

Instrucciones para los manteles individuales informativos

Cada cinco años, la Oficina de Salud Familiar (BFH, por sus siglas en inglés) debe llevar a cabo una evaluación integral a nivel estatal sobre la salud de las mujeres, las personas que están embarazadas o que han dado a luz recientemente, bebés, niños, adolescentes y niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud como un requisito del Ramo para los Servicios de Salud Materna e infantil (MCH, por sus siglas en inglés) del Título V de Pensilvania. Esta evaluación identifica las necesidades de salud prioritarias que guiarán el trabajo de las agencias de salud pública estatales y locales financiadas por el Título V. Durante esta evaluación, la BFH también evalúa su capacidad para atender a las poblaciones del MCH. Como parte de nuestra misión, la BFH está solicitando la opinión del público sobre las necesidades más importantes del MCH que deben abordarse en Pensilvania.

Propósito de los manteles individuales informativos

Cada mantel individual informativo define y resume al menos uno de los problemas o necesidades de salud que se están considerando como una posible prioridad que debe abordarse con base en los resultados del análisis de los datos de salud disponibles, así como de las opiniones recibidas de las familias, los beneficiarios de los servicios y los proveedores desde 2020. Estos datos son importantes porque caracterizan el estado de salud de las mujeres, los lactantes, los niños, los adolescentes y los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud en Pensilvania. Sin embargo, es importante señalar que los temas descritos en los manteles individuales informativos no existen de forma aislada y pueden estar relacionados con muchas otras necesidades de salud. **La BFH y las partes interesadas utilizarán estos datos para informar la selección de siete a diez necesidades de salud prioritarias que abordará el programa del Título V en los próximos cinco años.**

Hay algunas ideas que debe tener en cuenta durante la revisión de los manteles individuales informativos:

Nuestra misión

La BFH del Departamento de Salud tiene la misión de proteger por igual y promover equitativamente la salud y el bienestar de las personas embarazadas, sus parejas, sus hijos y todas las familias de Pensilvania.

Equidad en salud

La BFH y su Programa del Título V reconocen que el racismo sistémico, otras formas de opresión y las desigualdades sociales, medioambientales y económicas contribuyen a los malos resultados de salud y tienen un mayor impacto en la salud que las elecciones individuales, los comportamientos o incluso su acceso a la atención de salud. Estos factores y experiencias de discriminación repercuten en la salud de una persona a lo largo de toda su vida y pueden ocasionar traumas que afecten a la salud de varias generaciones. Ciertas comunidades y grupos que han sufrido discriminación y opresión históricas y continuas suelen experimentar una mayor carga de resultados negativos para la salud en comparación con otros. En estos documentos se resaltarán las diferencias en los resultados de salud, ya que estas diferencias deben identificarse y abordarse para que todas las personas logren la salud y el bienestar. Es importante señalar que estas diferencias en los resultados de salud por raza, etnia, ingresos, identidad de género, orientación sexual y otras características son el resultado de circunstancias sistémicas, injustas e inequitativas.

Los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (SDOH, por sus siglas en inglés) son los factores no médicos que influyen en los resultados de salud. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen las políticas y sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales, el racismo, el cambio climático y los sistemas políticos. Los SDOH se mencionan en la sección de "Factores que influyen en el problema".

Cómo leer los manteles individuales informativos

El nombre "**Dominio**" se refiere a las poblaciones de MCH según lo establecido por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés):

Lactantes - Los lactantes son niños en su primer año de vida, durante los 365 días siguientes al nacimiento.

Niños - Se considera niño a cualquier persona entre 1 y 21 años.

Adolescentes - La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo entre la infancia y la edad adulta. A efectos de los manteles individuales informativos, los adolescentes se definen como los jóvenes entre los 12 y los 21 años.

Niños y Jóvenes con Necesidades de Salud Especiales (CYSHCN, por sus siglas en inglés) - Niños entre la infancia y los 21 años que padecen, o corren un mayor riesgo de padecer una condición de salud crónica física, de desarrollo, conductual o emocional, y que además necesitan servicios de salud y afines de un tipo o en una cantidad superior a la requerida por los niños en general.

Mujeres/Maternidad - Con una excepción, este dominio de población aparece como **personas embarazadas y en posparto** en los manteles individuales informativos. La HRSA define a la mujer embarazada desde el momento en que concibe hasta 60 días después del nacimiento, el parto o la expulsión del feto. Sin embargo, en el mantel informativo se habla del estado de salud de las mujeres, las personas en edad fértil, las personas embarazadas y las personas que han dado a luz o han sido padres recientemente. El programa del Título V ofrece servicios y apoyo a todas las personas que pueden dar a luz o lo hacen, incluidas las personas transgénero y no binarias que dan a luz. Para algunos indicadores, puede utilizarse el término mujeres si así es como la encuesta o el sistema de datos se refiere a las personas que contestan la encuesta. El programa del Título V también reconoce el derecho de toda persona a decidir si desea tener un hijo. Aunque los indicadores de este ámbito se describen en relación con el embarazo, el Título V tiene como objetivo promover la salud y el bienestar de todas las familias. La BFH reconoce que el estado de embarazo, el proceso de dar a luz o de finalizar un embarazo de cualquier otro modo, y el acto de criar a los hijos y cuidar de ellos son inclusivos para todos los géneros, aunque también reconoce que las fuentes de datos pueden no serlo.

La sección "**¿Qué es _____?**" enumera y describe algunos términos y conceptos importantes que aparecen a lo largo del documento. Estar familiarizado con estos términos es importante para entender el tema y poder hacer aportaciones. También es importante que todos los miembros de la comunidad tengan una comprensión común de los términos para estar en sintonía cuando se habla del tema.

La sección "**Por qué es importante abordar _____**" enumera algunas razones por las que el Departamento busca aportaciones y comentarios sobre un tema y por qué abordarlo podría ser una prioridad en el próximo ciclo de subvenciones.

La sección "**Factores que influyen en el problema**" describe factores, como Determinantes Sociales de la Salud específicos, que influyen en el tema y están relacionados con él. Consulte más arriba para ver una definición de determinantes sociales de la salud.

La sección "**Conclusiones sobre gráficos y datos**" muestra medidas de datos específicos del tema, así como tendencias en los datos. Aunque las tendencias generales están mejorando, es posible que no sea así para todas las poblaciones y se detectan desigualdades en todas ellas. Las conclusiones resumen algunos puntos clave sobre los que se debe reflexionar en los debates sobre prioridades. Es importante considerar estos datos, pero también se anima a los participantes a utilizar cualquier otra información y experiencia que puedan tener. Las medidas pueden desglosarse por características demográficas seleccionadas, como raza/etnia, edad, nivel socioeconómico, sexo, identidad de género y orientación sexual. En la sección de Gráficos/datos se utilizan principalmente datos de todo el estado porque el programa del Título V debe tener en cuenta todo el estado cuando establece las prioridades que sirven como guía para su plan de acción estatal. A medida que el Título V evalúa si sus prioridades continúan siendo relevantes y responden a las necesidades de todo el estado, es necesario evaluar los indicadores de salud estatales. Cuando es posible, se resaltan las disparidades por región geográfica o condado para ciertas medidas. La BFH reconoce que el estado de salud es dinámico y que estos informes sólo ofrecen una visión general de los indicadores de salud en un momento dado. La BFH ha intentado utilizar los datos más recientes en estos informes y se compromete a publicar versiones actualizadas a medida que se disponga de datos actualizados.

Las referencias de los **manteles individuales informativos** incluyen todas las fuentes de datos y citas a las que se hace referencia en los manteles individuales.

¿Qué pasa después?

Las siete a diez prioridades que se seleccionen a través del proceso de evaluación de necesidades ayudarán desarrollar los temas que los programas estatales y locales del Título V que el personal y los beneficiarios abordarán en los próximos cinco años (2026-2030). Los socios de salud materna e infantil y el personal del Título V desarrollarán y aplicarán programas y estrategias destinados a promover y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, las personas embarazadas o que hayan dado a luz recientemente, los niños, los adolescentes y los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención sanitaria y sus familias.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Atención de salud conductual durante el embarazo y el posparto

¿Qué es la atención de salud conductual durante el embarazo y el posparto?

La **salud conductual** generalmente se refiere a los trastornos de salud mental y uso de sustancias, las crisis y los factores estresantes de la vida y los síntomas físicos relacionados con el estrés. La atención de salud conductual se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esas condiciones¹.

- La **salud mental** se refiere al bienestar emocional, cognitivo y psicológico de una persona². La **depresión perinatal**, la depresión que ocurre durante el embarazo, se ha asociado con el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento fetal³. La **depresión posparto**, que puede confundirse con la melancolía posparto, por lo general se desarrolla dentro de las primeras semanas después del parto⁴. Los síntomas pueden provocar problemas con la lactancia materna, dificultades en las relaciones o un aumento del consumo de sustancias⁵.
- El **trastorno por consumo de sustancias (TCS)** es el uso indebido repetido de alcohol o drogas⁶. El enfoque principal de este tema son los medicamentos o fármacos como los opioides, las benzodiazepinas y los barbitúricos de venta con receta, el tratamiento asistido con medicamentos o el uso ilícito.

Por qué es importante abordar la atención de salud conductual durante el embarazo y el posparto:

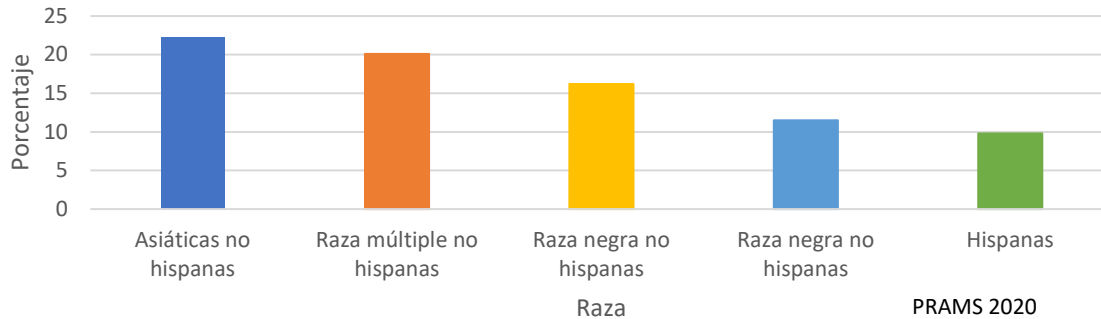
- Las condiciones de salud conductual se asocian con varios comportamientos y resultados adversos para la salud, como un vínculo más deficiente entre la madre y el bebé, la disminución del inicio de la lactancia materna y el retraso en el desarrollo infantil^{5,8}.
- Las condiciones de salud conductual son una de las principales causas de muertes relacionadas con el embarazo a nivel nacional⁹.
- Los índices de depresión posparto son más altos entre las personas con una educación inferior a la preparatoria, las personas cubiertas por Medicaid y las personas de raza negra que dan a luz¹⁰.
- Las condiciones de salud conductual no tratadas durante el embarazo tienen el potencial de afectar negativamente a la salud materna e infantil^{3,11}.
- La discriminación y los prejuicios raciales pueden estar presentes entre los proveedores, lo que afecta las decisiones de atención y tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias¹².

Factores que influyen en el problema:

- Los factores de riesgo de la depresión posparto pueden incluir las complicaciones perinatales, como la diabetes gestacional y el parto prematuro, el mal tratamiento hospitalario durante el parto¹³, los problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud, como la falta de apoyo social y una vida con un nivel alto de estrés, las experiencias con traumas o abusos, los antecedentes de depresión¹⁴, los embarazos no planificados y los antecedentes de depresión o trastornos de salud mental^{13,15}.
- La experiencia de racismo o discriminación racial y la experiencia de trastorno emocional en el año anterior al nacimiento pueden aumentar el riesgo de un diagnóstico de depresión perinatal¹⁶ o depresión posparto^{17,18}.
- El estigma asociado con la salud conductual y el TCS a nivel individual, intrapersonal e institucional durante el embarazo y el periodo de posparto puede crear obstáculos para obtener tratamiento, provocar aislamiento social y aumentar el daño para la persona embarazada, el bebé y la familia^{12,19,20}. Además, los prejuicios de los proveedores y las consecuencias legales pueden afectar el acceso a la atención y al tratamiento^{7,20}.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Porcentaje de personas que dan a luz y que presentan síntomas depresivos posparto después de un nacimiento vivo, por raza o grupo étnico



La prescripción diferencial ha contribuido a que haya tasas más altas de trastorno por consumo de opioides entre las personas de raza blanca que dan a luz ²¹.

Enfermedad mental y trastorno por abuso de sustancias entre las mujeres de Pensilvania

- 1) En 2018-2019, entre las personas de 18 a 49 años, el 10.7% informó haber usado indebidamente psicoterapéuticos recetados (analgésicos, tranquilizantes, estimulantes o sedantes) o haber consumido drogas ilícitas en el último año ²².
- 2) En 2020-2021, entre las personas de 18 a 44 años, aproximadamente el 21% bebió en exceso o bebió mucho en los últimos 30 días ²³.

El 9.5% de las mujeres adultas informaron haber consumido drogas ilícitas en los últimos 30 días ²⁴.

En 2020-2021, entre las personas de 18 a 44 años:

- 1) El 11.6% con un nacimiento vivo reciente informó haber experimentado síntomas de depresión ²⁵.
- 2) El 22% informó que su salud mental no era buena durante 14 o más días en los últimos 30 días ²⁶.

El 29.9% informó que un profesional de la salud le había dicho que tenía un trastorno depresivo ²⁷.



La tasa de depresión durante el embarazo **aumentó un 31% entre 2016 y 2019** ¹⁰.



La depresión durante el embarazo fue más reportada **entre personas con educación inferior a la preparatoria y entre personas de raza negra que dieron a luz** ¹⁰.



1 de cada 9 personas que dan a luz presenta síntomas depresivos después del parto y menos de la mitad de las personas que indicaron haber tenido depresión durante su embarazo más reciente pidieron ayuda a un profesional de la salud ¹⁰.



La **tasa anual de trastornos por consumo materno de opioides presentes en partos en el hospital por cada 1,000 hospitalizaciones durante el parto aumentó de 15.47 en 2016 a 16.75 en 2019** ²¹.

50%

La **intoxicación accidental (una categoría que incluye la sobredosis de drogas) fue la causa de más del 50% de las muertes asociadas al embarazo**, considerada como una de las principales causas de muerte materna en 2018 entre los casos elegibles para ser evaluados por el Comité de Revisión de la Mortalidad Materna ⁹.



Los **factores de riesgo** asociados con la mortalidad materna en Pensilvania **incluyen la salud conductual, algunas condiciones y el trastorno por el abuso de sustancias** ⁹.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Prejuicio, racismo y discriminación en la atención de salud materna

¿Qué es el prejuicio, el racismo y la discriminación en la atención de salud materna?

- El **racismo** es un sistema que estructura las oportunidades y asigna valor en función del aspecto de una persona o de su ascendencia. Los resultados son condiciones que benefician injustamente a algunos y perjudican injustamente a otros. El racismo perjudica la salud de la nación al impedir que algunas personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo nivel de salud. El racismo puede ser intencionado o no. Opera a varios niveles en la sociedad: estructural, institucional, interpersonal e interiorizado ¹.
- La **discriminación** es el trato injusto o perjudicial de diferentes categorías de personas, basado en características como la raza, el sexo, la edad o la orientación sexual. La discriminación, un ámbito del racismo, se ha asociado con una mala salud mental, resultados adversos para la salud física (como hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares) y otros comportamientos y resultados de salud deficientes ^{2,3}.
- **Prejuicio**: actitudes hacia personas de un grupo específico o asociación de ese grupo con un estereotipo ⁴. Las investigaciones sugieren que el **prejuicio implícito** generalizado (prejuicio sin conocimiento consciente)⁵ entre los profesionales de salud, incluidos los prejuicios raciales/étnicos, así como los prejuicios relacionados con otras características de los pacientes como la edad, el sexo y el peso, influyen en las decisiones de diagnóstico y tratamiento con repercusiones en los resultados de salud ^{6,7}.

Por qué es importante abordar los prejuicios, el racismo y la discriminación en la atención de salud materna:

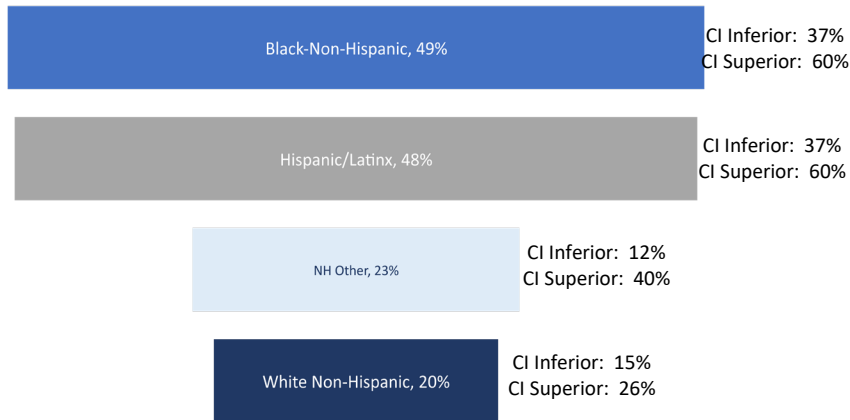
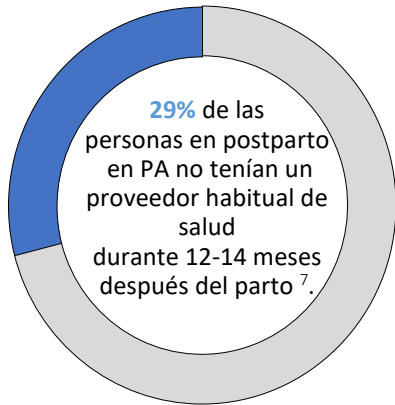
- Las personas de raza negra que dieron a luz eran más propensas a declarar haber sufrido malos tratos por parte de los profesionales de salud durante el parto (definidos como maltrato físico, abuso sexual, abuso verbal, negligencia y abandono, mala relación, pérdida de confidencialidad o falta de cuidado de apoyo) que las personas de otras razas que dieron a luz ⁸.
- La discriminación es un factor de riesgo clave para la mortalidad y morbilidad maternas, por lo que es importante comprender las experiencias de discriminación racial, especialmente en los entornos de salud en los que las personas embarazadas y que dan a luz buscan obtener atención de salud ⁹.
- Los prejuicios de los proveedores de salud pueden influir en las decisiones de atención y tratamiento y generar desconfianza en el sistema de salud, sobre todo entre las personas de color ^{6,7,10}.

Factores que influyen en el problema:

- Los sistemas históricos y actuales y las estructuras sociales han creado diferencias en el acceso a los recursos, las oportunidades y el poder en Estados Unidos, lo que incluye el acceso a vecindarios seguros, oportunidades económicas y educativas y atención de salud ^{11,12}. La discriminación y el racismo son causas profundas de las desigualdades en todos los determinantes políticos y sociales de la salud, y ambos son obstáculos para la equidad en la salud ^{11,13}. El racismo es algo más que prejuicios. Incluye los prejuicios contra las personas de color, así como la exclusión, la discriminación, la sospecha, el miedo y el odio hacia las personas de color ¹.
- Las desigualdades sociales y económicas¹² en el acceso a la atención de salud, la seguridad financiera, la vivienda, el entorno construido y las infraestructuras, y los apoyos sociales como la licencia por paternidad pagada, resultantes del racismo sistémico y las políticas discriminatorias, pueden explicar las disparidades en los resultados de salud materna ¹⁴.
- Los informes sobre experiencias negativas con un profesional de salud son más comunes entre las personas que dan a luz que entre los hombres ¹¹. Las personas de color que dan a luz que han sido objeto de racismo o discriminación racial y han experimentado trastornos emocionales en el año antes del parto tenían más probabilidades de reportar síntomas o de ser diagnosticadas con depresión perinatal ¹⁵ o posparto ^{16,17}. Además, se ha analizado que los factores de estrés ocasionados por la pandemia de COVID-19 y vivir en una zona de mayor exclusión histórica están asociados a la depresión posparto ¹⁸.
- Los proveedores de color están subrepresentados en la fuerza laboral de atención de salud debido a factores sistémicos. Los adultos de raza negra, hispanos y asiáticos que tienen al menos la mitad de sus visitas con proveedores que comparten un origen racial y étnico declararon tener interacciones positivas y respetuosas con mayor frecuencia ¹².

Conclusiones sobre gráficos y datos:

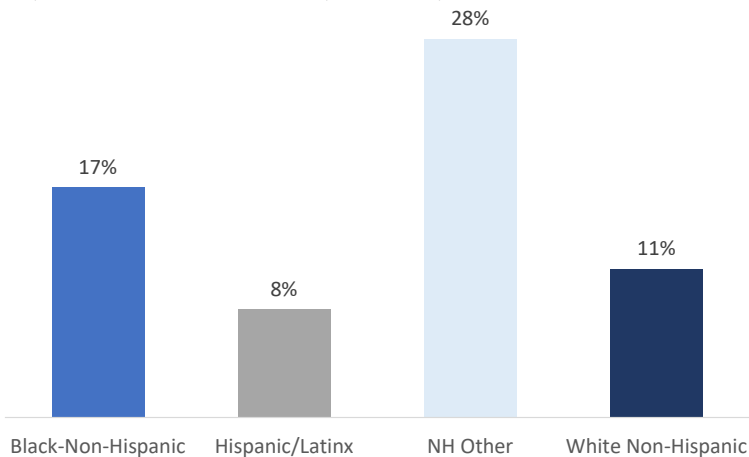
Porcentaje de personas en posparto por raza sin un proveedor de salud habitual después del parto



Fuente: Encuesta de evaluación de la salud después del parto, 2020.

"Un proveedor de salud habitual es un lugar o proveedor al que una persona o familia suele acudir cuando está enferma o necesita un consejo sobre su salud. Las salas de urgencias y los hospitales no se consideran proveedores de salud habituales.

Porcentaje por raza de casos de malos tratos en el parto denunciados por los profesionales de salud



El 35% de las personas de raza negra no hispanas que dan a luz declaran desconfiar de los centros de salud ⁸.



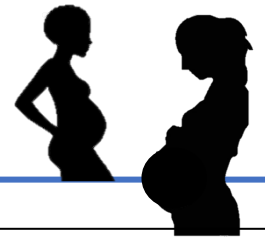
Aproximadamente el **13.0%** de las personas con un nacimiento vivo indicaron que habían **sufrido malos tratos por parte de su proveedor de salud durante el parto en 2020** ⁸.



Las personas que se identificaban como de **raza negra no hispanas** tenían más probabilidades de haber sufrido malos tratos por parte de los profesionales de salud durante el parto que las personas que se identificaban como blancas no hispanas ⁸.



En 2020, aproximadamente el **1.8%** de las personas con un nacimiento vivo reciente indicaron que habían sido tratadas injustamente o habían sufrido discriminación al recibir cuidado de salud después del parto. Entre este grupo de personas que dieron a luz, el **39.2%** indicaron que consideraban que la principal razón por la que se les trataba injustamente o sufrían discriminación era su raza/etnia o el color de su piel ⁸.



¿Qué es la morbilidad materna grave y la mortalidad materna?

La **morbilidad materna grave (SMM, por sus siglas en inglés)** incluye los resultados inesperados del parto que pueden tener consecuencias importantes para la salud de la persona que da luz¹. Las complicaciones asociadas con la SMM pueden incluir hemorragias extensas, problemas cardíacos, insuficiencia renal o infecciones, lo que puede contribuir a una estancia hospitalaria prolongada u otros problemas de salud a largo plazo^{1,2}.

La **mortalidad materna** es la muerte de una persona durante el embarazo, o hasta un año después del final del embarazo, independientemente del resultado del embarazo. Las muertes maternas pueden determinarse como asociadas al embarazo o relacionadas con el embarazo. La mortalidad materna también se conoce como **muerte relacionada con el embarazo**¹⁴.

- La **muerte relacionada con el embarazo** es la muerte de una persona durante el embarazo o en el plazo de un año tras el final del embarazo, independientemente del resultado, la duración o el lugar del embarazo, debido a una complicación del embarazo, una cadena de acontecimientos iniciada por el embarazo o el agravamiento de una enfermedad no relacionada por los efectos fisiológicos del embarazo. Las muertes relacionadas con el embarazo se miden utilizando la **tasa de mortalidad (materna) relacionada con el embarazo**, que es una estimación del número de muertes maternas por cada 100,000 bebés nacidos vivos¹⁵.

Por qué es importante abordar la morbilidad materna grave y la mortalidad:

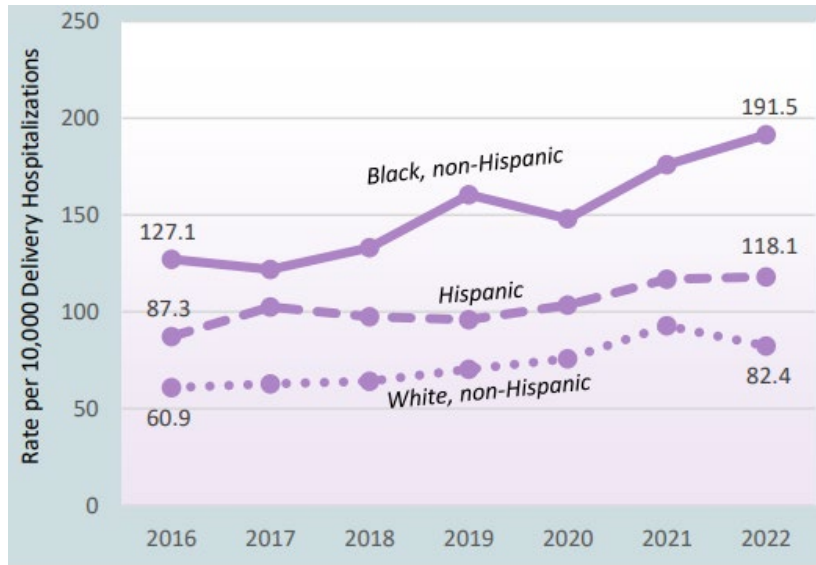
- La SMM (morbilidad materna grave) es mucho más frecuente que la mortalidad, puede poner en peligro la vida y afectar a la salud materna durante años⁴.
- Aunque la mortalidad materna es menos frecuente, es un acontecimiento devastador para las familias y las comunidades⁵.
- Tanto la SMM como la mortalidad materna son más frecuentes entre las personas de raza negra que dan a luz y otras personas de color en Pensilvania^{3,6}.
- Puede haber prejuicios raciales entre los proveedores, lo que afecta las decisiones de atención y tratamiento⁷.

Factores que influyen en el problema:

- La atención prenatal puede retrasarse o no recibirse por falta de transporte a la clínica o a la consulta del médico, por no disponer de dinero suficiente o de un seguro médico para pagar las visitas⁸.
- Las personas que se identifican como hispanas, las que viven en la pobreza, las beneficiarias de Medicaid y las que tienen una limitación funcional o una discapacidad pueden tener más probabilidades de experimentar dificultades de transporte cuando buscan atención de salud⁹.
- En el embarazo, inestabilidad de la vivienda se asocia con una atención prenatal inadecuada y resultados adversos en el parto, incluido el bajo peso al nacer y el parto prematuro⁵. El acceso a una vivienda segura, estable y asequible es un determinante social de la salud y existen grandes disparidades por raza/etnia¹⁰ y estatus socioeconómico tanto a nivel estatal como nacional, como resultado de injusticias históricas como las prácticas discriminatorias^{11,12}.
- Las disparidades pueden explicarse por las desigualdades sociales y medioambientales en el acceso y la calidad de la atención de salud, la vivienda y los beneficios sociales, como el permiso parental remunerado, que son consecuencia del racismo y de las políticas discriminatorias^{11,12,13}.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Tasa de morbilidad materna grave por raza y etnia



11 de las 12 muertes en el hospital de las madres durante un parto hospitalario también tuvieron SMM, 2021-2022 ⁶.

Fuente: Proyecto de utilización de la atención de salud, morbilidad materna grave 2022 - Consejo de Contención de Costos de Atención de Salud de Pensilvania, 2016-2022.



La tasa global de SMM **aumentó un 40% entre 2016 y 2022 ⁶.**

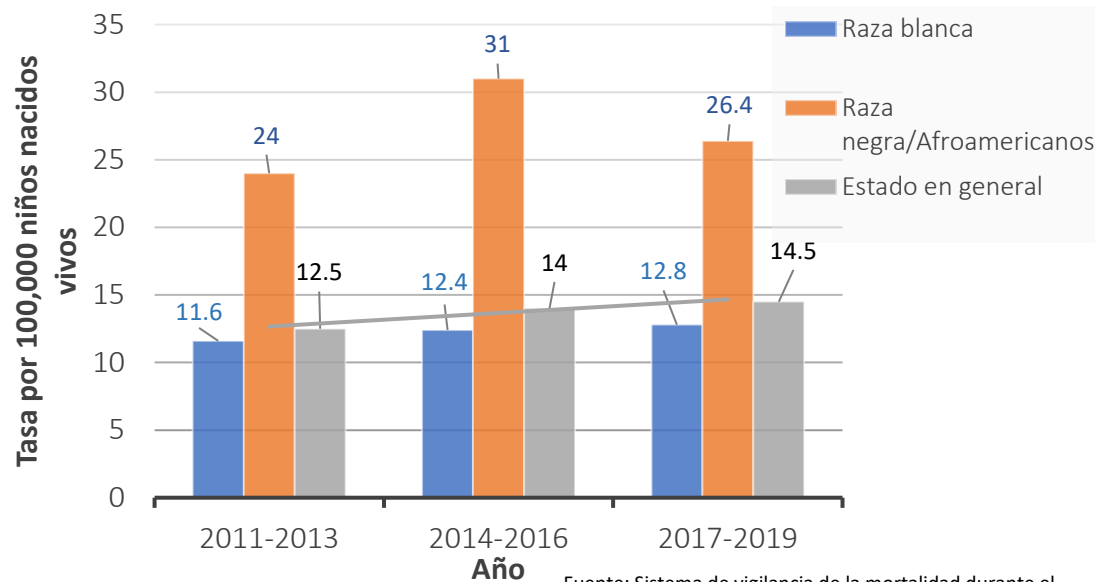


Las **tasas** de SMM de Pensilvania **son más altas entre las personas de raza negra** que **dan a luz** en comparación con las personas de otras razas/etnias y **es más del doble que la tasa de morbilidad materna entre las personas de raza blanca no hispanas que dan a luz ⁶.**



Las **personas de 40 años o más que dan a luz** en Pensilvania experimentan tasas más elevadas de SMM en comparación con las personas más jóvenes que dan a luz ⁶.

Tasa de mortalidad relacionada con el embarazo por 100,000 bebés nacidos vivos por año y raza/etnia materna.



Fuente: Sistema de vigilancia de la mortalidad durante el embarazo, 2011-2019.



Las estimaciones quinquenales móviles entre 2011 y 2019 sugieren que las tasas de mortalidad materna han **aumentado** gradualmente en **Pensilvania en los últimos años ⁸.**



Las **personas de raza negra/afroamericanas** que dan a **luz tienen el doble de probabilidades de morir** durante el embarazo o hasta un año después que las personas de raza blanca que dan a luz ^{3,8}.



Los **factores de riesgo** asociados con la mortalidad materna en Pensilvania **incluyen la salud conductual, específicamente el trastorno por el abuso de sustancias ³.**

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Evaluación del desarrollo infantil



¿Qué es la evaluación del desarrollo infantil?

La evaluación del desarrollo infantil es el proceso de observar y monitorear el desarrollo infantil mediante cuestionarios formales o listas de verificación basadas en investigaciones que hacen preguntas sobre el desarrollo del niño, incluidos el lenguaje, el movimiento, el pensamiento, el comportamiento y las emociones ^{1,2}.

La evaluación del desarrollo puede ser realizada por un médico o una enfermera, pero también por otros profesionales de la salud, la educación de la infancia temprana, la comunidad o la escuela ¹.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre el propósito de este documento, el tema abordado o los datos presentados, comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov

Por qué es importante abordar la evaluación del desarrollo infantil:

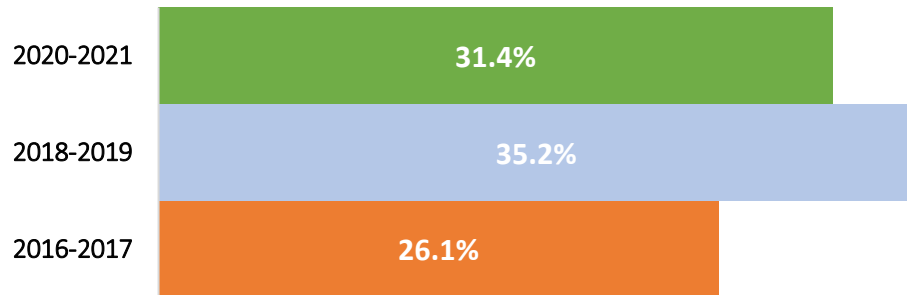
- Una evaluación no proporciona un diagnóstico, sino que indica si un niño está en vías de desarrollo y si es necesaria una consulta con un especialista ¹.
- Las evaluaciones del desarrollo identifican a los niños en riesgo de tener o desarrollar retrasos en el desarrollo, con el objetivo de mejorar los resultados mediante una intervención temprana y la remisión a servicios de apoyo ³. Los resultados de una evaluación pueden ayudar a los padres y a los proveedores de la comunidad a planificar la mejor manera de apoyar el desarrollo del niño ¹.
- Conectar a los padres y prestadores de cuidado con especialistas en desarrollo y comportamiento es el siguiente paso importante si un niño necesita una evaluación formal y el apoyo adicional de un especialista, como un pediatra especializado en desarrollo o un psicólogo infantil ⁴.
- El desarrollo de comportamientos sociales y emocionales saludables en la infancia puede prevenir problemas y desafíos de salud mental durante la niñez y la adolescencia ⁵.

Factores que influyen en el problema:

- La pobreza, la inestabilidad de la vivienda, el estrés de los padres y los eventos adversos como el maltrato, el abuso, la negligencia, la exposición al abuso de alcohol o sustancias, la violencia y/o el trauma pueden tener graves impactos negativos en el desarrollo y el comportamiento de los niños ^{4,6}.
- Muchos factores pueden influir en la probabilidad de que un niño reciba una evaluación del desarrollo, como la estructura familiar, los ingresos y/o el nivel educativo de los padres, el hecho de vivir en un hogar donde no se habla inglés como idioma principal y contar con un proveedor de salud habitual ⁷.
- Las herramientas de evaluación pueden ayudar a mitigar los prejuicios de los proveedores que, de otro modo, podrían ocasionar que se ignoren las preocupaciones del desarrollo ⁸. El impacto de la falta de un diagnóstico temprano y la falta de los servicios necesarios pueden durar toda la vida, ya que las disparidades siguen agravándose, lo que resulta en problemas de salud física y mental de por vida ⁹.

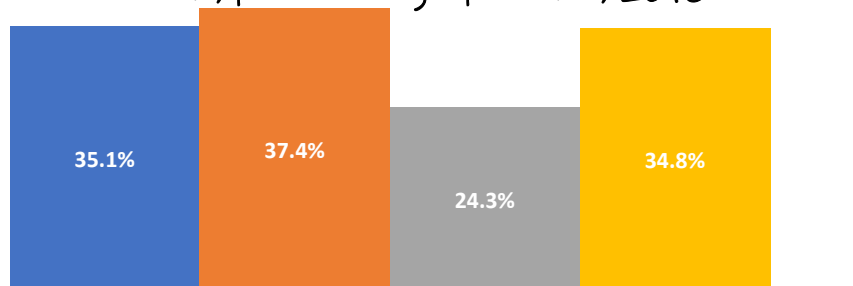
Conclusiones sobre gráficos y datos:

Porcentaje de niños de Pensilvania de 9 a 35 meses que recibieron una evaluación del desarrollo con una herramienta de evaluación completada por los padres, 2022



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Infantil.

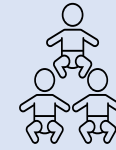
Porcentaje de niños de 9 a 35 meses que recibieron una evaluación del desarrollo con una herramienta de evaluación completada por los padres durante el último año, por raza o grupo étnico, 2018.



El padre completó la evaluación del desarrollo

■ Hispanos ■ No hispanos de raza blanca ■ No hispanos de raza negra ■ No hispanos de otras razas

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Infantil.



Casi el 100% de todos los bebés del estado reciben pruebas de **detección para recién nacidos**, cada año ¹⁰.

Las personas que respondieron a la encuesta anual de la Oficina de Salud Familiar indicaron su **deseo de aumentar el apoyo y la educación para padres y prestadores de cuidado** sobre el cuidado de los bebés, los logros del desarrollo y la promoción de la salud y el bienestar de los bebés entre 2021 y 2023. Esta fue la **principal necesidad insatisfecha** identificada en 2021, 2022 y 2023 en el ámbito de la salud infantil ¹⁰.



Aproximadamente **3 de cada 10** (30.4%) niños de 9 a 35 meses en Pensilvania recibió una evaluación del desarrollo entre 2016-2020 ¹¹.

La identificación de los retrasos en el desarrollo mediante la **detección temprana es importante para la salud del niño**. El porcentaje de niños de 9 a 35 meses que recibieron una evaluación del desarrollo a través de una herramienta completada por los padres aumentó **del 27.3% en 2017-2018 al 35.5% en 2019-2020** ¹¹.



¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Bienestar infantil y factores de protección

Bienestar infantil y factores de protección

El **bienestar infantil** es una medida de la calidad de vida del niño, que incluye qué tan bien está el niño y qué tan bien le va en su vida. Se puede evaluar de diferentes maneras, como la salud, la situación económica, la vida familiar o social o la preocupación por la seguridad y la protección. Puede incluir tanto medidas objetivas, como las tasas de pobreza o morbilidad, como subjetivas, como la curiosidad, la resiliencia, el apego a los prestadores de cuidado y la satisfacción con la vida ¹.

- Los **factores de protección** son condiciones o atributos de las personas, las familias o la sociedad en general que, cuando están presentes, mitigan o eliminan los factores de riesgo en las familias y las comunidades y aumentan la salud y el bienestar de los niños y las familias. Por lo general, se agrupan en seis categorías: crianza y apego; conocimiento de la crianza y el desarrollo infantil; resiliencia de los padres; conexiones sociales; apoyo concreto para los padres y los prestadores de cuidado; y competencia social y emocional de los niños ².
- Los **factores de riesgo** son variables que aumentan la probabilidad de resultados no deseados. Los ejemplos incluyen la pobreza, la depresión de los padres, el estrés tóxico de los padres, los conflictos o la violencia familiar, la negligencia emocional y el consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo ³.

Por qué es importante abordar el bienestar infantil y los factores de protección:

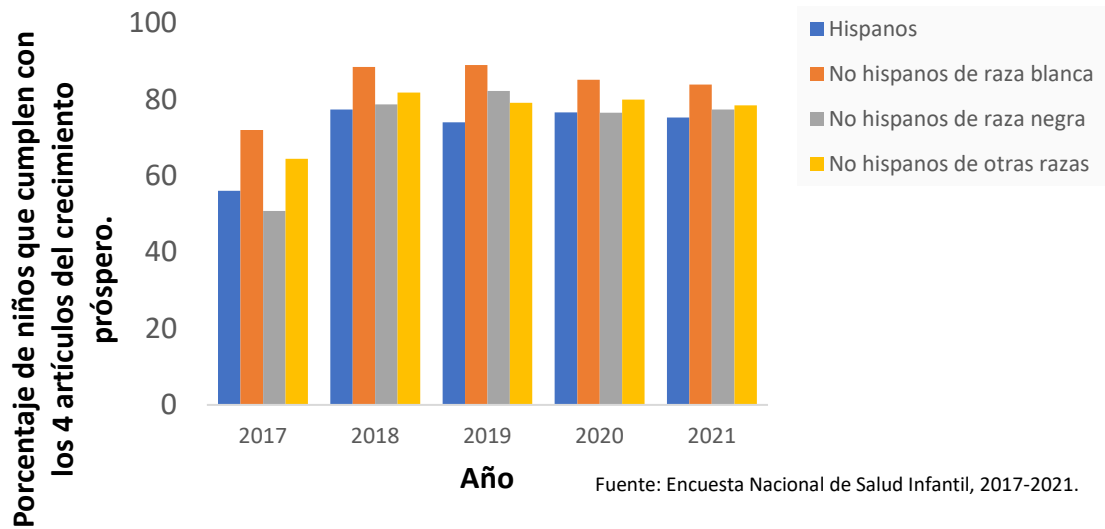
- El crecimiento emocional de un niño y su capacidad para establecer conexiones sociales con otras personas comienzan durante la infancia ⁴.
- Las investigaciones existentes sugieren que los niños con una relación sólida con sus padres durante la infancia temprana tienen más probabilidades de experimentar resultados positivos de salud física y mental más adelante en la vida ⁴.
- El desarrollo de comportamientos sociales y emocionales saludables en la infancia puede prevenir problemas y desafíos de salud mental durante la niñez y la adolescencia ⁴.

Factores que influyen en el problema:

- Las familias resilientes, o aquellas que hablan sobre qué hacer cuando se enfrentan a problemas y trabajan juntas para resolverlos y tienen puntos fuertes en los que basarse y mantienen la esperanza en tiempos difíciles, tienen más probabilidades de tener hijos prósperos ⁵.
- Los niños que viven en familias con niveles más altos de resiliencia y conexión tienen muchas más probabilidades de prosperar. Esto es cierto para los niños de todos los niveles de ingresos familiares, estado de salud y exposición a experiencias infantiles adversas ⁵.
- Cuando se abordan los determinantes sociales de la salud, pueden servir como factores de protección ⁶.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Crecimiento próspero entre los niños de 6 meses a 5 años, 2017-2021.



Porcentaje de niños que cumplen con los 4 artículos del crecimiento próspero.



Los datos son limitados, pero hay algunos indicios de que los niños con necesidades especiales de salud (CSHCN, por sus siglas en inglés) tienen menos probabilidades de presentar un crecimiento próspero que los que no pertenecen a CSHCN ⁹.



Los datos son limitados, pero hay algunos indicios de que los niños hispanos tenían menos probabilidades de prosperar que los niños de raza blanca o asiáticos ⁹.

Aproximadamente 8 de cada 10 niños en Pensilvania de entre 6 meses y 5 años tuvieron un crecimiento próspero durante 2020-2021 ⁹.

Las personas que respondieron a las encuestas anuales de la Oficina de Salud Familiar en 2021, 2022 y 2023 destacaron el aumento del apoyo y la educación de los padres y prestadores de cuidado sobre el cuidado de los bebés, los logros del desarrollo y la promoción de la salud y el bienestar de los bebés como las principales necesidades de salud insatisfechas en el ámbito de la salud infantil ⁸.



Nota: El crecimiento próspero captura la capacidad del niño para hacer frente a los factores de estrés y establecer relaciones saludables. En los niños menores de 5 años, las características del crecimiento próspero incluyen la curiosidad, la resiliencia, el apego a los cuidadores y la satisfacción con la vida.

El crecimiento próspero no puede analizarse solo para los bebés debido a la escasez de datos.



Nacimiento prematuro y mortalidad relacionada con el nacimiento prematuro



¿Qué es el nacimiento prematuro y la mortalidad relacionada con el nacimiento prematuro?

El **parto prematuro** es el nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas completas de gestación. Los bebés nacidos prematuros corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud inmediatos que ponen en peligro su vida, así como complicaciones a largo plazo y retrasos en el desarrollo. El nacimiento prematuro es una de las principales causas de muerte infantil y discapacidad infantil [tanto a nivel nacional como en Pensilvania] ¹.

- Algunos factores de riesgo específicos para el parto prematuro incluyen haber dado a luz a un bebé prematuro en el pasado, tener un embarazo múltiple, el consumo de tabaco y sustancias, y el corto tiempo (menos de 18 meses) entre embarazos. Además, las complicaciones en el embarazo pueden provocar un parto prematuro porque el bebé debe nacer antes de tiempo ².

Por qué es importante abordar los nacimientos prematuros y la mortalidad relacionada con ellos:

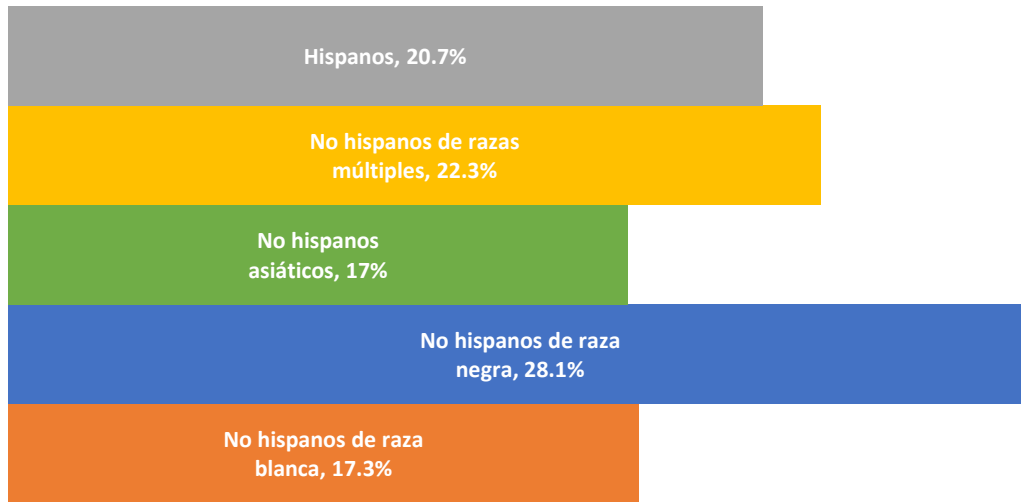
- Un bebé en desarrollo experimenta un crecimiento importante durante el embarazo, incluso en los últimos meses y semanas. Por ejemplo, el cerebro, los pulmones y el hígado necesitan las últimas semanas del embarazo para desarrollarse completamente ³.
- El nacimiento prematuro puede provocar dificultades a largo plazo para algunos bebés, incluidas discapacidades intelectuales y del desarrollo ⁴.
- El parto prematuro es una de las principales causas de mortalidad infantil. La mortalidad relacionada con el nacimiento prematuro se puede prevenir reduciendo los nacimientos prematuros y mejorando el acceso a una atención perinatal adecuada al riesgo para los bebés nacidos de manera prematura. Al igual que ocurre con los nacimientos prematuros y la mortalidad infantil general, existen importantes disparidades raciales y étnicas en la mortalidad relacionada con los nacimientos prematuros ¹.

Factores que influyen en el problema:

- La inestabilidad de la vivienda se asocia con una atención prenatal inadecuada y resultados adversos en el parto, incluido el bajo peso al nacer y el parto prematuro ⁵. Además, esta disparidad puede explicarse por las desigualdades en el acceso a la atención de salud, la vivienda ⁵ y los apoyos sociales, como la licencia parental remunerada, que resultan del racismo y las políticas discriminatorias, así como de prejuicios raciales entre los proveedores de salud que pueden afectar las decisiones de atención y tratamiento ^{6,7}.
- Las personas de raza negra no hispanas que dan a luz tienen al menos 1.5 veces más probabilidades de dar a luz a un bebé prematuro que las personas de otras razas y grupos étnicos que dan a luz ⁸.
- Las tasas de mortalidad relacionadas con los nacimientos prematuros son más altas para los bebés nacidos de [personas que dan a luz] de raza negra no hispanas y representan la mayor parte de la brecha general de mortalidad infantil en comparación con los bebés de raza blanca no hispanos ¹. Las tasas desproporcionadamente altas pueden atribuirse al racismo estructural, como las prácticas discriminatorias histórica ⁹, el estrés crónico ¹⁰ y las desigualdades persistentes en privilegios y oportunidades económicas tanto a nivel individual como vecinal ^{11,12}. Las circunstancias, experiencias y eventos que ocurren a lo largo de la vida de una persona que da a luz tienen un impacto en su salud, los resultados de su parto y la salud de sus hijos ¹³.

Conclusiones sobre gráficos y datos: Nacimiento prematuro y mortalidad relacionada con el nacimiento prematuro

Porcentaje de nacimientos prematuros (<37 semanas de gestación) por raza/grupo étnico



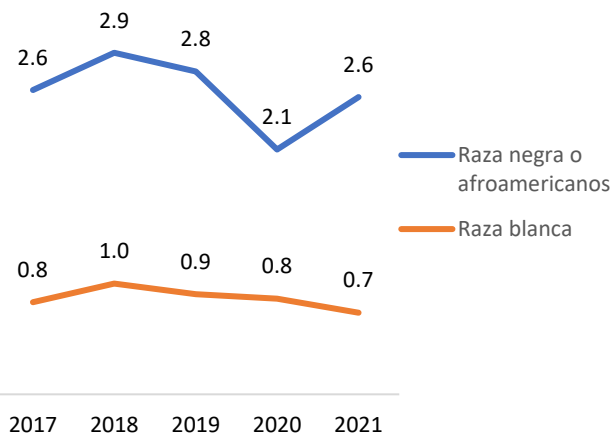
Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Pensilvania, 2020.

Muertes relacionadas con el nacimiento prematuro, Pensilvania, 2020



Fuente: Conjunto de datos de certificados de defunción de Pensilvania, 2020.

Muertes relacionadas con el nacimiento prematuro entre los bebés de raza negra y blanca (tasa de mortalidad por cada 1,000 bebés nacidos vivos)



Fuente: Base de datos en línea CDC WONDER, registros vinculados de nacimientos y defunciones infantiles, 2017-2021.



Las tendencias de los nacimientos prematuros se han mantenido relativamente estables durante la última década; **en 2021, el 9.8 % de los nacimientos en Pensilvania fueron prematuros** ¹⁴.



En 2020, **los nacimientos prematuros tuvieron mayor prevalencia entre personas de 35 años o más (11.3%) o entre personas de 19 años o menos (10.2%)** ⁸.



Los nacimientos prematuros fueron más prevalentes entre las personas con cobertura de Medicaid (11.9%) u otros seguros públicos (12.7%) ⁸.



Los datos recientes de 2020-2022 indican que **la principal causa de muerte entre los bebés en Pensilvania es la inmadurez extrema (ICD-10 P072)** ⁸.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

SMSL y muertes relacionadas con el sueño



¿Qué es el SMSL y las muertes relacionadas con el sueño?

Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL): Una categoría general que describe todas las muertes infantiles repentinas e inesperadas en el lugar donde duermen: por causas conocidas, como la asfixia accidental o el estrangulamiento en el entorno donde duermen, por causas desconocidas y mal definidas y por la muerte súbita infantil. Los diferentes tipos de SMSL no son intercambiables ¹.

- La asfixia o estrangulación accidental en el lugar donde duermen los bebés es un tipo de SMSL que se produce cuando un objeto interfiere con la respiración del bebé o cuando un bebé queda atrapado entre dos objetos durante el sueño ¹.
- **Las causas desconocidas y mal definidas** son un tipo de SMSL en el que las posibles causas son indeterminadas y no se pueden descartar ¹.
- **El Síndrome de muerte súbita infantil (SMSI)** es un tipo de SMSL que, incluso después de una investigación completa que incluye una autopsia completa, un examen del lugar de la muerte y una revisión de la historia clínica, no tiene una causa conocida. Se han descartado todas las causas posibles ¹.

Por qué es importante abordar la SMSL y las muertes relacionadas con el sueño:

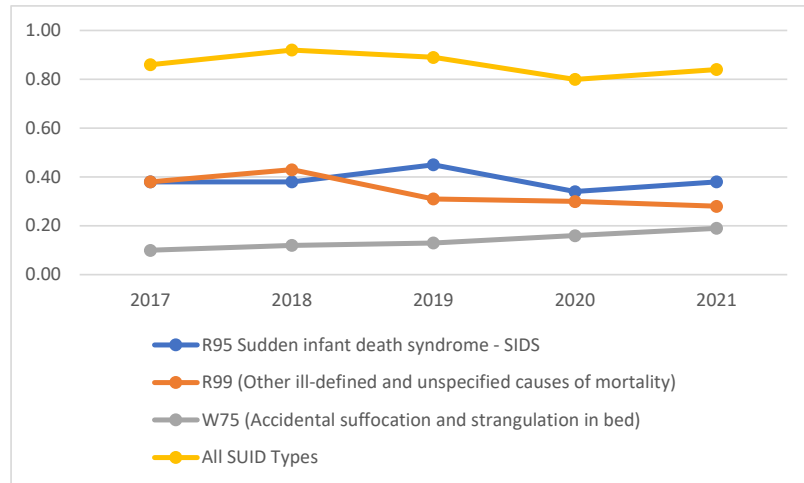
- En Pensilvania, el síndrome de muerte súbita del lactante y otras causas de mortalidad desconocidas y mal definidas son dos de las cinco principales causas subyacentes de mortalidad infantil ².
- Las muertes infantiles relacionadas con el sueño representan una gran proporción de las muertes infantiles después del primer mes de vida. El 90% de los casos de SMSL ocurren antes de que el niño cumpla los 6 meses, y la mayor parte de los casos ocurren entre los meses 1 y 4 ³.
- Las prácticas de sueño inseguras aumentan el riesgo de SMSL ⁴.
- Las prácticas de sueño seguro son factores de riesgo modificables que pueden ayudar a prevenir la SMSL ⁴.

Factores que influyen en el problema:

- Además de las condiciones inadecuadas o inseguras para dormir de los bebés, se ha determinado que el parto prematuro y el bajo peso al nacer, el consumo de sustancias por parte de los padres (incluido el consumo de alcohol y tabaco) y la falta de acceso a la atención prenatal aumentan el riesgo de SMSL. Las desigualdades sociales y los factores estructurales y ambientales, como la pobreza, la discriminación racial y el acceso a la atención de salud, pueden contribuir a la vulnerabilidad infantil ^{5,6}.
- Las familias de color, las familias con un cabeza de familia con educación de preparatoria o inferior, las familias sin miembros que trabajan y las familias que alquilan sus casas tienen más probabilidades de vivir en la pobreza en Pensilvania ⁷. Las tasas de SMSL son más altas entre los bebés de raza negra, entre los bebés de personas que dan a luz con un nivel educativo más bajo y entre los bebés de personas que dan a luz cubiertas por Medicaid ².
- Los determinantes sociales subyacentes de la salud, incluidos los factores comunitarios, sociales y estructurales (como la tradición cultural/familiar, el acceso al cuidado infantil y los factores de estrés financieros y emocionales) resultantes del acceso desigual a los recursos económicos, sociales y educativos, afectan de manera desproporcionada a las familias de raza negra y a las familias de bajo nivel socioeconómico y pueden influir en la práctica del sueño seguro infantil ^{8,9,10,11}.

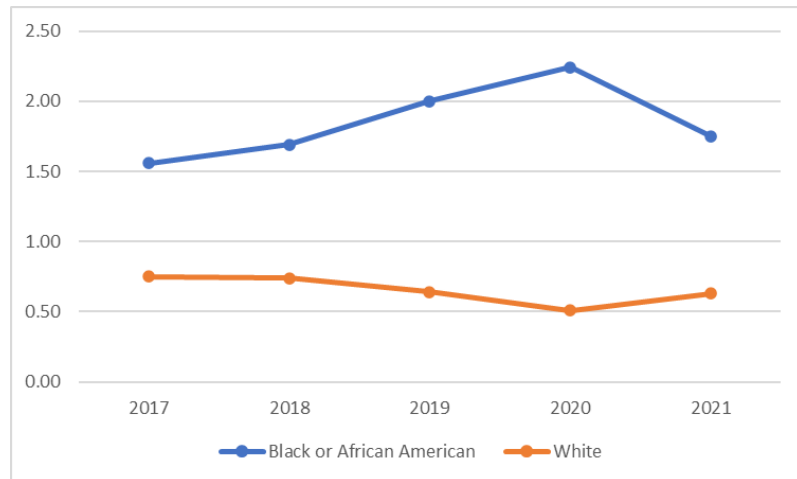
Conclusiones sobre gráficos y datos:

Tasas de SMSL por causa de muerte



Fuente: CDC WONDER 2017-2021

Tasas de SMSL por raza



Fuente: CDC WONDER 2017-2021



El porcentaje de bebés que duermen boca arriba **ha disminuido ligeramente, del 83.1% en 2018 al 81.6% en 2021** ¹².



Más del 50% de los casos de SMSL en PA indican otras causas mal definidas y no especificadas, y la causa de muerte es la asfixia y el estrangulamiento accidentales en la cama ¹³.



El porcentaje de bebés que son **colocados para dormir en una superficie separada para dormir aumentó significativamente, pasando del 31.5% en 2017 a un máximo de cinco años del 42.6% en 2021** ¹².



Los siguientes datos se basan en los datos de la revisión de muertes infantiles (CDR, por sus siglas en inglés) de Pensilvania ¹³.

- Del total de muertes por SMSL en 2021 (los códigos ICD-10 aparecen como R99). R95 y W75), los equipos locales de la CDR investigaron el 52.7% (59).
- Los factores de sueño peligroso estuvieron presentes en 56 (94.9%) de las muertes por SMSL investigadas. Los factores de sueño peligroso incluyen superficies peligrosas para dormir (sofás, camas para adultos, asientos de automóvil, etc.) y/o artículos en el área donde duermen los bebés, como mantas, almohadas, juguetes u otros seres humanos o animales.
- En 38 (64.4%) de las muertes por SMSL investigadas había un lugar seguro para que el bebé durmiera.

¿Qué es la mortalidad infantil?

La **mortalidad infantil** se refiere a la muerte de un niño de 21 años o menos ^{1,2}. La principal causa de mortalidad infantil entre los niños de 1 a 9 años son las **lesiones no intencionales** (sin intención de causar daño o accidente) ³, tanto a nivel nacional como en Pensilvania ⁴. Las muertes de niños también pueden clasificarse como intencionales e incluirían las muertes relacionadas con la fuerza corporal o las armas, como asaltos u homicidios, y el suicidio ².

Las principales causas de muerte entre los niños en Pensilvania entre 2018 y 2021 fueron ⁴:

De 1 a 4 años	De 5 a 9 años
1) Accidentes y lesiones no intencionales	1) Accidentes y lesiones no intencionales
2) Malformaciones congénitas	2) Cáncer
2) Cáncer	3) Agresión u homicidio

Por qué es importante abordar la mortalidad infantil:

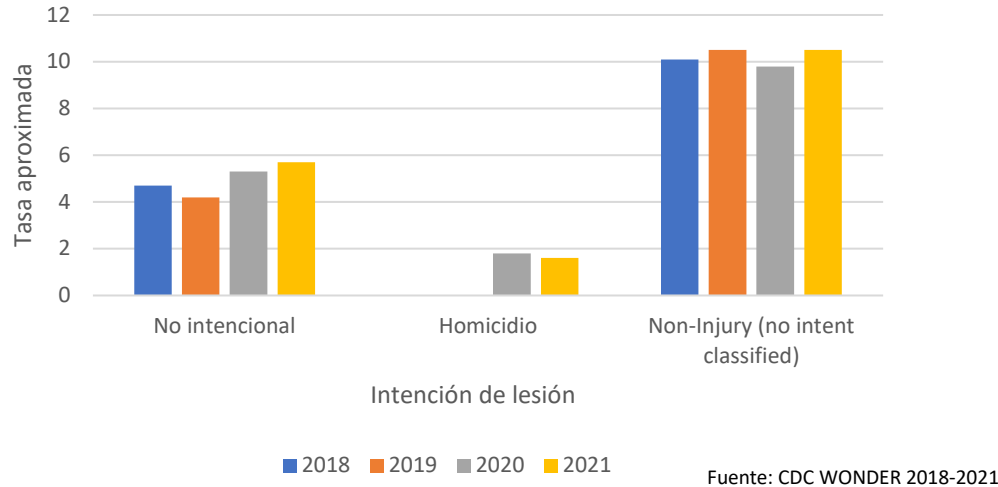
- Para que los niños puedan lograr su máximo potencial, es importante promover el bienestar físico, mental y emocional y, al mismo tiempo, abordar los factores del entorno en el que viven y juegan los niños ⁵.
- Por cada muerte infantil, se estima que hay 25 hospitalizaciones no mortales, lo que representa una fuente importante de discapacidad con un impacto mental, físico y financiero de por vida. Reducir el impacto de las lesiones no mortales puede mejorar en gran medida la trayectoria de vida de los niños, lo que resulta en una mejor calidad de vida y ahorros de costos ¹.
- Las muertes no intencionales se pueden prevenir en gran medida ³.
- La medicina y la salud pública han logrado avances notables en la reducción de las tasas de mortalidad pediátrica, pero las vidas que han salvado ahora están en peligro a causa de los patógenos creados por el hombre. A nivel nacional, el aumento de las tasas de lesiones (incluidas las intencionales y no intencionales) contribuye a aumentar las tasas generales de mortalidad infantil, el mayor aumento de este tipo registrado en los últimos tiempos ⁶.

Factores que influyen en el problema:

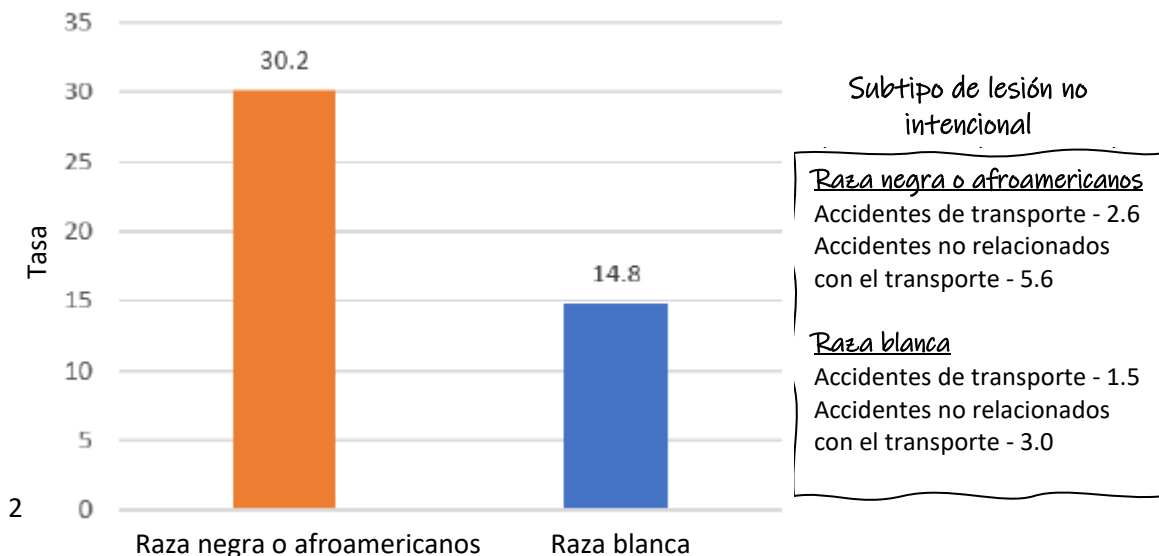
- La disparidad racial en la mortalidad infantil en los Estados Unidos ha persistido durante décadas ⁷. La literatura existente sobre la disparidad racial en la mortalidad infantil sugiere que las diferencias por raza pueden atribuirse a las desigualdades ambientales y sociales que existen debido al racismo y los prejuicios estructurales ⁸. Esto puede incluir problemas para acceder a viviendas y vecindarios seguros, estables y asequibles, impulsados en parte por políticas y prácticas discriminatorias actuales e históricas, como las prácticas discriminatorias y la desinversión comunitaria ⁹.
- Las lesiones y muertes relacionadas con armas de fuego y el maltrato y abuso infantil siguen afectando a los niños, las familias y las comunidades urbanas y rurales de Pensilvania. Los factores de riesgo pueden incluir la pobreza, los problemas de salud conductual, la separación familiar, la violencia en la comunidad y las leyes estatales sobre armas de fuego ¹⁰.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Muertes de niños de 1 a 9 años por mecanismo de lesión, tasas por cada 100,000



Muertes por lesiones no intencionales de niños de 1 a 9 años, tasas por cada 100,000 por raza



Si bien el riesgo de muerte de los niños disminuye considerablemente después de la infancia, aún hubo **más de 6,000 muertes entre niños estadounidenses de 1 a 9 años en 2021**. La tasa de mortalidad infantil también aumentó **significativamente** de 2020 a 2021 ¹.



El COVID-19 fue la **sexta causa principal de muerte entre los niños de 1 a 9 años en 2021** ⁴.

Las estimaciones de tres años de la mortalidad infantil estratificadas por características demográficas sugieren que la tasa de **mortalidad infantil es dos veces** mayor entre los niños **de 1 a 4 años** (24 muertes por cada 100,000) que entre los niños **de 5 a 9 años** (12 muertes por cada 100,000) ⁴.



Al evaluar las tasas por sexo, la **tasa de mortalidad** parece ser **mayor entre los niños varones** de entre 1 y 9 años (20.3 muertes por cada 100,000) que entre las niñas (14 muertes por cada 100,000) ⁴.



También existen disparidades por raza/etnia, ya que la **tasa de mortalidad infantil es más de dos veces mayor** entre los **niños de raza negra no hispanos** (34.7 muertes por cada 100,000) en comparación con los niños de otra raza/etnia (16.2 no hispanos de raza múltiple; 16.0 hispanos; 14.4 de raza blanca no hispanos, 7.4 asiáticos no hispanos) ⁴.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Factores de desarrollo y protección de la infancia temprana

¿Qué son los factores de desarrollo y protección de la infancia temprana?

El *desarrollo de la infancia temprana* es el periodo de crecimiento rápido y cambios físicos, psicológicos y sociales que comienza antes del nacimiento y se extiende hasta la infancia temprana. Puede incluir muchos tipos de desarrollo, incluidos el físico, el cognitivo, del lenguaje y la comunicación, y el social y emocional ¹.

Los *factores de protección* son condiciones o atributos de las personas, las familias o la sociedad en general que, cuando están presentes, mitigan o eliminan los factores de riesgo en las familias y las comunidades y aumentan la salud y el bienestar de los niños y las familias. Por lo general, se agrupan en seis categorías: *crianza y apego; conocimiento de la crianza y el desarrollo infantil; resiliencia de los padres; conexiones sociales; apoyo concreto para los padres y los prestadores de cuidado; y competencia social y emocional de los niños* ².

- Los *factores de riesgo* son variables que aumentan la probabilidad de resultados no deseados. Los ejemplos incluyen la pobreza, la depresión de los padres, el estrés tóxico de los padres, los conflictos o la violencia familiar, la negligencia emocional y el consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo ³.

Por qué es importante abordar los factores de desarrollo y protección de la infancia temprana:

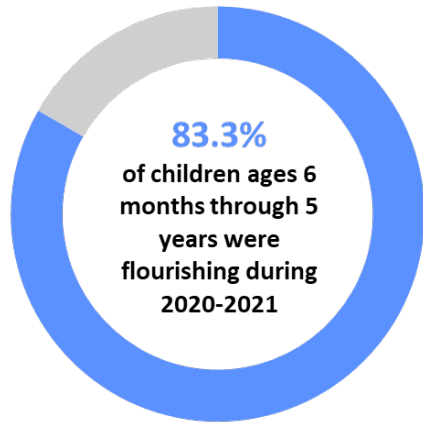
- El crecimiento emocional de un niño y su capacidad para establecer conexiones sociales con otras personas comienzan durante la infancia ⁴.
- Las investigaciones existentes sugieren que los niños con una relación sólida con sus padres durante la infancia temprana tienen más probabilidades de experimentar resultados positivos de salud física y mental más adelante en la vida ⁴.
- El desarrollo de comportamientos sociales y emocionales saludables en la primera infancia puede prevenir problemas y desafíos de salud mental durante la infancia y la adolescencia ⁴.

Factores que influyen en el problema:

- Las familias resilientes, o aquellas que hablan sobre qué hacer cuando se enfrentan a problemas y trabajan juntas para resolverlos y tienen puntos fuertes en los que basarse y mantienen la esperanza en tiempos difíciles, tienen más probabilidades de tener hijos prósperos. Los niños que viven en familias con niveles más altos de resiliencia y conexión tienen muchas más probabilidades de prosperar. Esto es cierto para los niños de todos los niveles de ingresos familiares, estado de salud y exposición a experiencias infantiles adversas ⁵.
- Los programas de desarrollo y educación de la infancia temprana también pueden ayudar a reducir las deficiencias educativas. Sin embargo, los estudios recientes han descubierto que los niños de raza negra de Pensilvania tienen menos probabilidades de inscribirse en programas preescolares de alta calidad que los niños de raza blanca. Los investigadores teorizaron que, entre otros factores, la falta de inversión pública en las comunidades de raza negra dificulta que los proveedores de educación preescolar operen y cumplan con los estándares de desempeño (algunos de los cuales han sido cuestionados o criticados por no ser sensibles a la cultura) necesarios para obtener una calificación de alta calidad y participar en Pre-K Counts (PKC), el programa de prekínder financiado por el estado de Pensilvania ⁶. Sin embargo, PKC no cumple con las necesidades de muchas familias trabajadoras, ya que no ofrece cuidado durante el día completo o el año completo, y los padres de raza negra de niños pequeños participan en la fuerza laboral a tasas más altas y es más probable que trabajen horas no estándar ^{6,7}.
- Cuando se abordan los determinantes sociales de la salud, pueden servir como factores de protección ⁸.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Crecimiento próspero entre los niños de 6 meses a 5 años

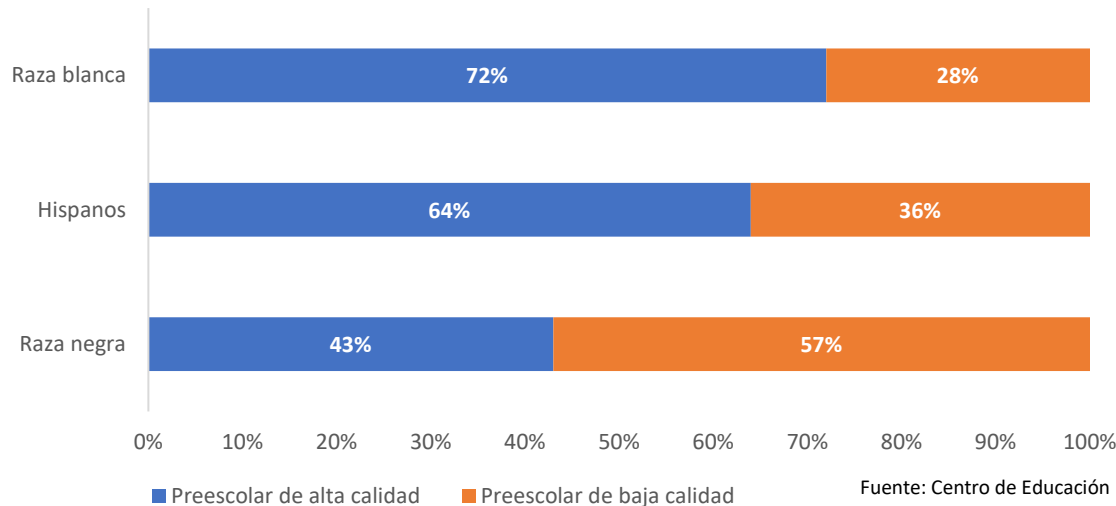


Nota: El crecimiento próspero captura la capacidad del niño para hacer frente a los factores de estrés y establecer relaciones saludables. En los niños menores de 5 años, las características del crecimiento próspero incluyen la curiosidad, la resiliencia, el apego a los cuidadores y la satisfacción con la vida.

Debido a la disponibilidad limitada de datos, no fue posible observar el crecimiento próspero únicamente entre los niños de 1 a 5 años.

Fuente: Encuesta nacional de salud infantil, Pensilvania 2020-2021

Porcentaje de niños de Pensilvania inscritos en programas preescolares de alta calidad por raza/etnia, 2019



Aproximadamente 8 de cada 10 niños en Pensilvania de entre 6 meses y 5 años tuvieron un crecimiento próspero durante 2020-2021 ⁹.



Los datos son limitados, pero hay algunos indicios de que **los niños con necesidades especiales de salud (CSHCN, por sus siglas en inglés) tienen menos probabilidades de presentar un crecimiento próspero que los que no pertenecen a CSHCN ⁹.**



Los datos son limitados, pero hay algunos indicios de que **los niños hispanos tenían menos probabilidades de prosperar que los niños de raza blanca o asiáticos ⁹.**



Los que respondieron a la encuesta anual de la Oficina de Salud Familiar destacaron el aumento del apoyo y la educación de los padres y cuidadores sobre el cuidado de los bebés, los logros del desarrollo y la promoción de la salud y el bienestar de los bebés como las principales necesidades de salud que no se han cumplido en el ámbito de la salud infantil entre 2021 y 2023 ¹⁰.



Los niños de raza negra tienen 1.67 veces menos probabilidades de inscribirse en un programa de preescolar de alta calidad que los niños de raza blanca en Pensilvania ⁶.

Salud bucal

¿Qué es la salud bucal?

La salud bucal se refiere a la salud de los dientes, las encías y todo el sistema oral-facial que nos permite sonreír, hablar y masticar ¹.

El acceso a los chequeos y limpiezas dentales preventivas de rutina es un “componente vital de la salud general, y el cuidado de la salud bucal sigue siendo una necesidad de salud insatisfecha para los niños. El acceso insuficiente a la atención de salud bucal y a los servicios preventivos afecta la salud, la educación y la capacidad de los niños para prosperar. Para prevenir las caries dentales y las infecciones orales, la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica recomienda la atención dental preventiva para todos los niños después de que les sale el primer diente o antes de los 12 meses de edad, por lo general a intervalos de cada 6 meses” ².

Por qué es importante abordar la salud bucal:

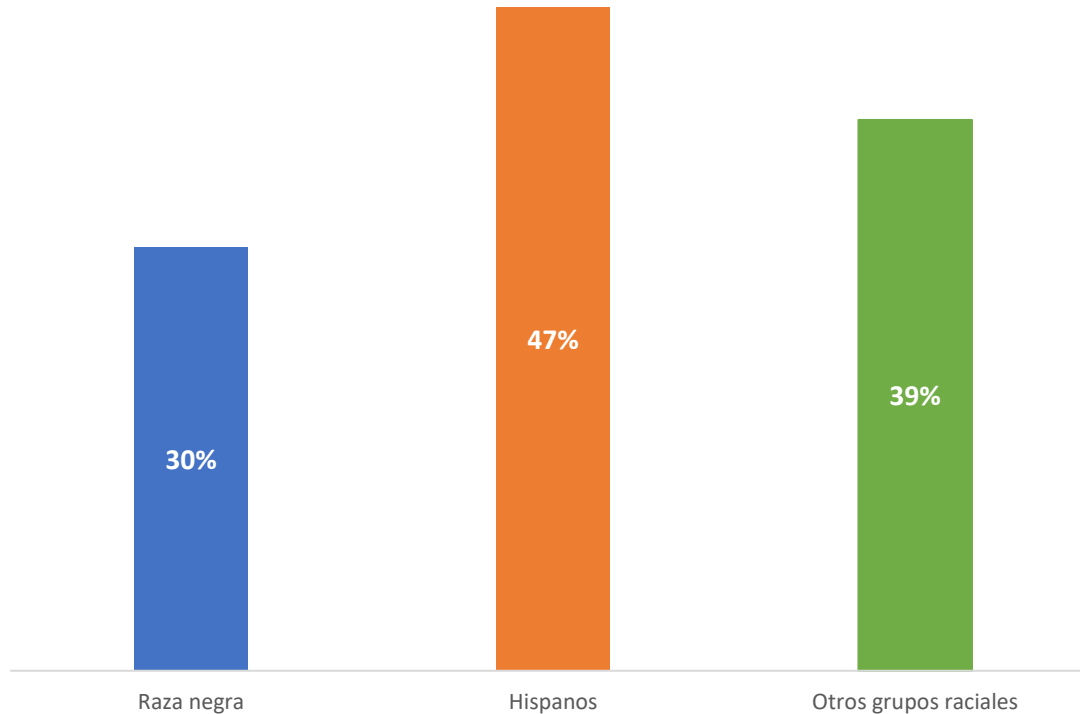
- Las investigaciones sugieren que el momento en que se realiza el primer examen de salud bucal o visita dental preventiva de un niño probablemente tiene un impacto en el desarrollo de caries ³.
- Gran parte de la caries dentales en la infancia temprana se puede prevenir mediante el cuidado personal, la atención dental profesional y las intervenciones a nivel comunitario, como la fluoración del agua ⁴.
- Las caries son la enfermedad crónica más común de la infancia y, si no se tratan, pueden causar dolor e infecciones que pueden provocar problemas para comer, hablar, jugar y aprender ⁵.
- La salud bucal es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general ⁶.

Factores que influyen en el problema:

- Muchos estudios han demostrado una asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la frecuencia de los problemas dentales infantiles o la falta de acceso a la atención dental preventiva, lo que puede atribuirse a los determinantes sociales y estructurales de la salud, la atención de salud dental que está separada de cualquier otra atención de salud física, la seguridad alimentaria y el acceso a alimentos nutritivos y al flúor a nivel comunitario ^{7,8}.
- Muchos niños no tienen acceso a una atención de salud dental regular y de calidad. En 2019, aproximadamente la mitad de los niños inscritos en Medicaid no fueron al dentista, ya que solo un tercio de los dentistas estadounidenses aceptan el seguro público ^{9,10}. Además, en 2021, solo el 17.2% de los dentistas de Pensilvania ejercía en las áreas rurales. ¹¹
- Individual, incluido el tipo de seguro y la recepción de fluoruro tópico y procedimientos restaurativos, y factores a nivel comunitario, como el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas de los vecindarios, representaron una proporción sustancial de las disparidades raciales y étnicas observadas en el riesgo de padecer de caries. ¹².

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Mayor riesgo de caries entre los niños de 0 a 5 años de edad de otros grupos raciales y étnicos en comparación con los niños de raza blanca.



Fuente: Análisis de la raza y el origen étnico, los factores socioeconómicos y las caries dentales entre los niños estadounidenses, Choi, White, Mertz, *et al*, 2023



En el caso de los niños de 2 a 5 años, el 17% de los niños de hogares de bajos ingresos tienen caries no tratadas en sus dientes primarios, tres veces más que el porcentaje de niños de hogares de ingresos más altos ¹³.

A los 8 años, más de la mitad de los niños (52%) han tenido una caries en sus dientes primarios (de leche) ¹⁴.



Entre los 12 y los 19 años, el 23% de los niños de las familias de bajos ingresos tienen caries no tratadas en sus dientes permanentes, el doble que los niños de hogares de ingresos más altos ¹³.

Los niños de 6 a 19 años de hogares de bajos ingresos tienen aproximadamente un 15% menos de probabilidades de recibir selladores y el doble de probabilidades de tener caries no tratadas en comparación con los niños de hogares de ingresos más altos ¹³.



La prevalencia de caries y desgaste dental es mayor entre los niños con necesidades especiales de salud (11.4%) en comparación con los niños sin ellas (9.6%) y entre los niños con Medicaid (17.7%) en comparación con los niños con seguro privado (5.4%) ¹⁵.

Prevención del acoso y la violencia

¿Qué es el acoso y la prevención de la violencia?

El **acoso** es cualquier comportamiento agresivo no deseado por parte de otro joven o grupo de jóvenes, que no sean hermanos o compañeros sentimentales actuales, que implique un desequilibrio de poder observado o percibido, y que se repita varias veces o tenga muchas probabilidades de repetirse. El acoso puede ocasionar daño o angustia al joven acosado, incluidos daños físicos, psicológicos o educativos ¹.

- La **prevención del acoso** ayuda a los niños a entender el acoso, enseñándoles sobre los tipos de acoso y cómo pueden defenderse de forma segura, mostrándoles cómo obtener ayuda, escuchándolos y brindándoles chequeos de rutina ².

La **violencia juvenil** es el uso intencionado de la fuerza física o el poder para amenazar o dañar a otros por parte de los jóvenes. Puede incluir peleas, acoso, amenazas con armas y violencia relacionada con las pandillas. Un joven puede verse implicado en la violencia juvenil como víctima, agresor o testigo ³.

- La **prevención de la violencia juvenil** utiliza estrategias y enfoques como la promoción de entornos familiares que favorezcan un desarrollo sano, la educación de calidad en las primeras etapas de la vida, el refuerzo de las aptitudes de los jóvenes, la conexión de los jóvenes con adultos que se preocupan por ellos y las actividades con ellos, la creación de entornos comunitarios de protección y la intervención para disminuir los daños y prevenir futuros riesgos ⁴.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre el propósito de este documento, el tema abordado o los datos presentados, comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov

Por qué es importante abordar la prevención del acoso y la violencia:

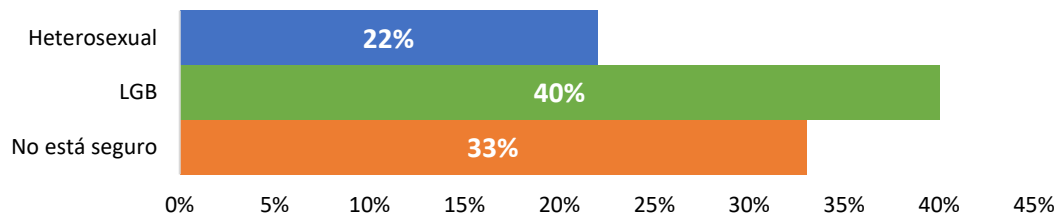
- El acoso y la violencia pueden tener efectos duraderos en la salud física, mental y social de los jóvenes. El acoso aumenta el riesgo de portar armas, pelearse, sufrir violencia en el noviazgo y suicidarse ⁵. Los jóvenes que acosan a otros corren un mayor riesgo de consumir drogas, tener problemas académicos y sufrir violencia en la adolescencia y la edad adulta ¹.
- La violencia juvenil es una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en Estados Unidos. Los jóvenes y adultos jóvenes de raza negra o afroamericanos corren un mayor riesgo de sufrir las formas de violencia más dañinas físicamente (por ejemplo, homicidios, peleas con lesiones, asaltos a mano armada) en comparación con los jóvenes y adultos jóvenes de raza blanca ⁶. Los adolescentes de minorías sexuales tienen más probabilidades de sufrir múltiples formas de violencia en comparación con sus compañeros heterosexuales ³.
- El homicidio es la tercera causa de muerte entre las personas de 10 a 24 años y la primera entre los jóvenes de raza negra o afroamericanos no hispanos ³.
- La medicina y la salud pública han realizado notables progresos en la reducción de las tasas de mortalidad pediátrica, pero las vidas que han salvado están ahora en peligro por agentes patógenos creados por el hombre, como las balas, las drogas y los automóviles. A escala nacional, el aumento de las tasas de lesiones (tanto intencionales como no intencionales) está contribuyendo al incremento de las tasas globales de mortalidad infantil, el mayor de los últimos tiempos ¹².

Factores que influyen en el problema:

- Los niños que provienen de hogares abusivos tienen más probabilidades de convertirse en acosadores, ya que se les ha modelado la agresión, la violencia y la manipulación. Los niños con poca capacidad de comunicación o dificultades para manejar sus emociones son más propensos a convertirse en acosadores ⁷.
- Los estudios han demostrado que, además de ser acosados por su identidad sexual y/o de género, los jóvenes que pertenecen a minorías sexuales tienen más probabilidades de ser acosados por otros aspectos de su identidad, como la raza o el peso, que sus compañeros cisgénero heterosexuales ⁸.
- Entre otros muchos factores, la desinversión estructural a largo plazo, que se produce cuando una ciudad o un pueblo decide descuidar, o incluso abandonar por completo, una zona y no proporcionar recursos para su revitalización o mejora, y el racismo institucional contribuyen a crear unas condiciones en las que es más probable que se produzca la violencia comunitaria, incluida la violencia con armas ⁹. Los niños que crecen y viven en entornos con escasas oportunidades sociales, educativas y económicas y en los que la violencia, el racismo y la inestabilidad comunitaria y doméstica son factores cotidianos de estrés corren un mayor riesgo de sufrir múltiples formas de violencia ⁵.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

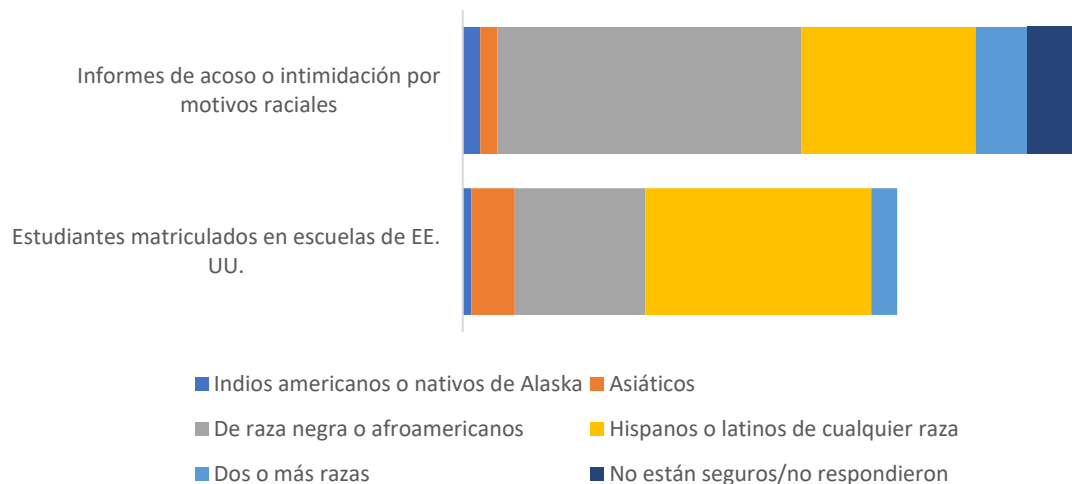
Distribución de los incidentes de acoso entre los estudiantes de preparatoria de Estados Unidos por identidad sexual de las víctimas, 2019



Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo de los jóvenes, 2019

Nota: la categoría "No estoy seguro" incluye a los estudiantes que no estaban seguros de su identidad, los que no se sentían cómodos respondiendo a la pregunta y los que no entendieron la pregunta.

Comparación entre el porcentaje de alumnos matriculados en escuelas de Estados Unidos y las denuncias de acoso o intimidación por motivos raciales.



Aproximadamente 1 de cada 5 estudiantes de preparatoria **declaró haber sufrido acoso en la escuela**. Más de 1 de cada 6 estudiantes de preparatoria declaró haber sufrido acoso electrónico en el último año ¹.



El número de jóvenes que reciben tratamiento por lesiones no mortales relacionadas con agresiones físicas en los servicios de urgencias de Estados Unidos es más de 115 veces superior al número de víctimas mortales ¹⁰.



Muchos riesgos de violencia, como el maltrato y el abandono infantil, los problemas académicos y la escasa supervisión y manejo del comportamiento de los niños, también surgen a una edad temprana y aumentan la probabilidad de sufrir de violencia durante la adolescencia y la juventud ¹⁰.



Los alumnos que son víctimas de acoso declararon que el acoso ocurría en los siguientes lugares: el pasillo o la escalera en la escuela (43%), dentro del salón de clases (42%), en la cafetería (27%), fuera de la escuela (22%), por Internet o por mensajes de texto (15%), en el baño o en los vestuarios (12%) y en el autobús escolar (8%) ¹¹.

Salud mental y prevención del suicidio

¿Qué es la salud mental y la prevención del suicidio?

La **salud mental** se refiere al bienestar emocional, cognitivo y psicológico de una persona ¹. Los trastornos mentales entre los niños se describen como cambios graves en la forma en que los niños suelen aprender, comportarse o manejar sus emociones, que causan angustia y problemas en la vida diaria ².

El **suicidio** es la muerte causada por hacerse daño a uno mismo con la intención de morir. El suicidio y la ideación suicida suelen indicar problemas de salud mental y acontecimientos de la vida estresantes o traumáticos ^{3, 4, 5}.

- La **ideación suicida**, o pensamientos o ideas suicidas, es un término amplio que se utiliza para describir una variedad de pensamientos, deseos y preocupaciones sobre la muerte y el suicidio ⁶.

Por qué es importante abordar la salud mental y la prevención del suicidio:

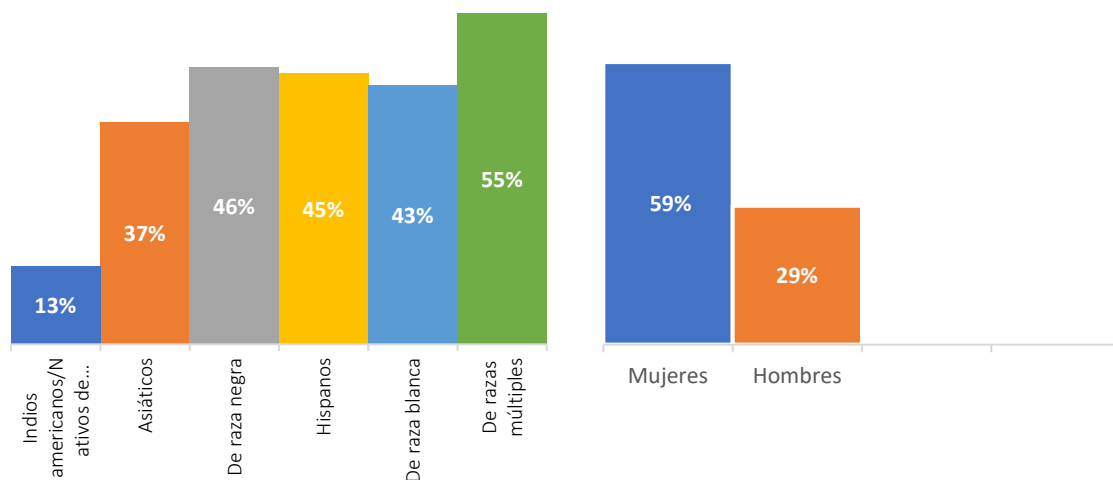
- Casi todos los indicadores de mala salud mental y pensamientos y comportamientos suicidas aumentaron de 2011 a 2021 ⁴.
- El porcentaje de estudiantes estadounidenses que experimentaron sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza, consideraron seriamente intentar suicidarse, hicieron un plan de suicidio e intentaron suicidarse aumentó ⁴.
- En 2019, el suicidio fue la segunda causa más común de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años ⁷.
- La mala salud mental puede tener consecuencias negativas graves para la salud y el desarrollo de los adolescentes que pueden durar hasta la edad adulta ⁸.

Factores que influyen en el problema:

- Solo el 20% de los niños con trastornos mentales, emocionales o del comportamiento reciben atención de un proveedor especializado en salud mental. Esto puede ser debido a varios factores, como la falta de proveedores de salud mental en su área, los altos costos, la falta de cobertura del seguro de salud y el tiempo y el esfuerzo que requieren los padres para encontrar y acceder a la atención de salud mental. Un seguro adecuado y el acceso a un proveedor de salud habitual centrado en el paciente pueden mejorar el tratamiento de salud mental ⁹.
- Los informes de los socios y las partes interesadas destacaron el papel del trauma y la marginación y discriminación sistemáticas como factores de riesgo para la mala salud mental y destacaron las poblaciones específicas afectadas de manera desproporcionada, incluidos los jóvenes que se identifican como mujeres, LGBTQ+, de raza negra o hispanos ^{10, 11}. Se descubrió que los sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza eran más comunes entre los estudiantes LGBTQ+, las estudiantes mujeres y los estudiantes que se identificaban como de varias razas ⁵. Los estudiantes de raza negra tenían más probabilidades de intentar suicidarse que los estudiantes de otras razas y etnias ⁴.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Estudiantes de preparatoria de Pensilvania que informan sentirse tristes o sin esperanza



Los datos sugieren que la **prevalencia de la depresión y la ansiedad ha aumentado en los últimos años**, lo que refleja las tendencias crecientes nacionales de depresión y ansiedad entre los adolescentes entre 2016 y 2020 ¹².

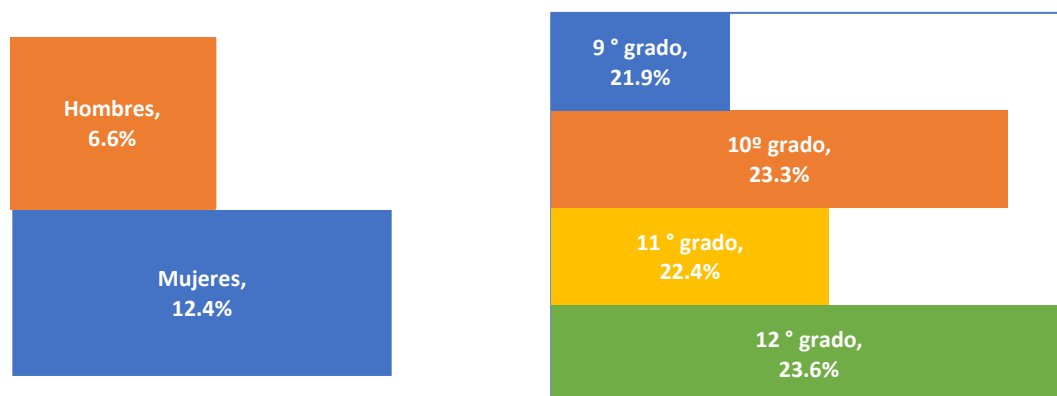


Aumentó el porcentaje de estudiantes de todos los grupos raciales y étnicos que se sentían tristes o sin esperanza de manera persistente ¹².



Casi el 60% de las estudiantes mujeres y casi el 70% de los estudiantes LGBTQ+ **experimentaron sentimientos persistentes de tristeza o desesperanza** ¹².

Distribución entre los estudiantes de preparatoria de Pensilvania que informaron haber intentado suicidarse



El porcentaje de las estudiantes estadounidenses que consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse, elaboraron un plan de suicidio e intentaron suicidarse aumentó de 2011 a 2021 ¹².



El 10% de las estudiantes estadounidenses y más del 20% de las estudiantes LGBTQ+ **intentaron suicidarse**. El 9.5% de los estudiantes de preparatoria de Pensilvania informaron haber intentado suicidarse ¹².

Fuente: Encuesta sobre conductas de riesgo entre jóvenes de escuelas preparatoria de Pensilvania 2021.
Pregunta: Consideraron seriamente un intento de suicidio (durante los 12 meses anteriores a la encuesta)

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Dominio: Salud de los adolescentes

Salud sexual y reproductiva

¿Qué es la salud sexual y reproductiva?

Salud sexual: es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia ¹.

La **salud reproductiva** es un estado de bienestar físico, mental y social completo en todo lo relacionado con el aparato reproductor ².

Por qué es importante abordar la salud sexual y reproductiva :

- El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen costos sociales y económicos sustanciales tanto para las adolescentes como para sus hijos ³. Las tasas de natalidad de las adolescentes hispanas, las adolescentes de raza negra no hispanas y las adolescentes de razas múltiples son aproximadamente el doble que las de las adolescentes de raza blanca no hispanas, tanto a nivel nacional como en Pensilvania ⁴.
- Una mejor información y un mayor acceso a los servicios ayudan a los jóvenes, con el apoyo de sus padres y cuidadores, a tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y su bienestar ⁵. Las investigaciones demuestran que los programas de abstinencia plus* tienen un impacto en el comportamiento sexual, incluida la prevención del VIH, un mayor uso del preservativo, un menor número de parejas sexuales y un retraso en el inicio de la actividad sexual ⁶.

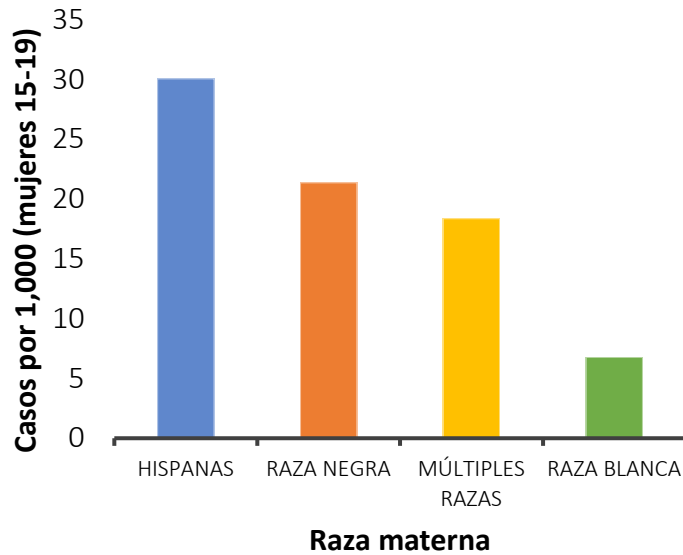
*Un programa que fomenta la abstinencia y que también incluye información sobre anticoncepción y recursos para prácticas sexuales más seguras ⁷.

Factores que influyen en el problema:

- Vivir en una zona con altos índices de inestabilidad en la vivienda, segregación y falta de recursos se ha relacionado con un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia ⁸. En el caso de las adolescentes de raza negra de las zonas más pobres, los estudios han demostrado que la influencia de los padres, la influencia de los compañeros, los mensajes sociales, el consumo de sustancias, incluido el alcohol, y el deseo de embarazo, así como la falta de información sobre el sexo, son factores de riesgo de embarazo prematuro ⁹.
- Es posible que muchos programas de salud sexual y reproductiva no proporcionen a los jóvenes que se identifican como lesbianas, bisexuales, gays, transgénero y queer información precisa y completa sobre las prácticas sexuales más seguras para ellos. Los jóvenes que se identifican como gays, lesbianas o bisexuales o que declaran sentir atracción por personas del mismo sexo o tener parejas sexuales del mismo sexo corren un mayor riesgo de sufrir comportamientos y consecuencias negativas para la salud, como el VIH, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos y comportamientos sexuales de riesgo relacionados¹⁰. Además, la investigación ha demostrado que, debido a que la adolescencia es una época de autoexploración, incluida la identidad sexual, es posible que los adolescentes no siempre se comporten de manera consistente con su identidad sexual o tomen medidas apropiadas para reducir el riesgo. Por ejemplo, se observó un mayor riesgo de embarazo entre las adolescentes que se identificaban como lesbianas, ya que eran menos propensas a utilizar preservativos cuando mantenían relaciones sexuales con parejas del sexo opuesto ¹¹.
- Las adolescentes pueden experimentar pobreza menstrual, o un acceso inadecuado a herramientas y educación sobre higiene menstrual, incluidos productos sanitarios, instalaciones de lavado y gestión de residuos. Los productos menstruales son caros en los Estados Unidos. y las encuestas han demostrado que 1 de cada 5 adolescentes menstruantes tiene dificultades para comprar productos menstruales, y 4 de cada 5 faltan a clase o conocen a alguien que faltó porque no tenía acceso a productos menstruales. Los beneficios públicos, como SNAP y WIC, no pueden utilizarse para comprar estos productos ¹².

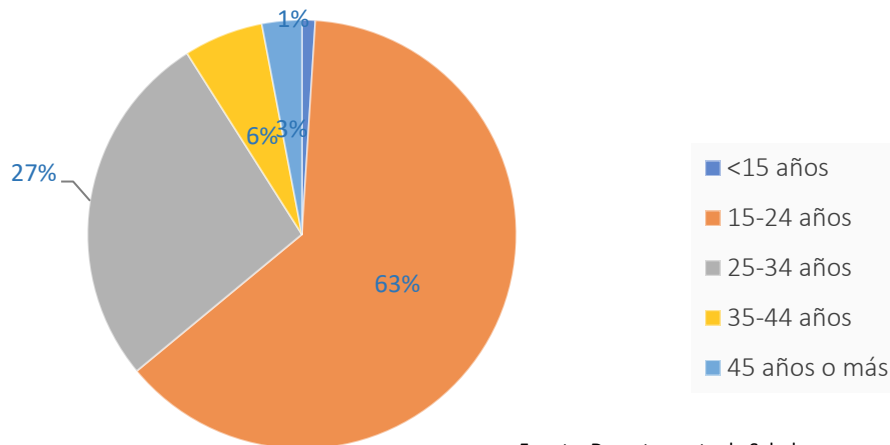
Conclusiones sobre gráficos y datos:

Tasa de natalidad en adolescentes de Pensilvania por raza/etnia, 2021



Fuente: Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Pensilvania, 2021.

Distribución de la clamidia en Pensilvania por grupo de edad, 2021



Fuente: Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Enfermedades Transmisibles.



La tasa de natalidad en adolescente es **entre 2 y 3 veces mayor** entre los jóvenes hispanos, de raza negra no hispanos y de razas múltiples no hispanos que entre los jóvenes de raza blanca ⁴.



Los participantes en la encuesta anual de la Oficina de Salud Familiar identificaron la **mejora del acceso a los servicios de salud sexual, la educación y el acceso a la anticoncepción** como una de las principales necesidades insatisfechas en 2021 y 2022 ¹³.



Un grupo de jóvenes de 2023 identificó la **actividad sexual y la violencia en las citas sexuales** como una de las principales preocupaciones ¹⁴.



Los jóvenes de 15 a 24 años representan aproximadamente **la mitad de todas las nuevas ETS**, a pesar de que solo constituyen aproximadamente una cuarta parte de la población sexualmente activa ¹⁵.



El Informe nacional de tendencias y resumen de datos sobre comportamientos de riesgo de los jóvenes **destaca la necesidad de aumentar el uso de condones y las pruebas de detección del VIH y de infecciones y enfermedades de transmisión sexual** entre los adolescentes ¹⁶.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: rahpatitlev@pa.gov.

Acceso a los proveedores, coordinación de la atención y navegación

¿Qué es el acceso a los proveedores, la coordinación de la atención y la navegación?

El *acceso a los proveedores* implica 4 criterios: la *cobertura* o si el servicio se paga; *el servicio*, o si la transacción o el bien satisfacen las necesidades del niño; la *puntualidad* o si el servicio se brinda cuando es necesario; y la *capacidad* o si la fuerza laboral es eficaz, cuenta con las cualificaciones necesarias y es culturalmente competente ¹.

La *coordinación de la atención* implica organizar deliberadamente las actividades de atención al paciente y compartir información entre todos los participantes interesados en la atención del paciente para lograr una atención más segura y eficaz ².

La *navegación* guía a las familias para superar los obstáculos del sistema de atención de salud. Los navegadores pueden brindar apoyo psicosocial, ayudar a coordinar los servicios, brindar educación relacionada con las necesidades de atención médica de un niño y reducir las dificultades ³.

Un *sistema que funcione bien para los CYSHCN* es aquel en el que las familias de los CYSHCN participan en la toma de decisiones a todos los niveles; los CYSHCN reciben una atención integral coordinada y continua con un médico familiar; las familias de los CYSHCN tienen un seguro privado y/o público adecuado; los niños son examinados de manera oportuna y continua para detectar necesidades de atención de salud especiales; los servicios de los CYSHCN están organizados de manera que las familias puedan usarlos fácilmente y queden satisfechas con los servicios que reciben; y los jóvenes con necesidades de atención de salud especiales reciben los servicios necesarios para hacer la transición a todos los aspectos de la vida adulta, incluida la atención de salud, el trabajo y la independencia ⁴.

Medical home es un modelo de atención primaria centrado en el paciente, integral, en equipo, coordinado, accesible y enfocado en la calidad y la seguridad. No es un lugar físico, sino un enfoque ⁵.

Por qué es importante abordar el acceso a los proveedores, la coordinación de la atención y la navegación:

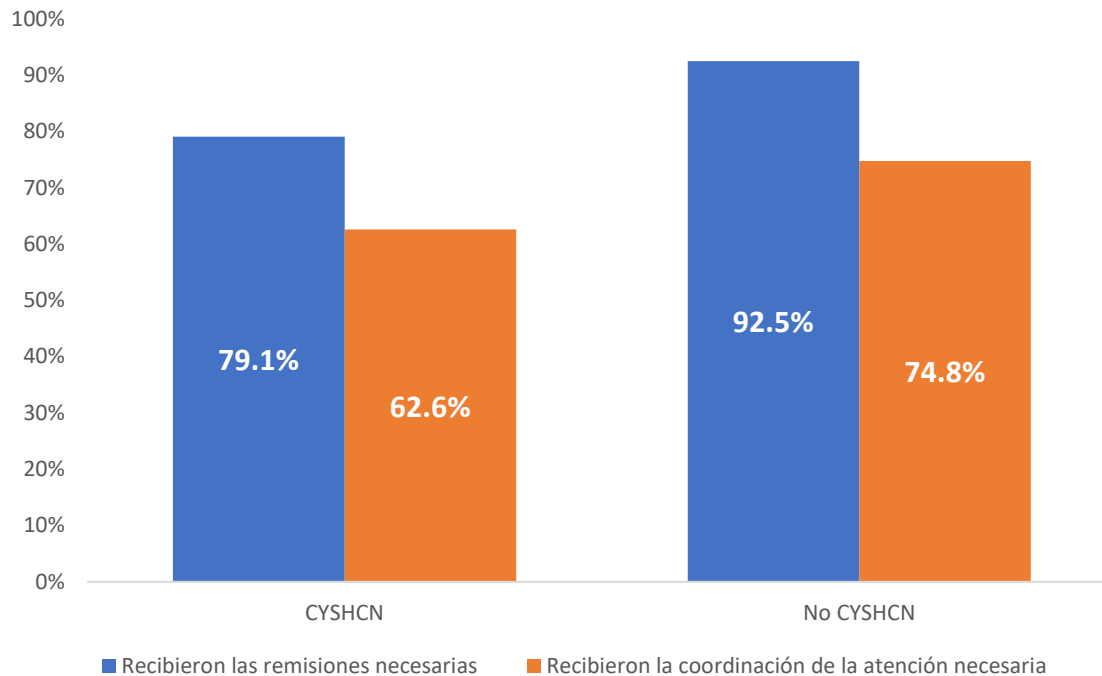
- Los CYSHCN tienen más probabilidades que los que no lo son de tener necesidades de atención de salud insatisfechas, lo que significa que necesitan pero no pueden recibir atención de salud por cualquier motivo ⁶.
- Es posible que los CYSHCN y sus familias necesiten acceder a una variedad de servicios públicos y privados en diferentes momentos de sus vidas. Encontrar, recibir y acceder a múltiples servicios y proveedores puede ser difícil de gestionar para las familias en un sistema de atención de salud fragmentado ³.
- El acceso a los servicios se basa en relaciones y no en una serie de transacciones. Las oportunidades de innovación incluyen la creación de un punto único para recibir servicios; la determinación de los servicios según las necesidades en lugar del diagnóstico; y el énfasis en la continuidad del servicio, la transición y un enfoque basado en el lugar ¹.
- Los niños CYSHCN tienen menos probabilidades que los que no son CYSHCN de tener una coordinación de la atención eficaz ⁷.

Factores que influyen en el problema:

- Los CYSHCN se ven más gravemente afectados por los efectos adversos de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades. Navegar por un sistema mal coordinado es más difícil para las familias que luchan contra la pobreza, la falta de alimentos, vivienda, transporte y/o el racismo. En el caso de los niños CYSHCN que tiene necesidades más complejas, con frecuencia los miembros de la familia deben actuar como prestadores de cuidado y coordinadores de la atención ⁴.
- Los sistemas que sirven a los CYSHCN no están diseñados para abordar la equidad en salud y pueden empeorar las disparidades tanto a corto como a largo plazo. Por ejemplo, los niños de familias de bajos ingresos, los niños pertenecientes a minorías y los niños CYSHCN suelen estar cubiertos por Medicaid y es posible que tengan más dificultades para conseguir citas para ver a su pediatra debido a que las políticas de reembolso de Medicaid son diferentes a las de los seguros privados ⁸.

Conclusiones sobre gráficos y datos:

Porcentaje de niños de 0 a 17 años que informaron que no tenían dificultades para recibir las remisiones necesarias y que recibieron la coordinación de la atención necesaria



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Infantil, 2020-2021.



Más del **82%** de las personas de 0 a 17 años que son **CYSHCN** en Pensilvania no tenían acceso a un sistema de servicios efectivo⁴.



Los CYSHCN tienen menos probabilidades que los niños sin necesidades de salud especiales de obtener las **remisiones necesarias, así como la coordinación de la atención necesaria**⁸.



Entre los CYSHCN que tenían una necesidad de salud insatisfecha, los motivos más mencionados estaban relacionados con **el costo y la disponibilidad de citas**⁶.



El **45.6%** de los **CYSHCN** de 0 a 17 años en Pensilvania reciben atención que cumple con los criterios del modelo de médico familiar, en comparación con el **48.8%** de los niños sin **necesidades de atención de salud especiales**⁸.



Los que respondieron a la encuesta de opinión pública del Título V destacaron la necesidad de contar con **guías para la atención de salud, el desafío de los servicios aislados y las listas de espera** asociados con las remisiones y la atención especializada, y la necesidad de **mejorar la coordinación entre los sistemas de atención de salud, escolares y de servicios sociales**⁹.

Relaciones seguras, acoso y salud sexual/reproductiva

¿Qué son las relaciones seguras, el acoso y la salud sexual/reproductiva?

Las **relaciones seguras** son aquellas en las que los jóvenes pueden sentir y expresar respeto por sí mismos y por los demás de manera segura. Los jóvenes forman muchas relaciones diferentes durante la infancia y la adolescencia, incluidas las relaciones con los prestadores de cuidado y los padres, las relaciones románticas/de pareja y las amistades. Las relaciones seguras se basan en la confianza mutua, el respeto, la comunicación y el consentimiento ¹.

El **acoso** es cualquier comportamiento agresivo no deseado por parte de otro joven o grupo de jóvenes, que no sean hermanos o compañeros sentimentales actuales, que implique un desequilibrio de poder observado o percibido, y que se repita varias veces o tenga muchas probabilidades de repetirse. El acoso puede ocasionar daño o angustia al joven acosado, incluidos daños físicos, psicológicos o educativos ².

La **salud sexual y reproductiva** es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad y/o el sistema reproductivo; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual/reproductiva requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia ³.

Por qué es importante abordar las relaciones seguras, el acoso y la salud sexual/reproductiva:

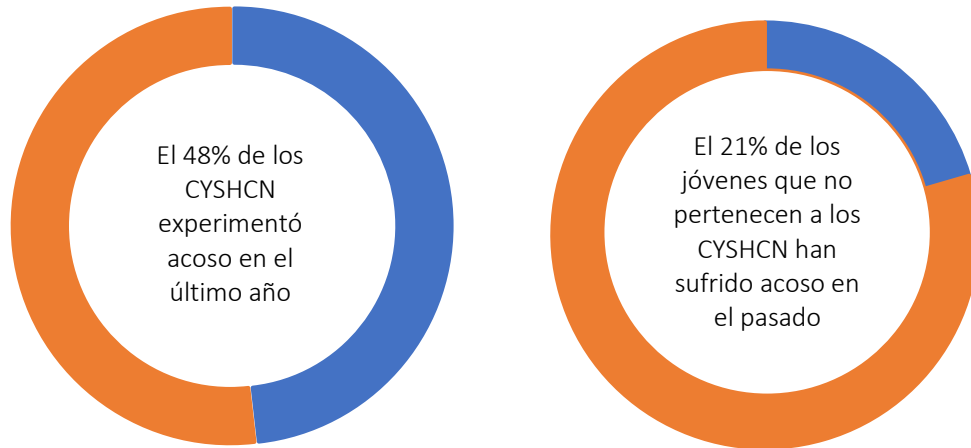
- El acoso y la violencia pueden tener efectos duraderos en la salud física, mental y social de los jóvenes ⁴.
- Una mejor información y un mayor acceso a los servicios ayudan a los jóvenes, con el apoyo de sus padres y cuidadores, a tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y su bienestar ⁵.
- Las investigaciones muestran que los programas de abstinencia plus (programas que fomentan la abstinencia y brindan información sobre métodos anticonceptivos y prácticas sexuales más seguras) tienen un impacto en el comportamiento sexual, incluida la prevención del VIH, el aumento del uso del preservativo, un menor número de parejas sexuales y el retraso en el inicio de la actividad sexual ⁶.

Factores que influyen en el problema:

- Los CYSHCN tienen menos probabilidades de recibir educación o servicios relacionados con las relaciones interpersonales seguras o la salud sexual/reproductiva y pueden correr un mayor riesgo de sufrir violencia de pareja u otras formas de abuso o explotación en las relaciones que sus compañeros ^{7,8,9,10}. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a la victimización por diversas razones, como la dependencia de los cuidadores, las opciones limitadas de transporte, el acceso limitado a intérpretes de lenguaje de señas y dispositivos de asistencia y el aislamiento de la comunidad. Estos mismos factores también pueden dificultar la denuncia y la obtención de ayuda por abusos y otros delitos ¹¹.
- Los CYSHCN tienen el doble de probabilidades de sufrir acoso que otros niños de Pensilvania ¹².
- La educación sobre la prevención del embarazo y las ETS no es una parte estándar del plan de estudios de educación especial, especialmente para los jóvenes con discapacidades más graves, y los estudiantes con discapacidades que asisten a las clases ordinarias a menudo son retirados de la educación sobre prevención del embarazo para recibir otros servicios o porque se cree que se sentirán molestos o confundidos o tendrán un comportamiento disruptivo. Por lo tanto, muchos de estos jóvenes no reciben ninguna educación sobre la prevención del embarazo o, si la reciben, la cobertura más amplia de los temas de salud sexual es escasa ¹³.

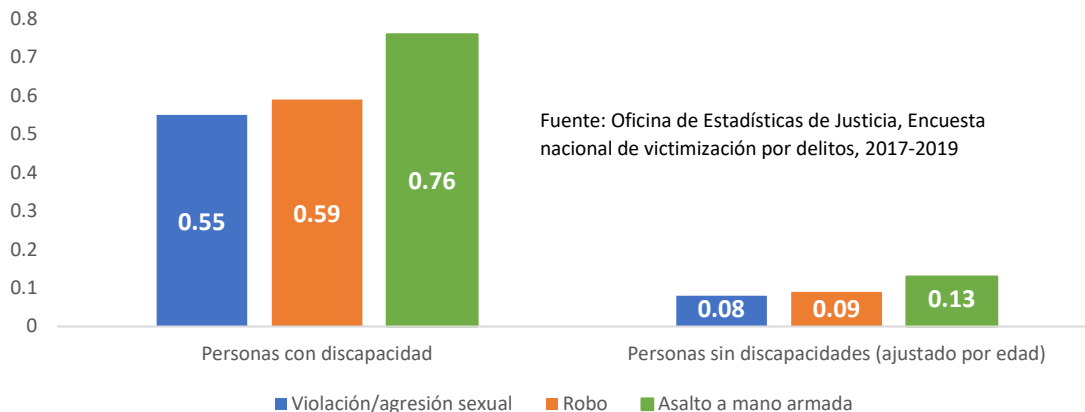
Conclusiones sobre gráficos y datos:

Acoso entre jóvenes de 12 a 17 años con y sin necesidades especiales de atención de salud



Fuente: Encuesta nacional de salud infantil, Pensilvania 2020-2021

Tasa de victimización violenta contra personas de 12 años o más, por tipo de delito y estado de discapacidad, 2017-2019.



Casi 1 de cada 2 jóvenes de 12 a 17 años con necesidades de atención de salud especiales sufrió acoso el año pasado; en comparación, 1 de cada 5 jóvenes sin necesidades de atención de salud especiales sufrió acoso el año anterior durante 2020-2021 ¹².

Durante un grupo focal organizado por la Oficina de Salud Familiar en 2022 ¹⁴:



El **20%** de los niños y jóvenes participantes con necesidades de atención de salud especiales **indicaron que necesitaban ayuda para hacer frente al acoso.**



El **50%** de los participantes **indicó que el apoyo y los servicios relacionados con las relaciones seguras y la salud reproductiva eran necesarios e importantes.**



Los datos nacionales sugieren que los adultos con una discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual o violencia de pareja, incluido el control de la salud reproductiva y sexual, el acecho o la agresión psicológica ¹⁵.

¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Apoyo a las familias y cuidadores de los CYSHCN

¿Qué es el apoyo a las familias y cuidadores de los CYSHCN?

Cuidador de los CYSHCN: El cuidado incluye la crianza, las tareas, los recursos y los servicios para cumplir con las necesidades diarias de los CYSHCN en el hogar. Por definición, el cuidado ocurre fuera de los entornos profesionales y es impulsado por las familias de los CYSHCN ¹. Los cuidadores de los CYSHCN pueden necesitar servicios de apoyo familiar, como coordinación de la atención, servicios de relevo, atención de salud mental y apoyo entre compañeros ².

El cuidado de relevo es el cuidado a corto plazo que se brinda a un niño discapacitado para permitir que el cuidador principal, que generalmente es un padre, tenga tiempo libre y ayude a aliviar el estrés del cuidador ³.

Por qué es importante abordar el apoyo a las familias y cuidadores de los CYSHCN :

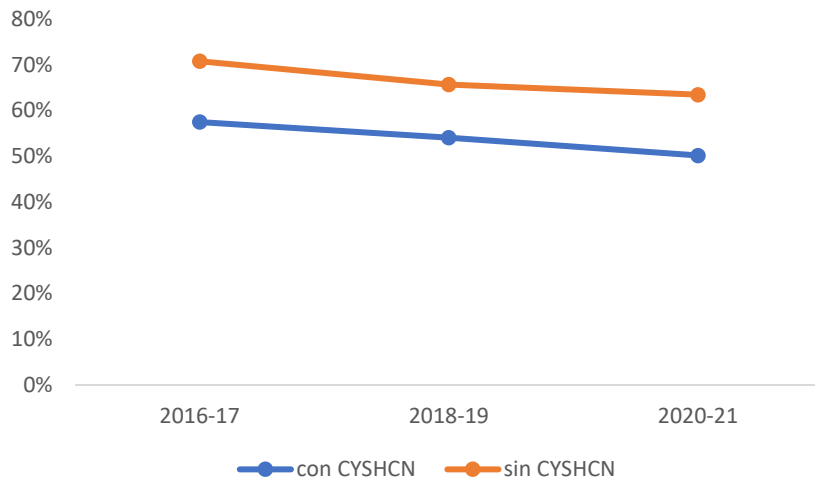
- Los cuidadores familiares, por defecto, desempeñan un papel central y distinguible en el cuidado de los CYSHCN ¹.
- La vida de los cuidadores puede verse afectada de muchas maneras, como financieramente, incluida la capacidad de trabajar; físicamente, incluida la capacidad de mantener su propia salud; mentalmente, incluyendo sentimientos de estrés, pérdida y dolor; y en sus relaciones con los demás, incluida la falta de apoyo social y los matrimonios tensos ^{4,5}.
- La evidencia indirecta sugiere que la mala salud de los cuidadores puede contribuir a las hospitalizaciones recurrentes y a las colocaciones fuera del hogar de los niños con enfermedades crónicas y discapacidades ⁶.

Factores que influyen en el problema:

- Los padres y familiares de los CYSHCN tienen más probabilidades que los padres y familiares de niños sin necesidades especiales de atención de salud de dejar un trabajo, tomar una licencia o reducir las horas de trabajo debido a la salud o condición de salud de su hijo ⁷. Los cuidadores de los CYSHCN no reciben la capacitación ni el apoyo continuo que necesitan; en última instancia, solo una minoría de los cuidadores acceden a los recursos disponibles para ellos. Esto se debe a varios factores, entre ellos si la persona está identificada como cuidador, el conocimiento de los apoyos, los criterios de elegibilidad, el proceso de solicitud e inscripción, y la contingencia de que los servicios estén disponibles ⁸.
- Los CYSHCN son más afectados por los efectos adversos de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades ⁹.
- El acceso a los servicios para los CYSHCN debe incluir un sistema que sirva a los CYSHCN y a sus familias que esté diseñado para ser proactivo y equitativo, apoyando el curso de la vida e incorporando la experiencia vivida ¹⁰.

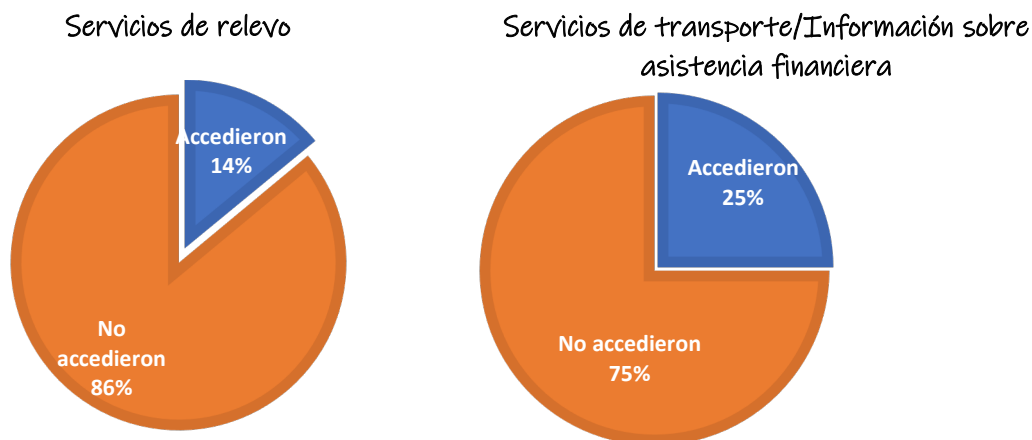
Conclusiones sobre gráficos y datos:

Porcentaje de los CYSHCN con un padre que indicó que estaba haciendo frente muy bien a las demandas diarias de la crianza de los hijos:



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Infantil, 2016-2021.

Acceso de los cuidadores a los servicios de apoyo



Fuente: Alianza Nacional para el Cuidado e Instituto de Política Pública de AARP, 2020.

Nota: Estos gráficos muestran el acceso a los servicios de apoyo tanto para los cuidadores de niños como para los de adultos.



Los padres de los CYSHCN eran **menos propensos** (que los padres sin CYSHCN) a indicar que estaban haciendo frente a las demandas diarias de la crianza de los hijos⁷.



Los encuestados de la Encuesta de Aportes Públicos del Título V de 2022 y 2023 del Departamento indicaron que **las familias necesitan apoyo adicional para las necesidades básicas como la vivienda, el transporte y el empleo**¹¹.



En un estudio sobre las implicaciones para la salud de las discapacidades a largo plazo, **el 41% de los cuidadores informaron que su salud había empeorado en el último año**. Los cambios se atribuyeron a la falta de tiempo, a la falta de control y a la disminución de la energía (psicosocial)⁶.

Según un informe de AARP de 2020, solo el 14% de los cuidadores, tanto de adultos como de niños, accedieron a los **servicios de relevo disponibles** y solo, **el 25% de los cuidadores accedieron a servicios de transporte o a información sobre asistencia financiera**¹².



¿Tiene preguntas? Comuníquese con la Oficina de Salud Familiar en la siguiente dirección de correo electrónico: ra-dhpatitlev@pa.gov.

Referencias de los manteles individuales informativos

PERSONAS EMBARAZADAS Y EN POSPARTO

Atención de salud conductual durante el embarazo y el posparto

1. Asociación Médica Estadounidense. (2022, 22 de agosto). *¿Qué es la salud conductual?* <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/what-behavioral-health>
2. Asociación Médica Estadounidense. (Sin fecha). *Salud mental*. <https://www.ama-assn.org/topics/mental-health>
3. Jahan N., Went T. R., Sultan W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. y Alfonso, M. (2021, 17 de agosto) Depresión no tratada durante el embarazo y su efecto en los resultados del embarazo: Una revisión sistemática. *Cureus* 13(8): e17251. <https://doi.org/10.7759/cureus.17251>
4. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Salud de la Mujer. (Sin fecha). *Depresión posparto*. <https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
5. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., y Bruyère, O. (2019, Abril 29). Consecuencias de la depresión posparto materna: Una revisión sistemática de los resultados maternos e infantiles. *Salud de la mujer (Londres, Inglaterra)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
6. Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI). (Sin fecha). *Trastornos por consumo de sustancias*. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Common-with-Mental-Illness/Substance-Use-Disorders>
7. Ko J.Y., Wolicki S., Barfield W.D., Patrick, S.W., Broussard, C.S., Yonkers, K.A., Naimon, R. e Iskander, J. Grand Rounds de los CDC: Estrategias de salud pública para prevenir el síndrome de abstinencia neonatal. Informe semanal sobre morbilidad mortal de MMWR de 2017; 66:242 —245. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6609a2>
8. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
9. Trost, S., Beauregard, J., Gyan, C., Njie, F., Berry, J., Harvey, A. y Goodman, D.A. (2022, 19 de septiembre). *Muertes relacionadas con el embarazo: Datos de los comités de revisión de mortalidad materna en 36 estados de Estados Unidos, 2017-2019*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Salud Reproductiva. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/data-mmrc.html>
10. Departamento de Salud de Pensilvania. Sistema de Monitoreo de la Evaluación del Riesgo de Embarazo (PRAMS). Solicitud de datos
11. Institutos Nacionales de Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (Sin fecha). *Depresión perinatal (publicación número 20-MH-8116 de los NIH)*. [Depresión perinatal - Instituto Nacional de Salud Mental \(NIMH\) \(nih.gov\)](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression/)
12. Weber, A., Miskle, B., Lynch, A., Arndt, S., Acion, L. (2021). Consumo de sustancias durante el embarazo: Identificar el estigma y mejorar la atención. *Abuso de sustancias y rehabilitación*, volumen 12, 105—121. <https://doi.org/10.2147/sar.s319180>

13. Nelson, T., Ernst, S.C. y Watson-Singleton, N.N. Complicaciones perinatales, tratamiento hospitalario deficiente y detección positiva de los síntomas de depresión posparto en mujeres de raza negra. *J. Disparidades de salud raciales y étnicas* 10, 1371–1378 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01322-6>
14. Bauman, B.L., Ko, J.Y., Cox, S., D'Angelo, MPH, D.V., Warner, L., Folger, S., Tevendale, H.D., Coy, K.C., Harrison, L. y Barfield, W.D. (2020). Signos vitales: Síntomas de depresión posparto y conversaciones con los proveedores sobre la depresión perinatal, Estados Unidos, 2018. *MMWR. Informe semanal de morbilidad y mortalidad*, 69(19), 575—581. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2>
15. Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., y White, D. B. (2021). Depresión perinatal: Desafíos y oportunidades. *Revista de salud de la mujer*, 30 (2), 154—159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
16. Bower, K. M., Geller, R. J., Jeffers, N., McDonald, M. y Alhusen, J. (2023). Experiencias de racismo y depresión perinatal: Hallazgos del Sistema de monitoreo de la evaluación del riesgo de embarazo, 2018. *Revista de enfermería avanzada*, 79 (5), 1982—1993. <https://doi.org/10.1111/jan.15519>
17. Bossick, A. S., Bossick, N. R., Callegari, L. S., Carey, C. M., Johnson, H. y Katon, J. G. (2022). Experiencias de racismo y depresión posparto: síntomas, búsqueda de atención y diagnóstico. *Archivos de salud mental de la mujer*, 25 (4), 717—727. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01232-w>
18. Weeks, F., Zapata, J., Rohan, A. y Green, T. (2022). ¿Las experiencias de discriminación racial están asociadas con los síntomas de depresión posparto? Un análisis multiestatal de los datos del sistema de monitoreo de la evaluación del riesgo de embarazo. *Revista de salud de la mujer*, 31 (2), 158—166. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0426>
19. Adlington, K., Vasquez, C., Pearce, E., Wilson, CA, Nowland, R., Taylor, B.L., Spring, S. y Johnson, S. Just snap out of it' – the experience of loneliness in women with perinatal depression: a Meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Psychiatry* 23, 110 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04532-2>
20. Nichols, T. R., Welborn, A., Gringle, M. R. y Lee, A. (2021). Estigma social y servicios para el consumo perinatal de sustancias: Reconociendo el poder del ideal de la buena madre. *Problemas contemporáneos de drogas*, 48(1), 19-37. <https://doi.org/10.1177/0091450920969200>
21. Decker, C.M., Mahar, M., Howells, C.L. *et al.* Datos demográficos, parámetros de nacimiento y determinantes sociales de la salud entre las díadas madre-bebé expuestas a los opioides afectadas por el síndrome de abstinencia neonatal en Pensilvania, 2018-2019. *Revista de salud materna e infantil* 27 (Suplemento 1), 34—43 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03678-5>
22. Análisis de America's Health Rankings de SAMHSA, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud Conductual, Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, Fundación United Health, [Exploración del uso ilícito de drogas en mujeres \(18 a 49 años\) en Pensilvania | AHR \(americashealthrankings.org\)](#), consultado en 2023.
23. Análisis de America's Health Rankings de los CDC, Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Conductuales, United Health Foundation. [AmericasHealthRankings.org Exploración del consumo excesivo de alcohol en mujeres en Pensilvania | AHR \(americashealthrankings.org\)](#), consultado en 2023.

24. Departamento de Salud de Pensilvania, División de Informática de la Salud. (2023, 31 de julio). *Personas sanas de Pensilvania, a nivel estatal. SU-07: Porcentaje de adultos que consumen drogas ilícitas*
<https://www.health.pa.gov/topics/HealthStatistics/HealthyPeople/Documents/current/state/su-07-percent-of-adults-using-illicit-drugs.aspx>
25. Análisis de America's Health Rankings de los CDC, Sistema de monitoreo de la evaluación del riesgo de embarazo o equivalente estatal, United Health Foundation, [Exploración de la depresión posparto en Pensilvania | AHR \(americashealthrankings.org\)](https://americashealthrankings.org), consultado en 2023.
26. Departamento de Salud de Pensilvania. (2022, marzo). El estado de nuestra salud: Una evaluación de salud estatal de Pensilvania. <https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Health%20Planning/SHAUpdateReport2022.pdf>
27. America's Health Rankings, análisis de los CDC, Sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales, United Health Foundation, [Depresión en mujeres en Pensilvania | AHR \(americashealthrankings.org\)](https://americashealthrankings.org). Consultado en 2023.

Prejuicio, racismo y discriminación en la atención de salud materna

1. Grupo de trabajo contra el racismo y la equidad en salud del Departamento de Salud de Pensilvania. (2022). Definiciones de lenguaje compartido del Departamento de Salud de Pensilvania [documento de referencia interno]. Harrisburg, PA.
2. Asociación Estadounidense de Psicología. (2019, 31 de octubre). *Discriminación: Qué es y cómo afrontarla*. Asociación Estadounidense de Psicología. <https://www.apa.org/topics/racism-bias-discrimination/types-stress>
3. Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. y Gee, G. (2015). El racismo como determinante de la salud: Una revisión sistemática y un metanálisis. *PloS one*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
4. Corporación de Vivienda de Apoyo (CSH) (2021). Doblando el arco hacia la equidad: El marco de equidad racial de la CSH y el camino hacia un cambio organizacional transformador. <https://www.csh.org/wp-content/uploads/2021/11/CSH-Race-Equity-Framework-Report-2021-FINAL.pdf>
5. Asociación Estadounidense de Psicología. (Sin fecha). *Prejuicio implícito*. Asociación Estadounidense de Psicología. <https://www.apa.org/topics/implicit-bias>
6. Saintil, M. (2022) *Cómo el prejuicio implícito contribuye a las disparidades raciales en la salud materna*. [Tesis de licenciatura con honores inédita]. Universidad de Florida Central. <https://stars.library.ucf.edu/honorstheses/1201>
7. FitzGerald, C. y Hurst, S. (2017). El prejuicio implícito en los profesionales de la salud: una revisión sistemática. *BMC medical ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
8. Proyecto Mundial Columbia. (2023). Encuesta sobre la evaluación de la salud después del parto de 2020. Indicadores de salud: Pensilvania [Hoja informativa no publicada]. Nueva York, NY; Universidad de Columbia.
9. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
10. Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E., y Sharps, P. (2016). Discriminación racial y resultados adversos en los nacimientos: Una revisión integradora. *Revista de partería y salud de la mujer*, 61 (6), 707—720. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>
11. Bradley, S. A., White, F. A., Rose, O. N., Arfuso, C. y el Equipo Interinstitucional de Equidad en Salud de Pensilvania. (2023). El Marco EASE: Un marco crítico para construir una comprensión multisectorial e interinstitucional de las desigualdades. All Youth Access, LLC. https://www.allyouthaccess.com/uploads/2/8/6/7/2867709/ease_framework-2023-09-13-all-youth-access.pdf
12. Artiga, S., Hamel, L., González-Barrera, A., Montero, A., Hill, L., Presiado, M., Kirzinger, A., y Lopes, L. (2023, 5 de diciembre). —Encuesta sobre racismo, discriminación y salud: Experiencias e impactos en todos los grupos raciales y étnicos. KFF. <https://www.kff.org/report-section/survey-on-racism-discrimination-and-health-findings/>

13. Ndugga, N. y Artiga, S. (2023, 24 de mayo). Disparidades en la salud y la atención médica: 5 preguntas y respuestas clave. KFF. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-questions-and-answers/>
14. Joseph, K. S., Boutin, A., Lisonkova, S., Muraca, G. M., Razaz, N., John, S., Mehrabadi, A., Sabr, Y., Ananth, C. V. y Schisterman, E. (2021). Mortalidad materna en los Estados Unidos: Tendencias recientes, estado actual y consideraciones futuras. *Obstetricia y ginecología*, 137(5), 763—771. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004361>
15. Bower, K. M., Geller, R. J., Jeffers, N., McDonald, M. y Alhusen, J. (2023). Experiencias de racismo y depresión perinatal: Hallazgos del Sistema de monitoreo de la evaluación del riesgo de embarazo, 2018. *Revista de enfermería avanzada*, 79(5), 1982—1993. <https://doi.org/10.1111/jan.15519>
16. Bossick, A. S., Bossick, N. R., Callegari, L. S., Carey, C. M., Johnson, H. y Katon, J. G. (2022). Experiencias de racismo y depresión posparto: síntomas, búsqueda de atención y diagnóstico. *Archivos de salud mental de la mujer*, 25(4), 717—727. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01232-w>
17. Weeks, F., Zapata, J., Rohan, A. y Green, T. (2022). ¿Las experiencias de discriminación racial están asociadas con los síntomas de depresión posparto? Un análisis multiestatal de los datos del sistema de monitoreo de la evaluación del riesgo de embarazo. *Revista de salud de la mujer*, 31(2), 158—166. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0426>
18. Njoroge, W. F., White, L. K., Waller, R., Forkpa, M., Himes, M. M., Morgan, K., Seidlitz, J., Chaiyachati, B. H., Barzilay, R., Kornfield, S. L., Parish-Morris, J., Rodríguez, Y., Riis, V., Burris, H. H., Elovitz, M. A. y Gur, R. E. (2022). Asociación del Covid-19 y el racismo sistémico endémico con la ansiedad y la depresión posparto entre las personas de raza negra que dan a luz. *JAMA Psychiatry*, 79(6), 600. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0597>

Mortalidad y morbilidad maternas graves

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud. (2023, 3 de julio). *Morbilidad materna grave en los Estados Unidos*. Salud reproductiva. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html>
2. Callaghan, W. M., Creanga, A. A. y Kuklina, E. V. (2012). Morbilidad materna grave entre las hospitalizaciones durante el parto y el posparto en los Estados Unidos. *Obstetricia y ginecología*, 120(5), 1029—1036. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31826d60c5>
3. Revisión de la mortalidad materna de Pensilvania: Informe de 2021. (2022, enero). <https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Programs/2021%20MMRC%20Legislative%20Report.pdf>
4. Liese, K. L., Mogos, M., Abboud, S., Decocker, K., Koch, A. R. y Geller, S. E. (2019). Disparidades raciales y étnicas en la morbilidad materna grave en los Estados Unidos. *Revista sobre la disparidades de salud raciales y étnicas*, 6 (4), 790—798. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00577-w>
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e Infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
6. Morbilidad materna grave en 2022. PHC4. (2023, 16 de octubre). <https://www.phc4.org/reports/severe-maternal-morbidity-2022/>
7. Saluja, B. y Bryant, Z. Cómo el prejuicio implícito contribuye a las disparidades raciales en la morbilidad y la mortalidad maternas en los Estados Unidos. *Revista de salud de la mujer*. Febrero de 2021.270-273. <http://doi.org/10.1089/jwh.2020.8874>
8. Departamento de Salud de Pensilvania. Sistema de Monitoreo de la Evaluación del Riesgo de Embarazo (PRAMS). Solicitud de datos.
9. Wolfe, M. K., McDonald, N. C. y Holmes, G. M. (2020). Barreras de transporte para la atención de salud en los Estados Unidos: Hallazgos de la Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud, 1997-2017. *Revista estadounidense de salud pública*, 110(6), 815—822. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305579>
10. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud. (Sin fecha). *Inestabilidad de la vivienda - Gente sana en 2030*. <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/housing-instability>
11. Katon, J. G., Enquobahrie, D. A., Jacobsen, K. y Zephyrin, L. C. (2021, 16 de noviembre). Políticas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y mejorar la equidad en la salud materna. Políticas que reducen la morbilidad y la mortalidad materna y mejoran la equidad | Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/nov/policies-reducing-maternal-morbidity-mortality-enhancing-equity>

12. Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E. y Wallace, M. (2021). Determinantes sociales y estructurales de las desigualdades en la salud materna. *Revista de salud de la mujer*, 30 (2), 230—235. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>
13. Joseph, K. S., Boutin, A., Lisonkova, S., Muraca, G. M., Razaz, N., John, S., Mehrabadi, A., Sabr, Y., Ananth, C. V. y Schisterman, E. (2021). Mortalidad materna en los Estados Unidos: Tendencias recientes, estado actual y consideraciones futuras. *Obstetricia y ginecología*, 137(5), 763—771. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004361>
14. Departamento de Salud de Pensilvania. (Sin fecha). *Mortalidad materna*. <https://www.health.pa.gov/topics/healthy/Pages/Maternal-Mortality.aspx>
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud. (2023, 23 de marzo). *Sistema de vigilancia de la mortalidad por embarazo*. Mortalidad materna. Salud reproductiva. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm#about-pmss>

SALUD INFANTIL

Evaluación del desarrollo infantil

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo. (2023, 14 de febrero). *Monitoreo y evaluación del desarrollo*.
<https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>
2. Cuestionarios de edades y etapas. (Sin fecha). *Evaluación del desarrollo*. <https://agesandstages.com/about-asq/why-screening-matters/developmental-screening/>
3. Instituto Nacional para la Calidad de la Salud Infantil. (2023). *Fortalecimiento del proceso de evaluación del desarrollo: Desarrollar un sistema cohesivo para mejorar los resultados de salud del desarrollo de los niños*.
<https://nichq.org/insight/strengthening-developmental-screening-process>
4. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración para Niños y Familias, Oficina de Desarrollo de la Infancia Temprana. (2020, 3 de noviembre). *Desde el nacimiento hasta los 5 años: ¡Mírame prosperar!* Oficina de Desarrollo de la Infancia Temprana. <https://www.acf.hhs.gov/archive/eecd/child-health-development/watch-me-thrive>
5. Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J. y O'Banion, D. D. (2019). Crianza y desarrollo infantil: Una perspectiva de salud relacional. *Revista estadounidense de medicina del estilo de vida*, 15(1), 45—59.
<https://doi.org/10.1177/1559827619849028>
6. López, M., Ruiz, M.O., Rovnaghi, C. R., Tam, G. K.-Y., Hiscox, J., Gotlib, I.H., Barr, D.A., Carrión, V. G. y Anand, K. J. (2021). La ecología social de la infancia y la adversidad en la infancia temprana. *Investigación pediátrica*, 89(2), 353–367.
<https://doi.org/10.1038/s41390-020-01264-x>
7. Hirai AH, Kogan MD, Kandasamy V, Reuland C, Bethell C. Prevalencia y variación de la detección y evaluación del desarrollo en la infancia temprana. *JAMA Pediatrics*. 2018;172(9):857–866. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1524>
8. Tang, B. G., Feldman, H. M., Huffman, L. C., Kagawa, K. J. y Gould, J. B. (2012). Oportunidades perdidas en la remisión de bebés de alto riesgo a una intervención temprana. *Pediatría*, 129(6), 1027–1034.
9. Consejo Científico Nacional sobre el Niño en Desarrollo. (2020). Conectar el cerebro con el resto del cuerpo: El desarrollo en la infancia temprana y la salud a lo largo de toda la vida están profundamente entrelazados. (Documento de trabajo núm. 15.) <https://developingchild.harvard.edu/resources/connecting-the-brain-to-the-rest-of-the-body-early-childhood-development-and-lifelong-health-are-deeply-intertwined/>
10. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*.
<https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>
11. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil.
<https://www.childhealthdata.org>

Bienestar infantil y factores de protección

1. Madrid, A. (2021, 22 de junio). *Indicadores clave del bienestar de un niño*. Oficina de la Infancia. <https://www.all4kids.org/news/blog/key-indicators-of-a-childs-well-being/>
2. Portal de información sobre bienestar infantil. (Sin fecha). *Mes Nacional de Prevención del Abuso Infantil*. <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/promoting/protectfactors/>
3. O’Neill, K. (2022, 9 de febrero). *Factores de riesgo y protección en el desarrollo infantil*. Brainwave Trust Aotearoa. <https://brainwave.org.nz/article/risk-and-protective-factors-in-child-development/>
4. Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J. y O’Banion, D. D. (2019). Crianza y desarrollo infantil: Una perspectiva de salud relacional. *Revista estadounidense de medicina del estilo de vida*, 15(1), 45—59. <https://doi.org/10.1177/1559827619849028>
5. Bethell, C. D., Gombojav, N. y Whitaker, R. C. (2019). La resiliencia y la conexión familiar promueven el florecimiento entre los niños estadounidenses, incluso en medio de la adversidad. *Asuntos de salud (Proyecto Esperanza)*, 38(5), 729—737. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05425>
6. Instituto de Justicia del Estado, Centro Nacional de Tribunales Estatales (2022, junio). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.ncsc.org/_data/assets/pdf_file/0026/77660/SDOH.pdf
7. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. <https://www.childhealthdata.org/>
8. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>

Nacimiento prematuro y mortalidad relacionada con el nacimiento prematuro

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (Sin fecha). *Nacimiento prematuro*. Institutos Nacionales de Salud. <https://orwh.od.nih.gov/research/maternal-morbidity-and-mortality/information-for-women/premature-birth>
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud. (2023, 24 de octubre). *Parto prematuro*. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>
4. March of Dimes. (2019, octubre). *Efectos a largo plazo del nacimiento prematuro en la salud* <https://marchofdimes.org/find-support/topics/birth/long-term-health-effects-premature-birth>
5. Dwyer, M. y Allen, K. (2021, 28 de junio). *Las agencias y los grupos comunitarios trabajan para reducir la inseguridad de la vivienda entre las personas embarazadas*. The Pew Charitable Trusts. <https://pewtrusts.org/en/research-and-analysis/articles/2021/06/28/agencies-and-community-groups-work-to-reduce-housing-insecurity-among-pregnant-people>
6. Katon, J. G., Enquobahrie, D. A., Jacobsen, K. y Zephyrin, L. C. (2021, 16 de noviembre). Políticas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas y mejorar la equidad en la salud materna. Políticas que reducen la morbilidad y la mortalidad materna y mejoran la equidad | Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/nov/policies-reducing-maternal-morbidity-mortality-enhancing-equity>
7. Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E. y Wallace, M. (2021). Determinantes sociales y estructurales de las desigualdades en la salud materna. *Revista de salud de la mujer*, 30 (2), 230—235. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>
8. CDC WONDER, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, diciembre de 2023, <https://wonder.cdc.gov/>
9. Krieger, N., Van Wye, G., Huynh, M., Waterman, P. D., Maduro, G., Li, W., Gwynn, R. C., Barbot, O. y Bassett, M. T. (2020). Racismo estructural, prácticas discriminatorias histórica y riesgo de parto prematuro en la ciudad de Nueva York, 2013-2017. *Revista estadounidense de salud pública*, 110 (7), 1046—1053. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305656>
10. Kramer, M.R., y Hogue, C.R. (2009). ¿Qué causa las disparidades raciales en los partos muy prematuros? Una perspectiva biosocial. *Revisiones epidemiológicas*, 31(1), 84-98. <https://doi.org/10.1093/ajerev/mxp003>
11. DeSisto, C. L., Hirai, A. H., Collins, J. W., Jr, y Rankin, K. M. (2018). Deconstruir una disparidad: explicar el exceso de nacimientos prematuros entre las mujeres de raza negra acidas en los Estados Unidos. *Anales de epidemiología*, 28(4), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.01.012>



12. Thoma, M. E., Drew, L. B., Hirai, A. H., Kim, T. Y., Fenelon, A. y Shenassa, E. D. (2019). Disparidades entre personas de raza negra y blanca en el parto prematuro: Determinantes geográficos, sociales y de salud. *Revista estadounidense de medicina preventiva*, 57(5), 675—686. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.007>
13. Lu, M.C., Halfon, N. Disparidades raciales y étnicas en los resultados de los nacimientos: Una perspectiva del ciclo de vida. *Revista de salud materna e infantil* 7, 13—30 (2003). <https://doi.org/10.1023/A:1022537516969>
14. March of Dimes. (Sin fecha). *Distribución de las categorías de edad gestacional: Pensilvania, 2021*. March of Dimes | PeriStats. <https://www.marchofdimes.org/peristats/state-summaries/pennsylvania>

SMSL y muertes relacionadas con el sueño

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (Sin fecha). *Acerca del sueño seguro para los bebés*. Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. <https://safetosleep.nichd.nih.gov/about>
2. CDC WONDER, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, diciembre de 2023, <https://wonder.cdc.gov/>
3. Academia Estadounidense de Pediatría. (2011; reafirmado en 2014, octubre). La SMSL y otras muertes infantiles relacionadas con el sueño: Ampliación de las recomendaciones para un entorno seguro para dormir para los bebés. *Pediatría*, 128, 1030—1039. <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341.full>
4. Bombard, J.M., Kortsmitt, K., Warner, L., Shapiro-Mendoza, C.K., Cox, S., Kroelinger, C.D., Parks, S.E., Dee, D.L., D'Angelo, D.V., Smith, R.A., Burley, B., Morrow, B., Olson, C.K., Shulman, H.B., Harrison, L., Cottengion M, C., Barfield, W. D. (2018, 12 de enero). Signos vitales: Tendencias y disparidades en las prácticas de sueño seguro para bebés — Estados Unidos, 2009-2015. Informe semanal de morbilidad y mortalidad de MMWR. 67: 39-46. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6701e1>
5. Perrone, S., Lembo, C., Moretti, S., Prezioso, G., Buonocore, G., Toscani, G., Marinelli, F., Nonnis-Marzano, F. y Esposito, S. (2021). Síndrome de muerte súbita infantil: Más allá de los factores de riesgo. *Life*, 11(3), 184. <https://doi.org/10.3390/life11030184>
6. Bartick, M. y Tomori, C. (2018). Muerte infantil súbita y justicia social: Un enfoque sindémico. *Nutrición materna e infantil*, 15(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.12652>
7. Departamento de Salud de Pensilvania. (2022, marzo). El estado de nuestra salud: Una evaluación de salud estatal de Pensilvania. <https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Health%20Planning/SHAUpdateReport2022.pdf>
8. Shapiro-Mendoza, C. K., Woodworth, K. R., Cottengim, C. R., Erck Lambert, A. B., Harvey, E. M., Monsour, M., Parks, S. E. y Barfield, W. D. (2023). Muertes infantiles repentinas e inesperadas: 2015–2020. *Pediatría*, 151 (4). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058820>
9. Carlin, R. F., Hauck, F. R., y Moon, R. Y. (2023). Las crecientes disparidades en las muertes infantiles repentinas e inesperadas reflejan los fracasos sociales. *Pediatría*, 151 (4). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060798>
10. Moon, R. Y., Carlin, R. F. y Hand, I. (2022). Muertes infantiles relacionadas con el sueño: Recomendaciones actualizadas de 2022 para reducir las muertes infantiles en el entorno del sueño. *Pediatría*, 150 (1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990>
11. Joyner, B. L., Oden, R. P., Ajao, T. I. y Moon, R. Y. (2010). Dónde debe dormir mi bebé: un estudio cualitativo sobre las decisiones sobre la ubicación del sueño de los bebés afroamericanos. *Revista de la Asociación Médica Nacional*, 102(10), 881—889. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30706-9](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30706-9)
12. Departamento de Salud de Pensilvania. Sistema de Monitoreo de la Evaluación del Riesgo de Embarazo (PRAMS). Solicitud de datos.
13. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar, División de Operaciones de la Oficina. (2023). (rep.). Informe anual de la revisión de la muerte infantil de Pensilvania de 2023. [Equipo de revisión de muertes infantiles \(pa.gov\)](https://www.health.pa.gov/topics/Documents/Health%20Planning/SHAUpdateReport2022.pdf)

SALUD INFANTIL

Mortalidad infantil

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
2. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar, División de Operaciones de la Oficina. (2023). (rep.). Informe anual de la revisión de la muerte infantil de Pensilvania de 2023. [Equipo de revisión de muertes infantiles \(pa.gov\)](https://pa.gov)
3. Dellinger, A. y Gilchrist, J. (2017). Principales causas de lesiones no intencionales mortales y no mortales en niños y adolescentes y el papel de los médicos especializados en el estilo de vida. *Revista estadounidense de medicina del estilo de vida*, 13(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1559827617696297>
4. CDC WONDER, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, diciembre de 2023, <https://wonder.cdc.gov/>
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud. (Sin fecha). *Niños - Personas sanas 2030*. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/children>
6. Woolf, S.H., Wolf, E.R. y Rivara, F.P. (2023). La nueva crisis del aumento de la mortalidad por todas las causas en niños y adolescentes estadounidenses. *Revista de la Asociación Médica Estadounidense*, 329(12), 975—976. https://iomc.org/resources/Documents/jama_woolf_2023_vp_230026_1678478082.12429.pdf
7. Pressley, J. C., Barlow, B., Kendig, T. y Paneth-Pollak, R. (2007). Tendencias de 20 años en las lesiones mortales en niños muy pequeños: La persistencia de las disparidades raciales. *Pediatría*, 119 (4). <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2412>
8. Rogers, R. G., Lawrence, E. M., Hummer, R. A. y Tilstra, A. M. (2017). Diferencias raciales/étnicas en la mortalidad temprana en los Estados Unidos. *Biodemografía y biología social*, 63(3), 189—205. <https://doi.org/10.1080/19485565.2017.1281100>
9. Green, K.-A., Bovell-Ammon, A. y Sandel, M. (2021). La vivienda y los vecindarios como causas fundamentales de la pobreza infantil. *Pediatría académica*, 21 (8), S194-S199. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.08.018>
10. Departamento de Salud de Pensilvania. (2022). (rep.). El estado de nuestra salud: Una evaluación de salud estatal de Pensilvania. [Evaluación de salud estatal \(pa.gov\)](https://pa.gov)

Desarrollo en la infancia temprana y factores de protección

1. Alderman, H., Behrman, J. R., Glewwe, P., Fernald, L. y Walker, S. (2017). Evidencia del impacto de las intervenciones en el crecimiento y el desarrollo durante la infancia temprana y media. *Prioridades de control de enfermedades, tercera edición (volumen 8): Salud y desarrollo de niños y adolescentes*, 79—98. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6_ch7
2. Portal de información sobre bienestar infantil. (Sin fecha). *Factores de protección para promover el bienestar y prevenir el abuso y la negligencia infantil*. <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/promoting/protectfactors/>
3. O’Neill, K. (2022, 9 de febrero). *Factores de riesgo y protección en el desarrollo infantil*. Brainwave Trust Aotearoa. <https://brainwave.org.nz/article/risk-and-protective-factors-in-child-development/>
4. Frosch, C. A., Schoppe-Sullivan, S. J. y O’Banion, D. D. (2019). Crianza y desarrollo infantil: Una perspectiva de salud relacional. *Revista estadounidense de medicina del estilo de vida*, 15(1), 45—59. <https://doi.org/10.1177/1559827619849028>
5. Bethell, C. D., Gombojav, N. y Whitaker, R. C. (2019). La resiliencia y la conexión familiar promueven el florecimiento entre los niños estadounidenses, incluso en medio de la adversidad. *Asuntos de salud (Proyecto Esperanza)*, 38(5), 729—737. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05425>
6. Babbs Hollett, K. y Frankenberg, E. (2022). *Disparidades raciales en el acceso a la educación preescolar: Diferencias en la inscripción y la calidad dentro y entre dos programas estatales en Pensilvania*. Facultad de Educación de PennState, Centro de Educación y Derechos Civiles https://cecr.ed.psu.edu/sites/default/files/CECR.ECE.Report_2.14_FINAL.pdf
7. Lloyd, C., Alvira-Hammond, M., Carlson, J. y Logan, D. (2021). *Características familiares, económicas y geográficas de las familias de raza negra con hijos*. Tendencias infantiles. <https://www.childtrends.org/publications/family-economic-and-geographic-characteristics-of-black-families-with-children>
8. Instituto de Justicia del Estado, Centro Nacional de Tribunales Estatales (2022, junio). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.ncsc.org/_data/assets/pdf_file/0026/77660/SDOH.pdf
9. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2020-2021. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. www.childhealthdata.org.
10. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>

Salud bucal

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023, 20 de septiembre). *Condiciones de salud bucal*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/oralhealth/conditions/index.html>
2. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
3. Ahmed, I., McGivern, S., Beymer, M. R., Okunev, I., Tranby, E.P., Frantsve-Hawley, J., Tseng, C. H. y Ramos-Gomez, F. (2021). Edad de la primera vez que los niños inscritos en Medicaid deben hacerse un examen de salud bucal y recibir tratamiento dental. *Investigación clínica y traslacional de JDR*, 8(1), 85—92. <https://doi.org/10.1177/23800844211057793>
4. Padang, N., Singh, S. y Awasthi, N. (2022). La primera visita al dentista: Edad, motivos, estado de salud bucal y necesidades de tratamiento dental en niños de 1 mes a 14 años. *Revista internacional de odontología pediátrica clínica*, 15 (4), 394—397. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2406>
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, 6 de abril). *Salud bucal infantil*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/oralhealth/basics/childrens-oral-health/index.html>
6. Organización Mundial de la Salud. (Sin fecha). *Salud bucal*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1
7. Vasireddy, D., Sathiyakumar, T., Mondal, S. y Sur, S. (2021). Factores socioeconómicos asociados con el riesgo y la prevalencia de caries dentales y las tendencias del tratamiento dental en niños: Un análisis transversal de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH), 2016-2019. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.19184>
8. Northridge, M. E., Kumar, A. y Kaur, R. (2020). Disparidades en el acceso a la atención de la salud bucal. *Revisión anual de salud pública*, 41(1), 513—535. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>
9. The Pew Charitable Trusts. (Sin fecha). *Campaña dental*. The Pew Charitable Trusts. <https://www.pewtrusts.org/en/projects/archived-projects/dental-campaign>
10. Lipton, B. J., Decker, S. L., Stitt, B., Finlayson, T. L. y Manski, R. J. (2022). Asociación entre las políticas de pago dental de Medicaid y las visitas dentales, la salud bucal y las ausencias escolares de los niños. *Foro de salud JAMA*, 3(9), e223041. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.3041>
11. Coalición de Pensilvania para la Salud Bucal. *Informe sobre el acceso a los proveedores de salud bucal*. <https://paoralhealth.org/wp-content/uploads/2022/05/PCOH-22-Workforce.pdf>
12. Choi, S. E., White, J., Mertz, E. y Normand, S. L. (2023). Análisis de la raza y el origen étnico, los factores socioeconómicos y las caries dentales entre los niños estadounidenses. *JAMA network open*, 6 (6), e2318425. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.18425>
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021, 5 de febrero). *Disparidades en la salud bucal*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. https://www.cdc.gov/oralhealth/oral_health_disparities/index.htm



14. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021, 25 de enero). *Caries*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/oralhealth/fast-facts/cavities/index.html>
15. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil 2020-2021. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. www.childhealthdata.org.

SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Prevención del acoso y la violencia

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2023, 28 de septiembre). *Datos rápidos: Cómo prevenir el acoso*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/bullyingresearch/fastfact.html>
2. stopbullying.gov. (Sin fecha). *Cómo prevenir el acoso*. stopbullying.gov. <https://www.stopbullying.gov/prevention/how-to-prevent-bullying>
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2023, 25 de octubre). *Prevención de la violencia juvenil*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv/yv-factsheet.pdf>
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2021, 10 de septiembre). *Estrategias y enfoques para prevenir la violencia juvenil*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/prevention.html>
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2016). *Prevención de múltiples formas de violencia: Una visión estratégica para conectar los puntos*. Atlanta, GA. [Prevención de múltiples formas de violencia: Una visión estratégica para conectar los puntos \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv/yv-factsheet.pdf)
6. Irwin, V., Wang, K. Cui, J. y Thompson, A. (Sin fecha). Informe sobre los indicadores de delincuencia y seguridad en las escuelas: 2022. Centro Nacional de Estadísticas Educativas, Departamento de Educación de los Estados Unidos y Oficina de Estadísticas de Justicia, Oficina de Programas de Justicia, Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Washington D.C. [Informe sobre los indicadores de delincuencia y seguridad en las escuelas: 2022 \(ed.gov\)](https://nces.ed.gov/ipeds/data/indicators/2022/)
7. Gordon, S. (2020, 30 de noviembre). *¿Cuáles son los factores de riesgo para convertirse en acosador? Una lista de verificación de los factores de riesgo para maestros y administradores*. <https://www.verywellfamily.com/what-are-the-risk-factors-for-becoming-a-bully-460518>
8. Gower, A.L., Rider, N., McMorris, B.J., Eisenberg, M.E. (2018, diciembre). Victimización por acoso entre jóvenes LGBTQ: Direcciones actuales y futuras. *Informes actuales de salud sexual* 10(4): 246–254. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0169-y>
9. Kravitz-Wirtz, N., Bruns, A., Aubel, A. J., Zhang, X. y Buggs, S. A. (2022). Desigualdades en la exposición comunitaria a la violencia mortal con armas de fuego por raza/etnia, pobreza y desventaja vecinal entre los jóvenes de las grandes ciudades de Estados Unidos. *Revista de salud urbana: boletín de la Academia de Medicina de Nueva York*, 99(4), 610—625. <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00656-0>
10. Ferdon, C., Vivolo-Kantor, A.M., Dahlberg, LL., Marshal, K.J., Rainford, N. y Hall, J.E. (2016). *Un paquete técnico integral para la prevención de la violencia juvenil y las conductas de riesgo asociadas*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Lesiones, Atlanta, GA.



11. Departamento de Educación de los Estados Unidos. (2019, julio). Denuncias de acoso escolar por parte de estudiantes: Resultados del suplemento sobre delitos escolares de 2017 de la Encuesta nacional de victimización por delitos. (Web Tables NCES 2019-054). <https://nces.ed.gov/pubs2019/2019054.pdf>
12. Woolf, S.H., Wolf, E.R. y Rivara, F.P. (2023). La nueva crisis del aumento de la mortalidad por todas las causas en niños y adolescentes estadounidenses. *Revista de la Asociación Médica Estadounidense*, 329(12), 975—976. https://iomc.org/resources/Documents/jama_woolf_2023_vp_230026_1678478082.12429.pdf

Salud mental y prevención del suicidio

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas, División de Salud de la Población. (2023, 25 de abril). *Acerca de la salud mental*. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo. (2023, 26 de julio). *¿Qué es la salud mental de los niños? Prevención de múltiples formas de violencia: Una visión estratégica para conectar los puntos (cdc.gov)*
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones. (2023, 8 de mayo). *Datos sobre el suicidio*. [Datos sobre el suicidio | Prevención del suicidio | CDC](#)
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención del VIH, la Hepatitis Viral, las ETS y la TB, División de Salud Escolar y de Adolescentes. (2023). *Encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes: Resumen de datos e informe de tendencias*. https://www.cdc.gov/healthyouth/data/yrbs/pdf/YRBS_Data-Summary-Trends_Report2023_508.pdf
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V para los estados: Recursos de asistencia técnica. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Home/Resources>
6. Harmer B, Lee S, Duong TvH y Saadabadi, A. Ideación suicida. [Actualizado en 2023, 4 de diciembre]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
7. CDC WONDER, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, diciembre de 2023, <https://wonder.cdc.gov/>
8. Schlack, R., Peerenboom, N., Neuperdt, L., Junker, S. y Beyer, A. K. (2021). Los efectos de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia en los adultos jóvenes: Resultados de la cohorte KIGGS. *Revista de monitoreo de la salud*, 6 (4), 3—19. <https://doi.org/10.25646/8863>
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo. (2023, 28 de marzo). *Mejorando el acceso a la salud mental infantil*. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/access.html>
10. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023, junio). Resumen de notas de la reunión del Consejo Asesor Juvenil.
11. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&ear=2024>
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [2021] Cuestionario de la encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyouth/data/yrbs/index.htm>. Consultado el 25 de octubre de 2023.

Salud sexual y reproductiva

1. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Salud sexual y bienestar*. [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health)
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (Sin fecha). *Salud sexual y reproductiva*. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
3. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, División de Salud Reproductiva. (2021, 15 de noviembre). *Acerca del embarazo adolescente*. <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/about/index.htm>
4. Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Nacimientos: Datos finales de 2021. Informes nacionales de estadísticas vitales; vol. 72, núm. 1. Hyattsville, MD: Centro Nacional de Estadísticas de Salud. 2023. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122047>
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asuntos de Población. (2023, mayo). *Ayude a los jóvenes a tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar reproductivos*. <https://opa.hhs.gov/about/news/e-updates/help-youth-make-informed-decisions-srh>
6. La Sociedad para la Salud y la Medicina de los Adolescentes. (2014). Atención para la salud sexual y reproductiva: Un documento de posición de la Sociedad para la Salud y la Medicina de los Adolescentes. *Revista de salud de los adolescentes*. 54. 491-496. <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2814%2900052-4>
7. Kripke C. (2008). Programas de abstinencia y más para la prevención del VIH. *Médico de familia estadounidense*, 77 (7), 955. [Programas de abstinencia y prevención del VIH | AAFP](#)
8. Yee, C. W., Cunningham, S. D. e Ickovics, J. R. (2019). Aplicación del índice de vulnerabilidad social para identificar la necesidad de intervención durante el embarazo en adolescentes en los Estados Unidos. *Revista de salud materna e infantil*, 23 (11), 1516-1524. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02792-7>
9. Summers, L., Lee, Y. M. y Lee, H. (2017). Factores que contribuyen al embarazo adolescente entre las mujeres afroamericanas que viven en comunidades económicamente desfavorecidas. *Investigación aplicada en enfermería: ANR*, 37, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.07.006>
10. Rabbitte M. (2020). Educación sexual en la escuela: ¿están incluidos los jóvenes de minorías sexuales y de género? : Resumen de una década. *Revista estadounidense de educación sexual*, 15 (4), 530—542. <https://doi.org/10.1080/15546128.2020.1832009>
11. Rasberry, C.N., Lowry, R, Johns, M., Robin, L., Dunville, R., Pampati, S, Dittus, P., Balaji, A. Diferencias de comportamiento sexual de riesgo entre estudiantes de preparatoria de minorías sexuales — Estados Unidos, 2015 y 2017. Informe semanal de morbilidad y mortalidad de MMWR. 2018: 27: 1007—1011. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6736a3>
12. Davies, S., Clarke, G., Lewis, N. (2021, 6 de abril). *Pobreza durante el periodo: La crisis de salud pública de la que no hablamos*. PolicyLab del Hospital Infantil de Filadelfia. <https://policylab.chop.edu/blog/period-poverty-public-health-crisis-we-dont-talk-about>

13. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). *Ramo del Título V de los Servicios de Salud Materna e Infantil, Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>
14. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023, junio). Resumen de notas de la reunión del Consejo Asesor Juvenil.
15. The Lancet Child & Adolescent Health. (2022). ITS juveniles: Una epidemia alimentada por la vergüenza. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6 (6), 353. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00128-6](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00128-6)
16. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención del VIH, la Hepatitis Viral, las ETS y la TB, División de Salud Escolar y de Adolescentes. (2023). *Encuesta sobre conductas de riesgo en jóvenes: Resumen de datos e informe de tendencias*. https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/YRBS_Data-Summary-Trends_Report2023_508.pdf

NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD

Acceso a proveedores, coordinación de la atención y navegación

1. Kuo, D.Z., Rodgers, R.C., Beers, N.S., McLellan, S.E., Nguyen, T.K., (2022, 1 de junio). Acceso a los servicios para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud y sus familias: Conceptos y consideraciones para un rediseño de sistemas integrados. *Pediatría*, 149 (Suplemento 7). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056150H>
2. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de Salud. (Sin fecha). *Coordinación de la atención*. Centro Nacional para la Excelencia en la Investigación de Atención Primaria. <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
3. Asociación de Programas de Salud Materna-Infantil (AMCHP). (2018, marzo). Estrategias de navegación familiar: Mejora de los sistemas de atención. [resumen del tema]. https://amchp.org/wp-content/uploads/2021/11/Final-issue-brief_3.12.pdf
4. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2020-2021. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. www.childhealthdata.org
5. Colaborativo de atención primaria. (Sin fecha). *Definición del modelo de "medical home": una filosofía centrada en el paciente que impulsa la excelencia en la atención primaria*. <https://theppcc.org/content/defining-medical-home>
6. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e infantil. (2022, junio). Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud: Resumen de datos de NSCH. <https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/programs-impact/nsch-data-brief-children-youth-special-health-care-needs.pdf>
7. Toomey, S. L., Chien, A. T., Elliott, M. N., Ratner, J. y Schuster, M. A. (2013). Disparidades en las necesidades insatisfechas de coordinación de la atención: encuesta nacional sobre la salud infantil. *Pediatría*, 131 (2), 217—224. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1535>
8. Houtrow, A., Martin, A. J., Harris, D., Cejas, D., Hutson, R., Mazloomdoost, Y. y Agrawal, R. K. (2022). Equidad en salud para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud: Una visión para el futuro. *Pediatría*, 149 (Suplemento 7). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056150f>
9. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvistdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>

Relaciones seguras, acoso y salud sexual y reproductiva

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Asuntos de Población. (Sin fecha). *Relaciones saludables en la adolescencia*. <https://opa.hhs.gov/adolescent-health/healthy-relationships-adolescence>
2. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2023, 28 de septiembre). *Datos rápidos: Cómo prevenir el acoso*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/bullyingresearch/fastfact.html>
3. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Salud sexual y bienestar*. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-srh/areas-of-work/sexual-health>
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, División de Prevención de la Violencia. (2016). *Prevención de múltiples formas de violencia: Una visión estratégica para conectar los puntos*. Atlanta, GA. [Prevención de múltiples formas de violencia: Una visión estratégica para conectar los puntos \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/bullyingresearch/fastfact.html)
5. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asuntos de Población. (2023, mayo). *Ayude a los jóvenes a tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar reproductivos*. <https://opa.hhs.gov/about/news/e-updates/help-youth-make-informed-decisions-srh>
6. La Sociedad para la Salud y la Medicina de los Adolescentes. (2014). Atención para la salud sexual y reproductiva: Un documento de posición de la Sociedad para la Salud y la Medicina de los Adolescentes. *Revista de salud de los adolescentes*. 54. 491-496. <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2814%2900052-4>
7. Houtrow, A., Elias, E. R., Davis, B. E. y el Consejo de Niños con Discapacidades (2021). Promoviendo una sexualidad saludable para los niños y adolescentes con discapacidades. *Pediatría*, 148 (1), e2021052043. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052043>
8. Namkung, E. H., Valentine, A., Warner, L. y Mitra, M. (2021). Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes con discapacidades: El papel de la educación sexual formal. *Anticoncepción*, 103 (3), 178—184. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.12.007>
9. Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T. y Officer, A. (2012). Prevalencia y riesgo de violencia contra los niños con discapacidades: Una revisión sistemática y un metanálisis de los estudios observacionales. *The Lancet*, 380(9845), 899—907. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60692-8)
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020, 1 de junio). *Violencia sexual y violencia de pareja entre las personas con discapacidades*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/svandipv.html>
11. Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Oficina de Programas de Justicia, Oficina para Víctimas de Delitos. (2018). *Delitos contra las personas con discapacidades*. [Hoja informativa]. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/ncvrw2018/info_flyers/fact_sheets/2018NCVRW_VictimsWithDisabilities_508_QC.pdf

12. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2020-2021. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. www.childhealthdata.org
13. Drake, P., Unti, L. y Wallace, I. (2021). Servicios del Programa de Educación sobre Responsabilidad Personal (PREP) para jóvenes con discapacidades. [Hoja de consejos]. Washington, DC: Administración de Niños, Jóvenes y Familias, Oficina de Servicios para la Familia y la Juventud. <https://teenpregnancy.acf.hhs.gov/sites/default/files/resource-files/YouthWithDisabilitiesTipSheet.pdf>
14. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). *Ramo del Título V de los Servicios de Salud Materna e Infantil, Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2023/Informe anual para el año fiscal 2021*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2023>
15. Breiding, M. J. y Armour, B. S. (2015). La asociación entre la discapacidad y la violencia de pareja íntima en los Estados Unidos. *Anales de epidemiología*, 25(6), 455–457. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.03.017>

Apoyo a las familias y prestadores de cuidado de los CYSHCN

1. Hoover, C. G., Coller, R. J., Houtrow, A., Harris, D., Agrawal, R. y Turchi, R. (2022). Entender el cuidado y los cuidadores: Cómo apoyar a los niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud en el hogar. *Pediatría académica*, 22 (2). <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.10.007>
2. Graaf, G., Annis, I., Martinez, R. *et al.* Factores predictivos de las necesidades insatisfechas de servicios de apoyo familiar en las familias de niños con necesidades especiales de atención de salud. *Revista de salud materna e infantil* 25, 1274—1284 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03156-w>
3. Strunk, J. A. (2010). Cuidados de relevo para familias de niños con necesidades especiales: Una revisión sistemática. *Revista de discapacidades físicas y del desarrollo*, 22 (6), 615—630. <https://doi.org/10.1007/s10882-010-9190-4>
4. Talley R., Crews J., Encuadrando la salud pública de la prestación de cuidados. *Revista estadounidense de salud pública*. 2007; 97:224–228. [Encuadrando la salud pública de la prestación de cuidados | AJPH | Vol. 97, número 2 \(aphapublications.org\)](https://doi.org/10.1093/ajph.97.2.224)
5. Schulz, R. y Sherwood, P. R. (2008). Efectos del cuidado familiar en la salud física y mental. *Revista estadounidense de enfermería*, 108 (9 Supl.), 23—27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
6. Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A. y Young, P. C. (2007). La salud de los cuidadores de niños con discapacidades: perspectivas de los cuidadores. *Niño: cuidado, salud y desarrollo*, 33 (2), 180—187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x>
7. Iniciativa de medición de la salud de niños y adolescentes. Consulta de datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil (NSCH) de 2020-2021. Centro de recursos de datos para la salud de niños y adolescentes con el apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la Administración de Recursos y Servicios de Salud y la Oficina de Salud Materna e Infantil. www.childhealthdata.org.
8. Litzelman, K. y Harnish, A. (2022). Elegibilidad del cuidador para los servicios de apoyo: Correlaciones y consecuencias para la utilización de los recursos. *Revista de gerontología aplicada: la revista oficial de la Sociedad Gerontológica del Sur*, 41 (2), 515—525. <https://doi.org/10.1177/0733464820971134>
9. McLellan, S. E., Mann, M. Y., Scott, J. A. y Brown, T. W. (2022). *Un plan para el cambio*: Principios rectores para un sistema de servicios para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención de salud y sus familias. *Pediatría*, 149 (Suplemento 7). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056150c>
10. Kuo, D.Z., Rodgers, R.C., Beers, N.S., McLellan, S.E., Nguyen, T.K., (2022, 1 de junio). Acceso a los servicios para niños y jóvenes con necesidades especiales de salud y sus familias: Conceptos y consideraciones para un rediseño de sistemas integrados. *Pediatría*, 149 (Suplemento 7). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056150H>
11. Departamento de Salud de Pensilvania, Oficina de Salud Familiar. (2023). Ramo para los servicios de salud materna e infantil del Título V, *Pensilvania, Solicitud para el año fiscal 2024/Informe anual para el año fiscal 2022*. <https://mchb.tvisdata.hrsa.gov/Admin/FileUpload/DownloadStateUploadedPdf?filetype=PrintVersion&state=PA&year=2024>
12. AARP, Alianza Nacional para el Cuidado. (2020, 14 de mayo). *La prestación de cuidado en los Estados Unidos en 2020*. <https://www.aarp.org/ppi/info-2020/caregiving-in-the-united-states.html>