



# CRECIENDO *en* AMÉRICA DEL NORTE:

Salud y Seguridad de la Infancia en Canadá, Estados Unidos y México





## CONSIDERACIONES COMPARTIDAS

**LO QUE LE OCURRE A NIÑOS Y NIÑAS NOS AFECTA A TODOS.** Si nuestros niños y niñas no prosperan, nuestras sociedades tampoco progresarán. Los encargados de tomar decisiones, tanto a nivel público como privado, deben de considerar el bienestar de la infancia al momento de emprender gestiones orientadas al desarrollo social y económico. **TODOS LOS NIÑOS Y TODAS LAS NIÑAS DEBEN FORMAR PARTE DEL PROGRESO SOCIAL Y ECONÓMICO.** Todos los niños y todas las niñas deben estar preparados para el futuro. Existen algunos grupos de niños, niñas y familias que no se encuentran progresando a la par de otros dentro de la nueva economía global basada en el conocimiento. Es necesario abordar las disparidades que en la actualidad impiden que niños y niñas se desarrollen normalmente y que limitan las oportunidades que puedan tener en su vida futura. **EL NIÑO Y LA NIÑA EXPERIMENTAN CAMBIOS DENTRO Y A TRAVÉS DE MÚLTIPLES CONTEXTOS.** La infancia se ve afectada por todos los entornos en los que se desenvuelve. Aun cuando la familia es el primer círculo que rodea a la infancia, la comunidad también tiene una función que desempeñar en cuanto a su desarrollo. Los círculos se expanden hasta los contextos regional, nacional e internacional. **TODOS LOS NIÑOS Y TODAS LAS NIÑAS SON SUJETOS DE DERECHOS HUMANOS.** Los derechos de la infancia son económicos, sociales y culturales, así como también civiles y políticos. Niños y niñas tienen el derecho a participar en la sociedad y a expresar sus percepciones y sus aspiraciones. La infancia es titular de protección contra la explotación y el abuso por parte de la sociedad. Los niños y las niñas deberán también contar con la sociedad para que les garantice un desarrollo sano, más allá de la simple supervivencia. **EL CONOCIMIENTO ACERCA DEL BIENESTAR INFANTIL DEBE CONDUCIR A LA ACCIÓN.** El monitoreo de las medidas que se están tomando con respecto al bienestar de la infancia de un extremo al otro de América del Norte, así como los informes que se han presentado al respecto, facilitan nuestro mejor entendimiento de las diversas experiencias de la infancia en distintos contextos. Pero el monitoreo no es un fin en sí. Su propósito es resaltar nuestros éxitos y obstáculos. Ambos pueden propiciar el cambio.

## ASOCIADOS DEL PROYECTO

La [Annie E. Casey Foundation](#) es una organización de beneficencia privada cuyo objetivo es tratar de brindar un futuro mejor a niños y niñas en desventaja de Estados Unidos. La misión principal de la Fundación es promover políticas públicas, reformar los servicios humanos y establecer sistemas de apoyo comunitarios, con el fin de satisfacer mejor las necesidades de la infancia y familias vulnerables. Para mayor información, consulte el sitio [www.aecf.org](http://www.aecf.org).

El [Canadian Council on Social Development](#) es una de las voces de mayor autoridad en Canadá y está dedicado a promover mayor seguridad social y económica para todos los canadienses. Es una organización nacional, económicamente independiente e integrada por socios. El producto principal del CCSD es la información y su actividad primordial es la investigación centrada en asuntos relacionados con el bienestar de la infancia y la familia, seguridad económica, empleo, pobreza y con la política social gubernamental. Para mayor información consulte el sitio [www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca).

La [Red por los Derechos de la Infancia en México](#) es una coalición de 64 organizaciones y redes de la sociedad civil mexicana que desarrollan programas a favor de niñas y niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad. Para alcanzar su misión de que niños, niñas y adolescentes conozcan, ejerzan y disfruten de sus derechos, la Red promueve un movimiento social y cultural a favor de los derechos de la infancia, aboga por marcos jurídicos equitativos, por el desarrollo de políticas públicas y fortalece la capacidad de las organizaciones civiles mexicanas dedicadas a la infancia. Para mayor información consulte el sitio [www.derechosinfancia.org.mx](http://www.derechosinfancia.org.mx).

El [Population Reference Bureau](#) es una organización que proporciona a las personas en todo el mundo información acerca de temas de población, salud y ambiente, y las empodera para usar esa información con el fin de mejorar el bienestar de las generaciones actuales y futuras. Para mayor información, consulte el sitio [www.prb.org](http://www.prb.org).

CRECIENDO EN AMÉRICA DEL NORTE: SALUD Y SEGURIDAD  
DE LA INFANCIA EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO



El Proyecto sobre la Infancia en América del Norte tiene la intención de resaltar las condiciones y el bienestar de niños, niñas y jóvenes en Canadá, México y Estados Unidos. Mediante una serie de informes sobre indicadores, se espera que el proyecto fomente la mejor comprensión de la situación de nuestra infancia y las oportunidades y los retos que enfrenta al dirigir la mirada hacia el futuro. La meta es inspirar e impulsar acciones para mejorar la vida de todos los niños y niñas en América del Norte.

4	Prólogo
6	Resumen Ejecutivo
9	Introducción
10	Indicadores Clave de Salud
20	Retos a enfrentar por los y las Jóvenes
27	Problemas Emergentes
47	Conclusiones
49	Notas
58	Equipo del proyecto/Agradecimientos

# Prólogo

4

EL OBJETIVO DEL PROYECTO SOBRE LA INFANCIA EN AMÉRICA DEL NORTE ES PROPORCIONAR UN RETRATO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA INFANCIA DE AMÉRICA DEL NORTE, QUE RESALTE LAS DISTINTAS DIMENSIONES DEL BIENESTAR DE NIÑOS Y NIÑAS DE FRENTE A UN AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, EN PROCESO DE CONSTANTE TRANSFORMACIÓN.

Representantes del *Canadian Council on Social Development*, la *Red por los Derechos de la Infancia en México* y la *Annie E. Casey Foundation* han unido esfuerzos para desarrollar el *Proyecto sobre la Infancia en América del Norte* a partir de su interés común en el bienestar de niños y niñas. Reconocemos que Canadá, México y Estados Unidos tienen vínculos y retos comunes en lo que respecta a asegurarse de que niños y niñas crezcan de manera saludable, no sólo como resultado de la geografía, sino también por la cada vez mayor interacción económica, social y cultural.

Las diferencias en cuanto a las oportunidades que se le presentan a la infancia dentro de su propio país y de un país a otro son enormes. Tales diferencias tienen importantes consecuencias tanto en lo que respecta al bienestar actual de la infancia como en cuanto a la forma en que se logre equiparlos o prepararlos para el futuro. El objetivo del proyecto es crear conciencia acerca de la infancia en la región, los grupos que están prosperando y aquellos que están luchando por forjarse un porvenir en el mundo.

Reconociendo que los datos pueden ser una herramienta poderosa para crear una mayor conciencia y conducir a acciones que beneficien a la infancia y fortalezcan a las familias, se comenzó a explorar la forma en la que esta colaboración entre naciones podría ocurrir. Dicha colaboración se convirtió en el primer proyecto trinacional sobre el bienestar infantil que jamás haya existido. En los tres países se monitorea el bienestar de la infancia de varias maneras, no obstante gran parte de la labor que se está realizando tiene un enfoque nacional. El presente proyecto amplía ese enfoque.

El objetivo del *Proyecto sobre la Infancia en América del Norte* es proporcionar un retrato social y económico de la infancia de América del Norte, que resalte las distintas dimensiones del bienestar de niños y niñas de frente a un ambiente familiar y social, en proceso de constante transformación. El primer informe del proyecto, *Creciendo en América del Norte: El Bienestar de la Infancia en Canadá, Estados Unidos y México*, presentó un perfil demográfico básico de la infancia que habita en la región e introdujo tres dimensiones del bienestar de niños y niñas para su consideración en éste y en futuros informes: Salud y Seguridad, Seguridad Económica, y Capacidades y Ciudadanía.

Con base en una gran variedad de fuentes nacionales e internacionales, el proyecto busca documentar la situación de la infancia en cada uno de los tres países y a lo largo y ancho de América del Norte; con la finalidad de establecer una línea base que permita medir y monitorear su bienestar a lo largo del tiempo y desarrollar la capacidad para continuar el importante trabajo de medir y monitorear el bienestar de la infancia en cada uno de los tres países y a través de sus fronteras.



# Resumen Ejecutivo

6

CONTAR CON UNA BUENA SALUD ES UN FACTOR ESENCIAL SI QUEREMOS QUE NUESTROS NIÑOS Y NIÑAS VIVAN DESARROLLANDO TODO SU POTENCIAL. LOS NIÑOS Y NIÑAS EN AMÉRICA DEL NORTE COMPARTEN UNA SERIE DE EXPERIENCIAS SIMILARES EN LO QUE RESPECTA A SU SALUD Y BIENESTAR.

En América del Norte existen alrededor de 120 millones de niños y niñas: 73 millones en los Estados Unidos, más de 39 millones en México y alrededor de 7 millones en Canadá. Todos ellos representan más de una cuarta parte de los 426 millones de personas que viven en esta región del continente.

Sus vidas cotidianas están definidas por el lugar en el que viven, pero también por los efectos de habitar en una región del continente que experimenta cambios significativos en sus mecanismos de cooperación, su manera de hacer negocios, sus flujos migratorios y sus relaciones con el resto del mundo.

Hasta ahora, los esfuerzos existentes entre los gobiernos de Canadá, Estados Unidos y México han dado como resultado un monitoreo e informes detallados acerca de aspectos diversos, desde la producción textil, pasando por la navegación marítima, hasta la gripe aviar. Sin embargo, existen temas fundamentales que están siendo ignorados. No existen esfuerzos de monitoreo e informes detallados acerca del bienestar de aquellos que habrán de jugar un importante papel en la consecución de nuestra prosperidad futura.

## **PERO NO ES DEMASIADO TARDE.**

El avance de la relación entre Canadá, Estados Unidos y México nos ofrece la oportunidad de preguntarnos si la prosperidad en esta región beneficia a nuestro activo más importante: los niños y las niñas, y de ser así, ¿de qué manera lo está logrando?

¿Tiene un niño o niña, que crece en esta región del continente, las mejores oportunidades en términos de salud, educación y seguridad? ¿Podrán los niños y niñas de esta región, desarrollar la capacidad para enfrentar los desafíos presentes y futuros derivados de la globalización?

Garantizar el bienestar de la infancia requiere de una mayor cooperación, lo mismo que de un mayor esfuerzo por compartir información. El trabajo trinacional realizado para este informe a través del *Proyecto sobre la Infancia en América del Norte* muestra que solamente tenemos una visión parcial de la situación de los niños y las niñas de la región; tenemos grandes vacíos en lo que se refiere a nuestro conocimiento, lo que limita nuestra capacidad para tomar decisiones con una mejor relación costo-beneficio en apoyo a nuestros niños, niñas y adolescentes.

La información acerca de la salud infantil representa la base del presente informe. Contar con una buena salud es un factor esencial si queremos que nuestros niños y niñas vivan desarrollando todo su potencial. Los niños y niñas en América del Norte comparten una serie de experiencias similares en lo que respecta a su salud y bienestar. A pesar de las variaciones en el contexto de sus vidas y algunas diferencias en términos de los desafíos que enfrentan en materia de salud, existen similitudes sorprendentes en esta región del continente. De hecho, existen una serie de problemas de salud críticos que podrían ser enfrentados con excelentes resultados a través de iniciativas trinacionales.



**Obesidad** Los tres países reportan tasas de obesidad y sobrepeso demasiado altas, de entre el 26 y el 30 por ciento. Sin embargo, existe una importante paradoja alrededor de este problema de salud. En Canadá y Estados Unidos las tasas de obesidad están incrementándose de manera acelerada, no obstante, existe un buen número de niños y niñas que padecen hambre. Esta situación es aún más crítica en México, ya que a pesar de que el número de niños y niñas que padecen obesidad está aumentando, la desnutrición y la anemia continúan siendo problemas de salud importantes.

**Enfermedades Respiratorias** Las enfermedades respiratorias han cobrado proporciones epidémicas en grandes porciones de América del Norte. En algunas áreas de esta región se ha cuadruplicado la prevalencia de asma en el curso de los últimos 20 años. Los contaminantes del aire no conocen límites, una situación que convierte a este tema en una inquietud principal para todos los gobiernos.

**Exposición a Compuestos Químicos** La continua exposición de numerosos niños y niñas al plomo — una neurotoxina bien conocida — está teniendo serios efectos en su desarrollo. Muchos expertos han incrementado su preocupación respecto a la infancia que está siendo expuesta a químicos en el medio ambiente y los desordenes en su neurodesarrollo resultantes como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). La iniciativa de indicadores de salud ambiental infantil de la Comisión de Cooperación Ambiental de América del Norte (CEC, por sus siglas en inglés) estaba logrando avances importantes en lo referente a dimensionar la escala de este problema. Sin embargo, esta importante iniciativa sobre indicadores de salud medioambiental infantil fue recientemente cancelada.

**Salud Mental** Los tres países han identificado a la depresión como un importante problema de salud mental entre los y las adolescentes, adicionalmente la totalidad de los integrantes de este grupo de edad, reportan inquietudes en relación con los trastornos alimenticios. A pesar de que los tres países cuentan con diferentes sistemas para medir estos trastornos y la salud mental, los tres reconocen la necesidad de contar con mejores datos y mediciones para poder enfrentar este problema.

**Cáncer** El cáncer es la segunda causa de muerte entre niños y niñas de 5 a 14 años de edad en los tres países. Los niños y niñas en México tienen mayores probabilidades de morir de leucemia (y otros tipos de cáncer) en comparación con los niños y niñas en Canadá y Estados Unidos. Es fundamental compartir conocimientos y experiencias en la región para poder beneficiar a los niños y niñas mexicanos.

**Seguridad y Protección** En los tres países, las lesiones por accidentes continúan siendo la principal causa de muerte entre niños y niñas mayores de un año de edad. Además, causan la muerte de un considerable número de adolescentes y jóvenes adultos de los tres países. En el año 2000, más de 21,000 jóvenes de 15 a 24 años en América del Norte murieron como resultado de lesiones accidentales, muchas de ellas evitables. Este tipo de muertes representaron el 41 por ciento de todos los fallecimientos en este grupo de edad.



Las lesiones intencionales – los homicidios y agresiones – también representan un problema importante. Aunque las tasas de homicidio son mucho más altas en México y Estados Unidos, en años recientes Canadá ha reportado una proporción de homicidios cada vez mayor. En la región de América del Norte, en el año 2000 los homicidios cobraron la vida de más de 7,500 jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. El acoso escolar también ha sido identificado como un problema importante tanto en los Estados Unidos como en Canadá, donde más de una cuarta parte de las niñas de 11 años y más de una tercera parte de los niños de 11 años reportaron acosar a otros compañeros y compañeras.

**Disparidades** En la región existen importantes diferencias en materia de salud. Los indicadores claves, incluidos mortalidad infantil y muertes por lesiones que presentan los niños y las niñas aborígenes de Canadá se asemejan a los que están presentes en los países en vías de desarrollo. En México, los niños y niñas que habitan en comunidades rurales e indígenas experimentan peores resultados en materia de salud en comparación con aquellos que habitan en las ciudades. Y, en Estados Unidos, los niños y niñas de afroamericanos y de origen hispano presentan una salud más deficiente que los de origen anglosajón.

La salud y la seguridad infantil exigen nuestra atención. La *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño* reconoce su derecho a disfrutar del estándar de salud más alto posible y a tener acceso a la atención de la salud. Establece además, que todos los niños y todas las niñas tienen el derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo, incluida la nutrición. Aun cuando los padres son los principales responsables de procurar las condiciones para garantizar la salud de sus hijos, los gobiernos y la sociedad en general deben comprometerse a garantizar estos derechos.

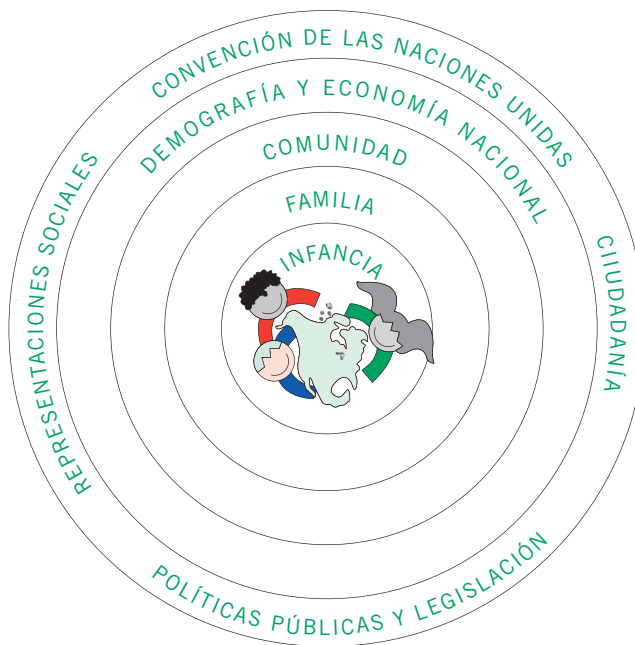
La toma de decisiones sin datos es una receta garantizada para cometer errores costosos. Como parte de su trabajo para incrementar al máximo las oportunidades derivadas de una alianza norteamericana, nuestros políticos deben considerar un factor clave: el futuro de los niños, niñas y jóvenes de la región. La seguridad y la prosperidad son temas mucho más complejos que el mejoramiento de la transportación a través de las fronteras y el desarrollo de estándares industriales comunes. Se trata de temas que requieren de un plan sustentable para el futuro de la infancia y la juventud. Invertir en ello ahora, ayudará a garantizar que América del Norte se convierta en "el mejor lugar y el más seguro para vivir" para todos los niños y las niñas de la región.

# Introducción

El presente informe es la continuación de la primera publicación del proyecto, *Creciendo en América del Norte: El Bienestar Infantil en Canadá, Estados Unidos y México*, y presenta una visión general de la protección y la salud de los niños y las niñas en América del Norte. Se basa en el modelo ecológico de indicadores desarrollado para el *Proyecto sobre la Infancia en América del Norte*.

La primera publicación del proyecto ofreció una visión de conjunto respecto a la situación de niños y niñas en cada uno de los tres países y en América del Norte en general, proporcionando información sobre una línea de base crítica que permita a legisladores, políticos y defensores de la infancia tomar decisiones acertadas y asegurarse de que niños, niñas y jóvenes tengan la calidad de vida a la que tienen derecho. El presente informe — el primero de tres informes especializados — examina 58 indicadores de salud y seguridad, que se encuentran organizados con base en los entornos que influyen en el desarrollo de la infancia y tienen un impacto en su bienestar. En el sitio Web del proyecto, [www.childrennorthamerica.org](http://www.childrennorthamerica.org), es posible encontrar la lista completa de dichos indicadores, al igual que una hoja informativa.

Este informe destaca indicadores básicos referentes a la salud infantil, tasas de mortalidad y acceso a servicios de salud. También apunta a problemas de salud emergentes y de preocupación en los tres países, tales como salud mental y nutrición, y examina diversos aspectos particularmente desafiantes que enfrentan en la actualidad niñas, niños y adolescentes de América del Norte.



# Indicadores Clave de Salud

## UN BUEN INICIO EN LA VIDA

En el año 2004, en América del Norte nacieron más de 6,660,000 bebés. Un poco más del 60 por ciento de ellos en Estados Unidos, el 33 por ciento en México y el 5 por ciento en Canadá. Entre 1994 y 2004, el número de niños y niñas nacidos en Estados Unidos se incrementó ligeramente (en un poco más del 4 por ciento), al tiempo que México y Canadá experimentaron una disminución del 11 y el 25 por ciento, respectivamente.<sup>1,2</sup>

La salud durante el embarazo, el nacimiento y el periodo neonatal representa la base para un bienestar y un desarrollo óptimos. Al mismo tiempo, se trata de un periodo de mayor vulnerabilidad para mujeres, niños y niñas. Por lo tanto, suministrar las condiciones que permitan embarazos y nacimientos saludables representa un factor crítico para la promoción de la salud y el bienestar de todos los niños y las niñas de América del Norte.

La región ha experimentado mejoras en muchas áreas de la salud infantil. No obstante, todavía queda mucho por hacer. Existen tres importantes indicadores que ofrecen una imagen del bienestar: mortalidad infantil, bajo peso al nacer y lactancia.

**Mortalidad Infantil** La mortalidad infantil es un indicador básico del bienestar de una población y la situación de salud de niños y niñas. De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), a la que pertenecen los tres países, la tasa de mortalidad infantil en México fue la más alta, con 20.5 por cada 1,000 nacidos vivos durante el año 2003 (también se trata de la tasa más alta entre los países miembros de la OCDE). De los tres, Canadá fue el país con la tasa de mortalidad infantil más baja en 2003, con 5.3 por cada 1,000 nacidos vivos. La tasa de Estados Unidos se mantuvo en 6.9 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en 2003, una cifra por encima del promedio de 5.7<sup>3</sup> de la OCDE.

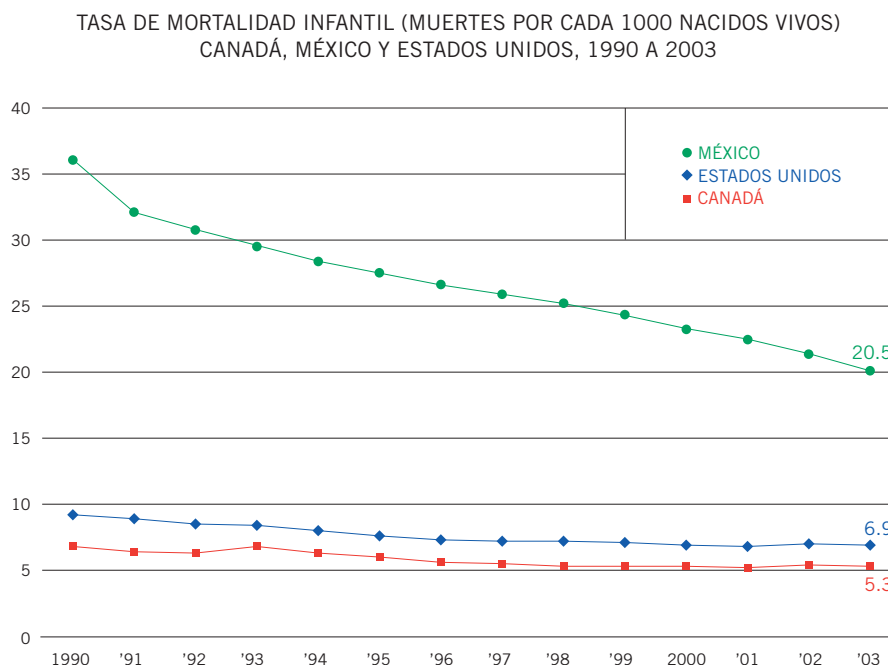
Desde 1970 ha existido una disminución significativa en las tasas de mortalidad infantil en los tres países. De ese año a la fecha, la tasa de México ha disminuido en un 75 por ciento. Se plantea que lo anterior es el resultado de dos importantes factores: un incremento en la cobertura de vacunación universal y la disminución en las tasas de infecciones digestivas y de tipo respiratorio.

Aunque la tasa canadiense ha disminuido de manera general en un 70 por ciento desde 1970, desde 1998<sup>4</sup> prácticamente no ha experimentado disminución alguna. La tasa de mortalidad infantil en Estados Unidos también ha descendido de manera importante desde 1970, pero no en las dimensiones de Canadá y México, ya que después de varias décadas de tasas de mortalidad infantil en constante descenso, en la actualidad se encuentran estancadas.<sup>5</sup> De hecho, tanto en Canadá como en Estados Unidos, la tasa de mortalidad infantil en el año 2002 empeoró ligeramente, en contraste con México, donde la tasa continuó descendiendo. Y aunque bien podría tratarse de un suceso aislado, no por ello deja de ser inquietante. La creciente tasa de nacimientos prematuros (bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación) en Canadá y

Estados Unidos es un factor que contribuye de manera importante a las tasas de mortalidad infantil. La tasa de nacimientos prematuros experimenta una tendencia ascendente como resultado de una serie de factores, entre otros la tecnología reproductiva que conduce a nacimientos múltiples. Entre 1990 y 2002 existió un incremento del 42 por ciento en la proporción de nacimientos múltiples en los Estados Unidos.<sup>6</sup> En Canadá, la tasa se incrementó constantemente de 2.1 en 1991 a 2.7 por ciento en 2000.<sup>7</sup> La tasa de mortalidad infantil también se ve influida por aquellas madres que tienen bebés a edades más avanzadas; por la intervención de obstetras en partos prematuros en aquellos casos en los que el feto se encuentra en peligro; y por las complicaciones atribuidas a una falta de atención prenatal temprana y consistente para algunas mujeres.<sup>8</sup>

Las dos causas principales de mortalidad infantil en la región de América del Norte son similares: las condiciones que se presentan durante el periodo perinatal (el periodo alrededor del nacimiento) y las anomalías congénitas (defectos de nacimiento). Sin embargo, en Canadá y los Estados Unidos, la tercera causa es el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS).<sup>9</sup> Los fallecimientos por SMIS se encuentran estrechamente asociados a las condiciones socio-económicas y ambientales. En México, las enfermedades respiratorias y las enfermedades infecciosas ocupan el tercer y el cuarto lugar. Estas condiciones podrían ser el reflejo de condiciones sociales y ambientales, y un acceso limitado a la atención de la salud.<sup>10</sup>

En este contexto de tasas de mortalidad infantil en descenso en los tres países, existen disparidades. En México, por ejemplo, la mortalidad infantil en los estados más pobres de la región sur (Chiapas, Oaxaca y Guerrero) es casi 50 por ciento mayor que la tasa existente en la Ciudad de México y en el estado de Nuevo León en la región norte. En Estados Unidos, la tasa de mortalidad infantil entre la población afroamericana es dos veces más alta que la tasa existente entre la población blanca no hispana.<sup>11</sup> En Canadá, la tasa de mortalidad infantil entre la población de las Primeras Naciones<sup>12</sup> es de 1.5 a 2 veces mayor que en la población canadiense en general<sup>13</sup> y los nacidos de madres que viven en vecindarios de bajos ingresos tienen 1.6 veces más probabilidad de



Fuentes: Datos de la OCDE, 2006.

fallecer durante su primer mes de vida en comparación con aquellos nacidos en los de altos ingresos.<sup>14</sup>

**Bajo Peso al Nacer** El bajo peso al nacer es un determinante clave para la supervivencia, la salud y el desarrollo infantil. Los bebés nacidos con un peso menor a 2,500 gramos tienen una alta probabilidad de presentar discapacidades<sup>15</sup> y también tienen mayores probabilidades de fallecer durante su primer año de vida. En Estados Unidos, por ejemplo, el riesgo de fallecer durante el primer año de vida en bebés con bajo peso al nacer es casi 25 veces mayor que el de los que nacieron con un peso adecuado.<sup>16</sup>

La tasa de bajo peso al nacer se incrementó de manera lenta pero constante en Estados Unidos, en un 18 por ciento entre 1984 y 2003. De hecho, la tasa correspondiente al año 2003 (7.9 por ciento) fue la más alta desde 1972.<sup>17</sup> En Canadá, en 2001, el 5.5 por ciento de los bebés nacidos tuvieron bajo peso al nacer. La tasa de bebés con bajo peso al nacer no ha disminuido de manera significativa en Canadá desde 1979.<sup>18</sup> El factor que más contribuye a esta situación, tal como se mencionó anteriormente, es el incremento en el número de nacimientos prematuros tanto en Canadá como en Estados Unidos.

La proporción de bebés mexicanos con bajo peso al nacer ha estado disminuyendo de manera consistente, de 9.5 por ciento en 1999 a 6.1 por ciento en 2001. Sin embargo, diversos investigadores y expertos han hecho notar que estas cifras deben interpretarse con cautela, toda vez que en muchas situaciones el peso del bebé es estimado.<sup>19</sup>

**Lactancia** La lactancia es un factor que contribuye de manera importante a la salud de niños y niñas. Los bebés lactantes tienen más probabilidades de experimentar un buen desarrollo cerebral y del sistema nervioso y estar protegidos de enfermedades infecciosas. Por otro lado, tienen menos

probabilidades de morir por el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SMIS), o desarrollar diabetes, asma y obesidad.<sup>20, 21</sup>

A pesar de que cada país mide la lactancia de manera diferente, al parecer México es el país con las tasas de lactancia más altas, seguido de Canadá y Estados Unidos. Es alentador saber que en los tres países la tasa de lactancia se está incrementando.

Nuevamente existen disparidades al interior de los países. Las madres que viven en las zonas rurales de México y las que hablan una lengua indígena tienen más

#### LACTANCIA EN CANADÁ, ESTADOS UNIDOS Y MÉXICO TENDENCIAS A LO LARGO DEL TIEMPO

<b>CANADÁ*</b>	1995	2003
Porcentaje de mujeres entre 15 y 55 años de edad que tuvieron un(a) bebé durante los cinco años anteriores y comenzaron a amamantar	75%	85%
<b>ESTADOS UNIDOS**</b>	1990	2003
Porcentaje de mujeres con un(a) bebé de entre uno y 12 meses de edad que amamantaron a su bebé en el hospital	52%	66%
<b>MÉXICO***</b>	1972	1997
Porcentaje de bebés amamantados de manera consistente, es decir, que únicamente recibieron leche materna	83%	90%

Fuentes: \*Canadá: Public Health Agency of Canada, *Making Every Mother and Child Count: Report on Maternal and Child Health in Canada*, Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2005. \*\*Estados Unidos: Ross Products Division of Abbott Laboratories, "Breastfeeding Trends: 2003," consultado en línea el 26 de julio del 2006 en [www.ross.com/images/library/BF\\_Trends\\_2003.pdf](http://www.ross.com/images/library/BF_Trends_2003.pdf). \*\*\*México: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en base a la ENADID, 1997.

probabilidades de amamantar en comparación con aquellas que habitan en zonas urbanas y que no son indígenas.<sup>22</sup> Las mujeres con un mayor nivel educativo tienen ligeramente menos probabilidades de amamantar en comparación con aquellas con niveles de educación más bajos. En contraste, en Estados Unidos y Canadá hoy en día existe una mayor tendencia a amamantar entre las madres con un mayor nivel educativo.<sup>23,24</sup> En los Estados Unidos, las mujeres hispanas presentan una mayor tendencia a amamantar, seguidas por las mujeres blancas no hispanas y las mujeres afroamericanas.<sup>25</sup> Las mujeres pobres presentan una menor tendencia a amamantar en comparación con aquellas de posición más desahogada. En Canadá existe una variación regional distinta, con las tasas más bajas en la zona canadiense del Atlántico, y con las tasas incrementándose de manera progresiva a medida que uno se desplaza por el país en dirección oeste.<sup>26</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la práctica de la lactancia exclusiva por un periodo de seis meses.<sup>27</sup> En México, la prevalencia de la lactancia exclusiva a los seis meses fue del 20 por ciento en 1999.<sup>28</sup> En Canadá, la tasa fue del 17 por ciento en 2003<sup>29</sup> y en Estados Unidos del 14 por ciento en 2004.<sup>30</sup>

**Inmunización** La inmunización es una de las herramientas más importantes con las que contamos para proteger a niños y niñas de una amplia variedad de enfermedades, incluyendo la poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola, influenza, tétanos, difteria y tos ferina. Sin inmunizaciones, un número mucho más elevado de niños y niñas en América del Norte morirían o vivirían con los efectos crónicos de estas enfermedades cada año. La cobertura de inmunización también es un indicador del acceso a la atención primaria a la salud.

En Estados Unidos, la proporción de niños y niñas de entre 19 y 35 meses de edad que reciben el cuadro de vacunas recomendado se ha incrementado de un 69 por ciento en 1994 a un 82 por ciento en 2005.<sup>31</sup> No obstante, muchos niños y niñas estadounidenses carecen de una o más de las vacunas recomendadas. La cobertura de vacunación entre niños y niñas difiere de un estado a otro, con la cobertura estimada más alta en Massachusetts (94 por ciento) y la más baja en Nevada (67 por ciento).<sup>32</sup>

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud en el 2005, en Canadá el 94 por ciento de los niños y las niñas de menos de un año de edad habían recibido el esquema completo de vacunas contra la difteria, tos ferina y tétanos (DTT); el 89 por ciento recibió el esquema contra la poliomielitis; y el 94 por ciento había recibido la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (SPR).<sup>33</sup> Sin embargo, un estudio realizado en el año 2005 en la provincia de Ontario concluyó que las tasas de cobertura de inmunización completa entre niños y niñas de dos años de edad eran bajas, considerando que únicamente el 66 por ciento contaban con el esquema completo de vacunación,<sup>34</sup> lo anterior a pesar del acceso universal a servicios de atención primaria a la salud y de un gran número de visitas para recibir atención primaria. Un estudio realizado en Saskatoon (una ciudad en la región oeste del Canadá) encontró que sólo el 70 por ciento de los niños y las niñas en esta ciudad habían recibido todas las dosis recomendadas de la vacuna SPR.<sup>35</sup> Las razones de la baja cobertura de vacunación son complejas, las más comunes se encuentran asociadas con bajos ingresos. Estas desigualdades existen independientemente

de que los programas de vacunación gratuitos sean operados de manera principal por médicos o por profesionales de la salud del sector público. Lo anterior indica que las familias de bajos ingresos enfrentan barreras más allá del costo directo de las vacunas.<sup>36</sup>

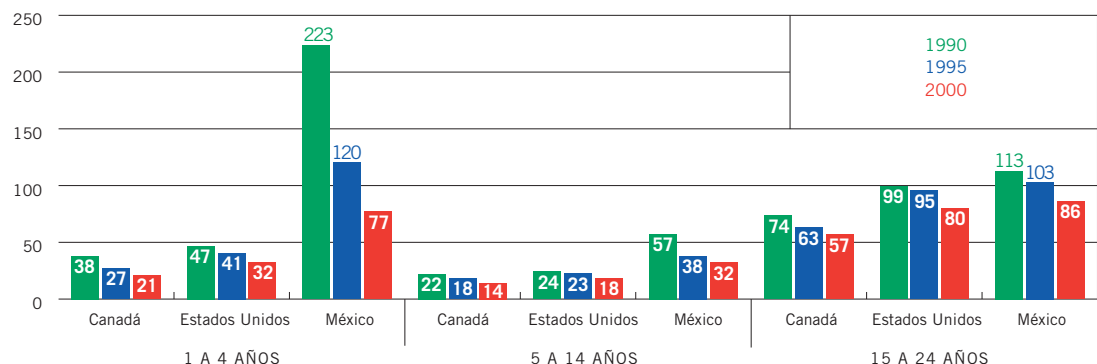
En México, por su parte, después de la pandemia de sarampión que afectó al país en 1990, que mató a casi 6,000 bebés, el gobierno instituyó una autoridad central encargada de supervisar la campaña nacional de vacunación conocida como el Programa Nacional de Vacunación. A los bebés se les aplican las primeras vacunas – contra la poliomielitis y la tuberculosis – en el centro de salud inmediatamente después de nacer. También reciben una Cartilla Nacional de Vacunación en la que se lleva el registro de las vacunas que reciben a lo largo de sus vidas. Esta cartilla de vacunación es un requisito para poder ingresar a la escuela, obtener pasaportes y otros documentos de identificación. Las campañas de vacunación, que son ampliamente publicitadas, se realizan tres veces al año y las brigadas de enfermeros y enfermeras llevan un cuidadoso registro de las tasas de vacunación, comunidad por comunidad. Esta visión focalizada y dirigida ha demostrado ser notablemente eficaz: el 95 por ciento de los niños y las niñas de un año de edad cuentan con una cobertura de vacunación completa. En lo que respecta al sarampión, la cobertura de vacunación en niños y niñas de un año de edad se incrementó de 79 por ciento en 1993 a 96 por ciento en 2003.<sup>37</sup>

### MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL

En el año 2000, en América del Norte fallecieron aproximadamente 78,500 niños, niñas y jóvenes de entre uno y 24 años de edad. Las tasas de mortalidad entre niños, niñas y jóvenes en los tres países han estado disminuyendo en todos los grupos de edad en décadas recientes. Entre 1990 y 2000, México experimentó la mayor disminución en tasas de mortalidad.<sup>38</sup>

**Niños y Niñas de 1 a 4 años** Durante el año 2000, en América del Norte más de 12,000 niños y niñas de 1 a 4 años de edad perdieron la vida. En los tres países, el factor que más contribuyó

MUERTES, TODAS LAS CAUSAS, POR GRUPOS DE EDAD: CANADÁ, MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS  
TASA POR CADA 100,000 HABITANTES







a la muerte de niños y niñas fueron las lesiones por accidentes.<sup>39</sup> Sin embargo, a excepción de éstas, las causas que le siguen son muy diferentes. En México las enfermedades infecciosas fueron la segunda causa principal de muerte; casi dos terceras partes de dichas enfermedades se deben a infecciones gastrointestinales. A éstas le siguen las enfermedades respiratorias, con más de la mitad de estas muertes provocadas por neumonía. La desnutrición representó el 6 por ciento de todas las muertes de niños y niñas mexicanos de 1 a 4 años, convirtiéndose con ello en la sexta causa de muerte.<sup>40</sup> Estas enfermedades se encuentran estrechamente asociadas con las circunstancias de vida de niños y niñas; por ejemplo, el acceso a agua potable, combinado con el acceso a servicios de salud y otros factores tales como el ingreso familiar.

En Estados Unidos y Canadá la imagen es muy diferente. Los defectos congénitos, también conocidos como defectos de nacimiento, constituyeron, seguidos por el cáncer, la segunda causa de muerte en ambos países en el año 2000. Las lesiones intencionales (violencia) fueron la cuarta causa principal de muertes en Estados Unidos, en comparación con el noveno lugar que ocupan en Canadá.<sup>41</sup>

**Niños de 5 a 14 Años** Durante el año 2000, en América del Norte murieron más de 15,000 niños y niñas de 5 a 14 años de edad. El 37 por ciento falleció por lesiones por accidentes, que es la principal causa de muerte en los tres países. Más del 40 por ciento, casi 2,400 de estos niños y niñas, murieron como resultado de accidentes automovilísticos.<sup>42</sup>

El cáncer constituyó la segunda causa de muerte en este grupo de edad en los tres países, con un saldo de 2,200 vidas. La tasa de mortalidad por cáncer en Canadá y Estados Unidos es similar (aproximadamente 2.5 por cada 100,000), aunque representa el doble de la tasa en México.

La leucemia es el tipo de cáncer que más muertes provoca entre estos niños y niñas en los tres países, representando el 27 por ciento de las muertes infantiles por cáncer en el Canadá y el 31 por ciento en Estados Unidos. Sin embargo, en México representa el 58 por ciento de las muertes por cáncer en niños y niñas de 5 a 14 años de edad. La tasa de mortalidad por leucemia es de 2.9 por cada 100,000 en México, mientras que en Estados Unidos es del 0.8 y en Canadá del 0.6.<sup>43</sup> Se desconoce la explicación exacta de la alta tasa de mortalidad por leucemia en México. Sin embargo, la OMS ha hecho notar que, en los países ricos, aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes de cáncer fallecen de esa enfermedad, mientras que en los países en vías de desarrollo el 80 por ciento de las víctimas del cáncer ya se encuentra en la última etapa de la enfermedad, un punto en el que ya resulta incurable para el momento en que la enfermedad es diagnosticada, apuntando a la necesidad de mejores programas de detección.<sup>44</sup> Adicionalmente, investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, han indicado que es probable que las tasas en México se hayan visto influidas por la combinación del retraso en la adopción de terapias efectivas y una mayor precisión en el diagnóstico.<sup>45</sup> Expertos mexicanos también reportan que existe un nivel significativo de desconfianza y renuencia a los tratamientos de quimioterapia entre los progenitores.<sup>46</sup> Por otro lado, diversos investigadores se encuentran estudiando los vínculos a exposiciones ambientales, de manera particular los cables de alta tensión y las gasolineras.<sup>47</sup>

DE ACUERDO CON LA OMS, DURANTE EL AÑO 2000 MÁS DE 21,000 JÓVENES EN AMÉRICA DEL NORTE DE ENTRE 15 Y 24 AÑOS FALLECIERON COMO RESULTADO DE LESIONES POR ACCIDENTES, MUCHAS DE LAS CUALES ERAN EVITABLES.

Adicionalmente, en México las enfermedades infecciosas todavía se encuentran clasificadas como una de las cinco principales causas de mortalidad entre niños y niñas de 5 a 14 años de edad.

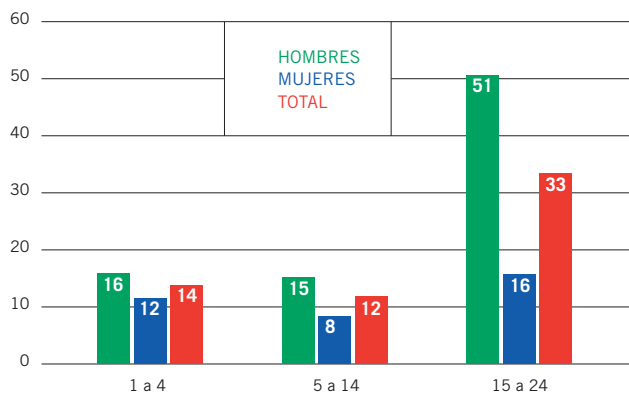
**Jóvenes de 15 a 24 años** Durante el año 2000, en América del Norte murieron más de 51,000 adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las tasas de mortalidad en este grupo de edad fueron similares en Estados Unidos y México, con 80 y 86 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Estas tasas fueron un poco más altas que la tasa canadiense de 57 por cada 100,000 habitantes.

La principal causa de mortalidad entre personas de 15 a 24 años en los tres países son las lesiones por accidentes. En México y Estados Unidos, las lesiones intencionales (violencia) son la segunda causa de muerte. Las enfermedades infecciosas son la quinta causa de muerte en México.<sup>48</sup>

En esta región del continente, las lesiones accidentales<sup>49</sup> cobran un elevado número de vidas cada año. Aun cuando también existen muertes infantiles como resultado de lesiones accidentales, la mayor carga la llevan los y las jóvenes de 15 a 24 años de edad; la tasa correspondiente es de más del doble comparada con la de niños y niñas de 1 a 14 años. De acuerdo con la OMS, durante el año 2000 más de 21,000 jóvenes en América del Norte de entre 15 y 24 años fallecieron como resultado de lesiones por accidentes, muchas de las cuales eran evitables. Estas lesiones provocaron el 41 por ciento de todos los fallecimientos en este grupo de edad.<sup>50</sup>

Los hombres jóvenes tienen tres veces más probabilidad de morir como resultado de lesiones accidentales en comparación con las mujeres.<sup>51</sup> Durante el año 2000, Estados Unidos experimentó la tasa de mortalidad juvenil por lesiones accidentales más alta, con 36 por cada 100,000 jóvenes, seguido por México con 30, y Canadá, con 25.<sup>52</sup>

MUERTES POR LESIONES POR EDAD Y SEXO, TASA POR CADA 100,000 HABITANTES, AMÉRICA DEL NORTE, 2000



Fuentes: Organización Mundial de la Salud (OMS) Sistema de Información Estadística (2005). Base de Datos de Mortalidad disponible en, [www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort_table1&language=english).

Las tasas de mortalidad por lesiones se encuentran disminuyendo en los tres países. Entre 1990 y 2000, Canadá experimentó una disminución del 29 por ciento en las tasas de mortalidad por lesiones; en México la disminución fue del 27 por ciento; y en Estados Unidos del 18 por ciento.<sup>53</sup> Los accidentes automovilísticos son la principal causa de este tipo de muertes en los tres países.<sup>54</sup>

## ACCESO A LA SALUD

El acceso a una atención a la salud de calidad es un elemento importante para el bienestar infantil. Lo anterior implica el acceso a prestadores de servicios calificados de primer nivel, lo mismo que el acceso posterior a sistemas de

canalización apropiados. También incluye la disponibilidad de exámenes físicos periódicos, atención preventiva, educación para la salud, vacunación y atención a niños y niñas cuando se encuentran enfermos.<sup>55</sup>

En América del Norte el acceso a la atención a la salud varía entre los países y al interior de los mismos. El acceso inequitativo a la atención a la salud por parte de niños, niñas y sus familias genera consecuencias que pueden ser significativas y traducirse en resultados desiguales en lo que se refiere a su salud y sus perspectivas de vida. Por ejemplo, niños y niñas que no tienen acceso a vacunas para enfermedades prevenibles pueden morir, y quienes padecen discapacidades relacionadas con el desarrollo y no obtienen una canalización y un diagnóstico oportunos podrían no desarrollarse en todo su potencial. Algunas familias se ven obligadas a luchar de manera constante para obtener los apoyos que resultan esenciales para el desarrollo de sus niños y niñas.

Canadá cuenta con un sistema de atención a la salud de acceso universal que opera con fondos públicos y cubre tanto servicios médicos como hospitalarios. Este sistema ha jugado un papel muy importante en la reducción de las desigualdades en materia de acceso a la salud. En los Estados Unidos, por otro lado, la combinación de seguros privados financiados por los patrones y seguros públicos para los pobres (*Medicaid*), lo mismo que aquellos para las personas de 65 años en adelante (*Medicare*) ha dado como resultado un acceso desigual, de manera particular para las familias cuyos miembros se encuentran en edad de trabajar. En México también existe una combinación de aquellas personas que cuentan con seguro y las que no lo tienen, una situación que ha dado como resultado un acceso desigual, de manera particular entre los pobres, las personas que trabajan por su cuenta y la clase media profesional. No existen datos disponibles comparables acerca de muchos aspectos de la atención a la salud, por ejemplo, el acceso a la atención primaria a la salud. En este informe se examina el acceso a la atención a la salud en relación con dos indicadores importantes: la cobertura de los sistemas de salud y la disponibilidad de prestadores de servicios de salud.

**Cobertura de Seguros de Salud** En 2004, el 11 por ciento de los niños y las niñas estadounidenses de menos de 18 años no contaban con seguros de salud. Estos 8 millones de niños y niñas tienen menos probabilidades de tener una fuente regular de atención a la salud, y es todavía menos probable que tengan acceso a medicamentos de venta con receta, en comparación con aquellos niños y niñas que cuentan con seguro. También tienden a no recibir ninguna atención primaria, o bien, a recibirla de manera tardía, una situación que da como resultado niveles más altos de hospitalización por problemas de salud evitables. “Una vez en el hospital, reciben menos servicios y tienen más probabilidades de morir que aquellos pacientes asegurados. Nacer en un hogar sin seguro incrementa la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida en alrededor de un 50 por ciento”.<sup>56</sup>

Entre los niños y niñas estadounidenses existen claras diferencias en el acceso a sistemas de seguros por ingreso y raza. Los niños y niñas hispanos, por ejemplo, conforman el grupo con menores probabilidades de contar con seguros de cobertura de salud (ya sean públicos o privados).

Durante el año 2004, el 79 por ciento de los niños y niñas latinos tuvieron acceso a seguros de salud, en comparación con el 92 por ciento de los niños y niñas blancos no hispanos, el 90 por ciento de los niños y niñas asiáticos o provenientes de las islas del Pacífico, y el 87 por ciento de los niños y niñas afroamericanos.<sup>57</sup> Las minorías con acceso a cobertura de seguros de salud en los Estados Unidos tienen más probabilidades de ser cubiertas a través del sistema Medicaid o programas de financiamiento público tales como el State Children's Health Insurance Program (Programa Estatal de Seguro Médico Infantil, o SCHIP por sus siglas en inglés).<sup>58</sup> Los seguros de salud ofrecidos a través de los patrones por lo general son más completos que los seguros de salud públicos, ya que proporcionan una mejor cobertura y son aceptados por más médicos.<sup>59</sup>

El acceso a la atención a la salud también representa un asunto de importancia crítica para México. Durante el año 2000, una tercera parte de los niños y las niñas de menos de 14 años no contaron con acceso a sistemas de salud pública o privada. En total, más de 55 millones de mexicanos no contaron con acceso a servicios públicos de atención a la salud, incluidos 20.3 millones

### ¿CUÁNTO GASTA AMÉRICA DEL NORTE EN ATENCIÓN A LA SALUD?

La cantidad que un país gasta en el área de la atención a la salud es uno de los factores que influyen en el acceso a la misma. Sin embargo, gastar más en este rubro no necesariamente equivale a mejores resultados en materia de salud.

Estados Unidos es el país con el mayor gasto per cápita en atención a la salud, con \$6,100 dólares estadounidenses (2004), seguido de Canadá, con \$3,165 dólares estadounidenses, y México con \$662 dólares estadounidenses. En los tres países el gasto en materia de salud entre 1990 y 2004 se incrementó en una proporción mayor a aquella de su PIB. En 2004, el gasto en atención a la salud representó el 15.3 por ciento del PIB estadounidense, el 9.9 por ciento del canadiense y el 6.5 por ciento del mexicano.<sup>60</sup> Los principales factores que contribuyeron a lo anterior fueron el envejecimiento de la población y el mayor gasto en productos farmacéuticos.<sup>61</sup>

El sector público es la principal fuente de financiamiento para el área de la salud en Canadá. En el 2004, el 70 por ciento de su financiamiento provino de fuentes públicas. El porcentaje correspondiente fue del 46 por ciento en el caso de México y el 45 por ciento en el de los Estados Unidos.<sup>62</sup>

Existen inquietudes en el sentido de que si el gasto en atención a la salud continúa incrementándose, los gobiernos se verán en la necesidad de aumentar impuestos, recortar gastos en otras áreas o buscar que se incremente el número de personas que pagan por servicios privados, incluido el encarecimiento de aquellos servicios que las personas pagan de manera directa, para mantener el sistema de atención a la salud existente. En México el pago de servicios de manera directa se ha convertido en una importante fuente de financiamiento, con un 51 por ciento del total, la proporción más alta de todos los países de la OCDE.<sup>63</sup> Las familias de bajos ingresos que se ven obligadas a pagar gastos de atención médica de manera directa a menudo tienen problemas para pagar por los servicios recibidos, una situación que incrementa sus probabilidades de dejar de recurrir al sistema de cobertura de salud en su conjunto.<sup>64</sup>



de niños y niñas de menos de 14 años. Estos niños y niñas se ven obligados a acudir a clínicas públicas en las que es necesario pagar una cuota “simbólica” por los servicios, siempre y cuando tales clínicas existan en las áreas en las que viven y puedan pagar el costo correspondiente. El resultado de lo anterior es que la atención a la salud se encuentra más allá de las posibilidades de muchas familias mexicanas pobres y sus hijos.<sup>65</sup> Actualmente se está operando una estrategia de Seguro Popular, que intenta asegurar la cobertura universal, sin embargo aún no se cuenta con elementos para valorar su efectividad.

Algunos niños y niñas se encuentran en mayor desventaja que otros. En el año 2000, el 83 por ciento de las personas hablantes de alguna lengua indígena en México no contaron con ninguna cobertura en materia de salud, en comparación con el 56 por ciento del resto de la población.

***Prestadores de Servicios de Salud*** Otro factor que influye en el acceso a la atención médica es la disponibilidad de prestadores de servicios de atención a la salud. La Organización Panamericana de la Salud ha reportado que los incrementos en la disponibilidad de recursos humanos en materia de salud a lo largo del tiempo ha tenido una influencia consistente y positiva en la situación de salud de la población.<sup>66</sup> Por lo tanto, en este informe examinamos la proporción de médicos y personal de enfermería en la región, lo mismo que la disponibilidad de personal capacitado al momento del nacimiento. Sin embargo, reconocemos que para poder ofrecer una atención a la salud de calidad a lo largo de todas las etapas de la vida es necesario contar con todo un conjunto de profesionistas que atiendan a la salud.

El número de médicos y de personal de enfermería existentes en México es bajo de acuerdo con los estándares de la OCDE. En el año 2004, la relación “médico–población” se ubicó en la mitad del promedio de la OCDE: 1.6 médicos en ejercicio por cada 1,000 habitantes, en comparación con el promedio de 3 de la OCDE. La relación “enfermera(o)–paciente” fue de una cuarta parte (2.2 enfermeras o enfermeros por cada 1,000 habitantes, en comparación con el promedio de 8.3 de la OCDE). A pesar del nivel de gasto en materia de salud relativamente alto en Canadá y Estados Unidos, existen menos médicos per cápita que en la mayoría del resto de los países de la OCDE: 2.1 por cada 1,000 habitantes en Canadá y 2.4 en Estados Unidos.<sup>67</sup>

La disponibilidad de personal capacitado al momento del nacimiento es un factor que contribuye de manera importante a la salud materno-infantil. En Canadá y Estados Unidos, el 99 por ciento de los nacimientos fueron atendidos por personal capacitado (2002), en comparación con el 80 por ciento en México (1995 a 1999).<sup>68</sup>

Las familias que habitan en las áreas rurales de México, Estados Unidos y Canadá enfrentan desafíos particulares en lo que se refiere a encontrar buena atención, toda vez que existen menos prestadores de servicios de atención a la salud disponibles en sus comunidades. Por ejemplo, el número de pediatras por cada 100,000 habitantes en las grandes ciudades estadounidenses es seis veces mayor comparado con los pequeños condados rurales.<sup>69</sup> En Canadá, en 2004, el 9.4 por ciento de todos los médicos se encontraban en áreas rurales, en comparación con el 21 por ciento de la población canadiense que vive en esas zonas, situación que prácticamente ha permanecido sin cambios desde 1996.<sup>70</sup>

# Los Retos Enfrentados por los y las Jóvenes

## SALUD SEXUAL

Las conductas y actitudes sexuales se incrementan en la adolescencia. Una sexualidad saludable es un elemento positivo y vital para cualquier ser humano. Sin embargo, la actividad sexual entre los y las adolescentes puede plantear diversos riesgos a la salud. El tener más de una pareja sexual sin practicar sexo seguro, por ejemplo, coloca a los y las jóvenes frente a situaciones de riesgo, como son los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), situaciones que acarrearán no sólo costos en la salud, sino también sociales, financieros y de vida. De ahí la importancia de monitorear los aspectos vinculados a la actividad sexual y el ejercicio de la sexualidad de los y las adolescentes.<sup>71</sup>

Las tendencias en materia de salud sexual entre los y las adolescentes de América del Norte son similares. Tanto en Canadá como en los Estados Unidos, al parecer los y las jóvenes se encuentran postergando el inicio de la actividad sexual. Aunque no existen datos de tendencias disponibles para México, en el año 2000, aproximadamente dos terceras partes de los y las jóvenes de entre 15 y 29 años de edad reportaron haber tenido su primer experiencia sexual entre los 15 y los 19 años.<sup>72</sup>

### ACTIVIDAD SEXUAL — CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS

CANADÁ*	1989	2002
DE 9º GRADO (ÚLTIMO AÑO DE SECUNDARIA)		
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – hombres	31%	23%
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – mujeres	21%	19%
DE 11º GRADO (SEGUNDO AÑO DE BACHILLERATO)		
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – hombres	49%	40%
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – mujeres	46%	46%
ESTADOS UNIDOS**	1991	2003
DE 9º A 12º GRADO (ÚLTIMO AÑO DE SECUNDARIA A ÚLTIMO AÑO DE BACHILLERATO)		
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – hombres	57%	48%
Que han tenido relaciones sexuales al menos una vez – mujeres	51%	45%

Fuentes: \*Canada: W. Boyce, M. Doherty, C. Fortin, and D. MacKinnon, *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study*, Council of Ministers of Education, Canada, 2003. \*\*Estados Unidos: Youth Risk Behavior Surveillance System. Youth Online: Comprehensive Results. <http://apps.nccd.cdc.gov/yrbss/>. Consultado en línea en noviembre de 2006.

## USO DE MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN

<b>MÉXICO*</b>	1992	1997
Mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años que utilizan algún método anticonceptivo	36%	45%
Mujeres sexualmente activas de 20 a 24 años que utilizan algún método anticonceptivo	55%	59%
<b>ESTADOS UNIDOS**</b>	1991	2005
Estudiantes de 9° y 12° (último año de secundaria y de bachillerato) grados sexualmente activos(as) que utilizaron condones <sup>73</sup>	46%	63%
<b>CANADÁ***</b>	2002 HOMBRES	2002 MUJERES
Estudiantes de 9° grado (último año de secundaria) que utilizaron alguna forma de anticoncepción la última vez que tuvieron relaciones sexuales (2002)	90%	92%
Estudiantes de 11° (segundo año de bachillerato) grado que utilizaron alguna forma de anticoncepción la última vez que tuvieron relaciones sexuales (2002)	95%	94%

Fuentes: \*México: Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. \*\*Estados Unidos: YRBSS: Youth Online, Comprehensive Results, Información consultada el 22 de febrero del 2005 en <http://apps.nccd.cdc.gov/yrbss/>. General: Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries, May 21, 2004, MMWR 2004:53 (No. SS-2): Table 44 \*\*\*Canadá: Council of Ministers of Education, *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Behaviors*, Toronto: Council of Ministers of Education, 2003.

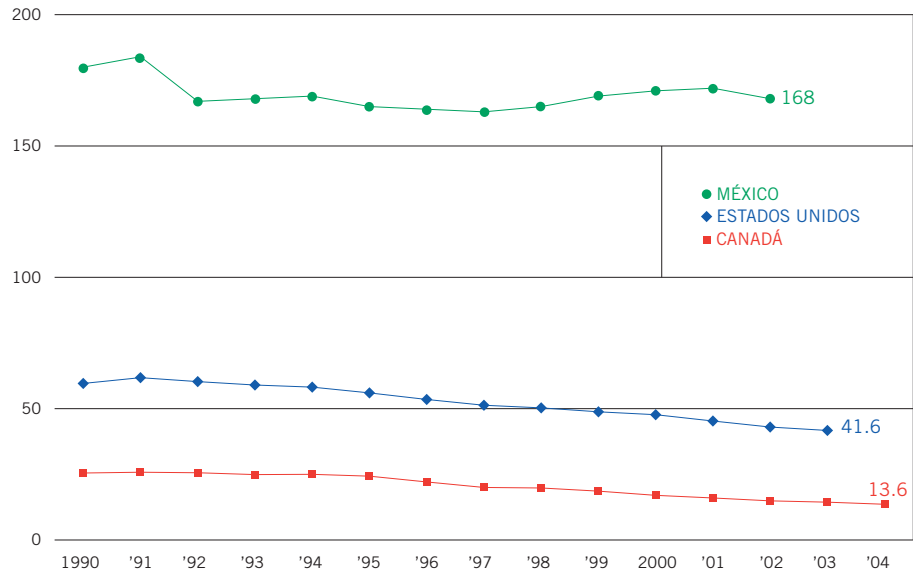
Existe evidencia en el sentido de que en México y Estados Unidos, el uso de métodos anticonceptivos se está incrementando, por su parte en Canadá el uso de métodos anticonceptivos es elevado.

**Madres Adolescentes** Los tres países han experimentado disminuciones en la tasa de natalidad en madres adolescentes. En los Estados Unidos, la tasa de natalidad en adolescentes disminuyó en un 33 por ciento entre 1991 y 2003. No obstante, en el año 2003 la tasa de natalidad en adolescentes en los Estados Unidos se mantuvo en 42 nacimientos por cada 1,000 adolescentes. La tasa de natalidad en adolescentes varía de manera significativa en diferentes partes de Estados Unidos, desde la baja tasa de 18 nacimientos por cada 1,000 mujeres adolescentes en el estado de Nueva Hampshire, hasta las de 63 en Mississippi, Nuevo México y Texas.<sup>74</sup>

En Canadá las tasas de natalidad en adolescentes han estado disminuyendo de manera constante, en un 48 por ciento en general, entre 1994 y 2004. De los tres países, Canadá fue el de las tasas más bajas, con 13.6 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad en 2004.<sup>75</sup>

México tiene tasas de natalidad en adolescentes mucho más altas, aunque también ha experimentado una pequeña disminución del 7 por ciento a partir de 1990.<sup>76</sup> Las tasas varían por

TASA DE NATALIDAD EN ADOLESCENTES  
NACIDOS VIVOS POR CADA 1,000 MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD



Fuentes: México: INEGI, Estadísticas Demográficas. Cuaderno de Población No. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Aguascalientes, Ags. 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.  
Estados Unidos: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, CDC.  
Canadá 1990 a 2003: Statistics Canada, Canadian Vital Statistics, Birth Database and Stillbirth Database; Canadian Institute for Health Information, Hospital Morbidity Database and Therapeutic Abortion Database. The Statistics Canada, la publicación *Reproductive Health: Pregnancies and Rates, Canada, 1974-1993* (Catálogo No. 82-568-XPB) fue la fuente principal de datos para los años anteriores a 1994.

estado, desde la tasa más alta de 206 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres de menos de 20 años de edad en Nayarit, hasta la más baja de 136 en el Distrito Federal.

Las implicaciones de la maternidad adolescente difieren entre los tres países y al interior de los mismos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de pobreza entre niños y niñas nacidos de madres adolescentes que nunca se han casado y no concluyeron la secundaria es del 78 por ciento, en comparación con el 9 por ciento entre las mujeres casadas de más de 20 años y que terminaron la secundaria.<sup>77</sup> En Canadá, los niños y niñas que viven con madres solteras jóvenes pertenecen al grupo más pobre en el país.<sup>78</sup> En México, el embarazo en adolescentes representa un gran problema, ya que es uno de los factores que más contribuyen a las muertes maternas en este grupo de edad. Su origen se encuentra en la falta de educación sexual, el acceso limitado a los métodos anticonceptivos y su escaso uso, y a la falta de servicios especializados para adolescentes.

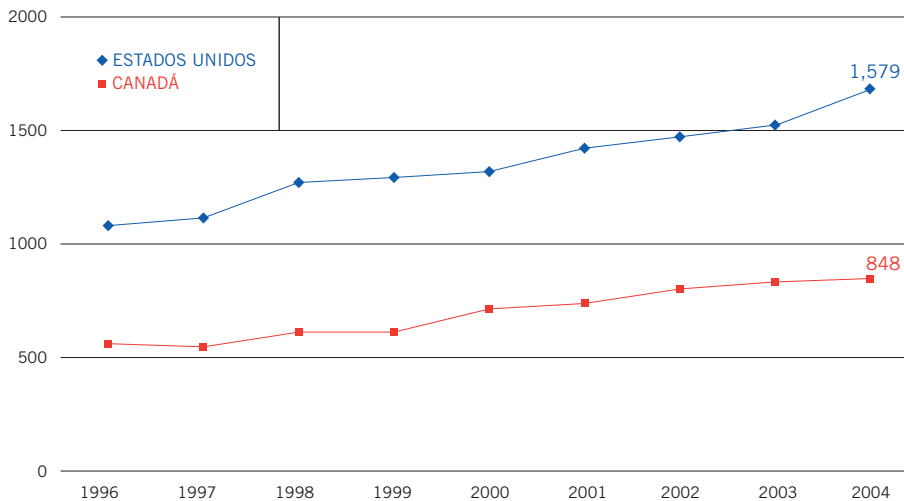


Aun cuando es importante no generalizar acerca de los resultados potencialmente negativos de la maternidad adolescente en base a diferencias culturales, sí es posible afirmar que no existen apoyos adecuados disponibles para las madres adolescentes en la mayoría de las comunidades.<sup>79</sup>

**Infecciones de Transmisión Sexual** La incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes se ha venido incrementando en los tres países. En Canadá, por ejemplo, la tasa reportada por infección de clamidia en jóvenes de 15 a 19 años de edad aumentó en un 56 por ciento entre 1996 y 2004, y en un 46 por ciento entre 1996 y 2004 en Estados Unidos. No obstante, las tasas reportadas de clamidia son más bajas en Canadá que en Estados Unidos. Las mujeres jóvenes representan el 67 por ciento de los casos reportados en Canadá y el 86 por ciento de los casos reportados en Estados Unidos.<sup>80,81</sup>

La clamidia puede plantear una amenaza significativa para la salud y el bienestar de los y las jóvenes. Puede tener efectos potencialmente permanentes sobre la fecundidad, y se sospecha que está contribuyendo al incremento en las tasas de infertilidad en Canadá.

TASAS DE CLAMIDIA REPORTADAS POR CADA 100,000  
15 A 19 AÑOS DE EDAD, CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS, 1996 A 2004



Fuentes: Canadá: 2004 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report, Public Health Agency of Canada. Estados Unidos: Datos de 1990 a 2003: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), STD 2003 Surveillance Report. Para las tasas totales por cada 100,000 habitantes por edad y sexo, Tabla 10. Consultado el 15 de julio del 2005 en [www.cdc.gov/std/stats/tables/table10.htm](http://www.cdc.gov/std/stats/tables/table10.htm). Para tasas por cada 100,000 por raza/etnicidad, grupo de edad y sexo, Tabla 11B, [www.cdc.gov/std/stats/tables/table11b.htm](http://www.cdc.gov/std/stats/tables/table11b.htm). Datos para 1998, CDC, 2002 Surveillance Report, Tabla 12B, [www.cdc.gov/std/stats/tables/table12b.htm](http://www.cdc.gov/std/stats/tables/table12b.htm). Datos para 1997, CDC, 2001 Surveillance Report, Tabla 12B. Consultado en línea el 15 de julio del 2005; Datos para 1996, CDC, 2000 Surveillance Report, Tabla 11B.

## TABACO, ALCOHOL Y EL USO DE OTRAS DROGAS

El deseo de independencia de los y las adolescentes y su curiosidad por descubrir el mundo son factores que contribuyen, junto con los medios de comunicación, a la experimentación inicial con el tabaco, el alcohol y otras drogas no lícitas (marihuana, crack, cocaína, etc.). Algunos no se aventuran más allá de la fase de experimentación, pero otros adoptan un estilo de vida que los predispone a diversos riesgos de salud.<sup>82</sup>

### *Tendencias en el uso de Tabaco, Alcohol y otras Drogas en la población juvenil*

Los efectos nocivos del tabaco en la población en general se encuentran bien documentados. El consumo de cigarrillos entre los y las jóvenes se encuentra asociado con el surgimiento de enfermedades respiratorias más frecuentes y de una mayor severidad, una menor tasa de capacidad y desarrollo pulmonares, y tasas de frecuencia cardíaca en reposo más altas que afectan la resistencia y el rendimiento físico.<sup>83</sup> Muchas de las personas adultas actualmente adictas al tabaco comenzaron a fumar de adolescentes, y se estima que más de 5 millones de las personas menores de edad que actualmente tienen el hábito de fumar morirán de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.<sup>84</sup> Por lo tanto, el hecho de que en los tres países existan menos jóvenes fumadores resulta alentador.

#### CONSUMO DE CIGARROS

	2000	2005
<b>CANADÁ*</b>		
Jóvenes de 15 a 19 años que fuman diariamente	18%	11%
<b>ESTADOS UNIDOS**</b>	1998	2005
Estudiantes de 12° grado (último año de bachillerato) que reportaron haber fumado cigarrillos diariamente durante los últimos 30 días	22%	14%
<b>MÉXICO***</b>	1997	2003
Estudiantes de 1°, 2° y 3° grados de secundaria que han fumado tabaco en los últimos 30 días		
HOMBRES	16%	13%
MUJERES	12%	12%

Fuentes: \*Canadá: Health Canada, Tobacco Use Statistics, Tobacco Use Monitoring Survey, [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/index_e.html). \*\*Estados Unidos: Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2006*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office. \*\*\*México: J. Villatoro, M.E. Medina-Mora, C. Rojano, N. Amador, P. Bermúdez, H. Hernández, C. Fleiz, M. Gutiérrez, y A. Ramos, Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal, 1997, 2000 y 2003, Reporte Estadístico, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) – Secretaría de Educación Pública (SEP). México, 2004.

## CONSUMO DE ALCOHOL

<b>CANADÁ*</b>	1994/95	2002/03
Jóvenes de 15 a 19 años que consumieron alcohol en los últimos 12 meses	74%	72%
<b>ESTADOS UNIDOS**</b>	1991	2005
Estudiantes de 12º grado (último año de bachillerato) que consumieron por lo menos una bebida alcohólica en el último año	78%	69%
<b>MÉXICO***</b>	1997	2003
Jóvenes de 18 años que bebieron alcohol en el transcurso del mes anterior	56%	60%

Fuentes: \*Canadá: Cálculos del Canadian Council on Social Development usando Statistics Canada CCHS 2000/01, 2002/03 y NPHS 1994/95, 1996/97, y 1998/99.

\*\*Estados Unidos: National Institute of Drug Abuse (NIDA), Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings 2005 <http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2005.pdf>.

\*\*\*México: Villatoro, et al. Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal.

Las proporciones de jóvenes que consumen alcohol en los tres países son significativas. Sin embargo, es probable que las tasas de consumo en Canadá y Estados Unidos sean más altas que en México.

El consumo de alcohol, de manera particular cuando es excesivo, a menudo se encuentra asociado con conductas de riesgo tales como la actividad sexual sin protección. Conducir en estado de ebriedad continúa siendo un problema preocupante en los tres países. En Canadá, la tasa más alta de muertes por conducir en estado de ebriedad se presenta a la edad de 19 años.<sup>85</sup> En Estados Unidos, “el grupo de hombres jóvenes de 18 a 20 años (que se encuentran por debajo de la mayoría de edad para beber alcohol) reportaron conducir en estado de ebriedad con mayor frecuencia que cualquier otro grupo de edad”.<sup>86</sup> Se estima que el 45 por ciento de las muertes de jóvenes en México están relacionadas con el alcohol.<sup>87</sup>

Las tendencias en lo que respecta al consumo de alcohol son mixtas. En la Ciudad de México, la prevalencia de jóvenes de 14 a 18 años que bebían alcohol de manera mensual se incrementó entre 1997 y 2003.<sup>88</sup> En Canadá, en años recientes, el consumo de alcohol entre jóvenes de 12 a 14 años disminuyó aunque, por otro lado, tampoco se registraron cambios dramáticos en el consumo de alcohol entre adolescentes de edades mayores (de 15 a 19 años).<sup>89</sup> Estados Unidos vio una disminución en el consumo de alcohol entre los y las estudiantes de 8º, 10º y 12º grados (segundo año de secundaria y primer y último años de bachillerato).<sup>90</sup>

La marihuana es la droga consumida de manera más común. En Estados Unidos en 2005, el 20 por ciento de los y las estudiantes de 12º grado (último año de bachillerato) reportaron haber



## ¿QUÉ ES LO QUE LOS Y LAS JÓVENES OPINAN ACERCA DEL ALCOHOL?

Diversas encuestas sugieren que, en los tres países, aproximadamente la mitad de los y las jóvenes identifican los peligros potenciales asociados con el consumo y el abuso del alcohol.

- El 45 por ciento de los y las estudiantes estadounidenses de 12° grado (último año de bachillerato) creen que las borracheras de fin de semana colocan a las personas en un “gran riesgo” de sufrir daños.<sup>91</sup>
- En 2003, el 50 por ciento de los y las estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México pensaban que consumir alcohol era muy peligroso.<sup>92</sup>
- En Canadá, el 41 por ciento de los y las estudiantes de 12° grado (último año de bachillerato) en la provincia de Ontario opinan que el consumo de una o dos bebidas alcohólicas al día implica un gran riesgo.<sup>93</sup>

consumido marihuana en el transcurso del último mes. Esta tasa ha permanecido relativamente estable a lo largo de la última década.<sup>94</sup>

En Canadá, el consumo de marihuana se ha incrementado en el transcurso de los últimos 12 años. En el año 2002, el 45 por ciento de los estudiantes de 10° grado y el 35 por ciento de las estudiantes del mismo grado (primer año de bachillerato) reportaron haber consumido marihuana en el transcurso de los últimos 12 meses. El 20 por ciento de los chicos y el 9 por ciento de las chicas la habían consumido 20 veces o más. Entre 1990 y 2002, la proporción de estudiantes del sexo masculino de 10° grado que reportaron haber consumido marihuana alguna vez se duplicó, mientras que la proporción de mujeres jóvenes en el mismo grupo de edad se incrementó en dos terceras partes.<sup>95,96</sup>

En México, la proporción de jóvenes de primer grado de secundaria a último de bachillerato en la Ciudad de México que han consumido marihuana se incrementó de 4 a 7 por ciento entre 1990 y 2003.<sup>97</sup> Al parecer el consumo de marihuana es mucho menor en México que en el resto de América del Norte. Lo anterior podría deberse en parte, al hecho de que en México la marihuana es más cara que las drogas sintéticas; por lo tanto, los y las jóvenes tienden más a elegir las formas sintéticas de las drogas ilícitas. Esta situación se ve confirmada por el hecho de que en México el consumo de drogas sintéticas se está incrementando.<sup>98</sup>

El consumo de otro tipo de drogas ha disminuido en Estados Unidos, mientras que en Canadá y en México se incrementó. En Canadá, la proporción de jóvenes que consumieron cocaína, anfetaminas y éxtasis entre 1990 y 2002 fue menor comparada con la de jóvenes que consumieron marihuana. No obstante, la proporción de jóvenes que han probado este tipo de drogas se incrementó.

# Problemas Emergentes

Una revisión cuidadosa de los diferentes indicadores objeto de este análisis, evidenció la presencia de una serie de temas emergentes en materia de salud y seguridad. Estos temas fueron identificados en los tres países, y en algunos casos se ha confirmado que se trata de problemas a nivel mundial. Es decir los niños y las niñas de Canadá, México y Estados Unidos también enfrentan estos problemas. Sin embargo, los viven de manera diferente, dependiendo del país y de su contexto particular.

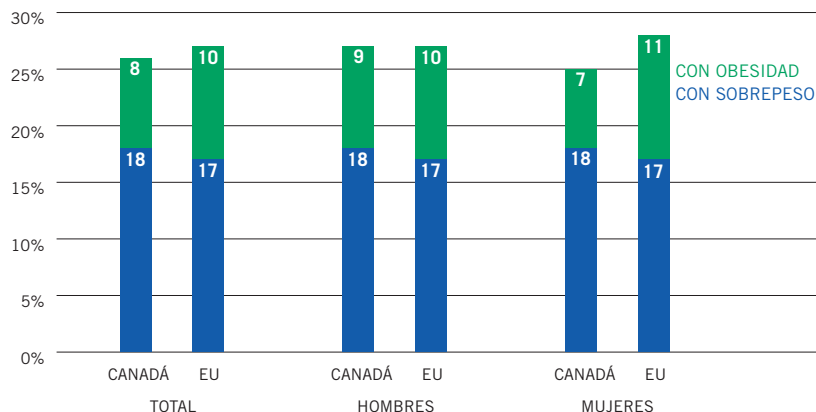
## NUTRICIÓN: UNA PARADOJA

La nutrición es un elemento fundamental para la salud y el desarrollo. Una mejor nutrición significa sistemas inmunes más fuertes, la prevención de enfermedades crónicas y una mejor salud. Los niños y las niñas con una nutrición saludable tienen una mayor capacidad de aprendizaje y tienden a participar más plenamente en sus comunidades y sociedades.

En América del Norte existe una paradoja: el problema emergente de la obesidad y, al mismo tiempo, los problemas persistentes del acceso a alimentos y la desnutrición para algunos niños y niñas. Pero se trata de una paradoja que parecería emerger de manera global: desnutrición y obesidad. Los niños y las niñas que padecen desnutrición tienen un riesgo más elevado de contraer enfermedades infecciosas y de morir. Niños y niñas que presentan sobrepeso u obesidad tienen un riesgo más alto de padecer muchas enfermedades no transmisibles, lo mismo que problemas de salud a largo plazo.

**Sobrepeso y Obesidad — Un Problema de Salud Compartido** Padecer sobrepeso u obesidad durante la niñez puede tener un impacto en la salud y la calidad de vida que puede durar

TASAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO. NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES DE 2 A 17 AÑOS  
CANADÁ (2004) Y ESTADOS UNIDOS (1999–2002)



Fuentes: M. Shields (2005). Nutrition: Findings From the Canadian Community Health Survey. Issue No. 1. Measured Obesity: Overweight Canadian Children and Adolescents. Ottawa: Statistics Canada Catalogue no. 82-620-MWE2005001.

Fuentes de datos: 2004 Canadian Community Health Survey; Nutrition; Canada Health Survey 1978/79.

LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO SON PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES EN AMÉRICA DEL NORTE. EN LOS TRES PAÍSES SE HAN REALIZADO ESTUDIOS CON DIFERENTES GRUPOS DE EDAD Y TODOS HAN LLEGADO A LA MISMA CONCLUSIÓN: LAS TASAS INFANTILES DE SOBREPESO Y OBESIDAD, QUE SE ENCUENTRAN ENTRE UN 26 Y UN 30 POR CIENTO, SON PREOCUPANTEMENTE ELEVADAS.

toda la vida. Los niños y las niñas que sufren de este problema presentan una mayor tendencia a padecer sobrepeso u obesidad durante su juventud y vida adulta; también son más propensos a desarrollar problemas de salud relacionados tales como la diabetes tipo 2, la hipertensión, enfermedades cardíacas, artritis y cáncer.<sup>99,100,101</sup> De la misma forma, a menudo tienen una autoestima más baja, la cual puede estar asociada con un menor rendimiento académico.<sup>102</sup>

La obesidad y el sobrepeso son problemas de salud emergentes en América del Norte. En los tres países se han realizado estudios con diferentes grupos de edad y todos han llegado a la misma conclusión: las tasas infantiles de sobrepeso y obesidad, que se encuentran entre un 26 y un 30 por ciento, son preocupantemente elevadas.<sup>103,104,105,106,107,108</sup>

En Estados Unidos y Canadá existe evidencia clara de que este problema está creciendo. La prevalencia de obesidad y sobrepeso entre niños y niñas estadounidenses cambió relativamente poco de principios de la década de 1960 hasta 1980. Sin embargo, a partir de 1980 esa prevalencia se ha incrementado en más del doble.<sup>109</sup> En Canadá, la tasa de sobrepeso y obesidad entre niños y niñas casi se duplicó entre 1979 y 2004.<sup>110</sup> Desafortunadamente, no existen datos de tendencias disponibles para México.

Al interior de cada uno de los tres países existen disparidades. En México, el problema es mayor en las áreas urbanas y en los estados del norte. Los niños y las niñas indígenas presentan una menor tendencia a padecer sobrepeso u obesidad que sus contrapartes no indígenas.<sup>111</sup> Las dietas a base de alimentos rápidos han ejercido una influencia particular en la alimentación de niños y niñas del medio urbano.

En Estados Unidos, los niños y las niñas afroamericanos y mexicano-estadounidenses son dos veces más propensos a padecer exceso de peso en comparación con niños y niñas blancos no hispanos.<sup>112</sup> En Canadá existen amplias variaciones entre las provincias, desde el 36 por ciento en Terranova y el Labrador, hasta el 22 por ciento en Alberta.<sup>113</sup>

La obesidad es un problema global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta que en todo el mundo se están reportando tasas elevadas y crecientes de obesidad.<sup>114</sup> También ha afirmado que "situada en el otro extremo de la escala de la desnutrición, la obesidad es uno de los problemas de salud pública más notoriamente visibles y, al mismo tiempo, el más desatendido.

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 11 AÑOS QUE PADECEN SOBREPESO U OBESIDAD EN MÉXICO POR REGIÓN Y RESIDENCIA RURAL/URBANA, 1999

REGIÓN Y RESIDENCIA RURAL/URBANA	PORCENTAJE
Norte	35
Centro	25
Ciudad de México	33
Sur	22
México	27
Niñas rurales	22
Niñas urbanas	31
Niños rurales	18
Niños urbanos	29

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición, 1999, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), México.

Coexistiendo de manera paradójica con la desnutrición, se encuentra la creciente epidemia global del sobrepeso y la obesidad — la 'globesidad' — la cual está extendiéndose a muchas partes del mundo. Si no se emprenden acciones inmediatas, millones de personas habrán de padecer una variedad de graves problemas de salud".<sup>115</sup>

**Diabetes Tipo 2** Uno de los resultados de las tasas de obesidad en aumento es el incremento en la incidencia de diabetes tipo 2 entre niños y niñas.

En Estados Unidos no existen estadísticas representativas a nivel nacional acerca de la diabetes tipo 2 entre niños y niñas.<sup>116</sup> Sin embargo, diversas investigaciones han demostrado que, hasta antes de 1994, menos del 5 por ciento de los niños y las niñas estadounidenses a los que se les diagnosticaba diabetes tenían diabetes tipo 2. En años posteriores, se encontró que el porcentaje de casos de diabetes tipo 2 entre aquellos niños y niñas a los que se les diagnosticaba diabetes era de entre un 30 y un 50 por ciento.<sup>117</sup> Aunque ningún grupo étnico escapa a esta situación, existen ciertos grupos que se ven afectados de manera desproporcionada, de manera particular los y las jóvenes amerindios estadounidenses, afroamericanos, mexicano-estadounidenses y de las islas del Pacífico.

México no cuenta con datos consolidados a nivel nacional sobre la prevalencia de este tipo de diabetes en niños, niñas y adolescentes. No obstante, tiene una de las tasas de diabetes tipo 2 más altas del mundo. Cada año se presentan un promedio de 300,000 nuevos casos, con una prevalencia a nivel nacional del 11 por ciento. El número de personas con diabetes se incrementó siete veces en el transcurso de los últimos 20 años. En 1968, la diabetes ocupaba el lugar 35 entre las principales causas de muerte en México; ahora ocupa el tercero.<sup>118</sup>

Aunque no existen datos sobre su incidencia a nivel nacional, en Canadá la diabetes tipo 2 es cada vez más reconocida como una enfermedad que afecta a la población pediátrica, lo mismo que a la población adulta. Un grupo que ha sido claramente identificado como grupo de alto riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 es el de los niños y las niñas descendientes de las Primeras Naciones en el noroeste de Ontario y el norte de Manitoba. Las tasas de diabetes tipo 2 entre niños y niñas aborígenes del Canadá se encuentran en ascenso.<sup>119</sup>

**La Paradoja: Acceso a Alimentos y Desnutrición** A pesar del problema emergente de la obesidad, en los tres países todavía hay niños y niñas que padecen hambre.

De acuerdo con la OMS, el 8 por ciento de los niños y las niñas mexicanos de menos de cinco años tienen un peso bajo para su edad (en comparación con el 1.6 por ciento en Estados Unidos)<sup>120</sup>; el 2 por ciento presenta pérdida de masa muscular de forma moderada a severa, y el 18 por ciento tiene una talla baja para su edad (en comparación con el 1 por ciento en Estados Unidos).<sup>121</sup> En las zonas rurales estas cifras son aún más altas; el 12 por ciento tiene un peso bajo y el 32 por ciento tiene una talla baja para su edad. Los niños y las niñas indígenas son más propensos a padecer desnutrición en comparación con los niños y las niñas no indígenas. La desnutrición y otras deficiencias nutricionales continúan siendo una de las principales causas

de muerte entre los niños y las niñas mexicanos; en el año 2000, éstas representaron el 6 por ciento de todas las muertes.<sup>122</sup>

En México, una de las mayores manifestaciones de la malnutrición es la anemia,<sup>123</sup> la cual representa un problema de salud pública extendido y con consecuencias significativas para la salud, lo mismo que para el desarrollo económico y social. El efecto más dramático para la salud a causa de la anemia es un incremento en el riesgo de mortalidad materno-infantil.<sup>124</sup> Una encuesta realizada a nivel nacional estimó que en 2005 cerca de 4.1 millones de personas menores de 18 años padecían anemia; casi el 15 por ciento del total de la población. La prevalencia entre niños y niñas de 1 a 4 años de edad era del 24 por ciento, mientras que entre niños y niñas de 5 a 11 años era del 17 por ciento.<sup>125</sup> La anemia se encuentra aún más extendida en las zonas rurales.

En 2005 en Estados Unidos, aproximadamente el 4 por ciento de las familias tenían un bajo nivel de seguridad alimentaria.<sup>126,127</sup> En el mismo año, se registraron 270,000 hogares (el 0.7 por ciento de los hogares con hijos e hijas) en los que por lo menos uno de los niños o niñas experimentó “un nivel de consumo alimenticio reducido y patrones de alimentación irregulares en algún momento durante el año”.<sup>128</sup> A pesar de que está documentado que la mayoría de las familias estadounidenses protegen a sus hijos del hambre, incluso en aquellas situaciones en las que las personas adultas en la familia no tienen lo suficiente para comer,<sup>129</sup> el problema relacionado con la inseguridad alimentaria es persistente en las familias de bajos ingresos, ya que las dietas de más alta calidad son también las más costosas. Por lo tanto, dichas familias a menudo se ven obligadas a adquirir alimentos menos nutritivos y con una alta cantidad de calorías, ya que éstos son más baratos.

En Canadá, en 2004, el 9.3 por ciento de niños y niñas de 0 a 11 años experimentaron algún nivel de inseguridad alimentaria; en otras palabras, no podían adquirir los alimentos que necesitaban. El 2.5 por ciento de todos los niños y las niñas canadienses en este grupo de edad experimentaban inseguridad alimentaria y hambre, mientras que el 6.5 por ciento experimentaban inseguridad alimentaria sin hambre. Es un hecho bastante aceptado el que los padres se priven de alimentos para asegurarse de que sus hijos e hijas no padezcan hambre.<sup>130</sup> Entre 1989 y 2004 se registró un incremento constante en el número de canadienses que hacen uso de los bancos de alimentos, aproximadamente el 40 por ciento de usuarios en 2004 fueron niños y niñas.<sup>131</sup>

### **SALUD MENTAL**

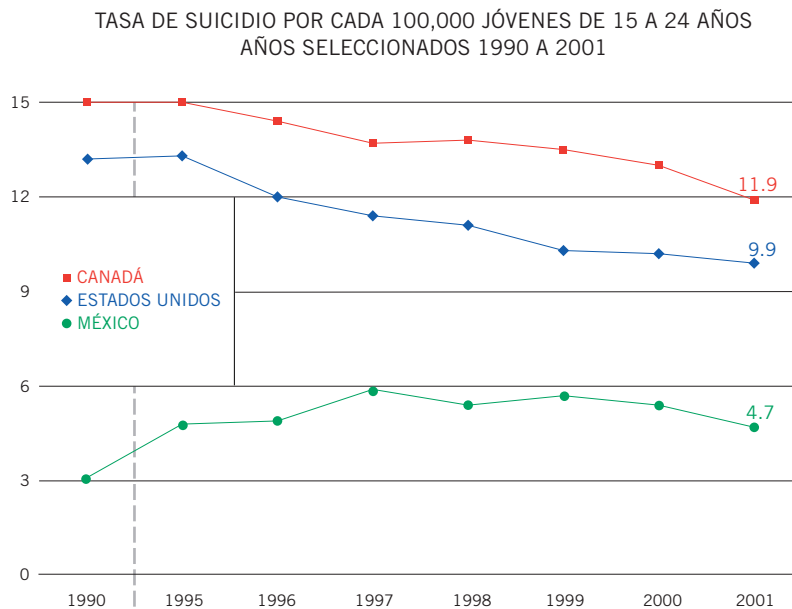
La salud mental de niños, niñas y jóvenes es considerada como un problema de salud crítico a nivel mundial. De acuerdo con la OMS, los datos epidemiológicos actualmente disponibles sugieren una prevalencia de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes a nivel mundial de aproximadamente 20 por ciento, y no existe ningún lugar en el mundo en el que la necesidad de servicios documentada esté plenamente satisfecha.<sup>132,133</sup> La experiencia documentada en América del Norte es, sin duda, un reflejo de estas inquietudes. Más aun, grupos de expertos en los tres países han identificado la necesidad de contar con más y mejores indicadores de salud



relacionados con las enfermedades mentales, lo mismo que con un mejor monitoreo de la prevalencia de trastornos mentales.

**Depresión** En los tres países se ha identificado la depresión como un significativo problema de salud mental entre los y las jóvenes. En Canadá se estima que 1.1 millones, o el 14 por ciento de niños, niñas y jóvenes de menos de 20 años, padecen condiciones mentales que afectan sus vidas en el hogar, la escuela y la comunidad.<sup>134</sup> Adicionalmente, una encuesta realizada a nivel nacional entre jóvenes de 15 a 24 años encontró que el 18 por ciento de ellos presentaban síntomas consistentes con un trastorno de salud mental; de hecho, se trataba del grupo de edad más propenso a padecerlos entre la población en general.<sup>135,136</sup> El trastorno de salud mental experimentado de manera más común fueron los episodios depresivos mayores (6.4 por ciento).<sup>137,138</sup> De la misma forma, en México se ha estimado que el 8 por ciento de la población ha padecido un episodio depresivo en algún momento de su vida, con una edad media de inicio de 24 años.<sup>139</sup> De aquellos que habían experimentado un episodio depresivo, el 28 por ciento presentó su primer episodio durante la niñez o adolescencia. Diversos estudios realizados en Estados Unidos han estimado que la prevalencia de la depresión con inicio durante la infancia, entre los 9 y 17 años de edad, es de alrededor del 5 por ciento.<sup>140</sup>

**Suicidio** El suicidio es un serio problema entre los y las jóvenes de América del Norte. Representa la segunda causa de muertes adolescentes en México<sup>141</sup> y Canadá,<sup>142</sup> y la tercera en Estados Unidos.<sup>143</sup>



Fuente: Base de Datos de Mortalidad de la Organización Mundial de la Salud, [www3.who.int/whosis/mort/](http://www3.who.int/whosis/mort/) y Organización Mundial de la Salud, 2004, Mental Health: Suicide Prevention, [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide).

En Canadá, las tasas de suicidio entre los y las jóvenes de 15 a 24 años son más altas. Mientras que en Canadá y Estados Unidos las tasas disminuyeron ligeramente entre 1990 y 2001, en México se incrementaron entre 1990 y 1999, y han permanecido relativamente estables desde entonces. En los tres países la tasa de suicidio en los hombres es más alta que la de las mujeres.

Existen ciertos grupos de jóvenes que presentan un riesgo particular de cometer suicidio. Lo anterior se aplica a los tres países: en Canadá, la tasa de suicidio entre los y las jóvenes aborígenes es del triple que entre los y las jóvenes no aborígenes — responsable del 38 por ciento de los y las jóvenes aborígenes en 1999.<sup>144</sup> En Estados Unidos, la tasa de suicidio entre jóvenes de 15 a 24 años es más alta entre los hombres amerindios, seguida por la de los anglosajones con 21 por cada 100,000 habitantes en 2003, que representa más del doble que entre los hombres afroamericanos (9 por cada 100,000 habitantes).<sup>145</sup>

### NIÑOS Y NIÑAS CON TDAH

Los niños y las niñas con TDAH tienen problemas para prestar atención y controlar su conducta.

Muchos niños y niñas con TDAH también experimentan problemas de aprendizaje que influyen en su desempeño escolar.<sup>146</sup> El TDAH puede afectar las vidas de los niños y las niñas de muchas formas, de manera particular en aquellos casos en los que no se les da tratamiento. Los niños y niñas con TDAH pueden experimentar dificultades para hacer y mantener amistades y, en consecuencia, pueden experimentar tristeza y sentimientos de rechazo. Los y las adolescentes con TDAH pueden ser más propensos que sus pares al consumo de alcohol y tabaco, a experimentar estados de ánimo negativos y a pasar menos tiempo con sus familias.<sup>147</sup> Su impulsividad y falta de juicio pueden llevarlos a entrar en conflicto con la ley.<sup>148</sup> Los efectos del TDAH pueden ser acumulativos e influir en la conducta adulta de manera negativa.<sup>149</sup>



**Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** En Canadá, se estima que 5 por ciento de niños y niñas en edad escolar de 4 a 17 años tienen trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).<sup>150</sup> En Estados Unidos, se le diagnosticó este desorden al 7.7 por ciento de niños y niñas de 5 a 17 años entre 2001 y 2004.<sup>151</sup> La incidencia es mucho más alta en el caso de los varones que en el de las niñas.<sup>152,153</sup>

Existen disparidades entre diferentes grupos de población infantil. Los datos disponibles de Estados Unidos indican que “aproximadamente el 13 por ciento de niños y niñas blancos no hispanos que viven en hogares con ingresos por debajo del nivel de pobreza tienen TDAH, el nivel más alto de cualquier grupo”.<sup>154</sup>

A pesar de que los expertos en salud mental en México han identificado al TDAH como uno de los problemas de salud mental más importantes a nivel nacional, no existen estudios epidemiológicos. En México, la Asociación Mexicana para el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados (AMDAHTA) estima que existen aproximadamente 1.5 millones de niños y niñas mexicanos con TDAH. Una encuesta realizada en el año 2003 en la Ciudad de México por el Instituto Nacional de Psiquiatría estimó una prevalencia conservadora del 5 por ciento entre niños y niñas de 4 a 16 años.<sup>155</sup>

Los investigadores han concluido que no resulta claro si ha existido un incremento en el porcentaje de niños y niñas con TDAH en años recientes. El número de niños y niñas a los que se les diagnostica TDAH y reciben tratamiento es cada vez mayor. Sin embargo, es probable que este hecho no necesariamente sea el reflejo de un incremento en la incidencia, sino más bien de una mayor conciencia acerca de esta condición como resultado de la atención mediática, el desarrollo de tratamientos efectivos u otros factores.<sup>156</sup> El diagnóstico de TDAH depende no sólo de la presencia de conductas y síntomas particulares en los niños y las niñas, sino también de las inquietudes planteadas por sus progenitores y/o docentes con relación a la conducta del niño o la niña, y el acceso a opiniones médicas.



## AUTISMO

En Canadá y Estados Unidos existe una inquietud cada vez mayor acerca de la incidencia del autismo. El autismo, que en algún momento fue considerado como una condición rara, ahora está siendo reconocido como un trastorno neurológico común que afecta a niños y niñas y, posiblemente, como una de las discapacidades de desarrollo más comunes.<sup>157,158</sup> Las inconsistencias existentes en términos de definiciones, mediciones y herramientas de diagnóstico provocan que el seguimiento adecuado de esta condición resulte difícil.<sup>159</sup>

En Canadá, los estudios epidemiológicos se encuentran todavía en sus etapas iniciales. Por ello, se requieren mayores esfuerzos de monitoreo e investigación para poder desarrollar datos precisos acerca de la prevalencia de los trastornos del espectro autista (TEA).<sup>160</sup> Aunque no existen tasas a nivel nacional disponibles para Canadá, se estima que los TEA pueden presentarse en aproximadamente 1 de cada 160 niños y niñas.<sup>161</sup> El estudio sobre autismo de mayor envergadura realizado hasta ahora en Estados Unidos encontró que 1 de cada 150 niños y niñas presentan el trastorno, una tasa más o menos similar a la de Canadá.<sup>162</sup>

En México el autismo no ha sido identificado como un problema de salud importante. Un estudio sobre prevalencia realizado a nivel nacional en el año 1996 encontró que 46,000 niños y niñas padecían autismo. Diversos estudios de casos médicos indican que el autismo crece a una tasa exponencial, aunque no hay disponibilidad de un mayor número de estadísticas nacionales que respalden esta afirmación.<sup>163</sup>

Los TEA son cuatro veces más comunes entre los niños que entre las niñas. Sus síntomas por lo general se presentan durante los primeros 2 a 3 años de vida, y a menudo se diagnostica antes de que el niño o la niña llegue a edad escolar.<sup>164</sup>

Nadie conoce la causa del autismo, aunque la investigación actual se encuentra analizando diversas posibilidades, incluidas las influencias genéticas, los factores ambientales, el desarrollo pre y postnatal, y las deficiencias inmunes.<sup>165</sup>

LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS implican alteraciones severas en la conducta alimenticia, tales como una disminución extrema y no saludable del consumo de alimentos, o el consumo exagerado de comida, lo mismo que sensaciones de ansiedad o una preocupación exagerada acerca de la forma o el peso corporal. Los trastornos alimenticios no se deben a la falta de voluntad o a problemas de conducta; se trata más bien de enfermedades médicas tratables en las que ciertos patrones de alimentación anormales cobran vida propia.<sup>166</sup>

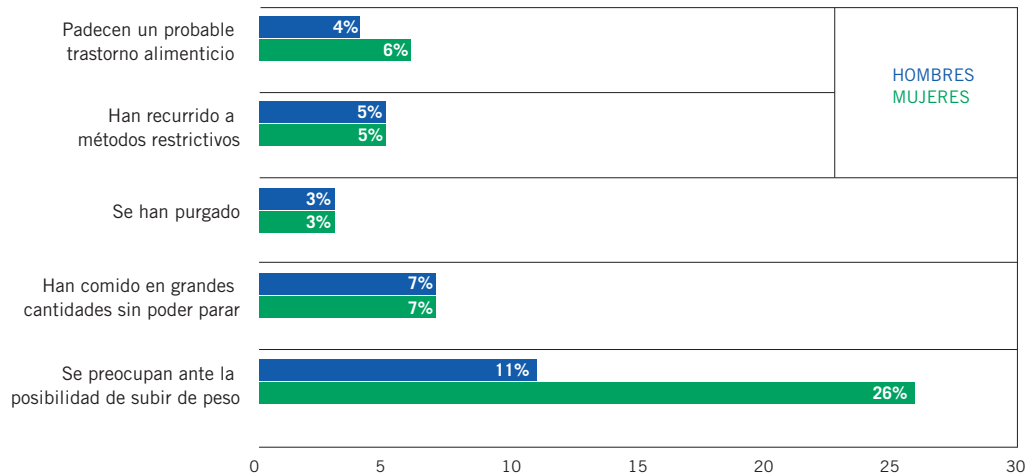
***Trastornos Alimenticios e Imagen Corporal*** En América del Norte algunos adolescentes, de manera particular las mujeres jóvenes, se preocupan cada vez más por alcanzar el cuerpo "ideal". En situaciones extremas, una fijación sobre la imagen corporal puede conducir a trastornos alimenticios tales como la anorexia nerviosa o la bulimia. Estos trastornos pueden volverse muy serios. La tasa de mortalidad por trastornos alimenticios es alta; se estima que se encuentra en alrededor del 20 por ciento.<sup>167</sup>

Aunque en los tres países se miden diferentes aspectos de este problema, todos han llegado a la misma conclusión: los trastornos alimenticios representan una preocupación.

- o En Canadá se estima que el 4 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años presentan un riesgo elevado de padecer algún trastorno alimenticio.<sup>168</sup> En un estudio realizado en la provincia de Ontario, la más grande del país, se encontró que el 27 por ciento de las chicas de 12 a 18 años presentan síntomas de trastornos alimenticios significativos. De acuerdo con la Sociedad Pediátrica Canadiense, los trastornos alimenticios son la tercera causa más común de enfermedades crónicas entre las mujeres adolescentes.<sup>169</sup>
- o En los Estados Unidos se estima que entre un 0.5 y un 3.7 por ciento de las mujeres padecen anorexia nerviosa en algún momento de su vida, y que entre el 1.1 y el 4.2 por ciento padecen bulimia en algún momento de su vida.<sup>170</sup>
- o En la Ciudad de México se ha reportado que el 6.1 por ciento de las mujeres del primer año de secundaria al último de bachillerato podrían padecer algún tipo de trastorno alimenticio.<sup>171</sup>

Existen una serie de conductas asociadas con los trastornos alimenticios: las dietas para bajar de peso, el vómito autoinducido, el uso de laxantes y el consumo de alimentos de manera compulsiva. Estas prácticas pueden conducir a problemas médicos serios.<sup>172</sup> En los tres países se han

PORCENTAJE DE ESTUDIANTES DE 1ER AÑO DE SECUNDARIA A ZERO DE BACHILLERATO EN LA CIUDAD DE MÉXICO QUE (2003):



Fuente: J. Villatoro, et al, *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.

reportado hallazgos preocupantes en relación con estos comportamientos. En el estudio en Ontario, el 23 por ciento de las chicas de 12 a 18 años reportaron recurrir a dietas para bajar de peso, el 15 por ciento reportó comer de manera compulsiva y el 8 por ciento reportó vómito autoinducido.<sup>173</sup>

En Estados Unidos en 2005, alrededor del 5 por ciento de los y las estudiantes de 9° a 12° grado (tercer año de secundaria a último de bachillerato) reportaron recurrir al vómito o al uso de laxantes para controlar su peso.<sup>174</sup> En la Ciudad de México, el 7 por ciento de los y las estudiantes del primer año de secundaria al último de bachillerato han comido de manera compulsiva, el 3 por ciento se han purgado y el 5 por ciento se han sometido a dietas restrictivas (es decir, no comer nada o beber únicamente agua por espacio de varios días) para controlar su peso.<sup>175</sup>

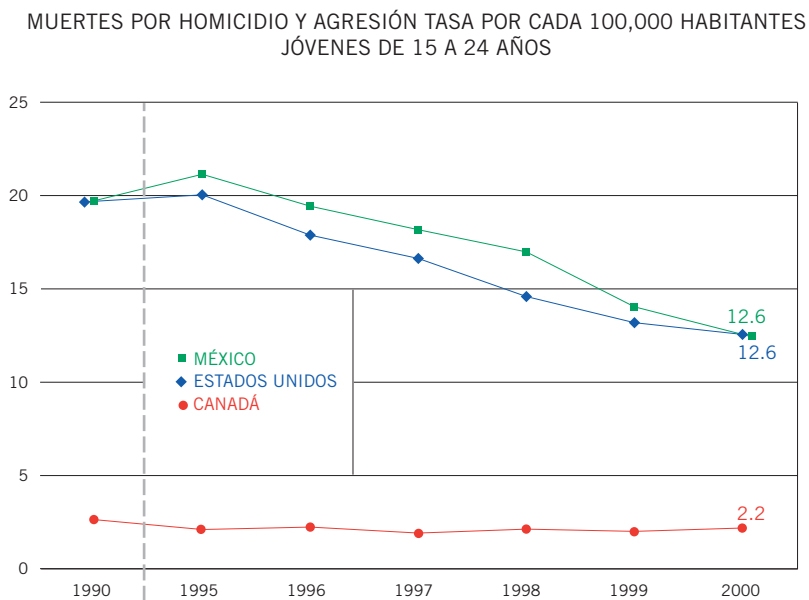
Los tres países reportan que muchas mujeres jóvenes se sienten insatisfechas con su peso.<sup>176</sup> Por ejemplo, en el año 2002, en Canadá y Estados Unidos más del 40 por ciento de las adolescentes de 15 años de edad se sentían descontentas con su peso corporal. Una cantidad sustancialmente menor de hombres adolescentes en este grupo de edad referían ese malestar: el 23 por ciento en Canadá y el 30 por ciento en Estados Unidos.<sup>177</sup> En la Ciudad de México el 51 por ciento de los adolescentes y el 52 por ciento de las adolescentes de secundaria y bachillerato tenían una imagen distorsionada de su cuerpo; en otras palabras, creían tener sobrepeso o un peso bajo a pesar de no ser así. Al 11 por ciento de los adolescentes y al 18 por ciento de las adolescentes les preocupaba la posibilidad de subir de peso.<sup>178</sup>

Aunque la mayoría de estas actitudes son generalmente inocuas, su presencia puede conllevar riesgos médicos y psicológicos significativos; de la misma forma, pueden estar asociados con un mayor riesgo de padecer trastornos alimenticios clínicos en el futuro.

## SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Tanto en Canadá como en México y Estados Unidos existe una preocupación acerca de la violencia presente en la sociedad actual, la seguridad de sus comunidades y el bienestar de sus niños y niñas. La medición de la seguridad de niños y niñas a menudo resulta difícil, toda vez que no existen datos relevantes fácilmente disponibles. Sin embargo, existen una serie de mediciones que pueden resultar de utilidad para examinar este problema. Para fines del presente informe se eligieron tres indicadores que en América del Norte han sido identificados como problemas importantes: los fallecimientos por violencia, el acoso escolar y la violencia familiar. También abordamos las percepciones de niños, niñas y jóvenes acerca de la violencia en sus entornos.

**Fallecimientos por Violencia** En el año 2000, en América del Norte los homicidios y agresiones físicas cobraron la vida de más de 7,500 jóvenes de 15 a 24 años de edad, representando con ello la segunda causa de muerte en este grupo de edad en México y Estados Unidos, con una tasa de 12.6 muertes por cada 100,000 habitantes en ambos países. En Canadá, la tasa es mucho más baja, con 2.2 muertes por cada 100,000 habitantes, representando con ello la quinta causa de muerte.



Fuente: Sistema de Información Estadística (2005) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).  
Base de Datos sobre Mortalidad disponible en  
[www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort_table1&language=english).



### ¿QUÉ ES EL ACOSO?

El acoso o intimidación es un problema de relaciones; se trata de la afirmación del poder interpersonal a través de la agresión. El acoso involucra acciones físicas o verbales negativas con una intención hostil, provoca angustia en las víctimas, se repite a lo largo del tiempo e involucra una diferencia de poder entre los acosadores y sus víctimas. La victimización por acoso tiene lugar en el momento en que una persona es objeto de una conducta agresiva; la víctima es típicamente una persona menos poderosa que el perpetrador o perpetradora, quien puede ser de mayor tamaño, más fuerte o de mayor edad. Los actos de acoso repetidos consolidan las relaciones de poder entre los acosadores y sus víctimas: las primeras obtienen poder y las segundas lo pierden. En una relación así, los niños y las niñas víctimas de acoso tienen una capacidad cada vez menor de defenderse.<sup>179</sup>

Al parecer las tasas de mortalidad por homicidio y agresión han estado disminuyendo tanto en México como en Estados Unidos. En cada uno de los dos países estas tasas han descendido en más de un 35 por ciento.<sup>180</sup> En Canadá, estas tasas de mortalidad se han incrementado ligeramente.

En los tres países los jóvenes tienen muchas más probabilidades de fallecer por muertes violentas que las jóvenes. La relación hombre-mujer es de ocho a uno en México, de seis a uno en Estados Unidos, y de tres a uno en Canadá.

**Acoso Escolar** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la agresión en las escuelas representa un problema en muchos países del mundo. El establecimiento de relaciones saludables es la base para el desarrollo apropiado de niños, niñas y jóvenes, y el acoso escolar es visto como un problema de relaciones. El acoso escolar y la victimización tienen efectos inmediatos y a largo plazo. Los niños y las niñas que son acosadores tienden a ser acosadores cuando son adultos y a tener hijos que también son acosadores. Niños y niñas victimizados, a su vez, tienden a tener hijos que lo son también.<sup>181,182</sup>

El acoso puede presentarse en cualquier lugar, pero recientemente, el ámbito escolar ha sido objeto de atención. Este tipo de acoso afecta la participación infantil en la escuela. "Las tensiones derivadas de ser víctima de acoso pueden interferir con la participación y el aprendizaje, y provocar temor de asistir a la escuela".<sup>183</sup> "Las personas que presencian esos actos de intimidación también se ven expuestas a un impacto. El clima de temor y falta de respeto derivado

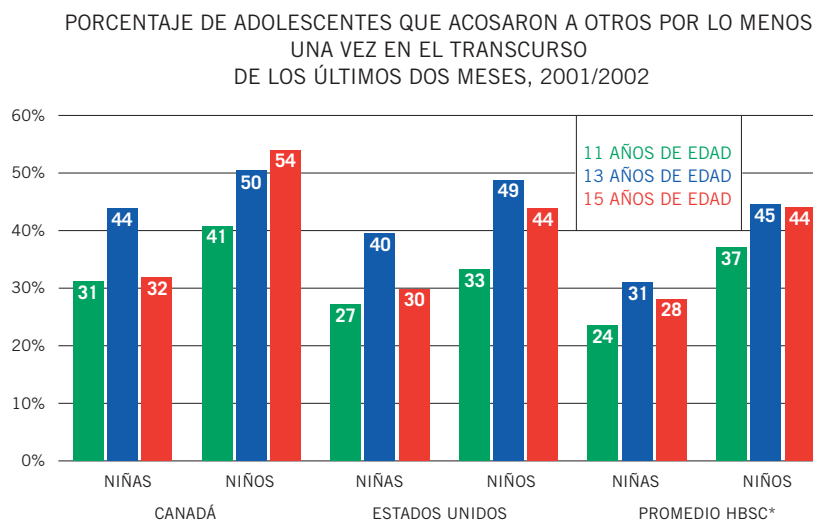


del acoso genera un impacto negativo en el aprendizaje de los y las estudiantes".<sup>184</sup> La OMS reporta que "los costos de los actos de acoso para las personas, las familias, las escuelas y la sociedad son altos. Los niños y las niñas que acosan a otros o son víctimas de ese acoso generan costos para toda la vida, ya que deben recurrir a sistemas múltiples, tales como aquellos que ofrecen servicios de salud mental, de justicia juvenil, educación especial y servicios sociales. La interrupción de este patrón de conducta es un asunto crítico".<sup>185</sup>

De acuerdo con el Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud de la OMS (HBSC, por sus siglas en inglés), Canadá y Estados Unidos ocupan algunos de los lugares más altos en lo que respecta a prevalencia de acoso escolar.<sup>186</sup>

De acuerdo con informes estadounidenses, "la incidencia de conductas tales como el acoso o intimidación se ha incrementado, al tiempo que la violencia en las escuelas ha disminuido en el transcurso de los últimos años".<sup>187</sup> Expertos canadienses han expresado su preocupación por el hecho de que demasiados niños y niñas son víctimas de violencia y agresión en los salones de clase, los patios de recreo y otros lugares. Diversos estudios indican que las conductas violentas entre los y las jóvenes se están incrementando, que esa violencia está dirigida hacia otros jóvenes, y que niños, niñas y adolescentes que la cometen son de una edad cada vez menor que en el pasado.<sup>188</sup>

**¿Qué tan seguros se sienten los niños y las niñas en la escuela?** De acuerdo con una encuesta a nivel nacional realizada en Estados Unidos en el año 2001, el 6 por ciento de los y las estudiantes afirmaron sentir temor de ser atacados en la escuela, de camino a la misma o al



Fuente: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, and V.B. Rasmussen, 2004, (Eds) "Young People's Health in Context, International Report from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2001/2002 Survey", WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 4, 2000, Fig. 3.33. Disponible en línea en [www.who.dk/Document/e82923.pdf](http://www.who.dk/Document/e82923.pdf).

\*Promedio de todos los países participantes en el Estudio.

regresar de ésta. Esta cifra representa una disminución en comparación con el 12 por ciento registrado en 1995. Entre 2001 y 2003, las tasas permanecieron iguales.<sup>189</sup>

En México, encuestas realizadas entre estudiantes de secundaria del Distrito Federal, encontraron que su sensación de seguridad en la escuela está disminuyendo. En 1997, el 76 por ciento de los niños y el 83 por ciento de las niñas pensaban que sus escuelas eran seguras, mientras que para 2003, esas proporciones habían disminuido a un 63 y un 69 por ciento, respectivamente.<sup>190</sup>

Una encuesta a nivel nacional realizada en Canadá en el año 2000 encontró que el 56 por ciento de los niños y las niñas de 10 y 11 años de edad se sentían seguros en la escuela todo el tiempo. Las niñas tendían a sentirse así más que los niños: el 61 por ciento contra el 52 por ciento. El 62 por ciento, tanto de niños como de niñas, se sentía seguro todo el tiempo de camino a la escuela y al regresar de ésta.<sup>191</sup>

**¿Experimentan los niños, las niñas y adolescentes violencia en el hogar?** Los tres países reportan que medir la prevalencia de la violencia familiar es una tarea difícil, y que en cada uno de ellos se tienen diferentes maneras de medir el problema. Sin embargo, todos concluyen que se trata de un problema importante.

La exposición a la violencia en el hogar puede conducir a problemas sociales y conductuales para niños y niñas, incluidos la baja autoestima, el retraimiento y la agresión.<sup>192, 193</sup> Los efectos negativos de la violencia doméstica en la salud mental y el desarrollo social también pueden contribuir a problemas de salud física para los niños y las niñas, incluidas las alergias, los problemas gastrointestinales, el asma y los dolores de cabeza.<sup>194</sup>

En Estados Unidos no se cuenta con cifras exactas acerca del número de niños y niñas expuestos a violencia doméstica. No obstante, se calcula que cada año millones de niños y niñas se ven afectados de manera directa o indirecta.<sup>195</sup> Más de la mitad de las mujeres víctimas de violencia doméstica (la violencia entre cónyuges, ex cónyuges, novios, novias, ex novios y ex novias) viven en hogares con niños y niñas de menos de 12 años.<sup>196</sup> Se estima que más de la mitad de todos los niños, las niñas y las mujeres estadounidenses sin hogar huyeron de la violencia doméstica.<sup>197</sup>

En México, de acuerdo con una encuesta nacional realizada en el año 2003, el 17 por ciento de los y las estudiantes del primer año de secundaria al último del nivel medio superior reportaron haber presenciado peleas entre sus padres o las personas adultas que vivían en su hogar; la proporción en el caso de las adolescentes fue del 28 por ciento. El 14 por ciento afirmó que estas peleas estaban relacionadas con el consumo de alcohol.<sup>198</sup>

En Canadá, en el año 2000, cerca del 8 por ciento de los niños y las niñas de 4 a 11 años de edad, aproximadamente 247,000 niños y niñas, presenciaron en sus hogares actos en los que personas adultas o adolescentes habían forcejeado, se habían golpeado o habían tratado de herir a otras personas de alguna otra manera. Esta tasa es similar al 9 por ciento reportado en 1994 y el 8 por ciento reportado en 1996.<sup>199</sup>



## SALUD AMBIENTAL

**Enfermedades Respiratorias** Una de las tendencias de salud más inquietantes ha sido el incremento en la prevalencia de enfermedades respiratorias entre los niños y las niñas en América del Norte. En algunas zonas de la región se ha cuadruplicado la prevalencia de asma de acuerdo a los registros en el transcurso de los últimos 20 años.<sup>200</sup> “El asma ha sido un padecimiento epidémico que afecta a personas de todas las edades, razas y grupos étnicos en grandes áreas de América del Norte durante las últimas tres décadas”.<sup>201</sup> Los niños y las niñas son los más afectados. Se trata de una de las principales causas de hospitalización infantil, y también es la enfermedad crónica infantil más común en la región.<sup>202</sup>

Todavía se desconoce la causa exacta del asma infantil, pero al parecer es el resultado de la compleja interacción de muchos factores, incluyendo la predisposición, los factores ambientales (por ejemplo, los contaminantes del aire en interiores y exteriores) y la existencia de factores agravantes, o aquellos que incrementan la frecuencia y/o la severidad de los ataques de asma (por ejemplo, el humo ambiental del tabaco).<sup>203</sup> Los factores hereditarios juegan un papel en el desempeño del asma; sin embargo, éstos no bastan para explicar el gran incremento en su prevalencia.<sup>204</sup>

A pesar de que este incremento en la prevalencia del asma es una tendencia generalizada, a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos se ha identificado a la integración económica como uno de los factores que se encuentran detrás de las tasas en aumento. En esta zona se han establecido grandes plantas industriales y existe evidencia de una calidad del aire deficiente y de instalaciones de agua y sanidad inadecuadas. Esta situación llevó a la Comisión de Cooperación Ambiental de América del Norte (CEC, por sus siglas en inglés) a abordar la problemática de la infancia y la prevalencia de enfermedades respiratorias.

Para el año 2004, aproximadamente el 12 por ciento de niños y niñas estadounidenses de menos de 18 años de edad habían sido diagnosticados con asma en algún momento en sus vidas; alrededor del 9 por ciento padecía asma en ese momento.<sup>205</sup> La tasa de niños y niñas hospitalizados por asma y otras enfermedades respiratorias también se ha incrementando en Estados Unidos, de 369 por cada 10,000 niños y niñas en 1992 a 405 por cada 10,000 niños y niñas en 2002.<sup>206</sup>

En Canadá, el riesgo de padecer asma entre niños, niñas y jóvenes se incrementó de manera significativa de finales de la década de 1970 hasta mediados de la década de 1990. Desde mediados de la década de 1990, la tasa ha permanecido relativamente estable entre la población adolescente, pero ha continuado incrementándose en el caso de los niños y las niñas más pequeños.<sup>207,208</sup> En el año 2000, al 13 por ciento de los niños y las niñas menores de 12 años se les había diagnosticado asma.<sup>209</sup> También se reportó que el 13 por ciento de los y las adolescentes de 12 a 14 años, y el 12 por ciento de 15 a 19 años, padecían asma en 2003.<sup>210</sup>

En México, las enfermedades respiratorias también representan una gran preocupación en materia de salud.<sup>211</sup> Los niños y las niñas más pequeños, es decir, aquellos menores a 5 años,

tienen las tasas de asma más altas en la población, y esas tasas se están incrementando.<sup>212</sup> En México cada año se reportan 16,000 nuevos casos de infecciones respiratorias agudas por cada 100,000 niños y niñas menores a 1 año de edad.<sup>213</sup> Las infecciones respiratorias agudas se han incrementado (ligeramente) entre los niños y las niñas de 1 a 4 años; de 7,500 por cada 100,000 habitantes en 1998 a 8,100 por cada 100,000 niños y niñas en 2002.<sup>214</sup>

Se sabe que el asma afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos infantiles.<sup>215</sup> Por ejemplo, las poblaciones urbanas de menores ingresos tienen un riesgo más alto de desarrollar

### SOMOS LO QUE RESPIRAMOS

En muchas partes de América del Norte existe una calidad del aire inaceptable. Esta situación plantea una amenaza potencial para la salud de nuestros niños y niñas. La contaminación del aire tiene serios efectos tanto a corto como a largo plazo para la salud infantil, lo cual contribuye al surgimiento de enfermedades respiratorias y tiene un efecto negativo en su desarrollo.<sup>216,217,218</sup>

Canadá, México y Estados Unidos tienen información y datos diferentes acerca de la calidad del aire. En los tres casos existen motivos de inquietud. En Canadá, los dos principales componentes de la contaminación del aire, el ozono troposférico<sup>219</sup> y las micropartículas (MP2.5),<sup>220</sup> representan una inquietud. Los niveles de ozono troposférico varían de un año a otro, pero no han mejorado de manera significativa en la región de las Praderas, Ontario y Québec durante los últimos 13 años.<sup>221</sup> En México, los niveles de ozono troposférico y micropartículas (MP10) rebasaron los estándares aceptados en una serie de áreas metropolitanas importantes, por ejemplo, los niveles de ozono troposférico en la Ciudad de México y de micropartículas en Guadalajara, la Ciudad de México, Monterrey, Toluca y Ciudad Juárez.<sup>222</sup> En Estados Unidos, un alto porcentaje de niños y niñas viven en condados en los que los niveles de ozono troposférico rebasan los estándares aceptados. Un porcentaje de niños y niñas pequeño, pero significativo, se encuentra viviendo en condados en donde los niveles de micropartículas (MP2.5) rebasan los estándares; sin embargo, estos niveles han estado disminuyendo.<sup>223,224</sup>

La contaminación del aire doméstico representa otro problema. A pesar de que la exposición de los niños y niñas al humo ambiental del tabaco (HAT) en Canadá y Estados Unidos está disminuyendo, el 14 por ciento de los niños y las niñas canadienses de menos de 6 años todavía enfrentan este riesgo,<sup>225</sup> al igual que el 11 por ciento de niños y niñas estadounidenses menores a 7 años.<sup>226,227</sup> Aunque México no cuenta con datos acerca de la prevalencia de la exposición infantil al humo ambiental del tabaco, el HAT es considerado como una importante amenaza de salud pública en México.<sup>228</sup> La quema de leña o carbón para cocinar también provoca la contaminación del aire doméstico y representa un riesgo de salud ambiental importante en México. Este uso de biomasa<sup>229</sup> es más alto en el sur de México y en su región centro-norte, en donde el 90 a 100 por ciento de niños y niñas podrían estar expuestos. Se trata de estados en gran parte rurales en algunas de las poblaciones más pobres de México.<sup>230</sup>

asma como resultado de los niveles de atención por debajo de los óptimos, y también por su posible mayor exposición a los contaminantes.<sup>231</sup> En Estados Unidos, el porcentaje de niños y niñas con asma difiere por raza o grupo étnico, e ingreso familiar. Entre 2001 y 2004, se reportó que el 11 por ciento de los niños y las niñas de menos de 18 años que vivían por debajo del nivel de pobreza padecían asma, en comparación con el 8.1 por ciento de aquellos que vivían en o por encima del nivel de pobreza.<sup>232</sup> También se reportó que el 13 por ciento de niños, niñas y jóvenes de raza negra no hispanos padecían asma, en comparación con el 8.1 por ciento de niños, niñas y adolescentes blancos no hispanos y el 6.9 por ciento de los hispanos.<sup>233</sup>

En México se ha reportado que las personas que habitan en los estados costeros tienen una mayor tendencia a padecer asma. Diversos investigadores plantean que podría deberse al alto nivel de humedad ambiental, considerando que el polvo presente en los hogares tiene una mayor probabilidad de ingresar al tracto respiratorio en la forma de partículas suspendidas. La alta prevalencia de asma en estas regiones también ha sido atribuida al uso de sistemas de aire acondicionado, que albergan una gran cantidad de polvo y moho que pueden desencadenar episodios asmáticos.<sup>234</sup>

**El Plomo y Otras Neurotoxinas** El plomo es un conocido e importante peligro ambiental para los niños y las niñas pequeños. La exposición al plomo puede provocar daños neurológicos que pueden conducir a trastornos conductuales, problemas de aprendizaje y un bajo coeficiente intelectual.<sup>235</sup> Investigaciones recientes sugieren que no existe un umbral aceptable para los efectos adversos del plomo en los sistemas nerviosos centrales en desarrollo.

Estados Unidos es el único de los tres países que monitorea los niveles de plomo en la sangre de niños, niñas y adolescentes a nivel nacional. Los niveles de plomo en la sangre entre los niños y las niñas pequeños (de menos de 6 años) han disminuido durante los últimos 25 años. En 1978, alrededor de 4.7 millones de niños y niñas de 1 a 5 años presentaban niveles de plomo en la sangre inaceptablemente altos.<sup>236</sup> Del año 2001 al 2002, esa cifra era de 200,000.<sup>237</sup> Los niños y las niñas pobres tienen mayores probabilidades de presentar niveles de plomo en la sangre más altos en comparación con aquellos que no son pobres, y los niños y las niñas de raza negra no hispanos tienen niveles más altos que los blancos no hispanos y los hispanos.<sup>238</sup>

Los niños y las niñas pueden verse expuestos al plomo que se encuentra presente en los hogares y otros ambientes interiores como resultado del uso tan extendido en el pasado del plomo en gasolinas, pinturas y productos de plomería y construcción, lo mismo que en otros bienes de consumo. En Canadá y Estados Unidos, las fuentes de plomo doméstico incluyen el plomo presente en el polvo, las pinturas a base de plomo y diversos productos de plomería. En México, una fuente importante de plomo doméstico son las operaciones de alfarería realizadas en casas en las que se usan recubrimientos a base de plomo, además del uso de estos productos cerámicos en la preparación, consumo y almacenaje de alimentos.<sup>239</sup> También se están descubriendo en el mercado comercial nuevas fuentes de exposición al plomo relacionadas con productos de consumo, muchos de los cuales están diseñados para uso por niños y niñas.

## LA EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS QUÍMICAS Y EL NEURODESARROLLO

Tal como se puede ver en los datos reportados en relación con la salud mental, las condiciones del neurodesarrollo tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el autismo representan una inquietud cada vez mayor en América del Norte. Los trastornos del neurodesarrollo son discapacidades en el funcionamiento cerebral que afectan la conducta, la memoria o la capacidad para aprender de niños y niñas. Hasta el momento, lo único que los investigadores han podido hacer es estimar la prevalencia de estas condiciones. De acuerdo con estimaciones de la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos (EPA por sus siglas en inglés), entre el 3 y el 8 por ciento de los bebés nacidos cada año en Estados Unidos se verán afectados por trastornos del neurodesarrollo tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o el retraso mental.<sup>240</sup> Sin embargo, los expertos advierten que estas estimaciones podrían ser bajas, y han reportado que la prevalencia de ciertos trastornos del neurodesarrollo, de manera particular el autismo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, podría estar incrementándose, aunque los datos requeridos para explorar lo anterior son limitados.<sup>241</sup>

La EPA ha afirmado que estas condiciones podrían deberse en parte a la exposición a los contaminantes ambientales, pero que el alcance de su impacto se desconoce por el momento. Aunque existen algunos compuestos químicos industriales reconocidos como causas de los trastornos del neurodesarrollo, se sabe de un número mucho mayor de compuestos químicos que provocan efectos neurotóxicos en las personas adultas, y de un número aún mayor cuya neurotoxicidad ha sido demostrada en modelos de laboratorio. Los efectos tóxicos de estos compuestos químicos en el cerebro humano en desarrollo son todavía desconocidos, y aún no se han emitido reglamentaciones al respecto para proteger a los niños y las niñas.<sup>242</sup>

El plomo es una sustancia química que ha sido reconocida durante largo tiempo como una neurotoxina que afecta el neurodesarrollo. La EPA afirma que "la exposición infantil al plomo contribuye a problemas de aprendizaje tales como una inteligencia y un desarrollo cognitivo reducidos. Diversos estudios también han encontrado que la exposición infantil al plomo contribuye al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y a la falta de concentración; incrementa las posibilidades de abandonar la educación secundaria y presentar problemas de lectura, tener un vocabulario más reducido, un menor desempeño escolar a nivel de educación secundaria y el riesgo de conductas antisociales y delictivas".<sup>243</sup>



## AGUA LIMPIA

El acceso al agua potable y limpia es esencial para proteger a los niños y las niñas de infecciones tales como la giardiasis. De acuerdo con la Comisión de Cooperación Ambiental de América del Norte (CEC, por sus siglas en inglés), el riesgo de enfermedades asociadas con el agua potable continúa siendo una inquietud en América del Norte.<sup>244</sup>

Canadá, México y Estados Unidos cuentan con normas o estándares diseñados para proteger la salud del público en contra de los contaminantes potencialmente presentes en el agua potable. Estos estándares son monitoreados y puestos en práctica en los sistemas públicos de suministro de agua. Sin embargo, típicamente no se aplican en el caso de los pozos privados o comunitarios, que son los que de manera más frecuente se encuentran en las comunidades rurales y remotas.<sup>245</sup>

- En Canadá, alrededor del 25 por ciento de la población – 6.8 millones de canadienses – no se encuentra conectada a sistemas públicos de suministro de agua. Estas familias viven en su mayor parte en áreas rurales, aunque se desconoce cuántas personas a nivel nacional tienen pozos que están sujetos a contaminación, o cuántas tratan o desinfectan el agua antes de consumirla.<sup>246</sup> La calidad del agua es un serio problema en las comunidades de las Primeras Naciones. Una tercera parte de los adultos de las Primeras Naciones consideran que el agua en sus hogares no es segura para beber. Más del 70 por ciento de los adultos de las Primeras Naciones recurren a fuentes de agua potable alternativas.<sup>247</sup>
- En México, la proporción de la población sin acceso a agua corriente ha disminuido; sin embargo, las familias rurales tienen muchas menos posibilidades de contar agua potable en comparación con las familias urbanas. El porcentaje más alto de la población sin suministro de agua entubada se encuentra en los estados del sur, en donde el porcentaje de la población sin cobertura oscila entre 30 y 50 por ciento.<sup>248</sup>
- En 2004, el 9 por ciento de niños y niñas estadounidenses tenían acceso al suministro de agua a través de sistemas de agua comunitarios que no cumplían con todos los estándares aplicables en materia de agua potable. Lo anterior representa una disminución a partir del 20 por ciento registrado en 1993.<sup>249</sup>



***Enfermedades Transmitidas por el Agua*** La giardiasis es una infección intestinal parasitaria que se puede contraer a través del agua contaminada. En México, la prevalencia de giardiasis entre niños y niñas disminuyó entre 1998 y 2002, siendo los niños y las niñas menores a 5 años los que presentan mayor probabilidad de infectarse. Aunque la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas ha descendido en México en el transcurso de la última década, las infecciones intestinales continúan siendo una de las principales causas de muerte entre los niños y las niñas menores de cinco años a diferencia de Estados Unidos y Canadá.<sup>250</sup>

En Canadá, los niños y las niñas de 1 a 4 años de edad tienen mayor probabilidad de infectarse de giardiasis en comparación con el resto de la población. Sin embargo, su exposición tiende más a darse a través de infecciones contraídas en estancias infantiles, es decir, a través del contagio de mano a boca. El número de casos de giardiasis en Canadá ha venido disminuyendo desde 1992.<sup>251</sup>



# Conclusiones

A pesar de las variaciones en el contexto de sus vidas, los 120 millones de niños y niñas en América del Norte comparten muchos problemas de salud.

De manera general, los niños y las niñas de América del Norte han sido objeto de mejoras en el área de la salud y han disfrutado de disminuciones en las amenazas a su bienestar. La probabilidad que niños y niñas tienen de morir antes de cumplir un año de edad, por ejemplo, ha disminuido desde la década de 1970 en los tres países. De hecho, desde los preescolares, pasando por los que se ubican en edad escolar, hasta la población de adolescentes y jóvenes, tienen menos probabilidad de morir que hace tres décadas. Menos jóvenes fuman en la región y menos mueren por accidentes automovilísticos. Los y las jóvenes están postergando el inicio de la actividad sexual y tienden, con mayor frecuencia que en el pasado, a usar métodos anticonceptivos. De la misma forma, las tasas de natalidad en mujeres adolescentes presentan disminuciones en las tres naciones.

No obstante, persisten y emergen serios problemas de salud que amenazan el presente y el futuro de la infancia en América del Norte. Muchos adolescentes se encuentran lidiando con problemas de salud mental, como la depresión, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los trastornos alimenticios. Aunque las tasas por accidentes han disminuido en la región, su incidencia es aún demasiado alta, provocando un gran número de muertes, muchas de ellas evitables. La obesidad se ha convertido en una epidemia que está conduciendo a importantes problemas de salud crónicos, como es el caso de la diabetes tipo 2, entre la población infantil y juvenil. Los niños y las niñas se encuentran enfrentando amenazas cada vez mayores en su entorno ambiental, todo parece indicar que estamos pagando el precio, reflejado en tasas cada vez más altas de enfermedades respiratorias y de trastornos del neurodesarrollo.

Al interior de los tres países no todos los niños y las niñas disfrutan del mismo nivel de salud. Existen disparidades en función de la geografía, la raza y el origen étnico y, de manera más común, de la situación económica.

A la par de estas similitudes existen algunas diferencias impactantes en la salud y el bienestar de los niños y las niñas de América del Norte. En México y Estados Unidos, una cantidad importante de niños, niñas y jóvenes carecen de acceso a sistemas de cobertura de salud. En México, un país en transición, las vidas de niños y niñas todavía se ven amenazadas en gran medida por una serie de problemas de salud tradicionales. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales, padecimientos que rara vez cobran la vida de niños y niñas en Canadá y Estados Unidos, persisten entre las principales causas de muerte en México. Miles de niños y niñas mexicanos enfrentan desnutrición y millones anemia. La leucemia es la causa de muerte de un gran número de niños y niñas en ese país, en gran medida como resultado de la falta de acceso a tratamientos adecuados. En Estados Unidos y México, los homicidios y agresiones representan una amenaza importante a las vidas de los y las adolescentes, con tasas casi seis veces mayores a las existentes en Canadá. En Canadá,



por su parte, a pesar del acceso universal a la atención primaria, encontramos áreas con tasas de vacunación menores a las que reportan países con niveles de desarrollo equivalentes.

Las naciones de América del Norte tienen la oportunidad, y al mismo tiempo la obligación, de trabajar de manera colectiva para resolver estos problemas de salud que comparten y aprender mutuamente, con el fin mejorar la salud de las infancias que habitan en su territorio. Si queremos que los niños y las niñas en América del Norte vivan desarrollando su pleno potencial, deben gozar de una buena salud. Esto no es una concesión, es su derecho. La Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas reconoce el derecho de los niños y las niñas a disfrutar del estándar de salud más alto posible y a tener acceso a la atención de la salud. Establece que todos los niños y todas las niñas tienen el derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo, incluida la nutrición. Si bien son los padres los principales responsables de sus hijos, los gobiernos y la sociedad en su conjunto tienen la responsabilidad de garantizar las condiciones necesarias para asegurar una vida saludable a los niños y las niñas, y así garantizar el cumplimiento de su derecho a vivir sanamente. Como países individuales y como región, debemos cumplir con nuestra obligación de asegurar que nuestros niños, niñas y adolescentes tengan la calidad y las perspectivas de vida a las que tienen derecho.

## Notas

- 1 Canadá: 328,000; México: 2,201,000; Estados Unidos: 4,143,000 – 2004. UNICEF, *The State of the World's Children*, 2006.
- 2 Ibid.
- 3 Organization for Economic Co-operation and Development, *OECD Health Data 2006*, [www.oecd.org/document/46/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_34971438\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/46/0,2340,en_2649_37407_34971438_1_1_1_37407,00.html).
- 4 Ibid.
- 5 Ibid.
- 6 K.D. Kochanek y J.A. Martin, "Supplemental Analyses of Recent Trends in Infant Mortality," [www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/infantmort/infantmort.htm](http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/infantmort/infantmort.htm).
- 7 Health Canada, *Canadian Perinatal Health Report*, Canadian Perinatal Surveillance System, 2003.
- 8 R. Walker, "Infant Mortality in the U.S. and Canada," *Ob. Gyn. News*, April 1, 2005.
- 9 World Health Organization, Mortality Database, Mort\_tab2\_2450-2000 (US) and mort\_table2\_2090-2000 (Canada), [www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indsmort,mort\\_table2&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indsmort,mort_table2&language=english).
- 10 WHO, Mortality Database, Mort\_tab2\_2310-2001, [www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indsmort,mort\\_table2&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indsmort,mort_table2&language=english).
- 11 Annie E. Casey Foundation, *KIDS COUNT Data Book*, 2006.
- 12 Las Primeras Naciones son unas de las naciones fundadoras del Canadá; se trata de los pobladores originales o aborígenes de Canadá. La población de las Primeras Naciones está conformada por los pueblos aborígenes de Canadá y sus descendientes. De manera colectiva, a los pueblos de las Primeras Naciones, los Inuits y los Métis se les conoce como pueblos aborígenes. La población de las Primeras Naciones es una de las naciones fundadoras de Canadá. Para referirse a ellos se han utilizado las expresiones indios, nativos canadienses y pueblos aborígenes. De manera oficial, el gobierno de Canadá se refiere a ellos como "indios registrados" si tienen derecho a recibir beneficios de conformidad con el *Indian Act*. La población de las Primeras Naciones de Canadá incluye a más de 630 comunidades.
- 13 Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch, *Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*, Ottawa: Health Canada, 2003.
- 14 Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins, R.M. Liston, J. Mohamed, y M.S. Kramer para the British Columbia Vital Statistics Agency, "Disparities in Birth Outcomes by Neighborhood Income—Temporal Trends in Rural and Urban Areas, British Columbia," *Epidemiology*, 2004 15: 679–686.
- 15 Statistics Canada, *Health Indicators*, Vol. 2005. No. 3. Catalogue No. 82-221-XIE, 2005.
- 16 Casey Foundation, *Data Book*.
- 17 Child Trends, DataBank.
- 18 Statistics Canada, CANSIM Table 102-4005, Vital Statistics – Birth Database—3231.
- 19 Para 1999, SSA. Boletín de Información Estadística No. 19. Vol. II, Daños a la salud, 1999. México, D.F. 2000. Para 2000, SSA. Boletín de Información Estadística No. 20. Vol. II, Daños a la salud, 2000. México, D.F. 2001 (medios magnéticos). Para 2001, SSA. Boletín de Información Estadística No. 21. Vol. II, Daños a la salud, 2001. México, D.F. 2002 (medios magnéticos), [www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=mpob36&c=3213](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/med.asp?t=mpob36&c=3213).
- 20 American Academy of Pediatrics, "Section on Breastfeeding—Breastfeeding and the Use of Human Milk," *Pediatrics*, 2005, 115(2): 496-506.
- 21 S. Arenz, et al., "Breast-Feeding and Childhood Obesity: A Systematic Review," *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 2004, 28(10): 1247–1256.
- 22 T. Gonzalez-Cossio, et al., "Prácticas de Lactancia Materna en México: Resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999," *Salud Pública Méx.* 2003, Vol. 45, Tomo 4:477–489.
- 23 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, "Breastfeeding: Data and Statistics: Breastfeeding Practices—Results from the 2004 National Immunization Survey," [www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS\\_data/data\\_2004.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/data_2004.htm).
- 24 Health Canada, *Canadian Perinatal Health Report*.

- 25 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, "Breastfeeding: Data and Statistics."
- 26 Health Canada, *Canadian Perinatal Health Report*.
- 27 World Health Organization, *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding*, Geneva, 2001, [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA54/ea54id4.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf).
- 28 Gonzalez-Cossio, *Prácticas de Lactancia Materna en México*.
- 29 Statistics Canada. "Health Reports: Use of Alternative Health Care (2003)," *The Daily*, Marzo 15, 2005.
- 30 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, "Breastfeeding: Data and Statistics."
- 31 Child Trends, DataBank.
- 32 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, "Estimated Vaccination Coverage with Individual Vaccines and Selected Vaccination Series Among Children 19–35 Months of Age by State and Immunization Action Plan, US," *National Immunization Survey, Q1/2005–Q4/2005*," [www.cdc.gov/nip/coverage/NIS/05/tab03\\_antigen\\_state.xls](http://www.cdc.gov/nip/coverage/NIS/05/tab03_antigen_state.xls).
- 33 Pan American Health Organization, *Health Situation in the Americas: Basic Indicators*, Washington DC: PAHO, 2006.
- 34 La cobertura de vacunación actualizada fue definida como  $\geq 5$  inmunizaciones dentro de los 2 primeros años de edad, es decir, las 3 dosis recomendadas, una vacuna de refuerzo de difteria-polio-tetanos-tos ferina/Haemophilus influenzae tipo b y 1 dosis contra la sarampión-paperas-rubéola.
- 35 Saskatoon Health Region, Public Health Services, *Immunization Report: Report of the Medical Health Officer*, Saskatoon Health Region, 2006.
- 36 Health Council of Canada, *Their Future Is Now: Health Choices for Canada's Children and Youth*, Toronto: Health Council of Canada, 2006.
- 37 *Millennium Development Goals in Mexico: Progress Report for 2005*, Mexican Government.
- 38 WHO Mortality Database, [www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis.indc.mort.mort\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis.indc.mort.mort_table1&language=english).
- 39 Ibid.
- 40 Ibid.
- 41 Ibid.
- 42 Ibid.
- 43 Ibid.
- 44 World Health Organization, *World Cancer Report*, 2003.
- 45 C. Bosetti y C. La Vecchia, "Cancer Mortality in Latin America: Implications for Prevention, *Rev Panam Salud Pública* 2005, 18(1) Editorial.
- 46 J. M. Mejía-Arangure, et al., "Incidencia de las leucemias agudas en niños de la ciudad de México, de 1982 a 1991," *Salud Pública Méx*, Sept./Oct. 2000, Vol. 42, No. 5:431–437.
- 47 Ibid.
- 48 WHO Mortality Database, [www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis.indc.mort.mort\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis.indc.mort.mort_table1&language=english).
- 49 Definición de lesión accidental basada en los códigos ICD10 utilizados en la base de datos de la OMS.
- 50 WHO Mortality Database, Mort\_tab2\_2310-2001, [www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indc.mort.mort\\_table2&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=whosis.indc.mort.mort_table2&language=english).
- 51 Ibid.
- 52 Ibid.
- 53 Ibid.
- 54 Ibid.
- 55 M. Green (Ed.), *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 1994.

- 56 United Nations Development Program, "Inequality and Health in the United States," *Human Development Report 2005*, New York: UNDP, 2005:58.
- 57 Child Trends, DataBank.
- 58 The Henry J. Kaiser Family Foundation, *Key Facts: Race, Ethnicity & Medical Care*, 2003.
- 59 Ibid.
- 60 National Center for Policy Analysis, *Health Care Spending: What the Future Will Look Like*, [www.ncpa.org/pub/st/st286/](http://www.ncpa.org/pub/st/st286/).
- 61 OECD, *OECD Health Data 2006*.
- 62 Organization for Economic Co-operation and Development, *OECD Factbook 2006*.
- 63 M. Merlis, D. Gould, and B. Mahato, *Rising Out-of-Pocket Spending for Medical Care: A Growing Strain on Family Budgets*, The Commonwealth Fund, February 2006.
- 64 Estimaciones del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) e Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas de México 2002, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).
- 65 OECD, *OECD Health Data, 2006*.
- 66 Pan American Health Organization, *Health Human Resources Trends in the Americas: Evidence for Action*, 2006.
- 67 OECD, *OECD Factbook 2006*.
- 68 Pan American Health Organization, *Health Human Resources Trends*.
- 69 W. O'Hare and K. Johnson, *Child Poverty in Rural America*, *PRB Reports on America*, 4, No. 1, 2004.
- 70 R.W. Pong y J.R. Pitblado, *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*, Ottawa: Canadian Institute of Health Information, 2006.
- 71 [www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_024.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_024.pdf).
- 72 Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.
- 73 En el último mes.
- 74 Population Reference Bureau y Child Trends analysis of 1990–2003 Natality Data Set CD Series 21, Numbers 2–9, 11–12, 14–16 (SETS versions), and 16H (ASCII version), National Center for Health Statistics.
- 75 Statistics Canada, Births 2004, Catalogue No. 84F0210X1E and Health Canada, *Canadian Perinatal Health Report*.
- 76 Esta estadística se basa en el número de nacimientos registrados y debe interpretarse con cautela, ya que esto puede presentarse muchos meses o años después del nacimiento.
- 77 The Annie E. Casey Foundation, "Teen Motherhood at Record Low in United States," [www.aecf.org/kidscount/sld/snapshot\\_teenmother.isp](http://www.aecf.org/kidscount/sld/snapshot_teenmother.isp).
- 78 Canadian Council on Social Development, *The Progress of Canada's Children: 2006*, Ottawa: Canadian Council on Social Development, 2006.
- 79 A. McKay, "Adolescent Sexual and Reproductive Health in Canada: A Report Card in 2004," *The Canadian Journal of Human Sexuality*, Vol. 13 (2) Summer 2004, SIECCAN (The Sex Information and Education Council of Canada).
- 80 Información de Canadá de Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report, Public Health Agency of Canada, 2004; Información de Estados Unidos de 1990 a 2004: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), STD 2004 Surveillance Report. Para tasas totales por 100,000 habitantes por edad y sexo, tabla 10. [www.cdc.gov/std/stats/tables/table10.htm](http://www.cdc.gov/std/stats/tables/table10.htm).
- 81 Los expertos afirman que el incremento en el número de casos de clamidia se ha visto influenciado de manera parcial por las nuevas pruebas diagnósticas disponibles.
- 82 W. Boyce, "Young People in Canada: Their Health and Well-Being," *Health Behaviours of School-Aged Children*, Health Canada, 2004.
- 83 Centers for Disease Control and Prevention, 1993.
- 84 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2006*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2006.
- 85 Canadian Public Health Association, *Fact Sheet: Alcohol and Injury*, [www.drinkingfacts.ca](http://www.drinkingfacts.ca).

- 86 National Centre for Injury Prevention and Control, *Impaired Driving Fact Sheet*, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. [www.cdc.gov/ncipc/factsheets/driving.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/driving.htm).
- 87 Salud: México 2003, Secretaría de Salud (SSA), México. Secretaría de Salud (SSA). *Salud: México 2003*. México.
- 88 J. Villatoro, M.E. Medina-Mora, C. Rojano, N. Amador, P. Bermúdez, H. Hernández, C. Fleiz, M. Gutiérrez, y A. Ramos, *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal, 1997, 2000 y 2003. Reporte Estadístico*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) – Secretaría de Educación Pública (SEP), México, 2004.
- 89 Canadian Council on Social Development cálculos realizados desde el Canadian Community Health Survey.
- 90 National Institute of Drug Abuse, *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings 2005*, <http://monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2005.pdf>.
- 91 Ibid.
- 92 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 93 Ontario Student Drug Use Survey, Centre for Addiction and Mental Health.
- 94 National Institute of Drug Abuse, *Monitoring the Future*.
- 95 Boyce, *Young People in Canada*.
- 96 Health Canada, *Trends in the Health of Canadian Youth: Health Behaviours of School-Aged Children*, Ottawa: Health Canada, 1999.
- 97 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 98 Ibid.
- 99 P.J. Veugelers y A.L. Fitzgerald, "Prevalence of and Risk Factors for Childhood Overweight and Obesity," *CMAJ*, 2005, 173(6):607–13.
- 100 A. Must y R.S. Strauss, "Risks and Consequences of Childhood and Adolescent Obesity," *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(Suppl2):S2–11.
- 101 Casey Foundation, *Data Book*, 2005.
- 102 M.S. Tremblay, J.W. Inman, y J.D. Wilms, "Relationships between Physical Activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in Ten- and Eleven-Year-Old Children," *Pediatric Exercise Science*, 2000, 11(3):312–23.
- 103 Tasas calculadas con base en el índice de masa corporal y la población estadounidense de referencia.
- 104 Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*, México.
- 105 Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) y Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud, *Encuesta Nacional de la Juventud 2000*, México.
- 106 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2005*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2005.
- 107 M. Shields, "Nutrition: Findings From the Canadian Community Health Survey," Issue No. 1: *Measured Obesity: Overweight Canadian Children and Adolescents*, Ottawa: Statistics Canada, Catalogue No. 82-620-MWE2005001, 2005.
- 108 El estudio estadounidense utilizó la talla y el peso de una muestra representativa a nivel nacional de estadounidenses medidos directamente como parte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (National Health and Nutrition Examination Survey); Canadá utilizó la Encuesta de Salud Comunitaria Canadiense 2004 (Canadian Community Health Survey 2004), tomando como base mediciones directas de talla y peso de una muestra representativa a nivel nacional de niños, niñas y jóvenes canadienses. En estos estudios las tasas de sobrepeso y obesidad se calcularon utilizando el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado.
- 109 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children*, 2005.
- 110 Shields, "Nutrition."
- 111 INSP e INEGI, *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*.
- 112 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children*, 2005.
- 113 Shields, "Nutrition": Data Sources: 2004 Canadian Community Health Survey; Nutrition; Canada Health Survey 1978/79.

- 114 T. Lobstein, L. Baur, y R. Uauy for the International Obesity TaskForce. "Obesity in Children and Young People: A Crisis in Public Health," *Obesity Reviews* 2004, 5 (Suppl 1):4–85.
- 115 WHO, "Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic," *WHO Technical Report Series* 894, Geneva: World Health Organization.
- 116 National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Diabetes Information Clearinghouse, <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/index.htm>.
- 117 A. Fagot-Campagna, D.J. Pettitt, M.M. Engelgau, et al., "Type 2 Diabetes among North American Children and Adolescents: An Epidemiologic Review and a Public Health Perspective," *Journal of Pediatrics* 2000, 136 (5):664–72; F.R. Kaufman, "Type 2 Diabetes Mellitus in Children and Youth: A New Epidemic," *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 2002, 15 Suppl 2:737–44.
- 118 Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10), 2001.
- 119 First Nations and Inuit Health Committee, Canadian Paediatric Society (CPS), "Risk Reduction for Type 2 Diabetes in Aboriginal Children in Canada," *Paediatrics & Child Health*, 2005, 10(1):49–52, Reference No. FN1H05-01.
- 120 WHO, *World Health Statistics 2006, Core Health Indicators*.
- 121 WHO, *Global Database on Child Growth and Malnutrition* ([www.who.int/nutgrowth\\_db/database/en/](http://www.who.int/nutgrowth_db/database/en/)), Mexico 1998–99 and United States 1999–02.
- 122 WHO, Mortality Database, [www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,inds,mort,mort_table1&language=english).
- 123 La anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo del punto límite establecido.
- 124 WHO and United Nations Children's Fund, *Focusing on Anaemia*, Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2004.
- 125 Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Secretaría de Salud (SSA), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006*, México.
- 126 M. Nor, M. Andrews, y S. Carlson, *Household Food Security in the United States*, 2005, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service, [www.ers.usda.gov/Publications/ERR29/ERR29fm.pdf](http://www.ers.usda.gov/Publications/ERR29/ERR29fm.pdf).
- 127 Por seguridad alimentaria muy baja se entienden aquellas situaciones en las que el consumo alimenticio de algunos miembros de la familia son reducidos y sus patrones de alimentación normales se ven alterados como resultado de la falta de dinero y otros recursos.
- 128 Nor, et al., *Household Food Security*.
- 129 Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, *America's Children*, 2005.
- 130 Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey*, Nutrition, 2004, CANSIM Table 105-2004, [www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/tables/t006\\_en.htm](http://www.statcan.ca/english/research/82-620-MIE/2005001/tables/t006_en.htm).
- 131 Canadian Council on Social Development, *The Progress of Canada's Children: 2006*, Ottawa: CCSD, 2006.
- 132 WHO, *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva: World Health Organization, 2001.
- 133 WHO, *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*, Geneva: World Health Organization, 2003.
- 134 C. Waddell, D.R. Offord, C.A. Shepherd, J.M. Hua, y K. McEwan, "Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The State of the Science and the Art of the Possible," *Canadian Journal of Psychiatry*, 2002, 47:825–832.
- 135 Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being – 2002*, Catalogue No. 82-617, Table 33.
- 136 Los cinco trastornos considerados fueron los episodios depresivos mayores, los episodios maníacos (manías), el trastorno de pánico, la fobia social (trastorno de ansiedad social) y la agorafobia. Los problemas de dependencia fueron el consumo de alcohol y drogas.
- 137 Statistics Canada, *Canadian Community Health Survey*.
- 138 Esta información está basada en la escala de depresión construida a partir de los datos de encuestas reportados por los entrevistados, no en un diagnóstico clínico.
- 139 C. Benjet, G. Borges, M.E. Medina-Mora, C. Fleiz-Bautista, y J. Zambrano-Ruiz, "La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento," *Salud Pública Méx.*, 2004, Vol. 46:417–424.



- 140 D. Shaffer, P. Fisher, M.K. Dulcan, M. Davies, J. Placentini, M.E. Schwab-Stone, et al., *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version*.
- 141 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Estadísticas Vitales 2002*, México.
- 142 Statistics Canada, Table 102-0521, Vital Statistics Death Database, 2002.
- 143 Child Trends Data Bank, 2003 Data, [www.childtrendsdatbank.org](http://www.childtrendsdatbank.org), 2006.
- 144 Centre for Suicide Prevention, *SIEC Alert #52*, September 2003, [www.suicideinfo.ca](http://www.suicideinfo.ca).
- 145 National Institute of Mental Health, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder," [www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm#intro](http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm#intro).
- 146 Environmental Protection Agency, *America's Children and the Environment*, [www.epa.gov/envirohealth/children/index.htm](http://www.epa.gov/envirohealth/children/index.htm).
- 147 Ibid.
- 148 C. Waddell, K. McEwan, C. Shepherd, D.R. Offord, y J.M. Hua, "A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children," *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005, 50:226-233.
- 149 Environmental Protection Agency, *America's Children and the Environment*.
- 150 The Centre for Knowledge on Health Child Development, Offord Centre for Child Studies, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, [http://knowledge.offordcentre.com/behaviour/adhd/adhd\\_new.html](http://knowledge.offordcentre.com/behaviour/adhd/adhd_new.html).
- 151 U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report to the Surgeon General*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.
- 152 ChildTrends Data Bank, 2006.
- 153 U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, *Health, United States, 2005*, Table 46: Death Rates for Suicide, According to Sex, Race, Hispanic Origin, and Age: United States, Selected Years 1950-2003, [www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs05.pdf#highlights](http://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs05.pdf#highlights).
- 154 Waddell, "A Public Health Strategy."
- 155 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, 2003 SSA*.
- 156 T.J. Woodruff, D.A. Axelrad, A.D. Kyle, O. Nweke, y G.G. Miller, *America's Children and the Environment: Measures of Contaminants, Body Burdens, and Illnesses*, 2nd Edition, Office of Children's Health Protection, National Center for Environmental Economics and Policy Economics Innovation, 2003.
- 157 E. Fombonne, "Epidemiology of Autism and Other Pervasive Disorders: An Update," *J. Autism Dev. Disor.*, 2003, 33:365-381.
- 158 E. Fombonne, "Modern Views of Autism," *Can. J. Psychiatry*, 2003, 48:503-505.
- 159 The National Institute of Mental Health, "The Numbers Count: Mental Disorders in America," [www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm#Yeargin-Allsopp\\_Autism](http://www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.cfm#Yeargin-Allsopp_Autism).
- 160 La expresión Trastornos del Espectro Autista (TEA) se refiere a un grupo de trastornos del neurodesarrollo que afectan la forma en la que funciona el cerebro. Para muchas de las personas con un TEA, lo anterior se traduce en problemas para comunicarse con otras personas o la dificultad para establecer interacciones sociales ordinarias. Entre las TEA se incluye el autismo (también conocido como trastorno autista), el síndrome de Asperger y otras condiciones relacionadas. Los tipos de TEA abarcan una amplia variedad de síntomas y niveles de discapacidad.
- 161 Health Canada, *Backgrounder on Autism Spectrum Disorder*, [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006\\_111bk1\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006_111bk1_e.html).
- 162 Centers for Disease Control and Prevention, "Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs) in Multiple Areas of the United States, 2000 and 2002," [www.cdc.gov/ncbddd/autism/documents/AutismCommunityReport.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/documents/AutismCommunityReport.pdf).
- 163 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Secretaría de Educación Pública (SEP) e Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI). Primer Registro Voluntario de Menores con Discapacidad, México, 1996.
- 164 Health Canada, *Backgrounder on Autism*.
- 165 Ibid.
- 166 National Institute of Mental Health, *Eating Disorders: Facts About Eating Disorders and the Search for Solutions*, Bethesda: NIMH, 2001, [www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm), 2.



- 167 C. Cavanaugh, "What We Know about Eating Disorders: Facts and Statistics," en R. Lemberg and L. Cohn, *Eating Disorders: A Reference Sourcebook*, Phoenix, AZ: Oryx Press, 1999.
- 168 Statistics Canada, "Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being, 2002," *The Daily*, September 3, 2003.
- 169 Adolescent Medicine Committee, Canadian Paediatric Society, "Eating Disorders in Adolescents: Principles of Diagnosis and Treatment," *Paediatrics and Child Health*, 1998, 3(3):189-92, reafirmado enero 2001.
- 170 NIMH, *Eating Disorders*.
- 171 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 172 Child Trends Data Bank, 2006.
- 173 J.M. Jones, S. Bennett, M.P. Olmsted, M.L. Lawson, y G. Rodin, "Disordered Eating and Behaviours in Teenaged Girls: A School-Based Study," *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 165(5):547-52.
- 174 Child Trends Data Bank, 2006.
- 175 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 176 Jones, et al., "Disordered Eating and Behaviours."
- 177 C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, y V.B. Rasmussen (Eds.), "Young People's Health in Context, International Report from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2001/2002 Survey," WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 4, 2004, Fig. 3.29, [www.who.dk/Document/e82923.pdf](http://www.who.dk/Document/e82923.pdf).
- 178 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 179 Este dato debe interpretarse con cautela. En un número de casos es probable que las muertes no se registren como homicidios, sino más bien como lesiones accidentales.
- 180 Currie, et al., "Young People's Health in Context."
- 181 Ibid.
- 182 W. Craig, "Bullying and Fighting," en William Boyce, *Young People in Canada: Their Health and Well Being*, Health Canada, 2004.
- 183 NEA Today, *Easing the Strain of Students' Stress*, Departments: Health, Washington, DC: National Education Association, September 1999, [www.nea.org/neatoday/9909/health.html](http://www.nea.org/neatoday/9909/health.html); NEA, *National Bullying Awareness Campaign*, 2003, [www.nea.org/schoolsafety/bullying.html](http://www.nea.org/schoolsafety/bullying.html).
- 184 NEA, *National Bullying Awareness Campaign*; R. Banks, *Bullying in Schools* (ERIC Report No. EDO-PS-97-170), Champaign: University of Illinois, 1997.
- 185 Currie, et al., "Young People's Health in Context," 133.
- 186 México no participa en este estudio y no cuenta con datos sobre acoso a nivel nacional.
- 187 Wisconsin Clearinghouse for Prevention Resources, "Bullying: What We Know," <http://wch.uhs.wisc.edu/docs/PDF-Pubs/bullying-fact-sheet-WCH.pdf>.
- 188 Health Canada, *Bullying in Canada*, [http://ww4.psepc-sppcc.gc.ca/en/library/publications/fact\\_sheets/bullying/index.html#2](http://ww4.psepc-sppcc.gc.ca/en/library/publications/fact_sheets/bullying/index.html#2).
- 189 National Center for Education Statistics, *Indicators for School Crime and Safety: 2004*, <http://nces.ed.gov/pubs2005/2005002.pdf>.
- 190 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 191 Canadian Council on Social Development cálculos realizados a partir de la Statistics Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth, 2000.
- 192 E. Peled, P.G. Jaffe, y J.L. Edleson (Eds.), *Ending the Cycle of Violence: Community Responses to Children of Battered Women*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
- 193 D.A. Wolfe, C. Wekerle, D. Reitzel, y R. Gough, "Strategies to Address Violence in the Lives of High Risk Youth," en E. Peled, P.G. Jaffe, y J.L. Edleson (Eds.), *Ending the Cycle of Violence: Community Responses to Children of Battered Women*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
- 194 S.A. Graham-Bermann y Julie Seng, "Violence Exposure and Traumatic Stress Symptoms as Additional Predictors of Health Problems in High-Risk Children," *Journal of Pediatrics*, 2005, 146(3):309-10.

- 195 L.S. Carter, L.A. Weithorn, y R.E. Behrman, "Domestic Violence and Children: Analysis and Recommendations," *The Future of Children*, Winter 1999, 9(3):4-20.
- 196 U.S. Department of Justice, *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends, and Girlfriends*, March 1998.
- 197 Caring Unlimited, "Domestic Violence Facts", [www.caring-unlimited.org/DV-facts.html](http://www.caring-unlimited.org/DV-facts.html).
- 198 Villatoro, et al., *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal*.
- 199 Canadian Council on Social Development cálculos realizados a partir de la National Longitudinal Survey of Children and Youth, 1994, 1996 y 2000.
- 200 President's Task Force on Environmental Health Risks and Safety Risks to Children 2000b, citado en Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment in North America: A First Report on Available Indicators and Measures*, Montreal: CEC, 2006.
- 201 Commission for Environmental Cooperation, *Making the Environment Healthier for Our Kids: An Overview of Environmental Challenges to the Health of North America's Children*, Montreal: CEC, April 2002, 26.
- 202 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 203 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*.
- 204 Ibid.
- 205 Environmental Protection Agency, *America's Children and the Environment*.
- 206 Ibid.
- 207 Canadian Council on Social Development cálculos realizados a partir de la National Longitudinal Survey of Children and Youth, 1994, 1996, 1998, 2000.
- 208 Canadá reporta el porcentaje de niños y niñas a los que les ha sido diagnosticado asma por su médico. Esta información es hecha pública a través de la *National Longitudinal Survey of Children and Youth*, la cual plantea preguntas a los padres sobre la salud de sus hijos e hijas.
- 209 Canadian Council on Social Development cálculos realizados a partir de la National Longitudinal Survey of Children and Youth, 2000.
- 210 Statistics Canada, CANSIM 104-0001 (NPHS and CCHS).
- 211 En México se cuenta con información acerca de la tasa de asma entre niños y niñas de menos de 14 años (medida a partir del número de nuevos casos por cada 10,000 niños y niñas) y las principales causas de hospitalización.
- 212 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 213 Ibid.
- 214 Ibid.
- 215 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*.
- 216 Canadian Council on Social Development, *The Progress of Canada's Children*.
- 217 A. Di Rado, "USC Study Links Smoggy Air to Lung Damage in Children," *University of Southern California News*, September 17, 2004, <http://uscnews.usc.edu/hscweekly/detail.php?recordnum=10555>.
- 218 J. Gauderman, et al., "The Effect of Air Pollution on Lung Development from 10 to 18 Years of Age," *The New England Journal of Medicine*, September 9, 2004, Vol. 351, No.11:1057-1067.
- 219 El ozono troposférico se produce en el momento en el que dos contaminantes del aire comunes, los óxidos de nitrógeno y los compuestos orgánicos volátiles, reaccionan entre sí. Se forma en las áreas urbanas en el momento en que la luz del sol calienta los contaminantes del aire durante el calor del verano.
- 220 Las partículas transportadas por el aire, o micropartículas, son partículas sólidas o líquidas. Las micropartículas (MP<sub>2.5</sub>) son las partículas más pequeñas (sus diámetros son de 2.5 micrómetros o menos) y representan el mayor riesgo para la salud humana, ya que pueden penetrar en los pulmones. Las micropartículas representan un componente importante de la contaminación ambiental y provienen de los combustibles utilizados en la transportación, la industria y los sistemas de calefacción residencial.
- 221 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 222 Ibid.

- 223 Ibid.
- 224 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*.
- 225 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 226 Ibid.
- 227 Estados Unidos monitorea los niveles de cotina en la sangre. La cotinina es un producto de descomposición de la nicotina y un marcador para la exposición reciente al humo ambiental del tabaco (HAT).
- 228 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 229 El combustible de biomasa es un combustible renovable derivado de un organismo vivo o de un subproducto de un organismo vivo. Entre los combustibles de biomasa se incluyen la madera, el estiércol, el gas metano y el alcohol de grano.
- 230 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 231 Ibid.
- 232 Environmental Protection Agency, *America's Children and the Environment*.
- 233 Ibid.
- 234 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 235 Ibid.
- 236 Niveles de plomo en la sangre de 10 µg/dL o más.
- 237 Environmental Protection Agency, *America's Children and the Environment*.
- 238 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*.
- 239 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 240 B. Weiss y P.J. Landrigan, "The Developing Brain and the Environment: An Introduction," *Environmental Health Perspectives* 108, 2000, Suppl. 3:373-4.
- 241 P. Grandjean y P.J. Landrigan, *Developmental Neurotoxicity of Industrial Chemicals*, The Lancet.com, publicado en línea en noviembre 8, 2006, D01:10:1016/S0140-6736(06)69665-7.
- 242 Ibid.
- 243 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*, 82.
- 244 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 245 Ibid.
- 246 Ibid.
- 247 National Aboriginal Health Organization, *Backgrounder: First Nations Water Quality*, 2005.
- 248 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 249 Woodruff, et al., *America's Children and the Environment*.
- 250 Commission for Environmental Cooperation, *Children's Health and the Environment*.
- 251 Ibid.

## Equipo del proyecto sobre la Infancia en América del Norte

### CANADÁ – CANADIAN COUNCIL ON SOCIAL DEVELOPMENT

Katherine Scott

Louise Harvey

Gail Dugas

### ESTADOS UNIDOS – THE ANNIE E. CASEY FOUNDATION

Frank Farrow

Nonet Sykes

Bill O'Hare

Laura Beavers

Rachel McIntosh

### THE POPULATION REFERENCE BUREAU

Mark Mather

### MÉXICO – RED POR LOS DERECHOS DE LA INFANCIA EN MÉXICO

Gerardo Sauri Suárez

Nashieli Ramírez Hernández

Georgina García Vilchis

Claudia Marín Perusquía



## Agradecimientos

Un proyecto de esta naturaleza requiere del talento de muchas personas. El Equipo del Proyecto sobre la Infancia en América del Norte desea expresar su más sincero agradecimiento y reconocimiento a todas aquellas personas que contribuyeron con su energía y sus conocimientos al informe *Creciendo en América del Norte*. De manera particular, queremos expresar nuestro agradecimiento al personal de la *Annie E. Casey Foundation*: Frank Farrow, Nonet Sykes, Bill O'Hare, Laura Beavers y Rachel McIntosh, quienes estuvieron involucrados en cada paso del proceso, ofreciendo orientación y apoyando nuestros esfuerzos para desarrollar una nueva serie de informes sobre la infancia a nivel regional.

De la misma forma deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestras colegas del *Chapin Hall Center for Children* de la Universidad de Chicago: Mairead Reidy y Marcia Gouvêa, quienes presentaron un valioso apoyo para el desarrollo de nuestro modelo de indicadores y la coordinación inicial en la recolección de datos inicial.

También contamos con el apoyo de un grupo de especialistas de cada país. En el caso del *Canadian Council on Social Development*, queremos agradecer la valiosa participación de Angela Gibson-Kierstead. El equipo mexicano también desea expresar su gratitud a la Fundación para la Protección de la Niñez, I.A.P. por su enorme apoyo, y al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) por su orientación y el acceso a datos. A Nashieli Ramírez Hernández y Catalina Palmer Arrache, quienes fueron las responsables de la parte mexicana de este informe, y a Georgina García y Andrea Márquez, por su colaboración en la revisión final del mismo.

Louise Hanvey del *Canadian Council on Social Development* (CCSD) fue la autora principal de este informe.

El personal encargado de coordinar las actividades de comunicación y difusión estuvo integrado por Gail Dugas, del CCSD en Canadá, Connie Dykstra y Sue Lin Chong de la *Annie E. Casey Foundation* en Estados Unidos, Gerardo Sauri y Claudia Marín, de la Red por los Derechos de la Infancia en México. Connie Dykstra también encabezó al equipo de producción en la Fundación Casey y fue la encargada de transformar nuestras gráficas, tablas y párrafos en una maravillosa publicación. Trabajó junto con *Kathryn Shagas Design*, nuestra firma de diseño y producción, y con Kristin Coffey, que contribuyó con su mano experta a la corrección del texto. También queremos agradecer a Patricia Dumas por la traducción al francés y a Adolfo Ballina Valiente por la traducción al español de este texto. Del mismo modo, muchas personas contribuyeron con su asistencia administrativa. En ese sentido, queremos reconocer la contribución de Lisa Harrison.

**Revisores Expertos** Agradecemos al grupo de revisores expertos que contribuyó con sus valiosas opiniones a la elaboración de este informe.

**ROBERT ARMSTRONG, MD, PHD,  
FRCPC**

Profesor Asociado y Jefe del Departamento de Pediatría, Universidad de British Columbia  
Jefe de Medicina Pediátrica, Hospitales Infantil y de la Mujer de la Columbia Británica

**DANIEL AXELRAD**

Científico Ambientalista  
Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos  
Oficina de Políticas, Economía e Innovación

**FERNANDO DÍAZ BARRIGA, PHD**

Universidad Autónoma de San Luis Potosí,  
México

**BARBARA BOYLE TORREY**

Becaria Visitante, *Population Reference Bureau*

**BRETT BROWN, PHD**

Director de Investigación sobre Indicadores Sociales, *Child Trends*

**ADOLFO HERNÁNDEZ-GARDUÑO,  
PHD**

Hospital General de México

**ALLYSON HEWITT**

Directora Ejecutiva de *Safe Kids Canada*  
Programa Nacional de Prevención de Lesiones del Hospital para Niños Enfermos

**DR. BENITO MANRIQUE DE LARA**

Grupo Nutrisol

**LYNN MCINTYRE, MD, MHSC, FRCPC**

Profesora, Departamento de Ciencias de la Salud Comunitaria  
Facultad de Medicina, Universidad de Calgary

**DR. FRANCISCO SÁNCHEZ GIRÓN**

Médica Sur, México

**REG SAUVE, MD, MPH, FRCPC**

Profesor de Pediatría y Ciencias de la Salud Comunitaria, Universidad de Calgary  
Presidente, Sistema Canadiense de Monitoreo Perinatal, Agencia de Salud Pública de Canadá (Científico Visitante)

**C. ROBIN WALKER, MB, CHB,  
FRCPC, FAAP**

Vicepresidente de Medicina, *IWK Health Centre*, Halifax, Nueva Escocia  
Profesor, Departamento de Pediatría, *Dalhousie University*, Halifax, Nueva Escocia

**TRACEY WOODRUFF, PHD, MPH**

Científico Senior  
Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos  
Oficina de Políticas, Economía e Innovación





## PROYECTO SOBRE LA INFANCIA EN AMÉRICA DEL NORTE

[www.childreninnorthamerica.org](http://www.childreninnorthamerica.org)

### The Annie E. Casey Foundation

701 St. Paul Street  
Baltimore, Maryland 21202  
Phone: 410.547.6600  
Fax: 410.547.6624  
[www.aecf.org](http://www.aecf.org)



Canadian Council on Social Development  
Conseil canadien de développement social

190 O'Connor Street, Suite 100  
Ottawa, Ontario  
Canada K2P 2R3  
Tél: 613.236.8977  
Télécop: 613.236.2750  
[www.ccsd.ca](http://www.ccsd.ca)

### MEXICO

Red por los Derechos de la Infancia en México

Av. México Coyoacán No. 350 Col. General Anaya  
C.P. 03340 México DF  
Tels: 56 04 24 66 / 56 04 32 39 / 56 04 24 58  
[www.derechosinfancia.org.mx](http://www.derechosinfancia.org.mx)