



AMERICA'S
HEALTH RANKINGS®

 United Health Foundation

Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades



EDICIÓN 2011



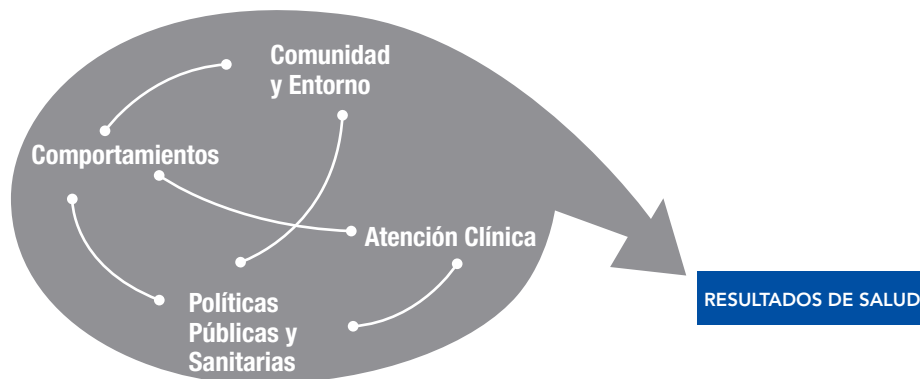
Componentes de la Salud

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Además de la influencia de nuestra predisposición genética individual a una enfermedad, la salud es el resultado de:

- Nuestros comportamientos.
- El entorno y la comunidad en la que vivimos.
- Las políticas y prácticas públicas y sanitarias de nuestros sistemas de prevención y atención de la salud.
- La atención clínica que recibimos.

Estos cuatro aspectos interactúan en una compleja red de causa y efecto, y gran parte de esta interacción apenas está comenzando a entenderse plenamente. La comprensión de dichas interacciones es vital para poder lograr los resultados de salud que deseamos, entre ellos una vida larga, sana y libre de enfermedades para todas las personas, independientemente de la raza, el sexo o la situación socioeconómica. El presente informe se centra en estos factores determinantes y en los resultados de salud generales que deseamos.





Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades

Edición 2011

America's Health Rankings®— Edición 2011 está disponible en su versión completa en www.americashealthrankings.org. Visite el sitio para solicitar o descargar copias adicionales.

America's Health Rankings® — Edición 2011 es una iniciativa conjunta de United Health Foundation (www.unitedhealthfoundation.org), American Public Health Association (www.apha.org) y Partnership for Prevention (www.prevent.org). Está financiada en su totalidad por United Health Foundation, una organización 501(c)(3) reconocida.

Los datos que contiene este documento se obtuvieron de las siguientes fuentes y se utilizaron con autorización de éstas:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)
Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)
National Center for Health Statistics (NCHS, Centro Nacional de Estadísticas de Salud)

U.S. Department of Commerce (Departamento de Comercio de los Estados Unidos)
Census Bureau (Oficina del Censo)
Bureau of Economic Analysis (Oficina de Análisis Económicos)

U.S. Department of Education (Departamento de Educación de los Estados Unidos)
National Center for Education Statistics (NCES, Centro Nacional de Estadísticas de Educación)

U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos)
Bureau of Labor Statistics (Oficina de Estadística Laboral)

U.S. Environmental Protection Agency (EPA, Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos)

American Medical Association (AMA, Asociación Médica Estadounidense)
Dartmouth Atlas Project (Proyecto Dartmouth Atlas)
Trust for America's Health (Fideicomiso para la Salud de Estados Unidos)
World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

United Health Foundation, American Public Health Association y Partnership for Prevention alientan la distribución de la información que contiene esta publicación con fines científicos, educativos, benéficos y no comerciales. Para citar la fuente, mencione *America's Health Rankings*® (Clasificación de la Salud en los Estados Unidos) — Edición 2011 y agregue la siguiente nota: ©2011 United Health Foundation. Todos los Derechos Reservados. Mencione la fuente original de los datos específicos que cite.

El presente proyecto fue realizado para y en colaboración con United Health Foundation, American Public Health Association y Partnership for Prevention por Arundel Street Consulting, Inc., St. Paul, Minn.

Diseño de Aldrich Design, St. Paul, Minn.

Las preguntas y los comentarios sobre el presente informe deben dirigirse a United Health Foundation a la dirección info@unitedhealthfoundation.org.

Copyright ©2011 United Health Foundation

Quienes formamos United Health Foundation, junto con nuestros socios de American Public Health Association y Partnership for Prevention, tenemos el agrado de presentar la Edición número 22 de *America's Health Rankings® (Clasificación de la Salud en los Estados Unidos): Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades*. Publicada por primera vez en 1990, America's Health Rankings brinda el análisis estado por estado más antiguo de la salud de nuestro país y los factores que la afectan.

Las novedades, en general, son de todo tipo. Nos alienta ver que, a través de iniciativas multidisciplinarias concertadas, nuestro país experimentó modestas mejorías en áreas como tabaquismo y delitos de violencia. Según las cifras recientemente publicadas por los Centros para el

Control y la Prevención de Enfermedades, la enfermedad coronaria también disminuyó. Lamentablemente, continuamos luchando contra el empeoramiento de las tasas de obesidad y diabetes, y la falta de mejoras en otras condiciones de salud crónicas. Reconocemos que las empresas privadas, el gobierno federal, los gobiernos estatales y las personas en general enfrentan un desafío cada vez mayor por la escalada en los costos de atención de la salud. Con las

enfermedades crónicas que afectan a 130 millones de estadounidenses y son responsables de casi el 75% de estos costos, nos debemos, y les debemos a las futuras generaciones, medidas más urgentes y creativas para hacer frente a estos problemas.

Cuando se trata de desafíos de esta magnitud, es importante reconocer que "todos estamos juntos en esto". El liderazgo del gobierno es esencial, pero el gobierno no puede hacerlo solo. El sector privado, las organizaciones filantrópicas y comunitarias, todos deben unirse en un proceso basado en datos para determinar prioridades y luego reunir un amplio conjunto de activos necesarios para tratar estas prioridades.

El subtítulo de este informe continúa siendo *Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades*. No son simples palabras, sino un pedido urgente de un compromiso integral, innovador y sostenido. Ya sea que se intente un cambio personal, como dejar de fumar o empezar

a hacer ejercicio; se respalden las iniciativas de una comunidad que creen entornos seguros y saludables en los que vivir y trabajar; o se creen políticas o programas que mejoren la salud, el punto es que hay demasiado en juego para dejar estos asuntos sin tratar. ¡Éste es el momento!

Lo invitamos a compartir programas innovadores o de eficacia comprobada que han marcado una diferencia en su comunidad. Para ello, envíenos un mensaje de correo electrónico a unitedhealthfoundationinfo@uhc.com. También puede encontrarnos y seguirnos en *America's Health Rankings* en Facebook en www.facebook.com/AmericasHealthRankings y Twitter en @AHR_Rankings. Permítanos que intercambiamos ideas, compartamos información y aprendamos entre todos a medida que trabajamos para cambiar el curso de los desafíos de la salud que enfrenta la nación.

Como en ediciones anteriores, nos complace incluir las ideas de líderes juiciosos del ámbito de la salud. Sus comentarios tienen la intención de iniciar conversaciones, generar ideas y demostrar medios innovadores para mejorar la salud pública. Este año, los colaboradores incluyen:

- Regina Benjamin, M.D., M.B.A, Directora de Salud Pública de los Estados Unidos, quien habla de la importancia de prevenir y promover el bienestar, dado que las enfermedades crónicas constituyen un alto costo para nuestro país en más sentidos que uno.
- Thomas R. Frieden, M.D., M.P.H., Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, quien postula que la información es poder y que debemos usar este poder para comprender los problemas de salud más grandes que aquejan a nuestro país, para hacer elecciones saludables y para mejorar la salud de la nación.
- Georges C. Benjamin, M.D., Director Ejecutivo de American Public Health Association, quien habla de la importancia de medir los factores de salud bajo el título "lo que se mide se hace" y va más allá de la idea para argumentar que la necesidad real yace en tomar medidas para tratar los desafíos que representan estas medidas.
- Andrew Webber, Presidente y Director Ejecutivo de National Business Coalition on Health, quien desarrolla el imperativo de comprometer a las empresas en asociaciones del sector público y privado para elaborar estrategias eficaces y creativas que permitan ocuparse de los asuntos de la salud pública.
- Glen P. Mays, Ph.D., M.P.H. y F. Douglas Scutchfield, M.D., National Coordinating Center for Public Health Services and Systems Research en University of Kentucky College of Public Health, quienes exponen el hecho de que, a pesar de

Lo invitamos a compartir programas innovadores o de eficacia comprobada que han marcado una diferencia en su comunidad.

gastar muchos más recursos en atención de la salud que cualquier otro país del planeta, los Estados Unidos continúan detrás de muchos otros países industrializados y necesitan fomentar y respaldar la acción multisectorial para tratar ésta y otras disparidades.

- Elizabeth Seaquist, M.D. y Victor Montori, M.D., en representación del Programa Decade of Discovery, escriben sobre la creciente epidemia de la diabetes y la innovadora asociación entre University of Minnesota y Mayo Clinic en el lanzamiento de Decade of Discovery: A Minnesota Partnership to Conquer Diabetes (Una Década de Descubrimiento: Asociación para Conquistar la Diabetes en Minnesota), una iniciativa de 10 años para prevenir, tratar de manera óptima y en última instancia curar la diabetes tipo 1 y tipo 2.
- Greg Vigdor, Presidente y Director Ejecutivo de Washington Health Foundation y la Campaña Healthiest State in the Nation, quien representa el pensamiento que sustenta a la campaña, las 40,000 personas que participan en la campaña y sus logros hasta la fecha en pos del objetivo de convertirse en el Estado Más Saludable del País.
- Jud Richland, M.P.H., Presidente y Director Ejecutivo de Partnership for Prevention, quien expone la importancia de convertir la prevención en una prioridad y la importancia de la colaboración en busca de este objetivo.

Estamos inmensamente agradecidos por la experiencia y la orientación que brindó nuestro Comité Asesor de Científicos, compuesto de expertos líderes en el ámbito de la salud pública y bajo la dirección de Anna Schenk, Ph.D., M.S.P.H., Directora del Programa de Liderazgo en Salud Pública y del North Carolina Institute for Public Health en Gillings School of Global Public Health de la University of North Carolina at Chapel Hill. Una vez más, han cumplido su misión de revisar, mantener y progresar continuamente en la estructura metodológica del informe.

También ofrecemos nuestra gratitud y más profundo respeto a la dedicación que demostraron nuestros profesionales en políticas de salud, clínicas y de salud pública, quienes trabajan incansablemente todos los días en nombre de los habitantes de nuestro país.



Reed V. Tuckson, MD
Miembro del Directorio de United Health Foundation
Vicepresidente Ejecutivo y Jefe de Asuntos Médicos de UnitedHealth Group



United Health Foundation



Georges C. Benjamin, MD
Director Ejecutivo
American Public Health Association



American
Public Health
Association



Jud Richland, M.P.H.
Presidente y Director Ejecutivo
Partnership for Prevention



Shaping Policies • Improving Health

La Prevención como Imperativo: Cómo Proteger la Salud y el Bienestar de las Familias Estadounidenses

Regina Benjamin, M.D., M.B.A.
Directora de Salud Pública de los Estados Unidos

La prevención de enfermedades es un imperativo nacional cada vez más importante, en especial porque muchas familias estadounidenses luchan con las implicancias económicas y personales de las enfermedades crónicas. En el 2001, el esfuerzo de promover una iniciativa de prevención coordinada alcanzó un hito importante. Como lo estipula la histórica Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), el Consejo Nacional

de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Pública, el cual preside, lanzó la Estrategia Nacional de Prevención.

La Estrategia Nacional de Prevención es un proyecto integral para multiplicar la cantidad de estadounidenses que gozan de buena salud en cada etapa de la vida. Reconoce que la salud y el bienestar están determinados por un mayor acceso a los servicios de atención de la salud.

Como indican los resultados de las investigaciones en este informe de *America's Health Rankings*[®] —una publicación anual de United Health Foundation, American Public Health Association y Partnership for Prevention—, enfrentamos desafíos significativos para garantizar que todos los habitantes de los Estados Unidos se mantengan saludables y en forma. La Estrategia Nacional de Prevención ahora proporciona una guía para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, trasladando el enfoque del país

desde las enfermedades hacia la prevención y el bienestar.

Como médica de familia, aprendí la importancia de la prevención, es decir, de detener una enfermedad antes de que comience. Y ésa es la perspectiva de mi trabajo como Directora de Salud Pública. Simplemente cuatro comportamientos modificables que ponen en riesgo la salud —la falta de actividad física, la mala alimentación, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol— son

responsables de gran parte de las enfermedades, el sufrimiento y la muerte prematura relacionada con las enfermedades crónicas.

Casi cincuenta por ciento de los adultos tienen al menos una condición crónica, y siete de cada diez muertes anuales se deben a enfermedades crónicas. En el 2011, más de 800,000 estadounidenses morirán de enfermedades cardíacas,¹ y los costos anuales directos y generales como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares se estiman en \$273 mil millones y \$444 mil millones, respectivamente.² Casi 600,000 estadounidenses morirán de cáncer, una enfermedad que el año pasado costó \$263.8 mil millones en costos directos e indirectos.³

La prevención puede y debe convertirse en parte de nuestra vida cotidiana. La buena salud se logra no sólo con recibir atención médica de calidad, sino también llevando vidas más saludables que, en primer lugar, ayuden a prevenir las enfermedades. La buena salud también se logra con agua y aire limpios, espacios al aire libre seguros para la actividad física, lugares de trabajo seguros, alimentos saludables, entornos sin violencia y hogares saludables. Los sectores público y privado pueden trabajar en conjunto para integrar la prevención a todos los aspectos de nuestras vidas, incluidos dónde y cómo vivimos, aprendemos, trabajamos y jugamos. Todos —empresas, educadores, instituciones de atención de la salud, gobierno, comunidades y cada uno de los habitantes de los Estados Unidos— pueden desempeñar un papel en la creación de una nación más saludable. Y todos pueden beneficiarse y se beneficiarán al tener mano de obra más saludable y costos de atención de salud más bajos.

La Necesidad de un Mayor Interés en la Prevención

El argumento de concentrar más la atención y los recursos del país en la prevención está



La prevención puede y debe convertirse en parte de nuestra vida cotidiana.

1 Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulación* 2011;123:e18–209.

2 Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulación* 2011;123:933–44.

3 Fuente: American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2011*. Atlanta: American Cancer Society; 2011.

4 Fuente: Comunicado de prensa de BLS 10/20/11 <http://www.bls.gov/news.release/wkyeng.nr0.htm>

fundamentado en la ciencia. La prevención de las enfermedades crónicas tiene un efecto profundo y medible en nuestras comunidades y economía, ya que afecta la salud y el bienestar económico de las personas de todas las edades, orígenes étnicos y estrato económico. Consideremos lo siguiente:

- Con una mejor salud, los **niños** asisten a la escuela con más regularidad y tienen una mayor capacidad de aprendizaje. Numerosos estudios han hallado que la actividad física regular contribuye a mejorar el aprendizaje. Los niveles de acondicionamiento físico de los estudiantes se han relacionado con resultados académicos más elevados en matemática, lectura y escritura.
- Con una mejor salud, los **adultos** son más productivos y asisten al trabajo más días. Por el contrario, las enfermedades como asma, presión arterial alta, consumo de tabaco y obesidad reducen la productividad anual entre \$200 y \$440 por persona. Si multiplicamos esta cifra por una fuerza laboral de 101 millones de trabajadores a tiempo completo en los Estados Unidos, el costo total de esta pérdida de productividad en nuestra economía es alarmante.
- Con una mejor salud, las **personas de la tercera edad** pueden mantener su independencia. El apoyo a los adultos mayores que eligen seguir viviendo en sus hogares y comunidades y retener su independencia ("envejecer en su propio hogar") contribuye a promover la salud mental y emocional positiva.

Sin embargo, aumentar las iniciativas de prevención en los sectores público y privado y entre las personas exige mucho más que concientizar o crear programas fragmentados. Requiere un plan de acción unificado y un grupo de líderes dedicados que puedan defender la causa y asumir la responsabilidad de presentar resultados.

Un Plan para Mejorar la Salud y el Bienestar

El principal objetivo de la Estrategia Nacional de Prevención es multiplicar la cantidad de estadounidenses que gozan de buena salud en cada etapa de la vida. Para cumplir con este objetivo, la estrategia demanda cuatro orientaciones estratégicas que son fundamentales para mejorar la salud del país y ocuparse de todos los sectores de la sociedad:

- **Desarrollar Entornos Comunitarios Saludables y Seguros:** La prevención de enfermedades debe comenzar en casa y en nuestras comunidades.

Por ejemplo, los comercios y las empresas pueden adoptar prácticas para fomentar entre sus trabajadores una mayor actividad física y una menor contaminación (p. ej., flexibilidad en el lugar de trabajo, programas para compartir el transporte, incentivos para estacionamiento disuasorio, iniciativas de gestión de la demanda de viajes y opciones de teletrabajo).

- **Ampliar los Servicios Preventivos de Calidad tanto en Ámbitos Clínicos**

como Comunitarios: Las personas que reciben atención preventiva, que incluye las vacunas y las pruebas de detección de cáncer, gozan de una mejor salud y costos de atención de la salud más bajos.

Con este fin, las iniciativas de prevención clínicas y comunitarias (como los programas de prevención de la diabetes que atienden a grupos subatendidos) deberían estar más estrechamente vinculados.

- **Capacitar a las Personas para que Tomen Decisiones Saludables:**

Cuando las personas tienen acceso a información y recursos útiles y fáciles de comprender, adquieren la capacidad para tomar decisiones más saludables. Las políticas y los programas deberían proponer opciones saludables que sean fáciles de elegir y tengan un costo razonable. Por ejemplo, los profesionales de atención de la salud pueden usar varias herramientas de comunicación (como aplicaciones para teléfonos móviles, registros personales de salud y sitios de Internet sobre salud confiables) y métodos culturalmente aceptables para reforzar la comunicación oral y escrita más tradicional.

- **Eliminar las Disparidades en la Salud:** Con la eliminación de las disparidades en el logro y el mantenimiento de la salud, podemos ayudar a mejorar la calidad de vida de todos los estadounidenses. Por ejemplo, los proveedores de atención de la salud pueden capacitar y contratar a más cantidad de personal calificado de grupos de minorías étnicas y raciales con escasa representación y personas con discapacidades.

Cuando las personas tienen acceso a información útil y fácil de comprender, adquieren la capacidad para tomar decisiones más saludables.

Para maximizar la eficacia de las iniciativas de prevención, la Estrategia Nacional de Prevención también ha identificado siete áreas de prioridad en torno a las principales causas de muertes prevenibles y enfermedades graves. Éstas siete áreas de prioridad son: vida libre de tabaco; prevención del abuso de drogas y del consumo excesivo de alcohol; alimentación saludable; vida activa; vida sin lesiones ni violencia; salud sexual y reproductiva; y bienestar mental y emocional.

El Camino que Tenemos por Delante

Para que la Estrategia Nacional de Prevención prospere, el Comité Nacional de Prevención trabajará en conjunto con el Grupo Asesor, las agencias Federales y los socios del sector público y privado en la puesta en práctica de la Estrategia a escala nacional, estatal, tribal y local, reconociendo la necesidad de un enfoque amplio e inclusivo para tratar la salud y el bienestar de las comunidades.

La Administración de Obama ya está implementando iniciativas que apoyan y logran los objetivos delineados en la Estrategia Nacional de Prevención. Entre ellas, las iniciativas Let's Move! (¡A Moverse!), My Plate (Mi Plato), Partnership for Sustainable Communities (Asociación de Comunidades Sustentables), America's Great Outdoors (Espacios al Aire Libre en los Estados Unidos), Neighborhood Revitalization (Revitalización de los Vecindarios) y Executive Order 13548 (Decreto 13548), ésta última para hacer que el gobierno federal sea un empleador modelo de personas con discapacidades.

Y esto es sólo el comienzo: el Comité Nacional de

Prevención posee un plan específico y sistemático para incrementar las iniciativas de prevención públicas y privadas, así como para aumentar la participación en la prevención de grupos y personas de todo el país.

Como lo han demostrado las investigaciones en repetidas ocasiones, la inversión en la prevención durante toda la vida complementa y apoya el tratamiento y la atención. Y a la vez que protegen y salvan vidas, las políticas y los programas de prevención también pueden ayudar a reducir los costos de atención de la salud y aumentar la productividad. Las iniciativas continuas para informar y comprometer a nuestros líderes nacionales y comunidades locales, como *America's Health Rankings*[®], serán fundamentales para nuestro éxito.

Como su Directora de Salud Pública, tengo la firme voluntad de asegurar que la prevención y el bienestar sean una parte fundamental de las iniciativas de atención de la salud de nuestro país, y convoco a todos aquellos que forman los sectores públicos y privados a hacer su parte para promover el cambio. Dadas las tasas de enfermedades crónicas en aumento y los mayores costos de atención de la salud, nuestra necesidad de prevención es más urgente que nunca antes. Con la Estrategia Nacional de Prevención, ahora los Estados Unidos tienen un plan sólido y bien pensado para enfrentar estos desafíos, y nuevas esperanzas de un futuro más saludable.

Para obtener más información sobre la Estrategia Nacional de Prevención, visite:
<http://www.healthcare.gov/prevention/nphpphc/index.html>

La Información es Poder

Thomas R. Frieden, M.D., M.P.H.
 Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

La publicación de esta edición más reciente de *America's Health Rankings* (Clasificación de la Salud los Estados Unidos) está acompañada del reconocimiento de que la información es poder. El poder de saber dónde residen nuestros problemas de salud más grandes. El poder de tomar decisiones más saludables. El poder de mejorar la salud de nuestro país.

Pero ese poder no viene exento de responsabilidad. Responsabilidad para descubrir qué intervenciones y programas tendrán el mayor impacto. Responsabilidad para usar los recursos con inteligencia. Responsabilidad para entrar en acción en todos los niveles de la sociedad. Porque si no asumimos estas responsabilidades, toda la información y el conocimiento del mundo no nos ayudarán a impulsar las mejoras que necesitamos para mantener la salud y la fuerza de nuestra nación.

Estamos progresando en el uso más eficaz de una mejor información para la toma de decisiones y la acción. En los CDC, la vigilancia y la epidemiología siempre han sido funciones centrales. Nosotros y otros usamos esta información para mejorar la salud aquí en nuestro país y en todo el mundo.

Gran parte de nuestros datos y los de otras entidades se reflejan en la presente edición de *America's Health Rankings*. La información que se brinda aquí es una sinopsis detallada del estado de salud actual de nuestro país y las tendencias en el tiempo, indica dónde se necesita más esfuerzo y nos da una idea de hacia dónde es probable que nos dirijamos en el futuro.

Esta última mirada a la salud de nuestro país demuestra que estamos logrando mejoras significativas en algunas áreas, pero que no estamos progresando en otras. La disminución de las tasas de tabaquismo es más lenta. Reducir la obesidad continúa siendo uno de nuestros mayores desafíos. Aunque las tasas de cobertura del seguro de salud para hijos están subiendo, la cantidad de estadounidenses sin seguro de salud continúa creciendo. Sin embargo, las

disposiciones recientemente implementadas de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para asegurar a los adultos jóvenes hasta los 26 años de edad han incrementado los niveles de cobertura de este grupo, e incluso más estadounidenses obtendrán acceso a la cobertura para el 2014. Estas clasificaciones también revelan las disparidades, con frecuencia marcadas, en la salud de los diferentes estados.

Todos los segmentos de nuestra sociedad —las comunidades de salud pública y atención de la salud, las agencias gubernamentales en todos los niveles, las organizaciones sin fines de lucro, la comunidad empresarial, las instituciones educativas, los grupos comunitarios y las personas particulares— deben unirse para implementar programas que mejoren la salud. Es aún más vital que todas las coaliciones de grupos que tengan un interés en mejorar la salud se unan para idear e implementar soluciones que funcionen.

El fortalecimiento de nuestras iniciativas para combatir las enfermedades cardiovasculares — una medida clave en *America's Health Rankings*— es de crucial importancia. Las enfermedades cardiovasculares matan a 865,000 estadounidenses por año y continúan siendo la principal causa de muerte de nuestro



Estamos logrando mejoras significativas en algunas áreas, pero no estamos progresando en otras.

El tabaco es la principal causa evitable de muerte, ya que mata a más de 440,000 estadounidenses por año.

país. Los CDC, en asociación con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), otras agencias federales, clínicas, socios comunitarios y otros, han lanzado la iniciativa Million Hearts con el objetivo de evitar un millón de ataques cardíacos y derrames cerebrales en los próximos cinco años. Million Hearts reducirá la cantidad de personas que necesitan tratamiento a través de la prevención y el mejor manejo de las intervenciones ABCS — siglas en inglés para tomar aspirina, controlar la presión arterial, disminuir el colesterol y dejar de fumar— que ofrecen la capacidad de salvar vidas más elevada de todas las intervenciones clínicas.

Actualmente, menos de la mitad de los estadounidenses que corren el riesgo más alto de enfermedades cardiovasculares toman una aspirina al día, menos de la mitad con hipertensión la controla correctamente, sólo un tercio con colesterol alto sigue un tratamiento adecuado y menos de un cuarto

de los fumadores recibe ayuda para abandonar el hábito. El enfoque en las intervenciones ABCS, los progresos en la tecnología de la información, en particular el uso extendido de los registros de salud electrónicos orientados a la prevención, y el mayor uso de la atención en equipo contribuirán a que los profesionales clínicos logren progresos en las intervenciones ABCS.

El control de la presión arterial en la práctica clínica puede ser la más importante de estas intervenciones, con

la capacidad de salvar la mayor parte de las vidas. Las sociedades activas pueden aumentar las intervenciones clínicas. Los profesionales clínicos deben controlar la presión arterial de sus pacientes en cada visita y recetar o ajustar los medicamentos antihipertensivos inmediatamente según lo indicado. Los farmacéuticos pueden supervisar los patrones de repetición de recetas de medicamentos para asegurarse de que éstos se tomen según las indicaciones y para estimular

la participación activa de médicos y pacientes en el control de la presión arterial. El control en el hogar puede ayudar a las personas a saber si sus medicamentos son eficaces. Los centros para personas de la tercera edad y otras organizaciones comunitarias pueden contribuir a profundizar la concientización sobre la presión arterial, así como a controlar y mejorar el cumplimiento terapéutico. Con el trabajo conjunto de numerosos socios, resulta mucho más fácil que las personas mantengan un control de su presión arterial para prevenir un ataque cardíaco o derrame cerebral.

En los CDC, también nos estamos concentrando en las “batallas que se pueden ganar”. Aunque no le estamos restando importancia al trabajo en otras áreas clave, las batallas que pueden ganarse son problemas de salud que presentan una gran carga como causa principal de enfermedades, lesiones, discapacidad y muerte, y para las cuales hay intervenciones basadas en evidencia que pueden ampliarse, que sabemos que funcionarán y que pueden aplicarse hoy mismo. Nuestras iniciativas pueden marcar una diferencia y lograr resultados medibles en sólo unos pocos años, aunque el éxito no será fácil y demandará un importante esfuerzo de todos los segmentos de nuestra sociedad.

Los CDC han identificado las siguientes seis áreas, todas las cuales *America's Health Rankings* mide directa o indirectamente, como batallas que se pueden ganar fundamentales para mejorar la salud de nuestro país:

- Control del tabaco.
- Alimentación, actividad física, obesidad y seguridad alimentaria.
- Infecciones asociadas a la atención de la salud.
- Embarazo adolescente.
- Lesiones en vehículos motorizados.
- VIH.

El tabaco es la principal causa evitable de muerte; en los Estados Unidos mata a más de 440,000 personas por año —casi 1 de cada 5 muertes por todas las causas— o más de mil personas por día. Alrededor de 46 millones de adultos estadounidenses aún fuman, lo que nos cuesta casi \$200 mil millones por año en gastos médicos y pérdida de productividad. Luego de 40 años de progreso sostenido en la reducción

del tabaquismo desde que se publicó el primer informe del Director de Salud Pública sobre los daños que provoca el tabaco, a partir del 2004 la disminución en la tasa de tabaquismo en los adultos se hizo más lenta.

Más de dos tercios de los fumadores desean abandonar el hábito. Muchos de ellos lo intentan, con frecuencia varias veces, pero necesitan apoyo para lograrlo. Hay estrategias con eficacia demostrada que podemos usar para reducir el consumo de tabaco y que forman la base del plan de medidas MPOWER de la Organización Mundial de la Salud: **Monitor:** Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; **Protect:** Proteger a la población del humo del tabaco; **Offer:** Ofrecer ayuda para abandonar el tabaco; **Warn:** Advertir de los peligros del tabaco; **Enforce:** Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y **Raise:** Aumentar los impuestos al tabaco.

El reforzamiento del control del tabaco reducirá el hábito de fumar al desalentar la iniciación de fumadores y fomentar el abandono. Estamos logrando importantes avances, tanto a escala nacional como estatal y local, en la implementación de políticas de eficacia demostrada sobre el control del tabaco. La cantidad de estadounidenses protegidos por leyes antitabaco amplias está creciendo año a año. Los aumentos en el impuesto al tabaco a escala federal, así como en algunos estados y localidades, están fomentando el abandono del hábito o directamente disuadiendo el inicio del consumo. El año que viene, se comenzarán a utilizar nuevas etiquetas gráficas de advertencia para la salud exigidas por la Administración de Drogas y Alimentos, conforme a la nueva legislación federal, y se ampliará el uso de campañas antitabaco en los medios masivos de comunicación. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están tomando medidas para incrementar la cobertura de los servicios para dejar de fumar en programas de seguro públicos y privados. Los avances demuestran que el éxito es posible adondequiera que el control del tabaco se tome como una prioridad.

La obesidad es uno de los pocos problemas de salud que continúa empeorando. Desde la década de 1960, las tasas de obesidad se han duplicado en los adultos y triplicado en los niños, de modo que ahora más de 1 de cada 3 adultos y 1 de cada 6 niños son obesos. Seguimos trabajando para desarrollar intervenciones más eficaces para reducir la obesidad. Entre ellas, elaboramos políticas para aumentar la disponibilidad de alimentos y bebidas más saludables y para reducir la cantidad de alimentos menos saludables en las escuelas, establecimientos del gobierno, centros de atención de la salud y otros lugares. Las pautas de etiquetado de menús para las cadenas de restaurantes alentarán las elecciones más saludables del público.

Los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos son frecuentes y costosos. Todos los años, en los Estados Unidos se producen aproximadamente mil de estos brotes, que enferman a 1 de cada 6 habitantes y matan a 3,000 personas. Los costos anuales para nuestra sociedad se estiman en una cifra tan alta como \$152 mil millones de gastos de cuidado de la salud y pérdida de productividad. Con la aprobación de la Ley de Inocuidad de Alimentos (Food Safety Modernization Act), la Administración de Drogas y Alimentos, los CDC, el Departamento de Agricultura y otros socios a escala federal, estatal y local están identificando estos brotes y deteniendo su avance más rápidamente, rastreando más de cerca las tendencias de las enfermedades transmitidas por alimentos y los brotes, realizando investigaciones aplicadas para un mejor diagnóstico y prevención, y evaluando la eficacia

Todos los años, en los Estados Unidos se producen aproximadamente mil brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, que enferman a 1 de cada 6 habitantes y matan a 3,000 personas.

de las políticas para reducir la propagación de estas enfermedades. PulseNet, una red nacional de laboratorios de organismos reguladores de alimentos y salud pública que está coordinada por los CDC, cumple un papel fundamental en nuestra capacidad de identificar rápidamente qué bacteria, de los numerosos tipos de existen, causó un determinado brote, lo que facilita una respuesta más inmediata.

Alrededor de 1 de cada 20 pacientes que están hospitalizados contrae una infección asociada al cuidado de la salud (HAI, por sus siglas en inglés), que mata a 100,000 estadounidenses y nos cuesta, en líneas generales, unos \$30 mil millones al año. Al menos un tercio de estas infecciones pueden prevenirse con herramientas y procedimientos simples que ya existen, pero que actualmente son infrautilizados. Recientemente, se produjo una disminución en algunos tipos de HAI, en parte dado que más de la mitad de los estados ahora requiere la presentación de informes de HAI, y casi 5,000 centros de atención de la salud en todo el país están inscritos en el sistema de vigilancia por Internet de la Red de Seguridad Nacional para el Cuidado de la Salud (NHSN, por sus siglas en inglés). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid utilizan estos datos de vigilancia de la NHSN para mejorar la calidad del cuidado hospitalario; Partnership for Patients (Alianza para los Pacientes) es una nueva alianza del sector público y privado para mejorar la seguridad del paciente y reducir los costos de atención de la salud.

Todos los años, más de 400,000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de nuestro país tienen un hijo. El embarazo puede tener efectos negativos inmediatos y a largo plazo para los padres adolescentes y sus hijos, y puede perpetuar las desventajas sociales, económicas y educativas. Aunque las tasas de embarazo adolescente han descendido significativamente en las dos últimas décadas a los niveles más bajos desde que se llevan registros, las cifras siguen siendo demasiado altas. Continúan siendo notorias las disparidades en las tasas del embarazo y parto adolescente entre los grupos étnicos y raciales del país. Los costos públicos asociados con el embarazo adolescente, incluidos la atención de la salud y el hogar sustituto, representan más de \$9 mil millones anuales. Las áreas que amplían el acceso a la información y los servicios pueden bajar sustancialmente el embarazo adolescente y reducir las disparidades en la salud.

Aunque recientemente se produjo una marcada disminución en las muertes en vehículos motorizados, cada año los accidentes automovilísticos matan a más de 33,000 personas y envían a más de 4 millones a los departamentos de emergencia, y continúan siendo la principal causa de muerte entre los estadounidenses de los 5 a los 34 años de edad. Las muertes relacionadas con vehículos motorizados le cuestan a nuestro país \$41 mil millones por año en gastos médicos y pérdida de productividad. Estas tasas podrían reducirse mediante medidas simples y de bajo costo. Los CDC están trabajando con los estados para adoptar y hacer cumplir leyes que exijan el uso de cinturones de seguridad, cascos y dispositivos de seguridad para niños; para reducir la conducción de vehículos en estado de ebriedad; y para introducir y mejorar el sistema de licencias de conducir intermedias para adolescentes.

El VIH, a pesar de ser evitable, continúa extendiéndose entre los estadounidenses, con más de 50,000 infectados nuevos por año que se unen al millón que ya vive con el VIH. Las tasas están subiendo entre los hombres más jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Estamos ampliando los programas de prevención, que incluyen la realización de pruebas de VIH a más personas, y conectando a los infectados con el tratamiento tan pronto como sea posible. Los CDC también están trabajando con otros organismos federales para implementar la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, que está diseñada para lograr una respuesta nacional más coordinada a la epidemia del VIH que busca reducir la cantidad de nuevas infecciones por el VIH, aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud, así como reducir las disparidades y las desigualdades en la salud relacionadas con el VIH. La supresión de la carga viral en las comunidades y en la práctica clínica ha surgido como un indicador crítico de la eficacia del programa.

A medida que continuamos expandiendo y fortaleciendo la recopilación y el uso de datos, adquirimos mayor conocimiento y comprensión de la magnitud de nuestros problemas de salud más graves, qué poblaciones son las más afectadas y qué necesitamos para resolverlos. La información es poder: y este poder hace posible que implementemos programas que cumplan con nuestra promesa de mantener la salud y la fuerza de los habitantes de nuestro país.

Introducción

La salud es el resultado de nuestros comportamientos, nuestra predisposición genética a las enfermedades, el entorno y la comunidad en que vivimos, la atención clínica que recibimos, y las políticas y prácticas de nuestros sistemas de prevención y atención de la salud. Cada uno de nosotros —individualmente, como comunidad y como sociedad— se esfuerza por optimizar estos factores determinantes de la salud, de modo que todos tengamos una vida larga, sana y libre de enfermedades independientemente de nuestra raza, sexo o situación socioeconómica.

Este informe analiza los cuatro grupos de determinantes de la salud que pueden estar afectados:

1. **Los comportamientos** abarcan las actividades que hacemos todos los días y que afectan a nuestra salud personal. Son los hábitos y prácticas que desarrollamos como personas y familias que tienen un efecto en nuestra salud personal y en nuestra utilización de los recursos de salud. Estos comportamientos se pueden modificar con esfuerzo si la persona recibe el apoyo de intervenciones comunitarias, políticas y clínicas.
2. **La comunidad y el entorno** refleja la realidad de que las condiciones diarias en las que vivimos tienen una gran influencia en el logro de una salud individual óptima. Estos factores pueden modificarse por medio de un esfuerzo concertado de la comunidad y sus dirigentes políticos, con el apoyo de organismos estatales y federales, asociaciones profesionales, grupos de defensores y empresas.
3. **Las políticas públicas y sanitarias** son indicadores de la disponibilidad de recursos

para fomentar y mantener la salud, y del alcance que los programas públicos y de salud tienen en la población general. Las políticas pueden tener un alcance muy amplio en todo el estado y promover la vida saludable y el consumo juicioso de los recursos de atención de la salud.

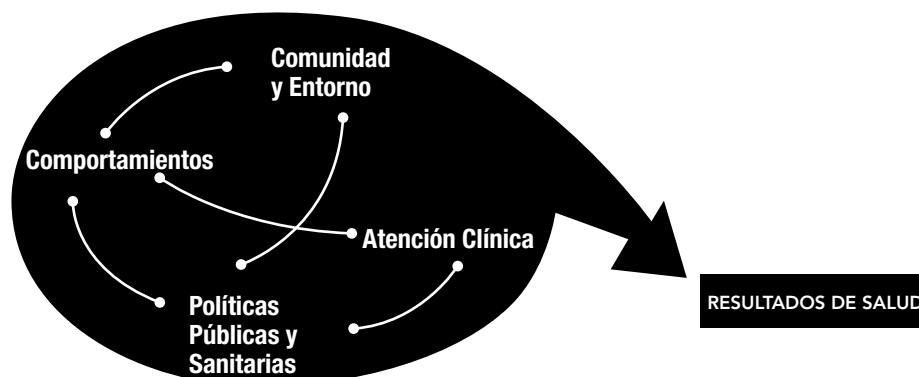
4. **La atención clínica** refleja la calidad, la idoneidad y el costo de la atención que recibimos en los consultorios médicos, clínicas y hospitales.

Todos los determinantes de salud están entrelazados y deben trabajarse en conjunto para lograr su eficacia máxima. Por ejemplo, una iniciativa para dejar de fumar requiere no sólo el esfuerzo de parte del individuo, sino también el apoyo de la comunidad en forma de políticas públicas y sanitarias que promuevan el abandono del hábito, y la disponibilidad de asesoramiento y atención eficaces en las clínicas.

De manera similar, una atención prenatal satisfactoria requiere el esfuerzo individual, la educación, el acceso a la atención prenatal y la disponibilidad de esta atención, junto con servicios de atención de la salud de alta calidad. Tratar la obesidad, la epidemia que enfrenta este país actualmente, exige la coordinación entre casi todos los sectores de la economía (entre ellos productores

Todos los determinantes de salud deben trabajarse en conjunto para lograr su eficacia máxima.

Figura 1
Componentes de la Salud



y distribuidores de alimentos, restaurantes, tiendas de alimentos y minimercados, centros de actividad física, parques, diseño urbano y del transporte, diseño de edificios, instituciones educativas, organizaciones comunitarias, grupos sociales, prestación de atención de la salud y seguros de salud) para complementar y aumentar las acciones individuales.

America's Health Rankings® combina las mediciones individuales de cada uno de estos determinantes con los consiguientes resultados de salud en una visión integral de la salud general de un estado. *America's Health Rankings*® emplea una metodología única, desarrollada y revisada periódicamente por un panel de expertos líderes en el ámbito de la salud pública, que sopesa la influencia de diversos factores (como el tabaquismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol, las tasas de graduación de la escuela secundaria, los niños que viven en la pobreza, el acceso a la atención y la incidencia de enfermedades prevenibles) en la salud de un estado. El informe se basa en los datos de los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, Comercio, Educación y Trabajo de los Estados Unidos; la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA), la Asociación Médica Estadounidense (AMA); el Proyecto Dartmouth Atlas y el Fideicomiso para la Salud de Estados Unidos.

La Edición 2011 de *America's Health Rankings*® es considerada una referencia de la salud relativa de los estados, debido a su longevidad y su modelo sólido. Numerosos estados incorporan este informe a su revisión anual de programas, y varias organizaciones usan este estudio como punto de referencia cuando asignan objetivos para los programas destinados a mejorar la salud.

Propósito

El objetivo final de *America's Health Rankings*® es estimular la acción de las personas, los dirigentes políticos, los profesionales médicos, los profesionales de salud pública, las empresas, los educadores y las comunidades en pos de mejorar la salud de la población de los Estados Unidos. Para lograrlo, promovemos la conversación pública con respecto a la salud en nuestros estados, también brindamos información para facilitar la participación del ciudadano, la comunidad y los grupos. Fomentamos la participación en todos los elementos: comportamientos, comunidad y entorno, atención clínica y políticas públicas y sanitarias. Cada individuo como persona y en su función de empleado, empresario, educador, votante, voluntario comunitario, profesional médico, funcionario de salud pública o dirigente político, puede contribuir al progreso de la sanidad de su estado. Las acciones innovadoras y con eficacia demostrada pueden mejorar la salud de la población en cada uno de los estados, independientemente de que el estado sea el número uno o el número 50 de la lista.

El objetivo final de *America's Health Rankings*® es estimular la acción.

Comité Asesor de Científicos

En el 2002, United Health Foundation, conjuntamente con American Public Health Association (APHA) y Partnership for Prevention, encargaron a la Escuela de Salud Pública de la University of North Carolina at Chapel Hill el emprendimiento de una revisión permanente de *America's Health Rankings*®. El Comité Asesor de Científicos tenía el deber de recomendar mejoras que mantuvieran el valor de la información comparativa y longitudinal; reflejaran los progresos científicos y la función cambiante de la salud pública; utilizaran nuevas y mejores medidas de salud tan pronto como estuvieran disponibles y fueran aceptables; e incorporaran nuevos métodos según fuera factible. Cualquier cuestión menor que se produzca con los datos siempre se trata inmediatamente y se incorpora al contenido de la próxima edición del informe. Sin embargo, las cuestiones más importantes, como las nuevas mediciones de las condiciones de salud, demandan estudio y análisis más minuciosos.

El Comité Asesor de Científicos, presidido por Anna Schenck, Ph.D., M.S.P.H., continúa su revisión, y sus aportes se reflejan en la presente edición. El Comité destaca la importancia de esta herramienta como instrumento para promover y mejorar el debate general de la salud pública y, al mismo tiempo, para alentar el equilibrio entre las iniciativas de salud pública con el fin de beneficiar a toda la comunidad.

La presente edición incluye varias sugerencias analizadas por el comité, a saber:

- La inclusión de la diabetes como resultado e indicador del impacto que tiene esta enfermedad crónica en la salud de nuestro país.
- La revisión de la definición de enfermedades infecciosas; Hoy en día una enfermedad infecciosa se define como la incidencia de sarampión, tos ferina, sífilis y hepatitis A. Estas cuatro enfermedades reflejan tres grandes vías de transmisión (por contacto, contacto sexual y alimentos) y son tratables con intervenciones de salud pública amplias y que dan buenos resultados. La definición anterior de enfermedad infecciosa (la incidencia del SIDA, la hepatitis A y B y la tuberculosis) se descartó porque ya no representaba fielmente los desafíos que se enfrentan para controlar una enfermedad infecciosa.

Además, el comité continúa trabajando en cuestiones relacionadas con mejores indicadores de salud ambiental, calidad y disponibilidad de alimentos saludables, ejercicio y actividad, métodos para expresar la variabilidad dentro de las clasificaciones, indicadores de salud bucal, indicadores de salud mental, mejores medidas para las disparidades en la salud, mejores medidas de costos, medidas de calidad de la atención y parámetros de referencia internacionales. (Algunas de estas medidas se incluyen en el desarrollo pormenorizado del perfil de salud de cada estado en www.americashealthrankings.org/ALL, pero no se incluyen para calcular la clasificación general del estado.)

Asimismo, el comité subraya la importancia de concentrarse en los determinantes, dado que mejorar estas medidas puede mejorar la sanidad de cada estado y del país. Las clasificaciones generales de los determinantes combinados, así como los resultados, se presentan en la sinopsis de cada estado.

El grupo de revisión de la metodología representa a una variedad de partes interesadas, que incluye a representantes de los departamentos de salud de los estados y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), miembros de la APHA, además de expertos de numerosas disciplinas académicas.

El Comité destaca la importancia de esta herramienta como instrumento para promover y mejorar el debate general de la salud pública.

Los integrantes del Comité Asesor de Científicos son:

Anna Schenck, Ph.D., M.S.P.H., Presidente
Directora del Programa de Liderazgo
en Salud Pública
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Dennis P. Andrulis, Ph.D., M.P.H.
Investigador Científico Principal
Texas Health Institute

Jamie Bartram, Ph.D.
Profesor y Director del Global Water Institute
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Andy Coburn, M.D.
Profesor y Director del Institute for Health Policy
University of Southern Maine

Leah Devlin, D.D.S., M.P.H.
Profesora Invitada de Gillings, Política
y Gestión de la Salud
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

William Dow, Ph.D.
Profesor Adjunto de Economía Sanitaria
School of Public Health
University of California-Berkeley

Tom Eckstein, M.B.A.
Director
Arundel Street Consulting, Inc.

Paul Erwin, M.D., M.P.H.
Director del Center for Public Health Policy
and Research
University of Tennessee

Jonathan Fielding, M.D., M.P.H., M.B.A., M.A.
Profesor de Servicios de Salud y Pediatría
UCLA School of Public Health
Director de Salud Pública y Jefe de Sanidad,
Condado de Los Angeles

Marthe Gold, M.D.
Profesora y Presidente de Logan
Department of Community Health
CUNY Medical School

Dave Kindig, M.D., Ph.D.
Profesor Emérito
Consejero Principal del Population Health Institute
University of Wisconsin-Madison, School
of Medicine

Sheila Leatherman, M.S.W.
Profesora Investigadora y Profesora Invitada
de Gillings
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Glen P. Mays, Ph.D., M.P.H.
F. Douglas Scutchfield Profesor Distinguido
Health Services and Systems Research
University of Kentucky College of Public Health

Matthew T. McKenna, M.D., M.P.H.
Director Médico
del Department of Health Services del
Condado de Fulton

Patrick Remington, M.D., M.P.H.
Decano Adjunto para la Salud Pública
School of Medicine and Public Health
University of Wisconsin-Madison

Thomas C. Ricketts, Ph.D., M.P.H.
Profesor de Política y Gestión Sanitaria
y Medicina Social
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Barbara Rimer, Dr.P.H.
Decana de UNC Gillings School of Global
Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Leiyu Shi, Ph.D.
Profesor
Department of Health Policy and Management
Codirector del Primary Care Policy Center
for the Underserved
Johns Hopkins University School of Public Health

Steven Teutsch, M.D., M.P.H.
Jefe de Ciencias
Department of Public Health del Condado
de Los Angeles

Hallazgos

Resultados de la Edición 2011

Nuevamente este año *America's Health Rankings*® — Edición 2011 muestra a Vermont encabezando la lista de los estados más saludables. El estado ha demostrado una mejora constante en las clasificaciones de los últimos 13 años a partir del puesto 17 en 1997 y 1998. Este año, New Hampshire se clasifica en el segundo puesto, mejor que la clasificación en tercer lugar que obtuvo el año pasado. New Hampshire ocupa un lugar entre los 10 primeros estados en todos los años de publicación del índice. Connecticut está en tercer puesto, seguido de Hawaii y Massachusetts. Mississippi es el estado número 50 y el menos saludable, mientras que Louisiana ocupa el lugar 49. Oklahoma, Arkansas y Alabama completan los últimos cinco estados de la lista.

Vermont ascendió del puesto 20 en 1990 y 1991 a la primera posición con una mejora sostenida en la última década. Las fortalezas de Vermont incluyen su posición número uno en todos los determinantes de salud combinados, que son clasificaciones dentro de los primeros 10 estados de una alta tasa de graduación de la escuela secundaria, una baja tasa de delitos de violencia, una baja tasa de enfermedades infecciosas, un alto uso de atención prenatal temprana, una alta financiación de salud pública per cápita, una baja tasa de población sin seguro de salud y una amplia disponibilidad de médicos de atención primaria. Los dos desafíos de Vermont son la baja cobertura de vacunación (el 91.2 por ciento de niños de 19 a 35 meses de vida reciben las vacunas recomendadas), una tasa de muertes por accidentes laborales relativamente alta (4.3 muertes cada 100,000 trabajadores) y una alta prevalencia del consumo excesivo de alcohol (17.1 por ciento de la población). Para más detalles, consulte la sinopsis del estado de Vermont en la página 93 o visite www.americashealthrankings.org/VT.

Mississippi se mantiene en el puesto 50 este año, el mismo lugar que en los últimos diez años. Ha estado entre los últimos tres estados desde la Edición 1990. El estado clasifica bien en cuanto a una baja prevalencia del consumo excesivo de alcohol, una baja tasa de delitos de violencia y una alta tasa de cobertura de vacunación. La tasa de enfermedades infecciosas de Mississippi mejoró de 11.9 a 10.5 casos cada 100,000 habitantes en el último año. Se clasifica en el grupo de los últimos cinco estados en 12 de las 23 medidas, entre ellas una alta prevalencia de la obesidad, una baja tasa de graduación de la escuela secundaria, un alto porcentaje de niños que viven en la pobreza,

disponibilidad limitada de médicos de atención primaria y una alta tasa de hospitalizaciones prevenibles. Mississippi clasifica en el lugar 48 para todos los determinantes de salud combinados, de modo que es improbable que su clasificación general cambie significativamente en el futuro cercano. Para más detalles, consulte la sinopsis del estado de Mississippi en la página 72 o visite www.americashealthrankings.org/MS.

La Tabla 1 (página 16) enumera la puntuación y la clasificación para cada uno de los 50 estados.

Las puntuaciones presentadas en las tablas indican el número

ponderado de unidades de desviación estándar correspondiente a un estado según se encuentre por encima o por debajo de la norma nacional. Por ejemplo, Vermont, con una puntuación de 1.197, está a poco más de una unidad de desviación estándar por encima de la norma nacional; y Mississippi, con una puntuación de -0.822, está a más de tres cuartos de una unidad de desviación estándar por debajo del promedio nacional. Cuando se compara a los estados de un año al otro, las diferencias en las puntuaciones son más importantes que los cambios en las clasificaciones.

Para que un estado mejore la salud de su población, las iniciativas deben apuntar a cambiar los determinantes de salud. Si un estado obtiene una puntuación significativamente mejor para sus determinantes que para sus resultados, es probable que mejore su clasificación de salud general en el futuro. A la inversa, si un estado está peor en su puntuación para los determinantes que en su puntuación para los resultados, su clasificación de salud general probablemente descenderá con el tiempo.

La Tabla 2 (página 17) presenta las clasificaciones generales para los determinantes, los resultados y sus implicancias para el futuro. Si la tendencia actual es positiva, es más probable que la clasificación general futura aumente; si es neutral, probablemente la clasificación general futura permanezca igual; o, si es negativa, hay más probabilidades de que la clasificación general futura descienda.

Para que un estado mejore la salud de su población, las iniciativas deben apuntar a cambiar los determinantes de salud.

Tabla 1
Clasificaciones
Generales,
Edición 2011

*Las puntuaciones presentadas en esta tabla indican el número ponderado de desviaciones estándar correspondientes a un estado según se encuentre por encima o por debajo de la norma nacional.

ORDEN ALFABÉTICO POR ESTADO			ORDEN DE CLASIFICACIÓN		
CLASIFICACIÓN	ESTADO	PUNTUACIÓN*	CLASIFICACIÓN	ESTADO	PUNTUACIÓN*
46	Alabama	-0.607	1	Vermont	1.197
35	Alaska	-0.168	2	New Hampshire	1.027
29	Arizona	0.050	3	Connecticut	1.010
47	Arkansas	-0.622	4	Hawaii	0.940
24	California	0.265	5	Massachusetts	0.906
9	Colorado	0.555	6	Minnesota	0.755
3	Connecticut	1.010	7	Utah	0.723
30	Delaware	-0.032	8	Maine	0.575
33	Florida	-0.119	9	Colorado	0.555
37	Georgia	-0.275	10	Rhode Island	0.549
4	Hawaii	0.940	11	New Jersey	0.495
19	Idaho	0.344	11	North Dakota	0.494
28	Illinois	0.098	13	Wisconsin	0.476
38	Indiana	-0.290	14	Oregon	0.475
17	Iowa	0.401	15	Washington	0.443
26	Kansas	0.128	16	Nebraska	0.414
43	Kentucky	-0.478	17	Iowa	0.401
49	Louisiana	-0.817	18	New York	0.392
8	Maine	0.575	19	Idaho	0.344
22	Maryland	0.269	20	Virginia	0.343
5	Massachusetts	0.906	21	Wyoming	0.311
30	Michigan	-0.032	22	Maryland	0.269
6	Minnesota	0.755	23	South Dakota	0.267
50	Mississippi	-0.822	24	California	0.265
40	Missouri	-0.342	25	Montana	0.139
25	Montana	0.139	26	Kansas	0.128
16	Nebraska	0.414	26	Pennsylvania	0.128
42	Nevada	-0.471	28	Illinois	0.098
2	New Hampshire	1.027	29	Arizona	0.050
11	New Jersey	0.495	30	Delaware	-0.032
34	New Mexico	-0.141	30	Michigan	-0.032
18	New York	0.392	32	North Carolina	-0.068
32	North Carolina	-0.068	33	Florida	-0.119
12	North Dakota	0.494	34	New Mexico	-0.141
36	Ohio	-0.233	35	Alaska	-0.168
48	Oklahoma	-0.669	36	Ohio	-0.233
14	Oregon	0.475	37	Georgia	-0.275
26	Pennsylvania	0.128	38	Indiana	-0.290
10	Rhode Island	0.549	39	Tennessee	-0.314
45	South Carolina	-0.521	40	Missouri	-0.342
23	South Dakota	0.267	41	West Virginia	-0.413
39	Tennessee	-0.314	42	Nevada	-0.471
44	Texas	-0.508	43	Kentucky	-0.478
7	Utah	0.723	44	Texas	-0.508
1	Vermont	1.197	45	South Carolina	-0.521
20	Virginia	0.343	46	Alabama	-0.607
15	Washington	0.443	47	Arkansas	-0.622
41	West Virginia	-0.413	48	Oklahoma	-0.669
13	Wisconsin	0.476	49	Louisiana	-0.817
21	Wyoming	0.311	50	Mississippi	-0.822

ESTADO	PUNTAJACIÓN PARA TODOS LOS DETERMINANTES*	PUNTAJACIÓN PARA TODOS LOS RESULTADOS*	INFLUENCIA EN LA FUTURA CLASIFICACIÓN GENERAL
Alabama	-0.342	-0.265	Neutral
Alaska	-0.22	0.052	Negativo
Arizona	0.016	0.035	Neutral
Arkansas	-0.473	-0.15	Negativo
California	0.115	0.151	Neutral
Colorado	0.384	0.17	Positivo
Connecticut	0.758	0.252	Positivo
Delaware	-0.056	0.024	Neutral
Florida	-0.012	-0.108	Neutral
Georgia	-0.212	-0.063	Neutral
Hawaii	0.621	0.318	Positivo
Idaho	0.185	0.159	Neutral
Illinois	0.018	0.08	Neutral
Indiana	-0.286	-0.005	Negativo
Iowa	0.154	0.247	Neutral
Kansas	0.04	0.089	Neutral
Kentucky	-0.321	-0.157	Neutral
Louisiana	-0.568	-0.249	Negativo
Maine	0.425	0.151	Positivo
Maryland	0.253	0.016	Positivo
Massachusetts	0.597	0.31	Positivo
Michigan	-0.025	-0.007	Neutral
Minnesota	0.442	0.314	Neutral
Mississippi	-0.513	-0.31	Negativo
Missouri	-0.285	-0.057	Negativo
Montana	0.09	0.049	Neutral
Nebraska	0.233	0.181	Neutral
Nevada	-0.437	-0.034	Negativo
New Hampshire	0.723	0.304	Positivo
New Jersey	0.316	0.179	Neutral
New Mexico	-0.166	0.024	Neutral
New York	0.196	0.196	Neutral
North Carolina	-0.019	-0.049	Neutral
North Dakota	0.351	0.143	Positivo
Ohio	-0.19	-0.043	Neutral
Oklahoma	-0.475	-0.194	Negativo
Oregon	0.316	0.159	Neutral
Pennsylvania	0.099	0.029	Neutral
Rhode Island	0.397	0.153	Positivo
South Carolina	-0.397	-0.124	Negativo
South Dakota	0.245	0.022	Positivo
Tennessee	-0.194	-0.12	Neutral
Texas	-0.539	0.032	Negativo
Utah	0.47	0.253	Positivo
Vermont	0.904	0.293	Positivo
Virginia	0.306	0.037	Positivo
Washington	0.25	0.193	Neutral
West Virginia	-0.164	-0.248	Neutral
Wisconsin	0.307	0.169	Neutral
Wyoming	0.244	0.067	Neutral

Tabla 2
Determinantes y Resultados,
Edición 2011

*Las puntuaciones presentadas en esta tabla indican el número ponderado de desviaciones estándar correspondientes a un estado según se encuentre por encima o por debajo de la norma nacional.

Cambios Nacionales

La perspectiva de 22 años que ofrece este informe nos permite analizar la salud en el transcurso del tiempo. Durante los últimos 22 años, este informe ha registrado la mejora del 21.2 por ciento en la salud general de nuestra nación (Gráfico 1).

Este éxito nacional surge de las mejoras en la reducción de la mortalidad infantil, las enfermedades infecciosas, la prevalencia del tabaquismo, las muertes por enfermedades cardiovasculares y los delitos de violencia, entre otros (Tabla 3).

Este informe ha registrado la mejora del 21.2 por ciento en la salud general de nuestra nación.

No obstante, no hemos tenido éxito en varias medidas muy importantes: el rápido aumento en las prevalencias de la obesidad y la diabetes, y la tasa persistentemente alta de población sin seguro de salud. Un drástico aumento en

el porcentaje de niños que viven en la pobreza durante los últimos cinco años también ha impedido una mejora más rápida en la salud.

Gráfico 1
Mejoras desde 1990

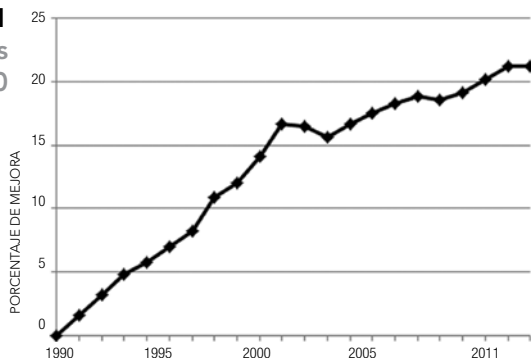
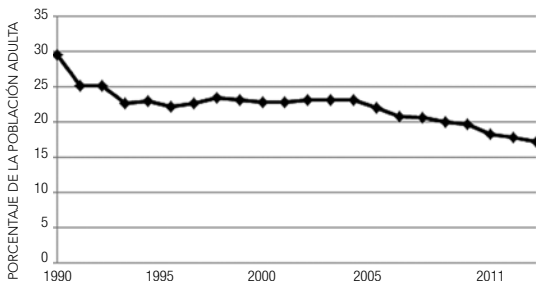


Gráfico 2
Prevalencia del Tabaquismo desde 1990



El Gráfico 1 ilustra que la tasa de mejora observada en la salud de la población estadounidense se produjo en dos fases. En la década de 1990, la mejora en la salud nacional fue del 1.6 por ciento por año en promedio. Durante la presente década, la mejora anual en la salud fue de un promedio de 0.5 por ciento por año. La tasa anual de crecimiento de esta década es menor al tercio de la tasa anual de crecimiento durante la década de 1990. Existe cierta preocupación en cuanto al descenso en los determinantes de salud, ya que estas medidas apuntan al futuro de la salud de la población.

Los Estados Unidos tienen la capacidad de volver a las tasas de mejora típicas de la década de 1990. Sin embargo, para hacerlo, es necesario concentrarse en reducir los factores de riesgo importantes para tratar los indicadores de salud directamente. Por ejemplo, la prevalencia del tabaquismo estuvo estancada durante muchos años y ahora está mostrando mejoras, al disminuir del 23.2 por ciento en la Edición 2003 al 17.3 por ciento en la Edición 2011, el nivel más bajo en 22 años (Gráfico 2). Utah ha reducido su tasa de tabaquismo a menos del 10 por ciento, un porcentaje más bajo que el objetivo del 12 por ciento para la nación establecido en Healthy People 2020 (Gente Sana 2020). Otros siete estados (California, Connecticut, Arizona, Massachusetts, New Jersey, Hawaii y Minnesota) han llevado sus tasas de tabaquismo a menos del 15 por ciento, aproximándose al objetivo de Healthy People 2020. Solamente West Virginia tiene una tasa de tabaquismo superior al 25 por ciento de la población, y 13 estados más tienen tasas que superan el 20 por ciento de la población adulta.

Las hospitalizaciones potencialmente prevenibles (admisiones hospitalarias que pueden evitarse con una atención preventiva y primaria de alta calidad) han disminuido en los últimos diez años de 82.5 a 68.2 admisiones cada 1,000 afiliados a Medicare (Gráfico 3). Las hospitalizaciones potencialmente prevenibles son un tema importante con relación tanto a la calidad como al costo. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés) informa que, en el año 2006, 4.4 millones de admisiones en hospitales estadounidenses estuvieron relacionadas con una o más condiciones potencialmente prevenibles, con un costo resultante de más de \$30.8 mil millones.¹

MEDIDA	CAMBIOS
--------	---------

ÉXITOS

Tabaquismo	La prevalencia del tabaquismo descendió el 41 por ciento, del 29.5 por ciento en la Edición 1990 al 17.3 por ciento de la población adulta en la edición actual. El tabaquismo bajó del 17.9 por ciento al 17.3 por ciento el año pasado, continuando la disminución gradual de los últimos ocho años.
Delitos de Violencia	La tasa de delitos de violencia descendió un 34 por ciento, de 609 delitos en la Edición 1990 a 404 delitos cada 100,000 habitantes en la Edición 2011. El año pasado, los delitos de violencia bajaron en 25 delitos cada 100,000 habitantes.
Hospitalizaciones Prevenibles	Las hospitalizaciones prevenibles continúan su tendencia descendente en 10 años. En la Edición 2001, hubo 82.5 altas; en esta edición, hubo 68.2 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
Muertes por Accidentes Laborales	Las muertes por accidentes laborales descendieron ligeramente en los últimos cinco años, de 5.3 muertes en la Edición 2007 a 4.0 muertes cada 100,000 trabajadores en la Edición 2011. Las tasas son las más bajas en 22 años.
Contaminación del Aire	La cantidad promedio de partículas finas en el aire continúa disminuyendo de 13.2 microgramos en la Edición 2003 a 10.8 microgramos por metro cúbico en el 2011.
Enfermedades Infecciosas	Las enfermedades infecciosas bajaron de 19.7 casos en la Edición 1998 a 10.3 casos cada 100,000 habitantes en la Edición 2011. Sin embargo, la incidencia está por encima de la tasa de 9.0 casos lograda en el 2009 y el 2010.
Mortalidad Infantil	La tasa de mortalidad infantil disminuyó 33 por ciento, de 10.2 muertes en la Edición 1990 a 6.7 muertes cada 1,000 nacidos vivos en el 2011. Las mejoras se han hecho notablemente más lentas en los últimos 10 años en comparación con la década de 1990.
Muerte Prematura	Los años de vida potencial perdidos antes de los 75 años de edad cada 100,000 habitantes descendieron un 16 por ciento, de 8,716 en la Edición 1990 a 7,279 años de vida potencial perdidos antes de los 75 años cada 100,000 habitantes en el 2011. Las muertes prematuras, como varios de los otros indicadores, se han estabilizado en la última década en comparación con los aumentos en la década de 1990.

DESAFÍOS

Obesidad	La prevalencia de la obesidad aumentó el 137 por ciento, de 11.6 por ciento en la Edición 1990 al 27.5 por ciento de la población en la Edición 2011.
Diabetes	La diabetes casi duplicó su prevalencia desde la Edición 1996, subiendo del 4.4 por ciento al 8.7 por ciento de la población adulta. Este incremento anual sostenido del 0.3 por ciento no muestra signos de desaceleración en un plazo cercano.
Niños que Viven en la Pobreza	El porcentaje de niños que viven en la pobreza se incrementó durante las últimas cuatro ediciones y, con el 21.5 por ciento de personas menores de 18 años, se está acercando al máximo histórico en 22 años del 22.7 por ciento en la Edición 1994. Este porcentaje está muy por encima del mínimo en 22 años del 15.8 por ciento en la Edición 2002.
Falta de Seguro de Salud	La tasa de población sin seguro aumentó un 17 por ciento, del 13.9 por ciento en la Edición 2001 al 16.2 por ciento en el 2011. La tasa de población sin seguro ha estado subiendo lenta pero constantemente durante los últimos 10 años.
Consumo Excesivo de Alcohol	El porcentaje de adultos que informan un consumo excesivo de alcohol continúa siendo superior al 15 por ciento de la población.
Tasa de Graduación de la Escuela Secundaria	Durante los últimos siete años, la tasa de graduación de la escuela secundaria permanece bloqueada en el rango del 73 por ciento al 75 por ciento de los ingresantes de noveno grado que se gradúan en cuatro años.

Tabla 3
Éxitos y Desafíos
Nacionales,
Edición 2011

Gráfico 3
Hospitalizaciones
Prevenibles desde
el 2001

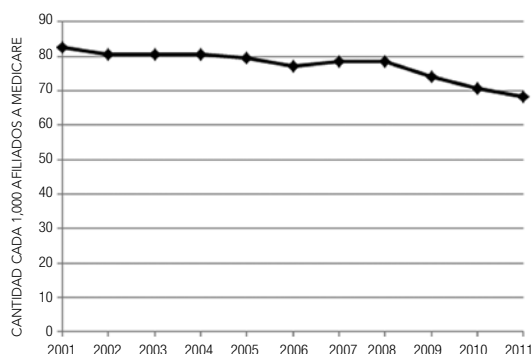
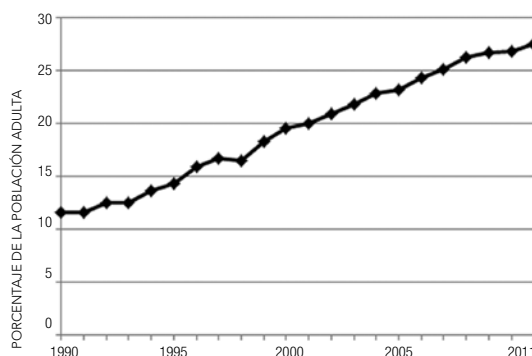


Gráfico 4
Prevalencia
de la Obesidad
desde 1990



Un crecimiento descontrolado y aún sin precedentes en la prevalencia de la obesidad afecta drásticamente la salud general de los Estados Unidos.

Asimismo, la AHRQ establece que “A pesar de que las hospitalizaciones probablemente eran inevitables, muchas podrían haberse prevenido si las personas hubieran recibido atención preventiva y primaria de alta calidad. La identificación y la reducción de dichas hospitalizaciones evitables podrían ayudar a aliviar la carga económica que pesa sobre el sistema de atención de la salud estadounidense. Si asumimos un costo promedio de \$5,300 por admisión, incluso una disminución del 5 por ciento en la tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables podría resultar en un ahorro de costos de más de \$1.3 mil millones”.²

Las hospitalizaciones prevenibles también son una ventana hacia las disparidades que existen en el sistema de prestación de atención de la salud. En un estudio de datos del 2003 realizado por Russo, C. Allison et. al.,³ se observaron disparidades raciales y étnicas en las tasas de hospitalizaciones prevenibles; por lo general los negros tuvieron las tasas más elevadas, seguidos por los hispanos en segundo lugar. En particular, las disparidades fueron más notorias en las hospitalizaciones relacionadas con condiciones de salud crónicas como diabetes, hipertensión y asma. En comparación con los blancos no hispanos, las tasas de admisión por dichas condiciones fueron de alrededor tres a cinco veces más altas entre los negros, y aproximadamente de dos a tres veces más altas entre los hispanos.

Un crecimiento descontrolado y aún sin precedentes en la prevalencia de la obesidad afecta drásticamente la salud general de los Estados Unidos. La prevalencia de la obesidad aumentó el 137 por ciento, del 11.6 por ciento de la población en la Edición 1990 al 27.5 por ciento de la población en la Edición 2011. Hoy en día, se considera obesa a más de una de cada cuatro personas en los Estados Unidos; una categoría que los CDC reservan para las personas que están significativamente por encima del peso corporal sugerido según su estatura. Esta alarmante tasa de aumento muestra pocas señales de desaceleración o disminución (Gráfico 4).

Dado que estos datos se basan en cifras autoinformadas de peso y estatura, las tasas reales de obesidad, tal como las miden los profesionales de la salud, pueden ser casi un 10 por ciento más altas, lo que significa que un tercio de la población

1. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb72.jsp, fecha de acceso: nov. 8, 2011.

2. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, <http://archive.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/>, fecha de acceso: oct. 27, 2011.

3. Russo, C Allison; Andrews, Roxanne M; y Coffey, Rosanna M, Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Resumen Estadístico N.º 10, Rockville (MD), 2006, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63497/#sb10.s2>, fecha de acceso: oct. 27, 2011.

probablemente sea obesa.⁴ De hecho, el estudio de National Health and Nutritional Examination Survey (Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, NHANES, por sus siglas en inglés), que se encarga de medir el peso y la altura, indica que el nivel de obesidad nacional es del 33.8 de los adultos.⁵

Se sabe que la obesidad contribuye a diversas enfermedades, como las enfermedades cardíacas, la diabetes y la mala salud general.

La situación económica actual también aumenta el desafío de mantener una población sana. El Gráfico 5 describe el aumento continuo del porcentaje de niños que viven en la pobreza, que aumentó del 17.4 por ciento de niños en la Edición 2007 al 21.5 por ciento de niños en la Edición 2011. En la Edición 2002, la tasa de niños que viven en la pobreza estaba en un mínimo histórico del 15.8 por ciento de menores de 18 años.

La cantidad de niños que viven en la pobreza es un indicador de la falta de acceso a la atención de la salud, que incluye la atención preventiva, de esta población vulnerable.

La falta de cobertura de seguro de salud aumentó del 13.9 por ciento en la Edición 2001 al 16.2 por ciento de la población en la Edición 2011 (Gráfico 6). La falta de seguro de salud no sólo impide que las personas obtengan la atención adecuada cuando la necesitan, sino que también dificulta el acceso a la atención preventiva necesaria para reducir o minimizar futuras enfermedades.

Massachusetts, que tiene un 5.0 por ciento de la población sin seguro de salud, está sustancialmente mejor que todos los demás estados y representa menos de un tercio del promedio nacional. Texas tiene una tasa cinco veces mayor que la de Massachusetts. Los cambios en las leyes nacionales del cuidado de la salud tienen la posibilidad de incidir drásticamente en este parámetro en los próximos años.

Además de estas contrariedades, las tasas de graduación de la escuela secundaria, consumo excesivo de alcohol, días de mala salud mental y días de mala salud física han mostrado una mejora mínima en la última década e impiden mejoras más significativas en la salud general de la población.

4. Yun, S., et. al. *A comparison of national estimates of obesity prevalence from the behavioral risk factor surveillance system and the national health and nutrition examination survey*, International Journal of Obesity (2006) 30, 164–170.

5. National Health and Nutritional Examination Survey, National Center for Health Statistics, CDC, http://www.n.cdc.gov/nchs/nhanes/bibliography/key_statistics.aspx, fecha de acceso: oct. 30, 2011.

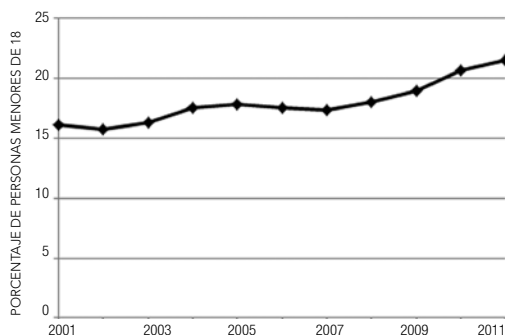


Gráfico 5
Niños que Viven en la Pobreza desde el 2001

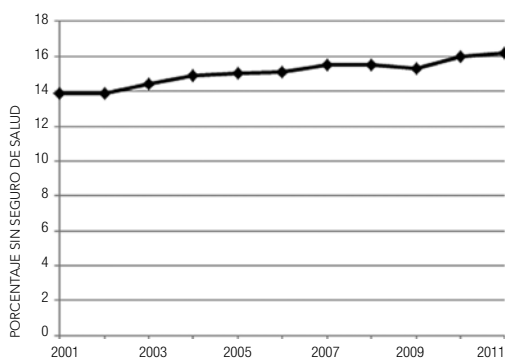


Gráfico 6
Falta de Seguro de Salud desde el 2001

Disparidades en la Salud dentro de los Estados

Para que una población sea sana, debe minimizar las disparidades en la salud entre los segmentos de la población, incluidas las diferencias que se deben al sexo, la raza o el origen étnico, la educación o los ingresos, la discapacidad, la ubicación geográfica o la orientación sexual.

Las medidas estatales que se utilizan en *America's Health Rankings*[®] reflejan la situación del habitante "promedio". No obstante, cuando se examinan esas medidas con más detenimiento y se consideran la raza, el sexo, la ubicación geográfica y/o la situación económica, pueden existir diferencias asombrosas dentro de un estado.

El National Healthcare Disparities Report (Informe Nacional de Disparidades en el Cuidado de la Salud, <http://www.ahrq.gov/qual/qdr10.htm>), que publica cada año la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), señala las disparidades en la prestación de atención de la salud a escala nacional. El informe analiza numerosas medidas e indica que existen disparidades para muchos grupos, que incluyen las mujeres, los niños, los ancianos, los residentes rurales, y entre grupos raciales y socioeconómicos. El informe también indica que tales disparidades afectan a todos los aspectos de la salud y la prestación de atención de la salud, incluida la atención preventiva, la atención para condiciones agudas y el control de enfermedades crónicas. También afectan a muchos modos de prestación, entre ellos la atención primaria, la atención de salud en el hogar, los centros de cuidados paliativos, la atención de emergencia, los hospitales y los asilos de convalecencia.

Este año el informe hace hincapié en varios temas clave, entre ellos:

- La calidad y el acceso a la atención de la salud están por debajo de lo óptimo, en especial para los grupos de minorías y bajos ingresos.
- Aun cuando la calidad general esté mejorando, el acceso y las disparidades no están mejorando.
- Las ocho áreas de prioridad nacional, a saber,
 1. Cuidados Paliativos y para el Final de la Vida,
 2. Participación del Paciente y la Familia,
 3. Salud de la Población,
 4. Seguridad,
 5. Acceso,
 6. Coordinación de la Atención,
 7. Uso Excesivo e
 8. Infraestructura del Sistema de Salud, que presentaron disparidades relacionadas con la raza, el origen étnico y la situación socioeconómica.
- La atención de urgencia está garantizada con respecto a ciertos servicios, áreas geográficas y poblaciones, entre ellas:
 - Pruebas de detección de cáncer y control de la diabetes.
 - Estados en la parte central del país.
 - Residentes de zonas urbanas y áreas rurales.
 - Disparidades en servicios preventivos y acceso a la atención.

Si bien cada estado tiene problemas específicos que contribuyen a las disparidades, los estados que han tenido éxito en reducir las disparidades en los indicadores de salud y a la vez mantuvieron un alto nivel de salud general pueden servir de modelos para otros estados.

America's Health Rankings[®] contiene un parámetro explícito para las disparidades: la Disparidad Geográfica. Este indicador refleja el rango de tasas de mortalidad ajustadas por edad que existen entre los condados de un estado. Los datos estatales están disponibles en www.americashealthrankings.org/all/Disparity. Este parámetro de disparidad general brinda un amplio panorama de los desafíos que enfrenta un estado, pero algunas medidas específicas del comportamiento arrojan más luz sobre la magnitud de la disparidad.

Las Tablas 4 y 6 muestran de qué manera las prevalencias del tabaquismo, la obesidad y la diabetes varían según la raza/el origen étnico dentro de los estados. Estas tablas ilustran que las disparidades son un problema local; en algunos estados existe una amplia diferencia entre los grupos raciales/étnicos, mientras que entre otros tipos de grupos la diferencia es mucho menos pronunciada. Este tipo de análisis, especialmente cuando se amplía para abarcar un amplio espectro de indicadores sociales, económicos y sanitarios, permite que las comunidades, sus organizaciones y funcionarios de salud pública focalicen los programas en tratar las áreas de mayor inquietud.

Las disparidades también existen en la prevalencia de enfermedades, particularmente las enfermedades crónicas. La Tabla 6 muestra cómo afecta la diabetes a diversos grupos raciales/étnicos en cada estado. Es notable que la prevalencia de la diabetes sea marcadamente mayor entre los negros no hispanos que entre los blancos no hispanos o los hispanos.

Kalkarni et. al.⁶ enfatizan aún más las disparidades que existen al calcular la amplia diferencia en la esperanza de vida por raza y sexo en condados de todos los Estados Unidos. Mediante sus métodos demostraron que, aunque la esperanza de vida general para hombres y mujeres de los Estados Unidos era de un promedio de 75.6 y 80.8 años respectivamente en el 2007, la esperanza de vida por condado oscilaba de 65.9 a 81.1 años para los hombres y de 73.5 a 86.0 años para las mujeres. Si estos datos se analizan desde una perspectiva de disparidad racial, la esperanza de vida va desde 59.4 a 77.2 años para el hombre negro y de 69.6 a 82.6 años para la mujer negra.

6. Kalkarni, Sandeep C., Levin-Rector, Alixon, Ezzati, Majid y Murray, Christopher JL, Falling behind: life expectancy in US counties from 2000-2007 in an international context, *Population Health Metrics*, 2011, 9:16, <http://www.pophealthmetrics.com/content/9/1/16>.

	BLANCO NO HISPANO	NEGRO NO HISPANO	HISPANO	ASIÁTICO NO HISPANO	NATIVO DE HAWAII/ ISLAS DEL PACÍFICO NO HISPANO	INDIOAMERI- CANO O NATIVO DE ALASKA NO HISPANO	MULTIRRACIAL NO HISPANO
Alabama	22.4%	21.5%	26.9%	NC	NC	28.6%	16.4%
Alaska	17.6%	NC	20.2%	11.8%	NC	37.6%	36.7%
Arizona	15.0%	16.4%	15.1%	9.5%	NC	17.4%	29.9%
Arkansas	21.7%	24.3%	18.5%	NC	NC	29.4%	43.2%
California	13.3%	20.2%	12.5%	6.4%	17.0%	28.2%	22.3%
Colorado	15.8%	20.6%	19.4%	12.9%	NC	30.4%	26.1%
Connecticut	14.5%	16.1%	17.4%	10.3%	NC	NC	30.3%
Delaware	18.2%	15.9%	22.9%	3.1%	NC	NC	23.9%
Florida	19.0%	14.7%	12.5%	7.1%	NC	37.1%	29.7%
Georgia	19.3%	16.1%	13.8%	11.1%	NC	32.0%	22.4%
Hawaii	13.7%	17.2%	21.4%	10.6%	22.7%	NC	20.3%
Idaho	16.1%	NC	15.9%	NC	NC	29.1%	23.4%
Illinois	17.9%	23.3%	19.9%	8.4%	NC	NC	26.8%
Indiana	22.4%	31.6%	25.9%	9.0%	NC	45.3%	33.6%
Iowa	17.0%	31.6%	17.0%	NC	NC	NC	NC
Kansas	17.0%	23.8%	17.5%	7.6%	NC	39.4%	30.0%
Kentucky	24.9%	27.4%	23.2%	NC	NC	40.6%	35.5%
Louisiana	21.9%	20.7%	22.3%	NC	NC	23.8%	24.4%
Maine	17.6%	NC	23.2%	NC	NC	46.7%	28.2%
Maryland	15.4%	16.8%	9.5%	6.0%	NC	26.2%	21.6%
Massachusetts	15.0%	17.0%	14.8%	5.9%	NC	35.0%	22.9%
Michigan	18.8%	21.1%	24.7%	11.2%	NC	30.4%	31.9%
Minnesota	15.9%	21.3%	20.8%	7.0%	NC	50.4%	NC
Mississippi	22.9%	23.0%	22.4%	NC	NC	37.4%	29.4%
Missouri	22.6%	25.0%	21.9%	NC	NC	29.0%	32.3%
Montana	16.1%	NC	27.9%	NC	NC	44.5%	41.7%
Nebraska	16.8%	24.0%	17.1%	14.0%	NC	44.6%	34.6%
Nevada	21.7%	21.2%	19.6%	22.1%	NC	29.1%	32.0%
New Hampshire	16.2%	NC	16.7%	3.6%	NC	52.0%	34.3%
New Jersey	15.9%	17.0%	13.2%	7.3%	NC	13.5%	21.3%
New Mexico	17.1%	26.1%	19.9%	16.0%	NC	18.5%	29.1%
New York	17.1%	17.3%	16.1%	9.6%	NC	27.3%	30.4%
North Carolina	20.4%	21.3%	13.8%	15.1%	NC	33.8%	31.2%
North Dakota	16.3%	NC	25.4%	NC	NC	46.5%	NC
Ohio	20.4%	23.2%	29.1%	5.4%	NC	51.6%	33.7%
Oklahoma	23.4%	31.5%	21.2%	9.0%	NC	31.5%	29.4%
Oregon	15.5%	NC	14.9%	9.5%	NC	36.6%	26.7%
Pennsylvania	19.1%	27.2%	19.7%	9.5%	NC	46.8%	36.2%
Rhode Island	16.2%	14.4%	12.2%	8.6%	NC	25.7%	30.3%
South Carolina	20.8%	19.1%	15.3%	17.8%	NC	40.1%	32.6%
South Dakota	14.9%	NC	19.2%	NC	NC	48.4%	26.8%
Tennessee	22.3%	20.2%	20.2%	NC	NC	NC	15.4%
Texas	18.3%	18.6%	16.0%	10.0%	NC	30.2%	23.0%
Utah	9.1%	NC	12.2%	6.0%	NC	18.1%	18.3%
Vermont	16.0%	NC	19.4%	NC	NC	43.6%	25.0%
Virginia	17.6%	18.3%	22.0%	8.8%	NC	50.5%	22.5%
Washington	15.1%	21.3%	11.9%	4.8%	15.1%	31.8%	27.3%
West Virginia	26.3%	27.0%	25.0%	NC	NC	NC	31.0%
Wisconsin	18.2%	28.3%	29.4%	NC	NC	34.5%	32.2%
Wyoming	18.5%	NC	24.5%	NC	NC	49.1%	23.2%
Estados Unidos	18.1%	19.9%	14.8%	8.4%	21.2%	32.6%	27.2%
District of Columbia	9.4%	21.6%	15.1%	5.8%	NC	NC	21.1%

Tabla 4
Prevalencia del
Tabaquismo por
Raza/Origen Étnico
y Estado (porcentaje
de población adulta),
Edición 2011

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Datos de Encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores del Comportamiento (BRFSS). Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2008-2010. NC indica que no hay datos disponibles para este subgrupo. Nota: Las diferencias entre los grupos pueden ser mayores o menores que las ilustradas debido a que la confiabilidad de los datos autoinformados varía según los grupos étnicos y raciales.

Tabla 5
Prevalencia de la
Obesidad por Raza/
Origen Étnico y
Estado (porcentaje
de población adulta),
Edición 2011

	BLANCO NO HISPANO	NEGRO NO HISPANO	HISPANO	ASIÁTICO NO HISPANO	NATIVO DE HAWAII/ ISLAS DEL PACÍFICO NO HISPANO	INDIOAMERI- CANO O NATIVO DE ALASKA NO HISPANO	MULTIRRACIAL NO HISPANO
Alabama	29.0%	42.4%	30.7%	NC	NC	31.5%	24.0%
Alaska	24.3%	NC	28.6%	11.6%	NC	33.9%	30.1%
Arizona	23.3%	35.9%	32.3%	8.2%	NC	40.8%	30.8%
Arkansas	29.8%	41.5%	30.1%	NC	NC	33.0%	31.9%
California	21.8%	35.8%	30.6%	8.4%	21.7%	30.5%	23.7%
Colorado	18.3%	27.9%	24.8%	7.6%	NC	32.7%	28.8%
Connecticut	20.8%	39.5%	29.0%	7.3%	NC	NC	32.5%
Delaware	26.0%	42.5%	31.5%	5.3%	NC	NC	34.3%
Florida	24.1%	38.8%	28.7%	10.8%	NC	26.0%	29.5%
Georgia	25.6%	38.1%	32.7%	7.9%	NC	31.0%	27.1%
Hawaii	19.3%	35.3%	27.0%	13.7%	56.8%	NC	34.6%
Idaho	25.1%	NC	29.6%	NC	NC	41.1%	35.2%
Illinois	25.5%	39.5%	31.5%	10.8%	NC	NC	27.5%
Indiana	28.8%	37.0%	28.4%	8.9%	NC	27.1%	26.8%
Iowa	28.1%	33.0%	29.5%	NC	NC	NC	NC
Kansas	28.4%	41.8%	34.7%	4.9%	NC	31.9%	31.8%
Kentucky	31.0%	43.2%	33.1%	NC	NC	27.8%	32.5%
Louisiana	28.4%	39.5%	29.3%	NC	NC	33.9%	38.5%
Maine	26.7%	NC	21.0%	NC	NC	29.0%	35.8%
Maryland	24.3%	36.3%	27.4%	10.2%	NC	23.8%	31.6%
Massachusetts	21.8%	30.5%	29.1%	8.0%	NC	26.1%	25.3%
Michigan	29.1%	41.1%	32.9%	7.5%	NC	41.5%	38.5%
Minnesota	25.2%	28.2%	27.1%	17.4%	NC	34.8%	NC
Mississippi	30.4%	42.6%	35.4%	NC	NC	32.2%	26.2%
Missouri	29.5%	38.2%	29.0%	NC	NC	36.9%	33.5%
Montana	22.9%	NC	22.9%	NC	NC	42.3%	32.3%
Nebraska	27.0%	39.6%	31.8%	8.4%	NC	43.6%	36.9%
Nevada	24.1%	28.5%	26.5%	17.2%	NC	35.2%	34.1%
New Hampshire	25.8%	NC	24.0%	3.0%	NC	29.1%	27.5%
New Jersey	23.1%	35.9%	26.8%	7.6%	NC	21.9%	26.5%
New Mexico	20.8%	31.7%	30.7%	8.5%	NC	37.0%	22.5%
New York	24.1%	31.4%	27.2%	8.6%	NC	36.4%	27.0%
North Carolina	26.7%	42.4%	26.0%	5.1%	NC	34.5%	39.9%
North Dakota	27.4%	NC	37.7%	NC	NC	43.5%	NC
Ohio	28.7%	40.8%	32.5%	8.2%	NC	34.9%	31.6%
Oklahoma	29.7%	41.3%	30.3%	8.0%	NC	40.0%	35.0%
Oregon	25.3%	NC	25.4%	5.1%	NC	NC	29.3%
Pennsylvania	27.7%	39.4%	34.5%	5.6%	NC	32.7%	29.2%
Rhode Island	23.3%	35.6%	30.9%	13.0%	NC	NC	23.2%
South Carolina	27.4%	40.3%	38.2%	4.4%	NC	38.1%	26.1%
South Dakota	28.1%	NC	29.2%	NC	NC	39.4%	37.6%
Tennessee	30.5%	40.9%	30.3%	NC	NC	NC	31.2%
Texas	26.7%	38.5%	36.0%	9.1%	NC	33.1%	32.0%
Utah	23.0%	NC	27.4%	9.0%	NC	30.2%	22.6%
Vermont	23.6%	NC	20.8%	NC	NC	33.2%	28.2%
Virginia	25.2%	37.2%	25.1%	6.9%	NC	25.2%	28.6%
Washington	26.2%	33.8%	30.4%	7.4%	29.6%	40.7%	32.2%
West Virginia	32.1%	39.5%	29.7%	NC	NC	NC	41.8%
Wisconsin	26.5%	45.8%	21.1%	NC	NC	44.2%	39.1%
Wyoming	24.6%	NC	32.0%	NC	NC	42.4%	32.6%
Estados Unidos	25.8%	38.2%	30.4%	9.0%	24.5%	35.1%	30.5%
District of Columbia	9.3%	34.4%	18.1%	8.2%	NC	NC	27.9%

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Datos de Encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores del Comportamiento (BRFSS). Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2008-2010. NC indica que no hay datos disponibles para este subgrupo. Nota: Las diferencias entre los grupos pueden ser mayores o menores que las ilustradas debido a que la confiabilidad de los datos autoinformados varía según los grupos étnicos y raciales.

	BLANCO NO HISPANO	NEGRO NO HISPANO	HISPANO	ASIÁTICO NO HISPANO	NATIVO DE HAWAII/ ISLAS DEL PACÍFICO NO HISPANO	INDIOAMERI- CANO O NATIVO DE ALASKA NO HISPANO	MULTIRRACIAL NO HISPANO
Alabama	10.9%	15.3%	16.0%	NC	NC	18.0%	15.0%
Alaska	5.7%	NC	8.2%	5.0%	NC	5.7%	4.9%
Arizona	8.6%	12.4%	10.7%	8.4%	NC	15.4%	9.8%
Arkansas	9.3%	12.3%	8.8%	NC	NC	13.9%	14.8%
California	7.0%	14.1%	10.1%	7.9%	10.0%	14.3%	8.0%
Colorado	5.0%	10.3%	8.4%	5.4%	NC	9.6%	5.7%
Connecticut	6.7%	11.5%	6.2%	6.7%	NC	NC	5.4%
Delaware	7.9%	11.0%	7.1%	6.5%	NC	NC	8.8%
District of Columbia	2.8%	15.4%	4.5%	4.8%	NC	NC	8.5%
Florida	9.5%	13.4%	9.3%	8.1%	NC	15.3%	11.7%
Georgia	8.4%	12.8%	9.0%	12.7%	NC	10.7%	7.5%
Hawaii	4.7%	8.7%	9.4%	9.6%	10.1%	NC	9.1%
Idaho	7.5%	NC	7.7%	NC	NC	12.0%	9.0%
Illinois	7.4%	13.4%	8.2%	7.6%	NC	NC	10.4%
Indiana	9.1%	14.8%	9.4%	5.1%	NC	11.8%	13.7%
Iowa	7.4%	12.6%	4.6%	NC	NC	NC	NC
Kansas	8.1%	12.2%	9.0%	2.5%	NC	20.2%	9.8%
Kentucky	10.1%	14.9%	6.3%	NC	NC	20.3%	13.4%
Louisiana	9.4%	13.4%	9.5%	NC	NC	11.7%	13.4%
Maine	8.3%	NC	7.0%	NC	NC	18.1%	13.1%
Maryland	8.0%	12.8%	5.5%	7.3%	NC	11.2%	9.2%
Massachusetts	7.1%	11.1%	9.3%	6.4%	NC	11.7%	6.7%
Michigan	8.6%	13.8%	10.7%	7.7%	NC	13.4%	13.4%
Minnesota	6.3%	3.4%	7.4%	3.6%	NC	10.2%	NC
Mississippi	10.4%	14.5%	8.7%	NC	NC	11.5%	10.7%
Missouri	8.3%	13.2%	7.0%	NC	NC	10.0%	14.5%
Montana	6.4%	NC	4.3%	NC	NC	14.4%	10.0%
Nebraska	7.5%	11.7%	8.5%	4.7%	NC	9.8%	6.1%
Nevada	8.2%	11.7%	6.6%	10.8%	NC	7.4%	9.6%
New Hampshire	7.3%	NC	7.2%	6.7%	NC	7.8%	8.9%
New Jersey	7.8%	13.7%	8.5%	7.6%	NC	18.8%	7.4%
New Mexico	6.6%	12.9%	10.2%	2.9%	NC	9.7%	10.1%
New York	7.9%	12.8%	8.2%	7.4%	NC	16.4%	11.4%
North Carolina	8.7%	15.3%	4.9%	2.5%	NC	12.1%	9.5%
North Dakota	7.1%	NC	6.5%	NC	NC	14.7%	NC
Ohio	9.4%	15.3%	12.6%	6.7%	NC	14.4%	9.3%
Oklahoma	9.4%	14.7%	9.7%	8.1%	NC	15.1%	13.6%
Oregon	7.3%	NC	6.6%	3.9%	NC	10.3%	10.5%
Pennsylvania	8.9%	15.7%	6.6%	5.8%	NC	12.4%	10.1%
Rhode Island	7.3%	10.9%	7.6%	3.4%	NC	13.9%	7.4%
South Carolina	8.9%	13.4%	10.0%	5.3%	NC	14.9%	9.1%
South Dakota	6.6%	NC	6.4%	NC	NC	12.4%	9.9%
Tennessee	10.5%	12.2%	6.3%	NC	NC	NC	13.4%
Texas	8.1%	14.8%	10.6%	5.2%	NC	17.6%	8.3%
Utah	6.2%	NC	5.8%	4.1%	NC	9.8%	7.2%
Vermont	6.3%	NC	7.0%	NC	NC	11.4%	12.4%
Virginia	8.0%	13.0%	3.7%	4.9%	NC	9.2%	5.5%
Washington	7.4%	12.8%	6.8%	5.7%	7.0%	10.3%	8.9%
West Virginia	11.8%	15.2%	11.7%	NC	NC	NC	18.5%
Wisconsin	7.4%	12.4%	NC	NC	NC	15.8%	NC
Wyoming	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Estados Unidos	8.2%	13.6%	9.7%	7.2%	8.3%	13.3%	10.0%

Tabla 6
Prevalencia de la
Diabetes por Raza/
Origen Étnico y
Estado (porcentaje
de población adulta),
Edición 2011

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Datos de Encuesta del Sistema de Vigilancia de Factores del Comportamiento (BRFSS). Atlanta, Georgia: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2008-2010. NC indica que no hay datos disponibles para este subgrupo. Nota: Las diferencias entre los grupos pueden ser mayores o menores que las ilustradas debido a que la confiabilidad de los datos autoinformados varía según los grupos étnicos y raciales.

Comparación con Otras Naciones

Cuando se compara la salud en los Estados Unidos con la salud en otros países, el panorama es desalentador. La Organización Mundial de la Salud, en su informe anual *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*, compara los Estados Unidos con las naciones del mundo en una gran variedad de medidas. Si bien Estados Unidos supera a muchos países, está lejos de ser el mejor en muchas de las medidas comunes que se utilizan para evaluar la sanidad y se queda atrás de sus pares, los otros países desarrollados.

La esperanza de vida es una medida que indica la cantidad de años que un recién nacido puede esperar vivir. Japón es el eterno líder en esta medida, con una esperanza de vida de 86 años en promedio para las mujeres y de 80 años para los hombres (los

La tasa de mortalidad infantil para los Estados Unidos en el 2009 fue de siete muertes cada 1,000 nacidos vivos, lo que coloca al país en el puesto 43 entre las naciones de la OMS.

hombres de San Marino tienen una esperanza de vida mayor, con 82 años). Con una esperanza de vida de 81 años para las mujeres, los Estados Unidos se ubica en el lugar 32 entre los 193 países que presentaron datos de la Organización Mundial de la Salud; y con 76 años para los hombres, los Estados Unidos se ubica en el lugar 34 de esta lista de países. La Tabla 7 enumera algunos otros países, con fines de comparación. La tasa de esperanza de vida de los varones estadounidenses se equipara con las de Chile, Cuba y Eslovenia; y la tasa de esperanza de vida de las mujeres estadounidenses se equipara con la de

Costa Rica y Dinamarca.

Si analizamos la esperanza de vida en un nivel más detallado, es decir, por condado, y comparamos las cifras con otros países líderes, las tasas de esperanza de vida estadounidenses parecen aún peores.⁷ Mientras que muchos condados de los Estados Unidos (33 condados para los hombres y ocho condados para las mujeres) superan la esperanza de vida promedio de los 10 países líderes, la amplia mayoría de los condados de los Estados Unidos están detrás de estos países líderes. En realidad, 92 condados estadounidenses en el caso de los hombres y dos condados estadounidenses en el caso de las mujeres tienen tasas de esperanza de vida similares

a las tasas que los países líderes presentaban en 1957 o antes. Los autores también demuestran que las tasas de esperanza de vida en 1,406 condados estadounidenses para los hombres y 2,054 condados estadounidenses para las mujeres ahora están mucho más rezagadas que las de los países desarrollados de lo que lo estaban siete años antes.

Una de las causas subyacentes de estas diferencias es la brecha en las tasas de mortalidad infantil entre los Estados Unidos y muchos otros países (Tabla 7). La tasa de mortalidad infantil para los Estados Unidos en el 2009 fue de siete muertes cada 1,000 nacidos vivos, lo que coloca al país en el puesto 43 entre las naciones de la OMS. Las tasas de Suecia, España, Italia, Alemania, Francia, República Checa, Eslovenia e Islandia son la mitad de la tasa de los Estados Unidos. Estos países también tienen tasas de mortalidad infantil considerablemente menores que la de los blancos no hispanos en los Estados Unidos, el grupo racial/étnico con las tasas más bajas en los Estados Unidos.

Las diferencias en la esperanza de vida sana también se ven influidas por la eficacia del tratamiento de enfermedades, especialmente aquellas que son tratables, como las infecciones bacterianas, algunos tipos de cáncer tratables, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, algunas enfermedades cardíacas isquémicas y las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos habituales. La tasa de mortalidad por enfermedades tratables ajustada por edad en los Estados Unidos antes de los 75 años fue de 95.5 muertes cada 100,000 habitantes en el 2006 al 2007. Esto representa una mejora considerable con respecto a las 120.2 muertes cada 100,000 habitantes en 1997 a 1998, pero la tasa de mejora fue mucho más lenta que en otros países estudiados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés). En los Estados Unidos, la tasa sigue un 50 por ciento más alta que en Australia, Francia, Japón e Italia. Este estudio estimó que, si los Estados Unidos lograban tasas que estuvieran a la par de los países referentes, se evitarían entre 59,500 y 84,300 muertes antes de la edad de 75 años.⁸

7. Ibid.

8. Nolte, Ellen and McKee, Martin, Variations in amenable mortality – Trends in 16 high-income nations, *Health Policy* 103 (2011), 47-52, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101100159X>.

9. Squires, David A., The U.S. Health System in Perspective: A Comparison of Twelve Industrialized Nations, *Issues in International Health Policy*, The Commonwealth Fund, julio del 2011.

10. Ibid.

	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL		ESPERANZA DE VIDA (AÑOS AL NACER)				GASTO EN SALUD (%)*
	MUERTES CADA 1,000 NACIDOS VIVOS	CLASIFICACIÓN**	HOMBRE	CLASIFICACIÓN**	MUJER	CLASIFICACIÓN**	
Australia	4	21	80	2	84	7	8.5
Austria	4	21	78	14	83	11	10.5
Bélgica	4	21	77	27	83	11	11.1
Canadá	5	30	79	7	83	11	9.8
Chile	7	43	76	34	82	26	7.5
China	17	89	72	53	76	76	4.3
Costa Rica	10	54	77	27	81	32	9.4
Cuba	5	30	76	34	80	35	12.0
República Checa	3	8	74	40	80	35	7.1
Dinamarca	3	8	77	27	81	32	9.9
Finlandia	3	8	77	27	83	11	8.8
Francia	3	8	78	14	85	2	11.2
Alemania	3	8	78	14	83	11	10.5
Grecia	3	8	78	14	83	11	10.1
Hungría	5	30	70	80	78	52	7.2
Irlanda	3	8	77	27	82	26	8.7
Israel	4	21	80	2	83	11	7.6
Italia	3	8	79	7	84	7	8.7
Japón	2	3	80	2	86	1	8.3
México	15	80	73	44	78	52	5.9
Países Bajos	4	21	78	14	83	11	9.9
Nueva Zelanda	4	21	79	7	83	11	9.7
Noruega	3	8	79	7	83	11	8.5
Polonia	5	30	71	66	80	35	7
Portugal	4	21	76	34	82	26	10.6
Eslovenia	2	3	76	34	82	26	8.3
España	3	8	78	14	85	2	9
Suecia	2	3	79	7	83	11	9.4
Suiza	4	21	80	2	84	7	10.7
Reino Unido	5	30	78	14	82	26	8.7
Estados Unidos de América	7	43	76	34	81	32	15.2

Tabla 7
Comparaciones Internacionales

*Gasto total en salud como % del producto bruto interno
**Clasificación entre los 193 países miembro de la OMS

El gasto en atención de la salud per cápita en los Estados Unidos continúa primero en el mundo. La mediana del gasto en los países de la OECD es de \$2,995 por persona; en los Estados Unidos, es de \$7,538 por persona. La tasa de crecimiento anual del gasto en los Estados Unidos, desde 1998 hasta el 2008, fue del 3.6 por ciento, ligeramente por debajo de la mediana del 3.9 por ciento entre los países de la OECD.⁹ La utilización de la atención de la salud en los Estados Unidos supera a la de otros países de la OECD, con el 25 por ciento de los adultos que toman al menos cuatro medicamentos recetados regularmente, en comparación con una mediana del 17 por ciento entre los países estudiados; los pacientes

de los Estados Unidos reciben 91 estudios de Imagen de Resonancia Magnética Nuclear (MRI, por sus siglas en inglés) cada 100,000 habitantes, en comparación con menos de 50 estudios cada 100,000 habitantes en los otros cinco países que presentaron datos.¹⁰

Los resultados de estos estudios deberían ser una llamada de advertencia que impulse a toda la población estadounidense a mejorar todos los aspectos de nuestro sistema de salud como sea posible, a través de educación, seguridad, prevención y atención clínica. Otros países han mejorado su salud general, de manera que nosotros también podemos hacer lo mismo.

Sinopsis Estado por Estado

Las siguientes páginas describen la clasificación general, las fortalezas, los desafíos y los cambios significativos de cada estado. Para comparar su estado con otros estados o con otros años, visite www.americashealthrankings.org/all y seleccione lo que desea ver.

En la sinopsis de cada estado, hay un párrafo aparte que describe los aspectos de las disparidades en la salud dentro de dicho estado e incluye las variaciones en el tabaquismo, la obesidad y la diabetes. Para consultar información sobre la disparidad en todos los estados, vaya a la página 22 o visite www.americashealthrankings.org/Rankings y haga clic en la pestaña Disparity (Disparidad).

Cada sinopsis también contiene la situación económica actual del estado. Los datos de las tablas relacionados con esta información se encuentran en www.americashealthrankings.org/all, donde se puede seleccionar la medida deseada en la lista desplegable.

Además, las medidas suplementarias de situación económica y de salud se encuentran disponibles para cada estado en www.americashealthrankings.org/all.

ARIZONA

Clasificación: Arizona ocupa el lugar 29 este año; estaba en el puesto 31 en el 2010.

Aspectos destacados:

- Casi 1.2 millones de personas en Arizona son obesas, 453,000 más que hace 10 años.
- La cantidad de adultos con diabetes aumentó a más del doble en los últimos diez años; hoy 543,000 adultos tienen diabetes.
- El año pasado, el porcentaje de niños que viven en la pobreza disminuyó del 31.3 por ciento al 27.3 por ciento de los menores de 18 años.
- En los últimos cinco años, el tabaquismo descendió del 20.2 por ciento al 13.5 por ciento de los adultos; sin embargo, 643,000 adultos aún fuman.
- En los últimos diez años, la tasa de muertes por enfermedades cardiovasculares disminuyó de 292.0 a 218.3 muertes cada 100,000 habitantes.

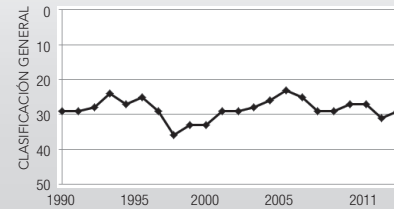
Disparidades en la Salud:

En Arizona, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los hispanos y los indioamericanos no hispanos (32.3 por ciento y 40.8 por ciento respectivamente) que entre los blancos no hispanos (23.3 por ciento). La diabetes es más frecuente entre los negros no hispanos (12.4 por ciento) y los indioamericanos no hispanos (15.4 por ciento) que entre los blancos no hispanos (8.6 por ciento).

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.azdhs.gov

Clasificación General: 29



Cambio: ▲ 2

Clasificación de Determinantes: 29

Clasificación de Resultados: 27

Fortalezas:

- Baja prevalencia del tabaquismo
- Baja tasa de hospitalizaciones prevenibles
- Bajas tasas de muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares

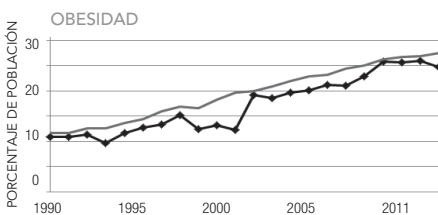
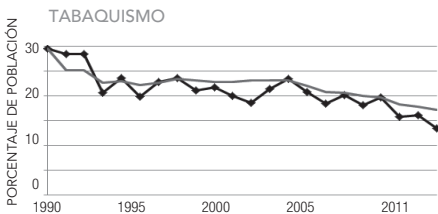
Desafíos:

- Alto porcentaje de niños que viven en la pobreza
- Alta tasa de población sin seguro de salud
- Baja tasa de graduación de la escuela secundaria

ARIZONA

ENTORNO ECONÓMICO	AZ	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	9.3%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	18.4%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$47,279	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	700,000	643,000	-57,000
Obesidad	723,000	1,176,000	453,000
Diabetes	222,000	543,000	321,000



ESTADO — NACIÓN



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/AZ

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	13.5	4	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	13.2	14	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	24.7	10	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	70.7	41	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	408	33	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	3.9	19	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	9.7	34	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	27.3	46	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	9.3	20	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	19.0	43	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$46	45	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	88.7	38	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	79.5*	41	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	92.6	44	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	51.7	7	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.02	29	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	11.4	47	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.2	14	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	4.1	41	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	17.1	45	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	6.6	22	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	218.3	5	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	166.7	4	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	7,086	24	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.04	27	0.32
GENERAL	0.05	29	1.20

— indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

CALIFORNIA

Clasificación: California ocupa el lugar 24 este año; estaba en el puesto 26 en el 2010.

Aspectos destacados:

- A pesar de que hay 852,000 adultos fumadores menos en California en comparación con hace 10 años, casi 3.4 millones de adultos aún fuman.
- Más de 6.9 millones de adultos en California son obesos, 2.0 millones de adultos más que hace 10 años.
- En los últimos diez años, la diabetes aumentó del 6.8 por ciento al 8.6 por ciento de los adultos. Hoy 2.4 millones de adultos en California tienen diabetes.
- En los últimos cinco años, el porcentaje de niños que viven en la pobreza aumentó del 18.5 por ciento al 23.0 de la población.
- California tiene una clasificación más baja en los determinantes que en los resultados, lo que indica que la sanidad general tiene posibilidades de deteriorarse con el tiempo.

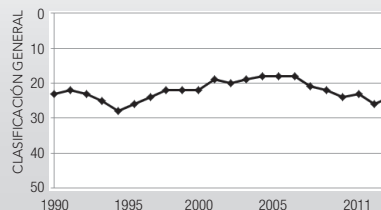
Disparidades en la Salud:

En California, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (35.8 por ciento) que entre los asiáticos no hispanos (8.4 por ciento) o los blancos no hispanos (21.8 por ciento) o los hispanos (30.6 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 14.1 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 7.0 por ciento de los blancos no hispanos y el 10.1 por ciento de los hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.cdph.ca.gov

Clasificación General: 24



Cambio: ▲ 2

Clasificación de Determinantes: 24

Clasificación de Resultados: 18

Fortalezas:

- Baja prevalencia del tabaquismo
- Alto uso de atención prenatal temprana
- Baja tasa de mortalidad infantil

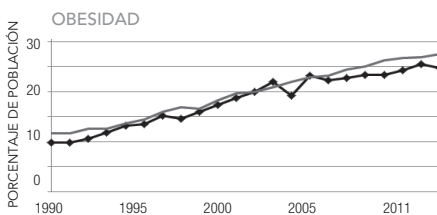
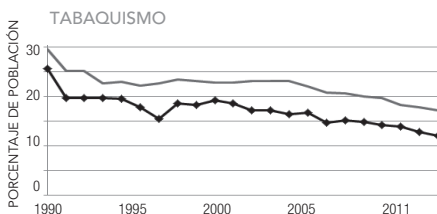
Desafíos:

- Altos niveles de contaminación del aire
- Alta tasa de población sin seguro de salud
- Baja cobertura de vacunación

CALIFORNIA

ENTORNO ECONÓMICO	CA	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	12.1%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	22.1%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$54,459	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	4,235,000	3,383,000	-852,000
Obesidad	4,900,000	6,906,000	2,006,000
Diabetes	1,674,000	2,404,000	730,000



ESTADO —●— NACIÓN ———



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/CA

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	12.1	2	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	15.8	28	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	24.7	10	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	71.2	39	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	441	35	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	2.8	4	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	8.5	26	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	23.0	34	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	15.1	50	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	19.4	45	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$108	13	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	88.1	40	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	80.2	3	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	119.0	22	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	52.4	8	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.12	24	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	8.6	24	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.7	34	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.7	29	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	15.1	40	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	5.1	5	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	262.0	24	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	173.3	6	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	6,015	8	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.15	18	0.32
GENERAL	0.27	24	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

COLORADO

Clasificación: Colorado ocupa el lugar 9 este año; estaba en el puesto 13 en el 2010.

Aspectos destacados:

- Si bien Colorado tiene la tasa de obesidad más baja en los Estados Unidos, 814,000 adultos en Colorado son obesos, un aumento de 360,000 personas en los últimos 10 años.
- El año pasado, la tasa de población sin seguro de salud descendió del 15.6 por ciento al 13.8 por ciento.
- En los últimos cinco años, el tabaquismo descendió del 19.8 por ciento al 16.0 por ciento de los adultos; sin embargo, 609,000 adultos aún fuman.
- En los últimos cinco años, la diabetes aumentó del 4.8 por ciento al 6.0 por ciento de los adultos. Hoy hay 228,000 adultos diabéticos en el estado.
- En los últimos diez años, el porcentaje de niños que viven en la pobreza aumentó del 10.9 por ciento al 18.5 por ciento de los menores de 18 años.

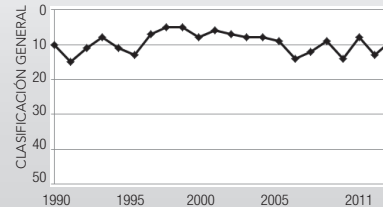
Disparidades en la Salud:

En Colorado, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (27.9 por ciento) que entre los blancos no hispanos (18.3 por ciento) y los hispanos (24.8 por ciento). La diabetes entre los negros no hispanos (10.3 por ciento) duplica la tasa de diabetes de los blancos no hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.cdph.state.co.us

Clasificación General: 9



Cambio: ▲ 4

Clasificación de Determinantes: 10

Clasificación de Resultados: 13

Fortalezas:

- Bajos niveles de contaminación del aire
- Menor prevalencia de la obesidad que en todos los demás estados
- Baja prevalencia de la diabetes

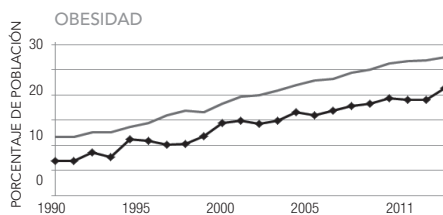
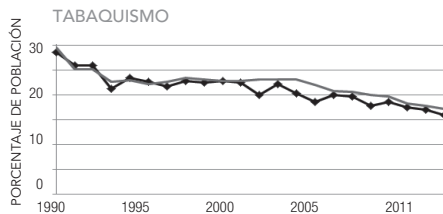
Desafíos:

- Bajo uso de atención prenatal temprana
- Alta disparidad geográfica dentro del estado
- Baja cobertura de vacunación

COLORADO

ENTORNO ECONÓMICO	CO	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	8.5%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	15.4%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$60,442	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	640,000	609,000	-31,000
Obesidad	454,000	814,000	360,000
Diabetes	163,000	228,000	65,000



ESTADO — NACIÓN —



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/CO

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	16.0	18	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	15.9	30	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	21.4	1	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	75.4	30	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	321	26	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	4.3	24	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	7.3	17	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	18.5	21	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	7.0	5	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	13.8	24	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$89	19	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	89.7	32	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	68.1	37	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	116.7	25	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	48.1	6	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.38	10	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	6.0	2	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.4	19	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.2	13	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	17.1	45	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	6.2	17	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	217.0	4	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	163.9	3	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	6,299	14	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.17	13	0.32
GENERAL	0.56	9	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

FLORIDA

Clasificación: Florida ocupa el lugar 33 este año; estaba en el puesto 36 en el 2010.

Aspectos destacados:

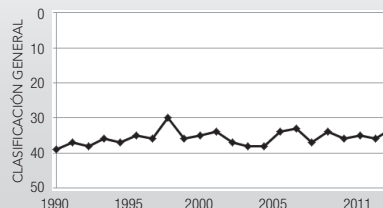
- A pesar de que el tabaquismo disminuyó significativamente en los últimos diez años, más de 2.5 millones de adultos aún fuman en Florida.
- Más de 4 millones de adultos en Florida son obesos, 1.7 millones de personas más que hace 10 años.
- Más de 1.5 millones de personas en Florida tienen diabetes, un aumento de 688,000 personas en los últimos diez años.
- El año pasado, la tasa de delitos de violencia disminuyó de 613 a 542 delitos cada 100,000 habitantes.
- El año pasado, la tasa de hospitalizaciones prevenibles aumentó de 62.5 a 64.3 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
- Florida tiene una clasificación más alta en los determinantes que en los resultados, lo que indica que la sanidad general debería mejorar con el tiempo.

Disparidades en la Salud:

En Florida, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (38.8 por ciento) que entre los blancos no hispanos (24.1 por ciento) y los hispanos (28.7 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 13.4 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 9.3 por ciento de los hispanos y el 9.5 por ciento de los blancos no hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:
www.doh.state.fl.us

Clasificación General: 33



Cambio: ▲ 3

Clasificación de Determinantes: 30

Clasificación de Resultados: 41

Fortalezas:

- Baja prevalencia del consumo excesivo de alcohol
- Alta cobertura de vacunación
- Bajos niveles de contaminación del aire

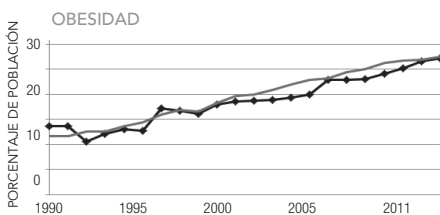
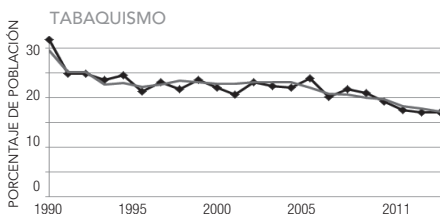
Desafíos:

- Alta tasa de población sin seguro de salud
- Baja tasa de graduación de la escuela secundaria
- Alta disparidad geográfica dentro del estado

FLORIDA

ENTORNO ECONÓMICO	FL	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	10.7%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	19.3%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$44,243	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	2,862,000	2,531,000	-331,000
Obesidad	2,307,000	4,025,000	1,718,000
Diabetes	851,000	1,539,000	688,000



ESTADO —●— NACIÓN —



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/FL

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	17.1	23	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	13.6	15	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	27.2	23	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	66.9	44	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	542	42	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	4.3	24	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	8.8	28	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	22.3	32	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	7.8	10	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	21.3	48	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$64	35	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	94.7	3	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	69.7	32	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	109.7	30	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	64.3	26	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	-0.01	30	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	10.4	43	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.8	38	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	4.1	41	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	21.9	48	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	7.1	29	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	231.4	8	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	182.3	11	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	7,964	35	5481
TODOS LOS RESULTADOS	-0.11	41	0.32
GENERAL	-0.12	33	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

ILLINOIS

Clasificación: Illinois ocupa el lugar 28 este año; estaba en el puesto 29 en el 2010.

Aspectos destacados:

- A pesar de que el tabaquismo descendió del 22.3 por ciento al 16.9 por ciento de los adultos en los últimos diez años, más de 1.6 millones de personas aún fuman en Illinois.
- Casi 2.8 millones de adultos en Illinois son obesos, 793,000 personas más que hace 10 años.
- La diabetes aumentó considerablemente en los últimos 10 años de 6.2 por ciento a 8.7 por ciento de la población adulta. Hoy, más de 844,000 adultos en Illinois tienen diabetes.
- El año pasado, la tasa de delitos de violencia disminuyó de 497 a 435 delitos cada 100,000 habitantes.
- En los últimos cinco años, el porcentaje de niños que viven en la pobreza aumentó del 15.6 por ciento al 20.6 por ciento de los menores de 18 años.
- Las enfermedades infecciosas, en 11.1 casos cada 100,000 habitantes, casi regresaron al nivel observado en el 2006 después de caer a 8.2 casos cada 100,000 habitantes el año pasado.

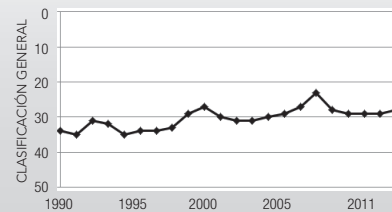
Disparidades en la Salud:

En Illinois, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (39.5 por ciento) que entre los blancos no hispanos (25.5 por ciento) y los hispanos (31.5 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 13.4 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 7.4 por ciento de los blancos no hispanos y el 8.2 por ciento de los hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.idph.state.il.us

Clasificación General: 28



Cambio: ▲ 1

Clasificación de Determinantes: 28

Clasificación de Resultados: 22

Fortalezas:

- Alto uso de atención prenatal temprana
- Amplia disponibilidad de médicos de atención primaria
- Moderada tasa de graduación de la escuela secundaria

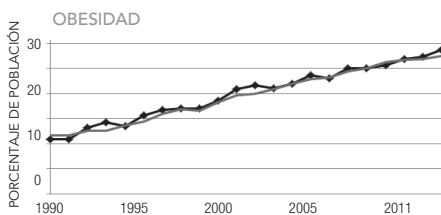
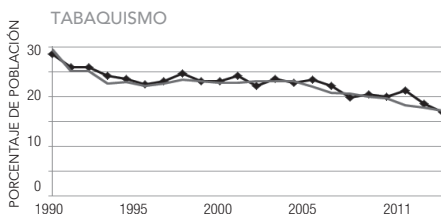
Desafíos:

- Alta prevalencia del consumo excesivo de alcohol
- Altos niveles de contaminación del aire
- Alta tasa de hospitalizaciones prevenibles

ILLINOIS

ENTORNO ECONÓMICO	IL	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	9.9%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	17.5%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$50,761	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	2,046,000	1,640,000	-406,000
Obesidad	1,991,000	2,784,000	793,000
Diabetes	569,000	844,000	275,000



ESTADO — NACIÓN



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/IL

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	16.9	20	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	17.7	40	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	28.7	31	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	80.4	15	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	435	34	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	3.7	16	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	11.1	38	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	20.6	29	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	11.8	43	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	14.5	27	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$66	33	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	91.3	21	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	86.3*	8	—
Médicos de Atención Primaria (cada 100,000 habitantes)	129.6	11	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	77.3	40	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.02	28	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	8.7	25	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.4	19	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.4	18	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	10.1	18	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	6.9	28	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	276.3	32	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	199.7	33	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	7,049	23	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.08	22	0.32
GENERAL	0.10	28	1.20

— indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

NEVADA

Clasificación: Nevada ocupa el lugar 42 este año; estaba en el puesto 47 en el 2010.

Aspectos destacados:

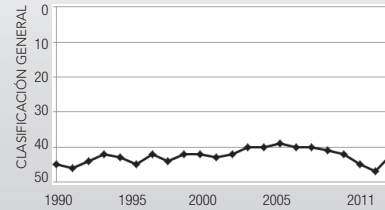
- A pesar de que el tabaquismo descendió del 29.0 por ciento al 21.3 por ciento de la población adulta en los últimos diez años, 434,000 adultos aún fuman en Nevada.
- El año pasado, el porcentaje de niños que viven en la pobreza aumentó del 17.9 por ciento al 23.6 por ciento de los menores de 18 años.
- En los últimos cinco años, la diabetes aumentó del 7.1 por ciento al 8.5 por ciento de la población adulta. Hoy hay 173,000 adultos diabéticos en Nevada.
- En los últimos diez años, la obesidad aumentó del 17.9 por ciento al 23.1 por ciento de la población adulta. Hoy hay 470,000 adultos obesos en el estado.
- En los últimos cinco años, la tasa de graduación de la escuela secundaria descendió de un porcentaje informado del 72.3 por ciento al 56.3 por ciento de ingresantes de noveno grado que se gradúan dentro de los cuatro años.

Disparidades en la Salud:

En Nevada, la obesidad en adultos tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (28.5 por ciento) y entre los hispanos (26.5 por ciento) que entre los blancos no hispanos (24.1 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 11.7 por ciento de los negros no hispanos y el 8.2 de los blancos no hispanos tienen diabetes en comparación con el 6.6 por ciento de los hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:
health.nv.gov

Clasificación General: 42



Cambio: ▲ 5

Clasificación de Determinantes: 45

Clasificación de Resultados: 36

Fortalezas:

- Menor prevalencia de la obesidad que en los demás estados
- Baja incidencia de enfermedades infecciosas
- Baja tasa de hospitalizaciones prevenibles

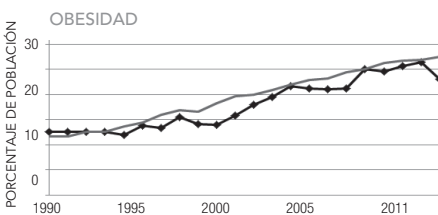
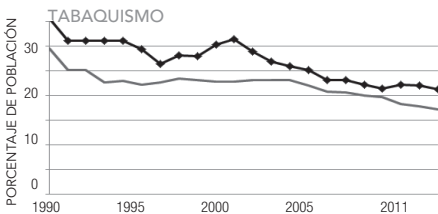
Desafíos:

- Baja tasa de graduación de la escuela secundaria
- Alta tasa de delitos de violencia
- Baja cobertura de vacunación

NEVADA

ENTORNO ECONÓMICO	NV	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	13.4%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	23.6%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$51,525	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	431,000	434,000	3,000
Obesidad	266,000	470,000	204,000
Diabetes	101,000	173,000	72,000



CANTIDAD — NACIÓN



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite

www.americashealthrankings.org/NV

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	21.3	42	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	17.3	38	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	23.1	4	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	56.3	50	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	661	50	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	3.5	12	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	4.8	4	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	23.6	36	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	8.9	18	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	21.0	47	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$41	49	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	84.6	49	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	75.4*	49	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	85.5	46	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	58.6	15	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	-0.44	45	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	8.5	22	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.8	38	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.8	36	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	19.1	47	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	5.9	12	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	283.8	36	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	192.7	27	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	7,956	34	5481
TODOS LOS RESULTADOS	-0.03	36	0.32
GENERAL	-0.47	42	1.20

— indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

NEW JERSEY

Clasificación: New Jersey ocupa el lugar 11 este año; estaba en el puesto 17 en el 2010.

Aspectos destacados:

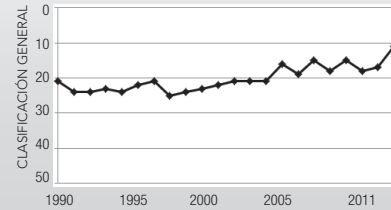
- A pesar de que el tabaquismo descendió del 21.0 por ciento al 14.4 por ciento de la población adulta en los últimos diez años, 969,000 adultos aún fuman en New Jersey.
- El año pasado, la tasa de hospitalizaciones prevenibles disminuyó de 76.2 a 71.6 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
- En los últimos cinco años, la diabetes aumentó del 7.7 por ciento al 9.2 por ciento de la población adulta. Hoy hay 619,000 adultos diabéticos en New Jersey.
- En los últimos diez años, la obesidad aumentó del 18.5 por ciento al 24.8 por ciento de la población, con casi 1.7 millones de adultos obesos en el estado.

Disparidades en la Salud:

En New Jersey, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (35.9 por ciento) que entre los blancos no hispanos (23.1 por ciento) y los hispanos (26.8 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 13.7 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 7.8 por ciento de los blancos no hispanos y el 8.5 por ciento de los hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:
www.state.nj.us/health

Clasificación General: 11



Cambio: ▲ 6

Clasificación de Determinantes: 12

Clasificación de Resultados: 12

Fortalezas:

- Alta tasa de graduación de la escuela secundaria
- Bajo porcentaje de niños que viven en la pobreza
- Amplia disponibilidad de médicos de atención primaria

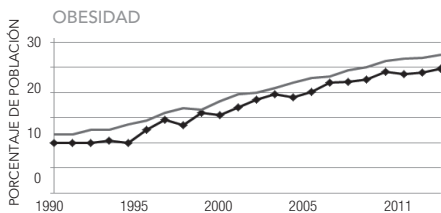
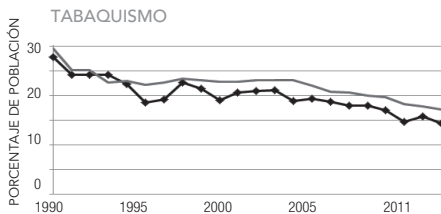
Desafíos:

- Bajo uso de atención prenatal temprana
- Baja cobertura de vacunación
- Moderada tasa de hospitalizaciones prevenibles

NEW JERSEY

ENTORNO ECONÓMICO	NJ	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	9.4%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	15.7%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$63,540	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	1,329,000	969,000	-360,000
Obesidad	1,170,000	1,668,000	498,000
Diabetes	367,000	619,000	252,000



ESTADO — NACIÓN



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/NJ

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	14.4	6	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	14.1	18	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	24.8	12	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	84.6	5	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	308	21	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	3.2	8	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	6.3	13	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	12.8	8	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	9.8	25	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	15.0	30	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$69	30	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	86.9	45	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	78.5*	45	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	142.8	8	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	71.6	34	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.32	12	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	9.2	30	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.4	19	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.2	13	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	11.1	22	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	5.4	7	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	263.2	26	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	193.0	30	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	6,089	9	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.18	12	0.32
GENERAL	0.50	11	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

NEW MEXICO

Clasificación: New Mexico ocupa el lugar 34 este año, igual que en el 2010.

Aspectos destacados:

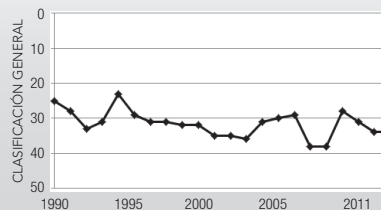
- El año pasado, la tasa de hospitalizaciones prevenibles disminuyó de 58.6 a 56.3 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
- En los últimos cinco años, la tasa de delitos de violencia descendió de 646 a 589 delitos cada 100,000 habitantes.
- En los últimos cinco años, la diabetes aumentó del 7.3 por ciento al 8.5 por ciento de los adultos. Hoy hay 131,000 adultos diabéticos en el estado.
- En los últimos diez años, la obesidad aumentó del 19.3 por ciento al 25.6 por ciento de los adultos, hoy hay 394,000 adultos obesos en el estado.
- En los últimos diez años, el tabaquismo descendió del 23.6 por ciento al 18.5 por ciento de los adultos. Sin embargo, 285,000 adultos aún fuman.

Disparidades en la Salud:

En New Mexico, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los indioamericanos no hispanos (37.0 por ciento) que entre los blancos no hispanos (20.8 por ciento) y los hispanos (30.7 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 12.9 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 10.2 por ciento de los hispanos, el 9.7 por ciento de los indioamericanos no hispanos y el 6.6 por ciento de los blancos no hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:
www.health.state.nm.us

Clasificación General: 34



Cambio: sin cambio

Clasificación de Determinantes: 35

Clasificación de Resultados: 30

Fortalezas:

- Baja prevalencia del consumo excesivo de alcohol
- Baja tasa de muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares
- Bajos niveles de contaminación del aire

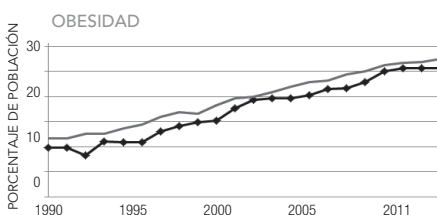
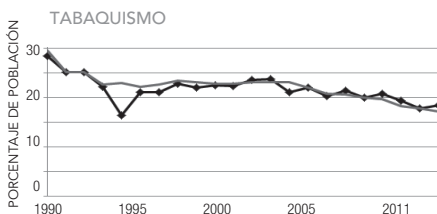
Desafíos:

- Alta tasa de población sin seguro de salud
- Alto porcentaje de niños que viven en la pobreza
- Bajo uso de atención prenatal temprana

NEW MEXICO

ENTORNO ECONÓMICO	NM	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	6.6%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	15.6%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$45,098	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	309,000	285,000	-24,000
Obesidad	253,000	394,000	141,000
Diabetes	85,000	131,000	46,000



ESTADO —◆— NACIÓN —■—



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/NM

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	18.5	30	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	12.1	9	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	25.6	16	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	66.8	45	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	589	45	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	6.3	42	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	7.9	23	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	27.6	47	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	5.8	3	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	21.3	48	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$125	7	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	87.4	44	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	62.2	48	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	113.9	27	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	56.3	12	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	-0.17	35	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	8.5	22	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	4.1	46	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	4.0	39	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	14.5	38	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	5.9	12	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	229.8	7	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	170.0	5	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	8,790	41	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.02	30	0.32
GENERAL	-0.14	34	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

NEW YORK

Clasificación: New York ocupa el lugar 18 este año; estaba en el puesto 24 en el 2010.

Aspectos destacados:

- El año pasado, la tasa de hospitalizaciones prevenibles disminuyó de 73.0 a 69.0 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
- En los últimos cinco años, la tasa de delitos de violencia descendió de 444 a 392 delitos cada 100,000 habitantes.
- En los últimos cinco años, el tabaquismo descendió del 20.5 por ciento al 15.5 por ciento de los adultos. Sin embargo, más de 2.3 millones de adultos aún fuman.
- En los últimos diez años, la diabetes aumentó del 6.3 por ciento al 8.9 por ciento de los adultos. Hoy hay más de 1.3 millones de adultos diabéticos en el estado.
- En los últimos diez años, la obesidad aumentó del 17.7 por ciento al 24.5 por ciento de los adultos; hoy en día, casi 3.7 millones de adultos son obesos en New York.

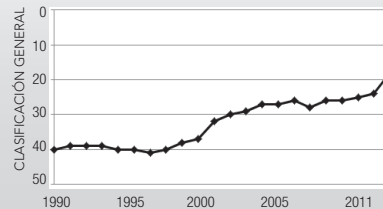
Disparidades en la Salud:

En New York, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los negros no hispanos (31.4 por ciento) que entre los blancos no hispanos (24.1 por ciento) y los hispanos (27.2 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 12.8 por ciento de los negros no hispanos tienen diabetes en comparación con el 7.9 por ciento de los blancos no hispanos y el 8.2 por ciento de los hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.health.state.ny.us

Clasificación General: 18



Cambio: ▲ 6

Clasificación de Determinantes: 21

Clasificación de Resultados: 9

Fortalezas:

- Amplia disponibilidad de médicos de atención primaria
- Bajas tasas de muertes por cáncer
- Menor prevalencia de la obesidad que en los demás estados

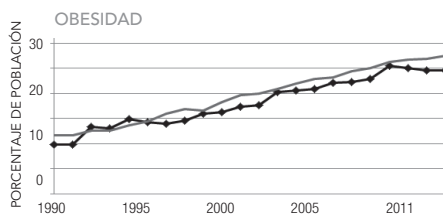
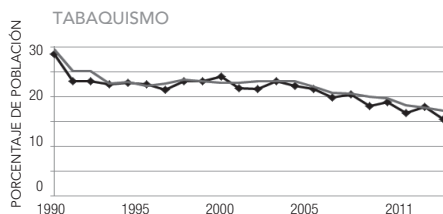
Desafíos:

- Baja tasa de graduación de la escuela secundaria
- Alto porcentaje de niños que viven en la pobreza
- Baja cobertura de vacunación

NEW YORK

ENTORNO ECONÓMICO	NY	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	8.0%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	14.8%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$49,826	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	3,086,000	2,333,000	-753,000
Obesidad	2,529,000	3,688,000	1,159,000
Diabetes	900,000	1,340,000	440,000



ESTADO — NACIÓN



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite www.americashealthrankings.org/NY

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	15.5	14	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	15.9	30	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	24.5	9	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	70.9	40	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	392	31	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	2.9	5	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	9.5	32	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	24.1	38	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	9.7	24	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	14.5	27	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$123	8	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	87.8	41	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	72.4	21	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	167.0	5	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	69.0	31	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	0.20	21	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	8.9	29	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.6	30	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.5	22	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	8.7	10	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	5.5	8	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	289.6	37	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	177.6	8	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	5,934	6	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.20	9	0.32
GENERAL	0.39	18	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

TEXAS

Clasificación: Texas ocupa el lugar 44 este año; estaba en el puesto 40 en el 2010.

Aspectos destacados:

- El año pasado, la incidencia de enfermedades infecciosas disminuyó de 13.1 a 18.4 casos cada 100,000 habitantes.
- El año pasado, la tasa de hospitalizaciones prevenibles disminuyó de 78.7 a 72.8 altas cada 1,000 afiliados a Medicare.
- En los últimos cinco años, el porcentaje de niños que viven en la pobreza aumentó del 22.0 por ciento al 26.5 por ciento de los menores de 18 años.
- A pesar de que el tabaquismo descendió del 21.9 por ciento al 15.8 por ciento de los adultos en los últimos diez años, casi 2.9 millones de adultos aún fuman en Texas.
- En los últimos diez años, la obesidad aumentó del 23.1 por ciento al 31.7 por ciento de los adultos, con casi 5.8 millones de adultos obesos en el estado.
- En los últimos diez años, la diabetes aumentó del 6.2 por ciento al 9.7 por ciento de los adultos. Hoy casi 1.8 millones de adultos en Texas tiene diabetes.

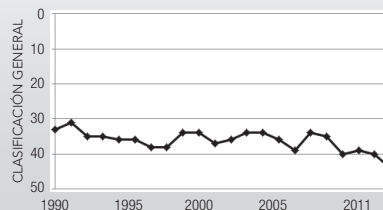
Disparidades en la Salud:

En Texas, la obesidad tiene mayor prevalencia entre los hispanos (36.0 por ciento) y negros no hispanos (38.5 por ciento) que entre los blancos no hispanos (26.7 por ciento). La diabetes también varía por raza y origen étnico en el estado; el 14.8 por ciento de los negros no hispanos y el 10.6 por ciento de los hispanos tienen diabetes en comparación con el 8.1 por ciento de los blancos no hispanos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.dshs.state.tx.us

Clasificación General: 44



Cambio: ▼ 4

Clasificación de Determinantes: 49

Clasificación de Resultados: 28

Fortalezas:

- Baja prevalencia del tabaquismo
- Moderada tasa de mortalidad infantil
- Baja tasa de muertes por cáncer

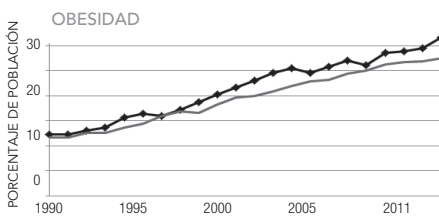
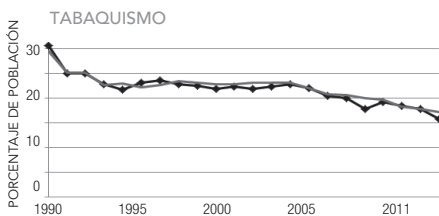
Desafíos:

- Alta tasa de población sin seguro de salud
- Bajo uso de atención prenatal temprana
- Alta incidencia de enfermedades infecciosas

TEXAS

ENTORNO ECONÓMICO	TX	EE. UU.
Tasa de Desempleo (agosto del 2011)	8.5%	8.3%
Tasa de Subempleo (2010)	14.4%	16.7%
Mediana de Ingresos Familiares (2010)	\$47,464	\$49,445

MEDIDA	POBLACIÓN ADULTA AFECTADA		
	2001	2011	CAMBIO EN 10 AÑOS
Tabaquismo	3,277,000	2,888,000	-389,000
Obesidad	3,457,000	5,795,000	2,338,000
Diabetes	928,000	1,773,000	845,000



ESTADO —●— NACIÓN ———



Para ver un análisis más detallado de estos datos, visite

www.americahealthrankings.org/TX

DETERMINANTES	2011		ESTADO N.º 1
	VALOR	CLASIFICACIÓN	
COMPORTAMIENTOS			
Tabaquismo (Porcentaje de población adulta)	15.8	17	9.1
Consumo Excesivo de Alcohol (Porcentaje de población adulta)	14.8	22	6.7
Obesidad (Porcentaje de población adulta)	31.7	42	21.4
Graduación de la Escuela Secundaria (Porcentaje de ingresantes de noveno grado)	73.1	35	89.6
COMUNIDAD Y ENTORNO			
Delitos de Violencia (Delitos cada 100,000 habitantes)	450	36	122
Muertes por Accidentes Laborales (Muertes cada 100,000 trabajadores)	5.3	34	2.5
Enfermedades Infecciosas (Casos cada 100,000 habitantes)	18.4	46	2.3
Niños que Viven en la Pobreza (Porcentaje de menores de 18 años)	26.5	45	6.2
Contaminación del Aire (Microgramos de partículas finas por metro cúbico)	10.4	32	5.2
POLÍTICA PÚBLICA Y SANITARIA			
Falta de Seguro de Salud (Porcentaje sin seguro de salud)	25.0	50	5.0
Financiación de Salud Pública (Dólares por persona)	\$56	39	\$244
Cobertura de Vacunación (Porcentaje de niños de 19 a 35 meses)	89.0	37	96.0
ATENCIÓN CLÍNICA			
Atención Prenatal Temprana (Porcentaje con visita durante el primer trimestre)	59.3	50	—
Médicos de Atención Primaria (Cantidad cada 100,000 habitantes)	95.6	42	191.9
Hospitalizaciones Prevenibles (Cantidad cada 1,000 afiliados a Medicare)	72.8	36	25.6
TODOS LOS DETERMINANTES	-0.54	49	0.90
RESULTADOS			
Diabetes (Porcentaje de población adulta)	9.7	34	5.3
Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos)	3.5	28	2.3
Días de Mala Salud Física (Días en los 30 días previos)	3.8	36	2.6
Disparidad Geográfica (Desviación estándar relativa)	14.9	39	4.8
Mortalidad Infantil (Muertes cada 1,000 nacidos vivos)	6.2	17	4.7
Muertes por Enfermedades Cardiovasculares (Muertes cada 100,000 habitantes)	272.2	30	197.2
Muertes por Cáncer (Muertes cada 100,000 habitantes)	182.8	13	137.4
Muerte Prematura (Años perdidos cada 100,000 habitantes)	7,492	28	5481
TODOS LOS RESULTADOS	0.03	28	0.32
GENERAL	-0.51	44	1.20

--- indica que no hay datos disponibles. * Para obtener más detalles, consulte la descripción de la medida.

Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades

Visite www.americashealthrankings.org para informarse, tomar medidas y mejorar la salud de su estado.



Visite Facebook en www.facebook.com/AmericasHealthRankings y asuma el compromiso de llevar una vida más saludable.



Conozca las cifras de su estado y véalas comparadas con las de otros estados en más de 40 medidas diferentes.



United Health Foundation proporciona información confiable para respaldar las decisiones médicas y de salud que conducen a mejores resultados de salud y comunidades más sanas. United Health Foundation también apoya las actividades que amplían el acceso a los servicios de atención de la salud de calidad para quienes atraviesan circunstancias difíciles y se asocia con otros para mejorar el bienestar de las comunidades.

United Health Foundation
9900 Bren Road East
Minnetonka, MN 55343

www.unitedhealthfoundation.org

America's Health Rankings® está disponible en su versión completa en www.americashealthrankings.org. Visite el sitio para solicitar o descargar copias adicionales.

DICIEMBRE DEL 2011

Nuestros Socios:

