

Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado

Informe de la Secretaría

1. La crisis persistente en el territorio palestino ocupado, las restricciones cada vez mayores impuestas a la circulación de personas y bienes, y el agravamiento de la violencia siguen afectando a la vida social y económica de los palestinos, con las consiguientes repercusiones en su situación sanitaria y su acceso a los servicios de salud. El número de personas muertas o heridas como resultado de la ocupación y del conflicto interno aumentó durante 2007 y esa tendencia se mantuvo en los primeros meses de 2008.
2. Si bien la esperanza de vida siguió aumentando en forma leve pero continua, las cifras relativas a la mortalidad de lactantes y de niños prácticamente no han variado en los últimos años, pese al compromiso mundial de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el anexo).
3. La malnutrición crónica y las carencias de micronutrientes asociadas siguen representando un problema de salud pública en el territorio palestino ocupado; por otra parte, más del 30% de la carga de morbilidad general en los adultos corresponde a enfermedades no transmisibles (véase el anexo).
4. Desde que en junio de 2007 se estableció un nuevo Gobierno de emergencia se han levantado las sanciones impuestas a la Autoridad Palestina y se ha reanudado la ayuda internacional. Sin embargo, las medidas de cierre interno, la construcción del muro de separación y el sistema de permisos siguen limitando el acceso de los pacientes a diferentes niveles de atención sanitaria en la Ribera Occidental. La Faja de Gaza sigue estando en gran medida aislada del mundo exterior como resultado de la imposición de cierres externos, al tiempo que el agravamiento de la violencia registrada en la zona puede provocar una crisis humanitaria en el sector de la salud.
5. Hay informes sobre una disminución del acceso a la atención de salud secundaria y terciaria. Durante la segunda mitad de 2007 aumentó el número de pacientes imposibilitados de acceder al tratamiento fuera de la Faja de Gaza. La falta de recambios esenciales y de material fungible básico, así como suministros y medicamentos, redujo aún más la capacidad del sistema de atención sanitaria.
6. En junio de 2006 se adoptó un instrumento elaborado por la OMS para mejorar el seguimiento de los efectos sanitarios de la evolución de la situación. La información obtenida se ha utilizado para perfeccionar la gestión y las medidas de respuesta directa encaminadas a subsanar deficiencias y para orientar **la promoción de la acción humanitaria**. La OMS ha facilitado y apoyado la comunicación efectiva y la creación de asociaciones estratégicas entre israelíes y palestinos a fin de promover el acceso de los palestinos a la salud y el desarrollo de los servicios sanitarios como un puente hacia la

paz. En la Faja de Gaza se celebró un simposio sobre salud en el que participaron israelíes y palestinos; como resultado de este simposio se estableció un foro conjunto sobre el acceso a la salud en la Faja de Gaza.

7. En respuesta a la suspensión de la ayuda financiera y económica por la comunidad internacional durante la primera mitad de 2007, y para atender necesidades sanitarias de emergencia surgidas a raíz de la política de cierres en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza, la OMS siguió proporcionando material fungible y suministros médicos esenciales destinados a los servicios de atención primaria de salud y colaboró con el Ministerio de Salud palestino en el suministro de productos farmacéuticos a la Ribera Occidental y la Faja de Gaza.

8. En su carácter de **organismo de asesoramiento técnico** del grupo de trabajo sobre el sector de la salud, presidido por el Ministro de Salud de Palestina, la OMS proporciona apoyo técnico a los 13 organismos de coordinación sanitaria centrales y de distrito, en los que participan organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y autoridades locales. La OMS ha celebrado reuniones mensuales para informar a los asociados sobre la situación sanitaria, la prestación de los servicios de salud y la respuesta a las situaciones de emergencia.

9. La OMS siguió colaborando con el Ministerio de Salud para fortalecer su departamento de nutrición y ampliar el **sistema de vigilancia nutricional** establecido recientemente. Esta colaboración abarcó el suministro de apoyo técnico y la promoción del uso de patrones de crecimiento en todos los centros de atención primaria. La OMS prestó apoyo al Ministerio de Salud en la formulación y puesta en marcha de una estrategia nacional para la alimentación del lactante y del niño pequeño, y actualmente contribuye a la elaboración de un código nacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. La OMS ha prestado apoyo técnico al programa del Ministerio de Salud sobre **control y prevención de las enfermedades no transmisibles**; estas actividades consistieron en atender necesidades concretas de capacitación en atención sanitaria especializada, preparar directrices para el diagnóstico y el tratamiento, introducir un sistema de vigilancia de los factores de riesgo y organizar una campaña de educación sobre prevención de las enfermedades crónicas.

10. La OMS ha cedido un experto internacional en **políticas y sistemas de salud** al Ministerio de Salud palestino para apoyar la aplicación del plan estratégico de salud nacional en el marco del plan de desarrollo a mediano plazo (2008-2010).

11. La OMS se ha encargado de elaborar el componente de salud del proceso interinstitucional de llamamientos unificados para 2008, con el objetivo general de garantizar el acceso de la población palestina a un conjunto integral de servicios sanitarios de buena calidad. Mediante el Proceso de 2007 se recibieron fondos humanitarios del Fondo central de las Naciones Unidas para la acción en casos de emergencia, la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, el Gobierno de España (por conducto de la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios) y el Gobierno de Noruega. Actualmente, EuropeAid y el Gobierno de Italia financian proyectos de desarrollo en el sector de la salud.

12. Los seis **hospitales de Jerusalén oriental** acogen a la mayor parte de los pacientes derivados para recibir atención hospitalaria especializada que proceden de centros sanitarios del Ministerio de Salud palestino en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. La OMS presta apoyo a estos hospitales a fin de mejorar la coordinación y la calidad de sus servicios de salud. La Organización también ha seguido prestando asesoramiento y apoyo al Ministerio de Salud en el desarrollo y la modernización de los **servicios comunitarios de salud mental** en el marco de un proyecto que abarca el establecimiento de una Dirección de Salud Mental en el Ministerio a fin de mejorar la capacidad de gestión de actividades de desarrollo, así como el funcionamiento de los servicios y el desempeño del personal. En el

contexto de sus actividades de preparación y respuesta frente a la gripe aviar y pandémica, la OMS colabora con la Autoridad Palestina prestándole apoyo en la creación de capacidad para la detección y el seguimiento de los casos registrados en seres humanos y el establecimiento de requisitos básicos para que pueda contener cualquier brote de la enfermedad.

13. A fin de fortalecer las instituciones palestinas y reactivar la economía, la Autoridad Palestina presentó en la Conferencia internacional de donantes para la Autoridad Palestina (París, 17 de diciembre de 2007) el plan de reforma y desarrollo palestino, que abarcará tres ejercicios económicos. Las promesas de contribución ascendieron a US\$ 7400 millones, de los cuales US\$ 3400 millones se destinarán a la prestación de asistencia humanitaria en todos los sectores en 2008. La participación del Ministerio de Salud en el plan de reforma y desarrollo palestino se ajusta a lo previsto en el plan estratégico de salud nacional para 2008-2010.

14. Los Gobiernos de Israel y de la República Árabe Siria han presentado cartas en relación con las condiciones sanitarias de la población del Golán sirio ocupado, pero a la Secretaría le ha sido imposible establecer datos desagregados sobre dichas condiciones.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

15. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del presente informe.

ANEXO

SITUACIÓN SANITARIA EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO, INCLUIDA JERUSALÉN ORIENTAL, Y EN EL GOLÁN SIRIO OCUPADO

Informe de investigación

Informe de la Secretaría

1. En respuesta a la petición, formulada en la resolución WHA60.2, de que la Directora General presentase un informe de investigación sobre la situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado, la Secretaría ha examinado los informes disponibles de fuentes fiables sobre la situación en el territorio palestino ocupado y ha realizado entrevistas telefónicas con determinadas personas que se ocupan de las cuestiones sanitarias, o relacionadas con la salud, en el territorio.¹ No se ha podido obtener información concreta sobre la situación en el Golán sirio ocupado.

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO

2. La recuperación económica registrada entre 2003 y 2005 sufrió un colapso en 2006, cuando el producto interior bruto disminuyó en un 8,8%. En el primer trimestre de 2007 la tendencia empeoró y se registró una nueva disminución del 4,2%. Los cambios en la estructura de la economía redujeron sus posibilidades de crecimiento autónomo y limitaron las perspectivas de crecimiento a largo plazo.

3. En la primera mitad de 2007, el déficit mensual de la Autoridad Palestina ascendió a US\$ 100 millones. Si bien en junio de 2007 el Gobierno de Israel devolvió derechos de aduana que había retenido, la suma ingresada fue inferior a los costos salariales que debía sufragar la Autoridad. La situación se ve agravada por la escasa posibilidad de incrementar los ingresos internos como consecuencia de la merma en la percepción de impuestos sobre el valor añadido y derechos de aduana a raíz de la suspensión del comercio en Gaza.

4. Durante la primera mitad de 2007 la asistencia exterior ascendió a unos US\$ 450 millones. La Autoridad Palestina estimó que para colmar el déficit fiscal los donantes deberían aportar al menos US\$ 1620 millones cada año, de los cuales el 94% se destinarían a sufragar gastos ordinarios.

5. El desempleo en la Faja de Gaza aumentó del 30% en 2005 a casi el 35% en 2006 y al 38% en el tercer trimestre de 2007. En la Ribera Occidental descendió del 20% al 19% en la primera mitad de 2007. Sin embargo, en estos porcentajes no se tiene en cuenta a las personas que han perdido su trabajo ni a las que se dedican a actividades laborales familiares no remuneradas o realizan trabajos agrícolas de temporada. Las estadísticas sobre el desempleo tampoco abarcan a las personas que participan en programas de empleo temporal del OOPS. La Oficina Central de Estadísticas de Palestina estima que, si se incluyera a los trabajadores subempleados y a los que han salido del mercado de trabajo al no poder encontrar empleo, las tasas de desempleo de 2006 en la Ribera Occidental y en la Faja de Gaza ascenderían al 28% y a más del 39%, respectivamente. Según las previsiones, si se mantiene

¹ La lista de referencias y de expertos se encuentra a disposición de los interesados.

la situación actual, a mediados de 2008 la tasa correspondiente a la Faja de Gaza se situará por encima del 50%.

6. En la Faja de Gaza la pobreza se ha agravado hasta un nivel sin precedentes y afecta ahora al 80% de los hogares, frente al 63% en 2005; aproximadamente dos tercios de dichos hogares se encuentran en situación de extrema pobreza. En la Ribera Occidental los niveles de pobreza son aproximadamente un 30% más bajos.

7. En 2007 el índice de precios al consumidor correspondiente a los alimentos aumentó un 6,3% en la Faja de Gaza y un 5,8% en la Ribera Occidental con respecto a los niveles de 2006, mientras que el precio de la harina de trigo se disparó, con un incremento superior a los dos tercios. Este aumento, que se debe en gran medida a los precios del mercado internacional, agrava aún más la precaria situación socioeconómica, en particular en la Faja de Gaza, donde el poder adquisitivo es menor. Desde junio de 2007 el gasto familiar medio en alimentos en la Faja de Gaza representó el 62%. Según se ha informado, el 61% de la población no refugiada en la Faja de Gaza sufre de inseguridad alimentaria y otro 11% corre peligro de sufrirla; el 70% de las familias indican que cada vez más tropiezan con dificultades para comprar suficientes alimentos. El aumento de la pobreza limita las posibilidades de elección de la dieta. Se consumen menos productos lácteos, huevos y verduras, mientras que aumenta el consumo de alimentos feculentos, más baratos.

8. Entre 2000 y 2007 el número de hogares con acceso a agua potable disminuyó en más del 8%. Además, como resultado de la crisis financiera y el cierre de las fronteras, muchas entidades encargadas de los recursos hídricos carecen de reservas de combustible y suministros vitales para asegurar, entre otras cosas, el tratamiento del agua, la evacuación de desechos y el funcionamiento del sistema de alcantarillado. Debido a la falta de combustible, desde enero de 2008 se han vertido cada día en el mar 40 000 m³ de aguas residuales insuficientemente tratadas.

9. Según estimaciones de las Naciones Unidas, el número de puestos de control y obstáculos fijos ha aumentado de 376 en agosto de 2005 a 563 en enero de 2008; en los 12 meses anteriores a febrero de 2008 el número de puestos de control móviles se redujo de 455 a 243. Además de reducir la circulación dentro y a través del territorio palestino, este tipo de medidas y procedimientos limita el acceso a los mercados interno e internacional, así como a los servicios de salud, al agua y a otros recursos naturales, lo cual afecta en particular a la población de la zona cerrada («zona de división») y a las personas que viven en zonas que se encuentran bajo control israelí directo.

ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

10. A medida que la escasez de recursos y los complejos sistemas de cierre interno y externo agravan las dificultades para la entrega de suministros, en particular en la Faja de Gaza, se observa un deterioro progresivo de la calidad de la atención sanitaria. Estos factores también provocan una falta crónica de material fungible y recambios esenciales. Algunos elementos de equipo hospitalario especiales, que se utilizan para el tratamiento y el diagnóstico de laboratorio, ya no pueden funcionar; esto afecta a la salud de los enfermos crónicos, como los que padecen de insuficiencia renal o de cáncer. Por ejemplo, 10 de las 26 unidades de diálisis del hospital Al-Shifa no funcionan por falta de equipo y de recambios; en reiteradas ocasiones se ha informado de que en diversas instalaciones del Ministerio de Salud en la Faja de Gaza gran parte de equipo de diagnóstico - por ejemplo, para la obtención de imágenes mediante resonancia magnética, escáneres para tomografía informatizada y aparatos de rayos X - no funciona.

11. Los datos de seguimiento de la OMS sobre la disponibilidad de medicamentos indican una escasez permanente de fármacos durante 2007. En el informe correspondiente a octubre y noviembre de 2007 se señaló que, por ejemplo, las existencias de 85 medicamentos (20%) en el Almacén Central de Medicamentos de la Faja de Gaza sólo alcanzaban para atender las necesidades durante menos de un mes y que 56 medicamentos no estaban disponibles en el territorio palestino ocupado. Además, las existencias del 17% del material fungible no eran suficientes para atender el suministro de un mes. En cuanto a la Ribera Occidental, las existencias de 97 medicamentos (23%) no eran suficientes para atender las necesidades de un mes y otros 73 medicamentos no estaban disponibles. En el Almacén Central de Medicamentos de Gaza un tercio de los medicamentos esenciales carecían de reserva de estabilización. Es evidente que el sistema de salud pública resulta vulnerable a la escasez de medicamentos. En las farmacias de atención primaria de salud de distrito en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza un promedio del 11% de los medicamentos esenciales no están disponibles, mientras que en los hospitales de ambas zonas el 8% y el 10%, respectivamente, de los medicamentos no se encuentran disponibles.

12. Según datos de la OMS correspondientes a sus indicadores de vigilancia del sector sanitario, se registró una frecuente escasez de camas y de otros elementos de mobiliario, así como de monitores de cabecera y contenedores para la evacuación de desechos. La escasez de varias categorías de personal cualificado afecta a diversos ámbitos del sector sanitario.

13. Durante diciembre de 2007 se agravó la escasez de energía eléctrica como resultado del consumo invernal, así como de los cortes de suministro impuestos por Israel y de una huelga de propietarios de gasolineras. Además, a principios de enero de 2008 el Gobierno de Israel redujo las importaciones de combustible diesel industrial a la Faja de Gaza, lo cual provocó cortes diarios de suministro con una duración media de ocho horas. Esos cortes de electricidad y la limitación de los suministros de combustible para los grupos electrógenos afectaron en particular a las unidades de cuidados intensivos y los quirófanos, así como a los servicios para casos de accidentes y emergencias, ya que impidieron la utilización de los aparatos de rayos X, los extractores de oxígeno, los sistemas centrales de succión, los sistemas de aire acondicionado, las bombas de agua y las instalaciones de lavandería. En febrero de 2008 el hospital Al-Shifa de Gaza informó de que se habían registrado cortes diarios de suministro eléctrico que duraron entre cuatro y 18 horas; otros hospitales del Ministerio de Salud tropiezan con limitaciones similares. Además, en muchas instalaciones de atención primaria de salud del Ministerio se precisó detener los grupos electrógenos auxiliares debido a la escasez de combustible diesel. Numerosos vehículos del Ministerio estuvieron fuera de servicio, lo cual impidió el transporte de personal y suministros y, por consiguiente, la prestación de servicios.

14. El deterioro de la red de atención primaria de salud, sobre todo debido a la falta de suministros médicos vitales, así como a las frecuentes huelgas registradas en el sector público y a la imposibilidad de los refugiados de pagar los honorarios nominales por atención médica en los centros de salud pública, ha provocado un aumento de la demanda de servicios de dispensadores de atención sanitaria distintos del Ministerio de Salud. Por ese motivo en 2007 la demanda de servicios sanitarios de las principales organizaciones no gubernamentales aumentó entre el 20% y el 30% respecto de 2006, mientras que la demanda de los servicios de atención primaria de salud del OOPS aumentó un 10% entre 2005 y 2006, y otro 20% en la primera mitad de 2007.

15. A finales de 2006 había 78 hospitales en el territorio palestino ocupado, con una capacidad total de 5014 camas, que atendían al 11% de la población admitida cada año en los hospitales. La tasa de 13 camas por 10 000 habitantes es una de las más bajas en la Región del Mediterráneo Oriental. La tasa de ocupación es del 80% aproximadamente en los hospitales del Ministerio de Salud, pero se reduce a menos de la mitad en los hospitales no gubernamentales y privados. Cada mes 35 000 personas

son admitidas en los hospitales, donde se realizan 11 000 intervenciones quirúrgicas y se atienden 9000 partos.

16. El acceso a los centros de atención secundarios y terciarios en la Ribera Occidental se ve afectado por las restricciones de la circulación, ya que la mayor parte de los hospitales se encuentran en ciudades, incluida Jerusalén oriental (que cuenta con el 20% de las camas de hospital de la Ribera Occidental). Jerusalén es importante para el sistema palestino de atención sanitaria porque sus seis hospitales son los principales dispensadores de atención terciaria a la población palestina. Como consecuencia de las restricciones de la circulación se han reducido los ingresos en un 40% al disminuir el número de pacientes que pueden acudir a las consultas (el 90% de los pacientes ambulatorios proceden de la Ribera Occidental, ya que los residentes en Jerusalén oriental son atendidos por el sistema de salud israelí). Las graves restricciones de la circulación, que afectan a los dispensadores de atención y a los pacientes, dificultan tanto el acceso a esos servicios como su prestación. Cada mes deben solicitarse entre 3000 y 4000 permisos para el personal (el 75% de las personas que trabajan en los hospitales de Jerusalén oriental procede de la Ribera Occidental) y para los pacientes.

17. El funcionamiento de dos servicios de atención de salud separados, uno en la Faja de Gaza y otro en la Ribera Occidental (incluida Jerusalén oriental), complica aún más los intentos del Ministerio de Salud de coordinar sus actividades y provoca una duplicación de los servicios, una pérdida de eficacia y un incremento de los costos. La reducción de los ingresos procedentes del plan de seguro médico, como consecuencia del aumento del desempleo y la pobreza, agrava los problemas creados por el incremento de los costos. Además, la capacidad de los palestinos de efectuar pagos directos por el suministro de servicios sanitarios es cada vez más limitada, lo cual les impide acceder a los servicios que sólo puede prestar el sector privado (por ejemplo, la detección periódica del cáncer de mama).

18. Los costos de los tratamientos en el extranjero aumentaron de US\$ 6,2 millones en 2002 a US\$ 32,5 millones en 2003 y US\$ 53,4 millones en 2004, y desde 2005 representan la tercera categoría de gasto más importante del Ministerio de Salud. En 2007 el costo de casi 9000 derivaciones para tratamiento en el extranjero ascendió a US\$ 25,5 millones, que en su mayor parte correspondieron a casos de cáncer (1078 casos). Ha aumentado el número de casos derivados a Israel, en particular desde julio de 2007, debido al cierre de la frontera con Egipto en Rafah, lo cual supuso una presión adicional para el presupuesto del Ministerio de Salud: el costo de los servicios en Egipto es inferior a los de los otros países vecinos. Por otra parte, la proporción de pacientes que recibieron permisos disminuyó en un 25% en la segunda mitad de 2007. Durante ese año 22 729 pacientes de la Ribera Occidental fueron derivados para recibir tratamiento en el extranjero, con un costo total de US\$ 46,1 millones, aproximadamente.

19. El Ministerio de Salud ha reanudado el pago de sueldos a su personal, así como la distribución en la Faja de Gaza de suministros y medicamentos, facilitados por la OMS, el OOPS, el Banco Mundial y el Comité Internacional de la Cruz Roja. Si bien en la segunda mitad de 2007, el Ministerio superó al parecer su crisis financiera, se observó una reducción en la financiación de las organizaciones no gubernamentales, con la consiguiente amenaza para una gran parte de los servicios de salud palestinos.

SITUACIÓN SANITARIA

20. En 2007, la esperanza de vida, que siguió aumentando lentamente, era de 71,8 años en los varones y 73,3 en las mujeres (en la Ribera Occidental, para ambos sexos, un poco mayor que en la Faja de Gaza). La tasa de mortalidad de lactantes es de 25,3 por 1000 nacidos vivos y resulta más elevada en la Faja de Gaza (28,8 y 22,9 por 1000 nacidos vivos, respectivamente). La misma tendencia se ob-

serva en la tasa de mortalidad infantil (28,2 por 1000 nacidos vivos: 31,8 en la Faja de Gaza y 25,8 en la Ribera Occidental). Ambas tasas de mortalidad son superiores en el caso de los varones.

21. La tasa de mortalidad materna es de 6,2 por 100 000 nacidos vivos. La tasa de fecundidad en todo el territorio era de 4,6 en 2006 (4,2 en la Ribera Occidental y 5,4 en la Faja de Gaza), con una diferencia marginal entre las zonas rurales y urbanas. En general, poco más de la mitad de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad utilizaban métodos de planificación familiar: en la Ribera Occidental la proporción era un 13% más alta que en la Faja de Gaza. Casi todas las madres reciben atención prenatal prestada por personal sanitario cualificado. La media de consultas médicas durante el embarazo era de 7,8.

22. Aproximadamente el 10% de la población del territorio ocupado padece al menos una enfermedad crónica diagnosticada. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles crónicas ha aumentado como consecuencia del deterioro de las condiciones de vida, el incremento de la angustia psicológica y la escasez de atención médica vital, incluidos los medicamentos. La diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares siguen siendo las principales causas no transmisibles de morbilidad y mortalidad en el territorio palestino ocupado, así como el principal motivo de las derivaciones para tratamiento en el extranjero. Entre el 35% y el 50% de las admisiones en los servicios de urgencia de los hospitales corresponden a accidentes, los cuales también son la principal causa de mortalidad en los niños de entre uno y cuatro años de edad. En todas las edades, los accidentes representan la segunda causa más importante de fallecimiento (12,5%), después de las cardiopatías.

23. La salud mental sigue siendo un problema importante. En encuestas realizadas en 2007 el 86% de los entrevistados declaró que sufría de insomnio, el 77% mencionó un deterioro de las relaciones familiares y el 72% hizo referencia al aumento de la tensión entre los niños. Casi el 40% de las personas entrevistadas sentía ansiedad, irritación y frustración, y aproximadamente la mitad tenía miedo de perder su hogar o su tierra y de verse desplazada o desarraigada.

24. En 2007 murieron 953 palestinos, lo cual representó un incremento del 8,8% con respecto a 2006; aproximadamente la mitad de esas personas fallecieron como consecuencia del conflicto interno y la violencia. Casi el 10% de los muertos fueron niños (93 en 2007). En comparación con 2006, el número de heridos aumentó casi el 14% en 2007 (hasta 4771), mientras que el número de niños heridos disminuyó a 93.

25. Aproximadamente el 10% de los niños de menos de cinco años de edad en el territorio palestino ocupado sufren de malnutrición crónica (el 13% en la Faja de Gaza y el 8% en la Ribera Occidental; el porcentaje más elevado, el 30%, se registra en la gobernación del norte de la Faja de Gaza). Aproximadamente el 1,4% de los niños padecen de malnutrición aguda. Los principales problemas nutricionales en el territorio palestino ocupado se deben a la carencia de micronutrientes, en especial de hierro: más de la mitad de los niños de la Faja de Gaza de entre 6 y 36 meses de edad y más de un tercio de los niños de esas edades en la Ribera Occidental sufren de anemia. La prevalencia de la anemia en las mujeres embarazadas es del 45% en la Faja de Gaza y el 31% en la Ribera Occidental.

26. Es probable que la falta de inversiones en medidas preventivas durante 2006 haya contribuido al aumento observado en algunas enfermedades vectoriales y zoonóticas en 2007. Entre 2006 y 2007 los casos notificados de leishmaniasis aumentaron de 150 a 181, los de salmonelosis pasaron de 27 a 70, los de quistes hidatídicos de 2 a 28 y los de shigelosis de 23 a 113. Según datos de la Oficina Central de Estadísticas de Palestina, el 14% de los niños de menos de cinco años de edad han padecido de neumonía. La incidencia de esta enfermedad es mayor en los varones.

= = =