocupa el puesto 10 de 52 (incluye todos los estados, DC y Puerto Rico) en cuanto a nacimientos prematuros, con una tasa del 9.4%.

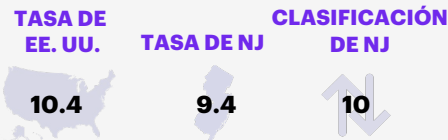
Nueva Jersey ha experimentado una mejora significativa en las cesáreas de bajo riesgo desde el año pasado.

En la actualidad, Nueva Jersey está implementando seis de las seis iniciativas de apoyo a la salud materno-infantil incluidas en el Informe de Calificaciones de este año.

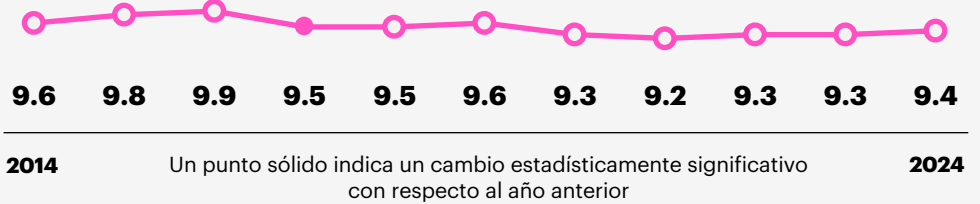
La tasa de nacimientos prematuros en Nueva Jersey fue del 9.4% en 2024, inferior a la de 2023

GRADO DE NACIMIENTO PREMATURO

C+



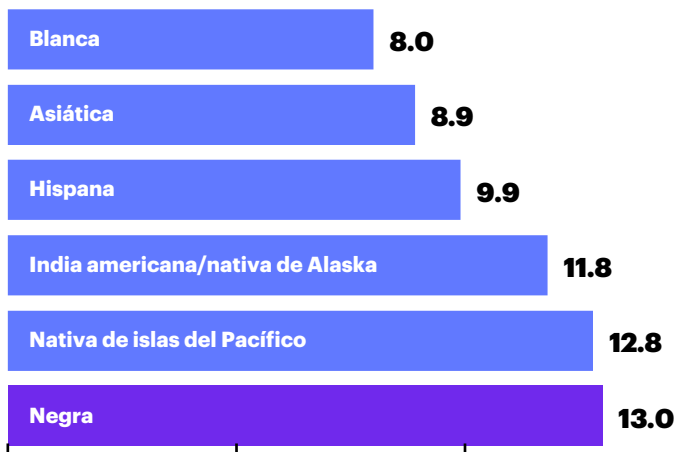
Porcentaje de nacimientos de bebés vivos que nacieron prematuros



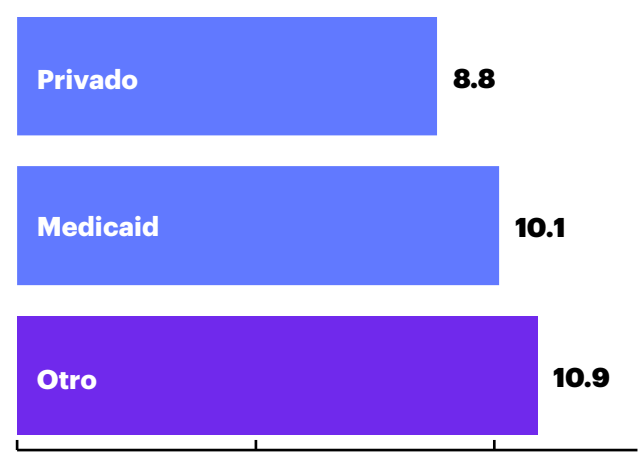
Nota: El cambio en 2024 no representó un aumento estadísticamente significativo ($P < 0.05$) en comparación con 2023. La significancia estadística implica que es poco probable que la diferencia se deba al azar y que probablemente refleje un cambio significativo, aunque este no siempre sea de gran magnitud.

Los datos que se presentan a continuación ilustran las diferencias en las tasas de nacimientos prematuros según la raza/etnia y el tipo de seguro, las cuales pueden reflejar factores sociales y económicos más amplios

Tasa de nacimientos prematuros según la raza/etnia materna, 2022-2024



Tasa de nacimiento prematuros según el tipo de seguro, 2022-2024



Nota: Estos datos pueden servir como punto de partida para debatir cómo abordar las desigualdades causadas por factores y experiencias comunitarias. Tasas de nacimientos prematuros para otros tipos de seguro: pago por cuenta propia: 11.3%; Tricare: N/A; Indian Health Service: N/A; y todos los demás tipos: 9.1%.

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), Natality data, 2014-2024.

Nueva Jersey

Algunas condiciones de salud aumentan la probabilidad de un nacimiento prematuro o de otros resultados adversos en el parto.

Los recuadros muestran el porcentaje de todos los nacimientos de bebés vivos expuestos a cada condición en 2024.



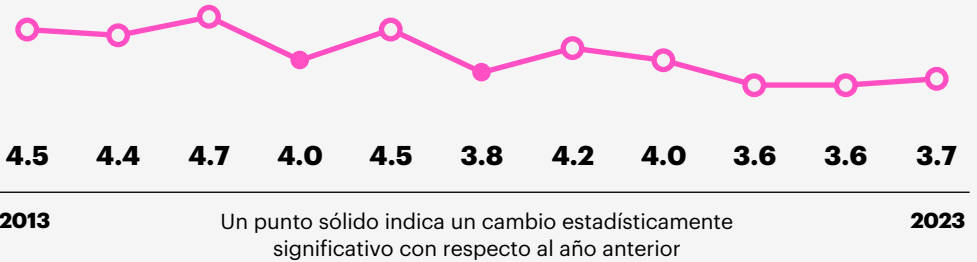
Nota: Pueden presentarse varios factores al mismo tiempo. La hipertensión, la diabetes, el tabaquismo y el peso no saludable son factores de riesgo previos al embarazo. Los porcentajes en EE. UU. son los siguientes: tabaquismo: 3.0%; hipertensión: 3.4%; peso no saludable: 34.8%; diabetes: 1.3%; e hipertensión en el embarazo: 10.4%.

La tasa de mortalidad infantil disminuyó en la última década; en 2023, 373 bebés fallecieron antes de cumplir un año.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

3.7

Tasa por cada 1,000 nacimientos de bebés vivos



TASA DE EE. UU.



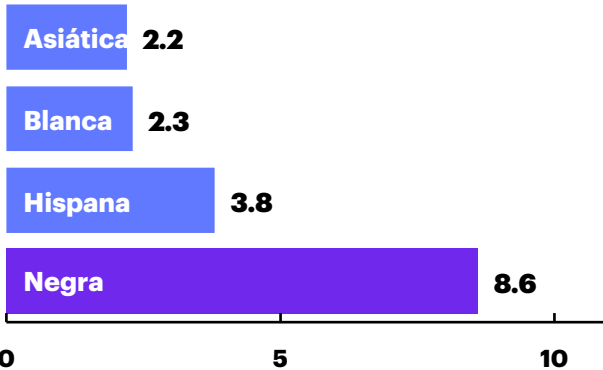
TASA DE NJ



La tasa de mortalidad infantil entre los bebés nacidos de mamás negras es 2.3 veces la tasa del estado

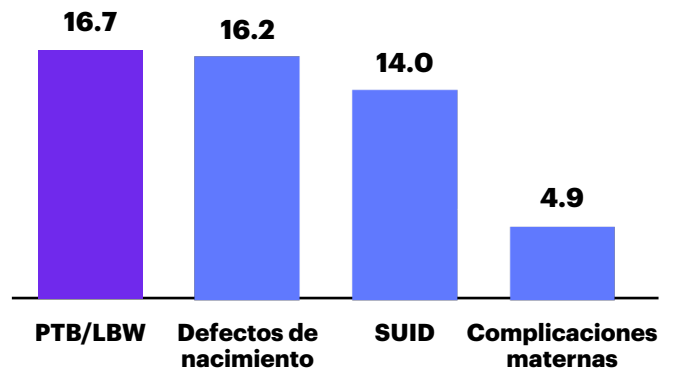
Tasa de mortalidad infantil según la raza/etnia materna

Tasa por cada 1,000 nacimientos de bebés vivos, 2021-2023



Principales causas de muerte infantil

Porcentaje del total de muertes por causa subyacente, 2021-2023



Nota: PI = nativo de islas del Pacífico; AIAN = Indio americano/nativo de Alaska; PTB/LBW = nacimiento prematuro y bajo peso al nacer; SUID = muerte súbita e inesperada del lactante. Otras causas representan el 48.2% de las muertes infantiles. El gráfico de las principales causas de muerte infantil se actualizó en febrero de 2026.

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), Period Linked Birth/Infant Death data, 2013-2023.

Nueva Jersey

La tasa de atención prenatal inadecuada entre los bebés nacidos de mamás nativas de islas del Pacífico es 2.2 veces la tasa del estado

16.2

POR CIENTO



16.1

ATENCIÓN PRENATAL INADECUADA

Porcentaje de bebés cuyas mamás recibieron atención a partir del quinto mes o más tarde, o menos del 50% del número de visitas apropiadas para la edad gestacional del bebé.

74.8

POR CIENTO

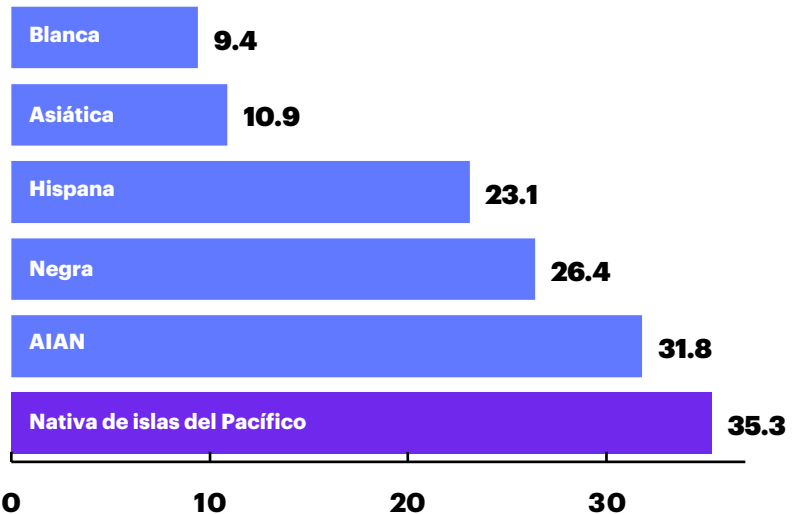


75.5

INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL DE TERCER TRIMESTRE

Porcentaje de bebés cuyas mamás iniciaron la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo.

Atención prenatal inadecuada según la raza/etnia materna, 2022-2024



Nota: PI = nativa de islas del Pacífico; AIAN = India americana/nativa de Alaska.

Las siguientes medidas son indicadores importantes de la salud de las mujeres embarazadas y en el posparto en Nueva Jersey

26.7

POR CIENTO



26.6

CESÁREAS DE BAJO RIESGO

Porcentaje de cesáreas en mamás primerizas, con un solo bebé, en presentación cefálica y con al menos 37 semanas de gestación.

78.7

POR CADA 10,000 PARTOS EN HOSPITAL



93.1

MORBILIDAD MATERNA GRAVE

Tasa de resultados inesperados del trabajo de parto y el parto que resultan en consecuencias significativas para la salud a corto o largo plazo.

23.9

POR CADA 100,000 NACIMIENTOS



23.5

MORTALIDAD MATERNA

Tasa de mortalidad por complicaciones del embarazo o el parto que ocurren durante el embarazo o dentro de las seis semanas posteriores a su finalización.

Fuentes: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), Natality data, 2024; National Center for Health Statistics, Mortality data, 2019-2023; HCUP Fast Stats. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP). Diciembre de 2024. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://datatools.ahrq.gov/hcup-fast-stats>.

	Nacimiento prematuro	Mortalidad infantil	Cesárea de bajo riesgo	PNC* adecuada	Morbilidad materna grave	Mortalidad materna
Medida	9.4%	3.7	26.7%	73.0%	78.7	23.9
Clasificación	10.º de 52	4.º de 52	33.º de 52	42.º de 52	13.º de 47	25.º de 48
Dirección†	Empeoró	Empeoró	Mejóro†	Empeoró†	Mejóro	Mejóro
Meta HP2030	9.4% de nacimientos de bebés vivos	5.0 muertes por cada mil nacimientos	23.6% de nacimientos de bajo riesgo	80.5% de nacimientos de bebés vivos	64.4 por cada 10 mil partos en hospital	15.7 muertes por cada 100 mil nacimientos

Nota: *Esta medida difiere de PNC inadecuada. Se presenta la categoría adecuada para alinearse con la meta de Healthy People 2030. La clasificación se determinó para todos los estados con datos disponibles, y 1 la mejor. †Indica un cambio estadísticamente significativo con respecto al año anterior ($P < 0.05$). Consulte las [Notas Técnicas](#) para obtener detalles.

Nueva Jersey

La adopción de las siguientes políticas y programas, junto con la financiación suficiente, es fundamental para mejorar la salud materno-infantil en Nueva Jersey

Todas las iniciativas se evaluaron el 26 de septiembre de 2025.



EXTENSIÓN DE MEDICAID

El estado ha extendido la cobertura para mujeres hasta un año posparto.



EXPANSIÓN DE MEDICAID

Esta política, adoptada por el estado, permite un mayor acceso a la atención preventiva antes, durante y después del embarazo.



REEMBOLSO POR SERVICIOS DE DOULA

La agencia Medicaid del estado reembolsa activamente los servicios de atención de doula.



LICENCIA FAMILIAR PAGA

El estado exige a los empleadores del sector privado que ofrezcan una opción paga para las familias en licencia parental.



SALUD MENTAL

El estado exige que los médicos clínicos realicen pruebas de detección de depresión posparto a las mujeres aseguradas por Medicaid durante las consultas de control pediátrico y reembolsa el costo de dichas pruebas.



REVISIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

El estado cuenta con un comité de revisión de mortalidad materna para comprender las causas de las muertes, identificar factores de prevención y recomendar cambios para mejorar la atención y salvar vidas.

Leyenda



El estado cuenta con el programa/política indicada



El estado reembolsa hasta \$1,500



El estado está progresando con la legislación, pero aún no está en vigor



El estado no cuenta con el programa/política indicada

El programa de Medicaid de Nueva Jersey, NJ FamilyCare, cubrió 29,951 nacimientos en 2024



29.6

POR CIENTO

NACIMIENTOS DE BEBÉS VIVOS PAGADOS POR MEDICAID

March of Dimes reconoce la vital importancia de Medicaid, que cubre 4 de cada 10 partos en todo el país (hasta un 62% en algunos estados). El acceso a la cobertura de Medicaid garantiza que las personas puedan recibir servicios de prevención y otros cuidados clínicos antes, durante y después del embarazo.

Debido al rol fundamental de Medicaid en el apoyo a la salud materna, infantil y del niño, March of Dimes insta a los estados a:

- Mantener o expandir la elegibilidad y los beneficios para las personas embarazadas y en el posparto, sus cuidadores y los niños.
- Garantizar que las mamás y los bebés inscritos en Medicaid continúen recibiendo atención sin interrupciones durante la implementación de los cambios en las políticas.
- Comunicar claramente cualquier cambio en las políticas, incluso los requisitos laborales, la verificación de domicilio, las revisiones frecuentes de elegibilidad y los límites de cobertura retroactivos, y otorgar tiempo suficiente para contactar y completar las actualizaciones.
- Aumentar el acceso a la atención médica en comunidades afectadas por el cierre de hospitales o la falta de servicios de maternidad.
- Aumentar el acceso a servicios y tecnología de telesalud de calidad, basados en evidencia, incluso el monitoreo remoto, y apoyar la alineación de los reembolsos entre los pagadores.
- Proporcionar reembolsos suficientes a todos los proveedores para incentivar su participación en los programas de Medicaid.

Nota: Consulte el [Folleto de políticas y programa](#) para más detalles.

Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics), Natality data, 2024.