



MMWRTM

Morbidity and Mortality Weekly Report

Semanal

15 de octubre, 2004 / Vol. 53 / No. 40

Disparidades de salud que afectan a los hispanos — Estados Unidos

En el censo de 2000, 35.3 millones de personas que residían en los Estados Unidos y 3.8 millones de personas en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico se identificaron como hispanos (p. ej. hispanos, españoles o latinos; de todas las razas). Los hispanos representaron el 12.5% de la población de EE.UU. en los 50 estados; por subpoblación, se identificaron como mexicanos (7.3%), puertorriqueños (1.2%), cubanos (0.4%) y de otro origen hispano (3.6%) (1). Con respecto a ciertas condiciones de salud, el índice de enfermedades, lesiones, muerte y discapacidad entre los hispanos es desproporcionado si se les compara con las personas blancas no hispanas, la población racial y étnica más grande en los Estados Unidos. Las causas principales de muerte entre los hispanos varía con relación a las de los blancos no hispanos (Tabla). El número de *MMWR* de esta semana es el segundo de una serie que aborda las disparidades raciales y étnicas en la salud; para eliminar estas disparidades, se necesitarán iniciativas de salud pública culturalmente adecuadas, apoyo a las comunidades y un acceso equitativo a servicios de atención médica de alta calidad.

En 2001, los hispanos (de todas las razas) sufrieron una mayor pérdida de años de vida potencial, ajustados por edad, antes de los 75 años por cada 100,000 personas que las personas blancas no hispanas por las siguientes causas de muerte: accidentes cerebrovasculares (18% más), cirrosis y enfermedad crónica del hígado (62% más), diabetes (41% más), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (168% más) y homicidio (128% más). En 2000, los hispanos registraron incidencias ajustadas por edad más altas en el área de cáncer cervical (152% más alta) y estomacal (63% más alta en hombres y 150% más alta en mujeres) (2). Durante 1999–2000, los adultos de 20 a 74 años de edad que se identificaron como México-americanos reportaron tasas de sobrepeso más altas (11% más altas en los hombres y 26% más altas en las mujeres) y de obesidad (7% más altas en hombres y 32% más altas en mujeres) que las

personas blancas no hispanas (3); los jóvenes México-americanos de 12 a 19 años de edad también reportaron tasas de sobrepeso más altas (112% más alta en hombres y 59% más altas en mujeres) (3).

A pesar de los recientes avances, las disparidades étnicas siguen siendo uno de los principales indicadores de salud identificados en los objetivos de salud nacionales para el 2010 (4). Los hispanos o las subpoblaciones hispanas estaban por debajo de los blancos no hispanos en varias medidas*, incluyendo 1) personas menores de 65 años de edad con seguro médico (66% de hispanos frente a 87% de blancos no hispanos, en 2002), y personas con una fuente habitual de atención médica constante (77% frente a 90%, en 2002); 2) niños de 19 a 35 meses de edad que recibieron todas las vacunas (73% frente a 78%, en 2002), y adultos de >65 años de edad vacunados contra la gripe (49% frente a 69%, en 2002) y la enfermedad neumocócica en los 12 meses anteriores (28% frente a 60%, en 2002); 3) mujeres que recibieron cuidados prenatales en el primer trimestre de embarazo (77% frente a 89%, en 2002); 4) personas de ≥ 18 años de edad que realizaron

*Las diferencias no fueron probadas para determinar su impacto en las estadísticas.

CONTENIDO

- 938 Acceso a la atención médica y a los servicios preventivos de salud entre hispanos y no hispanos — Estados Unidos, 2001–2002
- 941 Prevalencia de la diabetes entre hispanos — Áreas Escogidas, 1998–2002
- 944 Evaluación del aumento de la exposición perinatal al VIH entre hispanos en 20 condados, Georgia, 1994–2002
- 947 Efecto de la revisión de los conteos de población en las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas a nivel de condado — Estados Unidos, 1999
- 950 Aviso a los lectores

The *MMWR* series of publications is published by the Coordinating Center for Health Information and Service (Proposed), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA 30333.

SUGGESTED CITATION

Centers for Disease Control and Prevention. [Article Title]. *MMWR* 2004;53:[inclusive page numbers].

Centers for Disease Control and Prevention

Julie L. Gerberding, M.D., M.P.H.
Director

Dixie E. Snider, M.D., M.P.H.
(Acting) Chief of Science

Tanja Popovic, M.D., Ph.D.
(Acting) Associate Director for Science

Coordinating Center for Health Information and Service (Proposed)

James S. Marks, M.D., M.P.H.
(Acting) Director

John W. Ward, M.D.
Editor, MMWR Series

Suzanne M. Hewitt, M.P.A.
Managing Editor, MMWR Series

Douglas W. Weatherwax
(Acting) Lead Technical Writer/Editor

Stephanie M. Malloy
Jude C. Rutledge
Teresa F. Rutledge
Writers/Editors

Lynda G. Cupell
Malbea A. LaPete
Visual Information Specialists

Kim L. Bright, M.B.A.
Quang M. Doan, M.B.A.
Erica R. Shaver
Information Technology Specialists

MMWR en español

R. Monina Klevins, D.D.S., M.P.H.
Ava W. Navin, M.A.

Notifiable Disease Morbidity and 122 Cities Mortality Data

Robert F. Fagan	Rosaline Dhara
Deborah A. Adams	Donna Edwards
Felicia J. Connor	Patsy A. Hall
Lateka Dammond	Pearl C. Sharp

de forma habitual algún tipo de actividad física (23% frente a 35%, en 2002); 5) personas que murieron por homicidio (8.2 comparado con 4.0 por cada 100,000 personas, en 2001); y 6) personas de 6 a 19 años de edad que estaban obesas (24% [méxico-americanas] frente a 12%, 1999–2000); y adultos que estaban obesos (34% [méxico-americanas] frente a 29%, 1999–2000).

En otras categorías de salud, los hispanos superaron a los blancos no hispanos (p. ej. consumo de tabaco y exposición a humo de segunda mano, mortalidad infantil y bajo peso al nacer). Además, desde la década de los 70, prácticamente se han eliminado las disparidades de tipo étnico con respecto a la cobertura de la vacuna contra el sarampión en la infancia y de sarampión endémico (5); sin embargo, durante el período de 1996 a 2001, la brecha en la cobertura de vacunación entre niños blancos e hispanos aumentó en un 0.5% anual promedio entre los niños de 19 a 35 meses de edad que estaban al día con respecto a la serie 4:3:1:3:3 de vacunas recomendadas para prevenir la difteria, el tétanos y la tos ferina; la polio, el sarampión, la enfermedad provocada por la *Haemophilus influenzae* tipo b y la hepatitis B (6).

Reported by: *Office of Minority Health, Office of the Director, CDC.*

Nota editorial: Los factores socioeconómicos (p. ej. educación, empleo y pobreza), los comportamientos relacionados con el estilo de vida (p. ej. actividad física y consumo de alcohol), el ambiente social (p. ej. oportunidades educativas y económicas, la discriminación racial o étnica, y las condiciones en el lugar de vivienda y de trabajo), y el acceso a los servicios médicos preventivos (p. ej. exámenes de detección del cáncer y vacunación) contribuyen a la existencia de disparidades raciales y étnicas en la salud (7). Se ha identificado una correlación entre el nivel de educación y la prevalencia de ciertos riesgos de salud (p. ej. obesidad, falta de actividad física y hábito de fumar cigarrillos) (8). Los inmigrantes que recientemente llegaron al país también pueden tener un mayor riesgo de enfermedades y lesiones crónicas, particularmente quienes no hablan bien inglés ni están familiarizados con el sistema de salud en los Estados Unidos, o tienen creencias culturales diferentes en cuanto al uso de la medicina tradicional y el de la medicina convencional.

Desde 1985, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (DHHS) ha coordinado una serie de iniciativas para reducir o eliminar las disparidades raciales y étnicas en la salud, como la Agenda de Acción para los Hispanos, la Excelencia Educativa para los Hispano-americanos, Facilitación del Acceso a los Servicios para las Personas con Conocimiento Limitado del Inglés, Empleos para Hispanos en el Gobierno Federal, la Iniciativa para Eliminar las Disparidades en la Salud de tipo Racial y Étnicas, y Gente Saludable 2010. Se puede encontrar información adicional

TABLA. Diez causas principales de muertes entre hispanos (de todas las razas) y blancos no hispanos — Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, Estados Unidos, 2001

Clasificación	Hispano		Blanco, no-hispano	
	Causa de muerte	No. (%)	Causa de muerte	No. (%)
1.	Enfermedades cardíacas	27,090 (23.9)	Enfermedades cardíacas	582,349 (29.7)
2.	Cáncer	22,371 (19.7)	Cáncer	456,709 (23.3)
3.	Lesiones no intencionales	9,523 (8.4)	Accidente cerebrovascular	133,879 (6.8)
4.	Accidente cerebrovascular	6,416 (5.7)	Enfermedad crónica del tracto respiratorio inferior	110,753 (5.6)
5.	Diabetes	5,663 (5.0)	Lesiones no intencionales	76,262 (3.9)
6.	Homicidio	3,331 (2.9)	Gripe (flu) y neumonía	51,952 (2.6)
7.	Enfermedad hepática	3,301 (2.9)	Diabetes	51,482 (2.6)
8.	Enfermedad crónica del tracto respiratorio inferior	2,832 (2.5)	Enfermedad de Alzheimer	49,030 (2.5)
9.	Gripe (flu) y neumonía	2,722 (2.4)	Enfermedad renal	29,449 (1.5)
10.	Período perinatal	2,227 (2.0)	Suicidio	25,813 (1.3)
	Todos los otros	27,937 (24.6)	Todos los otros	395,132 (1.3)
	Total	113,413 (100.0)	Total	1,962,810 (100.0)

sobre estas iniciativas en <http://www.cdc.gov/omh/aboutus/executive.htm>. *Closing the Health Gap* y *Take a Loved One to the Doctor Day* son también dos campañas actuales para crear conciencia en el público.

Con el fin de fomentar mediciones coherentes del progreso hacia los objetivos de *Gente Saludable 2010*, un grupo de trabajo DHHS de EE.UU. recomendó recientemente una serie de estándares y técnicas que permiten medir el progreso hacia la eliminación de las disparidades de salud (9). El grupo de trabajo recomendó que 1) el progreso hacia la eliminación de las disparidades entre las subpoblaciones individuales sea medido en términos de la diferencia en porcentajes existentes entre cada tasa de subpoblación y la tasa de subpoblación más favorable o la “mejor” tasa en cada una de las áreas, y 2) todas las mediciones se expresen en términos de eventos adversos. El DHHS realiza evaluaciones periódicas para observar el progreso hacia los objetivos de *Gente Saludable 2010*. El progreso hacia la eliminación de las disparidades de salud formará parte de esas revisiones.

Para los hispanos en los Estados Unidos, las disparidades de salud pueden significar una menor calidad de vida, pérdida de oportunidades económicas y percepciones de injusticia. Para la sociedad estadounidense, estas disparidades se traducen en una productividad que no es óptima, mayores costos de atención médica e injusticia social con todo y las consecuencias que esto conlleva. Para el 2050, se calcula que 102 millones de personas en los Estados Unidos, es decir, cerca del 24.5% del total de la población, será hispana (10). Si los hispanos siguen experimentando un estado de salud de menor calidad, los cambios demográficos previstos agravarán el impacto negativo en los aspectos económico, social y de salud de esas disparidades en los Estados Unidos.

Los informes que aparecen en la edición de esta semana de la MMWR describen el acceso de los hispanos a la atención

médica y a los servicios de prevención, la prevalencia de diabetes entre los hispanos, la posible exposición perinatal desproporcionada al VIH entre los hispanos y la incidencia del conteo de población revisado en las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas. Este número también conmemora el Mes Nacional de la Herencia Hispana (15 de septiembre al 15 de octubre de 2004), la Semana Binacional de la Salud en la Frontera (11 al 17 de octubre) y el Día Nacional del SIDA entre los Latinos (15 de octubre).

References

- Grieco EM, Cassidy RC. Overview of race and Hispanic origin: census 2000 brief. United States census 2000. Washington, DC: US Department of Commerce, US Census Bureau, 2001. Available at <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-1.pdf>.
- CDC. Health, United States, 2003: table 30. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2003. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/data/tables/2003/03hus030.pdf>.
- CDC. Health, United States, 2003: table 68. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2003. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/data/tables/2003/03hus068.pdf>; and <http://www.cdc.gov/nchs/data/tables/2003/03hus069.pdf>.
- US Department of Health and Human Services. Data 2010: the healthy people 2010 database. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2004. Available at <http://wonder.cdc.gov/data2010/focus.htm>.
- Hutchins SS, Jiles R, Bernier R. Elimination of measles and of disparities in measles childhood vaccine coverage among racial and ethnic minority populations in the United States. *J Infect Dis* 2004;189 (Suppl 1):S146–52.
- Chu SY, Barker LE, Smith PJ. Racial/ethnic disparities in preschool immunizations: United States, 1996–2001. *Am J Public Health* 2004;94:973–7.
- Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003;93:200–8.
- Greenlund KJ, Zheng ZJ, Keenan NL, et al. Trends in self-reported multiple cardiovascular disease risk factors among adults in the United States, 1991–1999. *Arch Intern Med* 2004;164:181–8.

9. Keppel KG, Percy JN, Klein RJ. Measuring progress in healthy people 2010. *Healthy People 2010 Stat Notes* 2004;25:1–16.
10. US Census Bureau. U.S. interim projections by age, sex, race, and hispanic origin. Washington, DC: US Department of Commerce, US Census Bureau; 2004. Available at <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj>.

Acceso a la atención médica y a los servicios preventivos de salud entre hispanos y no hispanos — Estados Unidos, 2001–2002

Aunque los hispanos conforman la minoría étnica más grande en los Estados Unidos, son sub-atendidos por el sistema de atención médica (1). Es menos probable que los hispanos busquen y reciban servicios de atención médica, lo cual contribuye a que su estado de salud sea más deficiente y a las altas tasas de morbilidad y mortalidad (2). A fin de evaluar las diferencias en el acceso a los servicios preventivos y de atención médica entre los hispanos y los no hispanos, los CDC analizaron datos del 2001 al 2002 tomados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (*Behavioral Risk Factor Surveillance System* – BRFSS). Este informe resume los resultados de ese análisis, el cual indicó que existen disparidades en el acceso a la atención médica y a los servicios preventivos entre los hispanos en comparación con los no hispanos. Las autoridades de salud pública y los proveedores de atención médica deben poner en práctica estrategias que mejoren el acceso a la atención médica y a los servicios preventivos para los hispanos.

BRFSS es una encuesta telefónica, a nivel estatal, de marcación aleatoria, realizada en la población civil no institucionalizada de los Estados Unidos con edades de ≥ 18 años. Los 50 estados y el Distrito de Columbia participaron en las encuestas correspondientes a 2001–2002, los últimos años para los cuales se editaron datos con fines analíticos. Se incluyeron encuestados con información completa sobre la edad, raza o grupo étnico, educación, sexo, estado civil y empleo. Se ajustaron los análisis con respecto al estado civil y el sexo de los encuestados (p. ej. casado, casado anteriormente o nunca estuvo casado), empleo (p. ej. empleado, desempleado, no puede trabajar, jubilado, ama de casa o estudiante) y estado de salud general percibido por el encuestado.

Se evaluaron servicios preventivos específicos y el acceso a la atención médica que recibieron los encuestados. Los servicios preventivos clínicos incluyeron mamografías durante 2 años entre mujeres con ≥ 40 años de edad, pruebas de detección del cáncer cervical durante 3 años entre mujeres con útero intacto (p. ej., sin historia de histerectomía), pruebas de sangre oculta en heces durante 2 años entre adultos con edades de ≥ 50 años,

sigmoidoscopias o colonoscopias durante 5 años entre adultos con edades de ≥ 50 años, pruebas para detectar colesterol en sangre durante 5 años entre adultos con edades de ≥ 18 años, vacunación contra la gripe durante el año anterior entre adultos de 65 o más años y vacunación antineumocócica entre adultos de 65 o más años.

Los datos sobre el cáncer cervical, cáncer de mama y el cuidado médico fueron recopilados en el 2002; los datos sobre el colesterol en sangre en el 2001; y los datos sobre las pruebas de detección del cáncer colorrectal, vacunación y cobertura del cuidado médico en el 2001 y 2002. Las entrevistas se realizaron en inglés y en español, según la necesidad y la disponibilidad. La cobertura de cuidado médico se evaluó con la siguiente pregunta “¿Tiene usted algún tipo de cobertura para gastos relacionados con la salud, incluyendo un seguro médico, un plan prepagado como una HMO, o un plan del gobierno como por ejemplo Medicare?” Se evaluó la disponibilidad de un proveedor habitual de atención médica con la pregunta “¿Tiene usted alguna persona a la que considere su médico de cabecera o proveedor de servicios de salud?” A las personas que negaron tener un médico o proveedor se les preguntó “¿Hay más de una persona a la que considere así, o no hay ninguna?” A las personas que respondieron “sí, sólo una” o “más de una”, se les clasificó dentro de las personas con proveedor habitual de servicios. Se evaluó la falta de acceso a la atención médica en algún momento durante los 12 meses anteriores con la pregunta “En los últimos 12 meses ¿hubo algún momento en que necesitó atención médica pero no la pudo obtener?” Se evaluó la disponibilidad de un sitio habitual de atención médica con la pregunta “¿Cuando está enfermo o necesita consejo sobre su salud, por lo general a cuál de los lugares siguientes va?” ¿Diría usted: el consultorio del doctor, una clínica de salud pública o centro de salud de la comunidad, el departamento de consulta ambulatoria de un hospital, una sala de emergencias de un hospital, un centro de atención urgente, algún otro tipo de lugar o ningún sitio en especial?” Para efectos de este análisis, tener un sitio habitual de atención médica se dividió en dos partes: 1) un consultorio médico, una clínica de salud pública o centro de salud de la comunidad, el departamento de consulta ambulatoria de un hospital, una sala de emergencias de hospital, un centro de atención urgente o algún otro tipo de lugar y 2) ningún sitio en especial.

Los archivos de datos del BRFSS fueron editados y agrupados con el fin de crear una muestra anual para cada estado. Se ponderó cada muestra según la probabilidad de selección del encuestado y según la población con edad y sexo específicos o con raza-edad y sexo específicos a partir de los datos del censo más actualizados. Para comparar a los hispanos y no hispanos, se ajustaron los estimados de prevalencia a la población estándar

de los Estados Unidos en el 2000. Se empleó el programa SUDAAN® (*Research Triangle Park, North Carolina*) para calcular los errores estándar y los intervalos de confianza del 95% (CIs) correctamente. Los resultados fueron significativos estadísticamente ($p < 0.01$ ó $p < 0.05$), a menos que se indique lo contrario.

En el 2002 se hicieron 247,964 entrevistas; 18,152 eran de encuestados hispanos (7.3%) y 229,812 de encuestados no hispanos (92.6%). La tasa mediana de participación fue del 58.3% (intervalo: 42.2%–82.6%). En el 2001 se completaron 212,510 entrevistas; 17,588 (8.3%) eran de encuestados hispanos y 194,922 (91.7%) de encuestados no hispanos. La tasa mediana de participación fue del 51.1% (intervalo: 33.3%–81.5%). La probabilidad de que los encuestados hispanos tuvieran entre 18 y 44 años de edad, un nivel educativo por debajo de la secundaria (bachillerato), estar desempleados, inhabilitados para trabajar, o de ser ama de casa o estudiante, de residir en los estados del oeste* y reportar un estado de salud regular o deficiente fue mayor que entre los encuestados no hispanos (Tablas 1 y 2).

La probabilidad de que los encuestados hispanos tuvieran cobertura de atención médica (76.2% frente a 90.6%), uno o más proveedores habituales de atención médica (68.5% frente a 84.1%), y un sitio de atención médica habitual (93.4% frente a 96.2%) fue menor que entre los no hispanos (Tabla 2).

La probabilidad de que los encuestados hispanos reportaran haber necesitado atención médica durante los 12 meses anteriores y no haberla podido obtener (6.5% frente al 5.0%) fue mayor que entre los no hispanos. La probabilidad de que los hispanos se hicieran las pruebas de detección del cáncer cervical, colorrectal y de mama, de colesterol en sangre, de recibir una vacuna antineumocócica y de recibir una vacuna contra la gripe durante el año anterior fue menor que entre los no hispanos.

Reported by: *LS Balluz, ScD, CA Okoro, MS, TW Strine, MPH, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.*

Nota editorial: Una meta central de muchos de los objetivos de salud a nivel nacional para el año 2010 es eliminar las disparidades de salud. Se han documentado las disparidades en el uso de servicios preventivos por características raciales o étnicas (3); las poblaciones minoritarias, como los hispanos, tienen menos probabilidades que los blancos no hispanos de recibir servicios preventivos (3). Este informe demuestra que persisten estas disparidades en el acceso a la atención médica y a las prácticas de detección de enfermedades entre hispanos y no hispanos.

TABLA 1. Porcentaje de adultos hispanos y no hispanos de ≥ 18 años de edad, por características específicas* — Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, Estados Unidos, 2001–2002

Característica	Hispanos [†]		No hispanos [§]	
	%	(95% CI [¶])	%	(95% CI)
Sexo				
Hombres	48.2	(47.0–49.5)	48.1	(47.8–48.3)
Mujeres	51.8	(50.5–53.0)	52.0	(51.7–52.2)
Grupo de edad				
18–24	19.6	(18.7–20.6)**	12.1	(11.9–12.3)
25–34	26.4	(25.5–27.3)**	17.4	(17.2–17.6)
35–44	23.0	(22.0–23.9)**	20.6	(20.3–20.8)
45–54	15.3	(14.5–16.2)**	18.7	(18.5–18.9)
55–64	8.0	(7.3–8.6)**	13.0	(12.8–13.2)
≥ 65	7.7	(7.1–8.3)**	18.3	(18.1–18.4)
Nivel educativo				
<Escuela secundaria (bachillerato)	37.9	(36.7–39.2)**	9.5	(9.3–9.6)
Bachiller (graduado de escuela secundaria)	27.6	(26.5–28.6)**	31.1	(30.8–31.3)
>Escuela secundaria (bachillerato)	34.5	(33.4–35.6)**	59.5	(59.2–59.7)
Estado civil				
Casado(a)	57.4	(56.2–58.5)	58.3	(58.0–58.5)
Anteriormente casado(a)	20.2	(19.2–21.1)	19.2	(19.1–19.4)
Nunca se casó	22.5	(21.7–23.2)	22.5	(22.3–22.7)
Condición laboral				
Empleado(a)	59.1	(58.0–60.1)**	63.3	(63.1–63.6)
Desempleado(a)	6.2	(5.7–6.7)**	4.7	(4.6–4.8)
Inhabilitado(a) para trabajar	6.1	(5.3–6.8)**	4.0	(3.9–4.1)
Jubilado(a)	13.9	(13.1–14.7)**	16.4	(16.3–16.5)
Ama de casa/ Estudiante	14.8	(14.0–15.6)**	11.5	(11.4–11.7)
Región del censo^{††}				
Noreste	16.6	(15.8–17.4)**	19.6	(19.4–19.7)
Estados centrales	8.8	(8.3–9.3)**	24.6	(24.5–24.7)
Sur	33.2	(32.2–34.1)**	36.1	(36.0–36.3)
Oeste	41.4	(40.2–42.6)**	19.7	(19.5–19.9)

* Las características sexo, educación, estado civil, condición laboral, región del censo, salud regular percibida por el encuestado/salud deficiente percibida por el encuestado fueron ajustadas a la población estándar de los Estados Unidos en 2000.

[†] Tamaño ponderado de la muestra: 50,566,789; tamaño no ponderado de la muestra: 26,330.

[§] Tamaño ponderado de la muestra: 367,545,309; tamaño no ponderado de la muestra: 411,319.

[¶] Intervalo de confianza.

** Estadísticamente significativo ($p < 0.01$).

^{††} *Northeast:* Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island y Vermont; *Midwest:* Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota, Ohio, South Dakota y Wisconsin; *South:* Alabama, Arkansas, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Kentucky, Louisiana, Maryland, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Texas, Virginia y West Virginia; y *West:* Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington y Wyoming.

* Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington y Wyoming.

TABLA 2. Prevalencia ajustada del acceso al cuidado médico, los servicios preventivos y al estado de salud entre hispanos y no hispanos de ≥ 18 años de edad — Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, Estados Unidos, 2001–2002

Categoría	Hispanos		No hispanos	
	%	(SE) [†]	%	(SE)
Acceso al cuidado médico				
Cobertura del cuidado médico	76.2	(75.2–77.2) [§]	90.6	(90.4–90.8)
Por lo menos médico personal habitual, enfermera y otro proveedor de cuidado médico	68.5	(67.4–69.6) [§]	84.1	(83.9–84.3)
Necesitó cuidado médico durante los 12 meses anteriores pero no pudo obtenerlo	6.5	(5.9–7.2) [§]	5.0	(4.8–5.1)
Lugar habitual de cuidados médicos [¶]	93.4	(92.7–94.0) [§]	96.2	(96.0–96.3)
Médico habitual entre los que tienen un lugar habitual de cuidados médicos	74.3	(72.7–76.0) [§]	86.2	(85.9–86.5)
Servicios preventivos				
Pruebas de detección del cáncer de mama				
Alguna vez se hizo una mamografía, entre las mujeres de ≥ 40 años de edad	84.7	(82.1–87.4) [§]	90.3	(90.0–90.7)
Se hizo una mamografía durante los 2 años anteriores, entre mujeres de ≥ 40 años de edad	73.5	(70.5–76.6) ^{**}	77.1	(76.6–77.6)
Pruebas de detección de cáncer cervical				
Alguna vez se hizo una prueba de Papanicolaou (Pap), entre mujeres de ≥ 18 años de edad con útero intacto	94.0	(93.0–95.0) [§]	96.9	(96.7–97.2)
Se hizo una prueba de Papanicolaou (Pap) durante los 3 años anteriores, entre mujeres de ≥ 18 años de edad con útero intacto	85.8	(84.2–87.5) [§]	88.8	(88.4–89.2)
Pruebas de detección de cáncer colorrectal				
Se hizo una prueba de sangre oculta en heces durante los 2 años anteriores, entre adultos de ≥ 50 años de edad	20.1	(18.2–22.0) [§]	32.0	(31.6–32.4)
Alguna vez se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia, entre adultos de ≥ 50 años de edad	37.9	(35.4–40.3) [§]	49.2	(48.8–49.6)
Se hizo una sigmoidoscopia o colonoscopia durante los 5 años precedentes, entre adultos de ≥ 50 años de edad	32.0	(29.7–34.3) [§]	40.1	(39.7–40.5)
Prueba de colesterol en sangre				
Alguna vez se hizo una prueba de colesterol en sangre, entre adultos de ≥ 18 años de edad	74.1	(72.7–75.6) [§]	82.7	(82.4–83.0)
Se hizo una prueba de colesterol en sangre durante los 5 años anteriores, entre adultos de ≥ 18 años de edad	70.4	(68.9–72.0) [§]	77.8	(77.5–78.2)
Vacunación				
Se puso una vacuna contra la gripe durante el año anterior, entre adultos de ≥ 65 años de edad	57.9	(53.3–62.5) [§]	66.8	(66.3–67.4)
Alguna vez se puso una vacuna antineumocócica, entre adultos de ≥ 65 años de edad	44.9	(40.4–49.5) [§]	62.4	(61.9–63.0)
Estado de salud				
Salud regular percibida por el encuestado/Salud deficiente percibida por el encuestado ^{††}	28.9	(27.7–30.0) [§]	14.0	(13.8–14.2)

* Ajustado según sexo, edad, estado civil, condición laboral, salud general percibida por el encuestado.

† Error estándar.

§ Estadísticamente significativo ($p < 0.01$).

¶ Definido como consultorio médico, clínica de atención médica o centro de salud comunitario, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, sala de emergencia de un hospital o algún otro tipo de lugar.

** Estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

†† Ajustado por edad a la población de Estados Unidos en 2000.

En este informe se documentaron diferencias substanciales entre los hispanos y no hispanos en cuanto a la prevalencia de la cobertura de atención médica, la disponibilidad de un proveedor de atención médica personal habitual o de un médico de consulta habitual entre los que cuentan con un sitio de atención médica habitual. Estas diferencias fueron significativas aun después de realizar ajustes por factores socioeconómicos de los encuestados y por el estado de salud percibido. En los Estados Unidos, el acceso a la atención médica está relacionado estrechamente con el hecho de que las personas dispongan o no de cobertura de un seguro médico, el tipo de seguro y si las personas disponen de una fuente habitual de atención médica (4). El acceso a estos servicios aumenta el uso de los servicios preventivos (4). La baja prevalencia del acceso a la atención médica entre los hispanos podría explicar las disparidades en cuanto a recibir menos servicios preventivos. Los adultos hispanos tuvieron significativamente menos

probabilidades que los no hispanos de someterse a pruebas de detección del cáncer, pruebas de detección de colesterol en sangre o de recibir las vacunas recomendadas. Estas diferencias pueden ser explicadas, en parte, por los obstáculos que los hispanos enfrentan para tener acceso a los servicios de atención médica en los Estados Unidos, como por ejemplo diferencias culturales entre ellos y su proveedor de atención médica, barreras lingüísticas y la complejidad administrativa de los planes de salud. Tales obstáculos podrían exponer a los hispanos a un riesgo mayor de no buscar servicios preventivos y a recibir servicios de mala calidad (5,6).

Los factores culturales también podrían afectar el acceso de los hispanos a los servicios preventivos. Los hispanos tienen menos conocimientos sobre el cáncer y una actitud más fatalista hacia esta enfermedad que los no hispanos (7,8). El cáncer entre los hispanos es un problema creciente de salud pública (9); por consiguiente, las pruebas tempranas de detección del

cáncer, que son un componente esencial de la detección y el tratamiento temprano, son especialmente importantes entre los hispanos debido a que éstos son el grupo étnico de más rápido crecimiento en el país y por su un alto nivel de disparidades en la cobertura de atención médica y acceso a proveedores habituales de atención médica, lo cual se refleja en los estimados de las pruebas de detección del cáncer, la vacunación y las pruebas de detección de colesterol en sangre documentadas en este informe.

Los hallazgos de este informe están sujetos al menos a tres limitaciones. En primer lugar, los datos se basaron en información reportada por el encuestado y están sujetos a sesgo de memoria. En segundo lugar, el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento es una encuesta telefónica, por lo tanto, fueron excluidas las personas sin teléfono. En tercer lugar, los estados que realizaron la encuesta únicamente en inglés excluyeron a las personas que hablan únicamente español.

Se deben poner en práctica estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso a los servicios preventivos y de atención médica entre los hispanos. Estas estrategias podrían incluir el uso de programas culturalmente adecuados para aconsejar a los hispanos sobre la importancia de las pruebas de detección de enfermedades, adaptar programas efectivos de intervención e identificar barreras específicas que impiden el acceso a la atención médica, como por ejemplo la pobreza y la falta de conocimiento de los profesionales de atención médica sobre la mejor manera de motivar a los hispanos a que utilicen los servicios preventivos disponibles.

References

1. Hobbs F, Stoops N. Demographic trends in the 20th century. Washington, DC: US Census Bureau; November 2002. Census 2000 special report series CENSR-4.
2. Lien T, Newacheck P, Mcmanus M. Race, ethnicity and access to ambulatory care among U.S. adolescents. *Am J Public Health* 1993;83:960-5.
3. Guendelman S, Wagner TH. Health services utilization among Latinos and white non Latinos: results from a national survey. *J Health Care Poor Underserved* 2000;11:179-94.
4. Sambamoorthi U, McAlpine D. Racial, ethnic, socioeconomic and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med* 2003;37:475-84.
5. Hargraves JL, Cunningham PJ, Hughes RG. Racial and ethnic differences in access to medical care in managed care plans. *Health Serv Res* 2001;36:853-68.
6. Phillips KA, Mayer ML, Aday LA. Barriers to care among racial /ethnic groups under managed care. *Health Aff* 2000;19:65-75.
7. Lantz PM, Dupuis L, Rending D, Krauska M, Lappe K. Peer discussion of cancer among Hispanic migrant farm workers. *Public Health Rep* 1994;109:512-20.
8. Pérez-Stable E, Sabogal F, Otero- Sabogal R, Hiatt R, McPhee J. Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *JAMA* 1992;268:3219-23.
9. Villar HV, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cancer in Hispanics. *Cancer* 1994;74:2386-95.

Prevalencia de la diabetes entre hispanos — Areas Escogidas, 1998-2002

La diabetes afecta a los hispanos de manera desproporcionada en los Estados Unidos (1). Sin embargo, la población hispana está compuesta por subpoblaciones culturalmente distintas que tienden a concentrarse por región (2) y la prevalencia de la diabetes puede variar en estas subpoblaciones (3). Los CDC analizaron los datos provenientes de las encuestas del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento (BRFSS, por sus siglas en inglés) a fin de estimar la prevalencia de la diabetes entre adultos hispanos y blancos no hispanos que residen en seis estados y entre los hispanos en Puerto Rico. Las disparidades fueron evaluadas por región geográfica. Este informe resume los hallazgos de dicho análisis, el cual indica que, en los Estados Unidos, la prevalencia de la diabetes es más alta entre los hispanos que entre los blancos no hispanos y que la prevalencia de la diabetes entre hispanos varía según la ubicación geográfica. Los hallazgos hacen hincapié en la necesidad de prestar atención a los hispanos y a otras poblaciones con una prevalencia más alta a fin de eliminar las disparidades raciales y étnicas relacionadas con la diabetes.

BRFSS realiza encuestas telefónicas de marcación aleatoria, a nivel estatal, en la población civil no institucionalizada de ≥ 18 años de edad en los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y otros territorios estadounidenses. Se consideró que los encuestados tenían diabetes si contestaban "sí" a la pregunta "¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted tiene diabetes?". A las mujeres a quienes se les había dicho que tenían diabetes, pero solamente durante el embarazo, fueron clasificadas en el grupo de los que no tiene diabetes. A todos los encuestados que manifestaron tener origen hispano se les consideró hispanos, independientemente de la raza; a todos los encuestados que dijeron ser blancos, pero no de origen hispano, se les consideró blancos no hispanos. Debido al número limitado de hispanos en las encuestas anuales de BRFSS, se agruparon los datos de 1998-2002 correspondientes a seis áreas geográficas con las proporciones más grandes de hispanos: California, Florida, Illinois, Nueva York/Nueva Jersey (estados vecinos unidos para tener una muestra más grande), Texas y Puerto Rico. Se ponderaron los datos para que reflejaran la edad, el sexo y la distribución racial y étnica de la población no institucionalizada de esas seis áreas. Las entrevistas se hicieron en inglés y en español; sin embargo, no se recogieron datos sobre el idioma utilizado.

Se estimó la prevalencia de la diabetes entre los hispanos y los blancos no hispanos en cada área por edad, sexo, nivel de educación, índice de masa corporal a partir del peso y la altura (IMC = kg/m^2) que especificaron, cobertura de seguro médico

y realización de actividades físicas fuera del trabajo durante el mes anterior a la encuesta. Los encuestados con un IMC igual a 25.0-29.9 fueron clasificados como personas con sobrepeso y los que tenían un IMC \geq 30.0, como obesos. Los datos fueron ajustados por edad y sexo mediante el método directo que utiliza la población estándar de los Estados Unidos y se calcularon intervalos de confianza (IC) del 95%; se realizó una 'prueba t' para determinar si las diferencias en la prevalencia de la diabetes entre poblaciones en cada área eran estadísticamente significativas. No se compararon las prevalencias correspondientes a los hispanos y a los blancos no hispanos en Puerto Rico por el tamaño limitado de la muestra de blancos no hispanos. La tasa mediana de respuestas en los seis estados y en Puerto Rico fue de 52.2% en 1998 (intervalo: 32.5%–76.7%), 45.0% en 1999 (intervalo: 36.2%–69.5%), 41.5% en 2000 (intervalo: 28.8%–65.3%), 39.7% en 2001 (intervalo: 33.3%–81.5%) y 45.2% en 2002 (intervalo: 42.2%–75.2%).

En general, al 7.4% de los adultos hispanos en las seis áreas, un médico les había dicho que tenían diabetes; la prevalencia osciló entre 6.2% en Illinois y Nueva York/Nueva Jersey y 9.3% en Puerto Rico (Tabla 1). Tanto en los adultos hispanos como en los blancos no hispanos, la prevalencia de la diabetes aumentó con la edad ($p < 0.001$; 'prueba t' de tendencia). La prevalencia de diabetes total y la específica por edad fueron significativamente más altas entre los hispanos que entre los

blancos no hispanos en California (7.8% frente a 5.1%; $p < 0.01$) y Texas (7.1% frente a 5.7%; $p < 0.01$) (Tabla 1). En otras áreas, la prevalencia de la diabetes fue significativamente más alta entre hispanos solamente en el caso de las edades de 45 a 54 años en Illinois (15.9% frente a 4.6%; $p < 0.01$), 45-64 años en Nueva York/Nueva Jersey (10.5% frente a 4.4% entre los de 45-54 años y 15.9% frente a 9.8% entre aquellos con 55-64 años de edad; $p < 0.05$) y entre aquellos con ≥ 65 años de edad en Florida (20.6% frente a 12.2%; $p < 0.001$) (Tabla 1). Entre los hispanos en Puerto Rico, la prevalencia de la diabetes general y la específica por edad fueron significativamente más altas que entre los blancos no hispanos en las otras cinco áreas (9.4% frente a 5.1% en California, 5.6% en Nueva York/Nueva Jersey, 5.7% en Texas, 6.0% en Illinois y 6.6% en Florida; $p < 0.0001$) (Tabla 1).

En general, la prevalencia de diabetes la ajustada por edad entre adultos hispanos fue casi dos veces la de los adultos blancos no hispanos (9.8% frente a 5.0%) (Tabla 2). Entre los hispanos, la prevalencia entre los hombres y entre las mujeres fue similar (9.7% frente a 9.9%), sin embargo, entre blancos no hispanos, la prevalencia fue significativamente más alta entre los hombres que entre las mujeres (5.5% frente a 4.5%; $p < 0.0001$) (Tabla 2). Con respecto a todas las otras características examinadas, la prevalencia ajustada por edad y por sexo fue significativamente más alta entre los hispanos. Tanto en los hispanos como en los blancos no hispanos, la

TABLA 1. Prevalencia de la diabetes percibida por el encuestado entre los hispanos y blancos no hispanos de ≥ 18 años de edad, por grupo de edad — Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, áreas escogidas*, 1998–2002

Área de residencia	Prevalencia de la diabetes											
	Grupo de edad				Adultos en general							
	18–44		45–54		55–64		≥ 65		≥ 18		$\geq 18^\dagger$	
%	(95% CI) [§]	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
California												
Hispano	3.2	(2.2–4.2)	11.7	(8.4–15.0)	24.6	(18.3–30.9)	25.6	(19.7–31.5)	7.8	(6.8–8.8)	10.9	(9.5–12.3)
Blanco, no hispano	1.3	(0.9–1.7)	5.0	(4.0–6.0)	9.2	(7.4–11.0)	11.7	(10.3–13.1)	5.1	(4.7–5.5)	4.6	(4.2–5.0)
Florida												
Hispano	2.2	(1.4–3.0)	6.1	(3.4–8.8)	12.8	(8.5–17.1)	20.6	(16.3–24.9)	6.6	(5.6–7.6)	7.2	(6.0–8.4)
Blanco, no hispano	1.4 [¶]	(1.0–1.8)	6.2 [¶]	(5.2–7.2)	11.0 [¶]	(9.6–12.4)	12.2	(11.2–13.2)	6.6 [¶]	(6.2–7.0)	5.2	(4.8–5.6)
Illinois												
Hispano	2.0	(0.2–3.8)	15.9	(9.0–22.8)	19.8	(9.4–30.2)	25.8	(13.3–38.3)	6.2	(4.2–8.2)	10.5	(7.6–13.4)
Blanco, no hispano	1.5 [¶]	(1.1–1.9)	4.6	(3.6–5.6)	11.3 [¶]	(9.5–13.1)	15.0 [¶]	(13.4–16.6)	6.0 [¶]	(5.6–6.4)	5.5	(5.1–5.9)
New York/New Jersey												
Hispano	2.4	(1.4–3.4)	10.5	(7.0–14.0)	15.9	(10.6–21.2)	17.7	(12.0–23.4)	6.2	(5.0–7.4)	8.0	(6.6–9.4)
Blanco, no hispano	1.4 [¶]	(1.2–1.6)	4.4	(3.6–5.2)	9.8	(8.4–11.2)	12.9 [¶]	(11.7–14.1)	5.6 [¶]	(5.2–6.0)	4.9	(4.5–5.3)
Texas												
Hispano	2.8	(2.2–3.4)	13.0	(9.9–16.1)	20.8	(16.7–24.9)	25.4	(20.3–30.5)	7.1	(6.3–7.9)	10.5	(9.3–11.7)
Blanco, no hispano	1.4	(1.2–1.6)	6.6	(5.6–7.6)	10.5	(9.1–11.9)	11.8	(10.6–13.0)	5.7	(5.3–6.1)	5.1	(4.7–5.5)
Puerto Rico**	2.4	(2.0–2.8)	11.2	(9.8–12.6)	21.2	(19.2–23.2)	25.3	(23.5–27.1)	9.3	(8.7–9.9)	10.0	(9.4–10.6)

* California, Florida, Illinois, New York/New Jersey, Texas y Puerto Rico, 1998–2002.

† Ajustada por edad según la población estándar de Estados Unidos en 2000.

§ Intervalo de confianza.

¶ $p \geq 0.05$.

** Solamente hispanos; los blancos no hispanos no están incluidos por el tamaño pequeño de su muestra.

TABLA 2. Prevalencia de la diabetes percibida por el encuestado entre los hispanos y blancos no hispanos de ≥ 18 años de edad, por característica específica — Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, áreas escogidas*, 1998–2002

Característica	Prevalencia de la diabetes			
	Blanco, no hispano [†]		Hispano	
	%	(95% CI) [§]	%	(95% CI)
Sexo[¶]				
Hombres	5.5	(5.3–5.7)	9.7	(8.7–10.7)
Mujeres	4.5	(4.3–4.7)	9.9	(9.1–10.7)
Nivel Educativo**				
Por debajo de la escuela secundaria (bachillerato)	7.4	(6.6–8.2)	11.8	(10.8–12.8)
Escuela secundaria (bachillerato)	5.4	(5.0–5.8)	8.6	(7.4–9.8)
Algunos estudios universitarios	5.4	(5.0–5.8)	9.1	(7.7–10.5)
Título universitario o de nivel más alto	3.7	(3.5–3.9)	7.0	(5.8–8.2)
Índice de masa corporal** ††				
<25.0	2.7	(2.5–2.9)	7.0	(6.0–8.0)
25.0–29.9	4.5	(4.3–4.7)	8.9	(8.1–9.7)
≥ 30.0	11.2	(10.6–11.8)	15.3	(13.7–16.9)
Participó en actividades físicas durante mes anterior**				
Sí	4.4	(4.2–4.6)	9.1	(8.3–9.9)
No	7.1	(6.7–7.5)	10.8	(9.6–12.0)
Cobertura del seguro médico**				
Sí	5.0	(4.8–5.2)	10.0	(9.4–10.6)
No	5.3	(4.5–6.1)	10.1	(7.7–12.5)
Total[¶]	5.0	(4.8–5.2)	9.8	(9.2–10.4)

* California, Florida, Illinois, New York/New Jersey, Texas y Puerto Rico.

[†] No se incluyó a los blancos no hispanos en Puerto Rico por el tamaño pequeño de su muestra.

[§] Intervalo de confianza.

[¶] Ajustado por edad según la población estándar de Estados Unidos en 2000.

** Ajustado por edad y por sexo según la población estándar de Estados Unidos en 2000.

†† Índice de masa corporal (Kg/m²) según la altura y el peso percibidos por el encuestado.

prevalencia ajustada por edad y sexo disminuyó con el nivel de educación y aumentó con el IMC ($p < 0.001$; 'prueba t ' de tendencia); la prevalencia fue significativamente más baja entre aquellos que habían participado en una actividad física durante el mes anterior ($p < 0.05$), pero no estaba asociada significativamente a la cobertura del seguro médico (Tabla 2).

Reported by: NR Burrows, MPH, R Valdez, PhD, LS Geiss, MA, ME Engelgau, MD, Div of Diabetes Translation, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC.

Nota editorial: La diabetes, que está asociada a una fuerte morbilidad y a la muerte prematura, continúa afectando a los adultos hispanos de manera desproporcionada en los Estados Unidos y en Puerto Rico. De manera similar a los hallazgos anteriores (1,4), los resultados de este análisis indican que la prevalencia de la diabetes ajustada por edad entre los adultos hispanos en seis áreas de los Estados Unidos fue dos veces la registrada entre los adultos blancos no hispanos. Sin embargo,

las disparidades entre los dos grupos en cuanto a la prevalencia de la diabetes variaron según la ubicación geográfica, lo que parece indicar que el acceso a un cuidado de salud de calidad, factores sociales y culturales o el origen racial de las subpoblaciones hispanas podrían explicar, por lo menos parcialmente, las disparidades en la prevalencia de la diabetes. No obstante, la prevalencia de la diabetes no estuvo asociada a la cobertura del seguro médico en ninguno de los dos casos, hispanos y blancos no hispanos. Entre los hispanos, las diferencias con respecto a la prevalencia de la diabetes por ubicación geográfica podrían reflejar diferencias en los factores ambientales, socioeconómicos, de comportamiento o genéticos de la población hispana (3,5). Los resultados de este análisis podrían ayudar a los programas a diseñar las actividades de prevención y control de manera más efectiva al identificar las disparidades en la prevalencia de la diabetes entre hispanos y blancos no hispanos en cada ubicación geográfica. Además, estos resultados identificaron a grupos con una necesidad particular de intervención a fin de prevenir y controlar la diabetes, entre los que se cuentan las personas con un nivel educativo por debajo de la secundaria (o bachillerato).

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes que contribuyen a crear disparidades raciales y étnicas en lo que se refiere a la prevalencia de la diabetes (6). Sin embargo, a todos los niveles de IMC, incluido el peso normal (IMC <25), la prevalencia de la diabetes entre los hispanos fue más alta que entre los blancos no hispanos. Las causas de esta disparidad aún no son claras. Independientemente del IMC, factores como la inactividad física y la nutrición (p. ej. dietas bajas en fibra y alta en calorías) podrían aumentar el riesgo de diabetes, sin embargo, estos factores no fueron evaluados en el estudio.

Los hallazgos de este informe están sujetos a por lo menos seis limitaciones. Primera, las estimaciones de la prevalencia obtenidas a partir de las encuestas telefónicas probablemente sean inferiores a la prevalencia en una ubicación geográfica debido a que la prevalencia de la diabetes es más alta entre las personas que no tienen teléfono (7). Segunda, se subestima la prevalencia total porque algunas personas tienen diabetes pero no se les ha diagnosticado. Los resultados de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición III indicaron que por cada dos personas a quienes se les diagnosticó diabetes, hay una a quien no se le había diagnosticado (4). Tercera, las muestras pequeñas probablemente restringieron la habilidad de detectar las diferencias en algunas ubicaciones geográficas. Cuarta, la tasa de respuesta mediana al BRFSS en los seis estados y en Puerto Rico osciló de 39.7% a 52.2% durante los años del estudio, sin embargo, los datos del BRFSS tienen un sesgo mínimo comparados con los del censo. Quinta, el análisis incluyó datos de solamente seis estados y Puerto Rico, por lo

tanto no es representativo de todos los hispanos en los Estados Unidos. No obstante, la población hispana en estas áreas incluye al 84% de todos los hispanos que residen en los Estados Unidos (2). Finalmente, no estuvieron disponibles los datos sobre el idioma preferido en la entrevista de los hispanos.

A fin de eliminar las disparidades raciales y étnicas en la prevalencia de la diabetes, los CDC están trabajando con las poblaciones expuestas al mayor riesgo. Se estima que en los Estados Unidos, 41 millones de personas están expuestas al riesgo de contraer diabetes (8). Sin embargo, los estudios parecen indicar que, entre los que están expuestos a un alto riesgo, puede prevenirse la diabetes o retrasar su aparición mediante cambios sostenidos del estilo de vida, como por ejemplo una pérdida de peso del 7% y una actividad física moderada (p. ej. caminar durante 30 minutos, 5 días a la semana) (9). El Programa Nacional de Educación contra la Diabetes, que promueven los CDC y los Institutos Nacionales de Salud, ha puesto en práctica una campaña multicultural de prevención de la diabetes denominada, *Small Steps. Big Rewards. Prevent Type 2 Diabetes** para motivar a las personas en peligro de contraer la enfermedad a hacer estos cambios en su vida. Esta campaña, que incluye hojas con sugerencias de motivación y propagandas de servicio público, trata de llegar específicamente a los adultos de más edad, hispanos, negros, indígenas estadounidenses/nativos de Alaska y de las islas del Pacífico. También se encuentran disponibles materiales educativos y herramientas de prevención para los proveedores de atención médica, el público y el comercio[†]. Como parte de su iniciativa de prevención, *Steps to a Healthier US*, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) proporcionó aproximadamente \$14 millones para apoyar los esfuerzos que realizan 23 programas comunitarios con el propósito de prevenir la diabetes, la obesidad y el asma. Debido a que se pueden retrasar e incluso prevenir problemas serios de salud relacionados con la diabetes mediante un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado (10), los CDC también están dirigiendo la puesta en práctica de la iniciativa de detección de la diabetes de DHHS *Diabetes Detection Initiative*, que es un programa nacional[§] destinado a encontrar a un número estimado de 5 millones de estadounidenses que tienen diabetes tipo 2, pero no lo saben.

References

1. CDC. Self-reported prevalence of diabetes among Hispanics—United States, 1994–1997. *MMWR* 1999;48:8–12.

2. Guzmán B. The Hispanic population. Census 2000 brief. Washington, DC: US Census Bureau; 2001. Available at <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-3.pdf>.
3. Flegal KM, Ezzati TM, Harris MI, et al. Prevalence of diabetes in Mexican Americans, Cubans, and Puerto Ricans from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey, 1982–1984. *Diabetes Care* 1991;14:628–38.
4. CDC. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults—United States, 1999–2000. *MMWR* 2003;52:833–7.
5. Hanis CL, Hewett-Emmett D, Bertin TK, Schull WJ. Origins of U.S. Hispanics. Implications for diabetes. *Diabetes Care* 1991;14:618–27.
6. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA* 2003;289:76–9.
7. Ford ES. Characteristics of survey participants with and without a telephone: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Epidemiol* 1998;51:55–60.
8. CDC. National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2003. Revised ed. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2004. Available at <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheet.htm>.
9. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393–403.
10. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352:839–55.

Evaluación del aumento de la exposición perinatal al VIH entre hispanos en 20 condados, Georgia, 1994–2002

En fecha reciente, los CDC recibieron informes de médicos que trabajan en una clínica especializada en VIH que parecen indicar que el número de lactantes hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal, en el área metropolitana de Atlanta, ha aumentado de manera desproporcionada en comparación con el aumento de la población general de hispanos en Atlanta. Con el fin de evaluar este aumento y caracterizar las tendencias en la exposición perinatal al VIH en este sector de la población, los CDC cooperaron con proveedores en una clínica especializada de atención de niños con VIH (clínica A) en Atlanta, la cual presta servicios a 20 condados de Georgia, entre ellos los que integran el área metropolitana de Atlanta. Este informe resume los resultados de esa evaluación e indica que el aumento del número de lactantes hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal estuvo asociado a múltiples factores, entre ellos, el crecimiento de la población hispana, el aumento de la prevalencia del VIH y la alta tasa de fertilidad entre los hispanos y el poco conocimiento del estado serológico con respecto al VIH anterior a la concepción entre los que están infectados con el VIH. Los hallazgos parecen indicar la necesidad de mejorar el acceso a la consejería y a las pruebas de VIH de

* Disponible en http://www.ndep.nih.gov/campaigns/smallsteps/smallsteps_index.htm.

† Disponible en <http://www.diabetesatwork.org>.

§ Disponible en <http://www.ndep.nih.gov/ddi/index.htm>.

manera voluntaria como también de aumentar las oportunidades de reducir el riesgo de embarazos no deseados entre los hispanos que residen en estos condados.

Los datos sobre la raza y grupo étnico de la madre y el estado final de infección por VIH del lactante se tomaron de los registros que mantiene la clínica A en cumplimiento con la ley federal *Ryan White Comprehensive AIDS Resource Emergency*. Los lactantes nacidos durante el período 1994–2002 fueron remitidos a la clínica debido a que 1) a la madre se le diagnosticó infección por VIH antes de la concepción y el lactante estuvo expuesto al VIH durante el período perinatal o 2) se creyó que el lactante había adquirido la infección por VIH de la madre durante el período perinatal. En este informe, los hispanos podían ser de cualquier raza; los no hispanos se clasificaron ya sea como negros no hispanos ya sea como “blancos no hispanos o de otras razas”. La tasa de infección por VIH en cada grupo racial o étnico se definió como el número de lactantes que estaban infectados con el VIH dividido entre el número total de lactantes que habían estado expuestos al virus durante el período perinatal. Durante el período del estudio, la infección por VIH (es decir, sin SIDA) no tenía que ser reportada en Georgia. Por consiguiente, se desconoce el número de mujeres infectadas con el VIH que dieron a luz en Georgia y la proporción de lactantes expuestos al VIH durante el período perinatal o infectados con el VIH en los 20 condados que no recibieron cuidados en la clínica A. Sin embargo, los cinco condados que integran el área metropolitana de Atlanta reportaron aproximadamente el 70% de los casos de SIDA en Georgia (1) y la clínica A es el principal proveedor de atención médica especializada en niños con VIH.

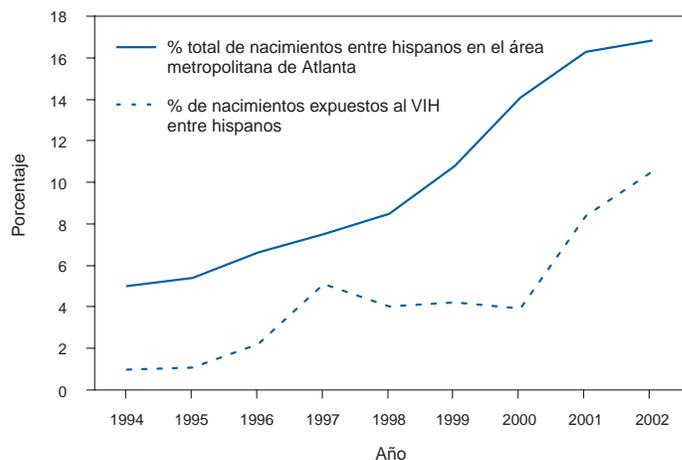
Los números de nacimientos vivos por año y la raza o grupo étnico de la madre se obtuvieron mediante el sistema *Online Analytical Statistical Information System* (OASIS) de la División de Salud Pública del Estado de Georgia (2). Se usaron datos del Censo de los Estados Unidos para estimar las tendencias raciales y étnicas en la población femenina en edad reproductiva en esos condados (3). Los datos de los estudios serológicos con respecto al VIH de las mujeres en edad reproductiva, los cuales ya no se realizan en los Estados Unidos, pueden ser comparados con otros datos de salud para describir la dinámica del VIH entre las mujeres en edad reproductiva (4). Como alternativa a un estudio serológico de las mujeres en edad reproductiva, se estimó la seroprevalencia mínima del VIH entre las mujeres que dieron a luz en 2002 y entre todas las mujeres que estaban en edad reproductiva en los 20 condados de Georgia; para ello, se usó como numerador el número de lactantes de los cuales se sabía que habían estado expuestos al VIH durante el período perinatal, en 2002. Se usaron como denominadores los números de mujeres en edad reproductiva y de mujeres que dieron a luz bebés vivos en esos condados en 2002 (2,3).

De 1994 a 2002, el número y la proporción de nacimientos vivos entre hispanos en los 20 condados aumentó más de tres veces, de 2,620 (5.0%) a 11,130 (16.8%) (1) (Gráfico). Por el contrario, de 1994 a 2002, aunque el número de nacimientos vivos aumentó, la proporción con respecto a los blancos no hispanos y otras razas disminuyó de 60.5% (31,612) a 50.3% (33,256) y la proporción con respecto a los negros no hispanos disminuyó de 34.5% (18,017) a 32.9% (21,765). La proporción estimada de hispanos en la población de mujeres en edad reproductiva en Georgia aumentó de 2.5% a 6.1% durante este mismo período (3). La proporción de lactantes hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal aumentó en más de nueve veces, de 1 de 96 (1.1%) en 1994 a 10 de 95 (10.5%) en 2002 ($p < 0.001$) (Tabla). Entre los lactantes blancos no hispanos o de otras razas expuestos al VIH, la proporción aumentó de cinco de 96 (5.2%) en 1994 a siete de 95 (7.4%) en 2002; entre los lactantes negros no hispanos, la proporción disminuyó de 90 de 96 (94.0%) en 1994 a 78 de 95 (82.0%) en 2002.

La proporción de seroprevalencia del VIH con respecto a los nacimientos vivos entre las mujeres en edad reproductiva, en los 20 condados, en 2002, se estimó en 0.36% (78 lactantes expuestos al VIH de 21,765 nacimientos vivos) entre negros no hispanos, 0.09% (10 lactantes expuestos al VIH de 11,130 nacimientos vivos) entre hispanos, y 0.02% (siete lactantes expuestos al VIH de 33,256 nacimientos vivos) entre blancos no hispanos o de otras razas ($p < 0.01$).

Suponiendo que la seroprevalencia del VIH entre las mujeres en edad reproductiva en estos condados fuera similar a la de las mujeres que dieron a luz a un bebé vivo en 2002, tenían la

GRÁFICO. Proporción del total de nacimientos y del total de nacimientos de hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal — 20 condados*, Georgia, 1994–2002



* Barrow, Bartow, Carroll, Cherokee, Clayton, Cobb, Coweta, DeKalb, Douglas, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Paulding, Pickens, Rockdale, Spalding y Walton condados.

TABLA. Número y porcentaje de nacimientos expuestos al VIH durante el período perinatal, por raza y grupo étnico, 1994 comparado con 2002 — 20 condados*, Georgia

Año	Número total de nacimientos expuestos al VIH	No. de hispanos		No. de negros, no-hispanos		No. de blancos o de otras razas, no hispanos	
		No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
1994	96	1	(1.1)	90	(94.0)	5	(5.2)
2002	95	10	(10.5)	78	(82.0)	7	(7.4)

* Barrow, Bartow, Carroll, Cherokee, Clayton, Cobb, Coweta, DeKalb, Douglas, Fayette, Forsyth, Fulton, Gwinnett, Henry, Newton, Paulding, Pickens, Rockdale, Spalding y Walton condados.

infección por VIH el 0.36% de 341,379 negras no hispanas (1,229), el 0.09% de 79,237 hispanas (71), y el 0.02% de 620,743 blancas no hispanas y de otras razas (124). Con base en estos estimados, 10 de 71 (14%) mujeres hispanas infectadas con el VIH tuvieron un nacimiento vivo en 2002, comparadas con 78 de 1,229 (6%) mujeres negras no hispanas y siete de 124 (5.6%) mujeres blancas no hispanas o de otras razas (prueba exacta de Fisher $p < 0.03$, a 2 colas). En contraste con la proporción de mujeres hispanas que viven con el VIH y que dieron a luz en 2002, únicamente el 2.5% de las mujeres que recibieron servicios en la clínica A eran hispanas.

Reported by: S Nesheim, MD, R Dennis, V Grimes, Emory Univ School of Medicine, Atlanta; RL Shouse, MD, Georgia State Div of Public Health. K Domínguez, MD, Div of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/STD Tuberculosis Prevention; Z Ali, CM Beck-Sague, MD, Div of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; K Asamoah, MD, EIS Officer, CDC.

Nota editorial: Los hallazgos en este informe parecen indicar que el aumento del número y la proporción de lactantes hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal, en 20 condados de Georgia, entre ellos, los que integran el área metropolitana de Atlanta, está asociado en parte al aumento de la tasa de fertilidad, aunque el aumento de la tasa de la exposición perinatal al VIH sobrepasa el aumento de la proporción de los nacimientos que ocurrieron entre hispanos en Georgia y Atlanta (2). En las dos décadas anteriores, la población hispana de los Estados Unidos aproximadamente se duplicó debido a un nivel de inmigración sin precedentes y a la tasa de fertilidad más alta en cualquier grupo de población en los Estados Unidos (3,5). El crecimiento del número de hispanos fue particularmente grande en áreas metropolitanas del sureste de los Estados Unidos, donde Atlanta registró el aumento más grande.

En 2002, de todas las regiones de los Estados Unidos, el sureste registró el número estimado más grande de personas que vivían con VIH o con SIDA (6). Aunque los hispanos no representan un porcentaje grande de personas con SIDA en Georgia, han experimentado los aumentos más grandes de casos de SIDA (1). En el ámbito nacional, en comparación

con otros grupos de población, entre los hispanos infectados con VIH, es considerablemente menos probable que hayan hecho dos o más visitas como pacientes ambulatorios en los 6 meses anteriores, más probable que se le diagnostique el VIH tarde en el curso de la enfermedad, y menos probable que tengan seguro médico (7). La proporción pequeña de pacientes hispanas en la clínica A, en 2002, parece indicar que estas tendencias nacionales también podrían haberse presentado entre los hispanos infectados con VIH en Atlanta.

Según se desprende de la Encuesta Nacional sobre el Crecimiento de la Familia de 1995, en comparación con otros grupos de población en los Estados Unidos, era menos probable que las mujeres hispanas usaran métodos anticonceptivos durante su primera relación sexual o que usaran métodos anticonceptivos reversibles (8). En los 20 condados de Georgia estudiados en este informe, el 16% de las mujeres hispanas en edad reproductiva tuvieron un nacimiento vivo en 2002, en comparación con el 6.3% de las mujeres negras no hispanas y el 5.4% de las mujeres blancas no hispanas o de otras razas (2). El uso reducido de los recursos de salud (por ejemplo, las pruebas para detectar el VIH y los servicios de planificación familiar) por parte de las mujeres hispanas en estos condados podría contribuir a su sobrerrepresentación entre las mujeres en edad reproductiva con VIH.

Los hallazgos de este informe están sujetos a por lo menos cuatro limitaciones. En primer lugar, el número pequeño de lactantes hispanos expuestos al VIH durante el período perinatal limita la precisión de los estimados. En segundo lugar, el sesgo en la identificación pudo haber reducido el número de madres clasificadas como hispanas en 1994, lo que refleja un aumento exagerando de la proporción hispana de lactantes expuestos al VIH durante el período perinatal. En tercer lugar, debido a que se identificó a los lactantes expuestos al VIH durante el período perinatal por medio de consejería y pruebas voluntarias de las madres, ciertas madres, cuyo estado no se pudo determinar, pudieron haber estado infectadas con el VIH, pero no fueron incluidas. Finalmente, aunque los estimados nacionales y las comparaciones internacionales de la seroprevalencia del VIH continúan basándose en la vigilancia centinela entre mujeres embarazadas, ciertos investigadores ponen en duda que la seroprevalencia del VIH entre las mujeres en edad reproductiva sea similar a la de la población en general. Debido a que la infección por VIH reduce la fertilidad, particularmente más adelante en el curso de la infección por VIH, la seroprevalencia entre las mujeres en edad reproductiva podría subestimar la seroprevalencia entre otras mujeres (9).

Todas las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva, en particular las que están en áreas con alta prevalencia del VIH/SIDA, deben ser advertidas del potencial de permanecer libres de síntomas si se diagnostica la infección por VIH y se

trata antes del comienzo de la inmunodeficiencia aguda (10). Se deben aumentar las oportunidades de someterse a la prueba de detección del VIH, idealmente antes de la concepción, pero también durante el embarazo. Las pruebas de VIH durante el parto deben ser consideradas una norma comunitaria de cuidado de las mujeres que no se han sometido a la prueba durante el embarazo. Además, se deben ofrecer enlaces a servicios especializados de prevención y tratamiento, entre ellos, a servicios de planificación familiar, a todas las mujeres que todavía no deseen tener hijos a fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto sexual como perinatal, como también mejorar la supervivencia libre de síntomas entre mujeres sub-atendidas que viven con el VIH.

References

1. Beltrami J, Thedford S, Martin L, Duffy J, Fann A. Epidemiologic profile for HIV community planning in Georgia. Atlanta, GA: Division of Public Health, Georgia Department of Health Resources; 2002.
2. Georgia Department of Health Resources. Division of Public Health Online Analytical Statistical Information System (OASIS). Available at <http://oasis.state.ga.us>.
3. US Census Bureau, Population Division, Population Distribution Branch. 2000 to 2001 supplementary surveys change profile, Atlanta, GA, metropolitan statistical area. Washington, DC: US Department of Commerce, US Census. Available at <http://www.census.gov>.
4. CDC. National HIV prevalence surveys, 1997 summary (appendix: survey of childbearing women). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 1998:20.
5. Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ. Revised birth and fertility rates for the 1990s and new rates for Hispanic populations, 2000 and 2001: United States. *Natl Vital Stat Rep*, 2003;51(12):1-94.
6. CDC. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002;(14).
7. Kaiser Family Foundation. Key Facts: Latinos and HIV/AIDS. Oakland, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation; July 2003; Document No. 6088.
8. Abma J, Chandra A, Mosher W, Peterson L, Piccino L. Fertility, family planning, and women's health: new data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital Health Stat* 23 1997;(19):1-114.
9. Lee LM, Wortley PM, Fleming PL, Eldred LJ, Gray RH. Duration of human immunodeficiency virus infection and likelihood of giving birth in a Medicaid population in Maryland. *Am J Epidemiol* 2000;151:1020-8.
10. CDC. HIV prevention strategic plan through 2005. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2001.

Efecto de la revisión de los conteos de población en las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas a nivel de condado — Estados Unidos, 1999

En el 2002, las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas fueron más altas que entre otros grupos raciales y étnicos (1). Debido a los riesgos sociales y de salud que se asocian a los nacimientos en adolescentes, es fundamental poner en práctica

programas para la prevención del embarazo y una vigilancia precisa de las tasas de natalidad entre adolescentes. Con el fin de evaluar el efecto de la revisión de las estimaciones de población en la década de 1990, que toma en cuenta las estimaciones inter-censales del censo realizado en los Estados Unidos en el 2000 (2000 U.S. Census) (2,3), los CDC analizaron las estimaciones de las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas a nivel de condado correspondientes a 1999. Este informe resume los resultados del análisis, el cual indica que las tasas de natalidad entre adolescentes hispanos en 1999, cuando son calculadas en base a los datos del censo del 2000 en Estados Unidos, fueron más bajas de lo que se había proyectado anteriormente en la mayoría de los condados con poblaciones hispanas relativamente grandes.

Para calcular las tasas de natalidad entre las adolescentes hispanas, se utilizaron datos de los certificados de nacimiento (p. ej. el número de nacimientos a mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad) y los conteos de población (número de mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad) de la Oficina del Censo de los Estados Unidos (U.S. Census Bureau). Las tasas de natalidad entre las adolescentes hispanas a nivel de condado fueron calculadas a partir de los datos sobre nacimientos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics) de los CDC correspondientes a 1999 y a partir de dos conjuntos de denominadores: 1) Cifras post-censales de la población hispana en 1999, según estimaciones a partir del censo de 1990, y 2) estimaciones inter-censales de la población hispana en 1999 que toman en cuenta los resultados del censo del 2000.

Se utilizaron medidas estándares de resumen de datos (p. ej. promedio, mediana e intervalo máximo - mínimo) de los niveles y cambios de las tasas de natalidad entre adolescentes hispanas. Los cambios porcentuales promedio que aparecen en las tablas son promedios del cambio porcentual de la tasa de natalidad entre adolescentes hispanas en cada condado. Los datos utilizados en estos cálculos están disponibles a solicitud de la parte interesada.

Están disponibles para uso público los datos sobre nacimientos correspondientes al año 1999 de los condados con una población total de $\geq 100,000$ habitantes según el censo de 1990 ($n = 458$ condados). Por limitaciones de confidencialidad, no se incluyen los condados con una población de $< 100,000$ habitantes. Más aún, con el fin de aumentar la confiabilidad estadística, este análisis se limita a los condados con ≥ 20 nacimientos entre adolescentes hispanas en 1999 ($n = 284$). La comparación entre las tasas de natalidad en adolescentes hispanas correspondientes a 1999 sobre la base de 284 condados y las estimaciones nacionales correspondientes al mismo año indica que el sesgo a consecuencia de la exclusión de otros condados del análisis es mínimo. El cambio porcentual de la tasa de

natalidad entre adolescentes hispanas en 1999, para lo cual se usaron estimaciones revisadas de población, fue de -6.9% en 284 condados, comparado con -7.1% en Estados Unidos en su totalidad (Tabla 1) (4). Las tasas basadas en el censo de 1990 correspondientes a los 284 condados fueron similares a aquellas de los Estados Unidos en general; lo mismo es cierto con respecto a las tasas por condado y a nivel de los Estados Unidos en su totalidad derivadas de las estimaciones del censo del 2000.

Se utilizaron datos de 1999 para ilustrar el gran efecto que puede tener el cambio de denominadores en los cálculos de las tasas de natalidad. Las estimaciones correspondientes a los últimos años de la década son más proclives al error introducido por los procedimientos de estimación utilizados para generar los conteos pos-censales (4). El origen hispano y la raza son reflejados de manera independiente en los certificados de nacimiento; sin embargo, no se hizo un resumen por raza de estos datos porque la mayoría de los nacimientos a mujeres hispanas fueron reportados como blancos.

La tasa de natalidad mediana entre adolescentes hispanas a nivel de condado correspondiente a 1999 en los 284 condados que abarca el análisis fue del 100.8 por 1,000 mujeres cuando se calculó en base a las estimaciones posteriores al censo de 1990, y del 88.2 por 1,000 cuando se hizo en base a las estimaciones inter-censales de población. El intervalo de las tasas con base en el censo de 1990 fue de 35.9–712.6; el intervalo de las tasas con base en las estimaciones inter-censales fue de 28.5–195.0. A consecuencia del uso de estimaciones de población revisadas, el promedio porcentual en la tasa a nivel de condados se redujo en un 19%.

La tasa de natalidad entre adolescentes hispanas se redujo en 219 (77%) de los 284 condados a consecuencia del ajuste de las estimaciones de población; anteriormente se había subestimado la población femenina hispana de 15 a 19 años de edad en esos condados. En 53 condados, la tasa de natalidad estimada se redujo en $\geq 30\%$. Por ejemplo, en un condado, donde se registraron 416 nacimientos entre mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad, se estimó que, sobre la base de la

estimación de población posterior al censo de 1999, la población femenina hispana de 15 a 19 años de edad era de 2,674, pero se situó en 3,401 a raíz de la revisión realizada después del censo del 2000. En consecuencia, la tasa estimada de natalidad entre adolescentes pasó de 155.6 a 122.2 por 1,000 personas, es decir, se redujo en un 21%.

En 65 de los 284 condados, el cálculo de la tasa de natalidad entre adolescentes aumentó a consecuencia de la revisión de la población. En esos condados, se había sobrestimado el tamaño de la población femenina hispana de 15 a 19 años de edad en base a las estimaciones posteriores al censo de 1990. El cambio porcentual promedio de la tasa de natalidad entre adolescentes hispanas (+9.3%) fue menor que el cambio porcentual observado en los condados donde la tasa de natalidad disminuyó a consecuencia del ajuste (-21.9%). En 22 condados, la tasa de natalidad entre adolescentes hispanas aumento en $\geq 10\%$ a consecuencia de la revisión.

De los 284 condados que abarca el análisis, 126 se encuentran en estados que tradicionalmente han recibido inmigrantes y que tienen la población hispana más grande (California, Illinois, Nueva Jersey, Nueva York y Texas) (Tabla 2) (6). Algunas de las reducciones porcentuales promedio más grandes de las tasas de natalidad a nivel de condado se dieron en estados donde la población hispana registró el crecimiento más rápido durante la década de 1990 (Alabama, Arkansas, Delaware, Indiana, Kentucky, Minnesota, Carolina del Norte, Rhode Island y Tennessee) (6).

Reported by: BE Hamilton, PhD, SJ Ventura, MA, Div of Vital Statistics, National Center for Health Statistics; J Santelli, MD, Div of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; M Carter, PhD, EIS Officer, CDC.

Nota editorial: La Oficina del Censo de los Estados Unidos (U.S. Census Bureau) utiliza varios datos sobre el cambio de la población (p. ej. nacimientos, defunciones, migración nacional e internacional) para producir estimaciones post-censales de población tanto a nivel nacional como a nivel de las áreas administrativas más pequeñas (p. ej. los condados).

TABLA 1. Tasas de natalidad agregadas entre mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad — Estados Unidos y 284 condados de los Estados Unidos*

Nacimientos entre mujeres hispanas de 15–19 años de edad — Estados Unidos	
Tasas de natalidad entre adolescentes hispanas de 1999, según estimados postcensales de 1990	93.4 por cada 1,000 mujeres
Tasas de natalidad entre adolescentes hispanas de 1999, según estimados intercensales	86.8 por cada 1,000 mujeres
Cambio de porcentaje en la tasa de natalidad entre adolescentes hispanas de los Estados Unidos, según ajustes de la población	-7.1%
Nacimientos entre mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad — 284 condados de los Estados Unidos	
Tasas de natalidad agregadas entre adolescentes hispanas de 1999, según estimados postcensales de 1990	92.7 por cada 1,000 mujeres
Tasas de natalidad agregadas entre adolescentes hispanas de 1999, según estimados intercensales del Censo de 2000	86.3 por cada 1,000 mujeres
Cambio de porcentaje en la tasa de natalidad agregada entre adolescentes hispanas, según ajustes de la población	-6.9%

* Excluye los condados con poblaciones de <100,000 habitantes en 1999 según el Censo de los Estados Unidos de 1990, y de <20 nacimientos en 1999 entre mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad.

TABLA 2. Aumentos y disminuciones a nivel de condado de las tasas de natalidad estimadas entre hispanos después de los estimados de población revisados de mujeres hispanas de 15 a 19 años de edad, por estado — Estados Unidos, 1999

Estado	No. de condados incluidos* (total de condados)	No. de condados donde disminuyó la tasa de natalidad	Disminución promedio de las tasas de natalidad a nivel de condado†	No. de condados donde aumentó la tasa de natalidad	Aumento promedio de las tasas de natalidad a nivel de condado‡
Alabama	2 (67)	2	51.5	0	NA¶
Alaska	1 (27)	1	5.0	0	NA
Arizona	5 (15)	4	13.3	1	7.0
Arkansas	2 (75)	1	41.0	1	9.0
California	34 (58)	26	14.0	8	5.3
Colorado	9 (63)	6	14.0	3	7.0
Connecticut	5 (8)	5	18.0	0	NA
Delaware	2 (3)	2	31.0	0	NA
Distrito de Columbia	1 (1)	1	34.0	0	NA
Florida	21 (67)	16	20.0	5	4.6
Georgia	6 (159)	5	31.6	1	17.0
Hawái	3 (5)	2	3.0	1	5.0
Idaho	1 (44)	0	NA	1	5.0
Illinois	10 (102)	10	19.5	0	NA
Indiana	6 (92)	5	40.6	1	11.0
Iowa	2 (99)	0	NA	2	9.5
Kansas	4 (105)	3	13.0	1	14.0
Kentucky	2 (120)	2	43.5	0	NA
Louisiana	1 (64)	0	NA	1	9.0
Maine	0 (16)	0	NA	0	NA
Maryland	3 (24)	2	19.5	1	0.0
Massachusetts	7 (14)	7	11.8	0	NA
Michigan	8 (83)	5	19.8	3	19.0
Minnesota	3 (87)	3	30.3	0	NA
Mississippi	0 (82)	0	NA	0	NA
Missouri	1 (115)	1	10.0	0	NA
Montana	0 (56)	0	NA	0	NA
Nebraska	2 (93)	1	6.0	1	26.0
Nevada	2 (17)	2	6.5	0	NA
New Hampshire	1 (10)	1	15.0	0	NA
New Jersey	15 (21)	11	13.3	4	1.7
New Mexico	2 (33)	2	5.0	0	NA
New York	18 (62)	16	23.1	2	8.5
North Carolina	16 (100)	14	56.8	2	30.5
North Dakota	0 (53)	0	NA	0	NA
Ohio	5 (88)	4	22.0	1	5.0
Oklahoma	3 (77)	3	20.0	0	NA
Oregon	6 (36)	4	14.0	2	4.5
Pennsylvania	12 (67)	12	17.1	0	NA
Rhode Island	1 (5)	1	34.0	0	NA
South Carolina	4 (46)	4	27.5	0	NA
South Dakota	0 (66)	0	NA	0	NA
Tennessee	3 (95)	2	45.5	1	13.0
Texas	28 (254)	19	18.6	9	10.7
Utah	4 (29)	3	14.6	1	2.0
Vermont	0 (14)	0	NA	0	NA
Virginia	6 (135)	3	16.0	3	8.0
Washington	10 (39)	3	8.6	7	12.8
West Virginia	0 (55)	0	NA	0	NA
Wisconsin	7 (72)	5	29.6	2	8.5
Wyoming	0 (23)	0	NA	0	NA
Total	284 (3,141)	219	21.9	65	9.3

* Se incluyeron en este análisis únicamente condados con poblaciones de >100,000 habitantes (según estimados del Censo de 1990 de los Estados Unidos) y de >20 nacimientos entre adolescentes hispanos.

† Entre los condados donde las tasas de natalidad calculada disminuyeron.

‡ Entre los condados donde las tasas de natalidad calculada aumentaron.

¶ No aplicable.

Los métodos de estimación son rigurosos; sin embargo, los datos necesarios disponibles no siempre tienen el nivel de detalle requerido. La disponibilidad de datos es siempre menos exacta en las áreas administrativas más pequeñas, donde cambios mínimos pueden incidir en las tasas de manera sustancial. Más aún, los errores se agravan con el tiempo. Por lo tanto, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan, las estimaciones oficiales de población pueden desviarse considerablemente del conteo real de la población. Durante la década de 1990, el tamaño y la distribución de la población adolescente hispana cambiaron de manera inesperada. En la década de 1990, no se disponía de datos para hacer seguimiento a la considerable migración de hispanos y al asentamiento de hispanos en áreas nuevas. Estos factores, así como una mayor cobertura de la población en el censo del 2000, en comparación con el censo de 1990, probablemente contribuyeron a marcar las diferencias entre las estimaciones post- e inter-censales de la población femenina adolescente hispana en 1999. Las tasas de natalidad entre hispanos en otros grupos de edad y en otros grupos raciales y étnicos también cambiaron considerablemente a raíz de la revisión de las estimaciones de población. En informes publicados anteriormente, se hizo referencia a las tasas nacionales y estatales de natalidad ajustadas en subpoblaciones correspondientes a la década de 1990 y principios de la década de 2000 (4,5,7).

Este análisis está sujeto al menos a dos limitaciones. En primer lugar, las medianas se ven menos afectadas por los valores extremos que los promedios; sin embargo, ambas mediciones podrían sobrestimar el cambio observado en la mayoría de los condados. En segundo lugar, el análisis estuvo limitado a los condados con una población de $\geq 100,000$ personas y de ≥ 20 nacimientos entre adolescentes hispanos. Por lo tanto, el análisis describe los condados más grandes y aquellos con poblaciones hispanas más grandes. Sin embargo, en esos condados, las estimaciones de las tasas de natalidad y los cambios de las tasas de natalidad son más estables y más confiables que aquellos en condados más pequeños, donde las variaciones aleatorias del número de nacimientos y del tamaño de la población pueden producir diferencias substanciales, mas no significativas, de las tasas de natalidad de año en año.

Los usuarios de tasas de natalidad y otros datos demográficos deben entender las razones y los efectos potenciales de las revisiones de las estimaciones de población y deben interpretar tales datos con la debida prudencia, particularmente porque las estimaciones posteriores al censo del 2000 se harán cada vez menos ciertas con el paso de los años hasta el censo del 2010. Si bien las tasas de natalidad entre adolescentes hispanos en la mayoría de los condados disminuyeron a raíz de las revisiones en población, las tasas ajustadas siguen siendo altas en comparación con otros grupos de población. El embarazo

en las adolescentes hispanas sigue mereciendo una respuesta concertada de salud pública, la cual ya están realizando varios estados y localidades.

References

1. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep*;52(10):1–116. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52_10.pdf.
2. National Center for Health Statistics. Bridged-race intercensal estimates of the July 1, 1999, resident population of the United States by county, 5-year age groups, bridged-race, Hispanic origin, and sex. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2003. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/popbridge/datadoc.htm#inter5>.
3. US Bureau of the Census. 1990 to 1999 annual time series of county population estimates by age, sex, race and Hispanic origin. Washington, DC: US Bureau of the Census; 2000. Available at <http://www.census.gov/popest/archives/1990s/CO-99-12.html>.
4. Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ. Revised birth and fertility rates for the 1990s and new rates for the Hispanic populations, 2000 and 2001: United States. *Natl Vital Stat Rep*;51(12):1–96. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr51/nvsr51_12.pdf.
5. Ventura SJ, Hamilton BE, Sutton PD. Revised birth and fertility rates for the United States, 2000 and 2001. *Natl Vital Stat Rep* 2003;51(4):1–20. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr51/nvsr51_04.pdf.
6. Guzmán B. The Hispanic population, Census 2000 brief. Washington, DC: US Bureau of the Census; 2001. Available at <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-3.pdf>.
7. Sutton PD, Mathews TJ. Trends in characteristics of births by state: United States, 1990, 1995, and 2000–2002. *Natl Vital Stat Rep*;52(19):1–152. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr52/nvsr52_19.pdf.
8. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Across America: state activities. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2002. Available at <http://www.teenpregnancy.org/america/statistics.asp?ID=1>.

Aviso a los lectores

Día Nacional Latino por la Concientización del SIDA — 15 de octubre de 2004

El Día Nacional Latino por la Concientización del SIDA es un día para reconocer el costo alto del VIH y el SIDA entre los hispanos. El 15 de octubre, eventos de concientización ocurrirán en todo el país para compartir información sobre la prevención del VIH, alentar a la gente a hacerse la prueba del VIH y también promover oportunidades de voluntarismo con las organizaciones que promueven la prevención de VIH entre los hispanos. La Comisión Latina sobre el SIDA organiza este observancia anual con apoyo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. El tema de este año, “Abre Los Ojos: El VIH no Tiene Fronteras,” refleja la repercusión pesada del VIH en Latinos aquí en los Estados Unidos y en países por todo el mundo.

En los Estados Unidos, los diagnósticos de nuevos casos del VIH aumentaron 26 por ciento entre los hispanos entre 1999

y 2002 en los 29 estados que han reportado casos del VIH hace ya muchos años (1). Los hombres hispanos son más de tres veces tan probable de recibir un diagnóstico con el SIDA que los hombres blancos, y las mujeres hispanas son más de cinco veces tan probable que las mujeres blancas de contraer la enfermedad. Entre 1981 y el fin de 2002, casi 164.000 hispanos habían sido diagnosticado con el SIDA, y 87.888 habían muerto de la enfermedad (2).

La consejería del VIH, la prueba y los esfuerzos de prevención son esenciales para detener la propagación del virus y ayudar a las personas infectadas con VIH a obtener acceso a tratamientos que pueden prolongar la vida. Se estima que hasta 250.000 personas en los Estados Unidos podrían estar infectadas con el virus del VIH sin saberlo. Cuarenta y cinco por ciento de hispanos dicen que ellos nunca han tenido la prueba para detectar el VIH (3) y sólo 40 por ciento alguna vez ha conversado con un médico acerca de la enfermedad (4). Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) están asociándose con organizaciones comunitarias y centros de salud alrededor del país para asegurarse de que hispanos tengan acceso a la prueba y a los servicios de prevención.

Más información acerca del VIH se puede obtener llamando a la línea Nacional de Información del CDC al teléfono 800-342-2437 (inglés) o en español al 800-344-SIDA. Información sobre el VIH también está disponible en la página del Internet: <http://www.cdcpin.org>. Más información acerca del Día Nacional Latino por la Concientización del SIDA está disponible en la página de Internet: <http://www.omhrc.gov/hivaidsobservances/nlhaad/index.html>.

Referencias

1. CDC. Increases in HIV diagnoses—29 states, 1999–2002. *MMWR* 2003;52:1145–8.
2. CDC. Cases of HIV infection and AIDS in the United States, 2002. *HIV/AIDS Surveillance Report* 2002;14. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr1402.htm>.
3. Kaiser Family Foundation. Survey of Americans on HIV/AIDS: part three—experiences and opinions by race/ethnicity and age. Publication no. 7141. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2004. Available at <http://www.kff.org/hivaidspomr080404pkg.cfm>.
4. Kaiser Family Foundation. Survey of Americans on HIV/AIDS: part two—HIV testing. Publication no. 7095. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2004. Available at <http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr061504pkg.cfm>.