



AMERICA'S
HEALTH RANKINGS[®]

INFORME SOBRE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

UNITED HEALTH FOUNDATION[®]

UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA
LAS PERSONAS Y SUS COMUNIDADES

EDICIÓN 2014



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 los factores genéticos, la salud es el resultado de:

- Nuestros comportamientos.
- El entorno y la comunidad en que vivimos, incluso la comunidad en general y el espacio personal más reducido de nuestro hogar y nuestras inmediaciones.
- Las políticas y prácticas públicas y sanitarias de nuestros sistemas de salud, públicos y privados.
- La atención clínica que recibimos.

Estos 4 aspectos interactúan en una compleja red de causa y efecto, y gran parte de esta interacción apenas está comenzando a entenderse. 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.

Este informe se centra en estos factores determinantes y en los resultados de salud generales para los adultos de 65 años en adelante, una parte grande de la población general que se encuentra en crecimiento. Un estado de salud óptimo para los adultos mayores implica crear una vida saludable que les permita florecer al máximo de sus posibilidades, mantener su independencia y autonomía mientras lo prefieran, y respetar sus necesidades y deseos a medida que la vida llega a su fin.





| UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA
| LAS PERSONAS Y SUS COMUNIDADES

EDICIÓN 2014

El *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings*® está disponible en su versión completa en www.americashealthrankings.org. Visite el sitio para solicitar o descargar copias adicionales.

La Edición 2014 del *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings*® está financiada en su totalidad por United Health Foundation, una reconocida organización 501(c)(3).

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

U.S. Department of Health and Human Services (HHS, 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)

Administration on Aging (Administración sobre el Envejecimiento)

National Center for Health Statistics (NCHS, Centro Nacional de Estadísticas de Salud)

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

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 Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos)

Bureau of Labor Statistics (Oficina de Estadística Laboral)

The Dartmouth Atlas Project (Proyecto Dartmouth Atlas)

National Foundation to End Senior Hunger (Fundación Nacional para Terminar con el Hambre en la Tercera Edad)

The Henry J. Kaiser Family Foundation

LTCFocUS, Alpert Medical School, Brown University

American Geriatric Society (Sociedad de Geriátrica Estadounidense)

The Commonwealth Fund

United Health Foundation alienta la distribución de la información que contiene esta publicación con fines científicos, educativos, benéficos y no comerciales. Para citar la fuente, mencione el *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings*® y agregue la siguiente nota: ©2014 United Health Foundation. Todos los Derechos Reservados. Mencione la fuente original de los datos específicos que cite.

Las preguntas y los comentarios sobre este informe deben dirigirse a United Health Foundation a la dirección unitedhealthfoundationinfo@uhc.com.

Copyright ©2014 United Health Foundation

Índice

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos | 3 |
| Comentario | |
| Medición del Abuso, del Abandono y de la Explotación de las Personas de la Tercera Edad: El Papel de la Comunidad de Atención de la Salud , escrito por Kathy Greenlee, Administradora y Subsecretaria de la división de Envejecimiento de la Administración para Vida Comunitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos | 4 |
| Introducción | 9 |
| Hallazgos | 11 |
| Disparidades en la Salud dentro de los Estados | 17 |
| Metodología | 22 |
| Descripción de Medidas | 26 |
| Sinopsis Estado por Estado | 50 |
| Índice de Tablas | 104 |
| El Equipo | 105 |

United Health Foundation se complace en presentar el Informe sobre Personas de la Tercera Edad de *America's Health Rankings®: Un Llamado a la Acción para las Personas y sus Comunidades*.

Actualmente, 1 de 8 estadounidenses tienen 65 años en adelante; en las próximas 2 décadas, otros 79 millones de personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial (denominadas *baby boomers*) ingresarán en este sector demográfico. Con esto en mente, creemos que, para entender y abordar verdaderamente nuestra salud como nación, debemos comprender y analizar minuciosamente la salud de las personas de la tercera edad.

Ahora, en su segundo año, el *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings®* revela algunos datos alentadores sobre la salud de dicha población. Observamos mejoras en la calidad de la atención de los asilos de convalecencia y los cuidados para el fin de la vida, así como algunas mejoras en los niveles de actividad entre las personas de la tercera edad y algunas reducciones en las hospitalizaciones evitables. Estas noticias indican que las personas de la tercera edad no solo están controlando mejor su salud, sino que también están participando más activamente en su salud y atención de la salud, lo que incluye la planificación para el futuro.

Si bien debemos celebrar estas mejoras, también debemos recordar que los estados se enfrentan a desafíos serios y a un crecimiento de la población que entra en la tercera edad, de manera que es importante centrarse en la forma de continuar las mejoras. En los próximos 25 años, la población de personas de la tercera edad de los Estados Unidos se duplicará. Debemos seguir combatiendo las conductas que no son saludables, no solo para las personas de la tercera edad, sino para todos los estadounidenses, a fin de lograr un avance muy necesario en la lucha contra la diabetes, las enfermedades cardíacas y otras condiciones de salud crónicas.

United Health Foundation se dedica activamente a poner en la mira la salud de los Estados Unidos, así como las ideas y los medios basados en pruebas para poder mejorarla. Hemos diseñado este informe y sus herramientas relacionadas para identificar oportunidades de salud en comunidades y enfoques multidisciplinarios con

partes interesadas múltiples con el objetivo de mejorar la salud de nuestras poblaciones. Para obtener más información acerca de lo que hacemos y de la forma en que usted puede ayudar a mejorar la salud de la comunidad, visite nuestro sitio de Internet: americashealthrankings.org.

También le invitamos a compartir programas innovadores o de eficacia comprobada que han marcado una diferencia en su comunidad: escribanos a unitedhealthfoundationinfo@uhc.com,

publique en nuestra página de Facebook www.facebook.com/AmericasHealthRankings o escribanos en Twitter a @AHR_Rankings. Un sano intercambio de ideas nos permite a todos compartir información, aprender mutuamente y trabajar juntos para superar los obstáculos de salud de nuestro país —y de las personas de la tercera edad— y mejorar las vidas de todos.

Estamos agradecidos a nuestro panel de expertos —enumerado en el informe— por el esfuerzo realizado en el diseño de este modelo. Este grupo de profesionales y expertos en salud pública revisaron modelos disponibles e indicadores para elegir un conjunto que reflejara la salud holística de las personas de la tercera edad, el cual incluye comportamientos, comunidad, entorno, atención clínica, política y resultados.

Por último, nuevamente ofrecemos nuestra gratitud y respeto a los profesionales en políticas de salud, clínicas y de salud pública dedicados que están al servicio de nuestro país, así como a las personas que brindan atención a las personas de la tercera edad. Ellos trabajan incansablemente en nombre de las personas de la tercera edad todos los días y merecen nuestro reconocimiento.

En los próximos 25 años, la población de personas de la tercera edad de los Estados Unidos se duplicará. Debemos seguir combatiendo las conductas que no son saludables, no solo para las personas de la tercera edad, sino para todos los estadounidenses.

Medición del Abuso, del Abandono y de la Explotación de las Personas de la Tercera Edad: El Papel de la Comunidad de Atención de la Salud

KATHY GREENLEE

Administradora y Subsecretaria de la división de Envejecimiento

Administración para Vida Comunitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos



En 2011, las primeras de más de 70 millones de personas que nacieron después de la Segunda Guerra Mundial (generación denominada *baby boomers*) cumplieron 65 años, lo cual marcó el comienzo de un importante cambio demográfico en la población de los Estados Unidos. Si bien este cambio afectará a todo el país, algunos estados se verán más presionados que otros. Además, la capacidad de los estados para soportar las necesidades de esta población en particular varía en gran medida. El año pasado, United Health Foundation publicó la edición inaugural de su Informe sobre Personas de la Tercera Edad de *America's Health Rankings*[®], que se centró en determinantes de salud seleccionados

para personas de 65 años en adelante y su impacto colectivo sobre la salud de la población a nivel estatal. El informe, así como la edición anual de *America's Health Rankings*[®], brinda indicadores específicos que todas las partes interesadas — gobiernos, sector privado y organizaciones sin fines de lucro— deberían evaluar cuando exploran formas de mejorar la salud y el bienestar de las personas de la tercera edad.

El aumento de la población de 65 años y más en los EE. UU. hace que sea imprescindible que la entrega de prestación de servicios de la salud actual tenga la capacidad de garantizar la salud de nuestros estadounidenses mayores futuros. Conforme al Informe sobre Personas de la Tercera Edad de *America's Health Rankings*[®], el aumento proyectado entre 2015 y 2030 en la población de 65 años en adelante varía de un aumento relativamente bajo del 29 por ciento en West Virginia a un aumento del 100 por ciento, o la duplicación, de la población mayor en Arizona. Si bien la composición demográfica futura se ha predicho durante más de una década, como nación, lamentablemente, no estamos preparados para lidiar con un asunto de salud pública específico y peligroso que enfrentan nuestras personas de la tercera edad: el problema del abuso de personas mayores.

El abuso de las personas de la tercera edad es un problema importante de salud pública

y derechos humanos. Los datos más recientes disponibles sobre la prevalencia de dicho abuso indica que, al menos, el 10 por ciento de los estadounidenses mayores —aproximadamente, 5 millones de personas— experimentan abuso emocional, físico o sexual, y abandono todos los años, y muchos de ellos lo experimentan en múltiples formas.¹ Las personas mayores también son vulnerables al abuso financiero: el 5 por ciento son víctimas de explotación financiera de un miembro de su familia, mientras que otros datos indican que el porcentaje de personas de la tercera edad explotadas o estafadas por extraños es incluso mayor.^{1,2} En 2010, se estimaba que la pérdida financiera asociada con el abuso financiero de personas mayores era de, al menos, \$2.9 mil millones, una cifra que, probablemente, crecerá a medida que aumente la cantidad de estadounidenses de 65 años en adelante.^{2,3}

El abuso, tanto físico como financiero, tiene importantes consecuencias sobre la salud y el bienestar de las personas de la tercera edad de nuestro país. En promedio, las personas mayores tienen más enfermedades crónicas y mayores tasas de acceso al sistema de atención de la salud que otros grupos etarios. Los adultos mayores que son víctimas de violencia tienen problemas de atención de la salud adicionales y mayores tasas de mortalidad prematura que quienes no lo son. Las víctimas de la tercera edad de formas siquiera modestas de abuso tienen tasas de morbilidad y mortalidad muchísimo mayores (300 por ciento) que las personas mayores que no sufren abuso.⁴ Las investigaciones también han demostrado que

1. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100:292-297.
2. MetLife. The MetLife study of elder financial abuse: crimes of occasion, desperation, and predation against *America's elders*. <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>. Publicado en junio de 2011. Fecha de acceso: septiembre 19, 2013.
3. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. *Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being*. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, Washington, DC: US Government Printing Office. Julio de 2012.
4. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson, ME. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 1998; 280:428-432.

los adultos mayores que son víctimas de violencia tienen más problemas de atención de la salud que otros adultos mayores, los que incluyen mayores problemas en los huesos y las articulaciones, problemas digestivos, depresión o ansiedad, dolor crónico, presión arterial alta y problemas cardíacos.^{5,6,7,8,9,10} Asimismo, las víctimas de abuso a mayores tienen niveles significativamente más elevados de sufrimiento psicológico y una menor autoeficacia percibida que los adultos mayores que no han sido victimizados.¹¹ Para las víctimas de la tercera edad de violencia sexual, los impactos negativos del abuso sobre la salud son incluso más pronunciados. Un estudio determinó que el 12.7 por ciento de las mujeres de la tercera edad en el grupo de estudio informó antecedentes de agresión sexual. Todas ellas experimentaron riesgos significativamente mayores de cáncer de seno y artritis, y las que experimentaron violencia repetida tenían hasta 4 veces más probabilidades de desarrollar estas condiciones crónicas que las mujeres que nunca sufrieron abuso.¹⁰

Las víctimas de violencia de la tercera edad no solo tendrán más acceso al sistema de atención de la salud, sino que también incurrirán en mayores

gastos en atención de la salud que quienes no fueron víctimas. La Agency for Healthcare Research and Quality estimó que \$1.9 billones, o el 16 por ciento, del producto bruto interno de los Estados Unidos, se destinó a atención de la salud en 2004. Se calculó que se gastaban \$6,280 por persona, pero las personas con problemas de salud crónicos generaban la mayor carga financiera sobre el sistema de atención de la salud y representaban un monto desproporcionado del gasto total. Las personas de la tercera edad (de 65 años y más) consumieron el 36 por ciento del total de los gastos personales de atención de la salud de los EE. UU. en 2002, y el gasto promedio de atención de la salud fue de \$11,089 por año. Entre todas las condiciones, el traumatismo ocupó el segundo lugar entre las condiciones más costosas en función del gasto total en atención de la salud.¹²

También existe un costo personal. El abuso, el abandono y la explotación amenazan la independencia de las personas de la tercera edad, socavan su dignidad y ponen en peligro su seguridad física y financiera. Si consideramos estos factores en conjunto —la amenaza a la seguridad y la dignidad humana, las mayores tasas de utilización de los servicios de atención de la salud que hacen los adultos mayores, las tasas más elevadas de condiciones crónicas de las víctimas de abuso y los mayores costos de tratamiento tanto para traumatismo como para condiciones crónicas—, nos encontramos frente a un imperativo económico, de salud pública y de derechos humanos para prevenir el abuso, el abandono y la explotación de personas de la tercera edad.

La creación de programas de prevención e intervención eficaces y basados en evidencias para abordar este problema floreciente está basada en la existencia de datos empíricos sólidos. Lamentablemente, la recopilación de datos

Los adultos mayores que son víctimas de violencia tienen problemas de atención de la salud adicionales y mayores tasas de mortalidad prematura que quienes no lo son.

5. Bitondo Dyer C, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48:205-208.
6. Burt M, Katz B. Rape, robbery, and burglary: responses to actual and feared criminal victimization, with special focus on women and the elderly. *Victimology: An International Journal.* 1985;10:325-358.
7. Mouton CP, Espino DV. Problem-orientated diagnosis: health screening in older women. *Am Fam Physician.* 1999; 59:18-35.
8. Fisher BS, Regan SL. The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *Gerontologist.* 2006;46:200-209.
9. Coker A, Davis K, Arias I, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med.* 2002; 23:260-268.
10. Stein M, Barrett-Connor E. Sexual assault and physical health: findings from a population-based study of older adults. *Psychosom Med.* 2000;62:838-843.
11. Comijs HC, Penninx BWJH, Knipscheer KPM, and van Tilburg W. Psychological distress in victims of elder mistreatment: the effects of social support and coping. *Journal of Gerontology.* 1999; 54B:240-245.
12. Stanton MW, Rutherford MK. *The High Concentration of US Health Care Expenditures.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/costs/expriach/index.html>. Publicado en junio de 2006. Fecha de acceso: mayo 4, 2012.

sobre abuso de personas de la tercera edad se ve obstaculizada por una serie de desafíos.

En primer lugar, el abuso a personas mayores abarca innumerables tipos diferentes de abuso, que incluyen el abuso físico, el abuso sexual, el abandono, la explotación financiera y el abuso emocional o psicológico. Algunas normas federales y estatales también incluyen el abandono propio —instancias en que una persona mayor no satisface sus propias necesidades físicas, psicológicas o sociales— como una categoría específica de abuso.¹³ Actualmente, no existe una ley federal integral que brinde un conjunto unificador de definiciones o estándares de práctica. Por lo tanto, los gobiernos estatales y locales han creado programas cuyas intervenciones reflejan los parámetros particulares del estado que autoriza la legislación. Como resultado, históricamente, ha sido casi imposible recopilar datos constantes nacionales que puedan informar el desarrollo de mejores prácticas de prevención.

En segundo lugar, la recopilación de datos de calidad de una variedad tan amplia de tipos de abuso es complicada por la naturaleza insidiosa del abuso de personas de la tercera edad. En forma similar a la violencia doméstica, el abuso de mayores, a menudo, se produce en una residencia privada, y la mayoría de los incidentes son cometidos por miembros de la familia o personas con las que el adulto mayor está familiarizado.¹⁴ Además del hecho de que la mayor parte del abuso a personas mayores está oculto, muchos incidentes de abuso de este tipo no se informan; tan solo 1 de cada 23 casos de abuso son elevados a la justicia penal o una agencia de servicios sociales.¹⁵ No obstante, a diferencia de la violencia doméstica, el abuso de personas de la tercera edad no es un problema ampliamente reconocido y, por ende, no ha sido el enfoque específico de iniciativas de detección, intervención o vigilancia de la salud pública.¹⁶

Fundamento para obtener más y mejores datos sobre el abuso de personas de la tercera edad

La comunidad académica, los proveedores de servicios sociales y de atención de la salud del sector privado, y las agencias gubernamentales federales, estatales y locales necesitan más información básica sobre el abuso de personas de la tercera edad. No tenemos una estimación integral de la cantidad de adultos mayores que son víctimas de abuso, abandono o explotación, tenemos información limitada sobre las características de los autores de abuso a personas de la tercera edad y sabemos relativamente poco sobre los factores de riesgo asociados con el abuso a mayores o los resultados que las víctimas experimentan. Por consiguiente, la capacidad de evaluar la eficacia de iniciativas de prevención primarias y secundarias, o protocolos de intervención para el abuso de mayores es limitada.

La recopilación de más y mejores datos sobre los estadounidenses mayores aumentará la comprensión del abuso de esta población y comenzará a cerrar esas brechas en el conocimiento colectivo sobre las

víctimas y los autores del abuso y la explotación. Específicamente, la existencia de más y mejores datos de las comunidades de justicia penal, servicios sociales y salud pública pueden brindar respuestas a las preguntas amplias que figuran debajo. Esto mejorará sustancialmente nuestra capacidad de diseñar modelos de prevención y respuesta que aborden el abuso de mayores en forma eficaz a la vez que mantienen la dignidad y la salud de estas personas.

¿Cuál es el alcance del problema de abuso de mayores en los Estados Unidos? Para comprender si los recursos federales, estatales y locales pueden abordar adecuadamente las necesidades de los estadounidenses mayores que son victimizados, debemos saber cuál es la cantidad real de abuso de personas de la tercera edad en los Estados Unidos. A través de una mejora en la recopilación de datos, podemos comenzar a poner en claro el alcance del problema de abuso de mayores y desarrollar una comprensión más exhaustiva de las experiencias de las víctimas de abuso, abandono y explotación de la tercera edad.

¿Quiénes son las víctimas del abuso de mayores? Las iniciativas dirigidas a identificar mejor a las víctimas de abuso de mayores pueden beneficiarse con más y mejores datos sobre las personas de la tercera edad en general. Cada incidente específico de abuso de mayores está caracterizado por una confluencia particular de circunstancias: la relación de la víctima con el autor, la ubicación en donde se produjo el abuso, la naturaleza de la victimización, la salud física y mental de la víctima, las lesiones sufridas o la pérdida pecuniaria experimentada, etcétera. No obstante, al analizar una gran cantidad de incidentes, surgen patrones que muestran correlaciones más fuertes entre determinadas características de incidentes que con otras. El conocimiento de estas interrelaciones se puede utilizar para mejorar la detección del abuso de mayores, por ejemplo, a través de la creación o la mejora de instrumentos de evaluación de riesgos y herramientas de detección, o la implementación de sistemas de advertencia temprana para pacientes o clientes.

¿Quiénes tienen mayor riesgo de sufrir abuso de mayores? A fin de brindar apoyo apropiado a las personas de la tercera edad que son abusadas,

13. Bonnie RJ, Wallace RB, eds. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press; 2003.

14. Smith EL. Violent crime against the elderly reported by law enforcement in Michigan, 2005-2009. US Department of Justice, Washington, DC: Junio de 2012.

15. Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University & New York City Department for the Aging. *Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study*. <http://nyselderabuse.org/documents/ElderAbusePrevalenceStudy2011.pdf>. Publicado en mayo de 2011. Fecha de acceso: septiembre 19, 2013.

16. Government Accountability Office. *Elder Justice: More Federal Coordination and Public Awareness Needed*. <http://www.gao.gov/assets/660/655820.pdf>. Publicado en julio de 2013. Fecha de acceso: septiembre 19, 2013.

debemos entender quiénes están en riesgo de sufrir tipos particulares de abuso de mayores. Los datos sobre la naturaleza de las victimizaciones de abuso de mayores pueden brindar información sobre los factores que aumentan los riesgos de abuso de mayores, en particular, los factores de riesgo asociados con la polivictimización y la revictimización. Además, pueden arrojar luz sobre los factores que protegen a las víctimas mayores de algunas de las repercusiones negativas sobre la salud más graves.

¿Cómo podemos garantizar el resultado más positivo para las víctimas? A pesar del creciente conjunto de pruebas sobre los impactos negativos del abuso, existe una falta significativa de evidencias y datos sobre métodos y prácticas eficaces para prevenir el abuso de mayores. No solo hay una escasez de modelos de prevención probados, sino que, en general, también faltan intervenciones de componentes y sectores múltiples en los sistemas estatales. Los datos pueden brindar la base para crear intervenciones y prestar servicios que logren el resultado y el beneficio más apropiados para la víctima.

Medidas para Mejorar los Datos sobre Abuso de Mayores

Como respuesta a la necesidad urgente de contar con datos actuales y más exhaustivos sobre abuso de mayores, el gobierno federal ha participado en muchas actividades de recopilación de datos. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) está trabajando para establecer un sistema nacional de presentación de informes que capture datos de agencias de Servicios de Protección de Adultos (APS, por sus siglas en inglés) estatales y locales de todo el país. Estos datos brindarán información sobre el abuso de mayores informado a los APS, lo cual mejorará nuestra comprensión del alcance del abuso de mayores y de quiénes son las víctimas, y ayudará a evaluar los recursos que los sistemas de los APS necesitan para responder a los incidentes de abuso en forma eficaz.

Además, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) de HHS, a través de su Iniciativa de Maltrato de Mayores (Elder Maltreatment Initiative), está liderando una iniciativa para fomentar que médicos de atención primaria y otros profesionales clínicos que interactúan con pacientes de la tercera edad usen herramientas de detección de abuso de mayores. Los datos sobre el uso de estas herramientas de detección brindarían información no solo sobre víctimas de abuso de mayores, sino también sobre personas que no son víctimas, información que podría ayudarnos a comprender mejor los factores de protección y de riesgo asociados con el abuso de mayores.

Finalmente, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos participa en actividades preliminares para medir la victimización, que incluye el abandono y el abuso financiero de

adultos mayores y discapacitados que residen en asilos de convalecencia, centros de vida asistida y otros centros con cuartos grupales. Las personas de la tercera edad que residen en estos centros, a menudo, no son incluidas en estimaciones tradicionales de abuso de mayores, dado que estas, con frecuencia, se basan en encuestas de hogares. Dado que la población de personas de la tercera edad en asilos de convalecencia y centros de vida asistida tiene una mayor tasa de trastornos cognitivos, estos datos brindarán la oportunidad de analizar el impacto del trastorno sobre el riesgo y los resultados de abuso y explotación.

Papel de la Comunidad de Atención de la Salud

Si bien se están haciendo avances para mejorar la recopilación de datos sobre abuso de mayores, sabemos que las iniciativas del gobierno federal no serán suficiente para cubrir las brechas de nuestro conocimiento colectivo sobre este problema. Necesitamos la ayuda de la comunidad de atención de la salud para diseñar formas nuevas e innovadoras de medir en forma integral el abuso, el abandono y la explotación experimentada por las personas de la tercera edad. Únicamente si mejoramos la vigilancia y la medición de este asunto, podemos entender realmente el impacto del abuso sobre la salud y la seguridad de los estadounidenses mayores y reducir los costos de atención de la salud.

Debajo de estos datos, existe otra verdad silenciosa. En los Estados Unidos, la cantidad de personas mayores está creciendo rápidamente. Las predicciones indican que en el año 2025, la población mundial de adultos de 60 años en adelante se duplicará a 1.2 mil millones. Se estima que, en 20 años, por primera vez en la historia, la cantidad de adultos mayores superará la cantidad de niños. A medida que veamos más personas mayores, veremos también más abuso de este grupo etario. ¿Qué les debemos a los 1.2 mil millones de individuos cuyo trabajo de toda la vida creó los avances en tecnología, salud, ciencia, arte y vida que damos por sentado todos los días? Como Subsecretaria de la división de Envejecimiento, este asunto se ha convertido en un imperativo personal para mí, una prioridad que se destaca por sobre las demás. Debo ayudar a abordar el problema del abuso de mayores y a terminarlo. Estoy comprometida con esa meta todos los días, todas las semanas. Mi compromiso con nuestras personas de la tercera edad no será silencioso. Para plantear este asunto, necesito su ayuda porque, a pesar de todas nuestras estrategias para ayudar a las personas de la tercera edad a mantener el derecho a hacer sus propias elecciones, a vivir independientemente y a participar plena y activamente en la vida comunitaria, esos esfuerzos continúan siendo socavados por la experiencia del abuso, el abandono y la explotación financiera.

Introducción

En 2011, las primeras de más de 70 millones de personas que nacieron después de la Segunda Guerra Mundial (generación denominada *baby boomers*) cumplieron 65 años, lo cual marcó el comienzo de un enorme cambio demográfico en la población de los Estados Unidos. Actualmente, más de 1 de cada 8 estadounidenses tienen 65 años y más.¹ En el año 2050, se proyecta que este grupo etario aumentará a más del doble, de 40.3 millones a 88.5 millones.² El creciente número de adultos mayores, combinado con tasas crecientes de obesidad, diabetes y otras enfermedades crónicas, está en vías de abrumar a nuestro sistema de atención de la salud. La presión que este cambio demográfico pone en el país no está distribuida de manera uniforme entre los estados: algunos estados esperan muchos más *baby boomers* de la tercera edad que otros.

Las personas de la tercera edad son los mayores consumidores de cuidados de la salud, dado que el proceso de envejecer hace que sea necesario un uso más frecuente.³ Los adultos de 65 años en adelante pasan casi el doble de tiempo en cuidados de la salud cada año que las personas de entre 45 y 64 años, y de 3 a 5 veces más tiempo que todos los adultos menores de 65 años.⁴ Las necesidades de salud de los adultos mayores no solo son más costosas, sino que son enormemente diferentes de aquellas de la población más joven. Casi el 80 por ciento de las personas de la tercera edad ya han sido diagnosticadas con, al menos, una condición crónica, y la mitad han sido diagnosticadas con, al menos, 2 condiciones.⁵ La prevalencia generalizada de enfermedades crónicas entre los adultos mayores lleva a mayor cantidad de visitas a profesionales de atención de la salud, a más medicamentos recetados y a una

disminución en la calidad de vida y el bienestar generales. Si las personas de la tercera edad de nuestro país no son saludables, ¿podemos ser saludables como sociedad?

A medida que las personas de la tercera edad envejecen, los desafíos como la movilidad limitada, el aislamiento social y la necesidad de cuidados a largo plazo son cada vez más comunes. Estos asuntos van mucho más allá del sistema de atención de la salud, dado que abarcan la capacidad de las comunidades de adaptarse a residentes con movilidad limitada y la capacidad de las familias y las comunidades de brindar cuidados a largo plazo.

Propósito

Mediante la evaluación del estado actual de la salud de las personas de la tercera edad, las comunidades, los gobiernos, las personas y otras organizaciones pueden concientizar sobre la amplitud de los asuntos a los que se enfrentan nuestros adultos mayores —y, por extensión, nuestras comunidades— y aprender dónde y cómo tomar medidas para mejorar la salud de nuestras personas de la tercera edad actuales y futuras. En particular, el objetivo es fomentar la concientización generalizada de la posición de los estados respecto de medidas de salud pública importantes, lo cual impulsará medidas para llevar a cabo actividades que producen mejoras en la salud de la población.

Objetivos

Este proyecto tiene cinco objetivos:

- 1) Actuar como catalizador para un debate integral, equilibrado y basado en datos sobre la salud de las personas de la tercera edad en este país.
- 2) Brindar una sinopsis sólida de la salud general de la población de 65 años en adelante en los 50 estados, que incluya la forma en que los estados se comparan entre sí y el país en conjunto.

1. US Census Bureau. State and county quickfacts. <http://quickfacts.census.gov/qfd/states/00000.html>. Actualizado en marzo 27, 2014. Fecha de acceso: marzo 31, 2014.
2. Vincent GK, Velkoff VA. *The Next Four Decades the Older Population in the United States: 2010 to 2050*. Current Population Reports. US Census Bureau, mayo de 2010.
3. Alemanyeh B, Warner KE. The lifetime distribution of health care costs. *Health Services Research*. 2004;39(3):627-642.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: Trends in aging—United States and worldwide. *MMWR*. 2003;52(06):101-106.
5. Centers for Disease Control and Prevention & The Merck Company Foundation. *The State of Aging and Health in America 2007*. Whitehall Station, NJ: The Merck Company Foundation; 2007.

- 3) Centrar la atención en los indicadores que tienen mayor potencial de mejorar la salud de las personas de la tercera edad e impulsar el cambio en una dirección positiva.
 - 4) Producir actualizaciones regulares, de manera que el avance y los desafíos de la salud de las personas de la tercera edad se pueda medir a lo largo del tiempo con la Edición 2013 como punto de referencia.
 - 5) Brindar un medio para que el público general, los profesionales de la salud y los legisladores tomen medidas.
- 3) Legisladores: Brindar una plataforma para compartir sus éxitos y desafíos en la creación de un entorno en el que los individuos, las comunidades, los negocios y los programas gubernamentales puedan tener un impacto positivo sobre la salud de las personas de la tercera edad. Enfoque en brindar mejores prácticas que puedan aprovecharse en todos los estados.
 - 4) Medios de comunicación: Ayudar a los medios a entender los complejos asuntos subyacentes de la salud de las personas de la tercera edad y brindarles recursos para informar sobre esto, centrándose particularmente en difundir mejores prácticas y soluciones.

Proceso

Para desarrollar el *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings®*, un panel de expertos en salud de la tercera edad recibió la tarea de identificar las áreas de salud y bienestar más pertinentes para la población de adultos mayores y de crear un modelo para evaluar la salud de la población en cada estado. Antes de publicar la Edición 2014, el panel se reunió nuevamente para revisar el modelo y las medidas. Para obtener detalles sobre este proceso, consulte la sección *Metodología* en la página 22.

Público

El objetivo es amplificar las estadísticas públicas disponibles actualmente y consolidar el flujo de información en un formato que se pueda leer fácilmente para una variedad de públicos, entre otros:

- 1) El público general: Brindar un recurso fácil de usar que permita al público entender los componentes de la salud de la población general de 65 años en adelante, medir cómo se compara su estado con otros estados y obtener información sobre lo que se puede hacer para mejorar la salud.
- 2) Profesionales de la salud: Brindar la información y los recursos que las personas y las organizaciones necesitan para lograr un cambio positivo. Esto debería abarcar la salud pública y la entrega de prestación de servicios de salud para personas de la tercera edad ("entrega de prestación de servicios" se utiliza con el sentido más amplio: un servicio de movilidad en una comunidad, un servicio de nutrición en el hogar o un centro de atención de la salud).

Hallazgos

Resultados del Informe sobre Personas de la Tercera Edad

El *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings®* muestra a Minnesota encabezando la lista de los estados más saludables para adultos mayores por segundo año consecutivo. Hawaii ocupa el segundo lugar y New Hampshire el tercero, seguidos por Vermont y Massachusetts. Mississippi ocupa el puesto 50 como el estado menos saludable para los adultos mayores, mientras que Louisiana, Kentucky, Oklahoma y Arkansas completan los 5 estados con menores calificaciones. La Tabla 1 muestra los resultados de la clasificación general ordenados alfabéticamente por estado y por puesto.

Se debe tener en cuenta que, debido a investigaciones adicionales y comentarios de usuarios de la edición inaugural del *Informe sobre Personas de la Tercera Edad*, un indicador, los asilos de convalecencia con calificaciones altas (cantidad de camas cada 1,000 adultos de 75 años en adelante con una calificación de 4 y 5 estrellas), se cambió por la calidad de los asilos de convalecencia (porcentaje de camas de asilos de convalecencia con una calificación de 4 o 5 estrellas) para esta segunda Edición. Con el nuevo indicador, los estados recibieron nuevas clasificaciones en la edición inaugural con el objetivo de poder realizar comparaciones entre las ediciones.

Las fortalezas de Minnesota incluyen ocupar el primer lugar de todos los determinantes de salud combinados, lo cual incluye clasificar en los primeros 5 estados con una tasa alta de visitas dentales anuales, un alto porcentaje de voluntariado, un alto porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad, un bajo porcentaje de inseguridad alimentaria marginal, un alto porcentaje de cobertura de medicamentos de venta con receta y amplia disponibilidad de trabajadores de atención de salud en el hogar. Minnesota también clasifica segundo para todos los resultados de salud combinados, que incluye clasificar entre los primeros 5 estados que tienen una tasa baja de hospitalización por fracturas de cadera, un alto porcentaje de personas de la tercera edad capaces físicamente, una tasa baja de muerte prematura, una baja prevalencia de extracciones dentales completas y pocos días de mala salud mental por mes. Los desafíos de Minnesota son pocos gastos en apoyo comunitario y un bajo porcentaje de adultos mayores con un proveedor de atención de la salud dedicado. Para comparar, Minnesota ocupó el puesto

3 general en la Edición 2013 de *America's Health Rankings®*, que clasifica la salud relativa de toda la población del estado. Para obtener más detalles sobre las clasificaciones sobre personas de la tercera edad de Minnesota, consulte la sinopsis del estado en la página 73 o visite www.americashealthrankings.org/senior/MN.

Los 4 estados con mayores clasificaciones después de Minnesota obtuvieron puntajes entre los primeros 6 para todos los determinantes de salud combinados. Estos estados clasifican entre los primeros 10 en muchos indicadores individuales y, rara vez, clasifican entre los últimos 10. Se mantienen constantemente entre los estados con mayores puntuaciones en las categorías de comportamientos, comunidad y entorno, y resultados. Los primeros 5 estados tienen diferentes combinaciones de fortalezas y debilidades, lo cual indica que logran la clasificación como estados saludables a través de una variedad de enfoques.

Mississippi clasifica entre los últimos 5 estados en 14 de 34 medidas, lo que incluye ocupar el último lugar en un elevado porcentaje de personas de la tercera edad que viven en la pobreza, un bajo porcentaje de personas de la tercera edad que informan tener salud muy buena o excelente, un bajo porcentaje de adultos mayores capaces físicamente y una tasa elevada de muerte prematura. Mississippi clasifica en el lugar 50 para todos los determinantes de salud combinados, de modo que es improbable que su clasificación general cambie significativamente en el futuro cercano. Mississippi obtuvo una buena clasificación por una baja prevalencia del consumo crónico de alcohol y una alta cobertura de vacunación contra la gripe. Para comparar, Mississippi también ocupó el lugar 50 en general en la Edición 2013 de *America's Health Rankings®*. Para obtener más detalles sobre las clasificaciones sobre personas de la tercera edad de Mississippi, consulte la sinopsis del estado en la página 74 o www.americashealthrankings.org/senior/MS.

En forma similar a los estados con mayores clasificaciones, los estados que ocupan los últimos 5 puestos en salud general también clasifican entre los 5 últimos estados en todos los determinantes de salud combinados.

Las fortalezas de Minnesota incluyen ocupar el primer lugar de todos los determinantes de salud combinados.

Tabla 1
Clasificaciones
Generales

*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, Minnesota, con una puntuación de 0.816, está casi a 1 unidad de desviación estándar por encima de la norma nacional. Mississippi, con una puntuación de -0.900, está casi a 1 unidad de desviación estándar por debajo de la norma nacional.

| ORDEN ALFABÉTICO POR ESTADO | | | CLASIFICACIÓN POR ESTADO | | |
|-----------------------------|----------------|-------------|--------------------------|----------------|-------------|
| CLASIFICACIÓN | ESTADO | PUNTUACIÓN* | CLASIFICACIÓN | ESTADO | PUNTUACIÓN* |
| 44 | Alabama | -0.469 | 1 | Minnesota | 0.816 |
| 36 | Alaska | -0.19 | 2 | Hawaii | 0.624 |
| 23 | Arizona | 0.134 | 3 | New Hampshire | 0.567 |
| 46 | Arkansas | -0.665 | 4 | Vermont | 0.533 |
| 18 | California | 0.210 | 5 | Massachusetts | 0.531 |
| 6 | Colorado | 0.505 | 6 | Colorado | 0.505 |
| 12 | Connecticut | 0.370 | 7 | Utah | 0.501 |
| 9 | Delaware | 0.392 | 8 | Oregon | 0.398 |
| 28 | Florida | 0.029 | 9 | Delaware | 0.392 |
| 40 | Georgia | -0.345 | 10 | Wisconsin | 0.383 |
| 2 | Hawaii | 0.624 | 11 | Maryland | 0.371 |
| 25 | Idaho | 0.073 | 12 | Connecticut | 0.370 |
| 35 | Illinois | -0.176 | 13 | Iowa | 0.366 |
| 37 | Indiana | -0.193 | 14 | Maine | 0.269 |
| 13 | Iowa | 0.366 | 15 | Washington | 0.237 |
| 17 | Kansas | 0.223 | 16 | Nebraska | 0.233 |
| 48 | Kentucky | -0.758 | 17 | Kansas | 0.223 |
| 49 | Louisiana | -0.838 | 18 | California | 0.210 |
| 14 | Maine | 0.269 | 18 | North Dakota | 0.210 |
| 11 | Maryland | 0.371 | 20 | Michigan | 0.174 |
| 5 | Massachusetts | 0.531 | 21 | Virginia | 0.167 |
| 20 | Michigan | 0.174 | 22 | Pennsylvania | 0.146 |
| 1 | Minnesota | 0.816 | 23 | Arizona | 0.134 |
| 50 | Mississippi | -0.900 | 24 | New Jersey | 0.079 |
| 39 | Missouri | -0.279 | 25 | Idaho | 0.073 |
| 30 | Montana | -0.064 | 26 | Rhode Island | 0.069 |
| 16 | Nebraska | 0.233 | 27 | South Dakota | 0.043 |
| 42 | Nevada | -0.389 | 28 | Florida | 0.029 |
| 3 | New Hampshire | 0.567 | 29 | North Carolina | -0.042 |
| 24 | New Jersey | 0.079 | 30 | Montana | -0.064 |
| 38 | New Mexico | -0.214 | 31 | Ohio | -0.069 |
| 32 | New York | -0.087 | 32 | New York | -0.087 |
| 29 | North Carolina | -0.042 | 33 | Wyoming | -0.125 |
| 18 | North Dakota | 0.210 | 34 | South Carolina | -0.140 |
| 31 | Ohio | -0.069 | 35 | Illinois | -0.176 |
| 47 | Oklahoma | -0.718 | 36 | Alaska | -0.190 |
| 8 | Oregon | 0.398 | 37 | Indiana | -0.193 |
| 22 | Pennsylvania | 0.146 | 38 | New Mexico | -0.214 |
| 26 | Rhode Island | 0.069 | 39 | Missouri | -0.279 |
| 34 | South Carolina | -0.140 | 40 | Georgia | -0.345 |
| 27 | South Dakota | 0.043 | 41 | Texas | -0.373 |
| 43 | Tennessee | -0.414 | 42 | Nevada | -0.389 |
| 41 | Texas | -0.373 | 43 | Tennessee | -0.414 |
| 7 | Utah | 0.501 | 44 | Alabama | -0.469 |
| 4 | Vermont | 0.533 | 45 | West Virginia | -0.584 |
| 21 | Virginia | 0.167 | 46 | Arkansas | -0.665 |
| 15 | Washington | 0.237 | 47 | Oklahoma | -0.718 |
| 45 | West Virginia | -0.584 | 48 | Kentucky | -0.758 |
| 10 | Wisconsin | 0.383 | 49 | Louisiana | -0.838 |
| 33 | Wyoming | -0.125 | 50 | Mississippi | -0.900 |

Cambios nacionales desde la Edición 2013

En todo el país, varios indicadores mejoraron en el último año, lo cual indica una mejora de la salud para las personas de la tercera edad en todo el territorio de los Estados Unidos. Particularmente, más personas de la tercera edad son activas, intentan obtener opciones preferidas de cuidados para el final de la vida, evitan hospitalizaciones prevenibles y tienen acceso a cuidados en asilos de convalecencia de mejor calidad. A la inversa, unos pocos indicadores muestran mayores desafíos para la salud general, que incluyen una disminución en la cobertura de la vacunación contra la gripe y un aumento en la inseguridad alimentaria. La Tabla 2 detalla los éxitos y los desafíos nacionales del último año.

Determinantes y Resultados

Las 34 medidas que comprende el *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de América's Health Rankings*[®] son de 2 tipos: determinantes y resultados. Los determinantes representan las acciones que pueden afectar la salud futura de la población, mientras que los resultados representan lo que ya ha ocurrido, ya sea por muerte o enfermedad.

Para que un estado mejore la salud de su población de adultos mayores, 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 3 presenta las clasificaciones generales para los determinantes, resultados y sus implicancias para el futuro. Si la diferencia es positiva, es más probable que la clasificación general futura mejore; si es neutral, probablemente, la clasificación general futura permanezca igual; o, si es negativa, hay más

probabilidades de que la clasificación general futura descienda.

Cuando se comparan con otros estados, Vermont, Minnesota y Utah tienen una puntuación mucho más alta para los determinantes que para los resultados, lo que constituye un indicio fuerte de que la salud general mejorará con el tiempo. Louisiana, Nevada, Mississippi y Oklahoma tienen una puntuación más elevada de resultados que de determinantes, lo que indica que es posible que la clasificación de salud general descienda con el tiempo en comparación con otros estados.

Determinantes

Existen 4 categorías de determinantes de salud: comportamientos, comunidad y entorno, políticas y atención clínica. Estos 4 grupos de medidas influyen en los resultados de salud de la población de adultos mayores de un estado y, al mejorar estos datos, los resultados mejorarán con el tiempo.

La mayoría de las medidas están influenciadas por las 4 categorías. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de tabaco es un comportamiento fuertemente influenciado por la comunidad y el entorno en el que vivimos, por la política pública como los impuestos y las restricciones para fumar en lugares públicos, y por la atención recibida para tratar las adicciones del comportamiento y a sustancias químicas relacionadas con el tabaco. No obstante, para que sea más sencillo, colocamos cada medida en una sola categoría.

COMPORTAMIENTOS

Los comportamientos pueden llegar a modificarse a través de una combinación de intervenciones personales, comunitarias y clínicas. Esta categoría incluye medidas para el consumo de tabaco, el consumo crónico de alcohol, la obesidad, el bajo peso, la inactividad física, las visitas dentales y el control del dolor. Estos comportamientos, que pueden tener efectos tanto inmediatos como tardíos en la salud de los adultos mayores,

Tabla 2
Éxitos y Desafíos Nacionales: Cambios desde la Edición 2013

| ÉXITOS | CAMBIOS |
|------------------------------------|--|
| Inactividad Física | La prevalencia descendió del 30.3 por ciento al 28.7 por ciento de las personas de la tercera edad. |
| Escasez de Geriatras | El porcentaje descendió del 65.6 por ciento al 58.9 por ciento de los geriatras necesarios. |
| Cuidados Paliativos | El porcentaje aumentó del 36.7 por ciento al 47.5 por ciento de difuntos de 65 años en adelante. |
| Muertes en Hospital | El porcentaje descendió del 30.1 por ciento al 25.0 por ciento de difuntos de 65 años en adelante. |
| Hospitalizaciones Prevenibles | El número de altas descendió de 66.6 a 64.9 altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare. |
| Calidad de Asilos de Convalecencia | El porcentaje aumentó del 42.0 por ciento al 46.8 por ciento de camas con calificación de 4 o 5 estrellas. |
| DESAFÍOS | |
| Inseguridad alimentaria | El porcentaje aumentó del 13.6 por ciento al 14.3 por ciento de los adultos de 60 años en adelante. |
| Vacuna contra la Gripe | El porcentaje descendió del 60.6 por ciento al 59.4 por ciento de los adultos de 65 años en adelante. |

Tabla 3
Determinantes y
Resultados

| ESTADO | PUNTUACIÓN* PARA TODOS LOS DETERMINANTES | PUNTUACIÓN* PARA TODOS LOS RESULTADOS | INFLUENCIA EN LA FUTURA CLASIFICACIÓN GENERAL |
|----------------|--|---|---|
| Alabama | -0.180 | -0.289 | Neutral |
| Alaska | -0.191 | 0.001 | Negativo |
| Arizona | 0.013 | 0.121 | Neutral |
| Arkansas | -0.409 | -0.256 | Negativo |
| California | 0.137 | 0.073 | Neutral |
| Colorado | 0.288 | 0.217 | Neutral |
| Connecticut | 0.176 | 0.194 | Neutral |
| Delaware | 0.286 | 0.106 | Positivo |
| Florida | 0.044 | -0.015 | Neutral |
| Georgia | -0.214 | -0.131 | Neutral |
| Hawaii | 0.330 | 0.294 | Neutral |
| Idaho | 0.034 | 0.039 | Neutral |
| Illinois | -0.159 | -0.017 | Negativo |
| Indiana | -0.073 | -0.120 | Neutral |
| Iowa | 0.250 | 0.116 | Positivo |
| Kansas | 0.180 | 0.043 | Positivo |
| Kentucky | -0.395 | -0.363 | Neutral |
| Louisiana | -0.595 | -0.243 | Negativo |
| Maine | 0.200 | 0.069 | Positivo |
| Maryland | 0.239 | 0.132 | Neutral |
| Massachusetts | 0.339 | 0.192 | Positivo |
| Michigan | 0.033 | 0.140 | Neutral |
| Minnesota | 0.526 | 0.290 | Positivo |
| Mississippi | -0.617 | -0.283 | Negativo |
| Missouri | -0.111 | -0.168 | Neutral |
| Montana | -0.076 | 0.012 | Neutral |
| Nebraska | 0.124 | 0.109 | Neutral |
| Nevada | -0.364 | -0.025 | Negativo |
| New Hampshire | 0.357 | 0.209 | Positivo |
| New Jersey | -0.013 | 0.092 | Neutral |
| New Mexico | -0.148 | -0.066 | Neutral |
| New York | -0.096 | 0.009 | Neutral |
| North Carolina | 0.048 | -0.090 | Positivo |
| North Dakota | 0.052 | 0.158 | Neutral |
| Ohio | 0.000 | -0.070 | Neutral |
| Oklahoma | -0.484 | -0.235 | Negativo |
| Oregon | 0.211 | 0.187 | Neutral |
| Pennsylvania | 0.136 | 0.009 | Positivo |
| Rhode Island | -0.077 | 0.146 | Negativo |
| South Carolina | -0.020 | -0.120 | Neutral |
| South Dakota | -0.068 | 0.111 | Negativo |
| Tennessee | -0.185 | -0.229 | Neutral |
| Texas | -0.258 | -0.115 | Negativo |
| Utah | 0.365 | 0.136 | Positivo |
| Vermont | 0.389 | 0.143 | Positivo |
| Virginia | 0.108 | 0.059 | Neutral |
| Washington | 0.121 | 0.116 | Neutral |
| West Virginia | -0.290 | -0.293 | Neutral |
| Wisconsin | 0.129 | 0.254 | Negativo |
| Wyoming | -0.150 | 0.024 | Negativo |

*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.

Tabla 4
Comportamientos
Estados con las Mayores y Menores
Clasificaciones

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | California | 50 | Louisiana |
| 2 | Hawaii | 49 | Alaska |
| 3 | Utah | 48 | Mississippi |
| 4 | Minnesota | 47 | Arkansas |
| 5 | Maryland | 46 | West Virginia |
| 6 | New Hampshire | 45 | Kentucky |
| 7 | Montana | 44 | Oklahoma |
| 8 | Massachusetts | 43 | Nevada |
| 9 | Colorado | 42 | Tennessee |
| 10 | Vermont | 41 | Georgia |

Tabla 5
Comunidad y Entorno-General
Estados con las Mayores y Menores
Clasificaciones

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 1 | Minnesota | 50 | Louisiana |
| 2 | New Hampshire | 49 | Texas |
| 3 | Idaho | 48 | Mississippi |
| 4 | Utah | 47 | Kentucky |
| 5 | Kansas | 46 | Georgia |
| 6 | Wyoming | 45 | New Mexico |
| 7 | Delaware | 44 | New York |
| 8 | Vermont | 43 | Nevada |
| 9 | Iowa | 42 | Rhode Island |
| 10 | Colorado | 41 | Alabama |

resultan ser algunas de las medidas con mayor impacto en estas clasificaciones y arrojan luz sobre la salud futura de los adultos mayores en el estado. En el *Informe sobre Personas de la Tercera Edad*, California clasifica en el primer lugar de Comportamientos, mientras que Louisiana ocupa el lugar 50. La Tabla 4 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la categoría de comportamientos.

COMUNIDAD Y ENTORNO — GENERAL

Las medidas de comunidad y entorno reflejan las condiciones diarias que influyen un estilo de vida saludable. Estos indicadores pueden modificarse mediante 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. Minnesota se clasifica en el primer lugar en comunidad y entorno, mientras que Louisiana ocupa el puesto 50. La Tabla 5 presenta los

Tabla 6
Comunidad y Entorno-Macro
Estados con las Mayores y Menores
Clasificaciones

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | Minnesota | 50 | Louisiana |
| 2 | Idaho | 49 | Texas |
| 3 | Utah | 48 | Kentucky |
| 4 | New Hampshire | 47 | Georgia |
| 5 | Kansas | 46 | West Virginia |
| 6 | Wisconsin | 45 | New Mexico |
| 7 | Colorado | 44 | Mississippi |
| 7 | Iowa | 43 | New York |
| 7 | Washington | 42 | Tennessee |
| 10 | Nebraska | 41 | Oklahoma |

Tabla 7
Comunidad y Entorno-Micro
Estados con las Mayores y Menores
Clasificaciones

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 | Massachusetts | 50 | Mississippi |
| 2 | Wyoming | 49 | Rhode Island |
| 3 | Vermont | 48 | Alabama |
| 4 | Delaware | 46 | South Carolina |
| 5 | New Hampshire | 46 | Nevada |
| 6 | Minnesota | 45 | Hawaii |
| 7 | Alaska | 44 | Texas |
| 8 | Virginia | 43 | California |
| 9 | Kansas | 42 | Louisiana |
| 10 | Idaho | 41 | Arkansas |

primeros y los últimos 10 estados de la categoría general de comunidad y entorno.

En el Informe sobre Personas de la Tercera Edad de *America's Health Rankings*[®], la comunidad y el entorno se subdividen, a su vez, en 2 subcategorías: macro y micro. Las medidas de comunidad y entorno macro miden el contexto de la comunidad en general en cuanto al apoyo de la salud de los adultos mayores en un estado, mientras que las medidas de comunidad y entorno micro miden el apoyo inmediato, principalmente en el hogar, que afecta el contexto personal de la salud.

COMUNIDAD Y ENTORNO — MACRO

La subcategoría macro de comunidad y entorno incluye la pobreza, el voluntariado y los asilos de convalecencia de calidad. Minnesota se clasifica en el primer lugar en comunidad y entorno macro, mientras que Louisiana ocupa el puesto 50. La Tabla 6 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la subcategoría de comunidad y entorno macro.

COMUNIDAD Y ENTORNO — MICRO

La subcategoría de comunidad y entorno micro incluye el apoyo social, la inseguridad alimentaria y el apoyo comunitario. Massachusetts se clasifica en el primer lugar en comunidad y entorno micro, mientras que Mississippi ocupa el puesto 50. La Tabla 7 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la subcategoría de comunidad y entorno micro.

POLÍTICA

Las medidas incluidas en la categoría de política indican la disponibilidad de recursos para respaldar a los adultos que entran en la tercera edad. Esto incluye los porcentajes de residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados, de cobertura de medicamentos de venta con receta y de escasez de geriatras. Hawaii se clasifica en el primer lugar en políticas, mientras que Oklahoma ocupa el puesto 50. La Tabla 8 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la categoría de políticas.

ATENCIÓN CLÍNICA

La Atención Clínica tiene el potencial de permitir que las personas vivan durante más tiempo y con mayor nivel de salud mediante el tratamiento y el control de condiciones existentes y la prevención de otras condiciones. La atención preventiva y curativa se debe prestar de manera adecuada y oportuna para que brinde la mayor eficacia. La categoría de atención clínica incluye diez medidas diferentes, que incluyen: proveedor de atención de la salud dedicado, atención hospitalaria recomendada, vacuna contra la gripe, exámenes de salud, control de la diabetes, atención de salud en el hogar, hospitalizaciones prevenibles, nuevas admisiones en el hospital, cuidados paliativos y muertes en hospital. Estas medidas de atención clínica brindan información sobre la disponibilidad, la utilización y la eficacia de la atención clínica. Delaware se clasifica en el primer lugar en atención clínica, mientras que Mississippi ocupa el puesto 50. La Tabla 9 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la categoría de atención clínica.

Resultados

La categoría de resultados se centra en la calidad de vida y el bienestar entre los adultos mayores. Las medidas incluyen el uso de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), caídas, fracturas de cadera, estado de salud, capacidad física, muerte prematura, extracciones dentales y días de mala salud mental. Estas medidas representan resultados de atención clínica y conductas actuales o anteriores, y de influencias de la comunidad, el entorno y políticas. Hawaii se clasifica en el primer lugar en resultados, mientras que Kentucky ocupa el puesto 50. La Tabla 10 presenta los primeros y los últimos 10 estados de la categoría de resultados.

Tabla 8**Política****Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones**

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|----------------|---------------|-------------|
| 1 | Hawaii | 50 | Oklahoma |
| 2 | Pennsylvania | 49 | Wyoming |
| 3 | New York | 48 | Montana |
| 4 | Maine | 47 | Louisiana |
| 5 | Massachusetts | 46 | Mississippi |
| 6 | Vermont | 45 | Kansas |
| 7 | Minnesota | 44 | Illinois |
| 8 | North Carolina | 43 | Idaho |
| 9 | Maryland | 42 | Alaska |
| 10 | North Dakota | 41 | Arkansas |

Tabla 9**Atención Clínica****Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones**

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | Delaware | 50 | Mississippi |
| 2 | Iowa | 49 | Kentucky |
| 3 | Minnesota | 48 | Nevada |
| 4 | Utah | 47 | Wyoming |
| 5 | Maine | 46 | Arkansas |
| 5 | New Hampshire | 45 | Oklahoma |
| 7 | Vermont | 43 | West Virginia |
| 8 | Wisconsin | 43 | South Dakota |
| 9 | Colorado | 42 | New York |
| 10 | Oregon | 41 | Alaska |

Tabla 10**Resultados****Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones**

| CLASIFICACIÓN | ESTADO | CLASIFICACIÓN | ESTADO |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | Hawaii | 50 | Kentucky |
| 2 | Minnesota | 49 | West Virginia |
| 3 | Wisconsin | 48 | Alabama |
| 4 | Colorado | 47 | Mississippi |
| 5 | New Hampshire | 46 | Arkansas |
| 6 | Connecticut | 45 | Louisiana |
| 7 | Massachusetts | 44 | Oklahoma |
| 8 | Oregon | 43 | Tennessee |
| 9 | North Dakota | 42 | Missouri |
| 10 | Rhode Island | 41 | Georgia |

Disparidades en la Salud dentro de los Estados

Para que una población sea sana, debe minimizar las desigualdades 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, los ingresos, la discapacidad, la ubicación geográfica o la orientación sexual.

Las medidas estatales que se utilizan en el Informe sobre Personas de la Tercera Edad de *America's Health Rankings*[®] reflejan la situación del adulto mayor "promedio" y pueden ocultar diferencias dentro del estado. Cuando se examinan esas medidas por raza u origen étnico, sexo, ubicación geográfica y/o situación económica, pueden surgir diferencias asombrosas que es importante que los estados reconozcan.

El Informe sobre Personas de la Tercera Edad no contiene una medida explícita de disparidad en la salud. En cambio, se analizan algunas medidas individuales según la raza o el origen étnico, el sexo, la residencia urbana, la educación y los ingresos para ilustrar variaciones dentro de los estados. En esta Edición, se analizaron la obesidad, la inactividad física y el estado de salud.

No se calcularon prevalencias para todos los grupos de razas o de orígenes étnicos en estados con pequeñas poblaciones de razas u orígenes étnicos específicos. Se excluyeron los grupos de razas o de orígenes étnicos con menos de 100 observaciones.

Para los Estados Unidos, las prevalencias de la obesidad, la inactividad física y el estado de salud por sexo, raza u origen étnico, residencia urbana, educación e ingresos se muestran en la Tabla 11. Para obesidad e inactividad física, un porcentaje menor es mejor. Para estado de salud, un porcentaje mayor es mejor. Las diferencias para cada estado en cuanto a obesidad, inactividad física y estado de salud se pueden consultar en www.americashealthrankings.org/ALL/obesity_sr/disparities, www.americashealthrankings.org/ALL/physical_inactivity_sr/disparities y www.americashealthrankings.org/ALL/health_status_sr/disparities, respectivamente.

La medida de obesidad entre asiáticos no hispanos de la tercera edad (7.6 por ciento) es drásticamente menor que entre los negros no hispanos de la tercera edad (35.5 por ciento), los indioamericanos/nativos de Alaska no hispanos de la tercera edad (32.7 por ciento), los hispanos de la tercera edad (30.2 por ciento) y los blancos no hispanos de la tercera edad (24.9 por ciento).

Si la obesidad se analiza en función del nivel educativo alcanzado, una cantidad menor de los adultos mayores que poseen un título universitario son obesos (20.4 por ciento) en comparación con quienes que tienen estudios secundarios incompletos (32.2 por ciento). También existe una diferencia del 8.6 por ciento en las tasas de obesidad entre personas de la tercera edad en los grupos de mayores y menores ingresos.

La mayor brecha en cuanto a inactividad física se encuentra entre los adultos mayores con estudios secundarios incompletos (45.4 por ciento son inactivos) y los adultos mayores que poseen un título universitario (16.8 por ciento son inactivos). Las diferencias raciales en cuanto a inactividad física entre las personas de la tercera edad reflejan las diferencias raciales en cuanto a obesidad entre personas de la tercera edad.

La medida de resultados, el estado de salud, está dividido marcadamente entre líneas de ingresos. Más del 60 por ciento de los adultos mayores en el grupo de mayores ingresos indican que su salud es muy buena o excelente. Por el contrario, un poco menos de un cuarto de las personas de la tercera edad del grupo de menores ingresos informan que su salud es muy buena o excelente. Se puede observar una brecha similar entre las personas de la tercera edad en los grupos de mayor y menor nivel educativo alcanzado.

Las Tablas 12 – 14 muestran los 2 subgrupos con las diferencias más grandes en cuanto a obesidad, inactividad física y estado de salud dentro de cada estado. Esto ilustra la situación única a la que cada estado se enfrenta al abordar la salud y la necesidad de concentrarse en determinados segmentos de la población en los que las desigualdades en la salud son mayores. Por ejemplo, en Alabama, la mayor desigualdad en cuanto a obesidad (Tabla 12) se encuentra entre los blancos no hispanos y los negros no hispanos. En Colorado, la mayor diferencia en cuanto a obesidad se observa entre los graduados universitarios y quienes no tienen estudios secundarios.

La mayor brecha en cuanto a inactividad física se encuentra entre los adultos mayores con estudios secundarios incompletos y los adultos mayores que poseen un título universitario.

Tabla 11
Prevalencias de
Obesidad, Inactividad
Física y Estado de
Salud por Sexo,
Raza/Origen Étnico,
Residencia Urbana,
Educación e Ingresos
entre Adultos de
65 Años en Adelante

| | OBESIDAD | INACTIVIDAD FÍSICA | ESTADO DE SALUD |
|-------------------------------------|----------|--------------------|-----------------|
| SEXO | | | |
| Masculino | 26.2 | 27.2 | 39.3 |
| Femenino | 25.5 | 34.3 | 40.4 |
| RAZA/ORIGEN ÉTNICO | | | |
| Blanca | 24.9 | 30.4 | 43.3 |
| Negra | 35.5 | 37.7 | 26.2 |
| Hispana | 30.2 | 34.5 | 23.3 |
| Asiática | 7.6 | 19.8 | 36.0 |
| Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico | 20.0 | 22.7 | 36.1 |
| Indioamericana/Nativo de Alaska | 32.7 | 40.6 | 26.6 |
| RESIDENCIA URBANA | | | |
| Residentes urbanos | 24.5 | 29.4 | 40.3 |
| Residentes suburbanos | 25.6 | 30.1 | 41.8 |
| Residentes no MSA (rurales) | 27.1 | 35.4 | 36.5 |
| EDUCACIÓN | | | |
| Estudios secundarios incompletos | 32.2 | 45.4 | 19.7 |
| Estudios secundarios completos | 26.4 | 36.3 | 36.2 |
| Estudios universitarios incompletos | 25.6 | 27.4 | 44.8 |
| Estudios universitarios completos | 20.4 | 16.8 | 55.9 |
| INGRESOS | | | |
| Menos de \$25,000 | 29.6 | 41.1 | 26.4 |
| \$25,000 a menos de \$50,000 | 26.5 | 29.4 | 40.7 |
| \$50,000 a menos de \$75,000 | 25.4 | 21.8 | 50.7 |
| \$75,000 o más | 21.0 | 16.5 | 62.0 |

Nota: Las personas de origen étnico Hispano se incluyen en la categoría Hispana independientemente de la raza y no se incluyen como parte de categorías individuales de raza. Consulte la sección *Metodología* en la página 24 para obtener una descripción de la forma en que se definieron y seleccionaron los grupos.

| | MENOR PREVALENCIA | | MAYOR PREVALENCIA | | |
|----------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|--------|
| | GRUPO | TASA | GRUPO | TASA | BRECHA |
| Alabama | Blanca | 25.3 | Negra | 35.0 | 9.8 |
| Alaska | Femenino | 22.9 | Masculino | 30.6 | 7.7 |
| Arizona | Estudios secundarios completos | 19.9 | Estudios secundarios incompletos | 37.8 | 17.9 |
| Arkansas | Ingresos de \$50,000 a <\$75,000 | 15.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 29.9 | 14.4 |
| California | Asiática | 8.2 | Negra | 32.0 | 23.8 |
| Colorado | Estudios universitarios completos | 15.0 | Estudios secundarios incompletos | 30.1 | 15.1 |
| Connecticut | Estudios universitarios completos | 18.7 | Estudios secundarios incompletos | 37.9 | 19.2 |
| Delaware | Blanca | 24.1 | Negra | 39.1 | 15.0 |
| Florida | Blanca | 21.1 | Negra | 32.8 | 11.8 |
| Georgia | Blanca | 23.7 | Negra | 33.2 | 9.5 |
| Hawaii | Asiática | 7.8 | Blanca | 19.7 | 11.9 |
| Idaho | Estudios universitarios completos | 19.6 | Estudios secundarios incompletos | 34.2 | 14.5 |
| Illinois | Ingresos de más de \$75,000 | 25.8 | Ingresos de \$50,000 a <\$75,000 | 34.4 | 8.5 |
| Indiana | Estudios universitarios completos | 25.2 | Estudios universitarios incompletos | 34.8 | 9.6 |
| Iowa | Estudios universitarios completos | 21.6 | Estudios secundarios completos | 32.7 | 11.1 |
| Kansas | Blanca | 25.7 | Negra | 34.7 | 9.0 |
| Kentucky | Blanca | 28.4 | Negra | 43.8 | 15.4 |
| Louisiana | Blanca | 26.4 | Negra | 45.0 | 18.6 |
| Maine | Estudios universitarios completos | 17.1 | Estudios secundarios incompletos | 33.2 | 16.1 |
| Maryland | Estudios universitarios completos | 20.5 | Estudios secundarios incompletos | 33.3 | 12.8 |
| Massachusetts | Blanca | 21.5 | Negra | 44.3 | 22.8 |
| Michigan | Blanca | 28.3 | Negra | 41.1 | 12.8 |
| Minnesota | Estudios universitarios completos | 21.1 | Estudios secundarios incompletos | 32.8 | 11.7 |
| Mississippi | Blanca | 26.2 | Negra | 39.9 | 13.6 |
| Missouri | Ingresos de más de \$75,000 | 17.6 | Ingresos de menos de \$25,000 | 34.5 | 16.9 |
| Montana | Blanca | 22.0 | Indioamericana/Nativo de Alaska | 40.4 | 18.4 |
| Nebraska | Estudios universitarios completos | 22.8 | Estudios universitarios incompletos | 28.9 | 6.0 |
| Nevada | Estudios universitarios completos | 14.9 | Estudios secundarios incompletos | 39.2 | 24.3 |
| New Hampshire | Estudios universitarios completos | 21.7 | Estudios secundarios incompletos | 33.3 | 11.6 |
| New Jersey | Estudios universitarios completos | 19.4 | Estudios secundarios incompletos | 41.5 | 22.1 |
| New Mexico | Estudios universitarios completos | 15.6 | Estudios secundarios incompletos | 29.0 | 13.4 |
| New York | Estudios universitarios completos | 17.7 | Estudios secundarios incompletos | 46.5 | 28.8 |
| North Carolina | Blanca | 24.0 | Negra | 36.4 | 12.3 |
| North Dakota | Estudios universitarios completos | 17.0 | Estudios secundarios incompletos | 35.6 | 18.6 |
| Ohio | Estudios universitarios completos | 24.3 | Estudios universitarios incompletos | 31.0 | 6.6 |
| Oklahoma | Blanca | 26.5 | Indioamericana/Nativo de Alaska | 34.6 | 8.1 |
| Oregon | Estudios universitarios completos | 18.1 | Estudios secundarios incompletos | 39.1 | 21.0 |
| Pennsylvania | Estudios universitarios completos | 21.2 | Estudios secundarios incompletos | 33.0 | 11.8 |
| Rhode Island | Ingresos de más de \$75,000 | 17.1 | Ingresos de \$25,000 a <\$50,000 | 30.2 | 13.1 |
| South Carolina | Estudios universitarios completos | 18.8 | Estudios secundarios incompletos | 37.4 | 18.7 |
| South Dakota | Ingresos de \$50,000 a <\$75,000 | 23.4 | Ingresos de más de \$75,000 | 38.5 | 15.1 |
| Tennessee | Estudios universitarios completos | 20.2 | Estudios secundarios incompletos | 29.2 | 9.0 |
| Texas | Blanca | 23.8 | Hispana | 37.0 | 13.1 |
| Utah | Ingresos de más de \$75,000 | 23.3 | Ingresos de \$25,000 a <\$50,000 | 28.6 | 5.3 |
| Vermont | Estudios universitarios completos | 18.3 | Estudios secundarios incompletos | 31.7 | 13.4 |
| Virginia | Estudios universitarios completos | 18.0 | Estudios secundarios incompletos | 34.9 | 16.9 |
| Washington | Estudios universitarios completos | 20.4 | Estudios secundarios incompletos | 32.6 | 12.1 |
| West Virginia | Estudios universitarios completos | 21.5 | Estudios universitarios incompletos | 31.9 | 10.4 |
| Wisconsin | Ingresos de más de \$75,000 | 21.8 | Ingresos de \$50,000 a <\$75,000 | 39.7 | 17.9 |
| Wyoming | Ingresos de \$50,000 a <\$75,000 | 16.9 | Ingresos de menos de \$25,000 | 22.3 | 5.4 |
| Estados Unidos | Asiática | 7.6 | Negra | 35.5 | 27.9 |
| District of Columbia | Blanca | 11.5 | Negra | 24.8 | 13.3 |

Tabla 12
Grupos con Mayor
Disparidad en
Prevalencia de
Obesidad en
Adultos de 65
Años en Adelante
por Estado

Nota: Las personas de origen étnico Hispano se incluyen en la categoría Hispana independientemente de la raza y no se incluyen como parte de categorías individuales de raza. Consulte la sección *Metodología* en la página 24 para obtener una descripción de la forma en que se definieron y seleccionaron los grupos.

Tabla 13
Grupos con Mayor
Disparidad en
Prevalencia de
Inactividad Física
en Adultos de 65
Años en Adelante
por Estado

| | MENOR PREVALENCIA | | | MAYOR PREVALENCIA | | |
|----------------------|-----------------------------------|------|--|----------------------------------|------|--------|
| | GRUPO | TASA | | GRUPO | TASA | BRECHA |
| Alabama | Ingresos de más de \$75,000 | 15.6 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 38.4 | 22.8 |
| Alaska | Ingresos de más de \$75,000 | 11.2 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 40.2 | 28.9 |
| Arizona | Estudios universitarios completos | 18.1 | | Estudios secundarios incompletos | 46.1 | 28.0 |
| Arkansas | Estudios universitarios completos | 22.4 | | Estudios secundarios incompletos | 51.9 | 29.5 |
| California | Estudios universitarios completos | 13.8 | | Estudios secundarios incompletos | 32.2 | 18.4 |
| Colorado | Estudios universitarios completos | 11.7 | | Estudios secundarios incompletos | 37.5 | 25.8 |
| Connecticut | Estudios universitarios completos | 16.5 | | Estudios secundarios incompletos | 50.1 | 33.5 |
| Delaware | Ingresos de más de \$75,000 | 18.5 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 48.7 | 30.2 |
| Florida | Estudios universitarios completos | 15.1 | | Estudios secundarios incompletos | 44.7 | 29.6 |
| Georgia | Estudios universitarios completos | 17.5 | | Estudios secundarios incompletos | 45.1 | 27.5 |
| Hawaii | Estudios universitarios completos | 16.0 | | Estudios secundarios incompletos | 50.2 | 34.2 |
| Idaho | Estudios universitarios completos | 17.1 | | Estudios secundarios incompletos | 47.0 | 29.9 |
| Illinois | Ingresos de más de \$75,000 | 21.9 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 42.3 | 20.3 |
| Indiana | Estudios universitarios completos | 21.2 | | Estudios secundarios incompletos | 48.7 | 27.6 |
| Iowa | Estudios universitarios completos | 18.2 | | Estudios secundarios incompletos | 47.7 | 29.5 |
| Kansas | Estudios universitarios completos | 17.6 | | Estudios secundarios incompletos | 48.0 | 30.5 |
| Kentucky | Estudios universitarios completos | 23.0 | | Estudios secundarios incompletos | 54.2 | 31.1 |
| Louisiana | Ingresos de más de \$75,000 | 18.8 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 43.6 | 24.7 |
| Maine | Estudios universitarios completos | 16.2 | | Estudios secundarios incompletos | 53.1 | 36.8 |
| Maryland | Estudios universitarios completos | 19.6 | | Estudios secundarios incompletos | 49.9 | 30.2 |
| Massachusetts | Estudios universitarios completos | 16.1 | | Estudios secundarios incompletos | 41.3 | 25.1 |
| Michigan | Estudios universitarios completos | 15.6 | | Estudios secundarios incompletos | 44.7 | 29.1 |
| Minnesota | Estudios universitarios completos | 16.4 | | Estudios secundarios incompletos | 41.8 | 25.4 |
| Mississippi | Estudios universitarios completos | 21.6 | | Estudios secundarios incompletos | 48.7 | 27.1 |
| Missouri | Estudios universitarios completos | 13.4 | | Estudios secundarios incompletos | 42.8 | 29.4 |
| Montana | Estudios universitarios completos | 18.9 | | Estudios secundarios incompletos | 48.4 | 29.5 |
| Nebraska | Estudios universitarios completos | 18.6 | | Estudios secundarios incompletos | 43.5 | 24.8 |
| Nevada | Estudios universitarios completos | 18.9 | | Estudios secundarios incompletos | 54.3 | 35.3 |
| New Hampshire | Estudios universitarios completos | 15.9 | | Estudios secundarios incompletos | 51.2 | 35.3 |
| New Jersey | Estudios universitarios completos | 21.2 | | Estudios secundarios incompletos | 52.0 | 30.8 |
| New Mexico | Estudios universitarios completos | 16.4 | | Estudios secundarios incompletos | 47.0 | 30.6 |
| New York | Estudios universitarios completos | 19.3 | | Estudios secundarios incompletos | 50.1 | 30.8 |
| North Carolina | Estudios universitarios completos | 18.0 | | Estudios secundarios incompletos | 44.8 | 26.8 |
| North Dakota | Estudios universitarios completos | 23.7 | | Estudios secundarios incompletos | 36.7 | 12.9 |
| Ohio | Estudios universitarios completos | 18.5 | | Estudios secundarios incompletos | 50.1 | 31.6 |
| Oklahoma | Estudios universitarios completos | 24.5 | | Estudios secundarios incompletos | 52.1 | 27.5 |
| Oregon | Estudios universitarios completos | 11.7 | | Estudios secundarios incompletos | 48.8 | 37.1 |
| Pennsylvania | Estudios universitarios completos | 17.0 | | Estudios secundarios incompletos | 50.7 | 33.7 |
| Rhode Island | Estudios universitarios completos | 15.4 | | Estudios secundarios incompletos | 51.5 | 36.1 |
| South Carolina | Estudios universitarios completos | 14.6 | | Estudios secundarios incompletos | 45.7 | 31.1 |
| South Dakota | Estudios universitarios completos | 20.8 | | Estudios secundarios incompletos | 47.2 | 26.4 |
| Tennessee | Estudios universitarios completos | 20.2 | | Estudios secundarios incompletos | 52.6 | 32.4 |
| Texas | Estudios universitarios completos | 13.7 | | Estudios secundarios incompletos | 45.3 | 31.5 |
| Utah | Estudios universitarios completos | 17.2 | | Estudios secundarios incompletos | 49.9 | 32.7 |
| Vermont | Estudios universitarios completos | 14.2 | | Estudios secundarios incompletos | 44.1 | 29.9 |
| Virginia | Estudios universitarios completos | 14.8 | | Estudios secundarios incompletos | 44.1 | 29.3 |
| Washington | Estudios universitarios completos | 16.2 | | Estudios secundarios incompletos | 44.5 | 28.4 |
| West Virginia | Estudios universitarios completos | 18.3 | | Estudios secundarios incompletos | 48.7 | 30.5 |
| Wisconsin | Estudios universitarios completos | 16.3 | | Estudios secundarios incompletos | 50.2 | 33.9 |
| Wyoming | Ingresos de más de \$75,000 | 19.2 | | Ingresos de menos de \$25,000 | 42.5 | 23.3 |
| Estados Unidos | Estudios universitarios completos | 16.8 | | Estudios secundarios incompletos | 45.4 | 28.6 |
| District of Columbia | Estudios universitarios completos | 15.8 | | Estudios secundarios incompletos | 53.6 | 37.8 |

Nota: Las personas de origen étnico Hispano se incluyen en la categoría Hispana independientemente de la raza y no se incluyen como parte de categorías individuales de raza. Consulte la sección *Metodología* en la página 24 para obtener una descripción de la forma en que se definieron y seleccionaron los grupos.

| | MAYOR PREVALENCIA | | MENOR PREVALENCIA | | |
|----------------------|-----------------------------------|------|----------------------------------|------|--------|
| | GRUPO | TASA | GRUPO | TASA | BRECHA |
| Alabama | Estudios universitarios completos | 49.6 | Estudios secundarios incompletos | 17.3 | 32.4 |
| Alaska | Ingresos de más de \$75,000 | 58.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 31.0 | 27.5 |
| Arizona | Ingresos de más de \$75,000 | 67.4 | Ingresos de menos de \$25,000 | 33.4 | 34.0 |
| Arkansas | Estudios universitarios completos | 45.7 | Estudios secundarios incompletos | 13.7 | 32.0 |
| California | Ingresos de más de \$75,000 | 66.9 | Ingresos de menos de \$25,000 | 27.7 | 39.2 |
| Colorado | Estudios universitarios completos | 60.8 | Estudios secundarios incompletos | 22.9 | 37.9 |
| Connecticut | Estudios universitarios completos | 62.3 | Estudios secundarios incompletos | 14.5 | 47.8 |
| Delaware | Estudios universitarios completos | 55.4 | Estudios secundarios incompletos | 16.2 | 39.2 |
| Florida | Estudios universitarios completos | 60.1 | Estudios secundarios incompletos | 14.5 | 45.6 |
| Georgia | Ingresos de más de \$75,000 | 56.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 22.5 | 34.2 |
| Hawaii | Estudios universitarios completos | 52.0 | Estudios secundarios incompletos | 23.9 | 28.1 |
| Idaho | Estudios universitarios completos | 56.9 | Estudios secundarios incompletos | 13.2 | 43.8 |
| Illinois | Ingresos de más de \$75,000 | 64.0 | Ingresos de menos de \$25,000 | 25.2 | 38.7 |
| Indiana | Ingresos de más de \$75,000 | 62.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 25.5 | 37.2 |
| Iowa | Estudios universitarios completos | 53.6 | Estudios secundarios incompletos | 23.4 | 30.1 |
| Kansas | Estudios universitarios completos | 57.3 | Estudios secundarios incompletos | 20.9 | 36.4 |
| Kentucky | Ingresos de más de \$75,000 | 51.2 | Ingresos de menos de \$25,000 | 19.3 | 31.9 |
| Louisiana | Estudios universitarios completos | 48.3 | Estudios secundarios incompletos | 16.2 | 32.0 |
| Maine | Estudios universitarios completos | 64.2 | Estudios secundarios incompletos | 25.5 | 38.7 |
| Maryland | Estudios universitarios completos | 56.2 | Estudios secundarios incompletos | 18.2 | 38.0 |
| Massachusetts | Estudios universitarios completos | 60.9 | Estudios secundarios incompletos | 25.1 | 35.8 |
| Michigan | Ingresos de más de \$75,000 | 62.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 31.6 | 31.2 |
| Minnesota | Estudios universitarios completos | 59.2 | Estudios secundarios incompletos | 25.2 | 34.0 |
| Mississippi | Ingresos de \$50,000 a \$75,000 | 48.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 20.8 | 27.7 |
| Missouri | Ingresos de más de \$75,000 | 55.9 | Ingresos de menos de \$25,000 | 26.0 | 29.8 |
| Montana | Estudios universitarios completos | 63.2 | Estudios secundarios incompletos | 22.4 | 40.8 |
| Nebraska | Estudios universitarios completos | 57.7 | Estudios secundarios incompletos | 23.9 | 33.8 |
| Nevada | Ingresos de más de \$75,000 | 63.6 | Ingresos de menos de \$25,000 | 31.8 | 31.7 |
| New Hampshire | Estudios universitarios completos | 63.1 | Estudios secundarios incompletos | 22.7 | 40.4 |
| New Jersey | Ingresos de más de \$75,000 | 56.4 | Ingresos de menos de \$25,000 | 25.3 | 31.1 |
| New Mexico | Estudios universitarios completos | 57.2 | Estudios secundarios incompletos | 11.3 | 45.9 |
| New York | Estudios universitarios completos | 53.7 | Estudios secundarios incompletos | 18.2 | 35.5 |
| North Carolina | Estudios universitarios completos | 58.4 | Estudios secundarios incompletos | 15.4 | 43.0 |
| North Dakota | Estudios universitarios completos | 56.4 | Estudios secundarios incompletos | 20.3 | 36.1 |
| Ohio | Ingresos de más de \$75,000 | 61.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 25.7 | 35.9 |
| Oklahoma | Ingresos de más de \$75,000 | 57.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 23.8 | 33.9 |
| Oregon | Estudios universitarios completos | 59.1 | Estudios secundarios incompletos | 28.7 | 30.4 |
| Pennsylvania | Ingresos de más de \$75,000 | 66.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 26.8 | 39.7 |
| Rhode Island | Estudios universitarios completos | 61.8 | Estudios secundarios incompletos | 28.9 | 32.8 |
| South Carolina | Ingresos de más de \$75,000 | 62.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 20.9 | 41.5 |
| South Dakota | Ingresos de más de \$75,000 | 64.4 | Ingresos de menos de \$25,000 | 23.6 | 40.8 |
| Tennessee | Ingresos de más de \$75,000 | 60.7 | Ingresos de menos de \$25,000 | 20.5 | 40.3 |
| Texas | Ingresos de más de \$75,000 | 59.1 | Ingresos de menos de \$25,000 | 23.4 | 35.7 |
| Utah | Estudios universitarios completos | 52.6 | Estudios secundarios incompletos | 26.6 | 26.0 |
| Vermont | Estudios universitarios completos | 65.1 | Estudios secundarios incompletos | 31.7 | 33.5 |
| Virginia | Ingresos de más de \$75,000 | 60.3 | Ingresos de menos de \$25,000 | 31.2 | 29.1 |
| Washington | Estudios universitarios completos | 58.8 | Estudios secundarios incompletos | 20.7 | 38.1 |
| West Virginia | Ingresos de más de \$75,000 | 64.5 | Ingresos de menos de \$25,000 | 21.0 | 43.5 |
| Wisconsin | Ingresos de más de \$75,000 | 72.1 | Ingresos de menos de \$25,000 | 30.9 | 41.2 |
| Wyoming | Estudios universitarios completos | 58.5 | Estudios secundarios incompletos | 21.9 | 36.6 |
| Estados Unidos | Estudios universitarios completos | 55.9 | Estudios secundarios incompletos | 19.7 | 36.2 |
| District of Columbia | Estudios universitarios completos | 60.3 | Estudios secundarios incompletos | 20.2 | 40.1 |

Tabla 14
Grupos con Mayor Disparidad en Prevalencia de Estado de Salud Excelente o Muy Bueno en Adultos de 65 Años en Adelante por Estado

Nota: Las personas de origen étnico Hispano se incluyen en la categoría Hispana independientemente de la raza y no se incluyen como parte de categorías individuales de raza. Consulte la sección *Metodología* en la página 24 para obtener una descripción de la forma en que se definieron y seleccionaron los grupos.

Metodología

Desarrollo de Modelo

Las medidas y el modelo del *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings®* fueron desarrollados por un panel de expertos en el área de salud de personas de la tercera edad para la edición inaugural de 2013. El panel recibió la tarea de identificar las áreas de salud y bienestar más pertinentes para la población de adultos mayores y de desarrollar un modelo para evaluar la salud de la población en cada estado.

En marzo de 2014, el panel realizó una reunión telefónica y revisó cada medida incluida en la Edición 2013. Los panelistas recomendaron que se consideraran los siguientes puntos:

1. Cambiar el nombre de la cobertura de medicamentos acreditable por uno más descriptivo, ya que el nombre actual es confuso.
2. Incluir la tasa de suicidios entre personas de la tercera edad como una medida de la salud mental y considerar el uso de dicha medida en lugar de días de mala salud mental.
3. Cambiar los asilos de convalecencia con calificaciones altas a partir del número de camas de 4 y 5 estrellas cada 1,000 adultos de 75 años en adelante por el porcentaje de camas en asilos de convalecencia en un estado que recibieron una calificación de 4 o 5 estrellas.
4. Reemplazar el control del dolor, que es el porcentaje de personas de la tercera edad con artritis que informan que el dolor en las articulaciones no limita sus actividades habituales, por una medida mejor de cumplimiento terapéutico o de activación de pacientes.
5. Identificar medidas mejoradas relacionadas con el aislamiento social.
6. Explorar los indicadores de abuso de personas de la tercera edad, incluso los que señalan la variación en la presentación obligatoria de informes en cada estado.
7. Separar los gastos comunitarios (en función de datos de la Administración sobre el Envejecimiento) en subcategorías para destacar la variación en el uso de diferentes aspectos del programa, como los gastos en atención de la salud en el hogar.
8. Explorar la inclusión de indicadores relacionados con el uso excesivo de atención clínica, como las pruebas de detección de cáncer de próstata.

9. Medir los gastos de atención de la salud de desembolso personal para las personas de la tercera edad.
10. Identificar medidas mejoradas de dieta y/o nutrición.

Para la 2.ª Edición, se implementaron las primeras 3 sugerencias. La cobertura de medicamentos acreditable recibió el nombre de "cobertura de medicamentos de venta con receta". Se agregó el suicidio entre personas de la tercera edad como una medida suplementaria, y los asilos de convalecencia con calificaciones altas fueron reemplazados por la calidad de los asilos de convalecencia. Visite www.americashealthrankings.org/seniorabout para ver un debate sobre el impacto de hacer estos cambios.

Además de las modificaciones que se hicieron a partir de las sugerencias del panel de expertos, la definición de "caídas" se modificó para reflejar los cambios que el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés) hizo a la pregunta de la encuesta. Antes de este año, se preguntó a los encuestados sobre caídas en los últimos 3 meses; este año, se cambió a caídas en los 12 meses anteriores.

Grupo Asesor de Salud de Personas de la Tercera Edad 2014

El Grupo Asesor de Salud de Personas de la Tercera Edad está compuesto por:

Richard Birkel, PhD, MPA
Vicepresidente Sénior, Center for Healthy Aging
Director, Self-Management Alliance
National Council on Aging

Soo Borson, MD
Profesora Emérita,
Facultad de Medicina de la University of Washington
Asesoría e Investigación sobre Cuidados en la Demencia

Randy Brown, PhD
Director de Investigación de Salud
Mathematica Policy Research

Julie Bynum, MD, MPH

Profesora Adjunta de The Dartmouth Institute
Profesora Adjunta de Medicina
Directora Adjunta,
Center for Health Policy Research
The Dartmouth Institute for Health Policy
& Clinical Practice
Facultad de Medicina Geisel en Dartmouth

Tom Eckstein, MBA

Director
Arundel Street Consulting, Inc.

Sarah Milder, MPH

Epidemióloga y autora principal,
America's Health Rankings[®]
Arundel Street Consulting, Inc.

Rhonda Randall, DO

Jefa del Equipo Médico
Soluciones para Jubilados de UnitedHealthcare

Barbara Resnick, PhD, RN, CRNP, FAAN, FAANP

Profesora de Enfermería
Presidenta del Directorio,
Sociedad de Geriátrica Estadounidense
Titular de la Cátedra de Gerontología patrocinada
por Sonya Ziporkin Gershowitz
University of Maryland

Anna Schenck, PhD, MSPH

Profesora de Práctica,
Decana Adjunta para Práctica
Directora, Programa de Liderazgo en Salud Pública
y North Carolina Institute for Public Health
UNC Gillings School of Global Public Health
University of North Carolina at Chapel Hill

Selección de Medidas

Cinco consideraciones principales guiaron el diseño del *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings*[®] y la selección de las medidas individuales:

1. Las clasificaciones generales representan una amplia variedad de problemas que afectan a la salud de la población de personas de la tercera edad.
2. Las medidas individuales utilizan criterios de medición de la salud en común.
3. Los datos deben estar disponibles a nivel estatal.
4. Los datos deben ser actuales y actualizarse periódicamente.
5. El aspecto que se mide debería ser flexible a cambios.

Si bien son imperfectas, se considera que las medidas seleccionadas son los mejores indicadores disponibles de los diversos aspectos de la sanidad de las personas de la tercera edad en este momento.

Al igual que con todos los índices, a la hora de elegir y desarrollar cada medida, se deben ponderar sus aspectos positivos y negativos. Los aspectos que se deben considerar incluyen: 1) la interdependencia de las diferentes medidas; 2) la posibilidad de que la clasificación general pueda ocultar los efectos de las medidas individuales; 3) la imposibilidad de ajustar todos los datos por raza y edad; y 4) el uso de medidas indirectas para calcular algunos efectos en la salud. Estas inquietudes no se pueden tratar directamente mediante el ajuste de la metodología; sin embargo, la asignación de ponderaciones a las medidas individuales puede mitigar su impacto (Tabla 15 en la página 25).

Métodos

Para cada medida, los datos brutos, tal como se obtuvieron de las fuentes mencionadas y ajustados por edad según corresponda, se presentan y mencionan como "valores".

La puntuación de cada estado se basa en la siguiente fórmula. La puntuación se indica como decimal.

$$\text{PUNTUACIÓN} = \frac{\text{VALOR DEL ESTADO} - \text{MEDIA NACIONAL}}{\text{DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE TODOS LOS VALORES ESTATALES}}$$

Esta puntuación, a menudo llamada “puntuación Z”, indica el número de desviaciones estándar correspondiente a un estado según se encuentre por encima o por debajo de la media nacional. El resultado es una puntuación de 0.00 para un estado que tiene el mismo valor que la media nacional. Los estados que tienen un valor superior al promedio nacional tendrán una puntuación positiva, mientras que los que tengan un valor inferior tendrán una puntuación negativa. Las puntuaciones se calculan con 3 decimales y, para impedir que un valor extremo influya excesivamente en una puntuación final, la puntuación máxima que puede recibir un estado para cualquier medida es de más o menos 2000.

Si bien no se dispone de un valor para los Estados Unidos en general, la media nacional se define en el valor promedio de los 50 estados y District of Columbia.

La puntuación global se calcula mediante la suma de las puntuaciones de cada medida multiplicada por su ponderación asignada (porcentaje de la clasificación general total) (consulte la Tabla 15). Nota: Es posible que la suma de las puntuaciones informadas para las medidas individuales no sea igual a las puntuaciones globales debido al redondeo de los números.

La clasificación general consiste en el orden de cada estado de acuerdo con su puntuación global. La clasificación de medidas individuales consiste en el orden de cada estado de acuerdo con su valor. Cuando los valores coinciden, se les asignan clasificaciones iguales.

Ponderación de Medidas

Las ponderaciones combinadas de todas las medidas suman un total del 100 por ciento (Tabla 15). Los determinantes representan el 75 por ciento de la clasificación general y los resultados representan el 25 por ciento. En lugar de asignar una ponderación individual a cada medida, las ponderaciones se asignan a cada categoría del modelo. Dentro de cada categoría, las medidas individuales se ponderan por igual.

La columna “Total (%)” indica la ponderación de cada medida para determinar la clasificación general. La columna “Efecto en la Puntuación”

presenta de qué forma cada medida se relaciona positiva o negativamente con la clasificación general. Por ejemplo, una alta prevalencia de consumo de tabaco entre los adultos mayores tiene un efecto negativo sobre la puntuación y empeorará la clasificación de un estado, en tanto que un aumento en el porcentaje de adultos mayores con control del dolor tiene un efecto positivo sobre la puntuación y mejorará la clasificación general de un estado.

Disparidades en la Salud

En la Edición 2014, se analizaron 3 indicadores derivados del Sistema de Vigilancia de Factores del Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés) —inactividad física, obesidad y estado de salud— en función de las disparidades en la salud. (El apoyo social se analizó en la Edición 2013, pero los datos no se actualizaron en el último año). Las tasas se calcularon según sexo, raza/origen étnico (6 divisiones), ingresos (4 divisiones), educación (4 divisiones) y residencia urbana (3 divisiones). La brecha más grande dentro de cada una de estas categorías se destaca siempre que haya, al menos, 100 observaciones presentes para cada división y la diferencia en la tasa de habitantes supere el 5 por ciento.

La raza/los grupos étnicos son: blancos no hispanos, negros no hispanos, hispanos, asiáticos no hispanos, nativos de Hawaii/Islas del Pacífico no hispanos y nativos norteamericanos/de Alaska no hispanos. Las divisiones de ingresos son: ingresos familiares de menos de \$25,000, ingresos familiares de \$25,000 a menos de \$50,000, ingresos familiares de \$50,000 a menos de \$75,000 e ingresos familiares de \$75,000 o más. Las divisiones de educación son: estudios universitarios completos, estudios universitarios incompletos, estudios secundarios completos o equivalente, y estudios secundarios incompletos. Las 3 divisiones dentro de la categoría de residencia urbana son: urbana (aquellos que residen en una ciudad central dentro de un Área Estadística Metropolitana —MSA, por sus siglas en inglés—), suburbana (aquellos que residen fuera de una ciudad central en un MSA, en MSA suburbanas y en un MSA que no tiene ciudad central) y no MSA (aquellos que residen en condados que no se encuentran en un MSA). Todas las categorías son determinadas por datos autoinformados.

Tabla 15
Ponderación de
Medidas

| NOMBRE DE LA MEDIDA | % DEL TOTAL | EFEECTO EN LA PUNTUACIÓN |
|--|--------------------|---------------------------------|
| DETERMINANTES | | |
| COMPORTAMIENTOS | 25.0 | |
| Consumo de Tabaco | 3.6 | Negativo |
| Consumo Crónico de Alcohol | 3.6 | Negativo |
| Obesidad | 3.6 | Negativo |
| Bajo Peso | 3.6 | Negativo |
| Inactividad Física | 3.6 | Negativo |
| Visitas Dentales | 3.6 | Positivo |
| Control del Dolor | 3.6 | Positivo |
| COMUNIDAD Y ENTORNO-MACRO | 10.0 | |
| Pobreza | 3.3 | Negativo |
| Voluntariado | 3.3 | Positivo |
| Calidad de Asilos de Convalecencia | 3.3 | Positivo |
| COMUNIDAD Y ENTORNO-MICRO | 10.0 | |
| Apoyo Social | 3.3 | Positivo |
| Inseguridad Alimentaria | 3.3 | Negativo |
| Apoyo Comunitario | 3.3 | Positivo |
| POLÍTICA | 15.0 | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados | 5.0 | Negativo |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta | 5.0 | Positivo |
| Escasez de Geriatras | 5.0 | Negativo |
| ATENCIÓN CLÍNICA | 15.0 | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado | 1.5 | Positivo |
| Atención Hospitalaria Recomendada | 1.5 | Positivo |
| Vacuna contra la Gripe | 1.5 | Positivo |
| Exámenes de Salud | 1.5 | Positivo |
| Control de la Diabetes | 1.5 | Positivo |
| Atención de Salud en el Hogar | 1.5 | Positivo |
| Hospitalizaciones Prevenibles | 1.5 | Negativo |
| Nuevas Admisiones en el Hospital | 1.5 | Negativo |
| Cuidados Paliativos | 1.5 | Positivo |
| Muertes en Hospital | 1.5 | Negativo |
| RESULTADOS | 25.0 | |
| Uso de UCI | 3.1 | Negativo |
| Caídas | 3.1 | Negativo |
| Fracturas de Cadera | 3.1 | Negativo |
| Estado de Salud | 3.1 | Positivo |
| Capacidad Física | 3.1 | Positivo |
| Muerte Prematura | 3.1 | Negativo |
| Extracciones Dentales | 3.1 | Negativo |
| Días de Mala Salud Mental | 3.1 | Negativo |
| CLASIFICACIÓN DE SALUD GENERAL | 100.0 | |

*Nota: Es posible que el total de los pesos individuales no sume el 100 por ciento debido al redondeo de las cifras.

Descripción de Medidas

La Tabla 16 resume cada una de las medidas básicas, incluso el año y la fuente de los datos, del *Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings*[®]. Inmediatamente sigue un breve análisis de la importancia de cada medida. Luego de las descripciones de las medidas básicas, se brinda un resumen de las medidas suplementarias. Consulte la Tabla 17 para ver una lista de medidas suplementarias. Los datos de cada medida son los más actualizados disponibles en el momento en que se compiló el informe.

Las tablas de datos completos se encuentran en www.americashealthrankings.org/senior/defn.

Determinantes de Salud

COMPORTAMIENTOS

Siete medidas reflejan los comportamientos que se pueden modificar a través de una combinación de intervenciones personales, comunitarias y clínicas: consumo de tabaco, consumo crónico de alcohol, obesidad, bajo peso, inactividad física, visitas dentales y control del dolor. Estos determinantes de salud miden comportamientos y actividades que tienen un efecto inmediato o tardío en la salud de los estadounidenses mayores. No obstante, la selección de estos 7 puntos no implica que sean los únicos comportamientos subyacentes que deban tratarse en una iniciativa integral de salud pública para mejorar la salud de las personas de la tercera edad. Se pueden encontrar otras sugerencias de iniciativas individuales para adultos mayores en *Healthy People 2020*, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Washington, DC, disponible en www.healthypeople.gov.

El consumo de tabaco es la prevalencia de personas de la tercera edad que fuman productos de tabaco habitualmente. Se define como el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haber fumado, al menos, 100 cigarrillos en su vida y que, actualmente, fuman todos los días o algunos días. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos del Sistema de Vigilancia de Factores del Comportamiento (BRFSS) 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/smoking_sr.

El consumo de tabaco tiene un impacto adverso sobre la salud general muy bien documentado. Es la principal causa de muerte prevenible en los Estados Unidos. Cada año, el consumo de tabaco y el humo de segunda mano ocasionan, aproximadamente, 443,000 muertes, y otros 8.6 millones de personas contraen una enfermedad grave a raíz del consumo de tabaco.^{6,7} En promedio, los no fumadores viven 10 años más que los fumadores.⁸ El consumo de tabaco daña casi todos los órganos del cuerpo y ocasiona muchas enfermedades, incluso enfermedades respiratorias y cardíacas, derrames cerebrales y cáncer.⁹ Entre los adultos de 65 años o más que fuman, los hombres tienen el doble de probabilidad, y las mujeres tienen una probabilidad

1.5 veces mayor, de morir a causa de un derrame cerebral que los no fumadores del mismo grupo etario.¹⁰ El consumo de tabaco actual se asocia con una reducción acelerada de las funciones cognitivas, y el consumo de tabaco en el pasado se reconoce cada vez más como un factor de riesgo para la demencia y el deterioro prematuro.^{11,12} No solo los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir consecuencias de salud negativas, sino que aquellos que están expuestos a humo de segunda mano también se enfrentan a efectos graves en la salud, que incluyen infecciones respiratorias en niños y enfermedades cardíacas y cáncer en adultos.¹³ Se estima que el consumo de tabaco tiene un costo de \$96 mil millones en gastos médicos directos y de \$97 mil millones en pérdida de productividad en forma anual.¹⁴

El consumo de tabaco es un hábito del estilo de vida que una persona puede tratar con el apoyo de la comunidad y, si es necesario, con intervención clínica. Dejar de fumar, incluso para fumadores de mayor edad, puede tener profundos beneficios en el estado de salud actual, así como resultados a largo plazo.¹⁵ Dejar de fumar entre los 45 y los 54 años tiene como resultado un aumento de la expectativa de vida de 6 años, y dejar de fumar entre los 55 y los 64 años produce un aumento comparable de 4 años.⁸ A corto plazo, la mayor parte del riesgo atribuible al consumo de tabaco de desarrollar una enfermedad cardiovascular se puede superar dentro de los 5 años después de haber

6. Adhikari B. Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004. *MMWR*. 2008;57(45):1226.
7. Centers for Disease Control and Prevention. *Tobacco Use: Targeting the Nation's Leading Killer*. 2011. http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/pdf/2011/tobacco_aag_2011_508.pdf. Fecha de acceso: enero 9, 2014.
8. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun, M, Anderson RN, et al. 21st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):341-350.
9. Smoking and tobacco use. Centers for Disease Control and Prevention Web site. <http://www.cdc.gov/tobacco/>. Actualizado en diciembre 17, 2013. Fecha de acceso: enero 9, 2014.
10. Smoking and older adults. American Lung Association Web site. <http://www.lung.org/stop-smoking/about-smoking/facts-figures/smoking-and-older-adults.html>. Actualizado en febrero de 2010. Fecha de acceso: enero 9, 2014.
11. Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O'Kearney R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol*. 2007;166(4):367-378.
12. Mons U, Schottker B, Muller H, Kliegel M, Brenner H. History of lifetime smoking, smoking cessation and cognitive function in the elderly population. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(10):823-831.
13. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
14. Agaku I, King B, Dube SR. Current cigarette smoking among adults—United States, 2011. *MMWR*. 2012;61(44):889-894.

dejado de fumar.¹⁶ El riesgo de ataque cardiaco se reduce notablemente 1 año después de dejar de fumar, el riesgo de derrame cerebral se reduce, aproximadamente, al mismo nivel que el de un no fumador después de 2 a 5 años, y el riesgo de morir de cáncer de pulmón se reduce a la mitad después de 10 años de dejar de fumar.¹³

Una gran variedad de intervenciones son eficaces para ayudar a dejar de fumar tanto a nivel individual como comunitario.¹⁷ En las últimas décadas, se ha intentado llevar a cabo iniciativas políticas, como impuestos sobre el consumo y prohibiciones de fumar, las que han sido eficaces para aumentar la cantidad de personas que dejaron de fumar, para evitar que los no fumadores adquirieran el hábito y para disminuir los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco.^{18,19} Desde el primer informe del Director de Salud Pública de los EE. UU. sobre el consumo de tabaco y la salud hace 50 años, la política de control del consumo de dicha sustancia ha aumentado la expectativa de vida de

hombres y mujeres en, aproximadamente, 2.3 y 1.9 años, respectivamente.²⁰ Debido a los efectos negativos generalizados sobre la salud del humo de segunda mano, la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco y la creación de entornos libre de humo pueden tener un impacto profundo en toda la comunidad.¹³ Para obtener más información y recursos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, visite www.smokefree.gov/.

La prevalencia del consumo de tabaco entre adultos de 65 años y mayores varía desde el 4.7 por ciento en Utah hasta el 14.2 por ciento en Nevada. En todo el país, el 8.7 por ciento de las personas de la tercera edad fuman cigarrillos.

El **Consumo Crónico de Alcohol** es la prevalencia de personas que beben demasiado entre los adultos de 65 años en adelante. El consumo crónico de alcohol se define como más de 60 bebidas con alcohol para los hombres y más de 30 bebidas con alcohol para las mujeres en los últimos 30 días. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos autoinformados del BRFSS 2012, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/chronic_drinking_sr.

Si bien se ha demostrado que el consumo moderado de alcohol reduce las tasas de mortalidad por todas las causas en los adultos mayores,²¹ el consumo excesivo de alcohol es la tercera causa de muerte prevenible en los Estados Unidos, ya que representa, aproximadamente, 88,000 muertes atribuibles cada año.²² El consumo excesivo de dicha sustancia contribuye significativamente a las casi 35,000 muertes por accidentes en vehículos motorizados que se producen por año, y el alcohol es parte de un tercio de todas esas muertes.²³

El consumo excesivo de alcohol en adultos mayores puede ocasionar trastornos del sueño, depresión, ansiedad, suicidio, enfermedades hepáticas, enfermedades cardiovasculares, incluso derrame cerebral, y cáncer de cabeza, cuello y esófago.^{22,24} También puede ocasionar problemas neurológicos; la demencia es 5 veces más prevalente en personas de la tercera edad alcohólicas que en las que no lo son.²⁴ El deterioro agudo ocasionado por beber excesivamente puede causar lesiones por accidentes, como caídas, así como lesiones y muertes en vehículos motorizados relacionadas con el alcohol.^{22,24} En 2006, el consumo excesivo de alcohol tuvo un costo de \$223.5 mil millones en los Estados Unidos,²⁶ con un costo estatal mediano de \$2.9 mil millones.²⁷

Hay estudios que revelan que se produce una disminución general en el consumo de alcohol a medida que aumenta la edad.²⁸ No obstante, el abuso de alcohol en la población adulta mayor, a menudo, no se informa por completo, no se detecta y no se diagnostica en forma correcta.²⁴

15. Taylor DH, Hasselblad V, Henley J, Thun MD, Sloan FA. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health*. 2002; 92:990-6.
16. Gellert C, Schottker B, Muller H, Holleczeck B, Brenner H. Impact of smoking and quitting on cardiovascular outcomes and risk advancement periods among older adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(8):649-658.
17. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Brug J. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: A systematic review of reviews. *Eur J Cancer Prev*. 2008;17(6):535.
18. Chaloupka FJ. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control*. 2011;20(3):235.
19. Naiman A. Association of anti-smoking legislation with rates of hospital admission for cardiovascular and respiratory conditions. *Can Med Assoc J*. 2010;182(8):761.
20. Holford TR, Meza R, Warner KE, Meernik C, Jeon J, Moolgavkar SH, et al. Tobacco control and the reduction in smoking-related premature deaths in the United States, 1964-2012. *JAMA*. 2014;311(2):164-171.
21. Paganini-Hill A, Kawas CH, Corrada MM. Type of alcohol consumed, changes in intake over time and mortality: the Leisure World Cohort Study. *Age Ageing*. Marzo de 2007;36(2):203-9.
22. Fact sheets-Alcohol use and health. Alcohol and Public Health. Centers for Disease Control and Prevention Web site. <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>. Fecha de acceso: marzo 4, 2014.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Vital Signs: Alcohol-Impaired Driving Among Adults — United States, 2010. *MMWR*. 2011;60(39).
24. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *Am Fam Physician*. 2000;61:1710-1716.
25. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol*. 2012;47(6):411-416.
26. Bouchery EE, Harwood HJ, Sacks JJ, Simon CJ, Brewer RD. Economic costs of excessive alcohol consumption in the US, 2006. *Am J Prev Med*. 2011;41(5):516.
27. Sacks JJ, Roeber J, Bouchery EE, Gonzales K, Chaloupka FJ, Brewer RD. State costs of excessive alcohol consumption, 2006. *Am J Prev Med*. 2013;45:474-85.
28. The International Center for Alcohol Policies. Module 23: Alcohol and the elderly. *The ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Prevention Approaches*. <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=JrDTh3DzjMw%3d&tabid=181>. Fecha de acceso: marzo 5, 2013.

Tabla 16
Resumen Descriptivo de las Medidas

MEDIDAS BÁSICAS

| DETERMINANTES | DESCRIPCIÓN | FUENTE | AÑO(S) DE LOS DATOS |
|------------------------------------|---|---|------------------------|
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que fuman regularmente (fumaron, al menos 100 cigarrillos en su vida y, actualmente, fuman todos los días o algunos días). | BRFSS de CDC | 2012 |
| Consumo Crónico de Alcohol | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que consumieron más de 60 bebidas con alcohol en los últimos 30 días para los hombres y más de 30 bebidas con alcohol en los últimos 30 días para las mujeres. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Obesidad | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante considerados obesos con un índice de masa corporal (IMC) de 30.0 o más. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Bajo peso | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante con estado de salud bueno o mejor considerados por debajo de su peso con un índice de masa corporal (IMC) de 18.5 o menos. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Inactividad Física | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante con estado de salud bueno o mejor que informan no haber hecho actividad física o ejercicio (como correr, calistenia, golf, jardinería o caminar) que no sea su trabajo regular en los últimos 30 días. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Visitas Dentales | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haber visitado a un profesional de la salud dental en los últimos 12 meses. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Control del Dolor | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante con artritis que informan que el dolor en las articulaciones o la artritis no limita sus actividades habituales. | BRFSS de CDC | 2011 |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO-MACRO | | | |
| Pobreza | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que viven en hogares 100 por ciento en el umbral de pobreza o por debajo de este. | ACS, Oficina de Censo de los EE. UU. | 2010–2012 |
| Voluntariado | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haberse ofrecido como voluntarios a través de una organización o para una en los últimos 12 meses. | CPS, Oficina de Censo de los EE. UU. | 2010–2012 |
| Calidad de Asilos de Convalecencia | Porcentaje de camas en asilos de convalecencia certificados con una calificación de 4 o 5 estrellas. | CMS | 2012 |
| COMUNIDAD Y ENTORNO—MICRO | | | |
| Apoyo Social | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que reciben suficiente apoyo social y emocional. | BRFSS de CDC | 2010 |
| Inseguridad alimentaria | Porcentaje de adultos de 60 años en adelante que tienen inseguridad alimentaria en situación marginal. | Fundación Nacional para Terminar con el Hambre en la Tercera Edad | 2011 |
| Apoyo comunitario | Gastos totales registrados por la Administración sobre el Envejecimiento (AoA, por sus siglas en inglés) divididos por la cantidad de adultos de 65 años en adelante que viven en la pobreza. | AoA y Oficina de Censo de los EE. UU. | 2011 |

| DETERMINANTES | DESCRIPCIÓN | FUENTE | AÑO(S) DE LOS DATOS |
|--|---|---------------------------------------|------------------------|
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados | Porcentaje de residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados de acuerdo con la definición amplia (no se requiere asistencia médica para actividades de la vida diaria de pérdida tardía). | Brown University | 2010 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que tienen un plan acreditable de medicamentos de venta con receta. | CMS, Datos de Salud Estatal de Kaiser | 2010 |
| Escasez de Geriatras | Porcentaje del déficit estimado de geriatras [escasez estimada/número mínimo requerido]. | Sociedad de Geriatria Estadounidense | 2014 |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener un médico o un proveedor de atención de la salud personal. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Atención Hospitalaria Recomendada | Porcentaje de pacientes hospitalizados de 65 años en adelante que recibieron la atención recomendada para ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, pulmonía y procedimientos quirúrgicos. | The Commonwealth Fund | 2012–2013 |
| Vacuna contra la Gripe | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que recibieron una vacuna contra la gripe en el último año. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Exámenes de Salud | Porcentaje de adultos de 65 a 74 años que recibieron mamografías y/o exámenes de sangre oculta en heces/colonoscopia/sigmoidoscopia dentro del período recomendado. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Control de la Diabetes | Porcentaje de beneficiarios de Medicare de 65 a 75 años con diabetes que reciben análisis de lípidos en sangre. | Dartmouth Atlas | 2010 |
| Atención de Salud en el Hogar | Cantidad de trabajadores de cuidados directos que prestan servicios como auxiliares de salud en el hogar, de atención en el hogar y personal cada 1,000 adultos de 75 años en adelante. | BLS, Censo de los EE. UU. | 2012 |
| Hospitalizaciones Prevenibles | Número de altas para condiciones susceptibles a la atención ambulatoria cada 1,000 beneficiarios de Medicare. | Dartmouth Atlas | 2011 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital | Porcentaje de pacientes de 65 años en adelante que fueron admitidos nuevamente en el hospital dentro de los 30 días del alta. | Dartmouth Atlas | 2010 |
| Cuidados Paliativos | Porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que estaban inscritos en cuidados paliativos durante los últimos 6 meses de vida después del diagnóstico de una condición con altas probabilidades de muerte. | Dartmouth Atlas | 2010 |
| Muertes en Hospital | Porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que murieron en un hospital. | Dartmouth Atlas | 2010 |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI | Porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que pasan 7 días o más en la UCI/UCC durante los últimos 6 meses de vida. | Dartmouth Atlas | 2007 |
| Caídas | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haberse caído en los últimos 12 meses. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Fracturas de Cadera | Tasa de hospitalización por fractura de cadera cada 1,000 beneficiarios de Medicare. | Dartmouth Atlas | 2007 |
| Estado de Salud | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener una salud muy buena o excelente. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Capacidad Física | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante sin discapacidades. | ACS, Censo de los EE. UU. | 2012 |
| Muerte Prematura | Cantidad de muertes cada 100,000 adultos de 65 a 74 años. | NCHS de CDC | 2010 |
| Extracciones Dentales | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante con extracción dental completa. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Días de Mala Salud Mental | Cantidad de días en los 30 días previos en que una persona de 65 años en adelante indica que sus actividades se limitaron debido a dificultades de salud mental. | BRFSS de CDC | 2012 |

Tabla 17
Resumen de Medidas Suplementarias

MEDIDAS BÁSICAS

| MEDIDAS SUPLEMENTARIAS | DESCRIPCIÓN | FUENTE | AÑO(S) DE LOS DATOS |
|--------------------------------|--|---|---------------------|
| Educación | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que poseen un título universitario. | ACS 2012, Oficina de Censo de los EE. UU. | 2009-2011 |
| Múltiples Condiciones Crónicas | Porcentaje de beneficiarios de Medicare con 4 o más condiciones crónicas. | CMS | 2007-2011 |
| Función Cognitiva | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener dificultades cognitivas. | ACS 2012, Oficina de Censo de los EE. UU. | 2009-2011 |
| Depresión | Porcentaje de adultos de 65 años en adelante a los que un profesional de la salud les dijo que tienen trastorno depresivo. | BRFSS de CDC | 2012 |
| Suicidio | Cantidad de muertes debido a lesiones autoinfligidas intencionales cada 100,000 adultos de 65 años en adelante. | NCHS de CDC | 2010 |

El Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos (Preventive Services Task Force) de los Estados Unidos recomienda que los profesionales clínicos controlen a todos los adultos para verificar si existe abuso de alcohol y que brinden a personas que beban en forma riesgosa o peligrosa intervenciones de asesoría conductual breves para reducir dicho abuso.²⁹ NIHSeniorHealth ofrece sugerencias para ayudar a las personas de la tercera edad a dejar de consumir alcohol o reducir dicho consumo en <http://nihseniorhealth.gov/alcoholuse/gettinghelp/01.html>.³⁰

La prevalencia del consumo crónico de alcohol entre adultos de 65 años y más varía de menos del 2.0 por ciento en Kansas, Oklahoma y West Virginia al 5.7 por ciento en Oregon y Wisconsin. En todo el país, el 3.8 por ciento de las personas de la tercera edad son bebedoras crónicas de alcohol.

La **Obesidad** es el porcentaje de la población de 65 años en adelante considerada obesa, lo que se define como tener un índice de masa corporal (IMC) de 30.0 o más. El IMC, según lo definen los CDC, es igual al peso en libras dividido por la estatura en pulgadas al cuadrado y, luego, multiplicado por 703. Los CDC tienen una calculadora de IMC en www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/calc-bmi.htm. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos de peso y estatura autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se pueden encontrar en www.americashealthrankings.org/all/obesity_sr.

La obesidad es una de las mayores amenazas a la salud en los Estados Unidos. Contribuye significativamente a una variedad de enfermedades graves, que incluyen enfermedades cardíacas, diabetes, derrame cerebral y determinados tipos de cáncer, así como mala salud general.³¹ La obesidad es una causa principal de muerte prevenible y ocasiona, aproximadamente, 200,000 muertes por año en los Estados Unidos.³² Entre 1986 y 2006, el porcentaje estimado de muertes de adultos asociadas con el sobrepeso y la obesidad fue del 5.0 y del 15.6 por ciento para hombres negros y blancos, y del 26.8 y del 21.7 por ciento para mujeres negras y blancas, respectivamente.³³

Los costos médicos directos de tratar la obesidad y los problemas de salud relacionados con la

obesidad son abrumadores. En 2008, se estimó que se gastaron \$147 mil millones en obesidad y en problemas de salud relacionados con la obesidad.³⁴ La obesidad es más prevalente que el consumo de tabaco y está altamente asociada con condiciones crónicas y mala salud física general, en forma similar al consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol.³⁵

Las causas de la obesidad son complejas e incluyen el estilo de vida y el entorno social y físico, así como la genética y los antecedentes médicos. Los adultos mayores tienen mayores probabilidades de alimentarse mal y realizar menor actividad física, factores que contribuyen enormemente al estilo de vida de la obesidad.³⁶ Desde la década de 1980, la ingesta de energía ha aumentado en forma constante, y el gasto de energía ha disminuido, lo cual lleva a un creciente desequilibrio de energía que refleja en gran medida las tasas de obesidad.³⁷ Pruebas cada vez más contundentes ilustran la importancia del entorno en la epidemia de obesidad y la necesidad de un cambio del entorno

29. US Preventive Services Task Force. *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement*. AHRQ Publication No. 12-05171-EF-3. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/alc misuse/alc misusefinalrs.htm>. Fecha de acceso: octubre 3, 2013.
30. Alcohol use and older adults: Getting help. NIHSeniorHealth Web site. <http://nihseniorhealth.gov/alcoholuse/getting-help/01.html>. Fecha de acceso: marzo 4, 2014.
31. Overweight and obesity. Centers for Disease Control and Prevention Web site. <http://www.cdc.gov/obesity/>. Actualizado en mayo 24, 2012. Fecha de acceso: julio 24, 2012.
32. Danaei G. The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*. 2009;6(4).
33. Masters RK, Reither EN, Powers DA, Yang YC, Burger AE, Link BG. The impact of obesity on US mortality levels: the importance of age and cohort factors in population estimates. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1895-1901.
34. Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: Payer- and service-specific estimates. *Health Affairs*. 2009;28(5): w822-w831.
35. Sturm R. Does obesity contribute as much to morbidity as poverty or smoking? *Public Health*. 2001;115(3):229.
36. Elsayay B, Higgins KE. Physical activity guidelines for older adults. *Am Fam Physician*. 2010; Jan 1; 81(1):55-59.
37. Finkelstein EA. Economic causes and consequences of obesity. *Annu Rev Public Health*. 2005;26(1):239.

para que se puedan facilitar mejor los cambios en el estilo de vida.³⁸

Si bien la obesidad se asocia con un mayor riesgo de desarrollar condiciones de salud mencionadas previamente, la pérdida de peso se asocia con una atenuación de dichos riesgos.⁴¹ Existen intervenciones exitosas que tienen como objetivo una variedad de poblaciones a través de una variedad de estrategias, desde programas de prevención en las escuelas hasta programas centrados en adultos que entran a la tercera edad.^{39,40} Los CDC crearon una lista de recursos útiles para intervenciones a nivel comunitario que tienen el objetivo de reducir las tasas de obesidad en http://www.cdc.gov/obesity/downloads/community_strategies_guide.pdf.

La prevalencia de la obesidad entre adultos de 65 años y mayores varía desde el 20.0 por ciento en Hawái y Colorado hasta el 30.4 por ciento en Louisiana. En todo el país, el porcentaje de personas de la tercera edad obesas es del 25.8 por ciento. Una revisión sistemática que comparó el peso y la estatura medidos con el peso y la estatura autoinformados determinó que los encuestados que autoinformaron tienden a sobrestimar la estatura y a subestimar el peso.⁴² Las tasas de prevalencia presentadas, probablemente, sean una subestimación de la verdadera prevalencia de la obesidad entre los adultos mayores.

El **bajo peso** es el porcentaje de la población de 65 años en adelante con estado de salud bueno o mejor considerados por debajo de su peso, lo que se define como tener un índice de masa corporal (IMC) de 18.5 o menos. El IMC, según lo definen los CDC, es igual al peso en libras dividido por la estatura en pulgadas al cuadrado y, luego, multiplicado por 703. Los CDC tienen una calculadora de IMC en www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/calc-bmi.htm. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos de peso y estatura autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se pueden encontrar en www.americashealthrankings.org/all/underweight_sr.

La buena alimentación es fundamental para las personas de la tercera edad. La ingesta de calorías

insuficientes y las deficiencias en micronutrientes pueden debilitar un sistema inmunitario afectado por el envejecimiento. Los adultos mayores que tienen bajo peso tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades agudas y de morir. Las personas de la tercera edad malnutridas tienen mayor riesgo de caídas, hospitalizaciones, largas estancias en el hospital y complicaciones postoperatorias. Habitualmente, los individuos con bajo peso son más frágiles, lo cual puede contribuir a que tengan dificultades con las actividades de la vida diaria y la necesidad de ser asistidos por cuidadores.⁴³ La malnutrición también puede contribuir a la mala cicatrización de heridas, a la confusión y a una capacidad disminuida de rehabilitación.⁴⁴ El aislamiento social, la pobreza, los trastornos psicológicos, la función social, los medicamentos y la mala salud bucal son factores que hacen que los adultos mayores se encuentren en mayor riesgo de estar malnutridos.⁴⁵ Es posible que los individuos de peso normal también sufran de malnutrición, lo cual hace que para los médicos sea difícil de diagnosticar y tratar.⁴⁵ Si bien el bajo peso es solo una consecuencia posible de la malnutrición, es la medida más relevante disponible para evaluar la malnutrición.

No se han realizado muchos estudios sobre los beneficios de revertir la malnutrición. No obstante, resultados preliminares muestran mejoras en la función inmunitaria, las deficiencias bioquímicas, el peso, los tiempos de rehabilitación y la duración de las estancias en el hospital.⁴⁶ Es posible que, para prevenir la malnutrición entre las personas de la tercera edad hagan falta múltiples enfoques, que incluyen concientizar sobre el tema, educar a los adultos mayores y a los cuidadores sobre la forma apropiada de alimentarse, mejorar el contexto social de las comidas, fomentar la actividad física, brindar mejor entrenamiento para los trabajadores de la atención sobre control nutricional y usar herramientas de evaluación para abordar el estado nutricional.⁴³ La Iniciativa de Detección de Nutrición (Nutrition Screening Initiative) ha creado una herramienta de autoevaluación para ayudar a los adultos mayores a determinar su salud nutricional, la cual está disponible en http://www.jblearning.com/samples/0763730629/Frank_Appendix10D.pdf. La Mayo Foundation ofrece sugerencias para los cuidadores respecto de cómo prevenir y detectar la malnutrición en adultos mayores en <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/caregivers/in-depth/senior-health/art-20044699?pg=1>. Para ver recursos adicionales sobre nutrición para adultos mayores, consulte <https://fnic.nal.usda.gov/lifecycle-nutrition/aging>.

La prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso oscila entre el 0.8 por ciento de los adultos de 65 años en adelante en South Dakota y el 4.0 por ciento en Hawái. En todo el país, el 1.6 por ciento de las personas de la tercera edad tienen bajo peso.

La **inactividad física** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante con estado de salud bueno o mejor que informan no haber hecho actividad física o ejercicio (como correr, calistenia,

-
38. Papas MA. The built environment and obesity. *Epidemiol Rev*. 2007;29(1):129.
 39. Malnick SDH. The medical complications of obesity. *QJM*. 2006;99(9):565
 40. Shaya FT. School-based obesity interventions: A literature review. *J Sch Health*. 2008;78(4):189.
 41. McTigue KM. Obesity in older adults: A systematic review of the evidence for diagnosis and treatment. *Obesity*. 2006;14(9):1485.
 42. Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: A systematic review. *Obesity Reviews*. 2007;8(4):307-326.
 43. Population Reference Bureau. Underweight, undernutrition and the aging. *Today's Research on Aging*. Edición 8; 2007.
 44. Sullivan D, Patch G, Walls R, Lipschitz D. Impact of nutrition status on morbidity and mortality in a select population of geriatric rehabilitation patients. *Am J Clin Nutr*. 1990;51:749-58.
 45. Rauscher C. Malnutrition among the elderly. *Can Fam Physician*. 1993;39:1395-1403.
 46. Goode H, Penn N, Kelleher J, Walker B. Evidence of cellular zinc depletion in hospitalized but not in healthy elderly subjects. *Age Ageing*. 1991;20:345-48.

golf, jardinería o caminar) que no sea su trabajo regular en los últimos 30 días. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/physical_inactivity.

La disminución de la masa muscular y la fuerza es un proceso natural del envejecimiento, lo cual dificulta que muchos adultos mayores se mantengan activos a medida que envejecen. Solo el 40 por ciento de los adultos mayores participan en actividades físicas regulares.⁴⁷ La inactividad física aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad y muerte prematura.^{48,49} También se asocia con muchos factores sociales y ambientales, que incluyen un nivel educativo bajo, estado socioeconómico, delitos de violencia y pobreza.⁵⁰ La inactividad física es responsable de, aproximadamente, \$24 mil millones en costos médicos directos⁵¹ y casi 200,000 muertes cada año—o 1 en 10—.⁵²

Afortunadamente, se ha demostrado que la actividad física aumenta la densidad ósea, reduce las caídas y ayuda a reducir la depresión en estadounidenses mayores.⁵³ El aumento de la actividad física, en especial, si no se realiza ninguna actividad, puede no solo prevenir numerosas enfermedades crónicas, sino que también puede ayudar a controlarlas.⁵⁴ Incluso aumentos moderados de la actividad física pueden reducir en gran medida el riesgo de resultados de salud adversos. Las intervenciones centradas en los comportamientos en cuanto a actividad física entre los adultos mayores han demostrado ser eficaces, y las intervenciones por Internet parecen prometedoras, dado que los adultos mayores son cada vez más propensos a usar Internet para investigar temas relacionados con la salud.⁵⁵ Para obtener estrategias y herramientas que los profesionales de la salud pública puedan utilizar para fomentar las actividades físicas basadas en la comunidad para adultos mayores, consulte http://www.cdc.gov/aging/pdf/community-based_physical_activity_programs_for_older_adults.pdf. Para obtener recursos y sugerencias sobre la forma en que los estadounidenses mayores pueden agregar actividad física a sus vidas, visite <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/olderadults.html>.

La prevalencia de la inactividad física entre adultos de 65 años y más varía de menos del 22.0 por ciento en Oregon, California y Colorado al 36.0 por ciento en Kentucky y Oklahoma. En todo el país, el 28.7 por ciento de las personas de la tercera edad no hacen actividad física.

Las **Visitas Dentales** son el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haber visitado a un profesional de la salud dental en los últimos 12 meses. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se pueden encontrar en www.americashealthrankings.org/all/dental_visit_sr. Debido a un cambio en la metodología en el BRFSS 2011, las tasas de visitas dentales de esta Edición no se pueden comparar directamente con

las estimaciones publicadas en la Edición 2013.

A medida que envejecemos, la salud bucal es uno de los principales responsables de la salud general. La salud bucal empeora naturalmente con la edad, y si no se mantienen cuidados de rutina, pueden surgir problemas con rapidez. Las visitas dentales están vinculadas con la cobertura de seguro dental; en 2004, solo el 24 por ciento de los adultos de 65 años en adelante tenían cobertura dental privada.⁵⁶ La mayoría de los individuos pierden la cobertura de seguro dental cuando se jubilan, y Medicare, generalmente, no cubre la atención dental, con lo cual la amplia mayoría de los adultos mayores deben pagar todos los gastos dentales—o la mayoría de ellos— de su propio bolsillo, lo que tiene un impacto sobre el uso de la atención dental.⁵⁷ Estos hechos, combinados con el bajo acceso a la atención dental para muchos adultos mayores, han ocasionado un incremento en los índices de enfermedades dentales en este grupo etario y una gran disparidad entre las razas.⁵⁸

Las enfermedades periodontales se asocian con las enfermedades crónicas, incluso con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares, diabetes y cáncer oral.⁵⁹ Además de aumentar el riesgo de enfermedades crónicas, la mala salud bucal también puede tener un enorme impacto sobre la calidad de vida y, potencialmente, ocasionar dolor y sufrimiento y, así, afectar negativamente la capacidad de masticar, hablar e interactuar socialmente. La mayor necesidad dental informada por los adultos mayores es la

-
47. Belza B, PRC-HAN Physical Activity Conference Planning Workgroup. *Moving Ahead: Strategies and Tools to Plan, Conduct, and Maintain Effective Community-Based Physical Activity Programs for Older Adults*. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, Georgia. 2007.
 48. Hu FB. Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. *Lipids*. 2003;38(2):103.
 49. King AC. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through physical activity: Issues and opportunities. *Health Educ Behav*. 1995;22(4):499.
 50. King AC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psycho*. 2000;19(4):354.
 51. Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;31(11 Suppl):S663-7.
 52. Danaei G. The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*. 2009;6(4).
 53. Evans WJ. Exercise training guidelines for the elderly. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;31(1):12-7.
 54. Weiler R, Stamatakis E, Blair S. Should health policy focus on physical activity rather than obesity? Yes. *BMJ*. 2010;340(7757):1170-1171.
 55. Mouton A, Cloes M. Web-based interventions to promote physical activity by older adults: promising perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health*. 2013; 71(1): 16.
 56. Manski RJ, Moeller J, Pepper JV. Dental care coverage and retirement. *J Public Health Dent*. 2010 Winter, 70(1): 1-12.
 57. Vargas CM, Kramarow EA, Yellowitz JA. The oral health of older Americans. *Aging Trends*, No. 3. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2001.
 58. Periodontal disease in seniors (age 65 and over). National Institute of Dental and Craniofacial Research Web site. <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/GumDisease/PeriodontaldiseaseSeniors65over>. Fecha de acceso: enero 22, 2013.
 59. Gum disease and other diseases. American Academy of Periodontology Web site. <http://www.perio.org/consumer/other-diseases>. Fecha de acceso: enero 22, 2013.

higiene bucal de rutina.⁶⁰ La atención dental es más compleja para los adultos mayores debido a cambios relacionados con el envejecimiento, así como el efecto acumulativo de prácticas de higiene bucal y experiencias de salud bucal anteriores, que incluyen caries, empastes y pérdida de dientes. A menudo, las necesidades especiales de las personas de la tercera edad requieren dentistas especializados. La American Dental Association brinda recursos y sugerencias sobre cómo mantener la salud bucal para adultos de más de 60 años en <http://www.mouthhealthy.org/en/adults-over-60/>.

La prevalencia de las visitas dentales en forma anual entre adultos de 65 años y mayores varía desde el 49.6 por ciento en West Virginia hasta el 77.2 por ciento en Minnesota y Hawaii. En todo el país, el 66.0 por ciento de las personas de la tercera edad visitaron a un profesional de la salud dental dentro de los últimos 12 meses.

El **Control del Dolor** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante con artritis que informan que el dolor en las articulaciones o la artritis no limita sus actividades habituales. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos autoinformados del BRFSS 2011 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/pain_management_sr. Los datos para esta medida son los mismos que se publicaron en la Edición 2013 porque el BRFSS evalúa el control del dolor cada dos años.

La principal causa de discapacidad en los Estados Unidos es la artritis, lo que ocasiona funcionalidad reducida, limita la movilidad y, a menudo, interfiere con actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).⁶¹ A casi la mitad de los adultos de 65 años en adelante se les ha diagnosticado artritis.⁶² La artritis limita la actividad con mayor frecuencia que las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes.⁶² Cuando los adultos mayores pierden independencia en las ADL, es posible que ya no puedan vivir solos, lo cual lleva a que dependan de cuidadores o requiere que se muden a un centro de atención a largo plazo.

La artrosis, la forma más prevalente de artritis, es una enfermedad degenerativa y progresiva de las articulaciones que es más común en los individuos de mayor edad, con sobrepeso y obesos, así como en aquellos que tienen antecedentes de lesiones articulares.⁶³ Con frecuencia, esta forma de artritis se asocia con síntomas de dolor, molestia, rigidez e hinchazón.⁶³ La artrosis es prevenible y controlable, aunque muchos adultos asocian sus síntomas con el

envejecimiento normal y, por ende, muchos casos no se tratan.⁶¹ La actividad física puede mejorar la calidad de vida para las personas con artritis, y los programas basados en la comunidad han demostrado ser eficaces. Para obtener recursos y sugerencias sobre cómo prevenir y controlar la artritis, consulte <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/key.htm>. Para obtener pautas de actividad física para individuos con artritis, visite http://www.cdc.gov/arthritis/pa_overview.htm. Los CDC han compilado una lista de programas comunitarios basados en evidencias para la actividad física, la cual se encuentra disponible en http://www.cdc.gov/arthritis/interventions/physical_activity.htm.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante con artritis que informan que el dolor articular o la artritis no limitan sus actividades habituales varía del 42.5 por ciento en Alaska al 60.7 por ciento en Maryland. En todo el país, el 51.7 por ciento de las personas de la tercera edad con artritis informa que el dolor en las articulaciones o la artritis no limita sus actividades habituales.

Comunidad y Entorno

Las medidas de comunidad y entorno reflejan las condiciones diarias que influyen un estilo de vida saludable. Estos aspectos 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.

La categoría comunidad y entorno se divide en 2 subcategorías: macro y micro. La subcategoría comunidad y entorno-macro consiste en el entorno externo más amplio que tiene un impacto sobre la salud: pobreza, voluntariado y calidad de los asilos de convalecencia. La subcategoría comunidad y entorno-micro se centra en factores que afectan directamente la salud de los individuos: apoyo social, inseguridad alimentaria y apoyo comunitario de las personas de la tercera edad.

Estos determinantes miden los aspectos tanto positivos como negativos de la comunidad y el entorno de cada estado y sus efectos en la salud de la población. Nuevamente, existen muchas otras iniciativas comunitarias que mejoran la salud general de una población, pero que no se reflejan directamente en estas 6 medidas. Cada comunidad tiene sus propias fortalezas, debilidades y recursos, y debería emprender un proceso de planificación cuidadosa para determinar cuáles son los mejores planes de acción.

Comunidad y entorno MACRO

La **pobreza** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que viven en hogares en el umbral de pobreza o por debajo de este. El umbral de la pobreza de 2013 preliminar establecido por la Oficina de Censo de los EE. UU. para una persona soltera de 65 años en adelante en los 48 estados inferiores es de ingresos familiares de \$11,173.⁶⁴ Para una familia de 2 individuos de 65 años en adelante, el umbral de ingresos es de \$14,095.⁶⁴ Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de estimaciones de 3 años de la Encuesta Comunitaria Estadounidense (American

60. Kiyak HA, Grayston MN, Crinean CL. Oral health problems and needs of nursing home residents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(1):49-52.

61. Get the Facts. Arthritis Foundation Web site. <http://www.arthritis.org/conditions-treatments/understanding-arthritis/>. Fecha de acceso: enero 22, 2013.

62. Arthritis-Related Statistics. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/arthritis/data_statistics/arthritis_related_stats.htm. Actualizado: marzo 17, 2014. Fecha de acceso: Abril 2, 2014.

63. Arthritis Foundation. *A National Public Health Agenda for Osteoarthritis 2010*. 2010:1-62.

Community Survey) 2010-2012 de la Oficina de Censo de los EE. UU., se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/poverty_sr.

El efecto de la pobreza en relación con mayores tasas de muchas enfermedades crónicas y menores expectativas de vida ha sido bien documentado.^{65,66} La pobreza influye directamente sobre la capacidad de un individuo de satisfacer sus necesidades básicas, incluso el acceso a la atención de la salud, la disponibilidad de alimentos saludables y opciones para realizar actividad física. Muchos programas gubernamentales locales, estatales y federales, así como intervenciones comunitarias, han ayudado a reducir la cantidad de adultos mayores que viven en la pobreza; no obstante, la pobreza y sus efectos negativos sobre la salud persisten hasta la actualidad. Un artículo de 2011 informó que 1 en 6 adultos mayores viven en la pobreza.⁶⁷ Probablemente, esta cifra sea mayor que la informada debido a la dificultad para evaluar la pobreza en la población de personas de la tercera edad.⁶⁸ Como respuesta a las inquietudes de que la medida de pobreza oficial no refleja con precisión los ingresos y los recursos financieros de los individuos, la Oficina de Censo de los EE. UU. creó una medida suplementaria de la pobreza en 2011. Con esta medida, el porcentaje de personas de la tercera edad que viven en la pobreza es más alto en todos los estados y es el doble en 12 estados.⁶⁹ La crisis económica reciente también ha afectado a muchas personas de la tercera edad, ya que tuvo un impacto sobre los ingresos por jubilación y pensión, los beneficios de salud de jubilados y la ayuda de Medicaid.⁷⁰ Muchos adultos mayores no saben cómo mantener la estabilidad económica, en particular, cuando tienen mayor riesgo de tener gastos elevados repentinos debido a atención médica de emergencia.⁶⁷

El National Council on Aging ofrece varios programas y recursos centrados en la seguridad económica para adultos mayores en <http://www.ncoa.org/enhance-economic-security/economic-security-Initiative/>.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que viven en el umbral de la pobreza o por debajo de este varía de un 5.4 por ciento en Alaska a un 13.5 por ciento en Mississippi. En todo el país, el 9.3 por ciento de las personas de la tercera edad están viviendo en la pobreza, igual que en la Edición 2013.

El **voluntariado** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haber realizado actividades no remuneradas como voluntarios a través de una organización o para una en los últimos 12 meses. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de un promedio de 3 años del Suplemento de Voluntarios de la Encuesta de Población Actual (Current Population Survey's Volunteer Supplement) 2010-2012 de la Oficina de Censo de los EE. UU. compilado por Corporation for National & Community Service, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/volunteerism_sr.

A menudo, las personas de la tercera edad, al jubilarse, tienen más tiempo libre que algunas eligen cubrir con actividades como voluntarios.

El trabajo como voluntario no solo brinda un servicio para las comunidades y las organizaciones, sino que también brinda interacción social, sentimientos altruistas y, con frecuencia, motivación a las personas de la tercera edad a medida que evolucionan sus papeles sociales. Además, les da a los adultos mayores jubilados una forma constructiva de ocupar el tiempo y brinda oportunidades de aprender algo nuevo, lo cual fomenta una mejora en la función cognitiva.⁷¹ Hay estudios que revelan que los adultos mayores que trabajan como voluntarios tienen un mejor rendimiento cognitivo, menos síntomas depresivos, mayores niveles de actividad y mejor bienestar mental que quienes no lo hacen.^{71,72} Los beneficios del voluntariado pueden ir más allá de la salud mental. Un análisis a nivel estatal de la relación entre el voluntariado, la mortalidad y la incidencia de enfermedades cardíacas demostró que los estados con mayores tasas de voluntariado experimentaban menores tasas de mortalidad y enfermedades cardíacas.⁷³ Las personas de la tercera edad que trabajan como voluntarios para organizaciones múltiples informaron una mayor satisfacción de vida y salud percibida en comparación con los adultos mayores que solo trabajan como voluntarios para una organización.⁷³ También existe una relación positiva con la cantidad de horas de trabajo como voluntario y la satisfacción de vida informada.⁷³

Para encontrar oportunidades de trabajo de voluntariado en función del interés y el área geográfica, visite <http://www.aarp.org/giving-back/info-09-2012/volunteer-community-service-charity.html> o vea oportunidades en Senior Corps en <http://www.nationalservice.gov/programs/senior-corps>.

-
64. Preliminary Estimate of Weighted Average Poverty Thresholds for 2013. US Census Bureau Web site. <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/data/threshld/>. Actualizado en enero 28, 2014. Fecha de acceso: marzo 7, 2014.
 65. Fiscella K. Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study. *BMJ*. 1997;1724.
 66. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci*. 1999;896(1):3-15.
 67. Schwartz K. *One in six seniors lives in poverty, new analysis finds*. National Council on Aging. Enero 24, 2011. <http://www.ncoa.org/press-room/press-release/one-in-six-seniors-lives-in.html>. Fecha de acceso: enero 29, 2013.
 68. Cooper RA, Cooper MA, McGinley EL, Fan X, Rosenthal JT. Poverty, wealth, and health care utilization: a geographic assessment. *J Urban Health*. 2012;89(5):828-47.
 69. Levinson Z, Damico A, Cubanski J, Neuman T. *A State-By-State Snapshot of Poverty Among Seniors: Findings From Analysis of the Supplemental Poverty Measure*. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Mayo 20, 2013. <http://kff.org/medicare/issue-brief/a-state-by-state-snapshot-of-poverty-among-seniors/>. Fecha de acceso: marzo 7, 2014.
 70. Keller S, Brown G, Koerner J. Developing 21st century models of care for seniors in challenged urban settings. *Nurs Admin Q*. 2010;34(2):172-7.
 71. Schwingel A, Niti MM, Tang C, Pin Ng T. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. *Age Ageing*. 2009;38:531-7.
 72. Van Willigen M. Differential benefits of volunteering across the life course. *J of Gerontol*. 2000;55B(5):S308-18.
 73. Corporation for National and Community Service, Office of Research and Policy Development. *The Health Benefits of Volunteering: A Review of Recent Research*. Washington, DC. 2007.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que trabajan como voluntarios varía entre un máximo de más del 39.0 por ciento en Idaho y Minnesota, y un mínimo del 17.0 por ciento en Nevada. En todo el país, el 26.1 por ciento de los adultos mayores informan haber trabajado como voluntarios en los últimos 12 meses, esencialmente, igual que en la Edición 2013.

La **Calidad de los Asilos de Convalecencia** es el porcentaje de camas en asilos de convalecencia certificados con una calificación de 4 o 5 estrellas. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos de 2012 del programa Comparación de Asilos de Convalecencia (Nursing Home Compare) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/nursing_home_quality_sr. Esta medida reemplaza la de asilos de convalecencia con calificaciones altas que apareció en la Edición 2013. El porcentaje de camas en asilos de convalecencia de 4 o 5 estrellas es un mejor indicador de la calidad. La medida anterior, la cantidad de camas de 4 y 5 estrellas cada 1,000 adultos de 75 años en adelante, era un indicador de capacidad.

En 2008, 3.2 millones de estadounidenses residían en asilos de convalecencia.⁷⁴ La atención de mala calidad en asilos de convalecencia representa enormes estragos financieros para los residentes de asilos de convalecencia y los contribuyentes de los EE. UU., dado que se gastan millones de dólares cada año en tratamientos médicos y hospitalizaciones relacionados con caídas, úlceras por presión, incontinencia urinaria, malnutrición, deshidratación y diagnósticos susceptibles a la atención ambulatoria.⁷⁵ Las prácticas de asilos de convalecencia de calidad pueden reducir en gran medida la incidencia de dichas condiciones. El

abuso y el abandono de residentes de asilos de convalecencia también es un problema importante. Un estudio de residentes de asilos de convalecencia realizado en 2000 determinó que el 44 por ciento de los encuestados indicaron que habían sido víctimas de abuso, y el 95 por ciento habían experimentado abandono o habían visto que otros residentes eran abandonados.⁷⁴

Los CMS crearon un sistema de calificación de 5 estrellas para los asilos de convalecencia a fin de ayudar a los adultos mayores y a sus familias a encontrar un centro adecuado para sus necesidades. Se considera que los asilos de convalecencia que reciben 5 estrellas tienen una calidad superior a la promedio y que los que reciben 1 estrella tienen una calidad por debajo de la promedio. Las clasificaciones asignadas se basan en los resultados de inspecciones de salud regulares, medidas de calidad y niveles de dotación de personal. Las medidas de calidad incluyen numerosos resultados y medidas clínicas que brindan una indicación del grado de atención que presta un asilo de convalecencia a sus pacientes, como el porcentaje de residentes con úlceras por presión.⁷⁶

El sitio de Internet de Comparación de Asilos de Convalecencia (Nursing Home Compare) en www.medicare.gov/NursingHomeCompare/ permite a los usuarios comparar asilos en su área a fin de encontrar el que mejor se ajuste a sus necesidades.

El porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad con una calificación de 4 o 5 estrellas varía de un máximo del 67.3 por ciento en New Hampshire a menos del 33.0 por ciento en Texas y Louisiana. En todo el país, el 46.8 por ciento de las camas en asilos de convalecencia certificados recibieron una calificación de 4 o 5 estrellas.

Comunidad y Entorno-MICRO

El Apoyo Social es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan recibir el apoyo social y emocional que necesitan en forma regular. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos autoinformados del BRFSS 2010 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/social_support_sr. Los datos que aparecen en esta Edición son los mismos que se publicaron en la Edición 2013 porque el apoyo social no ha sido evaluado por el BRFSS desde 2010.

Las relaciones sociales son una parte integral de la vida y son fundamentales para la satisfacción emocional y la función cognitiva.⁷⁶ El número de estas relaciones tiende a decaer con la edad por diversos motivos, si bien la necesidad de tenerlas aumenta al tener más tiempo libre y enfrentarse con situaciones de vida difíciles. El apoyo social puede tener un impacto indirecto sobre las conductas de salud, el estilo de vida, los niveles de estrés y el uso puntual de la atención de la salud.^{77,78} El apoyo mental y social suficiente se asocia con un riesgo reducido de sufrir enfermedades físicas y mentales.⁷⁹ El aislamiento social se vincula con un aumento en la morbilidad y la mortalidad generales, específicamente, con las enfermedades cardíacas y determinados tipos de cáncer.^{80,81,82} La Organización Mundial de la Salud establece que el aislamiento social está asociado con "un incremento en los

74. National Center on Elder Abuse Administration on Aging. *Research Brief: Abuse of Residents of Long Term Care Facilities*. US Department of Health and Human Services. Washington, DC. 2012. http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/NCEA_LTCF_ResearchBrief_2013.pdf
75. The National Consumer Voice for Quality Long-Term Care. *The High Cost of Poor Care: The Financial Case for Prevention in American Nursing Homes*. Washington, DC. Abril de 2011
76. Five-star quality rating system. Center for Medicare & Medicaid Services Web site. <http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/FSQRS.html>. Actualizado: enero 17, 2013. Fecha de acceso: febrero 12, 2013.
77. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985;98:310-57.
78. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2003;17:S98-105.
79. Centers for Disease Control and Prevention, National Association of Chronic Disease Directors. *The State of Mental Health and Aging in America Issue Brief 1: What Do the Data Tell Us?* Atlanta, GA: National Association of Chronic Disease Directors; 2008.
80. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 1988;241(4865):540-45.
81. Knox SS, Adelman A, Ellison C, Arnett DK, Siegmund K, Weidner G, Province MA. Hostility, social support, and carotid artery atherosclerosis in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Cardiol.* 2000;86:1086-9.
82. Price MA, Tennant CC, Butow PN, Smith RC, Kennedy SJ, Kossoff MB, Dunn SM. The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. Life event stressors, social support, defense style, and emotional control and their interactions. *Cancer.* 2001;91:686-97.

índices de muerte prematura, un menor nivel de bienestar general, un mayor nivel de depresión y un nivel más elevado de discapacidad ocasionado por enfermedades crónicas".⁸³ La eficacia de las estrategias de intervención de aislamiento social no se ha investigado rigurosamente, si bien se ha demostrado que ofrecer actividad social en formatos grupales es la estrategia de intervención más eficaz hasta la fecha.⁸⁴

La prevalencia de adultos de 65 años en adelante que informan que reciben el apoyo social y emocional que necesitan varía de un máximo del 85.4 por ciento en Oregon a un mínimo del 65.8 por ciento en Hawái. En todo el país, el 79.4 por ciento de los adultos mayores sienten que reciben el apoyo social que necesitan.

La **Inseguridad Alimentaria** es el porcentaje de adultos de 60 años en adelante que tienen inseguridad alimentaria en situación marginal en función de la encuesta del Core Food Security Module (CFSM, por sus siglas en inglés). Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2011 del informe *Estado del Hambre de la Tercera Edad en los Estados Unidos: Informe Anual (State of Senior Hunger in America 2011: An Annual Report)* de la Fundación Nacional para Terminar con el Hambre en la Tercera Edad (NFESH, por sus siglas en inglés), se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/food_insecurity_sr.

La inseguridad alimentaria es un problema de salud público cada vez mayor en los Estados Unidos, y los adultos mayores tienen más riesgos de sufrir hambre debido a falta de ingresos y transporte, limitaciones funcionales o problemas relacionados con la salud.⁸⁵ Los adultos mayores requieren una nutrición adecuada para mantener la salud y el bienestar. Se ha determinado que los adultos mayores con inseguridad alimentaria tienen ingestas significativamente reducidas de nutrientes vitales en comparación con los adultos mayores con seguridad alimentaria, lo cual podría tener enormes implicaciones para la salud general.⁸⁶ Es posible que los adultos mayores que sufren hambre tengan que elegir entre alimentos y otras necesidades clave, como atención médica o calefacción. Lamentablemente, es menos probable que las familias con adultos mayores reciban apoyo financiero para comprar alimentos a través del Programa de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).⁸⁷ No obstante, sí existen programas dedicados a brindar alimentos en el hogar a personas de la tercera edad frágiles o discapacitadas. De acuerdo con una encuesta realizada a personas de la tercera edad que recibieran comidas a domicilio financiadas por la Ley de Estadounidenses Mayores (OAA, por sus siglas en inglés), el 93 por ciento informaron que las comidas les permitieron continuar viviendo en su propio hogar, y el 80 por ciento afirmaron que el servicio les permitía comer una mayor variedad de alimentos, comer alimentos más saludables, sentirse mejor y sentir menos hambre.⁸⁸ Feeding America destaca los programas de asistencia para personas

de la tercera edad en <http://feedingamerica.org/how-we-fight-hunger/programs-and-services.aspx>.

El porcentaje de adultos de 60 años y más con inseguridad alimentaria en situación marginal varía de un mínimo de menos del 9.0 por ciento en Virginia y Minnesota a un máximo del 24.2 por ciento en Arkansas. El promedio nacional es del 14.3 por ciento de adultos de 60 años y mayores.

El Apoyo Comunitario es el total de gastos comunitarios por adulto de 65 años en adelante que viven en la pobreza. Esto se calcula tomando los gastos comunitarios totales divididos por la cantidad de adultos de 65 años en adelante que viven en la pobreza en cada estado a fin de representar el monto de financiación que se podría gastar en individuos necesitados. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos de 2011 de la Administración sobre el Envejecimiento (AoA, por sus siglas en inglés) y de la Encuesta Comunitaria Estadounidense (American Community Survey) de 2011 (Oficina de Censo de los EE. UU.), se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/community_support_sr. Los datos que figuran en esta Edición son los mismos que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos sobre gastos comunitarios totales actualizados disponibles.

Los estados reciben financiación federal y asignan fondos estatales para ayudar a los adultos mayores a quedarse en sus hogares a través de servicios en el hogar y servicios basados en la comunidad. Específicamente, pueden ayudar en la financiación de atención personal, de comidas, de transporte y de programas de educación en nutrición para personas de la tercera edad. La Ley de Estadounidenses Mayores (OAA, por sus siglas en inglés), administrada por la AoA, ha brindado financiamiento para una variedad de servicios en el hogar y basados en la comunidad desde 1965. Los resultados de encuestas determinaron que "las comidas a domicilio respaldadas por la OAA, los servicios de transporte y los programas de apoyo a cuidadores brindan servicios, ya sea directa o indirectamente, a aquellos que, de otra forma, podrían estar institucionalizados o aislados, y ayudaron a las personas de la tercera edad frágiles o vulnerables a mantener su independencia".⁸⁸ Un estudio reciente determinó que mayores aumentos en los gastos en salud pública comunitaria estaban

83. Organización Mundial de la Salud. *The social determinants of health: the solid facts-2nd edition*. 2003.

84. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11(647):1-22.

85. Wolfe WS, Frongillo EA, Valois P. Understanding the experience of food insecurity by elders suggests ways to improve its measurement. *J Nutr*. 2003;133:2762-9.

86. Lee JS, Frongillo EA. Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among US elderly persons. *J Nutr*. 2001;131:1503-9.

87. Ziliak JP, Gunderson C. Senior hunger in the United States: differences across states and rural and urban areas. *University of Kentucky Center for Poverty Research Special Reports*. 2009.

88. Beauchamp J, Trebino L. Results from the Administration on Aging's Third National Survey of Older Americans Act Program Participants, *Mathematica Policy Research Reports*, Mathematica Policy Research, 2008.

asociados con mayores reducciones en las causas preventivas de mortalidad, incluso enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, en un período de 13 años. Específicamente, las tasas de mortalidad disminuyeron entre el 1.1 por ciento y el 6.9 por ciento por cada aumento del 10 por ciento en el gasto en salud pública.⁸⁹ Para obtener información sobre programas y servicios financiados en comunidades específicas, visite <http://eldercare.gov/Eldercare.NET/Public/Index.aspx>.

Los gastos totales registrados por la AoA varían de un máximo de \$8,033 por adulto de 65 años en adelante que vive en la pobreza en Alaska a un mínimo de \$283 en Nevada. El promedio nacional es de \$1,147 por adulto de 65 años en adelante que vive en la pobreza.

Política

Para representar las políticas y los programas de salud pública, se utilizan tres medidas: residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados, cobertura de medicamentos de venta con receta y escasez de geriatras. Estas medidas son indicativas de las políticas que afectan los recursos disponibles para respaldar a los adultos que entran en la tercera edad.

Cada estado tiene muchos programas y políticas de salud pública excelentes y eficaces que contribuyen a la salud general de la población de la tercera edad, pero es posible que no se incluyan explícitamente en estas clasificaciones. Para obtener información acerca de programas y políticas específicos de un estado diseñados para optimizar la salud comunitaria e individual de personas de la tercera edad, visite el sitio de Internet del departamento de salud del estado consignado en la sinopsis del estado correspondiente en la parte trasera del informe. También hay disponible un espectro de opciones de políticas disponibles para los estados y las comunidades en www.thecommunityguide.org, un sitio de Internet que ofrece una revisión sistemática de programas y recomendaciones basadas en evidencia para los funcionarios de la salud y la comunidad. Si bien no es específico de personas de la tercera edad, ofrece acciones recomendadas que han sido exitosas en diversas comunidades.

El indicador de Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados es el porcentaje de residentes en todos los centros del estado el primer jueves de abril que requerían un bajo nivel de cuidados con una definición amplia de que no requieren ayuda física

para ninguna de las 4 actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) de pérdida tardía: movilidad en la cama, transferencia, uso del baño y alimentación. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2010 del proyecto Formación de la Atención a Largo Plazo en los Estados Unidos (Shaping Long Term Care in America) de Brown University, financiado en parte por el National Institute on Aging, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/low_care_nursing_home_residents_sr. Los datos de esta medida son los mismos que los que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados disponibles.

Los residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados no necesitan el conjunto de servicios brindados por asilos de convalecencia, y es posible que puedan vivir en un entorno menos restrictivo con la ayuda de apoyo comunitario. Los servicios basados en la comunidad —como Meals on Wheels, los auxiliares de salud en el hogar que realizan visitas, los programas de transporte y los programas de atención de la salud a través de tecnología— pueden permitir que los adultos envejecen en sus hogares. Un estudio reciente determinó que, cuantos más estados invierten en programas de entrega de comidas a domicilio, menor es la proporción de residentes de asilos de convalecencia de bajos cuidados.⁹⁰ Brindar servicios de asilos de convalecencia a residentes que requieren bajo nivel de cuidados es costoso, y las investigaciones sugieren que entregar comidas a domicilio a un 1 por ciento más de personas de la tercera edad en cada estado ahorraría más de \$100 millones en todo el país, dado que reduciría la prevalencia de residentes de asilos que requieren bajo nivel de cuidados.⁹¹ Varios estudios han revelado que la tasa de residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados está asociada con financiación de la Ley de Estadounidenses Mayores (OAA, por sus siglas en inglés) y gastos de Medicaid en servicios en el hogar y basados en la comunidad.^{90,92,93} La OAA de 1965 tenía el objetivo de prestar servicios para ayudar a las personas de la tercera edad a mantenerse independientes en sus hogares y comunidades. Los programas en virtud de la OAA brindan financiación federal a los estados para prestar servicios como asistencia en el hogar, entrega de comidas a domicilio y servicios de salud preventivos. Además, Medicaid ofrece servicios similares y brinda financiación para atención a largo plazo para quienes califican. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) ofrecen información y recursos sobre alternativas a los asilos de convalecencia en www.medicare.gov/nursinghomecompare/Resources/Nursing-Home-Alternatives.html.

El porcentaje de residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados varía de un mínimo del 1.1 por ciento de residentes de asilos de convalecencia en Maine a un máximo de 26.7 por ciento en Illinois. El promedio nacional para residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados es del 12.2 por ciento.

89. Mays GP, Smith SA. Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Affairs*. 2011; 30: 1585-1593.

90. Thomas KS. The relationship between Older Americans Act in-home services and low-care residents in nursing homes. *J Aging Health*. 2013.

91. Thomas KS, Mor V. Providing more home-delivered meals is one way to keep older adults with low care needs out of nursing homes. *Health Aff*. 2013;32(10):1796-1802.

92. Castle NG. Low-care residents in nursing homes: the impact of market characteristics. *J Health Soc Policy*. 2002;14(3):41-58.

93. Hahn EA, Thomas KS, Hyer K, Andel R, Meng H. Predictors of low-care prevalence in Florida nursing homes: the role of Medicaid waiver programs. *Gerontologist*. Ago. 2011;51(4):495-503.

La Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que tienen un plan acreditable de medicamentos de venta con receta, lo cual significa que se espera que el plan pague lo mismo que la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare estándar. Un plan acreditable debe proporcionar cobertura para medicamentos de venta con receta genéricos y de marca registrada, brindar acceso razonable a proveedores de venta al por menor, pagar, en promedio, al menos, el 60 por ciento de los gastos en medicamentos de venta con receta de los participantes y cumplir una de muchas otras condiciones establecidas por los CMS. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2010 obtenidos de los Datos de Salud Estatales (State Health Facts) de la Kaiser Family Foundation, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/creditable_drug_coverage_sr. Los datos de esta medida son los mismos que los que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados disponibles.

Los individuos pueden tener cobertura de medicamentos de venta con receta de diversas fuentes: la Parte D de Medicare, un empleador anterior o actual, o planes de seguro individuales. Quienes no tienen cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta deben pagar un recargo equivalente al 1 por ciento de la prima promedio nacional de cada mes en que se demora la inscripción en un plan acreditable. Todas las compañías de seguros deben divulgar el estado acreditable de un plan a sus beneficiarios y a los CMS.⁹⁴ La cobertura de medicamentos de venta con receta tiene un impacto significativo sobre la salud general de los adultos mayores, lo cual reduce las presiones económicas y mejora el cumplimiento terapéutico. En una encuesta nacional de 2003, la mitad de las personas de la tercera edad sin cobertura de medicamentos de venta con receta pagaban más de \$100 por mes en medicamentos en comparación con el 31.5 por ciento de las personas de la tercera edad con dicha cobertura. Asimismo, quienes tenían cobertura de medicamentos de venta con receta informaron una reducción del 10 por ciento en el cumplimiento terapéutico debido al costo.⁹⁵ La promulgación de la Parte D de Medicare en 2003 ha tenido un impacto positivo sobre el uso de medicamentos de venta con receta y sobre los ahorros de los estadounidenses mayores.⁹⁶ Medicare ofrece abundantes recursos sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta en <https://www.medicare.gov/part-d/index.html>.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante con cobertura de medicamentos de venta con receta varía entre un máximo de más del 89.0 por ciento en Iowa y Minnesota, y un mínimo del 78.3 por ciento en New Hampshire. En todo el país, el 86.5 por ciento de las personas de la tercera edad tienen cobertura de medicamentos de venta con receta.

La **Escasez de Geriatras** es el porcentaje del déficit estimado de geriatras en cada estado. Se calcula tomando la escasez de geriatras en cada estado dividida por el número necesario, según

lo determina el informe de 2014 de la Sociedad de Geriatria Estadounidense. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/geriatrician_shortfall_sr.

En 2012, había 7,086 geriatras en los Estados Unidos, un número que es drásticamente menor que la necesidad estimada.⁹⁷ Con una generación de personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial (denominados *baby boomers*) que está envejeciendo y el aumento de la expectativa de vida, el número de geriatras necesarios aumentará marcadamente en los próximos años.⁹⁸ Si bien la Sociedad de Geriatria Estadounidense identifica la necesidad de capacitar a 1,200 geriatras adicionales por año, únicamente 75 residentes de medicina interna o familiar ingresaron en programas de especialidad en geriatría en 2010.⁹⁹ Parte de la escasez podría deberse a que los geriatras deben estudiar más años y tienen salarios relativamente bajos.⁹⁸ Los geriatras son de suma importancia para la salud de las personas de la tercera edad en centros tanto para pacientes ambulatorios como para pacientes hospitalizados. En comparación con la atención estándar de un hospital, las personas de la tercera edad que reciben cuidados en unidades geriátricas especiales tienen una función mejor en el momento del alta, y los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados en los que participan geriatras tienen como resultado menores admisiones en asilos de convalecencia y una mejor función durante el seguimiento.¹⁰⁰ En centros para pacientes ambulatorios, los geriatras tienden a brindar una mejor administración de los medicamentos que otros profesionales clínicos.¹⁰⁰ El Institute of Medicine ha establecido diversas estrategias para ayudar a luchar contra la escasez de geriatras. Para obtener más detalles, visite <http://www.iom.edu/Reports/2008/Retooling-for-an-Aging-America-Building-the-Health-Care-Workforce.aspx>.

El porcentaje de escasez de geriatras varía de un mínimo del 13.1 por ciento en Hawaii a un máximo

-
94. The Medicare prescription drug benefit fact sheet. The Henry J Kaiser Family Foundation Web site. <http://kff.org/medicare/fact-sheet/the-medicare-prescription-drug-benefit-fact-sheet/>. Actualizado en noviembre de 2013. Fecha de acceso: marzo 31, 2014.
 95. Safran DG, Neuman P, Schoen C, Kitchman MS, Wilson IB, Cooper B, et al. Prescription drug coverage and seniors: Findings from a 2003 national survey. *Health Aff.* 2005;Suppl Web Exclusives:W5-152-W5-166.
 96. Yin W, Basu A, Zhang JX, Tabrani A, Meltzer DO, Alexander GC. The effect of the Medicare Part D prescription benefit on drug utilization and expenditures. *Ann Intern Med.* 2008;148:169-177.
 97. Projected future need for geriatricians. American Geriatrics Society Web site. http://www.americangeriatrics.org/files/documents/Adv_Resources/GeriShortageProjected.pdf. Actualizado en marzo de 2014. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
 98. Institute of Medicine. *Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce*. Washington, DC: The National Academies Press, 2008.
 99. The demand for geriatric care and the evident shortage of geriatrics health care providers. The American Geriatrics Society Web site. http://www.americangeriatrics.org/files/documents/Adv_Resources/demand_for_geriatric_care.pdf. Fecha de acceso: marzo 31, 2014.
 100. Totten A, Carson S, Peterson K, Low A, Christensen V, Tiwari A. *Evidence Brief: Effect of geriatricians on outcomes of inpatient and outpatient care, VA-ESP Project #09-199*; 2012.

de 90.4 por ciento en Idaho. En todo el país, la escasez de geriatras estimada es del 58.9 por ciento.

Atención Clínica

La atención clínica tiene el potencial de permitir que las personas vivan durante más tiempo y con mayor nivel de salud mediante el tratamiento y el control de condiciones existentes y la prevención de otras condiciones. La atención preventiva y curativa se debe prestar de manera adecuada y oportuna para que brinde la mayor eficacia. La atención clínica es particularmente importante para la población de personas de la tercera edad, dado que son los mayores consumidores de servicios de salud. En esta sección, se incluyen diez medidas: proveedor de atención de la salud dedicado, atención hospitalaria recomendada, vacuna contra la gripe, exámenes de salud, control de la diabetes, atención de salud en el hogar, hospitalizaciones prevenibles, nuevas admisiones en el hospital, cuidados paliativos y muertes en hospital. Estas medidas de atención clínica brindan información sobre la disponibilidad, la accesibilidad, la utilización y la eficacia de la atención clínica en la población de adultos mayores.

La **medida Proveedor de Atención de la Salud Dedicado** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener un médico o un proveedor de atención de la salud personal. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos autoinformados del BRFSS 2012, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/dedicated_health_care_provider_sr.

Tener un proveedor de atención de la salud dedicado es fundamental para recibir la mejor atención clínica. Las personas de la tercera edad con atención de la salud dedicada reciben mejor atención de rutina que puede evitar enfermedades, detectar enfermedades en forma más temprana y controlar condiciones existentes para ayudar a mantener la salud y la calidad de vida. Las personas que no cuentan con una fuente habitual de atención tienen más probabilidades de realizar viajes costosos a la sala de emergencias por problemas que no son urgentes o problemas agudos

evitables.¹⁰¹ Además, se ha demostrado que reciben atención ambulatoria y preventiva por debajo de la óptima, lo cual puede tener malos resultados para quienes controlan condiciones crónicas.^{102,103} Los adultos mayores se enfrentan a numerosos obstáculos para obtener un proveedor de atención de la salud dedicado, que incluyen el acceso limitado, limitaciones financieras y la falta general de conocimiento de los servicios y los proveedores disponibles. El sitio de Internet oficial del gobierno de los Estados Unidos proporciona una lista de profesionales de atención de la salud y médicos inscritos en Medicare por región en <http://www.medicare.gov/find-a-doctor/provider-search.aspx>.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener un médico personal o un proveedor de atención de la salud personal oscila entre más del 97.0 por ciento en Rhode Island, Delaware y Wisconsin, y un mínimo del 83.1 por ciento en Alaska. En todo el país, el 94.9 por ciento de las personas de la tercera edad informan tener un médico o un proveedor de atención de la salud personal.

La **Atención Hospitalaria Recomendada** es el porcentaje de pacientes hospitalizados de 65 años en adelante que recibieron la atención recomendada para ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, pulmonía y procedimientos quirúrgicos. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de 2012-2013 de The Commonwealth Fund, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/recommended_hospital_care_sr.

Si bien representan solo el 15 por ciento de la población,¹⁰⁴ las personas de la tercera edad representan el 36 por ciento de las hospitalizaciones.¹⁰⁵ Las condiciones evaluadas en esta medida son parte de la iniciativa de calidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y fueron elegidas por su validez y aceptación general como marcadores de calidad. La prestación de atención recomendada no solo denota calidad elevada, sino que también genera ahorros en los costos. Los hospitales con bajas tasas de complicaciones tienden a gastar menos por episodio que aquellos con tasas elevadas, lo cual indica que la falta de atención apropiada puede, en realidad, ser más costoso.¹⁰⁶ Medicare proporciona datos sobre atención de calidad, que incluyen medidas de atención recomendadas, en www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html.

El porcentaje de adultos hospitalizados de 65 años en adelante que reciben atención hospitalaria recomendada oscila entre, al menos, el 99.0 por ciento en Maine y Utah, y el 97.2 por ciento en South Dakota y Mississippi. En todo el país, el 98.1 por ciento de las personas de la tercera edad reciben la atención hospitalaria recomendada.

El **indicador de Vacuna contra la Gripe** indica el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haber recibido una vacuna contra la gripe en el último año. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/flu_vaccine_sr.

101. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002; 9:916-923.
102. DeVoe JE, Fryer GE, Phillips R, Green L. Receipt of preventive care among adults: insurance status and usual source of care. *Am J Public Health*. 2003;93(5):786-91.
103. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med*. 1992;327:776-81.
104. Age and sex. The older population in the United States: 2012. US Census Bureau Web site. <http://www.census.gov/population/age/data/2012.html>. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
105. Pfuntner A, Wier L, Steiner C. Costs for hospital stays in the United States, 2011. *HCUP Statistical Brief #168*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
106. Birkmeyer JD, Gust C, Dimick JB, Birkmeyer NJ, Skinner JS. Hospital quality and the cost of inpatient surgery in the United States. *Ann Surg*. 2012;255(1):1-5.
107. Seniors. Flu.gov Web site. www.flu.gov/at-risk/seniors/index.html#. Fecha de acceso: enero 23, 2013.
108. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Cox N, Anderson LJ, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA*. 2003;289(2):179-186.

La vacuna contra la gripe ayuda a proteger a las personas contra el virus de influenza estacional, una infección respiratoria contagiosa que puede ocasionar una enfermedad grave para los adultos mayores. Se aconseja a las personas de la tercera edad que se vacunen, dado que tienen mayor riesgo de contraer el virus y pueden sufrir síntomas más serios si se infectan.¹⁰⁷ El noventa por ciento de las muertes relacionadas con la gripe ocurren en individuos de 65 años en adelante.¹⁰⁷ Las complicaciones que pueden surgir de la influenza incluyen la pulmonía bacteriana y la exacerbación de condiciones pulmonares subyacentes.¹⁰⁸ Existen dos formas de vacuna contra la gripe que están disponibles para las personas de la tercera edad: una vacuna con dosis regular y una vacuna con dosis alta diseñada específicamente para las personas de 65 años en adelante. La vacuna de dosis alta tiene el objetivo de provocar una respuesta inmunitaria más fuerte, pero los CDC recomiendan que las personas de la tercera edad reciban cualquiera de las vacunas.¹⁰⁹ Medicare cubre el costo de una vacunación contra la gripe por año.¹⁰⁷ La vacunación contra la gripe es una intervención con un costo sumamente eficaz; se estima que los ahorros de costos directos son de más de \$100 por cada adulto mayor que recibe la vacuna.¹¹⁰ Para obtener recursos e información sobre la vacuna y estrategias de prevención, visite www.flu.gov.

La cobertura de la vacunación contra la gripe entre los adultos de 65 años en adelante en el último año varía del 70.1 por ciento en Iowa al 50.0 por ciento en Nevada. Entre las personas de la tercera edad, la cobertura de la vacunación contra la gripe en todo el país fue del 59.4 por ciento.

Los **Exámenes de Salud** indican el porcentaje de adultos de 65 a 74 años que recibieron mamografías y/o exámenes de sangre oculta en heces/colonoscopia/sigmoidoscopia dentro del período recomendado. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/health_screenings_sr.

Los exámenes de salud detectan enfermedades en sus primeras etapas, cuando se pueden tratar con mayor facilidad. Esta medida no solo describe el porcentaje de adultos mayores que reciben exámenes recomendados, sino que también indica si se están realizando visitas de rutina a un profesional de la salud. El Grupo de Trabajo en Servicios Preventivos (Preventive Services Task Force) de los Estados Unidos recomienda que las mujeres de 50 a 74 años se sometan a una mamografía para detectar cáncer de seno cada 2 años, y las pruebas actuales son insuficientes para evaluar si los beneficios de las mamografías son mayores que los costos en mujeres de 75 años en adelante.¹¹¹ También recomienda que los adultos mayores reciban exámenes regulares para detectar cáncer colorrectal a partir de los 50 años y hasta los 75 años; no recomienda exámenes de rutina en adultos de más de 75 años.¹¹² Las pruebas de detección de cáncer colorrectal y las mamografías han salvado miles de vidas desde el comienzo y son algunas de las armas más importantes que hay disponibles en la lucha contra el cáncer.¹¹³ Si bien las recomendaciones para pruebas de detección de cáncer han cambiado en los últimos años, los exámenes de salud todavía se aceptan ampliamente como una parte importante

de la medicina preventiva. Las barreras para recibir exámenes de salud incluyen el conocimiento de los servicios disponibles, la falta de recomendación de los médicos o la falta de síntomas de la enfermedad.¹¹⁴ Actualmente, esta medida se limita a las pruebas de detección de cáncer debido a la disponibilidad de datos. No obstante, los exámenes de salud van más allá del cáncer e incluyen procedimiento de rutina, como controles de colesterol y presión arterial. Se pueden encontrar pautas para los exámenes de detección de cáncer de seno y colorrectal en <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/breastcancer/brcanrs.htm> y <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf08/colocancer/colors.htm>.

El porcentaje de adultos de entre 65 y 74 años que han recibido los exámenes recomendados oscila de un máximo del 92.4 por ciento en Rhode Island a menos del 80.0 por ciento en Arkansas y Wyoming. En todo el país, el 86.7 por ciento de los adultos de 65 a 74 años han recibido los exámenes recomendados.

El **Control de la Diabetes** es el porcentaje de beneficiarios de Medicare de 65 a 75 años con diabetes que reciben análisis de lípidos en sangre. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2010 obtenidos de Dartmouth Atlas of Health Care, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/diabetes_management_sr. Los datos de esta medida son los mismos que los que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados disponibles.

Existen 3 tipos principales de diabetes: tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 2 representa del 90 al 95 por ciento de todos los casos y es, por mucho, el subtipo más común de diabetes entre las personas de 65 años en adelante.¹¹⁵ La diabetes afecta en forma desproporcionada a los adultos mayores: las tasas en la población de personas de la tercera edad (el 26.9 por ciento) duplican las tasas de los adultos que no han alcanzado la tercera

109. Fluzone high-dose seasonal influenza vaccine. Centers for Disease Prevention and Control Web site. http://www.cdc.gov/flu/protect/vaccine/qa_fluzone.htm. Fecha de acceso: marzo 6, 2014.

110. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*. 1994;331(12):778-784.

111. US Preventive Services Task Force. *Screening for Breast Cancer: Recommendation Statement*. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/breastcancer/brcanrs.htm>. Updated November 2009. Fecha de acceso: abril 1, 2014.

112. US Preventive Services Task Force. *Screening for Colorectal Cancer: Recommendation Statement*. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/colocancer/colors.htm>. Actualizado en octubre de 2008. Fecha de acceso: abril 1, 2014.

113. Cantor I. Controversies in cancer screening: focusing on colorectal cancer recommendations. *Integr Cancer Ther*. 9.4 (2010): 322-325.

114. Lasser KE, Ayanian JZ, Fletcher RH, Good MJ. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2008;9:15-2296-9-15

115. Fisher ES, Goodman DC, Chandra A. Disparities in health and health care among Medicare beneficiaries: a brief report of the Dartmouth Atlas. *Dartmouth Atlas*. 2008:1-20.

edad (13.7 por ciento).¹¹⁶ Es la causa principal de insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores y ceguera en adultos.¹¹⁶ En general, es la séptima causa principal de muerte en los Estados Unidos y contribuye a la primera y a la cuarta causas principales de muerte: enfermedad cardíaca y derrame cerebral.¹¹⁷ La diabetes tipo 2 es una condición progresiva que se puede prevenir en gran medida y que se puede controlar a través de modificaciones del estilo de vida e intervenciones en la atención de la salud que incluyen dieta, ejercicio y control de los niveles de hemoglobina A1c en sangre en forma regular.¹¹⁶ El control apropiado es fundamental en la población de la tercera edad para evitar otras complicaciones.

En 2012, la atención médica para la diabetes tipo 2 costó \$176 mil millones y representó más del 5 por ciento de los gastos médicos totales en los Estados Unidos.¹¹⁸ Estas cifras no incluyen costos indirectos por pérdida de productividad. Se puede encontrar información adicional sobre la diabetes para personas de la tercera edad en el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion en www.cdc.gov/diabetes/, en www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/ddt.htm y en la American Diabetes Association en <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/seniors/>.

El porcentaje de beneficiarios de Medicare que reciben un control de la diabetes apropiado oscila entre un máximo del 86.1 por ciento en Florida y un mínimo del 61.0 por ciento en Wyoming. El promedio nacional es del 80.7 por ciento de los beneficiarios de Medicare.

La **Atención de Salud en el Hogar** es la cantidad de trabajadores de cuidados directos que prestan servicios como auxiliares de salud en el hogar, de atención en el hogar y personal cada 1,000 adultos de 75 años en adelante. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de la Oficina de Estadística Laboral y de la Oficina de Censo de los EE. UU. de 2012, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/home_health_care_sr.

La mayoría de los adultos mayores desean quedarse en sus hogares, pero el envejecimiento puede ocasionar pérdidas funcionales que dificultan mantener la independencia.¹¹⁹ Los auxiliares de atención personal y de salud en el hogar permiten que las personas de la tercera edad puedan quedarse en sus hogares. Pueden utilizarse durante períodos cortos, como la recuperación de una cirugía, o períodos más prolongados para quienes padecen de enfermedades crónicas o disminución funcional. Hay una gama de niveles de asistencia disponibles, desde servicios de enfermería especializada hasta asistencia básica con actividades de la vida diaria.¹²⁰ Los servicios basados en la comunidad y en el hogar son más baratos que los costos institucionales, y el incremento de la prestación de estos servicios puede limitar el crecimiento de los gastos en el sector de atención a largo plazo.¹²¹ La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) le proporcionó a los estados opciones ampliadas para pagar servicios basados en la comunidad y en el hogar a través de beneficios estatales de Medicaid y brindó nuevas oportunidades de financiación a través del programa Primera Opción Comunitaria (Community First Choice Option) y del Programa de Incentivos de Equilibrio Estatal (State Balancing Incentive Program).¹²² Medicare también cubre servicios de atención en el hogar intermitentes. Se puede encontrar una lista de opciones disponibles cubiertas a través de Medicare en <http://www.medicare.gov/coverage/home-health-services.html> y a través de Medicaid en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/home-health-services-includes-nursing-services-home-health-aides-and-medical-suppliequipment/>.

La disponibilidad de trabajadores de atención de salud en el hogar varía de un máximo de 299.6 trabajadores cada 1,000 adultos de 75 años en adelante en Alaska a un mínimo de 26.9 trabajadores cada 1,000 adultos de 75 en adelante en Florida. El promedio nacional es de 95.4 trabajadores de atención de salud en el hogar cada 1,000 adultos de 75 años en adelante.

Las **Hospitalizaciones Prevenibles** indican la tasa de altas de beneficiarios de Medicare de entre 65 y 99 años con condiciones susceptibles a la atención ambulatoria. Estas condiciones se definen como aquellas "en las que la buena atención como paciente ambulatorio puede prevenir la necesidad de hospitalización o en las que la intervención temprana puede prevenir complicaciones o enfermedades más graves".¹²³ Estas condiciones se basan en códigos de diagnóstico ICD-9-CM e incluyen: convulsiones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pulmonía bacteriana, asma, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés), hipertensión, angina, celulitis, diabetes, gastroenteritis, infección urinaria o renal, y deshidratación. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de 2011 de Dartmouth Atlas of Health Care, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/preventable_hospitalizations_sr.

Las hospitalizaciones prevenibles reflejan la forma en que una población utiliza las opciones de atención de la salud para pacientes ambulatorios, lo cual

-
116. National Diabetes Fact Sheet, 2011. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf. Fecha de acceso: marzo 20, 2014.
 117. Heron M. Deaths: Leading causes for 2010. *National Vital Statistics Reports*. 2013;62(6).
 118. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes Care*. 2013;36(4):1033.
 119. Eckert JK, Morgan LA, Swamy N. Preferences for receipt of care among community-dwelling adults. *J Aging Soc Policy*. 2004;16(2):49-65.
 120. Facts: Home Health Care. Administration on Aging Web site. http://www.aoa.gov/aoaroot/Press_Room/Products_Materials/fact/pdf/Home_Health_Care. Actualizado en 2013. Fecha de acceso: febrero 5, 2013.
 121. Kaye HS, LaPlante MP, Harrington C. Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? *Health Affairs*. 2009;28(1):262-272.
 122. Summary of the Affordable Care Act. Kaiser Family Foundation Web site. <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2011/04/8061-021.pdf>. Actualizado en 2013. Fecha de acceso: marzo 13, 2014.
 123. Prevention quality indicators overview. Agency for Health Care Research and Quality Web site. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>. Actualizado en 2003. Fecha de acceso: agosto 3, 2012.

describe la disponibilidad, el acceso o el costo de los servicios de atención ambulatoria.^{124,125} La atención hospitalaria es el componente mayor del gasto sanitario nacional y costó más de \$880 mil millones en 2012.¹²⁶ Las altas para servicios susceptibles a la atención ambulatoria están estrechamente correlacionadas con las admisiones hospitalarias generales, lo cual refleja una utilización excesiva general del entorno hospitalario como lugar de atención. Las hospitalizaciones prevenibles imponen una carga económica no esencial en los sistemas de atención de la salud, mientras que podrían haberse evitado con intervenciones menos costosas.

La tasa de hospitalizaciones prevenibles varían de menos de 40.0 altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare en Hawaii y Utah a 103.1 altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare en West Virginia. El promedio nacional es de 64.9 altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare.

El **índice Nuevas Admisiones en el Hospital** es el porcentaje de pacientes de 65 años en adelante que fueron admitidos nuevamente en el hospital dentro de los 30 días de haber sido dados de alta. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2010 de Dartmouth Atlas of Health Care, se encuentran disponibles www.americashealthrankings.org/all/hospital_readmissions_sr. Los datos de esta medida son los mismos que los que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados disponibles.

Existen numerosos motivos por los cuales un paciente puede admitirse nuevamente en el hospital, que incluyen la confusión sobre los medicamentos recetados, la comunicación incorrecta de información importante o una atención de seguimiento inadecuada.¹²⁷ Algunas nuevas admisiones son inevitables, pero muchas se pueden prevenir, y se pueden tomar medidas para reducirlas significativamente. Se han desarrollado y utilizado herramientas de detección para identificar a las personas de la tercera edad con un riesgo elevado de ser admitidas nuevamente en el hospital.¹²⁸ En un esfuerzo por aumentar la eficacia de los hospitales y la calidad del cuidado, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requería que los CMS llamasen la atención a los hospitales que tuvieran tasas de nuevas admisiones mayores que las esperadas a través de reducciones en los pagos, pero los efectos de las nuevas admisiones no se conocen todavía.¹²⁹ Actualmente, las nuevas admisiones en el hospital cuestan \$27 mil millones por año, y los casos que, probablemente, se podrían haber evitado con una atención apropiada cuestan \$17 mil millones cada año.¹²⁹ Dartmouth Atlas tiene un recurso para pacientes que brinda pasos para seguir a fin de evitar las nuevas admisiones en http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Atlas_CAYC_092811.pdf.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que fueron admitidos nuevamente en el hospital dentro de los 30 días del alta varía de un mínimo del 12.3 por ciento en Utah a un máximo de del 16.9 por ciento en Kentucky y Rhode Island. En todo el país, el 15.9 por ciento de las personas de la tercera edad se admiten nuevamente en el hospital dentro de los 30 días de haber sido dadas de alta.

La medida de **Cuidados Paliativos** indica el porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que estaban inscritos en cuidados paliativos durante los últimos 6 meses de vida después del diagnóstico de 1 de 9 condiciones crónicas con altas probabilidades de muerte. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de 2010 de Dartmouth Atlas of Health Care, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/hospice_care_sr.

La medida de cuidados paliativos está dirigida a pacientes que padecen enfermedades terminales y destaca el control del dolor y el apoyo emocional para el paciente y la familia. Dichos cuidados pueden brindarse en un centro de atención de la salud o en el hogar del paciente. Si bien los cuidados paliativos están disponibles para pacientes de cualquier edad, las personas de la tercera edad representaban el 83.4 por ciento de los pacientes de centros de cuidados paliativos en 2012.¹³⁰ La cantidad de individuos que reciben este cuidado ha aumentado drásticamente en la última década, lo cual se debe, en parte, al aumento de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare.¹³⁰ Los beneficios de la Parte A de Medicare cubren servicios certificados para cualquier paciente con un pronóstico de 6 meses o menos.¹³¹ En 2009, el 28.4 por ciento de las estadias en centros de cuidados paliativos que finalizaban con la muerte duraban menos de 4 días.¹³² Las transiciones a cuidados paliativos cuando falta tan poco para el final de la vida, a menudo, son indeseables, y las transiciones en los últimos 3 días de vida se clasifican como potencialmente inconvenientes en las evaluaciones del uso de centros de cuidados paliativos.¹³² Existe una disparidad notable entre los usuarios de estos centros: los pacientes blancos representaban el 82.8 por ciento de los usuarios de centros de cuidados paliativos en 2011.¹³³ Se pueden encontrar

124. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995;274(4):305-311.
125. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-140.
126. National health expenditures 2012 highlights. Centers for Medicare and Medicaid Services Web site. <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/highlights.pdf>. Fecha de acceso: marzo 14, 2014.
127. Care about your care: Tips for patients when they leave the hospital, 2011. The Dartmouth Atlas of Health Care Web site. http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Atlas_CAYC_092811.pdf. Fecha de acceso: abril 1, 2014.
128. Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel JP, Zekry D, Chevalley T. Identification of older patients at risk of unplanned readmission after discharge from the emergency department: Comparison of two screening tools. *Swiss Med Wkly*. 2012;141:1-9.
129. Goodman D, Fisher E, Chang C. After hospitalization: A Dartmouth Atlas report on readmissions among Medicare beneficiaries. *The Revolving Door: A Report on US Hospital Readmission*. Robert Wood Johnson Foundation, 2013. <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2013/rwjf404178>. Fecha de acceso: marzo 17, 2014.
130. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America. Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organization, octubre de 2013. http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2013_Facts_Figures.pdf. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
131. Hutcheson A. Hospice care in the United States. *Prim Care Clin Office Pract*. 2011;38:173-182.
132. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 2013;309(5):470-477.
133. National Hospice and Palliative Care Organization. Facts and Figures: Hospice Care in America. Octubre de 2012:1-15.

más información y recursos sobre los cuidados paliativos en la National Hospice and Palliative Care Organization (<http://www.nhpco.org/>).

El porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que se inscribieron en cuidados paliativos en los últimos 6 meses de vida varía de un máximo del 63.0 por ciento en Utah a un mínimo del 22.2 por ciento en Alaska. En todo el país, el 47.5 por ciento de las personas de la tercera edad se inscribieron en cuidados paliativos durante los últimos 6 meses de vida.

Las **Muertes en Hospital** es el porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que murieron en un hospital. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de 2010 de Dartmouth Atlas of Health Care, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/hospital_deaths_sr.

La mayoría de las personas de la tercera edad prefieren morir en la comodidad de su propio hogar y consideran que los centros de cuidados paliativos independientes son la segunda opción más preferida.¹³⁴ A pesar de que la sociedad prefiere que las muertes se produzcan en el hogar o en centros de cuidados paliativos, muchas personas de la tercera edad pasan sus últimos días de vida en el hospital. Esto puede suceder por diversos motivos, pero, en muchas circunstancias, es evitable. Los estudios demuestran que los pacientes que no tienen cuidadores tienen más probabilidades de morir en una institución.¹³⁵ En la última década, el porcentaje de pacientes mayores que murieron en hospitales ha disminuido, si bien esta tendencia general varía significativamente en todo el país.¹³⁶

El porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que murieron en un hospital oscila entre el 16.4 por ciento en Utah y el 35.1 por ciento en New York. En todo el país, el 25.0 por ciento de los difuntos de 65 años en adelante murieron en un hospital.

Resultados de Salud

Los resultados de salud surgen de una red compleja de conductas actuales y anteriores, factores comunitarios y del entorno, influencias de políticas y atención clínica. Se considera que estar vivo, tener un buen funcionamiento mental, físico y social, y un sentido de bienestar son resultados de salud positivos.¹³⁷ Los resultados negativos incluyen

la muerte, la pérdida de función y la falta de bienestar. En este informe, se incluyen resultados de salud tanto positivos como negativos: uso de UCI, fracturas de cadera, estado de salud, capacidad física, muerte prematura, extracciones dentales y días de mala salud mental.

El **uso de UCI** es el porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que pasan 7 días o más en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) en los últimos 6 meses de vida. Las tasas se ajustan según la edad, el sexo y la raza. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2007 de Medicare Provider Analysis and Review y tabulados por Dartmouth Atlas, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/ICU_usage_sr. Los datos de esta medida son los mismos que los que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados de UCI disponibles.

El uso excesivo del sistema de cuidados intensivos es costoso y, con frecuencia, contradice los deseos de muchos pacientes moribundos. Los cuidados para el fin de la vida representan un cuarto de los gastos totales de Medicare.¹³⁸ Si bien no se correlacionan con resultados mejores ni una vida más prolongada, el uso de UCI se correlaciona con la disponibilidad de camas de hospital en la UCI. Es más probable que los médicos en áreas con mayor disponibilidad de camas en la UCI las utilicen independientemente de las preferencias o el estado de salud de los pacientes. Las investigaciones indican que muchos pacientes reciben atención que no elegirían si les dieran la opción en los últimos días de vida.¹³⁹ Las áreas con mayor uso de UCI son áreas que también son de gran uso en otros aspectos, que incluyen las visitas de médicos y las hospitalizaciones. El uso excesivo de las UCI implica que se pueden mejorar tanto la eficiencia como la satisfacción de los pacientes.

El porcentaje de difuntos de 65 años en adelante que pasaron 7 días o más en la UCI/UCC durante los últimos 6 meses de vida varía de un mínimo del 5.1 por ciento en Vermont a un máximo del 24.7 por ciento en New Jersey. En todo el país, el 15.2 por ciento de los difuntos de 65 años en adelante pasaron 7 días o más en la UCI/UCC en los últimos 6 meses de vida.

El **indicador Caídas** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan haberse caído, al menos, una vez en los últimos 12 meses. Esta es una nueva definición y no es comparable con la medida de caídas de la Edición 2013, la cual se basaba en caídas en los últimos 3 meses. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/falls_sr.

Cada año, 1 de cada 3 adultos de 65 años en adelante se cae; el 20 al 30 por ciento de estas caídas provocan lesiones que afectan la capacidad de seguir adelante con las actividades diarias.^{140,141} Las caídas y las lesiones que estas provocan pueden limitar la movilidad, contribuir al aislamiento social e, incluso, ocasionar la muerte prematura. El costo promedio por caída para Medicare es de entre \$9,000 y \$13,000, y los costos médicos directos

134. Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med.* 2000;3(3):287-300.

135. Hallenbeck J. Access to end-of-life care venues. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008;25(3):245-249.

136. Goodman DC, Esty AR, Fisher ES, Chang CH. Trends and variation in end-of-life care for Medicare beneficiaries with severe chronic illness. *Dartmouth Atlas Project.* Abril 12, 2011.

137. Parrish RG. Measuring population health outcomes. *Prev Chronic Dis.* 2010;7(4):A71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901569/pdf/PCD74A71.pdf>. Fecha de acceso: marzo 6, 2014.

138. Riley GF, Lubitz JD. Long term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Services Research.* 2010;45(2):565-576.

139. Lorenz, KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2008;148(2):147-59.

140. Hausdorff JM, Rios DA, Edelberg HK. Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001;82(8):1050.

141. Stevens JA, Mack KA, Paulozzi LJ, Ballesteros, MF. Self-reported falls and fall-related injuries among persons aged ≥ 65 years—United States, 2006. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2008; 57: 225-9.

totales de las caídas en 2010 se estimaron en \$30 mil millones, ajustados por inflación.¹⁴² Con frecuencia, las caídas provocan fracturas de cadera que, a menudo, son dolorosas y costosas, y limitan gravemente la movilidad durante largos períodos. El riesgo de sufrir caídas, así como el riesgo de lesiones, aumenta con la edad, lo cual hace que las caídas sean especialmente problemáticas para las personas mayores de 75 años. El National Institute on Aging ofrece sugerencias de formas en que los adultos mayores pueden prevenir las caídas en <http://www.nia.nih.gov/health/publication/falls-and-fractures>.

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que se han caído dentro de los últimos 12 meses varía de un mínimo del 14.5 por ciento en Wisconsin a un máximo de más del 33.0 por ciento en Alaska y Montana. En todo el país, el 27.1 por ciento de las personas de la tercera edad se han caído en el último año.

El **Índice Fracturas de Cadera** es la tasa de hospitalización por fractura de cadera cada 1,000 beneficiarios de Medicare. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2007 de Dartmouth Atlas, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/hip_fractures_sr. Los datos de esta Edición son los mismos que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados sobre fracturas de cadera disponibles.

Las fracturas de cadera son lesiones graves en los adultos mayores que, a menudo, llevan a hospitalizaciones, cirugías y mucha rehabilitación, por lo general, en un centro de atención a largo plazo. Para muchos, una fractura de cadera puede indicar el fin de la independencia: 1 de cada 4 adultos mayores que anteriormente era independiente sigue estando en un centro de atención a largo plazo un año después de la lesión.¹⁴³ En 2007, había más de 280,000 hospitalizaciones en todo el país por fracturas de cadera, y hasta 1 de cada 5 personas con fractura de cadera morirá dentro de un año de la lesión.¹⁴⁴ La osteoporosis, la inactividad física, la visión deficiente, determinados medicamentos y la fragilidad general pueden contribuir a las caídas y a las fracturas de cadera.¹⁴⁵ Las intervenciones para reducir el riesgo de fracturas de cadera pueden incluir el uso de suplementos nutricionales, medicamentos, ejercicios, protectores de cadera u otros métodos.¹⁴⁶ La participación en programas de ejercicios en grupo puede mejorar el equilibrio y reducir el riesgo de caídas en adultos mayores.¹⁴⁷ El aprendizaje conductual cognitivo en un entorno de grupo pequeño también puede reducir las caídas.¹⁴⁸ Existen varias iniciativas comunitarias, como A Matter of Balance, Stepping On, Otago y programas de Tai Chi, que ofrecen formas de que las personas de la tercera edad aumenten la actividad, fortalezcan los músculos y se centren en mejorar el equilibrio.¹⁴⁹ La educación sobre prevención de caídas es fundamental en un programa de prevención de caídas multifacético, lo cual sirve para aumentar el conocimiento y fomentar conductas que prevengan las caídas.^{150,151} Las personas de la tercera edad deben consultar a

su médico sobre las mejores formas de prevenir las fracturas de cadera.

La tasa de hospitalizaciones por fracturas de cadera entre beneficiarios de Medicare oscila entre un mínimo de 3.0 hospitalizaciones cada 1,000 beneficiarios de Medicare en Hawaii y un máximo de 9.2 hospitalizaciones en Oklahoma. El promedio nacional es de 7.3 hospitalizaciones por fracturas de cadera cada 1,000 beneficiarios de Medicare.

El **Estado de Salud** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener una salud muy buena o excelente. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/health_status_sr.

El estado de salud autoinformado es un indicador de la salud que las personas perciben sobre sí mismas. Es una medida subjetiva de la salud que no está limitada a determinadas condiciones o resultados de salud. Se ve influenciada por la experiencia de vida, la salud de los seres queridos y muchos otros factores que afectan el bienestar general, como el apoyo social.^{152,153} Las investigaciones han revelado que quienes informan un estado de salud peor tienen mayores tasas de mortalidad por todas las causas.¹⁵⁴ La asociación entre estado de salud y mortalidad es una buena indicación no solo de tasas de mortalidad futuras, sino también de uso futuro de atención de la salud,

142. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Injury Prevention*. 2006;12(5):290-295.

143. Magaziner J, Hawkes W, Hebel JR, Zimmerman SI, Fox KM, Dolan M, et al. Recovery from hip fracture in 8 areas of function. *J Gerontol A: Biol Sci Med Sci*. 2000;55(9):M498-M507.

144. Leibson CL, Tosteson AN, Gabriel SE, Ransom JE, Melton LJ. Mortality, disability, and nursing home use for persons with and without hip fracture: a population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(10):1644-1650.

145. Falls among older adults: An overview. Centers for Disease Control and Prevention Web site. <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>. Actualizado en septiembre 20, 2013. Fecha de acceso: marzo 10, 2014.

146. Kannus P, Uusi-Rasi K, Palvanon M, Parkkari J. Non-pharmacological means to prevent fractures among older adults. *Ann Med*. 2005; 37(4):303-10.

147. Barnett A, Smith B, Lord SR, Williams M, Baumand A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomised controlled trial. *Age Aging*. 2003;32(4): 404-414.

148. Clemson L, Cumming RG, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in the elderly: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1487-94.

149. Community Programs. Center for Health Aging. National Council on Aging Web site. <http://www.ncoa.org/improve-health/center-for-healthy-aging/falls-prevention/community-programs.html>. Fecha de acceso: marzo 11, 2014.

150. FallScape Web site. <http://www.fallscape.org/index.html>. Fecha de acceso: abril 16, 2014.

151. Schepens S, Panzer V, Goldberg A. Randomized controlled trial comparing tailoring methods of multimedia-based fall prevention education for community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2011; 65(6): 702-709.

152. Idler E. In sickness but not in health: Self-ratings, identity, and mortality. *J Health Soc Behav*. 2004;45(3):336.

153. Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, Hernandez MA, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and correlates of poor self-rated health in the United States: the national elder mistreatment study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18.7: 615.

154. DeSalvo KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3):267.

dado que las personas con un mal estado de salud, probablemente, procurarán obtener atención.¹⁵⁵

El porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan que su salud es muy buena o excelente varía de un máximo del 49.3 por ciento en Colorado a un mínimo del 29.0 por ciento en Mississippi. En todo el país, el 39.9 por ciento de las personas de la tercera edad informan que su salud es muy buena o excelente.

La **Capacidad Física** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante sin discapacidades. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos de la Encuesta Comunitaria Anual (Annual Community Survey) de 2012 de la Oficina de Censo de los EE. UU., se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/able-bodied_sr.

La discapacidad puede tener muchas formas, desde físicas a mentales, y tiene muchas causas. Puede ser el resultado de diferentes causas, como el estilo de vida, una enfermedad, accidentes o el envejecimiento. Más del 40 por ciento de los adultos de 65 años en adelante informan algún tipo de discapacidad que interfiere con sus vidas diarias.¹⁵⁶ Las personas de la tercera edad con una discapacidad tienen más probabilidades de requerir hospitalización y cuidados a largo plazo que quienes no la tienen.¹⁵⁷ Los costos por atención médica de las personas de la tercera edad discapacitadas son 3 veces mayores que los de quienes no lo son.¹⁵⁸ Si bien algunas discapacidades son mayormente inevitables, la medida en que interfieren con la vida de una persona se puede influenciar a través de medidas tomadas a nivel personal, como el ejercicio y el uso de equipos o aparatos especiales. Los programas de autocontrol, como el Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas (Chronic Disease Self-Management Program), que enseña a las personas de la tercera edad a manejar mejor sus síntomas, a mantener regímenes de medicamentos y a conservar la capacidad funcional, pueden ayudar a prevenir o a demorar la discapacidad en los adultos mayores.¹⁵⁹ La carga de una discapacidad también ha sido influenciada a nivel comunitario a través de programas que permiten a las personas de la tercera edad tener la posibilidad de mantener su independencia, como programas de transporte para personas de la tercera edad, la entrega de comidas a domicilio y programas con el objetivo de

que las comunidades sean más accesibles para las personas discapacitadas.

Para mantener la capacidad física, es fundamental mantenerse activo. El National Institutes of Health brinda sugerencias útiles sobre cómo las personas de la tercera edad pueden incorporar el ejercicio regular a sus vidas en <http://nihseniorhealth.gov/exerciseforolderadults/healthbenefits/01.html>.

La prevalencia de adultos capaces físicamente de 65 años en adelante varía de un máximo del 68.2 por ciento en Minnesota a un mínimo del 54.8 por ciento en Mississippi. El promedio nacional es del 63.6 por ciento de adultos de 65 años y mayores.

La **Muerte Prematura** es la cantidad de muertes cada 100,000 adultos de 65 a 74 años, o la cantidad de muertes que se producen dentro de la primera década de la tercera edad. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas en datos de 2010 del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los CDC, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/premature_death_sr. Los datos de esta Edición son los mismos que se publicaron en la Edición 2013. En el momento en que se publicó este informe, no había datos actualizados sobre mortalidad disponibles.

La muerte prematura es una medida de mortalidad que refleja la edad de muerte de los adultos mayores de menos de 75 años. De acuerdo con datos de mortalidad de 2010, las 5 causas principales de muerte entre adultos mayores de 65 a 74 años en los Estados Unidos son las siguientes: cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades cerebrovasculares y diabetes.¹¹⁷ Muchas de estas causas de muerte son prevenibles a través de modificaciones del estilo de vida. El cáncer de pulmón es uno de los principales responsables de las muertes prematuras por cáncer, y dejar de fumar puede disminuir en gran medida el riesgo de contraer cáncer de pulmón. Las enfermedades cardíacas están vinculadas con varios factores de riesgo modificables, como la obesidad, la diabetes y la inactividad física. La diabetes tipo 2 se asocia con numerosos factores de riesgo modificables, como el consumo de tabaco, la obesidad, la actividad física y la dieta, lo cual hace que sea un objetivo ideal para la prevención.¹⁶⁰ Una variedad de estrategias de intervención que fomentan estilos de vida saludables y cuidados preventivos pueden ser eficaces para reducir la muerte prematura en los adultos mayores.

La tasa de muerte prematura varía de un mínimo de 1,425 muertes cada 100,000 adultos de 65 a 74 años en Hawái a casi el doble en Mississippi, con 2,558 muertes. En todo el país, la tasa de muerte prematura entre los adultos mayores es de 1,909 muertes cada 100,000 adultos de 65 a 74 años.

Las **Extracciones Dentales** son el porcentaje de adultos de 65 años en adelante con extracciones dentales completas. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, en función de datos autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se pueden encontrar en www.americashealthrankings.org/all/teeth_extractions_sr. Debido a un cambio en la metodología en el BRFSS 2011, las tasas de extracciones dentales de esta Edición no se pueden

155. DeSalvo KB. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Serv Res.* 2005;40(4):1234.

156. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Improve the Health and Wellness of Persons with Disabilities; 2005.

157. McColl MA, Shortt S, Gignac M, Lam M. Disentangling the effects of disability and age on health service utilisation. *Disabil Rehabil.* 2011;33(13-14):1253-1261.

158. Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systemic review. *JAMA.* 2002;288(24):3137-3146.

159. Agency for Healthcare Research and Quality. *Preventing Disability in the Elderly with Chronic Disease: Research in Action, Issue 3.* Abril 2002. Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/aging/elderdis/index.html>. Fecha de acceso: marzo 11, 2014.

160. Schulze MB. Primary prevention of diabetes: What can be done and how much can be prevented? *Annu Rev Public Health.* 2005;26(1):445.

comparar directamente con las estimaciones publicadas en la Edición 2013.

Las extracciones dentales se realizan por muchas razones, que incluyen enfermedades/caries, traumatismo o amontonamiento, de las cuales las caries dentales no tratadas y la enfermedad periodontal son las más comunes.¹⁶¹ La ausencia de dientes naturales pueden indicar una dieta mala o un acceso limitado a cuidados de la salud bucal. Los adultos mayores sin dientes naturales tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y derrames cerebrales.¹⁶² La ausencia de dientes naturales también puede afectar la nutrición: las dentaduras son menos eficientes para masticar comida que los dientes naturales, de manera que las personas que usan dentadura pueden tender a comer alimentos que se mastiquen con mayor facilidad, en lugar de frutas y verduras.¹⁶³ La pérdida de dientes puede tener un impacto negativo sobre las interacciones sociales y la calidad de vida general de los adultos mayores.¹⁶⁴ El porcentaje de adultos mayores sin dientes naturales está disminuyendo, probablemente, debido al mayor acceso a cuidados de la salud bucal, programas de fluoración de aguas públicas y menores tasas de consumo de tabaco.¹⁶⁵ Actualmente, existen 2 métodos para tratar la extracción dental, las dentaduras o los implantes, si bien entre los dentistas está aumentando la preferencia de realizar implantes.

Los adultos mayores pueden encontrar formas de mantener una buena salud bucal en http://www.cdc.gov/OralHealth/publications/factsheets/adult_oral_health/adult_older.htm.

La prevalencia de adultos de 65 años en adelante con extracciones dentales completas varía ampliamente de un mínimo del 7.0 por ciento en Hawaii a un máximo del 33.8 por ciento en West Virginia. En todo el país, la prevalencia de extracciones dentales completas es del 16.2 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.

La **medida Días de Mala Salud Mental** es la cantidad promedio de días en los 30 días previos en que una persona de 65 años en adelante no pudo trabajar o realizar tareas domésticas debido a una enfermedad mental. Los datos autoinformados dependen de la precisión de la estimación de cada encuestado respecto de la cantidad de días con actividad limitada que experimentaron en los últimos 30 días. Las clasificaciones sobre personas de la tercera edad, basadas sobre datos del BRFSS 2012, se encuentran disponibles en www.americashealthrankings.org/all/mental_health_days_sr.

Los días de mala salud mental son un indicador general de la calidad de vida relacionada con la salud, del sufrimiento mental y de la carga que representan las enfermedades mentales graves para la población de adultos mayores. La cantidad de días de mala salud mental también es una indicación de la salud futura, dado que predice las visitas a consultorios y las hospitalizaciones a 1 mes y a 12 meses.¹⁶⁷ Se calcula que el 20 por ciento de los adultos de 55 años en adelante experimentan algún tipo de problema de la salud mental, como ansiedad, deterioro cognitivo, trastorno

bipolar o depresión. Los trastornos depresivos, a menudo, pasan inadvertidos y, por ende, no se tratan o se tratan en forma deficiente en los adultos mayores.¹⁶⁸ En casos extremos, la mala salud mental puede llevar al suicidio, que ocupa el lugar 11 entre las causas de muerte principales de todas las edades. Se estima que los costos médicos de las enfermedades mentales son de, aproximadamente, \$100 mil millones por año.¹⁶⁹ Si bien es posible que no se puedan evitar algunos períodos breves ocasionales de sufrimiento mental y unos pocos días de mala salud mental, episodios más prolongados y graves son tratables y prevenibles a través de intervenciones tempranas.¹⁷⁰

La buena salud mental es fundamental para contar con buena salud y bienestar generales. El National Institute on Aging brinda recursos para los adultos mayores que puedan estar lidiando con depresión en <http://www.nia.nih.gov/health/publication/depression>. La Geriatric Mental Health Foundation también ofrece sugerencias útiles de formas en que los adultos mayores pueden mantenerse bien mentalmente en http://www.gmhfonline.org/gmhf/consumer/factsheets/hlthage_mental.html.

La cantidad de días de mala salud mental por mes varía de 1.5 días en los últimos 30 días en South Dakota a 3.2 días en los últimos 30 días en Kentucky y New York. La tasa en todo el país es de 2.4 días en los últimos 30 días.

-
161. US Department of Health and Human Services. *Oral health in America: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgf/home.htm>. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
 162. Holm-Pedersen P, Schultz-Larsen K, Christiansen N, Aylund K. Tooth loss and subsequent disability and mortality in old age. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):429–35.
 163. Oral Health for Older Americans. Centers for Disease Control and Prevention Web site. http://www.cdc.gov/OralHealth/publications/factsheets/adult_oral_health/adult_older.htm. Actualizado: julio 10, 2013. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
 164. Jones JA, Orner MB, Spiro A, Kresson NR. Tooth loss and dentures: Patients' perspectives. *Int Dent J*. 2003; 53:327–334.
 165. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health*. Hyattsville, MD. 2012. <http://www.cdc.gov/nchs/data/health/2011.pdf>. Fecha de acceso: abril 16, 2014.
 166. Di Fiore PM, Tam L, Thai HT, Hittelman E, Norman RG. Retention of teeth versus extraction and implant placement: treatment preferences of dental faculty and dental students. *J Dent Educ*. Marzo de 2008;72(3):352–8.
 167. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, Heller DA. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging Clin Exp Res*. 2002;14:499–508.
 168. Centers for Disease Control and Prevention and National Association of Chronic Disease Directors. *The State of Mental Health and Aging in America Issue Brief 1: What Do the Data Tell Us?* Atlanta, GA: National Association of Chronic Disease Directors; 2008.
 169. Mark TL, Levit KR, Buck JA, Coffey RM, Vandivort-Warren R. Mental health treatment expenditure trends, 1986–2003. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1041–1048.
 170. Moriarty DG. Geographic patterns of frequent mental distress: US adults, 1993–2001 and 2003–2006. *Am J Prev Med*. 2009;36(6):497.

Medidas Suplementarias

La **medida de Educación** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener un título universitario. Esta medida, basada en un promedio de 3 años de datos de 2009 a 2011 de la Encuesta Comunitaria Estadounidense (American Community Survey) 2012 de la Oficina de Censo de los EE. UU., se encuentra disponible en www.americashealthrankings.org/all/education_sr.

La educación contribuye enormemente a la salud, ya que las personas deben ser capaces de informarse, crear y mantener un estilo de vida saludable. También es un indicador sólido de la expectativa de vida, así como de la salud y el bienestar generales.¹⁷¹ Quienes tienen más años de educación tienen más probabilidades de tener ingresos más altos, menores tasas de falta de seguro y, por lo tanto, mayor acceso a atención de la salud. Se ha demostrado que el aumento del nivel de educación alcanzado mejora el estado de salud de la población en su totalidad.¹⁷² Cada año adicional de educación está asociado con un incremento de las conductas que fomentan la salud, y las políticas que tienen el objetivo de aumentar los niveles educativos podrían tener un impacto significativo sobre la salud a largo plazo.¹⁷³ A la inversa, tener una población menos educada sobrecarga el sistema médico de un estado.

Si bien obtener un título universitario después de los 65 años es poco común y sus efectos sobre la salud son desconocidos, las inversiones en educación en las etapas tempranas de la vida pueden tener enormes implicaciones sobre la salud durante toda la vida. Por ende, las iniciativas para aumentar el nivel educativo alcanzado entre la población mejorará la salud a través de todas las etapas de la vida.

El porcentaje de adultos mayores que informan poseer un título universitario varía desde el 31.0 por ciento en Colorado hasta el 12.3 por ciento en West Virginia. En todo el país, el 22.2 por ciento de los adultos de 65 años en adelante informan poseer un título universitario.

El indicador **Múltiples Condiciones Crónicas** es el porcentaje de beneficiarios de Medicare con 4 o más condiciones crónicas. Esta medida, basada en datos de 2007 a 2011 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, está disponible en www.americashealthrankings.org/all/chronicdisease_sr.

Las condiciones crónicas son aquellas que duran más de un año, que requieren atención médica constante y que pueden limitar las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés). Estas incluyen no solo enfermedades físicas, como diabetes, enfermedades cardíacas, artritis e hipertensión, sino también condiciones mentales, como depresión y demencia. Las condiciones crónicas pueden tener un impacto negativo sobre el funcionamiento diario y contribuir a la fragilidad, la discapacidad y un mayor riesgo de mortalidad.¹⁷⁴ Dichas condiciones se han convertido en el centro de atención del cuidado de la salud, en especial, en adultos mayores, dado que hasta 3 de 4 adultos de 65 años en adelante tienen múltiples condiciones crónicas (MCC, por sus siglas en inglés).¹⁷⁵ Las personas con MCC representan uno de los segmentos más necesitados de la población, dado que es probable que cada una de esas condiciones crónicas requieran medicamentos y supervisión. La carga económica de las MCC es sustancial, y alrededor de dos tercios de los gastos totales de Medicare se destinan a personas con más de 5 condiciones crónicas.¹⁷⁶ En comparación con los adultos sin morbilidades asociadas o ADL a los 65 años, aquellos con 3 o más morbilidades asociadas gastan \$35,000 adicionales en cuidados médicos durante su vida y viven 5.3 años menos en promedio.¹⁷⁷

Las enfermedades crónicas comunes se pueden prevenir y, a menudo, son el resultado de factores de estilo de vida modificables y estrategias de prevención que fallaron. El consumo de tabaco, la actividad física insuficiente, la mala dieta y el consumo excesivo de alcohol son factores de estilo de vida principales que contribuyen a las múltiples enfermedades crónicas y son conductas modificables. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mantiene una base de datos de programas, herramientas e iniciativas de investigación para tratar las necesidades de los individuos con MCC en <http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc-inventory.html>. La Health in Aging Foundation ofrece sugerencias para los adultos mayores que trabajan con un profesional de atención de la salud para administrar el cuidado de múltiples condiciones en <http://www.healthinaging.org/files/documents/tipsheets/TIPmm.pdf>.

El porcentaje de beneficiarios de Medicare con múltiples condiciones crónicas varía de menos del 25 por ciento en Alaska, Wyoming, Montana y Minnesota a más del 40 por ciento en Delaware, New Jersey y Florida. En todo el país, el 35.8 por ciento de los beneficiarios de Medicare tienen múltiples condiciones crónicas.

La medida de **Función Cognitiva** es el porcentaje de adultos de 65 años en adelante que informan tener dificultades cognitivas. Esta medida se define

171. Molla MT, Madans JH, Wagener DK. Differentials in adult mortality and activity limitation by years of education in the United States at the end of the 1990s. *Popul Dev Rev*. 2004;30(4):625-46.

172. Lleras-Muney A. The relationship between education and adult mortality in the United States. *Rev Econ Stud*. 2005;72(1):189.

173. Cutler DM, Lleras-Muney A. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2006.

174. HHS Initiative on Multiple Chronic Conditions. US Department of Health and Human Services Web site. http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/#_edn3. Fecha de acceso: marzo 26, 2014.

175. Anderson G. *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation, 2010. <http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2010/01/chronic-care.html>. Fecha de acceso: abril 16, 2014.

176. Partnership for Solutions. *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*. Robert Wood Johnson Foundation; 2002.

177. Joyce GF, Keeler EB, Shang B, Goldman DP. The lifetime burden of chronic disease among the elderly. *Health Aff*. 2005;24 Supp;2:WSR18-29.

como tener dificultad para recordar, concentrarse o tomar decisiones (DREM) debido a un problema físico, mental o emocional.¹⁷⁸ Esta medida, basada en un promedio de 3 años de datos de 2009 a 2011 de la Encuesta Comunitaria Estadounidense (American Community Survey) 2012 de la Oficina de Censo de los EE. UU., se puede encontrar en www.americashealthrankings.org/all/cognition_sr.

Más de 16 millones de individuos en los Estados Unidos tienen trastorno cognitivo (CI, por sus siglas en inglés), que puede ir de leve a grave.¹⁷⁹ El CI leve, marcado por una disminución de la memoria y la capacidad de pensamiento, afecta a casi 1 en 4 personas de la tercera edad que viven en comunidades.¹⁸⁰ La enfermedad de Alzheimer, una forma grave de CI, afecta a hasta 5.1 millones de adultos mayores en todo el país. La edad es el principal factor de riesgo de los CI.

La demanda de servicios de apoyo relacionados con problemas cognitivos está aumentando con el envejecimiento de la población de los EE. UU. Los trastornos cognitivos tienen muchas causas, desde la enfermedad de Alzheimer hasta lesiones o derrames cerebrales, pero independientemente de la causa, la carga no es menos importante, en especial, para los muchos cuidadores familiares que se llevan la peor parte de la responsabilidad. Esta condición está asociada con un gran costo, dado que quienes tienen CI informan 3 veces más hospitalizaciones que quienes no los tienen.¹⁸¹ Las pruebas indican que mantener la actividad física e intelectual fomenta un envejecimiento cognitivo próspero.¹⁸²

Los CDC han publicado un llamado a la acción para los legisladores respecto de este importante asunto que está disponible en http://www.cdc.gov/aging/pdf/cognitive_impairment/cogimp_poilicy_final.pdf. La Iniciativa Cerebro Saludable (Healthy Brain Initiative) de los CDC también ha producido un Plan de Salud Pública para Asociaciones Estatales y Nacionales (Public Health Road Map for State and National Partnerships) 2013-2018 para agencias de salud pública locales y estatales en <http://www.cdc.gov/aging/healthybrain/resources.htm>. La Alzheimer's Association ofrece información y recursos para adultos mayores con trastornos cognitivos leves en su sitio de Internet en <http://www.alz.org/dementia/mild-cognitive-impairment-mci.asp>.

El porcentaje de adultos mayores con dificultad cognitiva varía del 6.6 por ciento en Minnesota al 13.5 por ciento en Mississippi. En todo el país, el 9.4 por ciento de los adultos de 65 años en adelante tienen dificultades cognitivas.

La Depresión es el porcentaje de adultos mayores a los que un profesional de la salud les dijo que tienen un trastorno depresivo, que incluye depresión, depresión mayor, distimia o depresión menor. Esta medida, basada sobre datos autoinformados del BRFSS 2012 de los CDC, se encuentra disponible en www.americashealthrankings.org/all/depression_sr.

La tasa de adultos mayores que informan tener depresión y síntomas depresivos varía del 13 al 43 por ciento según sus situaciones de vida;

quienes viven en centros de atención a largo plazo tienen las tasas más elevadas.¹⁸³ Es probable que la cantidad de personas que experimentan o informan depresión sea sustancialmente mayor que la cantidad de personas con diagnóstico de depresión. La depresión y los síntomas depresivos son el resultado de la mala salud, de la falta de apoyo social y de las discapacidades que afectan la calidad de vida. La depresión puede limitar el funcionamiento físico, mental y social de los adultos mayores. Las personas de la tercera edad con depresión, incluso de leve a moderada, tienen menos probabilidades de intentar obtener cuidados o servicios para sus condiciones de salud y, en consecuencia, a menudo, tienen peores resultados, lo cual representa una carga adicional para el sistema de atención de la salud.¹⁸⁴ Usan más medicamentos, incurren en más cargos como pacientes ambulatorios y tienen estancias más largas en el hospital. La presencia de depresión complica el tratamiento de otras enfermedades crónicas.¹⁸⁵

Los CDC destacan 3 programas basados en la comunidad y en evidencias para adultos mayores con depresión y ofrecen recursos adicionales en http://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health_brief_2.pdf.

La prevalencia de depresión varía de menos del 10.0 por ciento de los adultos mayores en Hawaii, Delaware y Wisconsin a más del 17.0 por ciento en Kentucky y Alabama. En todo el país, el 13.4 por ciento de los adultos de 65 años en adelante informan que les han dicho que tienen un trastorno depresivo.

La medida de Suicidio es la cantidad de muertes debido a lesiones autoinfligidas intencionales cada 100,000 adultos de 65 años en adelante. Esta medida, basada sobre certificados de defunción de 2010 del National Vital Statistics System de los CDC, se encuentra disponible en www.americashealthrankings.org/all/suicide_sr.

178. Disability: American Community Survey. US Census Bureau Web site. <https://www.census.gov/people/disability/methodology/acs.html>. Fecha de acceso: marzo 27, 2014.

179. Centers for Disease Control and Prevention. Cognitive Impairment: A Call to Action Now! Febrero 2011. http://www.cdc.gov/aging/pdf/cognitive_impairment/cogimp_poilicy_final.pdf. Fecha de acceso: abril 16, 2014.

180. Unverzagt FW, Gao S, Baiyewu O, Ogunniyi AO, Gureje O, Perkins A, et al. Prevalence of cognitive impairment data from the Indianapolis Study of Health and Aging. *Neurology*. 2001;57(9):1655-1662.

181. Alzheimer's Association. *Characteristics, Costs and Health Service Use for Medicare Beneficiaries with a Dementia Diagnosis: Report 1: Medicare Current Beneficiary Survey*. Chicago: Alzheimer's Association; 2009.

182. Hertzog C, Kramer AF, Wilson RS, Lindenburger U. Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychol Sci Public Interest*. 2008;(9):1-65.

183. Blazer DG. Epidemiology of depression: prevalence and incidence. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry, Second Edition*. 2002; 389-392.

184. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de Beurs E, Geerling SW, van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(1):20-27.

El suicidio es una causa principal de muerte en los Estados Unidos, y los adultos mayores tienen un riesgo desproporcionado. En 2010, la tasa de suicidio en la población general fue de 12.4 muertes cada 100,000. Ese mismo año, la tasa fue de 14.5 muertes cada 100,000 entre adultos de 65 a 84 años y de 17.6 muertes cada 100,000 entre las personas de 85 años en adelante. Más de 8,500 adultos de 60 años en adelante murieron a causa de suicidio en los Estados Unidos en 2010, y la tasa de suicidio en los hombres blancos de 85 años en adelante es más de 4 veces mayor que la tasa de suicidios general de todo el país. Por cada suicidio exitoso, se producen alrededor de 10 intentos de suicidio, muchos de los cuales llevan a hospitalizaciones y son un indicador de la carga de la mala salud mental en la población.¹⁸⁶ Los intentos de suicidio entre los adultos mayores son más letales que aquellos en grupos más jóvenes.¹⁸⁷ Los factores de riesgo en los adultos mayores incluyen, entre otros: depresión, intento(s) previo(s) de suicidio, sentimientos de desesperanza, desacuerdos o pérdidas familiares, enfermedad física, dolor o disminución en las funciones y aislamiento social.¹⁸⁸ El suicidio no solo afecta al individuo, sino que también puede tener efectos graves sobre la familia y los amigos.

El riesgo de suicidio puede reducirse a través de la prevención. Para obtener recursos y estrategias de prevención eficaces, consulte www.sprc.org/. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y la Administración sobre el Envejecimiento (AoA, por sus siglas en inglés) ofrecen recursos para organizaciones de atención de la salud y de servicios sociales con el objetivo de ayudar a prevenir el suicidio en adultos mayores en http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/HPW/Behavioral/docs/Older%20Americans%20Issue%20Brief%204_Preventing%20Suicide_508.pdf.

La tasa de suicidios varía de 6.4 muertes cada 100,000 adultos mayores en Rhode Island a un máximo de 32.3 muertes cada 100,000 adultos mayores en Nevada. La tasa nacional es de 14.8 muertes cada 100,000 adultos de 65 años y mayores.

185. Centers for Disease Control and Prevention, National Association of Chronic Disease Directors. *The State of Mental Health and Aging in America, Issue Brief 2: Addressing Depression in Older Adults: Selected Evidence-Based Programs*. Atlanta, GA: National Association of Chronic Disease Directors; 2009.

186. Miller M. Suicide prevention. *Annu Rev Public Health*. 2012;33(1):393.

187. Administration on Aging, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Older Americans Behavioral Health Issue Brief 4: Preventing Suicide in Older Adults*. 2012. http://www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/HPW/Behavioral/docs/Older%20Americans%20Issue%20Brief%204_Preventing%20Suicide_508.pdf. Fecha de acceso: abril 16, 2014.

188. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin of North Am*. 2011; 34(2): 451-468.

Sinopsis Estado por Estado

Las siguientes páginas describen la clasificación general, las fortalezas, los desafíos y los aspectos destacados de cada estado. Para comparar su estado con otros, visite www.americashealthrankings.org.

La sinopsis de cada estado incluye un párrafo separado que describe una disparidad en la salud entre adultos mayores dentro del estado. Las medidas de obesidad, inactividad física y estado de salud se analizaron en función de disparidades según la raza/el origen étnico, los niveles educativos, los niveles de ingresos, el sexo y la residencia urbana. Para ver información de disparidades para todos los estados, consulte la sección *Disparidades en la Salud* en la página 17.

Cada sinopsis contiene también medidas suplementarias sobre educación, múltiples condiciones crónicas, función cognitiva, depresión y suicidio. Para ver una revisión de medidas suplementarias para todos los estados, consulte la página 47.

Además, cada sinopsis analiza el aumento proyectado a 15 años de las poblaciones estatales de 65 años en adelante desde 2015 hasta 2030.

ARIZONA

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| DETERMINANTES | | | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 9.5 | 31 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 4.2 | 30 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.5 | 7 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 2.1 | 44 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.8 | 7 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 65.6 | 25 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 54.8 | 13 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.031 | 18 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.2 | 25 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 17.6 | 48 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 47.7 | 27 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.022 | 39 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 78.5 | 38 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 12.3 | 16 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$569 | 34 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.004 | 30 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.026 | 32 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 10.4 | 21 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 87.0 | 20 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 65.1 | 25 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | 0.009 | 19 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 92.2 | 42 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 97.7 | 40 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 52.3 | 46 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 85.1 | 32 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 75.3 | 39 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 89.6 | 20 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 51.4 | 10 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 15.6 | 23 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 62.9 | 2 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 17.8 | 2 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.002 | 28 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | 0.013 | 26 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 15.7 | 38 | 5.1 |
| Caidas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.2 | 18 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 7.2 | 23 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 45.6 | 6 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.7 | 9 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1624 | 7 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.3 | 9 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.3 | 23 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | 0.121 | 15 | |
| GENERAL | 0.134 | 23 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.6 | 12 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 31.1 | 20 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.0 | 14 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.6 | 22 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 22.8 | 45 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 100.7 | 52.7 |

Clasificación General: 23

Clasificación de

Determinantes: 26

Clasificación de Resultados: 15

Fortalezas:

- Baja prevalencia de obesidad
- Alto uso de cuidados paliativos
- Bajo porcentaje de muertes en hospital

Desafíos:

- Alta prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso
- Bajo porcentaje de voluntariado
- Baja cobertura de vacunación contra la gripe

Clasificación: Arizona ocupa el puesto 23 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 18.

Aspectos destacados:

- En el último año, el consumo de tabaco aumentó del 8.9 por ciento al 9.5 por ciento de las personas de la tercera edad, con lo cual el estado pasó del puesto 19 al puesto 31 de la clasificación.
- Arizona sigue estando entre los primeros 10 estados en la categoría de obesidad; no obstante, más de 225,000 personas de la tercera edad son obesas.
- La prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso se redujo un 19 por ciento en el último año; no obstante, más de 20,000 personas de la tercera edad tienen bajo peso.
- El porcentaje de personas de la tercera edad que usan cuidados paliativos aumentó un 15 por ciento en el último año, y las muertes en hospital entre las personas de la tercera edad se redujeron un 16 por ciento.
- En el último año, la cobertura de vacunación contra la gripe se redujo un 10 por ciento.
- El voluntariado sigue siendo bajo: en el último año, se redujo del 18.8 al 17.6 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.

Disparidades: En Arizona, el 19.9 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios secundarios completos son obesas en comparación con el 37.8 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios secundarios incompletos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.azdhs.gov



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

CALIFORNIA

CALIFORNIA

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 5.9 | 3 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 4.3 | 32 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 21.1 | 5 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 1.6 | 25 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 21.4 | 2 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 73.2 | 6 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 50.5 | 31 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.19 | 1 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.1 | 37 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.3 | 36 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 51.6 | 20 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.014 | 35 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 77.0 | 45 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 17.2 | 40 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$560 | 35 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.069 | 43 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.083 | 40 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 11.4 | 24 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 88.4 | 5 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 58.2 | 20 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | 0.05 | 11 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 95.5 | 16 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 97.9 | 35 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 57.9 | 33 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 89.2 | 10 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 80.0 | 27 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 55.0 | 42 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 49.9 | 8 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 15.7 | 27 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 41.3 | 39 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 29.3 | 47 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.019 | 34 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | 0.137 | 15 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 20.3 | 48 | 5.1 |
| Caidas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 30.2 | 34 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 6.4 | 5 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 44.8 | 11 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 63.3 | 28 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1586 | 5 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.7 | 2 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.5 | 35 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | 0.073 | 22 | |
| GENERAL | 0.21 | 18 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.2 | 7 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 33.8 | 24 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.7 | 40 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.9 | 4 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 16.7 | 32 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 58.5 | 52.7 |

Clasificación General: 18

Clasificación de Determinantes: 15
Clasificación de Resultados: 22

Fortalezas:

- Baja prevalencia de consumo de tabaco
- Baja prevalencia de inactividad física
- Alta cobertura de medicamentos de venta con receta

Desafíos:

- Alto porcentaje de muertes en hospital
- Disponibilidad limitada de trabajadores de atención de la salud en el hogar
- Alta prevalencia de inseguridad alimentaria

Clasificación: California ocupa el puesto 18 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 24.

Aspectos destacados:

- California ocupa el primer lugar en todos los comportamientos combinados.
- En California, más de 990,000 personas de la tercera edad son obesas y más de 1 millón de personas de esta población no hacen actividad física.
- En el último año, el uso de cuidados paliativos entre las personas de la tercera edad aumentó un 28 por ciento, y las muertes en hospital entre personas de esta población se redujeron un 10 por ciento.
- En el último año, la calidad de los asilos de convalecencia aumentó del 45.6 por ciento al 51.6 por ciento de camas con calificación de 4 o 5 estrellas.
- California está entre los primeros 10 estados en medidas de salud bucal, visitas dentales y extracciones dentales.

Disparidades: En California, el 66.9 por ciento de las personas de la tercera edad con ingresos superiores a \$75,000 informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 27.7 por ciento de las personas de esta población con ingresos menores a \$25,000.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.cdph.ca.gov



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

COLORADO

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 9.1 | 28 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 5.2 | 45 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 19.6 | 2 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 2.1 | 44 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 21.7 | 3 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 70.2 | 14 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 52.7 | 19 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.083 | 9 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 7.9 | 19 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 29.3 | 14 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 59.7 | 4 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | 0.097 | 7 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 81.7 | 13 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.9 | 7 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$651 | 29 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | 0.045 | 14 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | 0.142 | 10 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 12.7 | 29 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 87.1 | 18 | 89.6 |
| Escasez de Geriátras (Porcentaje de geriátras necesarios) | 64.4 | 24 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | -0.009 | 23 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 94.6 | 31 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 98.2 | 22 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.2 | 9 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 83.8 | 38 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 74.6 | 43 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 114.4 | 11 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 43.7 | 5 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 14.8 | 9 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 53.8 | 10 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.2 | 3 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | 0.071 | 9 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | 0.288 | 7 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 9.8 | 18 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.4 | 21 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 7.5 | 31 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 49.3 | 1 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.4 | 10 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1545 | 2 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 12.4 | 5 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 1.9 | 8 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | 0.217 | 4 | |
| GENERAL | 0.505 | 6 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 31.0 | 1 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.7 | 7 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 7.7 | 11 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.1 | 19 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 20.5 | 42 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 52.4 | 52.7 |

Clasificación General: 6

Clasificación de Determinantes: 7

Clasificación de Resultados: 4

Fortalezas:

- Baja prevalencia de obesidad e inactividad física
- Bajo porcentaje de muertes en hospital
- Baja tasa de muertes prematuras

Desafíos:

- Alta prevalencia del consumo crónico de alcohol
- Alta prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso
- Bajo porcentaje de control de la diabetes

Clasificación: Colorado ocupa el puesto 6 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 6.

Aspectos destacados:

- Colorado tiene una de las menores tasas de obesidad del país; 109,000 adultos de 65 años en adelante todavía son obesos.
- En el último año, el voluntariado aumentó del 25.8 por ciento al 29.3 por ciento de las personas de la tercera edad.
- Colorado tiene una de las tasas de consumo crónico de alcohol más elevadas del país. En el último año, el consumo crónico de alcohol aumentó del 3.6 por ciento al 5.2 por ciento de las personas de la tercera edad.
- Colorado ocupa el primer lugar en la medida suplementaria de educación universitaria entre personas de la tercera edad.
- En el último año, la calidad de los asilos de convalecencia aumentó del 48.2 por ciento al 59.7 por ciento de camas con calificación de 4 o 5 estrellas.

Disparidades: En Colorado, el 23.6 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios secundarios incompletos fuman en comparación con el 4.5 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios universitarios completos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.cdphe.state.co.us



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

FLORIDA

FLORIDA

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|---------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| DETERMINANTES | | | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.1 | 14 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 5.1 | 44 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.9 | 9 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 1.4 | 13 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.4 | 5 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 65.7 | 24 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 48.1 | 45 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.014 | 20 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.0 | 36 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.7 | 46 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 55.7 | 11 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.014 | 35 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 79.4 | 31 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 16.1 | 35 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$1,649 | 7 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.005 | 31 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.019 | 30 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 8.5 | 13 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 87.4 | 15 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 68.9 | 32 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | 0.023 | 16 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 93.9 | 35 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 98.5 | 10 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 54.7 | 42 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 86.7 | 21 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 86.1 | 1 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 26.9 | 50 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 63.5 | 28 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 16.0 | 33 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 59.7 | 3 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 21.2 | 10 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | 0.026 | 16 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | 0.044 | 23 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.1 | 49 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.7 | 7 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 7.2 | 23 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 40.4 | 26 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.1 | 13 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1655 | 9 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 15.8 | 22 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 3.0 | 47 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | -0.015 | 32 | |
| GENERAL | 0.029 | 28 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.5 | 19 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 43.5 | 50 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 9.0 | 28 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.2 | 21 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 18.4 | 39 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 87.9 | 52.7 |

Clasificación General: 28

Clasificación de

Determinantes: 23

Clasificación de Resultados: 32

Fortalezas:

- Baja prevalencia de inactividad física
- Alto uso de cuidados paliativos
- Baja prevalencia de caídas

Desafíos:

- Alta prevalencia del consumo crónico de alcohol
- Alto uso de la UCI
- Disponibilidad limitada de trabajadores de atención de la salud en el hogar

Clasificación: Florida ocupa el puesto 28 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 27.

Aspectos destacados:

- Florida ocupa un lugar entre los primeros 10 estados en prevalencia de obesidad entre personas de la tercera edad; no obstante, 840,000 personas de la tercera edad son obesas en el estado.
- En Florida, 187,000 personas de la tercera edad informan el consumo crónico de alcohol.
- En el último año, la prevalencia de inactividad física entre personas de la tercera edad se redujo del 29.9 al 25.4 por ciento de las personas de esta población, lo cual mejoró la posición de Florida, que subió 16 puestos.
- Florida ocupa el puesto 50 en porcentaje de personas de la tercera edad con múltiples condiciones crónicas.
- En el último año, la cobertura de vacunación contra la gripe descendió del 90.1 al 86.7 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.

Disparidades: En Florida, el 60.1 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios universitarios completos informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 14.5 por ciento de las personas de esta población con estudios secundarios incompletos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.doh.state.fl.us



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

ILLINOIS

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 7.7 | 9 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.2 | 16 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.7 | 38 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 1.2 | 7 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 30.2 | 29 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 63.4 | 31 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 53.8 | 15 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.036 | 15 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.5 | 27 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.1 | 26 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 42.4 | 40 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.01 | 34 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 76.3 | 47 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.3 | 20 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$604 | 31 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.036 | 38 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.046 | 34 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 26.7 | 50 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 85.2 | 36 | 89.6 |
| Escasez de Geriátras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 53.3 | 15 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | -0.11 | 44 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 95.5 | 16 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 98.6 | 8 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 52.5 | 45 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 83.8 | 38 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 80.9 | 20 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 81.1 | 29 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 73.1 | 40 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 16.8 | 46 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 47.1 | 24 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.0 | 28 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.039 | 40 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.159 | 38 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 19.1 | 46 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.7 | 26 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 7.1 | 20 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 39.9 | 27 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 65.0 | 21 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1894 | 29 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 16.1 | 23 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.4 | 27 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | -0.017 | 33 | |
| GENERAL | -0.176 | 35 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 20.7 | 30 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 36.5 | 34 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.3 | 17 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.8 | 11 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 11.3 | 9 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 35.7 | 52.7 |

Clasificación General: 35

Clasificación de Determinantes: 38
Clasificación de Resultados: 33

Fortalezas:

- Alto porcentaje de atención hospitalaria recomendada
- Baja prevalencia de consumo de tabaco
- Baja prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso

Desafíos:

- Porcentaje más alto de residentes de asilos de convalecencia que requieren bajo nivel de cuidados
- Alta tasa de hospitalizaciones prevenibles
- Bajo porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad

Clasificación: Illinois ocupa el puesto 35 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 37.

Aspectos destacados:

- Si bien el uso de cuidados paliativos entre personas de la tercera edad aumentó casi un 25 por ciento en el último año, el aumento promedio en todo el país fue del 30 por ciento. Como resultado, Illinois pasó del puesto 17 al 24.
- Illinois tiene buenos resultados en la prevalencia de consumo de tabaco entre personas de la tercera edad: menos de 130,000 personas de la tercera edad fuman en el estado.
- En el último año, el porcentaje de personas de la tercera edad que informan que su salud es muy buena o excelente aumentó un 12 por ciento, del 35.6 al 39.9 por ciento.
- En el último año, la prevalencia de consumo crónico de alcohol entre personas de la tercera edad se redujo del 5.1 al 3.2 por ciento; esto mejoró el puesto de Illinois en consumo crónico de alcohol del 42 al 16.
- Más de 450,000 personas de la tercera edad son obesas, y 500,000 personas de la tercera edad no hacen actividad física.

Disparidades: En Illinois, el 64.0 por ciento de las personas de la tercera edad con ingresos superiores a \$75,000 informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 25.2 por ciento de las personas de esta población con ingresos menores a \$25,000.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.idph.state.il.us



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

NEVADA

NEVADA

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.2 | 50 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 4.5 | 37 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.1 | 11 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.1 | 49 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.5 | 21 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 64.9 | 26 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 55.8 | 9 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | -0.122 | 43 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.5 | 27 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 17.0 | 50 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 46.7 | 30 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.034 | 40 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 78.5 | 38 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.8 | 46 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$283 | 50 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.076 | 46 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.111 | 43 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 10.2 | 18 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 86.3 | 27 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 73.4 | 38 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | -0.029 | 31 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 91.4 | 46 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 97.7 | 40 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 50.0 | 50 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 84.4 | 35 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 76.9 | 35 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 76.4 | 34 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 57.3 | 16 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 16.5 | 43 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 45.9 | 25 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.4 | 39 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.102 | 48 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.364 | 45 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 19.6 | 47 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.7 | 7 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 7.6 | 33 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 43.9 | 15 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 65.1 | 20 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1976 | 36 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 15.1 | 18 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 3.0 | 47 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | -0.025 | 34 | |
| GENERAL | -0.389 | 42 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.1 | 24 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 30.9 | 17 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 7.9 | 13 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.4 | 27 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 32.3 | 50 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 89.0 | 52.7 |

Clasificación General: 42

Clasificación de Determinantes: 45
Clasificación de Resultados: 34

Fortalezas:

- Baja prevalencia de obesidad
- Baja prevalencia de caídas
- Alto estado de salud

Desafíos:

- Prevalencia más alta de consumo de tabaco
- Porcentaje más bajo de voluntariado
- Cobertura de vacunación contra la gripe más baja

Clasificación: Nevada ocupa el puesto 42 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 41.

Aspectos destacados:

- La prevalencia de obesidad aumentó un 39 por ciento en el último año, del 18.1 al 25.1 por ciento de los adultos de 65 años en adelante; 91,000 personas de la tercera edad son obesas en Nevada.
- El porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad aumentó del 35.9 al 46.7 por ciento de camas con una calificación de 4 o 5 estrellas en el último año.
- La cobertura de vacunación contra la gripe, que ya era muy baja en Nevada, disminuyó aún más en el último año, del 53.7 al 50.0 por ciento de las personas de la tercera edad.
- En el último año, el porcentaje de personas de la tercera edad que informan que su salud es muy buena o excelente aumentó un 16 por ciento, del 38.0 al 43.9 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.
- La tasa de suicidio en Nevada es la más alta del país con 32.3 muertes cada 100,000 adultos de 65 años en adelante.

Disparidades: En Nevada, el 18.9 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios universitarios completos no hacen actividad física en comparación con el 54.3 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios secundarios incompletos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

<http://dhhs.nv.gov/>



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

NEW JERSEY

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.0 | 13 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.2 | 16 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.2 | 35 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 2.1 | 44 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 33.3 | 44 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 70.2 | 14 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 53.6 | 16 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | -0.023 | 28 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 7.7 | 15 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 20.0 | 41 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 46.8 | 29 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.003 | 29 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 79.9 | 28 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.7 | 22 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$729 | 25 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | 0.001 | 29 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.003 | 28 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 13.0 | 32 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 85.8 | 32 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 42.5 | 9 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | 0.028 | 15 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 95.1 | 25 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 98.4 | 16 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 61.2 | 21 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 86.8 | 19 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 83.4 | 8 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 71.3 | 38 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 66.7 | 33 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 16.8 | 46 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 45.9 | 25 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.7 | 46 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.015 | 33 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.013 | 28 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 24.7 | 50 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.2 | 5 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 6.4 | 5 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 39.8 | 28 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 67.1 | 7 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1710 | 13 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.0 | 15 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.1 | 10 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | 0.092 | 21 | |
| GENERAL | 0.079 | 24 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 24.1 | 16 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 43.2 | 49 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.3 | 17 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.6 | 8 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 8.0 | 3 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 41.5 | 52.7 |

Clasificación General: 24

Clasificación de

Determinantes: 28

Clasificación de Resultados: 21

Fortalezas:

- Baja escasez de geriatras
- Alto porcentaje de control de la diabetes
- Baja prevalencia de caídas y fracturas de cadera

Desafíos:

- Alta prevalencia de inactividad física
- Alto porcentaje de muertes en hospital
- Uso de UCI más elevado

Clasificación: New Jersey ocupa el puesto 24 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 28.

Aspectos destacados:

- En el último año, la prevalencia de obesidad aumentó levemente, del 25.0 al 27.2 por ciento de los adultos de 65 años en adelante; más de 350,000 personas de la tercera edad son obesas en el estado.
- El porcentaje de exámenes de salud aumentó en el último año del 82.9 al 86.8 por ciento en adultos de 65 años en adelante.
- En el último año, las muertes en hospital se redujeron un 22 por ciento, del 36.7 al 28.7 por ciento de difuntos de 65 años en adelante; New Jersey clasifica entre los últimos 5 estados en esta medida.
- El porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad aumentó un 10 por ciento en el último año.
- En el último año, la inseguridad alimentaria entre las personas de la tercera edad aumentó un 11 por ciento, del 12.3 al 13.7 por ciento de los adultos de 60 años en adelante.

Disparidades: En New Jersey, el 56.4 por ciento de las personas de la tercera edad con ingresos superiores a \$75,000 informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 25.3 por ciento de las personas de esta población con ingresos menores a \$25,000.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.state.nj.us/health



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

NEW MEXICO

NEW MEXICO

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| DETERMINANTES | | | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.1 | 38 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.1 | 14 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 20.4 | 3 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 1.7 | 29 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 26.7 | 11 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 63.6 | 29 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 46.6 | 47 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | 0.01 | 21 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 12.0 | 48 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.1 | 31 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 43.6 | 35 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.078 | 45 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 80.2 | 27 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.1 | 44 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$915 | 18 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.036 | 38 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.114 | 45 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 13.3 | 33 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 85.7 | 34 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 56.4 | 18 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | -0.019 | 26 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 90.3 | 47 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 97.7 | 40 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 57.8 | 34 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 81.8 | 45 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 67.4 | 48 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 193.3 | 4 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 53.2 | 13 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 14.6 | 7 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 50.3 | 16 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.6 | 19 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.024 | 36 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.148 | 36 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.9 | 23 | 5.1 |
| Caidas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 32.0 | 43 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 8.0 | 35 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 37.3 | 34 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 59.1 | 43 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1693 | 11 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 16.2 | 26 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.4 | 27 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | -0.066 | 35 | |
| GENERAL | -0.214 | 38 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.9 | 10 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 27.8 | 12 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.4 | 44 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 16.4 | 45 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 21.8 | 44 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 61.6 | 52.7 |

Clasificación General: 38

Clasificación de

Determinantes: 36

Clasificación de Resultados: 35

Fortalezas:

- Baja prevalencia de obesidad
- Amplia disponibilidad de trabajadores de atención de la salud en el hogar
- Bajo porcentaje de nuevas admisiones en el hospital

Desafíos:

- Alto porcentaje de personas de la tercera edad que viven en la pobreza
- Bajo porcentaje de profesionales de atención de la salud dedicados
- Alta prevalencia de caídas

Clasificación: New Mexico ocupa el puesto 38 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 38.

Aspectos destacados:

- New Mexico ocupa un lugar entre los primeros 5 estados en obesidad; más de 60,000 personas de la tercera edad son obesas en el estado.
- En el último año, la prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso se redujo un 45 por ciento, del 3.1 al 1.7 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.
- New Mexico tiene uno de los porcentajes más elevados de personas de la tercera edad que viven en la pobreza.
- Si bien New Mexico clasifica entre los últimos 10 estados en inseguridad alimentaria, el porcentaje de adultos de 60 años en adelante con inseguridad alimentaria en situación marginal disminuyó del 21.2 al 18.1 por ciento en el último año.
- En el último año, el porcentaje de personas de la tercera edad que recibieron los exámenes de salud recomendados se redujo un 11 por ciento.

Disparidades: En New Mexico, el 57.2 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios universitarios completos informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 11.3 por ciento de las personas de esta población con estudios secundarios incompletos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.health.state.nm.us



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

NEW YORK

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| DETERMINANTES | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|---------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.1 | 14 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.7 | 24 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 25.7 | 17 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 2.3 | 47 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 29.9 | 28 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.7 | 22 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 50.1 | 36 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | -0.056 | 33 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.4 | 46 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.1 | 47 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 49.0 | 24 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.071 | 43 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 75.5 | 48 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.8 | 31 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$1,347 | 10 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.041 | 40 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.112 | 44 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 8.9 | 15 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 87.5 | 14 | 89.6 |
| Escasez de Geriátras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 35.1 | 4 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | 0.124 | 3 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 95.9 | 11 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 97.5 | 46 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 55.1 | 41 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 87.9 | 13 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 84.8 | 2 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 196.9 | 3 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 64.8 | 31 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 16.7 | 44 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.9 | 48 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 35.1 | 50 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | -0.052 | 42 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.096 | 34 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 12.8 | 28 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.8 | 28 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 6.4 | 5 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 37.6 | 33 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 66.1 | 13 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1680 | 10 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 15.1 | 18 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 3.2 | 49 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | 0.009 | 29 | |
| GENERAL | -0.087 | 32 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 23.6 | 17 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 40.0 | 47 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 8.8 | 27 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.7 | 32 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 8.9 | 4 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 33.1 | 52.7 |

Clasificación General: 32

Clasificación de Determinantes: 34
Clasificación de Resultados: 29

Fortalezas:

- Baja escasez de geriatras
- Amplia disponibilidad de proveedores de atención de la salud en el hogar
- Alto porcentaje de control de la diabetes

Desafíos:

- Alta prevalencia de personas de la tercera edad de bajo peso
- Porcentaje de muertes en hospital más elevado
- Muchos días de mala salud mental

Clasificación: New York ocupa el puesto 32 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 25.

Aspectos destacados:

- Las personas de la tercera edad en New York tienen una amplia disponibilidad de geriatras, trabajadores de atención de la salud en el hogar y un alto porcentaje de proveedores de atención de la salud dedicados.
- New York tiene una de las tasas más bajas de uso de centros de cuidados paliativos entre las personas de la tercera edad, si bien dicha tasa aumentó un 21 por ciento en el último año.
- La cobertura de vacunación contra la gripe descendió en el último año del 60.0 al 55.1 por ciento de los adultos de 65 años en adelante.
- En el último año, el porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad aumentó un 12 por ciento.
- La cantidad de días de mala salud mental entre personas de la tercera edad aumentó en el último año de 2.3 días a 3.2 días en el último mes.

Disparidades: En New York, el 53.7 por ciento de las personas de la tercera edad con estudios universitarios completos informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 18.2 por ciento de las personas de esta población con estudios secundarios incompletos.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.health.state.ny.us



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

TEXAS

SALUD DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|--------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| DETERMINANTES | | | |
| COMPORTAMIENTOS | | | |
| Consumo de Tabaco (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 9.7 | 34 | 4.7 |
| Consumo Crónico de Alcohol (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 3.2 | 16 | 1.7 |
| Obesidad (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 26.9 | 32 | 14.1 |
| Bajo Peso (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 1.6 | 25 | 0.8 |
| Inactividad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 28.3 | 20 | 21.1 |
| Visitas Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 61.2 | 39 | 77.2 |
| Control del Dolor (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 48.8 | 42 | 60.7 |
| TOTAL DE COMPORTAMIENTOS | -0.062 | 37 | |
| COMUNIDAD Y ENTORNO | | | |
| Pobreza (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 11.3 | 45 | 5.4 |
| Voluntariado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.7 | 34 | 39.8 |
| Calidad de los Asilos de Convalecencia (Porcentaje de camas de 4 y 5 estrellas) | 32.9 | 49 | 67.3 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MACRO | -0.113 | 49 | |
| Apoyo Social (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 78.5 | 38 | 85.4 |
| Inseguridad Alimentaria (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.4 | 45 | 8.4 |
| Apoyo Comunitario (Dólares por adulto mayor de 65 años que vive en la pobreza) | \$340 | 48 | \$8,033 |
| TOTAL DE C Y E — PERSPECTIVA MICRO | -0.071 | 44 | |
| TOTAL DE COMUNIDAD Y ENTORNO | -0.184 | 49 | |
| POLÍTICA | | | |
| Residentes de Asilos de Convalecencia que Requieren Bajo Nivel de Cuidados (Porcentaje de residentes) | 14.3 | 34 | 1.1 |
| Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 86.2 | 29 | 89.6 |
| Escasez de Geriatras (Porcentaje de geriatras necesarios) | 66.6 | 28 | 13.1 |
| TOTAL DE POLÍTICAS | -0.049 | 37 | |
| ATENCIÓN CLÍNICA | | | |
| Proveedor de Atención de la Salud Dedicado (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 94.0 | 34 | 97.5 |
| Atención Hospitalaria Recomendada (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 98.2 | 22 | 99.1 |
| Vacuna contra la Gripe (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 59.4 | 31 | 70.1 |
| Exámenes de Salud (Porcentaje de adultos de 65 a 74 años) | 85.0 | 33 | 92.4 |
| Control de la Diabetes (Porcentaje de beneficiarios de Medicare) | 80.8 | 21 | 86.1 |
| Atención de Salud en el Hogar (Cantidad de trabajadores cada 1,000 adultos mayores de 75 años) | 178.8 | 5 | 299.6 |
| Hospitalizaciones Prevenibles (Altas cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 67.9 | 34 | 27.4 |
| Nuevas Admisiones en el Hospital (Porcentaje de pacientes hospitalizados mayores de 65 años) | 15.8 | 29 | 12.3 |
| Cuidados Paliativos (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 54.9 | 7 | 63.0 |
| Muertes en Hospital (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.2 | 16 | 16.4 |
| TOTAL DE ATENCIÓN CLÍNICA | 0.036 | 14 | |
| TODOS LOS DETERMINANTES | -0.258 | 43 | |
| RESULTADOS | | | |
| Uso de UCI (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 18.7 | 45 | 5.1 |
| Caídas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 30.2 | 34 | 14.5 |
| Fracturas de Cadera (Tasa cada 1,000 beneficiarios de Medicare) | 8.4 | 42 | 3.0 |
| Estado de Salud (Porcentaje de adultos con salud muy buena o excelente mayores de 65 años) | 38.7 | 31 | 49.3 |
| Capacidad Física (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 59.9 | 40 | 68.2 |
| Muerte Prematura (Muertes cada 100,000 personas de 65 a 74 años) | 1930 | 32 | 1425 |
| Extracciones Dentales (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 13.4 | 11 | 7.0 |
| Días de Mala Salud Mental (Días en los 30 días previos) | 2.5 | 35 | 1.5 |
| TODOS LOS RESULTADOS | -0.115 | 38 | |
| GENERAL | -0.373 | 41 | |

MEDIDAS SUPLEMENTARIAS

| | 2014 | | ESTADO N.º 1 |
|---|-------|---------------|--------------|
| | VALOR | CLASIFICACIÓN | |
| Educación (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 22.1 | 24 | 31.0 |
| Múltiples Condiciones Crónicas (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 38.6 | 42 | 20.9 |
| Función Cognitiva (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 10.9 | 41 | 6.6 |
| Depresión (Porcentaje de adultos mayores de 65 años) | 14.4 | 27 | 8.3 |
| Suicidio (Muertes cada 100,000 adultos mayores de 65 años) | 15.3 | 23 | 6.4 |

| CRECIMIENTO DE POBLACIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD | ESTADO | EE. UU. |
|---|--------|---------|
| Aumento proyectado 2015–2030 | 66.6 | 52.7 |

Clasificación General: 41

Clasificación de Determinantes: 43
Clasificación de Resultados: 38

Fortalezas:

- Amplia disponibilidad de trabajadores de atención de la salud en el hogar
- Alto uso de cuidados paliativos
- Baja prevalencia de extracciones dentales

Desafíos:

- Alto porcentaje de personas de la tercera edad que viven en la pobreza
- Bajo porcentaje de camas en asilos de convalecencia de calidad
- Alta prevalencia de inseguridad alimentaria

Clasificación: Texas ocupa el puesto 41 en este Informe sobre Personas de la Tercera Edad. En la Edición 2013, ocupó el puesto 40.

Aspectos destacados:

- En el último año, el consumo de tabaco aumentó un 10 por ciento, lo cual empeoró la posición de Texas en la clasificación de consumo de tabaco, que pasó del puesto 17 al 34.
- La prevalencia de consumo crónico de alcohol se redujo del 4.0 al 3.2 por ciento de los adultos de 65 años en adelante, y la clasificación de la medida mejoró 15 posiciones.
- Texas ocupa un lugar entre los primeros 5 estados en trabajadores de atención de la salud en el hogar, con 179 trabajadores cada 1,000 adultos de 75 años en adelante.
- En el último año, el uso de cuidados paliativos entre las personas de la tercera edad aumentó un 24 por ciento, y el porcentaje de personas de esta población que murieron en hospitales se redujo un 20 por ciento.
- Por segundo año consecutivo, Texas tiene una de las tasas más elevadas de personas de la tercera edad que viven en la pobreza (11.3 por ciento de los adultos de 65 años en adelante).

Disparidades: En Texas, el 59.1 por ciento de las personas de la tercera edad con ingresos superiores a \$75,000 informan que su salud es muy buena o excelente en comparación con solo el 23.4 por ciento de las personas de esta población con ingresos menores a \$25,000.

Sitio de Internet del Departamento de Salud del Estado:

www.dshs.state.tx.us



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

Índice de Tablas

| | DESCRIPCIÓN | PAGE |
|----|--|-------|
| 1 | Clasificaciones Generales | 12 |
| 2 | Éxitos y Desafíos Nacionales: Cambios desde la Edición 2013 | 13 |
| 3 | Determinantes y Resultados | 14 |
| 4 | Comportamientos: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 15 |
| 5 | Comunidad y Entorno: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 15 |
| 6 | Comunidad y Entorno – Macro: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 15 |
| 7 | Comunidad y Entorno – Micro: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 15 |
| 8 | Política: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 16 |
| 9 | Atención Clínica: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 16 |
| 10 | Resultados: Estados con las Mayores y Menores Clasificaciones | 16 |
| 11 | Prevalencias de Obesidad, Inactividad Física y Estado de Salud por Sexo, Raza/ Origen Étnico, Residencia Urbana, Educación e Ingresos entre Adultos de 65 Años en Adelante | 18 |
| 12 | Grupos con Mayor Disparidad en Prevalencia de Obesidad en Adultos de 65 Años en Adelante por Estado | 19 |
| 13 | Grupos con Mayor Disparidad en Prevalencia de Inactividad Física en Adultos de 65 Años en Adelante por Estado | 20 |
| 14 | Grupos con Mayor Disparidad en Prevalencia de Estado de Salud Excelente o Muy Bueno en Adultos de 65 Años en Adelante por Estado | 21 |
| 15 | Ponderación de Medidas | 25 |
| 16 | Resumen Descriptivo de las Medidas | 28-29 |
| 17 | Resumen de Medidas Suplementarias | 30 |

El Equipo

El Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings® es un esfuerzo de equipo en el que todos contribuyen una parte fundamental para la creación y la difusión de este informe. A continuación, se proporciona una lista ordenada por orden alfabético por organización de los miembros de este equipo:

Aldrich Design

Emily Aldrich
Jenna Brouse

Arundel Street Consulting, Inc

Tom Eckstein
Ben Kofoed
Sarah Milder
Amy Peterson

Balsera Communications

Sonia Diaz
David Duckenfield

The Glover Park Group

Carol Andes
Cara Paley
Morgan Warners
Scott Weier
Lisa Wolford

Rockfish Interactive

Tom Black
Bill Mason
Megan Mikles
Jennifer Wiens
Jason Ferrara
David Routon
Jeremy Daley
Mike Green
Teni Hallums
Scott Hamm
Steve Plunkett
Pam Bottles
Mike Moffitt
Evan Heiter
Tyler Hartsook
Meghan Dryzga
Casey Miller
Jake Mitchell
Molly Petre

RoninWare Inc

TJ Kellie

Tuckson Health Connections

Reed Tuckson

United Health Foundation

Shelly Espinosa
Lauren Mihajlov
Jessica Pappas
Jane Pennington
Rhonda Randall
Ipyana Spencer

Infórmese y entre en acción



En americashealthrankings.org, puede encontrar información sobre la salud de su estado en comparación con otros estados, generar informes personalizados que se ajusten a sus necesidades y descargar plantillas y gráficos que puede compartir con otras personas.

Suscríbase para recibir el boletín y lea el blog para mantenerse informado todo el año. Manténgase al día con *America's Health Rankings*® a través de Facebook y Twitter. Vea cómo funciona todo en tiempo real para ayudar a mejorar la salud de nuestras comunidades, nuestros lugares de trabajo, nuestros estados y todo el país.



twitter.com/AHR_Rankings



facebook.com/AmericasHealthRankings



Americashealthrankings.org/newsletter



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. La Fundación también apoya actividades que amplían el acceso a los servicios de atención de la salud de calidad para quienes atraviesan situaciones 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

El Informe sobre Personas de la Tercera Edad de America's Health Rankings® está disponible en su versión completa en www.americashealthrankings.org. Visite el sitio de Internet para solicitar o descargar copias adicionales.

MAYO del 2014