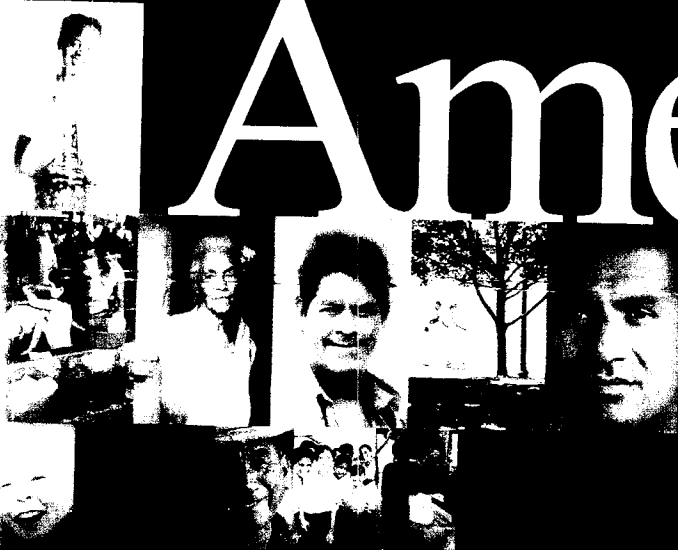


Publicación Científica y Técnica No. 587

La salud en las Américas



VOLUMEN I

Edición de 2002



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Celebrando 100 Años de Salud

Tabaquismo

En los países incluidos en la encuesta SABE, Barbados tiene la prevalencia más baja de tabaquismo entre las personas de edad (6%) y Cuba, la más alta (32%); la prevalencia del hábito de fumar en los países restantes fluctúa entre 12% y 17%. El porcentaje más bajo de personas de edad que fumaban y abandonaron el hábito se observó en Barbados (21%) y el más alto (32%), en el Brasil y Chile. En todos los países de la encuesta SABE, es de dos a tres veces más probable que fumen los hombres de edad en comparación con las mujeres mayores. El porcentaje más alto de hombres de edad que fuman se encontró en Cuba (47%) y el más bajo, en Barbados (12%). Además, 48% de los varones en Barbados nunca fumaron, en comparación con solo 22% en Cuba.

El perfil general de los comportamientos relacionados con la salud en la Región revela que las personas de edad no están participando activamente en la promoción de su propia salud y bienestar, y que los sistemas de salud no previenen o tratan en forma adecuada las enfermedades crónicas en esta población. El adiestramiento y la educación de los trabajadores primarios de salud determina el objetivo principal de la educación sanitaria, y la generación actual de trabajadores sociales y sanitarios fueron adiestrados haciendo hincapié en las enfermedades infecciosas y la salud materno-infantil. Los servicios de atención primaria de salud todavía no han modificado su objetivo principal para prevenir y tratar enfermedades crónicas y abordar las complejas necesidades de salud de las personas de edad.

LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Como se analizó en el capítulo 2, los pueblos indígenas en general suelen carecer de acceso a los servicios sociales y de salud básicos. Las posibles barreras a ese acceso son la distancia física que los separa de los servicios de salud, los recursos económicos insuficientes y la falta de servicios de calidad y culturalmente apropiados. El idioma, el analfabetismo, el desinterés por los pueblos indígenas y sus creencias, y la falta de conocimiento de los sistemas tradicionales de salud y las prácticas de curación también pueden constituir barreras. Los pueblos indígenas tienden a vivir en zonas rurales a menudo aisladas. Bolivia, Guatemala, Honduras y el Ecuador, que tienen gran número de indígenas, también están entre los países con el porcentaje más elevado de poblaciones rurales (106). Como consecuencia, muchos indígenas trabajan por su cuenta y no tienen acceso a servicios de salud relacionados con el empleo. En Guatemala, se estima que solo 30% de los indígenas están empleados y tienen acceso a servicios de salud, en comparación con 60% de la población general (107). En el Ecuador, casi 90% de los indígenas carecen de la cobertura social necesaria para tener acceso a los servicios básicos (108).

Continúan existiendo disparidades considerables entre la salud de los pueblos indígenas y la de la población general. Por ejemplo, la malnutrición y las enfermedades parasitarias y

transmisibles, como la malaria, la fiebre amarilla, el dengue, el cólera y la tuberculosis, siguen afectando a una gran proporción de la población indígena. En el Ecuador, las causas primarias de morbilidad y mortalidad son en gran medida prevenibles: las enfermedades respiratorias, la diarrea, la tuberculosis, las infecciones parasitarias y la malnutrición (109). En Colombia, los indígenas tienen limitados servicios de salud y de abastecimiento de agua, así como escasa seguridad alimentaria y pocos servicios de salud (110). En los Estados Unidos existen ciertos problemas de salud que afectan a los pueblos indígenas en mayor medida que a la población general. Por ejemplo, entre los indígenas, las tasas de mortalidad por alcoholismo son 627% más altas que entre la población general; las tasas de mortalidad por tuberculosis son 533% más elevadas; las de diabetes mellitus, 249% más altas; las de accidentes, 204%; las de suicidio, 72%; las de neumonía e influenza, 71%, y las de homicidio, 63% (111).

En general, los indígenas sufren en forma desproporcionada problemas psicosociales que generan tasas elevadas de suicidios, depresión, uso de sustancias (como alcohol, tabaco y drogas) y violencia. En el Canadá, alrededor de la cuarta parte de todas las muertes por lesiones entre los aborígenes corresponden a suicidios, con una tasa de tres a cuatro veces más alta que el promedio nacional (112).

La mortalidad y la morbilidad de los lactantes y los niños constituyen todavía un problema grave para los pueblos indígenas. Por ejemplo, mientras que en Panamá la tasa nacional de mortalidad de lactantes es de 17,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos, en las zonas indígenas llega a una cifra de 60 a 84 defunciones por 1.000 nacidos vivos (113). En el Brasil, el promedio nacional de mujeres de más de 15 años que han perdido por lo menos un hijo nacido vivo es de 16%, mientras que entre las mujeres indígenas el promedio llega a 33% (107).

La deficiente y persistente mala salud general de los niños indígenas es particularmente problemática, si se tiene en cuenta que las poblaciones indígenas tienden a ser más jóvenes que la población general. Por ejemplo, en los Estados Unidos aproximadamente 33% de los indígenas tenían menos de 15 años de edad, en comparación con 22% de la población general (111). Muchas de las causas de enfermedad de los niños indígenas son prevenibles. En el Perú, 25% de las defunciones de los niños menores de 1 año son causadas por infecciones respiratorias agudas, mientras que la diarrea provoca 12% de las defunciones (114).

Los datos provenientes de América Central y el resto de América Latina indican con claridad que el estado nutricional y de salud, así como las condiciones socioeconómicas generales, son peores entre los indígenas que entre los grupos no indígenas. Por ejemplo, en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, la prevalencia del retraso del crecimiento es más elevada en los municipios que tienen proporciones más altas de población indígena (115). En El Salvador, se estima que 40% de los niños indígenas menores de 5 años están malnutridos, en comparación con un promedio nacional de 23% (116). En Honduras

se ha estimado que 95% de los niños indígenas menores de 14 años sufren malnutrición (117).

La mortalidad materna entre las mujeres indígenas sigue siendo un problema grave. En Honduras, la tasa de mortalidad materna ha caído 40% durante el último decenio, de 182 a 108 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, las tasas en las zonas con gran número de indígenas, como los departamentos de Colón y Copán, fueron de 200 y 203 defunciones por cada 100.000 niños nacidos vivos, respectivamente (117).

Las comunidades indígenas continúan enfrentando condiciones ambientales peores que las de la población general. En el Perú, solo 42% de las familias indígenas tienen conexiones directas al sistema de abastecimiento de agua y 49% extraen agua de arroyos, estanques o pozos (9). Los pueblos indígenas del norte del Canadá están expuestos a niveles más elevados de contaminantes orgánicos persistentes y metales que la población general (118).

Enfermedades no transmisibles como la diabetes, la obesidad y la cardiopatía, que a menudo son consecuencia de modificaciones de la alimentación y el modo de vida, afectan cada vez más a los pueblos indígenas. Por ejemplo, la tribu de indios pima de Arizona, Estados Unidos, tiene la tasa de diabetes más alta del mundo (118) y alrededor de 50% de los pimas de 30 a 64 años sufren diabetes (119). En una perspectiva más positiva, la gran dependencia de los alimentos tradicionales disponibles a nivel local parece reducir el riesgo de ciertos problemas de salud. Por ejemplo, grupos indígenas del Ártico canadiense tienen una de las tasas de prevalencia de diabetes estandarizadas por edad más bajas del país.

La respuesta de los países de las Américas

A nivel de los países, se ha logrado un avance hacia el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los pueblos indígenas. Por ejemplo, las antiguas formas de interactuar con los indígenas, basadas en criterios orientados hacia la asimilación y el paternalismo, están evidentemente siendo sustituidas por políticas nuevas que se concentran en la participación, la generación de consenso acerca de problemas de mutuo interés, y la promoción de formas de desarrollo que respeten y benefician a los pueblos indígenas y, al mismo tiempo, sean compatibles con los objetivos nacionales (120). Al incluir a los indígenas en los diálogos entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales, las políticas públicas tienen la oportunidad de reflejar los intereses y las preocupaciones de los indígenas (121).

El modelo holístico de salud hace hincapié en el equilibrio entre los estados físico, espiritual, mental y emocional del individuo. Los sistemas de medicina tradicional todavía son partes vitales de las estrategias de curación de la mayoría de las comunidades indígenas, ya que muchas de las comunidades se basan en el conocimiento tradicional de las plantas, los animales y el entorno para la supervivencia básica y para satisfacer las necesida-

des médicas (122). En América del Norte, los indígenas consideran las prácticas y la teoría de la medicina tradicional como los cimientos para el bienestar y el poder de decisión de la comunidad. Las comunidades indígenas del Canadá y los Estados Unidos utilizan métodos tales como los círculos de curación, las ceremonias de sudoración y el traspaso de los conocimientos de los ancianos a las generaciones más jóvenes.

En todo el mundo, la asistencia médica occidental y los sistemas tradicionales de medicina coexisten en cierta medida. Según estimaciones de la OMS, por lo menos 80% de la población rural de los países en desarrollo se basa en los sistemas tradicionales de curación como fuente primaria de atención de salud (121). Un estudio realizado en Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana (123), verificó la existencia de sistemas tradicionales de salud en cada país y encontró que, en algunos países, la cantidad de médicos es solo ligeramente superior al número de curanderos tradicionales. Por ejemplo, hay aproximadamente 3.500 médicos y 2.500 curanderos tradicionales en Nicaragua. En varios países, hay 2,5 o más curanderos tradicionales por 10.000 habitantes.

La heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil adoptar un programa o modelo universal único de atención de salud. Las reformas en marcha en el sector de la salud en los países de la Región también plantean desafíos, en particular a causa de su énfasis en mejorar la eficiencia y reducir los costos. Por ejemplo, las tarifas cobradas a los usuarios tienden a ser regresivas y constituyen una carga financiera adicional para la mayoría de los indígenas pobres.

En la Región, varios gobiernos han establecido o expandido a nivel nacional departamentos que se ocupan de la salud de los indígenas del país. Por ejemplo, en 1999 el Ecuador creó una oficina nueva con el propósito de mejorar la calidad de la vida de los pueblos indígenas, reconociendo y fortaleciendo los sistemas indígenas de salud y asegurando un acceso adecuado a otros sistemas y servicios de salud.

Muchos países han puesto en práctica programas específicamente orientados a mejorar la salud y las condiciones sociales de los pueblos indígenas. Por ejemplo, en 2000 la Argentina inició un programa nuevo para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades entre las comunidades indígenas (124). Un componente esencial de este programa es el respeto por las creencias y sistemas de salud tradicionales de las poblaciones indígenas.

El Canadá y los Estados Unidos también han hecho progresos hacia el mejoramiento del estado de salud de sus respectivas poblaciones indígenas. Esto se atribuye en gran parte a un mayor acceso a los servicios de salud y a las medidas de salud pública. No obstante, en ambos países el progreso se ha desacelerado en los últimos años a medida que han cambiado las modalidades de la morbilidad y han surgido como nuevos retos las lesiones, las enfermedades crónicas y las enfermedades relacionadas con el modo de vida (111). Sin embargo, Estados Unidos está aplicando una iniciativa para eliminar las disparidades raciales y étnicas en

materia de salud para el año 2010. La iniciativa aborda las disparidades de salud de los pueblos indígenas estadounidenses y de Alaska con respecto a la mortalidad infantil, la diabetes mellitus, la cardiopatía, el VIH, los exámenes de detección y el tratamiento del cáncer uterino y de mama, y la inmunización de los niños y los adultos (125).

Los organismos internacionales y la integración intersectorial

Virtualmente, todos los gobiernos y las organizaciones internacionales comprenden la importancia de asociarse con los pueblos indígenas para lograr la equidad en el estado de salud y el acceso a los servicios necesarios. Se reconoce ahora que la programación es más eficiente cuando los indígenas participan en ella y cuando se incorporan criterios culturalmente específicos. Hay también un énfasis nuevo en el derecho de los pueblos indígenas a conservar sus valores e instituciones culturales (126).

La Iniciativa sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, puesta en marcha por la OPS en 1993, representa la contribución de la Organización y sus Estados Miembros para apoyar el Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, establecido por las Naciones Unidas (1993), y el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (1995-2004).

Otros organismos internacionales también han reconocido la necesidad de mejorar la eficiencia de las intervenciones para combatir la pobreza que se concentran en las poblaciones indígenas. Por ejemplo, el BID y el Banco Mundial han creado programas de reducción de la pobreza y desarrollo concentrados en las comunidades indígenas.

LA DISCAPACIDAD

En las Américas, algunas condiciones que favorecen el aumento de discapacidades son el envejecimiento de la población, la desnutrición, los accidentes, el abuso del alcohol y drogas, la pobreza extrema, las guerras, la violencia social, el desplazamiento de grupos poblacionales y los desastres naturales. Además, se han incrementado las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas, como causas productoras de discapacidades.

En Latinoamérica existen aproximadamente 85 millones de personas con discapacidad. Probablemente más de un cuarto de la población total de la Región se encuentra afectada directa o indirectamente, ya sean familiares, amistades o miembros de la comunidad. La accesibilidad y movilidad son los principales problemas a los que se enfrenta la población discapacitada, debido a las barreras arquitectónicas y urbanísticas que intensifican la dificultad para integrarse al mercado laboral y realizar las actividades cotidianas.

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta al analizar la situación de la rehabilitación en las Américas son, entre otros, los sectores involucrados en la rehabilitación que se han desarro-

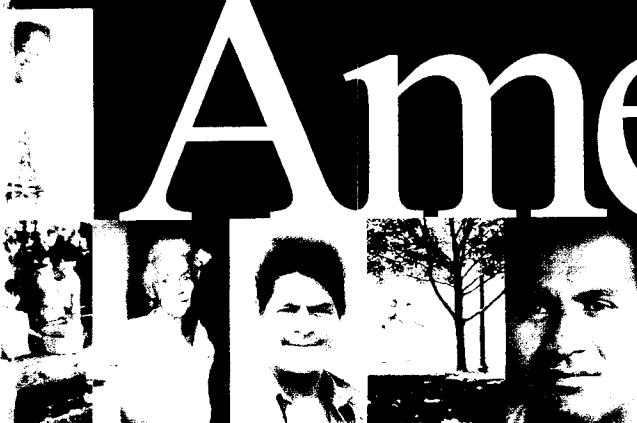
llado de manera poco coordinada, con un mayor adelanto de los aspectos de salud y educación; la calidad de vida de las personas con discapacidad y de su familia se ve afectada también por las condiciones de pobreza en las que vive gran parte de este sector de la población; la rehabilitación profesional no ha avanzado igual que la médica o la educativa; la incorporación de las personas con discapacidad a los servicios y programas de rehabilitación en la Región ha sido parcial, ya que solo 2% de esta población tiene acceso; las instituciones responsables del desarrollo de políticas de rehabilitación existen en 78% de los países; los programas de rehabilitación solo se están llevando a cabo en 51% de los países; la legislación específica existe en 62% de los países; la mayoría de los países no cuenta con un sistema de registro sobre discapacidades y rehabilitación; la investigación sobre el tema es muy limitada; la formación de recursos humanos en la Región se ha concentrado especialmente en fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; el personal general de salud capacitado en materia de rehabilitación es muy escaso, y los programas de seguridad social, en general, cubren riesgos profesionales, enfermedades y accidentes ocupacionales, y pensiones por discapacidad que benefician a la población asalariada del área urbana.

Las principales causas de discapacidad están relacionadas con la salud y el ambiente. Las causas sanitarias incluyen defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales y parasitosis, al igual que problemas relacionados con el desarrollo del feto y el parto. Entre las causas ambientales están la contaminación ambiental y sus efectos en la salud; por ejemplo, el uso irracional de plaguicidas en los cultivos. Otras causas son la violencia y la escasa prevención de accidentes ocupacionales o de tránsito, sin olvidar los casos que presentan traumas psicológicos y emocionales debidos a los conflictos armados, a los que se unen las víctimas de minas antipersonales.

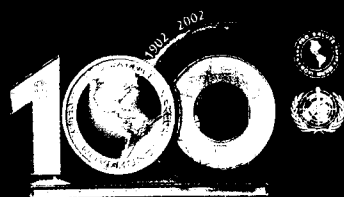
En la mayoría de los países se han establecido servicios de rehabilitación en centros asistenciales de alta complejidad, pero existe un déficit en los niveles intermedios y primarios de los sistemas de salud. A esto se suma la poca disponibilidad de talleres de ortesis y prótesis y la escasa provisión de otros aditamentos o dispositivos de asistencia técnica para las personas con discapacidad que lo requieran.

La estrategia de Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria para garantizar una atención integral a las personas con discapacidad ha sido ampliamente impulsada en los países de la Región en los últimos 20 años. Con la cooperación de la OPS se ha implantado en la mayoría de los países, aunque aún no constituye una prioridad en los planes de salud. Los mayores avances se han logrado en Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México, Nicaragua y Venezuela, así como en los países del Caribe de habla inglesa. Además, se iniciaron proyectos especiales en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Honduras. Se trabaja la puesta en marcha de esta estrategia en áreas indígenas de Bolivia, Guyana, Perú y Venezuela, así como en la zona Miskito de Nicaragua y Honduras.

La salud en las Américas



VOLUMEN II
Edición de 2002



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Centro ofrece cursos de agricultura, costura y manualidades, así como actividades de formación de destrezas en ámbitos tales como comunicación, lectura, escritura, lenguaje de signos, aptitudes para vivir en forma independiente y economía doméstica. La Sociedad para Ciegos imparte capacitación técnica y artesanal para los discapacitados visuales.

La salud de otros grupos especiales

Antigua y Barbuda atrae a muchos inmigrantes, principalmente de Dominica, la República Dominicana, Guyana, Jamaica, Montserrat y San Vicente y las Granadinas, la mayoría llegan en busca de empleo. La inmigración de ciudadanos desde Montserrat merece una mención especial debido a que muchos de ellos arribaron a Antigua en 1995, huyendo de las erupciones del volcán La Soufrière. Aproximadamente 4.000 montserratinos vivían en Antigua cuando la inmigración alcanzó su punto máximo, ya que muchos se quedaban en Antigua con amigos o parientes. Antigua ha establecido planes de contingencia en el caso de desplazamientos masivos desde Montserrat.

Antigua también ha experimentado un aumento en el número de inmigrantes de habla hispana. Gran parte de los que emigran desde la República Dominicana tienen antepasados de Antigua, ya que muchos habitantes de Antigua habían emigrado a la República Dominicana en busca de trabajo en el decenio de 1920. Estos asuntos de las migraciones han influido principalmente en los sistemas educativos, sanitarios y sociales, que tuvieron que hacer grandes esfuerzos para incorporar a los nuevos residentes. Las barreras del lenguaje también han tenido que superarse para dar educación y asistencia sanitaria a los nuevos residentes. No hay poblaciones indígenas en Antigua y Barbuda.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales más comunes en Antigua y Barbuda son los huracanes y las tormentas tropicales. En octubre de 1998 Antigua fue asolada por el huracán George, que ocasionó la muerte de 2 personas y dejó a 34 lesionadas. Los daños a las instalaciones públicas, a los establecimientos agrícolas y de pesquería, al medio ambiente, a la actividad turística, los hospitales, las iglesias, las viviendas y los negocios se calcularon en US\$ 74.074.074.

Los huracanes José y Lenny asolaron a Antigua en octubre y noviembre de 1999, respectivamente. Hubo un muerto y 13 heridos; más de 350 viviendas fueron dañadas o destruidas. El costo de las pérdidas en viviendas, medio ambiente, carreteras y puentes, establecimientos de salud, servicios públicos, agricultura y pesquería, y negocios se calculó en US\$ 91.640.519.

Enfermedades transmitidas por vectores

Las principales enfermedades transmitidas por vectores son el dengue y la malaria. En 1997 hubo 10 casos confirmados de

dengue. En 2000 se produjeron 11 casos confirmados de dengue debidos al virus serotipo 3; no se presentaron casos de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque por dengue. No se notificaron casos de malaria en 1997 ni en 1998, pero hubo un caso confirmado en 1999. La vigilancia de la malaria es constante para prevenir los casos importados.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Las vacunas contra la difteria, la tos ferina, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, el tétanos y la poliomielitis son parte integral de los servicios de Atención a la Salud del Niño. En julio de 2000 se introdujo la vacuna pentavalente, que incluye la vaci contra la hepatitis B y contra la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b. Se suministraron vacunas contra la fiebre amarilla a las personas que viajan a zonas donde esta enfermedad es endémica. En el período 1996–2000 se administraron 181 dosis de vacunas de fiebre amarilla. La cobertura de vacunación contra la difteria, la poliomielitis, el tétanos, el sarampión, la parotiditis y la rubéola en niños menores de 5 años fue de 99% en 1999.

Hay vigilancia activa para las enfermedades prevenibles por vacunación. No se produjeron casos de parálisis flácida aguda, de exantema febril ni de sarampión en el período 1996–2000. Hubo cuatro casos notificados de parotiditis en 1999 y cinco en 2000. En septiembre de 1999 el Ministerio de Salud lanzó una campaña de inmunización contra la rubéola, dirigida a todos los adultos de 20 a 30 años de edad; la campaña buscaba inmunizar a este grupo utilizando la vacuna triple contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola (MMR). Hasta marzo de 2000 se habían administrado 9.250 dosis de vacunas. En la figura 3 se presenta la cobertura de inmunización en los niños menores de 1 año para 2000.

En 1999 se produjeron tres casos de tétanos; los tres afectaron a hombres y uno de ellos fue mortal. En 1999 se notificaron al Servicio de Epidemiología 17 casos de infección por el virus de la hepatitis B. Estos informes se registraron principalmente a partir del proceso de tamizado del banco de sangre.

Enfermedades infecciosas intestinales

El país sigue libre de cólera. En el primer trimestre de 1997 se produjo un brote de gastroenteritis debido a rotavirus que afectó a unas 2.000 personas. Más de 50% de los afectados tenían menos de 10 años de edad. En el año 2000 hubo cuatro casos confirmados de tifus. Los casos correspondieron a personas de entre 3 meses a 43 años de edad.

Enfermedades crónicas transmisibles

No ha habido nuevos casos de lepra desde 1995. Los dos residentes con lepra que no necesitaban tratamiento activo fueron reubicados en la comunidad y siguen recibiendo asistencia del Gobierno.

Entre 1996 y 1999 se produjeron 16 casos de tuberculosis: seis en 1996, tres en 1997, cuatro en 1998 y tres en 1999. La vacuna

maternas registradas entre los 10 y 19 años en 1999 resultaron en una tasa específica de mortalidad materna de 3,6 por 10.000, algo inferior al total nacional, lo que indica que quizás entre los adolescentes el subregistro de estas muertes podría ser mayor.

La salud de la población adulta

Según una encuesta del UNICEF, 86% de las embarazadas realizaron cinco o más controles prenatales en 1994; sin embargo, las mujeres solteras o sin estudios primarios completos tuvieron menos de cinco. La mortalidad materna para el total del país en 1999 fue de 41 por 100.000 nacidos vivos, algo superior a los 38 por 100.000 del año 1998. Sin embargo, la Dirección de Estadísticas de Salud y el Programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud estiman que el subregistro de esta causa de muerte es de alrededor de 50%, por lo que la tasa real sería del orden de 80 por 100.000. Las diferencias encontradas entre provincias resultan de mayor magnitud con relación a otros indicadores de salud. Mientras que en la ciudad de Buenos Aires y en provincias como Río Negro, Chubut, Córdoba y Buenos Aires se registraron menos de 20 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, provincias como Chaco y Formosa presentaron tasas de 130 y 160 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. La curva de Lorenz de la mortalidad materna (figura 5) muestra que 40% de los nacimientos ocurridos en las provincias con mayores tasas de mortalidad materna generan casi 80% de estas muertes. Un programa impulsado por el Ministerio de Salud promueve la realización de reuniones locales y nacionales para analizar la mortalidad materna con el fin de detectar y corregir los factores responsables de estas defunciones así como de los problemas que resultan en enfermedad grave durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1999 la población de adultos de 60 y más años ascendía a casi 5 millones, es decir 13,4% de la población total del país, cifra que muestra un crecimiento de 24,6% de la población de este grupo de edad desde 1970. Un 56% de los adultos eran mujeres y un 44% hombres, pero mientras la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres de 60 a 64 años casi no existe, después de los 79 años la población de mujeres es el doble que la de hombres. No existe información concreta sobre el número de adultos mayores institucionalizados. Si bien hay una tendencia social a retener a los ancianos dentro de las familias, la existencia de hogares y residencias para ancianos ha crecido notablemente en los últimos 10 a 15 años, alcanzando en 1999 un valor de 20 plazas por cada 1.000 personas de 70 y más años en 13 provincias. La edad jubilatoria es de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres, pero está en estudio la elevación de estos valores a 70 y 65 respectivamente en forma progresiva.

Las enfermedades relacionadas con el modo de vida son las de más peso entre los adultos mayores. Las enfermedades cardiovasculares (30,7%), las neoplasias (19,1%) y las afecciones cerebrovasculares (8,9%) son las principales causas de muerte de

esta población, con un aumento de las enfermedades cardiovasculares y una disminución proporcional de las neoplasias en las edades más avanzadas. El peso proporcional de las neoplasias es mayor en las mujeres, en especial entre los 60 y 70 años.

La salud de los trabajadores

Entre julio de 1999 y junio de 2000 se registraron dentro del sector formal de la economía 433.495 accidentes, de los que 96% fueron leves, 3,5% graves y 0,2% mortales (955 defunciones). La tasa promedio de accidentes fue de 76,7 por 1.000 trabajadores expuestos, pero en el sector de la construcción fue más del doble: 185 por 1.000; en el de la manufactura, 128 por 1.000, y en el de la agricultura, 103,1 por 1.000. En 1996 se implementó la Ley sobre Riesgos del Trabajo, destinada a prevenir riesgos y a reparar daños ocupacionales. En el marco de esta ley, casi cinco millones de trabajadores están cubiertos por seguros de riesgo del trabajo. Por su parte, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo estableció el Plan "Trabajo Seguro para Todos", que tiene en cuenta una serie de medidas preventivas en empresas con alto índice de accidentes laborales.

La salud de los discapacitados

Mediante la Encuesta Permanente de Hogares realizada en 1991 se estimó que 7% de la población (alrededor de 3.250.000 personas) padecía algún tipo de discapacidad. Según la certificación de incapacidades para el período 1997-2000, 41,6% eran discapacidades mentales, 41,1% motoras, 13,8% sensoriales y 3,5% deficiencias viscerales. El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad tiene a su cargo varios programas para apoyar centros y servicios de rehabilitación, de atención a discapacitados carenciados, de recreación y actividades deportivas, y de formación de recursos humanos en ortesis y prótesis y en terapia ocupacional.

La salud de los indígenas

Según el Instituto de Asuntos Indígenas (INAI) la población de indígenas estimada en 1999 era de 372.996 (1,1% de la población total) y los grupos mayoritarios eran collas (98.000), mapuches (60.000), diaguitas (50.000) maticos (40.000), tobas (39.000), y quichuas y aimarás (38.500). Sin embargo, en las estadísticas de salud no existe información discriminada por grupos étnicos. Con excepción de los mapuches, ubicados en la Patagonia y la provincia de Buenos Aires, el resto de los grupos de población indígena residen mayoritariamente en las provincias de menores ingresos (grupos III y IV).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las inundaciones constituyen el evento de mayor riesgo, aunque en algunas provincias existen también los riesgos de movi-

trastornos visuales y 3% alguna discapacidad física. La mayoría de los niños con discapacidades viven en los distritos de Belice y Cayo, mientras que los distritos de Corozal y Orange Walk tienen el menor número de niños discapacitados. De los niños con discapacidades graves, 63% eran varones.

La salud de los indígenas

En Toledo y en partes del distrito de Stann Creek, donde viven la mayoría de los pueblos indígenas, el acceso a la atención de salud es motivo de preocupación. Equipos de personal médico ofrecen servicios fijos e itinerantes para responder a las necesidades de los distritos. Hay un hospital en el distrito de Toledo, y en 1999 se inauguró un nuevo hospital regional en Stann Creek.

La tasa de fecundidad total en Belice es de 3,7 niños por mujer. Las tasas de fecundidad son más altas en los distritos de Stann Creek y de Toledo (5,6 niños por mujer), donde viven los garinagu y los mayas. Las mujeres mayas tienen una tasa de fecundidad más alta —hasta 10 a 12 niños por mujer—, particularmente en las comunidades ketchi, donde el matrimonio y la crianza de los hijos empiezan a los 13 años.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Belice se vio afectado por dos grandes huracanes durante el período en consideración: el Mitch en 1998 y el Keith en 2000. Aunque el huracán Mitch no se considera el peor de los huracanes que azotaron a Belice, fue el que suscitó la mayor evacuación en la historia del país. El huracán Mitch puso de relieve la vulnerabilidad del país y la necesidad de contar con un plan de preparación para casos de desastres. El huracán Keith devastó las islas de San Pedro y Caye Caulker y dejó inundadas dos terceras partes del país y afectó aproximadamente a 72.100 personas (30% de la población total).

Enfermedades transmitidas por vectores

La malaria sigue siendo un importante problema de salud pública en Belice, a pesar de la reducción del número de casos ocurridos en el país en el período 1996–1999. El número de casos notificados en este período fue cuatro veces menor que el de 1995. Los casos de malaria pasaron de 6.014 en 1997 a 1.441 en 1999. La mayor parte de esta reducción ocurrió en los distritos de Cayo, Orange Walk y Corozal. En general, el distrito de Toledo fue el más afectado, con 1.077 (58%) casos en 1999, seguido por Cayo (18%) y Stann Creek (16%); en estos distritos se registraron 92% de todos los casos de malaria de 1999. El mayor número de casos se produjeron de junio a agosto, los meses de mayor precipitación. De los casos de 1996, 93% se debieron a *Plasmodium vivax* y 6,3% a *P. falciparum*. La proporción de casos debidos a *P. falciparum* fue de 2,5% en 1999 y 1,3% en 2000.

En 1995 se registraron 107 casos sospechosos de dengue; de ellos 9 fueron confirmados por pruebas de laboratorio. Belice no cuenta con capacidad para realizar pruebas serológicas. No se presentaron casos en 1996 y en el período 1997–1999 se notificaron 38 casos.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Se han registrado varios logros significativos en el Programa Ampliado de Inmunización, tales como la eliminación del sarampión y la introducción de las vacunas MMR y hepatitis B. En 1996, cuando se introdujo la vacuna MMR, la cobertura fue de 74%; aumentó a 98% en 1997 y se estabilizó en alrededor de 84% en 1998 y en 82% en 1999 (figura 2). La vacuna para la hepatitis B se introdujo en el programa en 1999. La cobertura para BCG aumentó a lo largo del período 1996–1999, pasando de 90% en 1996 a 96% en 1999. La cobertura con la vacuna DPT3 aumentó levemente al pasar de 85% en 1996 a 87% en 1999. La cobertura para la vacuna de poliovirus oral (OPV3) promedió 85% de 1996 a 1999.

En noviembre de 1996 se notificó un brote de rubéola en una escuela primaria de la ciudad de Belice. De los 197 casos investigados, 75 se confirmaron en el laboratorio. De estos, seis correspondieron a mujeres embarazadas expuestas a niños infectados con rubéola, tres de las cuales resultaron IgM positivas para la enfermedad. A raíz de este brote, en enero de 1997 se integró en el sistema de vigilancia del sarampión y la rubéola la vigilancia activa del síndrome de la rubéola congénita. Desde entonces se han investigado 19 casos del síndrome y de estos, 5 fueron confirmados en el laboratorio.

Enfermedades infecciosas intestinales

El cólera se notificó por primera vez en Belice en enero de 1992. De 1996 a 1999 se registraron 69 casos. A lo largo del período 1993–1998 se notificaron cinco defunciones. Los programas educativos, junto con las mejoras y la expansión en el abastecimiento de agua y el saneamiento, tuvieron un impacto positivo en la reducción de los brotes de cólera en el país, ya que en el año 2000 no se notificaron casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

Cabe señalar que 42 de los 203 (21%) casos de tuberculosis notificados en el período 1997–2000 estaban asociados con infección por el VIH. La coinfección por el VIH aumentó de 11% de los casos de tuberculosis en 1996 a 43% en 1999. El 69% de los casos registrados en este período correspondieron a hombres. Los adultos de 20 y más años fueron el grupo más afectado.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo causa importante de defunción para todos los grupos de edad. En 1999 fueron la sexta causa principal de mortalidad en los lactantes. En el grupo de edad de 1 a 4 años, las infecciones de las vías respira-

del SIDA tienen conocimientos 98% de las mujeres con instrucción y 29% de las mujeres sin instrucción. La tasa de mortalidad infantil en hijos de mujeres sin instrucción llega a 88 por 1.000 nacidos vivos, tres veces la observada en hijos de mujeres con instrucción media o superior (29 por 1.000). En 1994 la tasa de mortalidad materna se estimó en 390 por 100.000 nacidos vivos (274 en zonas urbanas y 524 en zonas rurales). La tasa de mortalidad materna más alta se registra en el altiplano rural: 602 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos.

La salud de la familia

El maltrato infantil es frecuente y proviene, en su gran mayoría (90%), de los padres de familia, como "formas de educar": uno de cada tres niños recibe regularmente agresiones físicas. También hay denuncias de maltrato infantil por violaciones y otros abusos sexuales. Se estima que 5 a 6 de cada 10 mujeres son víctimas de alguna forma de violencia en el hogar, y de cada 10 hombres, 2 son agredidos en forma psicológica por sus esposas o parejas.

La salud de los trabajadores

En los últimos años ha empeorado la salud de los trabajadores, por condiciones políticas y socioeconómicas que indujeron a la fuerza de trabajo a priorizar la preservación de sus medios de subsistencia por sobre los riesgos laborales en el lugar de trabajo. Asimismo, se multiplican las modalidades de producción informal, en que las condiciones de trabajo son más riesgosas. La precarización del trabajo debida a la crisis económica, así como la falta de políticas explícitas en la materia, ha debilitado el accionar de las instituciones existentes para atender la salud de los trabajadores. La promulgación en 1997 de la Ley 1.732, de Seguro Obligatorio, ha dado lugar a la constitución de dos administradoras de fondos de pensiones, entidades que vienen administrando los riesgos del trabajo hasta que se creen las aseguradoras de riesgos profesionales previstas en esa ley. No obstante haberse creado la Intendencia de Pensiones, responsable de la supervisión y evaluación de actividades de las aseguradoras, a la fecha no se dispone de datos sobre la salud de los trabajadores en el ámbito nacional.

La salud de los indígenas

En general, las comunidades aymara y quechua que habitan en el altiplano y los valles andinos, y que residen en zonas rurales, presentan los indicadores de salud más críticos del país; estas poblaciones se encuentran por debajo de la línea nacional de pobreza, más de la mitad de ellas en condiciones de indigencia. La situación de salud de los grupos étnicos minoritarios que habitan en la región amazónica y en el Chaco boliviano no es menos crítica; solo se dispone de informes no actualizados que hacia 1990 mencionaban tasas de mortalidad infantil próximas a 200 por cada 1.000 nacidos vivos entre las etnias pacahuara (ríos Madera

y Abuná), reyesanos (río Maniquí), guarasugwe (Chaco), cayubaba (río Yata) y araona (río Manuripi).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Las principales amenazas son inundaciones, deslizamientos, sequías e incendios forestales que sobrevienen en forma cíclica con distinto grado de severidad. En los últimos años, las consecuencias más graves han estado asociadas a los efectos del fenómeno El Niño y a su impacto económico: 40 muertos y pérdidas por US\$ 837 millones en 1997, y 75 muertos y pérdidas por US\$ 527 millones en 1998, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Si bien los terremotos no son frecuentes en Bolivia, la amenaza existe, principalmente en Cochabamba. En 1998 el terremoto de Aiquile-Totora dejó 75 muertos y 74 heridos en una población de 7.000 habitantes. El país cuenta con un sistema de respuesta a emergencias y desastres, aunque no está preparado para catástrofes de mediana y gran magnitud.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En tres cuartas partes del territorio boliviano se transmite activamente la malaria, con circulación de *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* y presencia de los vectores *Anopheles darlingi* y *A. pseudopunctipennis*. En tales áreas maláricas residen 3,5 millones de habitantes, es decir, la mitad de la población del país. Los casos de malaria por *P. vivax* notificados en 2000 fueron 31.468 (índice parasitario anual, IPA, 8,8 por 1.000), 37% menos que en 1999 (50.037 casos; IPA 14,3 por 1.000) y 58% menos que en 1998 (74.350 casos; IPA 24,8 por 1.000). Esta situación contrasta con la registrada en 1991, cuando se notificaron 19.031 casos (IPA 7,0 por 1.000). Por otra parte, en el año 2000 se notificaron 2.536 casos de malaria por *P. falciparum*, 78% menos que en 1998 (11.414 casos).

Enfermedad de Chagas. Esta enfermedad es endémica en 60% del territorio boliviano, debido a la presencia del vector *Triatoma infestans*. Esa vasta superficie comprende 6 departamentos, 65 provincias, 169 municipios y 13.776 comunidades, donde existen unas 700.000 viviendas infestadas, tanto en zonas rurales como periurbanas, y donde residen 4,0 millones de habitantes, en riesgo de enfermar. La prevalencia de la infección por el *Trypanosoma cruzi* en la población residente en las áreas endémicas se estima en 40%; 24% de ella presenta alguna alteración electrocardiográfica compatible con la enfermedad. El tamizaje serológico para la enfermedad de Chagas efectuado en tres bancos de sangre durante los años 1998 y 1999 señaló una incidencia de 17,5% de infección tripanosómica.

Fiebre amarilla. Después de aumentar durante los años ochenta, la cantidad de casos de fiebre amarilla selvática declinó

de alto riesgo a nivel de los estados. En el sistema público de salud, las acciones dirigidas a la planificación familiar comprenden campañas educativas, suministro de preservativos, y prácticas de ligadura de trompas y vasectomía.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

La proporción de personas de 60 y más años de edad está aumentando de forma progresiva en todas las regiones, en especial en el sexo femenino. En 1999 se situaban en este grupo de edad 9,7% de las mujeres y 8,0% de los hombres, mientras que en 1991 esos porcentajes eran de 7,8% y 6,8%, respectivamente. El perfil de la mortalidad refleja las modificaciones demográficas, y se observa el aumento progresivo de la proporción de defunciones en edades superiores a los 60 años, que pasó de 38% en el trienio 1979-1981 a 54% en 1998. Este porcentaje varió de 42% en la región Norte a 60% en la región Sur. En 1998, las enfermedades del sistema circulatorio (46%), las neoplasias (17%) y las enfermedades respiratorias (11%) predominaron como causas de muerte definidas y se destacó el elevado porcentaje de causas mal definidas (18%), creciente en los subgrupos de ancianos de edad más avanzada.

La población anciana respondió por 18% de las hospitalizaciones realizadas en el sistema público de salud en 2000, y las causas principales fueron las enfermedades de los sistemas circulatorio (28%), respiratorio (20%) y digestivo (10%). Las acciones dirigidas a dicho segmento de la población se orientan por la Política Nacional de Salud del Anciano, aprobada en 1999, que contiene directrices, estrategias generales y prioridades de acción, con el propósito de promover el envejecimiento saludable, mantener y mejorar la capacidad funcional de los ancianos, prevenir enfermedades específicas, tratar a los enfermos y rehabilitar a los que tengan su capacidad funcional limitada. Entre las medidas preventivas, se destaca la vacunación contra la influenza y la infección neumocócica mediante campañas anuales que, desde 1999, han contribuido a reducir la hospitalización por infecciones respiratorias. En abril y mayo de 2001, la campaña benefició a más de 10 millones de ancianos.

La salud de los trabajadores

La información disponible sobre enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo se refiere solo a la población asegurada por el sistema de previsión estatal. Esta limitación restringe el universo analizado a 18,8 millones de trabajadores, concentrados en las regiones Sudeste (58%) y Sur (19%), según datos de 1998. En este grupo se registró una tasa de 16 casos de enfermedad ocupacional por 10.000 trabajadores asegurados. En el mismo año se produjeron 384.000 accidentes de trabajo (20 por 1.000 asegurados), con 3.800 defunciones (20 por 100.000 asegurados). La tasa de mortalidad masculina (23,3) superó ampliamente la tasa femenina (13,1), lo que ocurrió en todas las regiones del país. Del total de accidentes registrados en 1998, 91% se consideraron típicos —resultantes de las características de la

actividad profesional desempeñada—, mientras que los restantes se produjeron en el trayecto entre la residencia y el lugar de trabajo. Cerca de 85% de los accidentes generaron incapacidad de naturaleza temporal (96%) o permanente (4%).

El área de salud del trabajador en el Brasil se incluye en los sectores de salud, trabajo, previsión social y medio ambiente, con competencias y atribuciones propias. En el sector salud, diversos instrumentos normativos federales recientes orientan las acciones destinadas a mejorar la cobertura y la calidad de la asistencia al trabajador.

La salud de los discapacitados

Los únicos datos de alcance nacional disponibles, que corresponden a 1991, registran una tasa de prevalencia de 1,1% de discapacitados en la población general. Desde 1989 se ha venido ampliando el marco legal de amparo de ese segmento de la población, y cada vez es mayor el número de municipios que ofrecen facilidades de locomoción a los discapacitados. El Consejo Nacional de Salud aprobó en 2000 la política nacional de salud de la persona con discapacidad. Hay instituciones de excelencia que sirven de referencia técnica nacional para la atención de personas con discapacidades específicas.

La salud de los indígenas

La población indígena brasileña se estima en 350.000 personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas. Aunque constituye solo el 0,2% de la población total, el contingente indígena está presente en 24 de los 26 estados. Cada pueblo tiene una forma propia de organización —social, política y económica—, de relación con el medio ambiente y de ocupación territorial. Las regiones Norte y Centro-Oeste concentran cerca de 60% de esa población y 98,7% de las tierras indígenas. La situación sanitaria de los pueblos indígenas se caracteriza por altas tasas de incidencia y letalidad por malaria, tuberculosis y enfermedades respiratorias, diarreicas e inmunoprevenibles.

Desde 1999, la atención a la salud indígena está bajo la responsabilidad directa del Ministerio de Salud, por medio de 34 distritos sanitarios especiales indígenas vinculados a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA). Cada distrito cuenta con un equipo de salud que emprende acciones de atención básica, bajo el control de los consejos locales y distritales de salud indígena. En las aldeas y comunidades actúan agentes de salud indígenas, capacitados para la atención básica. Las relaciones con los servicios formales de nivel secundario o terciario son apoyadas por "casas de salud del indio", localizadas en sedes municipales de referencia.

La salud de la población negra

La población negra brasileña, constituida por negros y pardos, supera a la de cualquier otro país fuera del continente africano y presenta características genéticas peculiares, por el mestizaje de individuos de varias etnias procedentes de distintas regiones del

de las mujeres mayores de 65 años fueron víctimas de delitos violentos, en comparación con 16,8% de los hombres jóvenes y 13,9% de las mujeres jóvenes. Sin embargo, los adultos mayores tienen más probabilidades que otros grupos de edad de ser víctimas de delitos económicos (por ejemplo, fraudes telefónicos).

La salud de la familia

En 1996, 42% de los canadienses eran solteros y 47% estaban casados (lo que incluye las parejas consensuales y los separados). Entre 1991 y 1996, el número de familias consensuales aumentó a 28%, en comparación con un aumento de 19% de las familias de padres solteros y de 2% de las familias casadas. En 1996 había 1,1 millón de familias de padres solteros (15% de todas las familias). Más de 80% de las familias de padres solteros estaban encabezadas por una mujer, casi una cuarta parte de ellas nunca se había casado. El tamaño promedio de la familia es de tres personas y el número promedio de hijos era 1,2; estas cifras han permanecido prácticamente invariables desde el censo de 1991.

Una encuesta social general de 1999 determinó que 8% de las mujeres y 7% de los hombres que estaban casados o vivían en una relación consensual habían sufrido algún tipo de violencia infligida por uno de los miembros de la pareja durante los cinco años anteriores; en otras palabras, 690.000 mujeres y 590.000 hombres notificaron por lo menos un incidente de violencia. Las mujeres tenían cinco veces más probabilidades que los hombres de necesitar atención médica por heridas resultantes del abuso.

En 1999, los niños y los jóvenes menores de 18 años habían sufrido 60% de todos los ataques sexuales y 20% de todos los ataques físicos notificados en una muestra de 164 departamentos de policía. Los padres, en comparación con otros miembros de la familia, eran los que más cometían este tipo de abuso contra los niños y los jóvenes. Los padres causaban 66% de los ataques físicos y 42% de los ataques sexuales contra los niños menores de 18 años. Con el propósito de evitar la violencia familiar y proteger y tratar a sus víctimas, Salud Canadá ha creado el Centro Nacional sobre Violencia Familiar, un recurso nacional para los canadienses que piden información acerca de la violencia familiar y que buscan nuevos medios para abordar el problema.

La salud de los trabajadores

En el año 2000, el tamaño de la fuerza laboral canadiense era de 15,9 millones de personas, es decir 65,9% de la población de 15 años y más, y la tasa de desempleo era de 6,8%. La participación de las mujeres en la fuerza laboral pasó de 36% a 59,5% entre 1970 y 2000.

En 1999, aproximadamente dos terceras partes de las personas empleadas notificaron haber perdido días de trabajo debido a la mala salud. La mayoría de ellas dijo haberse ausentado por pocos días; 25% faltó dos días al trabajo. La gente que tiene niveles de educación más altos tiene menos probabilidades de ausentarse de su trabajo más de 10 días por año. El uso de medicamentos está acompañado de un aumento del ausentismo; además, está

comprobada la asociación positiva entre el cigarrillo y los mayores niveles de ausentismo.

Si bien se observó un aumento constante en las lesiones relacionadas con el trabajo, hasta el máximo alcanzado en 1987 que fue de 48,5 por 1.000, la tasa bajó a 27,6 en 1996. Los hombres sufren 2,5 veces más lesiones que las mujeres, y tienen más probabilidades de sufrir lesiones en el trabajo entre las edades de 15 y 29 años.

La salud de los discapacitados

En 1998-1999, 18% de los canadienses de 12 y más años notificaron una discapacidad o una limitación constante debido a un problema de salud. En 1996, para todos los grupos de edad combinados, las mujeres tenían más probabilidades de notificar limitaciones en su actividad en el hogar o cualquier tipo de discapacidad de larga duración. Para ambos sexos, las tasas de limitación aumentaban con la edad, a un máximo de 33% a los 75 años. Entre los que tenían más de 75 años, 44% notificaron algún tipo de limitación de larga duración. En general, 25% de los canadienses en los niveles más bajos de ingreso notificaron algún tipo de discapacidad de larga duración, en comparación con solamente 14% en los niveles de ingreso más altos.

La mayoría de las discapacidades son problemas no artríticos en la espalda, seguidos por dificultades de la visión y la audición y problemas musculoesqueléticos. La prevalencia de las enfermedades mencionadas no aumentó con la edad.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

La población indígena sigue expuesta a un alto riesgo de enfermedades y muerte prematura en comparación con la población canadiense considerada en conjunto. Como resultado, la esperanza de vida al nacer para los hombres y las mujeres indígenas es de 71,5 años y de 75,2 respectivamente, lo que es más bajo que las cifras nacionales para ambos sexos. La causa principal de muerte entre los pueblos indígenas son las lesiones y los envenenamientos, con una tasa bruta de 154 defunciones por 100.000 habitantes. También sufren de más enfermedades crónicas tales como diabetes (tres veces más a menudo) y enfermedad cardiovascular que la población en general, y hay pruebas de que la prevalencia de estas enfermedades está aumentando entre los pueblos indígenas. Además, la tasa de suicidio es de dos a siete veces más alta entre la población indígena que en la población canadiense en general y es causa de preocupación especialmente entre los hombres jóvenes de las comunidades inuit.

La tasa de mortalidad infantil para las poblaciones indígenas registradas del Canadá, en 1996, fue de 14 por 1.000 —casi tres veces más alta que el promedio nacional— aunque esto representa un descenso con respecto a la tasa de 18 por 1.000 correspondiente a 1986. En el Canadá se producen anualmente unas 150 defunciones de lactantes debidas al síndrome de la muerte súbita del lactante, pero los lactantes indígenas tienen tres o

cuatro veces mayor riesgo de morir de este síndrome que los lactantes no indígenas.

Los niños y los jóvenes indígenas tienen una tasa más alta de discapacidad que los de la población nacional considerada en conjunto, y los niños indígenas que viven fuera de las reservas tienen una tasa más alta de discapacidad grave que los que viven en las reservas. La vivienda inadecuada y el hacinamiento incidieron en tasas más altas de problemas respiratorios e infecciones respiratorias entre los niños indígenas. Los niños de las familias indígenas también registran una tasa más alta de lesiones no intencionales y de defunciones prematuras por ahogamiento, además de tener más probabilidades de fumar, beber y utilizar drogas a una edad más temprana. Las encuestas de las Primeras Naciones y de las comunidades inuit revelan una prevalencia del tabaquismo dos o tres veces más elevada que el promedio nacional canadiense (62-73%).

En comparación con las familias canadienses consideradas en conjunto, una proporción mayor de familias indígenas experimenta problemas con la vivienda y el acceso a los alimentos. Estos problemas tal vez estén vinculados a niveles más altos de desempleo y a ingresos cada vez más bajos. En 1996, la tasa de desempleo de los indígenas variaba de 26% a 29%. En 1995, por lo menos 44% de la población indígena y 60% de los niños indígenas de menos de 6 años se encontraban por debajo de la tasa correspondiente a ingresos bajos, según Statistics Canada.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el Canadá se producen inundaciones, incendios forestales, tormentas de nieve y tornados. La tormenta de nieve de 1998 fue la peor que azotó al Canadá en varios decenios, ocasionando por lo menos 25 defunciones, muchas de ellas debidas a hipotermia. La tormenta asoló a partes de Ontario, Quebec, Nueva Brunswick y Nueva Escocia, y afectó directamente a mayor número de personas que cualquier otro suceso climático en el Canadá.

Enfermedades transmitidas por vectores

En el Canadá solamente hay casos importados de malaria; durante los últimos cinco años el número de casos ha subido significativamente. En 1997 se notificaron 1.036 casos en el Canadá, un aumento con respecto a los 430 casos de 1994. No se han notificado casos de fiebre amarilla en el Canadá durante varios decenios.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Desde que en el Canadá se introdujeron las vacunas, el país ha experimentado una reducción de 95% en las enfermedades prevenibles por vacunación. La poliomielitis fue eliminada oficialmente en 1994, y la ejecución del programa de vacunación en dos dosis para el sarampión ha disminuido en siete veces la inciden-

cia de casos notificados de sarampión en 1998. En 1997, 94% de los niños de 2 años habían recibido inmunización apropiada para su edad para sarampión, parotiditis y rubéola; 85% para difteria, tos ferina y tétanos; 86% para poliomielitis, y 74% para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib).

En 1996 no se notificaron casos de difteria. Desde 1986 a 1995 solo se notificaron de dos a cinco casos anualmente, y no hubo defunciones debidas a difteria desde 1983. Hasta diciembre de 1999, se habían notificado 28 casos de sarampión, 8 de los cuales fueron causados por exposición mientras se encontraban fuera del Canadá; los restantes se vincularon con un caso importado. En 1998 se registraron 12 casos esporádicos confirmados en el laboratorio. Hubo 117 casos notificados de parotiditis en 1998. Se ha notificado que la encefalitis por parotiditis puede llegar a 5 por 1.000 casos, con una tasa de casos mortales de 1,4%. Se notificaron 68 casos de rubéola en 1998; sin embargo, hay preocupación de que la subnotificación sea considerable. Entre 1986 y 1996, la tasa anual de incidencia promedio de la tos ferina disminuyó a 17 casos por 100.000 habitantes. En años recientes, la epidemia había aumentado de tamaño. Casi 20% de los casos causaron una enfermedad lo suficientemente grave para exigir el ingreso a una unidad de cuidados intensivos, con una tasa de mortalidad de 0,7%. Se notificaron tres casos de tétanos en 1996. Hubo 55 casos de enfermedades por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en 1996 y 46 en 1998. Aunque la tasa de inmunización para VIH sigue siendo baja con respecto a la de otros programas de inmunización, la cobertura ha aumentado 20% entre 1995 (55%) y 1998 (75%). Las tasas de hepatitis B son constantemente más altas para los hombres que para las mujeres, y los casos notificados en el Canadá siguen siendo de 970 por año (3,2 por 100.000 habitantes). La figura 4 presenta la cobertura de inmunización para la población menor de 2 años en 1998.

Enfermedades infecciosas intestinales

No hay focos endémicos de cólera en el Canadá; todos los casos son importados. Otras enfermedades infecciosas intestinales tales como anquilostomiasis, ascariasis, necatoriasis y triquinosis, son poco comunes y no se notifican a nivel nacional como enfermedades notificables. Hay otras enfermedades transmitidas por los alimentos o por el agua que se notifican en el Canadá, siendo las más comunes las que se notifican nacionalmente. En 1998, la infección por *Campylobacter* fue la más común de las infecciones entéricas, con 14.236 casos y una tasa de 47,1 por 100.000, seguida por la salmonelosis, con 7.040 casos y una tasa de 23,3, y las infecciones causadas por *Escherichia coli*, con 1.484 casos y una tasa de 4,9.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 1998 hubo 1.798 casos de tuberculosis notificados en el Canadá, con una tasa global de 5,9 por 100.000 habitantes. Además, la tuberculosis se indicó como la causa subyacente de defunción para 114 personas en 1997. Hubo una proporción cada

La salud de los indígenas

En 1993, la esperanza de vida fue de 63 años (mujeres 67,0 y hombres 60,3) para los aymará; de 72,8 (mujeres 76,1 y hombres 69,7) para los rapa nui, y de 75,6 para las mujeres mapuche y 68,5 para los hombres mapuche. Existe una alta concentración de población indígena en 39 comunas del país y una presencia significativa en 26; estas comunas presentan indicadores de condiciones de vida desmejorados en comparación con otras zonas geográficas del país, y la correspondencia entre zonas de pobreza y zonas indígenas es alta. Las altas tasas de mortalidad infantil son hasta 40 puntos más elevadas que la tasa nacional en el pueblo atacameño, y la esperanza de vida de hasta 10 años menos en el aymará.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el período 1996–2000 Chile enfrentó varios desastres naturales. En 1998 el fenómeno “La Niña” provocó una caída significativa de los índices pluviométricos que afectó a una extensa zona de alrededor de 1.500 km de norte a sur. Desde la Región de Valparaíso hacia el sur, los grandes embalses presentaron déficits en comparación con sus medias históricas, lo que ocasionó serios problemas de abastecimiento de agua potable en zonas rurales y que se declarara la “emergencia agrícola” en 217 comunas. Como consecuencia se vieron perjudicados los principales cultivos tradicionales y el ganado, aumentaron los incendios forestales y se perdieron más de 90.000 hectáreas de bosques, especialmente en la Región Bío-Bío. En octubre de 1997, un terremoto afectó a gran parte de la Región Coquimbo y resultaron damnificadas 13.000 viviendas.

En junio de 2000 se produjo una gran alteración climática en forma de lluvias abundantes, temporales, ventiscas y nevazones que abarcó desde la Región Antofagasta hasta la Región Lagos. El desbordamiento de los principales ríos del país provocó inundaciones parciales en una gran cantidad de poblados y tierras cultivables, así como cortes de caminos y puentes que dejaron aisladas a miles de personas. En casi todos los establecimientos de salud, que también resultaron afectados, aumentaron las consultas por afecciones respiratorias de diversa gravedad.

Enfermedades transmitidas por vectores

El último brote epidémico de malaria se presentó en 1945 y desde entonces no se notifican casos autóctonos. El país se encuentra libre del mosquito *Aedes aegypti*. La fiebre amarilla, el dengue, la peste y la esquistosomiasis no existen en Chile.

El área endémica de la enfermedad de Chagas abarca zonas rurales y periurbanas entre las regiones de Tarapacá y Libertador General Bernardo O'Higgins, con una población expuesta de 850.000 habitantes. Se observó un ascenso de la mortalidad hasta 1985; en los últimos cinco años se estabilizó en aproximada-

mente 55 casos anuales, con una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes. Esta cifra representa 0,07% del total de defunciones. Respecto a la causa de muerte, más de 80% corresponde a cardiopatía chagásica y el resto, a la afección de otro órgano. Desde 1989 no se registran defunciones en menores de 15 años. Prácticamente no hay diferencias por sexo y las tasas más altas se observan entre los 45 y 64 años.

A partir de 1996 es obligatorio el tamizaje de la sangre donada. En noviembre de 1999 se realizó en Santiago la Reunión Internacional para la Certificación de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas, donde se declaró a Chile libre de la transmisión por *Triatoma infestans*.

Enfermedades prevenibles por vacunación

La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, sarampión, Hib, OPV1, OPV2, OPV3, DPT1, DPT2 y DPT3 alcanzó entre 91% y 96% en 1998 y 1999 (figura 4). La cobertura en los niños de 12 a 23 meses con la vacuna contra la rubéola, la parotiditis y el sarampión alcanzó entre 91% y 96% en los años 1998 y 1999. La vacunación con TD en niños escolares fue de 90% en 1998 y 89% en 1999. La cobertura de vacunación contra la influenza en adultos mayores de 65 años fue de 95% en 2000 y 99% en 2001.

Poliomielitis. El último caso se presentó en 1975. En 1999, la tasa de notificación de parálisis flácida aguda (indicador de vigilancia de la OPS) superó en 25% a la de 1998 (2,1 y 1,7 por 100.000, respectivamente).

Difteria. A principio de los noventa, luego de un marcado descenso de la tendencia, la difteria pasó de ser endémica a esporádica; en 1996 se presentó el último caso.

Sarampión. Con objeto de lograr la erradicación del sarampión en la Región de las Américas en el año 2000, se realizaron campañas de vacunación masiva en todo el país. En 1993 se presentó un solo caso importado y en los tres años siguientes no se confirmó ninguno. En los años posteriores hubo brotes localizados y casos esporádicos, con un total de 58 en 1997, 6 en 1998 y 31 en 1999.

Tos ferina. En 1999 se registró la tasa de incidencia más alta observada en los últimos 19 años (20 por 100.000) y en 2000 la tasa de incidencia acumulada superó en 73% a la de igual período de 1999 (6,4 y 3,7 por 1.000, respectivamente). En 85% de los casos el diagnóstico fue solo clínico. En el período 1996–1999 se observó una tendencia al aumento en el grupo de menores de 1 año.

Tétanos. Es una enfermedad de notificación obligatoria. Se presentan casos esporádicos, con una incidencia constante de 0,1 por 100.000 habitantes en el último decenio. Respecto al tétanos neonatal, se ha fijado la meta de su eliminación con la vacuna-

La salud de la población en edad escolar primaria (5-9 años)

Este grupo de edades constaba de 4,8 millones de niños en el año 2000. Según el DANE, se registraron 1.537 defunciones en 1998 (36,9 por 100.000 varones y 26,7 por 100.000 niñas), más de 65% de ellas por causas externas, 18% por enfermedades transmisibles y 13% por neoplasias malignas.

La salud de los adolescentes (10-14 y 15-19 años)

En 2000 este grupo de edades constaba de 8,6 millones de personas: 4,4 millones entre 10 y 14 años y 4,2 millones entre 15 y 19. Según el DANE, en 1998 se registraron 7.864 defunciones en la población adolescente (133,4 por 100.000 hombres y 47,9 por 100.000 mujeres). De las muertes correspondientes a varones de 15 a 19 años, 69% se deben a violencia, con 13 muertes masculinas por cada muerte femenina por esta causa para esas edades. Según el Sondeo Nacional del Consumo de Drogas en Jóvenes, el alcohol y la marihuana siguen siendo las drogas más consumidas; 15,2% de los que toman bebidas alcohólicas y 6,8% de los fumadores de cigarrillos son menores de 18 años. La prevalencia del consumo de cocaína en la población general es de 3,8%; de ellos, 15,2% tienen de 11 a 15 años, y 30,4%, de 16 a 18. Según la ENDS 2000, 56% de los jóvenes de 10 a 14 años vivían con sus padres. En la década del noventa casi se duplicó la cantidad de mujeres gestantes de 15 a 19 años: de 10% en 1990 a 19% en 2000.

La salud de la población adulta (20-59 años)

En el año 2000 había en Colombia 26 millones de adultos. Según el DANE, en 1998 se registraron 78.280 defunciones en este grupo de edades (406,3 por 100.000 hombres y 168,9 por 100.000 mujeres). Hacia el fin del siglo XX se comprobó el aumento de la carga de enfermedad en los adultos de 15 a 44 años, especialmente hombres, que se atribuye al considerable incremento de los homicidios y del SIDA. En 1997 el II Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas mostró una tendencia decreciente en la prevalencia de consumo de tabaco: de 29,7% en 1987 a 22,2% en 1998; la proporción de ex consumidores recientes, con menos de un año de haber dejado de fumar, fue de 3,7% en la población general, sin diferencia por sexo. Según la ENDS 2000, en la población femenina sexualmente activa (que vive en pareja) la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos era de 77%, el espaciamiento entre embarazos o período intergenésico medio fue de 37 meses (en contraste con 34 meses en 1995), y de 46 meses entre las mujeres con educación universitaria, en tanto que la tasa bruta de natalidad fue de 24,4 por 1.000 habitantes (comparada con 27,0 en 1995).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 2000, 7% de los colombianos (3 millones de personas) tenían 60 y más años. Según el DANE, en 1998 se registraron 73.121 defunciones en este grupo de edades. Las principales cargas de enfermedad en ambos sexos fueron las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus

y las neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata y cuello del útero.

La salud de la familia

La violencia intrafamiliar es un problema prioritario. Según la ENDS 2000, 41% de las mujeres que han vivido alguna vez en pareja declararon haber sufrido violencia física por parte del cónyuge (y 20% adicional, por parte de otro pariente), 34%, haber sido amenazadas por el cónyuge —las amenazas más comunes: el abandono (23%), quitarles los hijos (18%) y negarles apoyo económico (16%)—, y 11%, haber sido violadas por el cónyuge (y 7% adicional, por otra persona). Solo 20% de las mujeres maltratadas físicamente denunciaron la agresión. En 1997 el II Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas reveló que 9,7% de los niños recibieron maltrato emocional y 4,3% maltrato físico. El Instituto de Medicina Legal registró 34 homicidios por malos tratos en 1999 y evaluó a 9.896 menores de edad abusados sexualmente dentro (33%) del núcleo familiar y fuera de él (67%).

La salud de los trabajadores

Cada año se registran miles de traumatismos agudos y centenares de defunciones por exposición a riesgos físicos y químicos en el lugar de trabajo. La industria artesanal no ofrece condiciones adecuadas de salud laboral. Los principales problemas incluyen el subregistro de la morbilidad y mortalidad por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; la falta de programas de asistencia técnica dirigidos a la población trabajadora; la superposición de competencias; la carencia de recursos humanos capacitados en la investigación de la salud ocupacional, el diagnóstico clínico y la terapia de enfermedades profesionales; la inexistencia de vigilancia epidemiológica de salud y riesgos ocupacionales, y la ausencia de normas nacionales y de valores límites permisibles para las sustancias químicas nocivas para la salud de los trabajadores y el ambiente. Los centros industriales y las zonas de producción agrícola son los lugares de mayor riesgo ocupacional.

La salud de los discapacitados

Se carece en Colombia de un registro sistemático y confiable de la discapacidad. La información disponible se limita a la obtenida por el censo de 1993, que registró 593.546 personas discapacitadas (según el DANE), y el estudio demográfico efectuado por la Universidad Javeriana en nueve ciudades capitales desde 1995, que menciona 2.360.000 personas con discapacidad (12,1% menores de 14 años y 27,6% mayores de 60), mayormente de sexo masculino.

La salud de los indígenas

En el año 2000 se estimó en 2% la población indígena, en quien radica la diversidad étnica y pluricultural de Colombia, distribuida entre 81 pueblos que hablan en 17 familias de lenguas

autóctonas; 92,6% de ellos viven en zonas rurales (7,4% en cabeceras municipales). Hay también 25% de población de origen étnico africano (más de 10 millones de colombianos). La expedición de carácter humanitario que en 1992-1993 visitó a 22 comunidades indígenas halló que las infecciones respiratorias agudas, los parásitos intestinales y la enfermedad diarreica aguda eran las afecciones de mayor prevalencia en ambos sexos.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Al deterioro ambiental, al manejo inadecuado de los recursos naturales y a la deficiente prevención de riesgos cabe atribuir gran parte de los desastres registrados en el país. Las características hidrometeorológicas, geológicas y topográficas, el inadecuado manejo ambiental y la proliferación de asentamientos humanos en zonas de riesgo aumentan la vulnerabilidad a los desastres naturales y a los causados por el hombre. Los departamentos más vulnerables a inundaciones y deslizamientos o aludes son Córdoba, Sucre y Bolívar, en la confluencia del río Sinu. La amenaza de alto riesgo sísmico se cierne sobre Nariño, Cauca, Quindío, Valle y Chocó, en tanto que en Bogotá y en Antioquia ese riesgo es intermedio. La política del Gobierno procura garantizar el manejo adecuado y oportuno de recursos técnicos, administrativos y financieros para la prevención, mitigación y atención de emergencias, la rehabilitación de las zonas afectadas por desastres y el establecimiento de responsabilidades institucionales, incluida la reducción de vulnerabilidad y el aumento de la capacidad resolutive.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Esta enfermedad representa un grave problema de salud pública en Colombia. Se estima que 18 millones de personas residen en zonas de transmisión malárica. En 1998 hubo una epidemia con 240.000 casos confirmados. En 2000 se confirmaron 141.047 casos, dentro del nivel endémico observado en el decenio precedente, incluidos 52.056 casos de malaria por *Plasmodium falciparum* (razón *P. vivax*/*P. falciparum*, 2:1) y 41 defunciones. La zona de malaria se concentró en 154 municipios pertenecientes a nueve departamentos y abarcó 462.701 km² y 90% de los casos, con un índice parasitario anual (IPA) > 10/1.000.

Dengue. El dengue constituye otro serio problema de salud pública en el país. Cerca de 65% de la población urbana tiene alta probabilidad de infección por dengue o fiebre hemorrágica del dengue (FHD). El promedio anual de casos es de 30.000; sin embargo, en 1998 se notificaron 57.985, incluidos 5.171 de FHD. Se ha observado la circulación simultánea de serotipos de dengue-2 y dengue-4. En 2000 se registraron 22.772 casos de dengue clásico y 1.819 de FHD, con 19 defunciones. Las ciudades más afectadas son Huila, Cali, Cúcuta, Bucaramanga y Barranquilla.

Fiebre amarilla. El alto índice de infestación por *Aedes aegypti* en muchos municipios del país es un serio factor de riesgo para la transmisión urbana de la fiebre amarilla, cuya forma selvática sigue activa en Colombia. La fiebre amarilla selvática tiene comportamiento endemo-epidémico: en la década de 1990 el promedio fue de cuatro casos por año, aunque en 1996 y 1997 se confirmaron ocho y seis casos, respectivamente. Las regiones más afectadas se hallan a los pies de las cordilleras oriental y central. La letalidad media alcanzó a 35%, pero llegó a 100% en 1996 y a 63% en 1997. En 1999 se confirmaron dos casos (Caquetá y Putumayo) y en el año 2000, cuatro (Guaviare, Meta y Vichada). La gran difusión del *A. aegypti* y la amenaza del *A. albopictus* son factores que hacen temer la potencial reurbanización de la fiebre amarilla.

Leishmaniasis y enfermedad de Chagas. De leishmaniasis se notifican en promedio 6.000 casos por año. Además, se estima que 8 millones de personas habitan en zonas endémicas de la enfermedad de Chagas.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En 1993 Colombia se comprometió con la Iniciativa Regional de Eliminación del Sarampión para el año 2000; las sucesivas campañas nacionales de 1993, 1995 y 1999 alcanzaron coberturas de 97%, 95% y 90%, respectivamente, en la población menor de 5 años. La cantidad de casos sospechosos notificados aumentó de 632 en 1997 a 1.267 en 2000, mientras que la de casos confirmados por laboratorio se redujo de 308 en 1995 a cero en 2000 y los casos confirmados clínicamente (es decir, sin muestra de sangre u otros análisis) bajaron de 473 en 1995 a 34 en 1999 y a uno en el año 2000. La cobertura de vacunación antisarampionosa fue de 79% en 1999 y 80% en 2000; 80% de municipios en 1999 y 75% en 2000 tuvieron cobertura inferior a 95%. En 2000 se integró la vigilancia de rubéola a la de sarampión y se notificaron 679 casos sospechosos, 155 de ellos confirmados por laboratorio y 4 clínicamente, que incluían brotes entre personal militar (Bogotá, Nariño y Norte de Santander) y sanitario (Norte de Santander). Según el Sistema de Información en Salud (SIS-12), hubo 6.302 casos de rubéola en 1996, 1.901 en 1997, 1.906 en 1998 y 974 en 1999.

En 1998 se introdujo la vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b, con coberturas de 51,7% en 1999 y 64,4% en 2000. La meningitis por *H. influenzae* tipo b en menores de 5 años tiende a descender: de 306 casos (6,4 por 100.000) en 1998 a 163 casos (3,4 por 100.000) en 1999 y 119 casos (2,8 por 100.000) en 2000.

El departamento de Antioquia notificó la mayoría de los casos de tos ferina (181 en 1998, 255 en 1999 y 264 en 2000), y en 2000 se registró un brote de 46 casos y 7 defunciones entre la población indígena de la Sierra Nevada de Santa Marta.

En el año 1998 se registraron 1.354 casos de hepatitis B, 1.490 en 1999 y 1.283 en 2000, la mayor parte en zonas endémicas (Orinoquia, Amazonia, Santa Marta).

rios de las mujeres de 15 a 19 años y de 6,5% del grupo de 20 a 24 años. Al grupo de 45 a 59 años le correspondió 9,8% de los servicios de urgencia, 14% de las consultas y 8,5% de las hospitalizaciones. De los 29.081 egresos de este grupo en 1997, 60% correspondieron a mujeres, en quienes las enfermedades del sistema genitourinario (19,7%), las neoplasias (16,1%) y las del aparato digestivo (14,2%) ocuparon los primeros lugares. En los hombres las primeras causas de hospitalización fueron las enfermedades del sistema digestivo (18,0%) y las circulatorias.

Con respecto a la salud reproductiva, los niveles de fecundidad han descendido en las últimas décadas; en 1999 se registró una tasa global de fecundidad de 2,7, con grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales. Las mujeres con menor nivel educativo tuvieron un promedio más alto de hijos (3,8) frente a las mujeres con mayor grado de escolaridad (2,2). Las mujeres del nivel socioeconómico más bajo tuvieron 5,2 hijos, dos veces más que las mujeres del nivel más alto. En 1999, el número deseado de hijos fue de 2,7 en promedio y 51,6% de las mujeres manifestó no querer más hijos. De las mujeres unidas, 96% indicaron haber usado alguna vez anticonceptivos, con mayor frecuencia los anticonceptivos orales y el condón. En 1999, más de 90% de los partos fueron atendidos en centros hospitalarios públicos. La tasa de natalidad disminuyó de 23,9 por 1.000 habitantes en 1995 a 22,6 en el 2000. Tres regiones tuvieron tasas de natalidad superiores a la media nacional: Huetar Norte, Huetar Atlántica y Brunca.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 1998 se estimó una población de 60 y más años de 271.586 personas (46,8% hombres); este grupo representó 7,2% del total y fue el de más rápido crecimiento. En 1998 la mortalidad fue de 34,9 por 100.000 habitantes (40,1 por 100.000 en hombres y 31,1 por 100.000 en mujeres). En ambos sexos las principales causas de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio. Este grupo recibió 9,4% de la atención de urgencia, 13,5% de las consultas externas y 13% de las hospitalizaciones de la CCSS. En 1997 se produjeron 1.311.885 consultas; los principales motivos fueron la hipertensión, la diabetes mellitus y los trastornos neurológicos. Este mismo año la CCSS registró 44.656 egresos en total; cuyas principales causas de hospitalización fueron las referidas a los sistemas circulatorio (21,6%) digestivo, (12,9%), genitourinario (12,5%) y respiratorio (10,6%), además de las neoplasias (10,6%). En las mujeres las primeras causas de egreso fueron las circulatorias (20,1%), digestivas, (12,0%) y las enfermedades del ojo (9,9%).

La salud de la familia

En 1999, 28% de las mujeres entre 18 y 44 años convivía en unión libre, tendencia que era mayor en las parejas más jóvenes. La edad promedio a la primera unión son los 20 años. Se observó que 47,1% de los nacimientos fueron registrados por madres solteras y 2%, por viudas, divorciadas o separadas; además, 30% de

los nacimientos fueron inscritos sin padre reconocido. De interés nacional fue la promulgación de la Ley de Paternidad que da derecho a la mujer a registrar el padre de su hijo.

La salud de los trabajadores

En 1999 la población económicamente activa era de 1.383.452 personas (66,9% hombres), distribuida similarmente en las áreas urbana y rural; la fuerza laboral se concentró en los sectores de servicios (24,6%), comercio (20,7%), agricultura (19,6%) e industria manufacturera (15,7%). En ese mismo año el total de accidentes ocupacionales registrados fue de 120.279 (87% en hombres y 13% en mujeres). De las personas asalariadas, 78,4% estaban aseguradas por riesgos del trabajo y 17% de ellas sufrieron accidentes. El grupo de 20-25 años fue el más afectado en los períodos 1992-1995 y 1996-2000, con un promedio anual de 28.869 y 22.383 accidentes, respectivamente. En el quinquenio 1996-2000, el sector económico con mayor cantidad de accidentes ocupacionales fue la agricultura, seguido de la industria manufacturera; en 2000 ambas mostraron un descenso de aproximadamente 17% y 20%, con respecto a 1996.

La salud de los discapacitados

En 1998 se estimó que 9,3% de la población nacional estaba discapacitada. De las 311.359 personas con discapacidad, solamente 29,7% fueron atendidas en los establecimientos de salud de la CCSS, 60% de los cuales provenían de la provincia de San José. De acuerdo con datos del Centro Nacional de Rehabilitación de la CCSS, que atiende 55% de la demanda nacional, las causas más frecuentes de discapacidad en 1998 fueron: defecto postural (22%), lumbalgia (11,5%), parálisis facial (3,6%) y fracturas (3,5%). Las lumbalgias tuvieron un aumento del número de afectados, de 3.743 en 1996 a 5.584 en 1998; las demás causas permanecieron sin modificaciones en el período.

Cabe destacar que el impacto de la discapacidad en la actividad económica y productiva es altamente significativo. En 1999 se otorgó, en promedio, un día de incapacidad a cada asegurado en el país. Este promedio muestra una tendencia ascendente discreta en los últimos cinco años, y un comportamiento similar se observa en los accidentes de transporte y ocupacionales.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 1% de la población del país y está distribuida en ocho pueblos (brunkas, cabécares, teribes, bribís, huetares, malekus, chorotegas y guaymies), que suman una población aproximada de 40.000 personas; los más numerosos son los bribís (34%) y cabécares (26%) que residen en la Región Huetar Atlántica, especialmente en el cantón de Talamanca. En comparación con el promedio nacional, las zonas indígenas presentan en general elevadas tasas de mortalidad infantil, de natalidad y de mortalidad general, así como grandes deficiencias de vivienda y servicios básicos (agua potable y electricidad). En el año 2000, 47% de los cabécares eran analfabetas y solo

6% tenían escolaridad de primaria completa o más. En 1999, de las 14 defunciones infantiles que se produjeron en el cantón de Turrialba, 29% fueron en la población indígena, pese a que esta representaba únicamente 4% de la población de ese cantón; 73% de las embarazadas no acudieron al control prenatal y 70% de los partos ocurrieron en el hogar; además, 60% de las viviendas presentaban serias deficiencias de estructura y no tenían letrinas.

En 1995 se tomaron medidas dirigidas a extender el seguro social a estos grupos y brindarles atención primaria asistencial. En 1998 se firmó un convenio para el desarrollo integral del área de salud entre la CCSS y la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas, con el objeto de mejorar la atención. Pese a estos intentos, persisten barreras políticas, geográficas y culturales que dificultan el acceso a los servicios por parte de esta población.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En el país se han identificado zonas geográficas con mayor riesgo de inundaciones (vertientes atlántica y pacífica), cuyo impacto se vincula a situaciones de desigualdad social; además, existen antecedentes de terremotos (provincias de Cartago, Alajuela y Limón) y de erupciones volcánicas. Otras amenazas se generan como consecuencia de la acción del hombre por uso inadecuado del territorio, como deforestación, contaminación por desechos y alteración de cuencas hidrográficas. En los últimos años ha habido un incremento de las amenazas antrópicas asociadas con el crecimiento de instalaciones y procesos industriales.

Enfermedades transmitidas por vectores

El dengue reapareció en 1993 y a partir de entonces continuó en ascenso; 1994 y 1997 fueron años epidémicos. En 1999 se notificaron 6.041 casos y 4.889 en 2000, lo que representó una tasa de incidencia de 434,7 por 100.000 personas expuestas al riesgo (1.128.837 habitantes). La región Pacífico Central concentró 50% de los casos en el bienio 1999–2000 y las regiones Huetar Atlántica y Chorotea contribuyeron con 46,2%.

Desde 1995 se registró un caso de dengue hemorrágico, otro en 1996, ocho en 1997 y en 1999 hubo un aumento considerable con 117 casos (88,9% en la Región Huetar Atlántica); en el año 2000 se registraron cinco casos. En el período 1996–2000 se registraron seis defunciones por dengue hemorrágico. También se observó un incremento de casos de dengue clásico con manifestaciones hemorrágicas, 214 en 1999 y 445 en 2000. Los serotipos circulantes han sido dengue-1 en 1993–1996; dengue-3 en 1994–1999; el dengue-2 emergió en 1999, coincidiendo con el brote de dengue hemorrágico, y en 2000 se detectó la circulación simultánea de dengue-2 y dengue-4.

En 1999, el índice de infestación aérea promedio fue 5,3% y en el 2000, 3,4%, con amplias variaciones según localidades. Las larvas de *Aedes aegypti* se identificaron en mayor porcentaje en

los depósitos inservibles (63,1%) y los depósitos útiles representaron 35,8% de positividad. Cabe destacar los altos índices de infestación comprobados en alcantarillas colapsadas de la ciudad de Puntarenas en el brote del año 2000. Si bien se han logrado avances, la presencia de depósitos atípicos difíciles de eliminar y la falta de estrategias adecuadas de participación comunitaria han obstaculizado el adecuado control de brotes de dengue.

La malaria reemergió desde 1991 en regiones rurales del litoral atlántico que antes estaban bajo control; este hecho coincide con el desarrollo bananero en la Región Huetar Atlántica, el cual conlleva una intensa actividad de deforestación que favorece los criaderos de *Anopheles albimanus*, el vector más importante involucrado en la transmisión, y una creciente contratación de trabajadores provenientes de áreas endémicas, en su mayoría indocumentados. La malaria también aumentó en la Región Huetar Norte, simultáneamente con la migración temporal de trabajadores involucrados en el desarrollo agroindustrial. Después de 1992, año en que se presentó el mayor número de casos (6.951, con un índice parasitario anual —IPA— de 7,9 por 1.000), la incidencia ha venido disminuyendo pero el número de casos autóctonos aún es importante. En 2000 se notificaron 1.879 casos (IPA 1,38 por 1.000), lo que representa una disminución de 53,0% respecto a los 3.998 casos notificados en 1999. Las regiones Huetar Norte y Huetar Atlántica concentraron 67,5% del total de casos en el año 2000; en la región Huetar Norte la transmisión ocurrió en dos cantones (San Carlos y Los Chiles). El área geográfica de riesgo fue de 35.436 km² (69,5% del territorio nacional) y la población expuesta de 1.357.896 (35,2% del total). Del total de muestras positivas examinadas en 2000, 99,4% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 0,6% a *P. falciparum*.

En los últimos años se ha detectado, en viajeros a zonas endémicas de América del Sur, un aumento de casos debidos a *Plasmodium falciparum* resistente a cloroquina y existe un riesgo potencial de diseminación por migración. Desde 1998 en la Región Huetar Norte se desarrolla un proyecto integral de control y prevención de la malaria, cuyas pautas se incluyeron posteriormente en la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” que logró una disminución de 32% en la incidencia entre 1998 y 2000.

La leptospirosis ha aumentado de 6 casos en 1992 a 192 en 2000; el año de mayor incidencia fue 1999, con 283 casos notificados. En el período 1996–2000 hubo 559 casos, de los cuales 74,0% correspondieron al sexo masculino y 93,0% al grupo de 15 a 44 años; las regiones más afectadas fueron la Brunca (37,2%), Pacífico Central (24,6%) y Huetar Atlántica (13,6%). Los brotes posteriores a 1998 se han relacionado con la intensificación de la actividad agrícola en áreas de riesgo, el aumento del flujo de inmigrantes para la molienda de caña y el aumento de la población de roedores.

Enfermedades prevenibles por vacunación

La incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles ha descendido desde 1993, con excepción de la rubéola adquirida, que

anticonceptivos inyectables. Los anticonceptivos orales son el método más utilizado.

Se hacen pruebas de Papanicolaou en laboratorios públicos y privados. De 1997 a 1999 se examinaron en el laboratorio estatal 3.624 frotis al año, en promedio, lo cual representa un aumento de 6%.

La salud de los hombres jóvenes está plagada por problemas tales como violencia, lesiones por causas externas, accidentes de vehículos de motor, abuso de drogas e infecciones de transmisión sexual. Lamentablemente, no se recopilan datos sobre este grupo de forma regular.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Alrededor de 10% de la población es mayor de 60 años. Las enfermedades crónicas no transmisibles tales como hipertensión, diabetes, cáncer, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares son factores importantes de morbilidad y mortalidad en este grupo.

De 1997 a 1999, 71% de las defunciones fueron de mayores de 60 años, 48,7% de personas de 60 a 79 años y 51,3% de mayores de 80 años.

En todos los centros de salud y en el Hospital Princess Margaret se ofrecen consultas clínicas para diabetes e hipertensión. En el sector público se entregan medicamentos en forma gratuita para estas enfermedades. Una organización comunitaria fundó tres centros comunitarios de atención diurna para ancianos en zonas rurales y urbanas. La mayoría de las personas de edad avanzada viven solas o con familiares; 1,8% viven en instituciones especiales.

En 1999 concluyó la formulación de una política nacional para el adulto mayor, que pone de relieve la independencia, la participación en su salud, la realización personal y la dignidad. Esta política prevé el establecimiento de centros de atención diurna para los adultos mayores, la capacitación del personal de salud, la difusión de información y la educación para la salud del adulto mayor.

La salud de la familia

En 1999, 37% de las familias estaban encabezadas por mujeres. En 2000 se creó un comité nacional multisectorial de educación para la salud y la vida familiar, encargado de examinar la política en la materia y redefinir programas. En las escuelas primarias hay un programa de educación sobre la vida familiar.

La salud de los trabajadores

En 1996 se formuló un plan nacional de promoción de la salud de los trabajadores. Entre los motivos de preocupación se encontraban la falta de equipo y de indumentaria de protección para los trabajadores, la falta de una vigilancia adecuada del equipo, la ausencia de controles técnicos, las prácticas ergonómicas deficientes, así como condiciones físicas de trabajo no satisfactorias.

La vigilancia de las condiciones en los lugares de trabajo está a cargo de la División Laboral y el Departamento de Salud

Ambiental. Aunque existe un marco legal para la protección de los trabajadores, es necesario mejorar el seguimiento de la salud de los empleados. Con ese fin se ha puesto en marcha una iniciativa multisectorial.

En 1999, el sistema de Seguridad Social de Dominica recibió 114 reclamos por lesiones ocupacionales, de los cuales 99% fueron presentados por hombres; 25% de ellos se originaron en el sector manufacturero, seguidos por los del sector público con 22%. De 4.965 reclamos de prestaciones por enfermedad presentados en 1999, 56% provenía de trabajadoras.

La salud de los discapacitados

El Ministerio de Desarrollo Comunitario ha elaborado una política para discapacitados, y la Asociación de Personas con Discapacidades de Dominica defiende los derechos de los discapacitados. Según una encuesta escolar realizada en 1999, 233 niños de 5 a 9 años tenían discapacidades moderadas o graves. De ellos, 28% no recibían educación formal y 60% eran varones. Las discapacidades abarcaban deficiencias mentales y sensoriales, y trastornos físicos y de la comunicación.

Hay dos instituciones no residenciales que atienden a niños con necesidades especiales: el Centro Alpha, institución no gubernamental que ofrece educación a 160 niños con discapacidades mentales y del desarrollo, así como capacitación y apoyo para padres, y una escuela para niños con defectos de la audición que cuenta con 26 alumnos matriculados.

La salud de los indígenas

Los caribes, la población autóctona de Dominica, hablan una combinación de inglés y criollo francés. En 2000 el Gobierno creó el Departamento de Asuntos Caribes, encargado especialmente de abordar las necesidades de desarrollo comunitario y alivio de la pobreza de este grupo mediante la movilización de recursos y el fomento de la participación social y la acción comunitaria.

Aunque los cambios en la situación socioeconómica y un mayor acceso a los recursos sanitarios y educativos han mejorado el estado de salud de los caribes, en una consulta comunitaria realizada en el Territorio Caribe en 1999 se señalaron los siguientes motivos de preocupación: falta de agua potable y de servicios de eliminación de desechos sólidos, violencia, abuso de sustancias (entre ellas el alcohol), tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y helmintiasis. Como este grupo vive en relativo aislamiento, los problemas de salud relacionados con la endogamia son motivo de preocupación. Hay dos centros de salud que atienden al Territorio Caribe. En ambos hay una enfermera de atención primaria de ascendencia caribe. La información sanitaria proporcionada por estos centros reveló tres casos de bajo peso al nacer de 1997 a 2000. En ese mismo período se registraron 152 embarazos, de los cuales 32% fueron clasificados de alto riesgo en la primera consulta. En los consultorios pediátricos había 132 niños inscritos.

En 1999 las cinco primeras causas de muerte entre los adultos mayores fueron las neoplasias con 5.810 defunciones (tasa de 685 por 100.000 habitantes); las enfermedades transmisibles, en especial respiratorias agudas y crónicas, con 3.143 fallecimientos (371 por 100.000); la insuficiencia cardíaca con 3.091 muertes (364,6 por 100.000); las enfermedades cerebrovasculares con 2.675 (316 por 100.000), y la enfermedad isquémica del corazón con 2.433 (287 por 100.000). Entre las mujeres predominaron las neoplasias, insuficiencia cardíaca, enfermedades transmisibles, enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus; entre los hombres, neoplasias, enfermedades transmisibles, enfermedad isquémica del corazón y enfermedades cerebrovasculares.

La salud de la familia

La migración es un fenómeno social que puede ocasionar daños en la estructura de las familias, aumento de los niños que trabajan a temprana edad y de los que sobreviven en la calle. Más de 80% de los migrantes son jóvenes, entre 10 y 39 años, y 53% son mujeres.

La violencia doméstica ha sido objeto de mayor atención por la existencia de instrumentos legales como la Ley Contra la Violencia a las Mujeres y las Familias, y de entidades de amparo creadas por el Estado, los municipios y la sociedad civil, incluyendo organizaciones no gubernamentales. En la evaluación del Consejo Nacional de las Mujeres realizada en 1999 se estimó que a nivel nacional 68% de las mujeres han sufrido alguna forma de violencia intrafamiliar, incluyendo 8% de violencia sexual. Asimismo, 75% de las mujeres agredidas que presentaron denuncias (18.446 en 1995 y 30.551 en 1998) tenían entre 25 y 39 años; 45% estaban casadas y en 76% de los casos la agresión provino de la pareja.

La salud de los trabajadores

El número anual de defunciones por accidentes ocupacionales disminuyó a principios de los años noventa en comparación con la década anterior, de acuerdo con información del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS); sin embargo, se incrementaron las incapacidades temporales y permanentes. Entre 1996 y 1998 la mortalidad aumentó de 155 fallecimientos a 185 y de 273 casos de incapacidad temporal a 324; los casos de incapacidad permanente se mantuvieron en 214 entre esos años. Las principales causas que el IESS atribuye a los accidentes de trabajo son: condición material insegura, 21%; acto inseguro, 64%; condición y acto inseguro, 15%. Solo 22% de los trabajadores que lo requieren utilizan casco; 22%, cinturón de seguridad; 42%, protección de las manos y 13%, de pies. Los accidentes ocupacionales de la población sin afiliación al IESS, notificados por el Ministerio de Salud Pública, aumentaron de 4.804 en 1997 a 6.005 en 2000.

Las enfermedades ocupacionales se identifican y registran poco; en 1997 el IESS calificó 49 casos como enfermedades profesionales; las más frecuentes fueron las relacionadas con el

ruido y el polvo; también hubo cuadros de alergia, asma e intoxicaciones. En varios estudios se han encontrado enfermedades tales como hipoacusia neuro-sensorial en 52% de los trabajadores expuestos a ruido en una industria textil; exposición al plomo en trabajadores de la industria metalmeccánica; presencia de cromo en orina en 68% de trabajadores y níquel en 49% de trabajadores de empresas de galvanoplastia; exposición a solventes orgánicos en una refinería con elevada presencia de contaminación por benceno, tolueno, xileno y n-hexano. Una investigación auspiciada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1995 sobre la salud ocupacional de los niños trabajadores demostró una elevada exposición a solventes orgánicos, plaguicidas organofosforados y carbamatos, mercurio y plomo en actividades de limpiabotas, fruticultura, minería del oro y producción de tejas.

La salud de los discapacitados

Un estudio de prevalencia realizado entre 1994 y 1996 (ESADE, Universidad Central/CONADIS) indica que 49% de la población sufre algún grado de deficiencia, incluyendo problemas de agudeza visual, 13%, algún tipo de discapacidad y 4,4% tiene minusvalía; las minusvalías predominan en la zona urbana (2,8%) en comparación con la rural (1,6%). Según el mismo estudio, en los menores de 5 años predominan las deficiencias relacionadas con el desarrollo psicológico (36%), después las del lenguaje (20%) y las musculoesqueléticas (16%). En los mayores de 5 años las deficiencias más frecuentes son de la locomoción (27%), la comunicación (26%) y el comportamiento (19%); las secuelas de enfermedades, especialmente las infecciones, originan 47% de las discapacidades. Las personas con discapacidad constituyen otro de los grupos sociales marginados, pues sus índices de alfabetismo, ocupación laboral, generación de ingresos, capacitación, seguridad social y acceso a servicios de salud son inferiores a los de la población general, según la fuente antes citada.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

La tasa de mortalidad infantil estimada para 1999 en Cotopaxi y Chimborazo, dos de las provincias con mayor concentración de población indígena pobre, alcanzó 62 y 55 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, mientras que la tasa nacional fue de 30 por 1.000 nacidos vivos. La desnutrición en niños de cantones de población indígena es 1,7 veces más alta que el promedio nacional (Encuesta de Condiciones de Vida 1998) y esta diferencia se agranda cuando las madres tienen menor escolaridad.

La tasa de mortalidad materna registrada a nivel nacional fue 55,4 por 100.000 nacidos vivos en 1998, pero en Napo y Morona Santiago, otras dos provincias con predominio de población indígena en la Amazonia, fue tres veces mayor (163,0) y aún más alta en Esmeraldas, donde está la mayor concentración de población de origen africano (175,0). La cobertura de agua potable en

áreas indígenas está 22% por debajo del promedio nacional y la de saneamiento básico es 33% menor.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales y tecnológicos

En 1996 ocurrió un terremoto en Cotopaxi y en 1998 uno en Bahía de Caraquez, este último con un saldo de tres muertos, 69 heridos, 2.909 afectados, 1.240 damnificados y 60% de las edificaciones con algún tipo de daño. Los daños ocasionados en 1997 se estiman en 2.869 millones de dólares, 17% del PIB. Ese año hubo sequía en la Provincia de Loja; el Fenómeno de El Niño se presentó en 1997 y 1998 (el de mayor magnitud del presente siglo); el volcán Tungurahua experimentó gran actividad desde octubre de 1997, provocando la evacuación de 25.000 habitantes entre octubre de 1999 y mayo de 2000, y la erupción del volcán el Pichincha en octubre de 1999 provocó la caída de 1.131.000 toneladas de ceniza sobre Quito. Ocurrieron accidentes aéreos en Manta y Quito y hubo rupturas del oleoducto en un sector de la ciudad de Esmeraldas en 1998 (que provocó 17 muertos, 30 quemados y 200 casas incendiadas) y en dos secciones de Sucumbíos en 2000, también con víctimas humanas.

Enfermedades transmitidas por vectores

El área de riesgo para la malaria consta de 133 cantones en 18 provincias, con una población en riesgo estimada en 6.648.338 habitantes. En 1996 se examinaron 161.307 frotis de sangre y 421.000 en 2000. Los casos notificados aumentaron de 11.991 en 1996 a 104.598 en 2000, posiblemente como consecuencia de las inundaciones y la movilización de personas por el El Niño; la provincia de Manabí tuvo la mayor concentración de casos en 2000, 23% del total. En 1997 Esmeraldas había registrado 30% del total de casos del país, pero este valor disminuyó a 14% en 2000 por la estratificación de la malaria y el establecimiento de áreas prioritarias en la provincia. La incidencia parasitaria anual (IPA) aumentó de 6,8 por 1.000 habitantes bajo vigilancia en 1998 a 14 en 2000; la provincia de Guayas presentó el IPA más bajo (4,3) y Esmeraldas el más alto (32). En 1994 hubo aproximadamente 10.000 casos por *Plasmodium falciparum* y 67 muertes, mientras que en 1999 hubo casi 50.000 casos y solo 16 muertes.

En el país solo circulaban los serotipos de dengue 1, 2 y 4 y se introdujo el dengue-3; además, hay altos índices de *Aedes aegypti* en varias provincias de la Costa. De los casi 13.000 casos sospechosos y confirmados notificados en 1996, bajó a menos de 6.000 casos anuales entre 1997 y 1999; en el año 2000 hubo más de 22.958; en 2000, 80% de los casos sospechosos de dengue en el país ocurrieron en la Provincia de Guayas. En las semanas epidemiológicas 11 a 20 de 2000 hubo una epidemia de dengue en Guayaquil, con algunos cuadros sugestivos de fiebre hemorrágica.

Durante 1997 se notificaron 31 casos de fiebre amarilla en la región amazónica del país; una investigación entre personas

vacunadas en dicha zona reveló que todas habían tenido seroconversión. Se ejecutó la vacunación en las provincias donde la enfermedad solía ser endémica; a partir de 1999 el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) introdujo la vacunación anti-marflica en forma regular. En 2000 se aplicaron 30.770 dosis de esta vacuna a personas de todas las edades en la Amazonia. La incidencia se redujo de cuatro casos en 1998 a dos en 2000. Existen 161 localidades distribuidas en nueve provincias en alto riesgo de urbanización de la enfermedad. Las provincias Manabí, Guayas, Esmeraldas y El Oro están en mayor riesgo de transmisión por tener altos índices de *Aedes aegypti*. Los casos de fiebre amarilla selvática son esporádicos.

Con respecto a la enfermedad de Chagas, los principales focos de transmisión del *Tripanosoma cruzi* se localizan en las provincias del Guayas, El Oro, Los Ríos y Manabí, en la Costa; también en algunos valles templados de las provincias interandinas de Loja, Azuay, Bolívar y Cotopaxi. Según distintos estudios se estima que entre 18% y 32% de la población del país vive en zonas con riesgo de transmisión vectorial. Los últimos estudios sero-epidemiológicos, a fines de la década de los noventa, dieron una prevalencia de 1,7% en la Costa (98.600 casos), 0,3% en la Sierra (16.500) y 1% en la Amazonia (5.000), con un total de 119.600 infectados.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El esquema de vacunación incluye BCG (tuberculosis) al nacer; DPT (difteria, tos ferina y tétanos) y OPV (oral de poliomielitis) simultáneamente a los 2, 4 y 6 meses de edad; SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) al año de edad; refuerzos de DPT y OPV entre 1 y 4 años, y DT (difteria y tétanos pediátrica) en segundo y séptimo grados de educación básica. En la región amazónica también se aplica la vacuna VHB (antihepatitis B) al nacer y a los 2 y 6 meses de edad, y la anti-marflica junto con la SRP. Las mujeres embarazadas en todo el país reciben dos dosis de dT (difteria y tétanos para adultos) en el primer embarazo y luego un refuerzo en los siguientes embarazos, pero en las zonas de alto riesgo todas las mujeres en edad fértil reciben primero dos dosis de Td, con un intervalo de uno a dos meses, seguidas de la tercera dosis seis meses después de la segunda, la cuarta un año más tarde y la quinta dosis al año siguiente.

La población de cualquier edad susceptible a la fiebre amarilla, residente, migrante o viajera en la Amazonia recibe cada 10 años una dosis de la vacuna contra esa enfermedad. En 1999 se incorporó la vacuna anti-marflica en el esquema básico de vacunación de los niños de un año; las coberturas son muy variables entre las provincias amazónicas y entre los diferentes grupos de edad, con un promedio de 26% para 2000.

Ante la evidencia de muertes por hepatitis delta y la alta prevalencia de hepatitis B en comunidades indígenas de la Amazonia, en 1999 se introdujo la vacuna VHB para los menores de 1 año en esa región. La cobertura fue de 40% en 2000. Un estudio reciente de marcadores de la hepatitis B en escolares y mujeres

La salud de los discapacitados

En una encuesta realizada en el año 2000 por la OPS y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ), la tasa de prevalencia general de discapacidad en El Salvador fue de 8,5 por 1.000 habitantes, mayor en los hombres (8,5) que en las mujeres (8,1).

Las discapacidades más frecuentemente encontradas fueron: visión disminuida (42%), problemas para caminar (31,2%), problemas para asir (15,5%), dificultades para oír (15,3%), problemas para hablar (11,9%), retardo mental (9,4%), epilepsia (6,9%) y mudez (6,2%). De las personas discapacitadas, 46,3% no sabían leer ni escribir, solo 22,8% terminaron el tercer grado, 14,1% completaron el sexto grado y 7,2% terminó el noveno grado. Solo 25,2% de los discapacitados tenían trabajo (66,1% eran mujeres y 33,8% hombres). Datos de la Encuesta para Personas con Discapacidad 2000 indican que 47,2% estaban empleados en forma temporaria, 17% eran empleados públicos o privados, 14,7% trabajaban de manera independiente, 6,5% en trabajos domésticos y 6,4% con empleo domiciliario.

La salud de los indígenas

En 1999, se calculó una población indígena de 684.613 personas, equivalente a 11,3% del total de la población salvadoreña. El pueblo pipil (nahuatl) es mayoritario, con 94,4% de aquella, el pueblo lenca, 4,1%, y el cacaopera, 1,5%; este último presenta los niveles de salud y calidad de vida más precarios. La población indígena está distribuida en 7 de los 14 departamentos del país: Ahuachapán (4 municipios), Sonsonate (14), La Libertad (5), San Salvador (4), La Paz (8), Morazán (3) y Santa Ana (1). La lengua predominante es el nahuatl, si bien los niños y jóvenes lo hablan con menor frecuencia. De acuerdo con un estudio del Consejo Coordinador Nacional de Indígenas Salvadoreños realizado en 1998, las familias tenían un promedio de cinco miembros; 76% estaban encabezadas por hombres y 24% por mujeres; 69% de sus miembros tenían entre 15 y 44 años de edad. El 10,5% de las mujeres en edad fértil utilizaban métodos anticonceptivos; la prevalencia de embarazo era de 9%, solo 26% de las embarazadas asistían a control prenatal y 70% de los partos eran atendidos por parteras. La cobertura de vacunación para toxoide tetánico era de 20%. El 59% de la población estaba alfabetizada. El porcentaje de desempleo llegaba a 24% y las viviendas eran predominantemente de adobe (57,8%) con piso de tierra (86,4%) y techo de paja (78%). El 33% contaba con servicio de energía eléctrica y 64% se alumbraba con candil o candela. El 91,6% de la población consumía agua de pozo, de río, o ambas; 60% contaba con letrinas y 37% carecía de instalaciones sanitarias de ningún tipo. El porcentaje de indígenas en situación de pobreza era de 61,1% y el de pobreza extrema llegaba a 38,3%; solo 1,3% recibía remesas familiares. Predominaban las enfermedades transmisibles (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitismo intestinal).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En 1997 y 1998, los efectos del fenómeno El Niño dieron origen a una estación lluviosa irregular y a una estación seca muy extrema. En 1998, el huracán Mitch desencadenó lluvias que alcanzaron un máximo hacia el 31 de octubre y 1 de noviembre causando el desbordamiento de los ríos Grande de San Miguel y el Lempa, entre San Vicente y Usulután. Hubo un total de 239 defunciones y 57.777 damnificados. Se calculó en US\$ 124,37 millones el daño a acueductos y alcantarillados. En noviembre de 1999, las intensas lluvias provocaron el desbordamiento de los ríos del Bajo Lempa y La Paz, afectando a 11.334 personas de 48 comunidades pertenecientes a seis departamentos.

En junio de 1998 se produjo un accidente de contaminación ambiental por manejo inadecuado de los residuos de 42 barriles que contenían plaguicidas organoclorados líquidos. La emanación de gases tóxicos cubrió un radio de 1,5 km, y afectó a 36 personas. Entre septiembre y octubre de 2000, una intoxicación masiva causada por la ingestión de aguardiente de caña adulterado con metanol afectó a 167 personas y causó 93 defunciones, con una tasa de letalidad de 56%. Los intoxicados tenían en promedio 44 años de edad (entre 16 a 85 años) y 98% eran del sexo masculino.

En enero de 2001 El Salvador sufrió un fuerte terremoto de 7,6 grados de magnitud en la escala de Richter. Un mes después, un segundo terremoto de 6,6 en la escala de Richter sacudió el país. El Comité de Emergencia Nacional (COEN) contabilizó 827 muertos, 4.520 lesionados y 1.160.316 damnificados hasta el 2 de febrero de ese año, lo que representa una tasa de mortalidad para el país de 13,18 por 100.000 habitantes. El departamento La Libertad tuvo la tasa de mortalidad más alta (85,77 por 100.000 habitantes). Se estima que 18,48% de la población del país sufrió daños; los departamentos con mayor población damnificada fueron Usulután y La Paz, con casi el 100% y el 77% respectivamente. En cuanto a las estructuras edilicias, hubo 224.068 construcciones afectadas; 41,1% de las construcciones afectadas correspondieron a viviendas destruidas. El segundo terremoto agravó el desastre causado por el primero. Al 21 de febrero de 2001, el COEN notificó 315 defunciones, 3.399 lesionados y 252.622 damnificados; la tasa de mortalidad para el país fue de 5,0 por 100.000 habitantes. La zona afectada incluyó los departamentos de Cuscatlán, La Paz y San Vicente, con una tasa de mortalidad de 81,3, 19,8 y 54,0 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. La malaria mantuvo una tendencia estable ligeramente a la baja. Los casos por *Plasmodium falciparum* en el período 1997-2000 fueron 5, 11, 9 y 9 respectivamente, sin resistencia a la quimioterapia. Los casos por *P. vivax* fueron 2.714 (tasa de 45,9 por 100.000 habitantes) en 1997, 1.171 (tasa de 19,4

les (20%) que los blancos, pero estos últimos tuvieron muchas más alteraciones auditivas (35%) que los negros (19%). En esta población de edad avanzada, 43% declaró que tenía dificultad para caminar y 31% que había sufrido una caída en los 12 meses anteriores a la encuesta. Más que cualquier otro factor, el ingreso familiar determinó la forma en que los entrevistados declararon la calidad de su estado de salud. Entre quienes tenían un ingreso familiar anual menor de US\$ 15.000, 51% notificaron un estado de salud regular o malo. Por contraste, solamente 11% de quienes tenían un ingreso anual de US\$ 50.000 o más notificaron un estado de salud regular o malo.

Alrededor de 17% de todos los niños menores de 18 años tienen alguna discapacidad relacionada con el desarrollo. Cerca de 2% de los niños de edad escolar tienen discapacidad grave de esa clase, como parálisis cerebral o retraso mental. Los departamentos de educación pública federal y estatales gastan US\$ 36.000 millones anuales en programas de educación especial para la población de 3 a 21 años con discapacidades relacionadas con el desarrollo.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

En los Estados Unidos, los negros, latinos, indígenas estadounidenses, asiáticos y personas originarias de las islas del Pacífico tienen una tasa desproporcionadamente elevada de mortalidad, morbilidad, discapacidad y condiciones de salud adversas en comparación con los blancos no hispanos. Los indicadores de salud referentes a la esperanza de vida y la mortalidad infantil muestran una tendencia al ensanchamiento de la brecha de salud entre los grupos étnicos y raciales mayoritarios y minoritarios, aunque esos indicadores de salud mejoraron en la mayoría de los grupos en el decenio de los años noventa. Estas enormes disparidades de salud entre las poblaciones étnicas y raciales guardaron una estrecha relación con las disparidades socioeconómicas y las diferencias en el nivel de pobreza en cada grupo.

La población latina, la minoría de mayor tamaño y de crecimiento más rápido en los Estados Unidos, comprendió 12,5% de la población en 2000 e incluyó personas originarias de México, Puerto Rico, Cuba, América Central y del Sur, entre otras. Las disparidades de salud dentro de la población latina del país —las tasas de defunción de los latinos de origen cubano ajustadas según la edad fueron mucho menores que las de los latinos de origen mexicano o puertorriqueño— reflejaron principalmente diferencias socioeconómicas. En general, los indicadores de salud de los latinos mejoraron en el decenio de 1990.

Los afroamericanos, que constituyeron más de 12% de la población en 2000 y participan en todos los niveles socioeconómicos, registran una proporción de personas en situación de pobreza tres veces mayor que la observada en los hispanos no blancos: una tercera parte de la población negra vive en situación de pobreza. La mitad de la población negra vive en zonas urbanas que a menudo se caracterizan por vivienda inadecuada, escuelas carentes de financiamiento, falta de oportunidades de em-

pleo con un salario digno, y violencia. Las tasas de defunción de la población afroamericana por casi todas las principales causas fueron más altas que las de los blancos. En el grupo de afroamericanos de 15 a 24 años, el homicidio fue la causa principal de defunción de los hombres y la segunda causa de defunción de las mujeres. Pero los negros tuvieron tasas más bajas de defunción por suicidio y enfermedad obstructiva crónica que los blancos no hispanos. En general, muchos indicadores de salud mejoraron en las comunidades negras en los años noventa: se redujeron las tasas de defunción por cáncer colorrectal, de las vías respiratorias y de mama, y mejoraron los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil, y las tasas generales de defunción.

Los asiáticos y las personas originarias de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas distintos y provienen de culturas muy diferentes, representaron casi 4% de la población nacional en 2000. En general, tuvieron aproximadamente las mismas condiciones socioeconómicas y de salud que la población blanca mayoritaria. Algunas personas de ese grupo han estado en los Estados Unidos por varias generaciones, pero otros emigraron en época más reciente. Dada la diversidad de esta población, las dificultades en materia de salud varían mucho de un grupo a otro. Los hombres de Asia sudoriental sufrieron más casos de cáncer pulmonar que la población mayoritaria del sexo masculino y los hombres filipinos de edad avanzada que viven en California registraron mayores tasas de hipertensión que otros hombres californianos de la misma edad. Los inmigrantes de Asia sudoriental tienen 40 veces más probabilidades de padecer tuberculosis y hepatitis B que la población en general.

En 2000, quienes se declararon solamente indígenas estadounidenses o naturales de Alaska constituyeron 0,9% de la población, es decir, 2,5 millones de personas, y quienes se declararon indígenas estadounidenses o naturales de Alaska y por lo menos otra raza representaron 0,6% de la población, es decir, 1,6 millones de personas. Esta minoría reside principalmente en las zonas urbanas o en reservas y muchos reciben atención de salud por medio de dispensarios y hospitales establecidos por el Servicio de Salud de las Poblaciones Indígenas del Gobierno Federal. La población es muy joven, en parte porque muchos de sus integrantes mueren antes de llegar a la edad madura. Esta población indígena tuvo muchas más probabilidades de morir de diabetes mellitus relacionada con la obesidad y de enfermedad del hígado por abuso del alcohol que la población en general. Los accidentes y la violencia (homicidios y suicidios) fueron las principales causas de defunción de los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska. El alcoholismo, que contribuyó a muchas de las principales causas de defunción, es un grave problema social y de salud en esta comunidad. La prevalencia de tabaquismo también es elevada en este medio y aumenta el riesgo de enfermedades por esa causa.

En 2000 se admitieron más de 93.000 refugiados a los Estados Unidos. Ha habido cambios drásticos en el origen de los refugiados que llegaron a los Estados Unidos a finales del decenio de

1990. En 1997, solo 3% de todos los refugiados venían de África pero, en 2000, una cuarta parte procedían de ese continente. Los refugiados tuvieron frecuentes problemas de salud originados en las condiciones del país de origen que, a veces, exigieron medidas extraordinarias de apoyo y tratamiento. Los gobiernos federal y estatales proporcionaron cobertura de atención de salud a esos recién llegados por medio de Medicaid o de un fondo especial del Gobierno Federal.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres naturales ocasionaron pérdida de vidas, lesiones, considerables daños a la propiedad y graves trastornos de la vida diaria. En 1999, cinco estados del sur del país hicieron frente a desastres de grandes proporciones originados por las tormentas de invierno. California sufrió una grave helada invernal. Fuertes tormentas dejaron una acentuada estela de destrucción en seis estados. Ocho estados declararon que habían sufrido graves desastres causados por intensas inundaciones. Varios tornados destructores azotaron a 11 estados. Los huracanes Floyd, Irene, Dennis y Bret produjeron grandes estragos en Texas y en 14 estados a lo largo de la costa oriental de los Estados Unidos. Cuatro estados dieron aviso de emergencia con motivo de incendios.

En 2000, solamente cinco estados se declararon en situación de desastre grave debido a tornados, pero en ninguno hubo huracanes. Las tormentas invernales llevaron a 14 estados y a la ciudad de Washington, D.C. a declararse en situación de desastre de grandes proporciones; 16 estados también sufrieron otras tormentas estacionales y en otros tres hubo inundaciones, todo lo cual los llevó a declararse en situación de desastre grave. Tres estados sufrieron una extensa destrucción por incendios forestales; en California hubo un temblor de gran intensidad. A fines del decenio de 1990, ninguna región del país estuvo exenta de desastres naturales. Varias zonas de la costa occidental fueron más propensas a temblores; los estados de la costa meridional y oriental fueron más vulnerables a los huracanes. Ciertas regiones del sur y del medio oeste fueron más propensas a tornados. Los distintos tipos de preparativos del sector de salud pública para enfrentar las situaciones de desastre en cada región varían según estas diferencias.

Enfermedades transmitidas por vectores

Casi todos los casos de malaria notificados en los Estados Unidos se contrajeron en otro lugar. Los pocos casos contraídos dentro del país se debieron a productos sanguíneos infectados, transmisión congénita y transmisión local por mosquitos. De los 1.544 casos de malaria notificados en 1997, solamente cinco se contrajeron dentro del país: una persona contrajo malaria por una transfusión de sangre, otra por el pinchazo de una aguja y tres por transmisión congénita.

En el decenio de 1990, los episodios de malaria aparentemente transmitidos por mosquitos aumentaron en las poblaciones densas del país. Tanto el mosquito vector de la enfermedad como las personas infectadas por malaria (por lo general, casos en que la enfermedad se originó fuera del país) se encontraban dentro de las fronteras de los Estados Unidos. Se cree que una tendencia a un clima más caliente ha aumentado el riesgo de infección transmitida por mosquitos dentro del país. En 1999 se notificaron 1.666 casos de malaria, que representaron un aumento de 8% desde 1997. Más de 90% de los casos notificados en los Estados Unidos en 1997 se debieron a *Plasmodium vivax*.

Casi todas las demás enfermedades transmitidas por vectores se contrajeron en otro lugar. Solo se notificó un caso de fiebre amarilla en los Estados Unidos en 1999. En ese mismo año, se notificaron solo nueve casos de peste.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En el período 1997-1999 se redujo el número de casos de poliomielitis, difteria, tos ferina, hepatitis B, parotiditis, sarampión y tétanos. En 1999 no se notificaron casos de poliomielitis y solo se registró uno de difteria. El número de casos de enfermedades por *Haemophilus influenzae* invasivo y de rubéola se redujo. El número de casos de rubéola llegó a su punto máximo en 1998, pero el recuento fue mayor en 1999 que en 1997.

Las donaciones de sangre en los Estados Unidos se someten a examen de detección de hepatitis B, hepatitis C, VIH y sífilis antes de autorizar la administración de hemoderivados a los pacientes.

La cobertura de vacunación ha sido crítica para la prevención de enfermedades en los Estados Unidos, especialmente para prevenir la morbilidad y mortalidad en los niños. Por ejemplo, antes de la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), había aproximadamente 20.000 casos anuales de esta infección. Sin embargo, en 1997, en una muestra de 261 preescolares con influenza, solo una tercera parte tenía Hib; de ellos, a casi tres cuartas partes se les había dejado de aplicar la serie completa de vacunas.

La vacunación contra el sarampión también tuvo resultados espectaculares en el país. Las pruebas epidemiológicas mostraron que, a partir de marzo de 2000, el sarampión ya no se consideraba endémico en los Estados Unidos. Además, en un estudio a comienzos del decenio de 1990 se calculó que la inmunización por sarampión previno casi cuatro millones de casos y casi 1.900 defunciones anuales en el país. El ahorro anual proveniente de la prevención del sarampión se estimó en cerca de US\$ 4.000 millones en costos directos e indirectos.

Las tasas de cobertura de vacunación en la niñez generalmente mejoraron de 1997 a 1999. En 1997, 76% de los niños de 19 a 35 meses habían recibido cuatro dosis de la vacuna DTP (difteria, toxoide tetánico y tos ferina), tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, una dosis de la vacuna antisarampionosa y tres dosis de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib). En 1999, esta cobertura combinada se amplió a 78% (figura 4).

Guatemala. Datos del Programa Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad a causa del Enfrentamiento Armado correspondientes al año 2000 indican que 70% de las personas discapacitadas poseen viviendas de materiales inadecuados, 66% tienen letrinas, más de la mitad carece de energía eléctrica y 97% no cuentan con servicio telefónico.

La salud de los indígenas, los migrantes y las poblaciones fronterizas

Guatemala es uno de los países de América Latina con mayor porcentaje de población indígena (48%). La tasa estimada de crecimiento natural de los departamentos con alta presencia indígena fue de 3,2% anual y en departamentos con menos de 25% de población indígena fue de 2,6%. En 1998 el analfabetismo en departamentos con 75% a 100% de población indígena fue de 52,2%; con 0% a 24,9% fue de 29%, y 11,2% en la capital del país. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Micronutrientes realizada en 1995 por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), la desnutrición crónica es de 67,8% entre los indígenas y de 36,7% entre los no indígenas, mientras que la desnutrición global es de 33,6% y 18,6%, respectivamente; 53,4% de la población no indígena dispone de inodoros frente a 21,4% de la población indígena; solo 18,8% de los hogares indígenas cuentan con conexión a alcantarillado frente a 43,7% entre los no indígenas; la población no indígena tiene acceso al agua de consumo doméstico por medio de redes distribuidoras (privadas y públicas), mientras que 50% de las comunidades indígenas extrae agua de pozos, ríos o manantiales. En 1998 el índice de exclusión social promedio en Guatemala fue de 25,9. El nivel más alto de exclusión (38,5) se localiza en los departamentos indígenas de Huehuetenango y Quiché.

Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares 1998-1999 los trabajadores migrantes proceden de zonas predominantemente indígenas (Quiché, Huehuetenango y Baja Verapaz) y contribuyen con 26% del PIB. Se estima que alrededor de 1.000.000 de personas (más de 80% indígenas) se movilizan tanto interna como externamente, muchas veces con sus esposas e hijos, para trabajar en cultivos de la agroexportación varias veces al año, en períodos inferiores a tres meses, mecanismo que los mantiene excluidos de los beneficios de la seguridad social. El período de cosecha dura seis meses (de noviembre a abril), además de los utilizados para la preparación y abono de la tierra. Guatemala es exportador de trabajadores agrícolas hacia México y receptor de migrantes agrícolas centroamericanos, especialmente de El Salvador y Honduras; también es lugar de tránsito y permanencia fronteriza de población migrante proveniente de países centroamericanos, sudamericanos y asiáticos, que se dirige a los Estados Unidos atravesando México. Muchos, por ser indocumentados, no logran pasar la frontera y permanecen en el país en condiciones de marginalidad y subempleo. Alrededor de 540 comunidades en 17 departamentos han puesto en práctica programas de reasentamiento de desarraigados y

reinserción de desmovilizados. Los indígenas han sido menos propensos a la migración que los no indígenas. De enero a marzo de 1998, en la frontera de México y Guatemala, el total de migrantes y deportados fue de 20.098 personas. Las comunidades guatemaltecas de California enviaban 60% del total de remesas procedentes de los Estados Unidos y en 1998 generaron un monto en divisas de US\$ 423 millones, superior a las que producía el turismo nacional (US\$ 323 millones).

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

El territorio nacional se asienta sobre tres placas tectónicas (Norteamérica, Caribe y Cocos) cuyos movimientos, sumados a 40 volcanes (5 de los cuales han estado activos) y al surgimiento de seis fallas geológicas exponen al país a sufrir desastres naturales, además de los provocados por el hombre. En 1999 y 2000, una serie de sismos causaron daños en 12 departamentos, y a comienzos del año 2001 se produjeron movimientos sísmicos relacionados con el terremoto de El Salvador que no produjeron pérdida de vidas humanas pero sí daños económicos, así como fuertes sequías con riesgos de hambruna en algunas zonas del país. En noviembre de 1998 el huracán Mitch ocasionó cuantiosos daños en 14 de los 22 departamentos del país, con 106.000 personas evacuadas y 268 defunciones. La mayoría de los daños se concentraron en los sectores productivos, 68% daños directos y 83% indirectos. En el año 2000, las lluvias caídas duplicaron las del invierno de 1999 causando múltiples daños en la costa sur y occidente debido al crecimiento de los ríos. Además, 19 de los 22 departamentos del país se vieron afectados por sequías. Los desastres producidos por el hombre, tales como el aumento de la deforestación, ocasionan anualmente la pérdida de 120.000 hectáreas, mientras que la reforestación es solo de 2.000 hectáreas por año. De persistir este ritmo, se estima que la cubierta vegetal desaparecerá en 29 años. La pérdida de suelos es de 300 hectáreas por año en las regiones no deforestadas y hasta de 1.100 toneladas por hectárea por año en las regiones deforestadas y se estima que en 5 a 10 años se producirá una pérdida total de los suelos en varias zonas del país. En el año 2000 se produjeron 605 incendios superficiales y de copa que afectaron a un total de 16.582 hectáreas localizadas en las denominadas áreas protegidas: Petén (22,4%), Quiché (16,4%), Chimaltenango (10%), Guatemala (9,7%), Jalapa (7,3%) y otros (34,2%).

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Alrededor de 54% de la población está expuesta a transmisión malárica. En 1999 se registraron 101.326 casos (30.977 confirmados y 70.349 clínicos), con un índice parasitario anual de 12,2 por 1.000. Las zonas de mayor riesgo de morbilidad fueron Ixcán (15.846 por 100.000 habitantes) y El Petén Sur Occidental (10.055 por 100.000). El 92% de los casos confirma-

para el de 40 a 49 y 68% para el grupo de 50 a 59 años de edad. En todos estos grupos, las mujeres tuvieron niveles de sobrepeso y obesidad más altos que los hombres.

El mismo estudio mostró que 6,6% de los entrevistados sufrían de diabetes, con una prevalencia que aumenta con la edad al pasar de 1,0% en el grupo de 20 a 29 años de edad a 18% en el grupo de 50 a 59 años. Más hombres (8,1%) que mujeres (5,8%) padecen de diabetes. Por otra parte, 14% dijo sufrir de hipertensión y el porcentaje de hipertensos también aumenta con la edad. Se observó que las personas con sobrepeso y obesidad (19%) tenían más probabilidades de sufrir de hipertensión, en comparación con las que tenían un peso normal (8,6%). La encuesta también mostró que 19% había realizado alguna forma de ejercicio organizado la semana anterior a la encuesta, 44% consumía bebidas alcohólicas y 15% fumaba. Más hombres que mujeres declararon beber alcohol y fumar.

Entre 1997 y 1999, la tasa total de fertilidad se mantuvo estable en 2,0 hijos por mujer en edad fecunda. En 1998, la tasa de mortalidad materna fue de 125 defunciones por 100.000 nacidos vivos. Durante el período 1997-1999 se notificaron 62 defunciones maternas, siendo las hemorragias (27%), la toxemia del embarazo (21%) y los abortos (18%) las causas principales de ellas.

En 1999, 82% de las mujeres efectuaron su primera consulta prenatal después de las 12 semanas de embarazo. Tres por ciento de las mujeres que se sometieron a una prueba para detectar anemia presentaron niveles de hemoglobina inferiores a 8 g/dl y 11% tenía niveles de 8-9,9 g/dl; se desconocían 43% de los resultados. De las 2.177 mujeres diagnosticadas con condiciones de alto riesgo, 16% sufrían de hipertensión, 10% resultaron positivas en la prueba de sífilis y 9% presentaban preeclampsia.

En 1999, de las 12.364 mujeres que acudieron por primera vez a un centro gubernamental de planificación familiar, 12% eran menores de 20 años, 71% tenían entre 20 y 34 años y 17% eran mayores de 35 años de edad. Los métodos anticonceptivos más utilizados eran la píldora (35%), los condones (33%), las inyecciones (18%) y los dispositivos intrauterinos (4%).

La salud del adulto mayor (60 y más años)

En 2000 se calculaba en 49.833 el número de personas de 60 y más años que representaba 5,7% de la población. Cincuenta y tres por ciento eran mujeres.

Durante 1999 ocurrieron 1.759 defunciones en el grupo de 60 y más años. Las enfermedades del sistema circulatorio ocasionaron 48% de las defunciones, las neoplasias 11% y las enfermedades transmisibles 9,3%. Entre las principales causas de defunción se encontraban las enfermedades crónicas no transmisibles, como los trastornos cerebrovasculares (15%), la enfermedad cardíaca isquémica (15%), la diabetes (9,7%) y la hipertensión (9,2%).

La Encuesta sobre Actividad Física efectuada en 147 adultos de 60 y más años mostró que 33% de estos tenían sobrepeso y 22% eran obesos, con niveles más altos de exceso de peso entre

las mujeres. Dicho estudio también reveló que 22% de dicha población sufre de diabetes (26% de los hombres y 20% de las mujeres). Además, 43% sufre de hipertensión. Así, las personas con sobrepeso y obesidad (65%) están más propensas a sufrir de hipertensión que las que tienen un IMC más bajo (32%). La encuesta también mostró que 19% de la muestra había realizado alguna forma de ejercicio organizado la semana anterior a la entrevista, 25% consumía bebidas alcohólicas (41% de los hombres y 13% de las mujeres) y 13% fumaba (28% de los hombres y 2,3% de las mujeres).

En 1999, las personas mayores de 65 años hicieron 16.795 visitas a los centros ambulatorios. Los principales diagnósticos de las primeras consultas fueron: hipertensión (25%), artritis/reumatismo (10%), diabetes (8%), infecciones respiratorias agudas (9,6%) y accidentes y lesiones (4,8%).

La salud de los trabajadores

En 1999 se notificaron 2.385 accidentes a la División de Salud y de Seguridad Ocupacional, de los cuales 2.370 no fueron mortales, lo que representa una disminución considerable con respecto a los 3.335 accidentes notificados en 1997. Sin embargo, el número de accidentes mortales pasó de 9 en 1997 a 15 en 1999. La mayor parte de los accidentes no mortales (85%) ocurrieron en el sector agrícola.

La salud de los discapacitados

Se desconoce el número de personas discapacitadas que hay en Guyana. Según el Proyecto Comunitario de Rehabilitación, que trabaja en seis regiones del país, en el año 2000 hubo 573 participantes en el proyecto, de los cuales 135 eran niños menores de 5 años y 107 presentaban múltiples discapacidades. Las principales causas de discapacidad a las que se dirige este proyecto están relacionadas con el habla y el movimiento.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

De acuerdo con la Estrategia Nacional de Desarrollo, la población amerindia disminuyó en 5,8% entre 1993 y 1999. Este grupo constituye la mayoría en muchas de las zonas del interior del país, donde tienden a vivir aislados geográficamente. El grupo más importante de los amerindios son los arawaks (o lokomas), comunidad de aproximadamente 15.000 personas, seguidos por los makushi (aproximadamente 7.500 personas), los wapishana, los warao, los akawaio y los patamona. La Encuesta de las Condiciones de Vida mostró que 78% de los amerindios viven en condiciones de pobreza. Entre los problemas que deben afrontar están la malaria, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, los embarazos tempranos, el poco espaciamiento entre los embarazos, la tuberculosis, las caries y el acceso inadecuado a la atención de salud.

Cerca de 60% de los casos de malaria se presentan entre las poblaciones indígenas. Habitualmente, ocho de cada diez habitantes de la Región 2 tiene malaria. Más de un tercio (35%) de los

que presentan la enfermedad no han respondido al tratamiento con medicamentos estándar, mientras que un número igual de personas habían presentado los síntomas clínicos de la enfermedad tres o más veces durante el período promedio de 12 meses. La infección por parásitos es endémica en la mayoría de las zonas del interior del país.

Un estudio, realizado en 1997, entre las tribus patamona y wapishana, reveló que la prevalencia del retardo en el crecimiento aumentaba con la edad, pasando de 17% a los 7 y más años de edad hasta 50% a los 13 y más años de edad para los wapishana. Entre los patamona, la cifra era de 19% a los 7 y más años de edad y de 80% a los 13 y más años de edad. Sin embargo, a los 18 años, menos de 1% de los adultos tenían un IMC inferior a 18,5 kg/m², mientras que 11% y 23% de los adultos de los patamona y los wapishana, respectivamente, tenían sobrepeso.

La facilidad de circulación entre Guyana y los países vecinos hace que las fronteras sean lugares particularmente vulnerables a los brotes de enfermedades que se presentan en otros países. En 1999, en respuesta a un brote de fiebre amarilla en los países vecinos, se lanzó una campaña para vacunar a toda la población. Guyana y sus vecinos cooperan en programas sanitarios y realizan reuniones fronterizas para abordar problemas comunes de salud.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Guyana no ha sufrido ningún otro desastre natural grave desde la inundación de 1995. Sin embargo, se asigna gran importancia a la información y a los preparativos para desastres. Varios funcionarios de la Comisión de Defensa Civil (la entidad que se encarga del manejo de desastres) y otras personas han recibido adiestramiento para la gestión de desastres como, por ejemplo, atención de gran número de víctimas y manejo del estrés en caso de desastres.

Enfermedades transmitidas por vectores

En Guyana, la malaria es un problema grave de salud pública y es el principal problema de salud de las comunidades del interior del país. El principal agente infeccioso es *Plasmodium falciparum*. Los nuevos casos representan más de 90% de los casos notificados cada año. Durante el período 1997-2000 se notificaron aproximadamente 90.000 casos; en el 2000, debido a la malaria, hubo 28.267 nuevos casos, es decir, 10.000 menos que en 1997. Se calcula que se perdieron 261.225 días de trabajo en 1998 y 136.415 en 1999 debido a la malaria.

La filariasis linfática es endémica en Guyana. Una encuesta efectuada por el CAREC en escolares de 8 a 11 años de edad en siete regiones del país mostró que, en los centros urbanos de la costa, las tasas de la filariasis linfática positiva oscilaban de 20% a 32%. En las zonas no costeras o en las grandes comunidades

rurales, la prevalencia era de 4,2% o menos. Dicho estudio también resaltó que si bien los niños estaban expuestos a la filariasis, ninguno presentaba un cuadro sintomático.

En 1998 se notificaron 34 casos de dengue, 6 en 1999 y 25 en el 2000. Los tipos 1 y 2 de dengue se diagnosticaron en el laboratorio durante el período 1997-2000. Sin embargo, no se notificó ningún caso de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque del dengue.

Durante el período 1997-2000, solo se notificaron 15 casos de leptospirosis. No se notificaron casos de fiebre amarilla, de enfermedad de Chagas ni de esquistosomiasis.

Enfermedades prevenibles por vacunación

El programa de vacunación de Guyana ha sido muy exitoso. En 1997, la cobertura con la vacuna BCG fue de 94% entre niños menores de 1 año, de 92% en 1998 y 1999, y de 93% en 2000 (figura 4). La cobertura con la vacuna OPV3 fue de 89% en 1997, de 90% en 1998, de 83% en 1999 y de 78% en 2000. La cobertura con la vacuna DPT3 fue de 88% en 1997, de 90% en 1998, de 83% en 1999 y de 88% en 2000. En 1997, la cobertura con la vacuna MMR (dosis única a los 12 a 23 meses) fue de 82%. La cobertura aumentó a 93% en 1998 para decaer de nuevo a 87% y 85% en 1999 y 2000, respectivamente. En 1999, Guyana introdujo la vacuna contra la fiebre amarilla en el programa habitual de vacunación para niños de 12 a 23 meses de edad. Su cobertura alcanzó 85% en 1999 y 83% en 2000. El último caso de fiebre amarilla se notificó en 1968.

En Guyana, la cobertura de vacunación varía considerablemente según la región. En 2000, la cobertura con la vacuna OPV3 osciló de 34% a 100%, y la de la vacuna DPT3 lo hizo de 40% a 99%. Las regiones 1, 7, 8 y 9, que conforman el interior del país, constituyen las regiones de menor cobertura. Los factores que inciden en una baja cobertura son la gestión inadecuada; dificultades en el transporte, en la comunicación y en el mantenimiento de la cadena de frío, y la migración de las poblaciones.

Guyana no ha tenido ningún caso confirmado de poliomiелitis desde 1962. En 1991 comenzó la vigilancia semanal de la parálisis flácida aguda. Desde entonces, ninguno de los 37 casos notificados se ha confirmado clínicamente como poliomiелitis.

En 1997, la cobertura de mujeres embarazadas con la segunda dosis de toxoide tetánico fue de 71%. Dicha cobertura decayó a 62% en 1998, para aumentar nuevamente a 82% en 1999 y a 81% en 2000 (figura 4). Desde 1974 no se han confirmado casos de tétanos neonatal.

Tampoco se han confirmado casos de sarampión desde 1991. Se investigaron 31 casos de fiebre con erupción en 1999 y 27 casos en 2000, sin que ninguno llegara a confirmarse como sarampión. En 1997 hubo 144 casos confirmados de rubéola; en 1998 solo dos casos, y no se registraron casos en 1999 ni en 2000. En 1997 se estableció un sistema de vigilancia para el síndrome de rubéola congénita (SRC) y en ese año hubo dos casos confirmados mediante pruebas serológicas. También se confirmaron

mación oficial consolidada sobre mortalidad y morbilidad de esta población.

La salud de los indígenas

Hay más de medio millón de hondureños de descendencia indígena o negra que pertenecen a nueve pueblos culturalmente diferenciados: los lencas, chortí, tolupanes, tawahkas, garífunas, negros de habla inglesa, pech, náhuatl y misquitos. Proceden de cuatro troncos lingüísticos básicos: maya, uto azteca, hokan siux y africanos, y están diseminados en todo el territorio hondureño, por lo general en zonas postergadas y fronterizas: los misquitos y chortí viven en la frontera con Nicaragua y Guatemala; los lencas, uno de los pueblos más numerosos, habitan en los territorios fronterizos con Guatemala y El Salvador; los garífunas, los negros de habla inglesa, los misquitos, los tawahkas y gran parte de las comunidades tolupanes viven en la zona de la costa atlántica, y los pech y náhuatl habitan en la zona central, en el departamento de Olancho. Aproximadamente 50% de estos pueblos viven en regiones de bosque de coníferas, 30% en zonas costeras y 20% en áreas de bosque latifoliado (especies de hoja ancha) de la Reserva Tawahka y de la Reserva de la Biosfera del Río Plátano.

El ingreso promedio mensual por familia es de US\$ 60, pero en el caso de los lencas, pech, tolupanes y chortí se calcula en US\$ 20 (muy bajo comparado con el promedio nacional, estimado en US\$ 82 en el año 2000) y en temporadas de escasez muchas familias subsisten mediante la recolección de raíces y frutos silvestres, la caza y la pesca. La situación económica de los garífunas y negros de habla inglesa es algo mejor, ya que tienen acceso a fuentes de trabajo relacionadas con la pesca en gran escala.

Pese a carecer de información específica sobre estos grupos se puede aseverar que su estado de salud está ligado al grado de postergación, a la falta de acceso a los servicios básicos y a la escasa participación social, sobre todo en el caso de los lencas, los tolupanes, los tawahkas, los misquitos, los náhuatl y los pech. Sus condiciones de vida se agravan debido al aislamiento geográfico y a las bajas coberturas de sistemas de agua y saneamiento básico, entre otros factores. Los pueblos garífunas, isleños, misquitos y tawahkas, que habitan las zonas costeras de bosque tropical y suelos bajos, padecen malaria y otras enfermedades transmisibles.

Los pueblos garífunas y de habla inglesa son los más afectados por el VIH/SIDA. En un estudio exploratorio transversal seroepidemiológico realizado por la Secretaría de Salud entre septiembre de 1998 y febrero de 1999 a 310 personas (134 hombres y 176 mujeres) de comunidades garífunas del departamento de Atlántida (Bajamar, Triunfo de la Cruz, Corozal y Sambo Creek) se detectó 2% de seroprevalencia de sífilis, 29% de hepatitis B, 8% de VIH y 38% de otras enfermedades de transmisión sexual. En otro estudio efectuado en el período 2000-2001 a 160 mujeres en edad reproductiva de estas mismas comunidades se encontró 1% de seropositividad a sífilis, 34% a hepatitis B, 9% a otras enfermedades de transmisión sexual y 13% positivas al VIH.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Honduras es un país particularmente vulnerable a los desastres naturales. Los departamentos de Cortés, Atlántida, Gracias a Dios e Islas de la Bahía, que concentran 21,4% de la población, están expuestos a huracanes e inundaciones; los departamentos de Yoro, Francisco Morazán, Comayagua, Lempira, Intibucá y Santa Bárbara, con 44,4% de la población, presentan riesgos de inundaciones y deslizamientos, y los departamentos de Valle, Choluteca, La Paz y El Paraíso, que albergan a 14,3% de la población, son propensos a sequías, inundaciones y temblores. Los incendios forestales son muy frecuentes.

Dos desastres mayores han ocurrido en los últimos cuatro años en Honduras, el huracán Mitch en octubre-noviembre de 1998, y una intensa sequía en 2000, que afectó a más de 85.000 personas de la región sur de Honduras (Choluteca, Valle, La Paz, Francisco Morazán y El Paraíso). El huracán Mitch desencadenó lluvias torrenciales (más de 600 mm en solo cinco días), provocando inundaciones que afectaron a 11 de los 18 departamentos del país, con 1,5 millones de damnificados, 5.657 muertos, 8.058 desaparecidos y 12.272 heridos. Más de 285.000 personas perdieron sus viviendas y tuvieron que refugiarse en más de 1.375 albergues temporales. Se estima que 60% de la infraestructura vial del país sufrió daños, dejando incomunicadas a por lo menos 81 ciudades. De los 28 hospitales del país, 23 sufrieron averías totales o parciales en sus sistemas de distribución de agua; además, se dañaron 123 centros de salud, de los cuales 68 no pudieron seguir funcionando. La estimación económica de los daños a la red de servicios de salud tomando en cuenta costos directos e indirectos fue de US\$ 62 millones. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estimó que las pérdidas nacionales causadas por el huracán Mitch fueron de casi US\$ 3.800 millones (70% del PIB) y representaron cerca de 100% de la deuda externa.

Según datos procedentes del registro epidemiológico semanal, que recopilaba información sobre enfermedades de notificación obligatoria de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPS) de todo el país, el total acumulado en la quinta semana epidemiológica de 1999 fue de 1.059 casos de dengue clásico y 4 de dengue hemorrágico, lo que representa un aumento para este período, ya que en las dos semanas previas al huracán la notificación semanal había disminuido a 200 casos. Después del huracán Mitch se registraron tres casos de cólera, de los cuales uno fue confirmado clínica y epidemiológicamente, y en 1999 se notificó un caso de cólera en la Mosquitia y dos en Santa Bárbara; en ese año el acumulado de casos de diarrea en la quinta semana sumó 23.464 casos.

Durante el huracán Mitch se notificaron los primeros casos de leptospirosis en el país, que constituyeron un brote de 172 casos, 28 de ellos confirmados por laboratorio y el resto con diagnóstico clínico epidemiológico, y 7 defunciones. El brote fue controlado

tasas de mortalidad en 1999 fueron Zacatecas con 21, Colima con 19 y Guanajuato con 18.

La letalidad por enfermedades y accidentes ocupacionales aumentó de 2,9 por 100 trabajadores afectados en 1997 a 3,6 en 1999 y la incapacidad permanente entre los que se enfermaron o accidentaron en el trabajo se incrementó de 3,9% a 4,7%. Los estados con tasas más altas de incapacidad fueron Chiapas (9,8%), Zacatecas (7,0%) y Tabasco (6,7%).

La salud de los discapacitados

Según el censo de 2000, 2,2 millones de habitantes (2,3% de la población total) tienen alguna discapacidad física o mental o de un problema de salud a largo plazo, 45% se encuentra en las edades económicamente activas; 45% del total de discapacitados presenta limitaciones relacionadas con los brazos o piernas, 29% es invidente o solo percibe sombras, 17% padece sordera o escucha con ayuda de un aparato y 10% presenta otra clase de discapacidad. En cuanto a las causas de discapacidad, 32% fueron consecuencia de alguna enfermedad; 23% por la edad avanzada; 19% de origen congénito; 18% secundarias a algún accidente, y 1,9% por otras causas. Los estados con mayores porcentajes de discapacitados respecto al total de su población fueron Yucatán (2,9%), Colima (2,4%), Zacatecas (2,4%), Nayarit (2,4%) y Campeche (2,3%).

La salud de los indígenas

En el año 2000 había 6 millones de personas mayores de 5 años que hablaban alguna lengua indígena, pertenecientes a 92 grupos diferentes distribuidos en el país; 62% de la población indígena se concentra en 15 estados y 531 municipios, principalmente en Yucatán y Oaxaca, en los que representa poco más de 37% de sus poblaciones totales, seguidos por Chiapas (27%) y Quintana Roo (23%). De los mayores de 15 años, 48% eran analfabetos, cifra muy superior a la de la población no indígena (8,5%); por sexo, eran analfabetos 28% de los hombres indígenas (contra 6,9% de los no indígenas) y 49% de las mujeres (contra 10%). El Consejo Nacional de Población estimó en 3,8 hijos por mujer la tasa global de fecundidad de las mujeres indígenas en 1995, discretamente inferior a la de 1990. En 1995, los grupos etnolingüísticos con las tasas de fecundidad más bajas fueron los mayas (3,3 por 1.000 mujeres en edad fértil) y los otomíes (3,3), mientras que los tzeltales (4,3) y los tzotziles (4,3) tuvieron las tasas más altas. La tasa de mortalidad infantil en indígenas, una vez corregido el subregistro por el método de Brass, fue de 59 por 1.000 nacidos vivos en 1997, dos veces superior a la nacional.

La salud de las poblaciones fronterizas

La frontera norte, colindante con los Estados Unidos, abarca seis estados de la República (Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Chihuahua, Sonora y Baja California). En 1997 se estimó en esta zona un crecimiento poblacional de 4,3%; la tasa bruta de natalidad fue de 26 nacidos vivos por 1.000 habitantes y la tasa bruta

de mortalidad fue de 47 por 100.000 habitantes, más alta en los estados de Nuevo León, Tamaulipas y Coahuila. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y los accidentes; esta última causa fue la primera de 1-45 años, mientras que las enfermedades del corazón y las neoplasias lo fueron para los de 65 y más años de edad. En 1999, un tercio de la población residente en las comunidades mexicanas de la frontera norte tenía menos de 15 años de edad, mientras que 4% era mayor de 65 años.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1997 y 2000 hubo varios desastres naturales considerados graves que afectaron fundamentalmente a poblaciones de bajos ingresos en el centro y sur del país; la superficie territorial afectada se estimó en más de 150.000 km² y la población damnificada, en poco más de 6 millones. En 1997, el huracán Paulina provocó grandes inundaciones en los estados de Oaxaca y Guerrero, y afectó a 900.000 habitantes en un radio de 995 km². En 1998 ocurrieron inundaciones severas en la costa y la Sierra Madre de Chiapas, con 650.000 afectados en un área de 26.000 km². En 1999 se notificaron 90 desastres naturales, de los cuales se destacan las inundaciones ocurridas por la depresión tropical N.º 11 que afectó a 594.883 habitantes de los estados de Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz y puso en riesgo a más de 3 millones de habitantes en un área de 56.000 km². En 2000, hubo frecuentes inundaciones con consecuencias para los estados de México, Tabasco, Tamaulipas, Quintana Roo, Campeche, Coahuila y Michoacán. Asimismo, las emanaciones del volcán Popocatepetl motivaron el desplazamiento de miles de personas en los estados de México, Morelos y Puebla. La respuesta gubernamental fue amplia e incluyó múltiples talleres a nivel municipal sobre preparativos para desastres, la creación en 1998 de un fondo de ayuda mutua intermunicipal para casos de desastre y el análisis de vulnerabilidad estructural y funcional de los principales hospitales.

Enfermedades transmitidas por vectores

Los estados con mayor incidencia de malaria son Oaxaca, Chiapas y Sinaloa. No obstante, en 2000, el número de casos informados se redujo 45% respecto a 1999 y 71% respecto a 1998; el mayor brote de los últimos cuatro años fue en Oaxaca en 1998, con 11.349 casos. En 1999 y 2000 las tasas notificadas en Oaxaca descendieron a 120 y 15 por 100.000, respectivamente; en 2000, Chiapas concentró 49% de los casos del país y 35% se repartió entre Chihuahua, Sinaloa, Oaxaca y Quintana Roo. No se notificaron muertes por malaria entre 1997 y 2000.

La presencia del vector transmisor del dengue clásico y hemorrágico ha disminuido, lo que no ha sido suficiente para evitar los brotes. La incidencia de dengue clásico disminuyó de 52,1 casos

nas. En esta población atendida, la tasa general de accidentes en 1999 fue de 83 por cada 1.000 trabajadores, con una tasa de mortalidad de 6,4 por 1.000. Los principales riesgos asociados a los accidentes son mecánicos y químicos. La asistencia sanitaria de los trabajadores se brinda principalmente en los servicios del Ministerio de Salud. Solo 18% de la PEA está afiliada a la seguridad social. Se estima que alrededor de 24.000 niños de 10 a 14 años de edad trabajan en el sector informal, y otros 6.000 en el sector formal.

Entre 90% y 100% de los agricultores y obreros agrícolas están expuestos anualmente a algún tipo de plaguicida. Las estadísticas oficiales reflejan tasas de intoxicación laboral por plaguicidas de 5 casos por 10.000 habitantes para 1999. Sin embargo, diversos estudios realizados en varias zonas del país reflejan una incidencia real de intoxicaciones por plaguicidas que oscila entre 3% y 9% de los agricultores expuestos anualmente.

La salud de los discapacitados

El Programa Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud estimó que el porcentaje de población con algún tipo de discapacidad en el año 2000 era de 12,1% (615.195 personas). Las causas principales de discapacidad fueron debidas a problemas del nacimiento (10%), enfermedades (29%), guerra (2,6%) y accidentes (11,85%). Entre los tipos de discapacidad más frecuentes se notificaron: para oír 9,23%; para hablar 3,4%; para oír y hablar 0,5%; para ver 63,9%; del movimiento 5%; mentales 4,4%; convulsiones 4,21%, y otras 6,2%.

La cantidad de víctimas de minas antipersonales en los últimos años tiende a decrecer. En números absolutos, se notificaron 23 víctimas en 1997; 33 en 1998; 24 en 1999 y 16 en 2000.

La salud de los indígenas

En el período 1996–2000 la población indígena de Nicaragua se estimó que representaba 5% de la población total. La mayoría habitan en la costa del Caribe. Los principales problemas que enfrentan las comunidades indígenas están relacionados con su extrema pobreza, y su situación de salud está relacionada con servicios de asistencia sanitaria poco accesibles, escasa disponibilidad de medicamentos, poco o ningún acceso a agua de calidad y analfabetismo, entre otros factores.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Nicaragua es extremadamente vulnerable a los desastres naturales. En el último período, el país se ha visto afectado por diferentes manifestaciones de la naturaleza, tales como huracanes, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, sequías, lluvias intensas, inundaciones y deslizamientos. El evento más catastrófico en el período considerado fue el huracán Mitch, en octubre de 1998, que causó 2.823 muertos, 885 desaparecidos y 49 muni-

cipios afectados. El fenómeno más reciente fue el terremoto que afectó a la ciudad de Masaya en julio de 2000, con un saldo de nueve muertos. En estas dos ocasiones se brindó atención médica en las diferentes instalaciones (hospitales, centros de salud, puestos de salud y albergues) y se efectuaron acciones de salvamento y rescate en coordinación con la Cruz Roja, Defensa Civil y el Cuerpo de Bomberos.

El Ministerio de Salud ha emprendido una serie de acciones para garantizar la salud pública a las víctimas de desastres, entre ellas: control de la cantidad y calidad del agua de consumo humano, control e higiene del uso de los alimentos, saneamiento, manejo adecuado de las aguas servidas y de los desechos sólidos, control de vectores, y atención psicosocial. El principal problema de salud producido por los desastres naturales, además de los traumatismos, es el incremento de ciertas enfermedades ya existentes, tales como las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades transmitidas por vectores, como son la malaria por *Plasmodium vivax* y, en forma esporádica, por *P. falciparum*. Además, durante las inundaciones han aparecido focos de leptospirosis, enfermedades de la piel y enfermedades oculares.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. En los últimos 20 años la malaria ha tenido un comportamiento irregular. El mayor número de casos se registró en 1996, con 76.269 casos y una incidencia parasitaria anual de 18,4 por 1.000 habitantes, un índice de láminas positivas de 16,31% y un índice anual de examen de sangre de 11,3%. De 1997 a 2000 esta enfermedad mostró una tendencia descendente, excepto en 1999, cuando debido al huracán Mitch los casos se incrementaron levemente, en particular la malaria por *P. vivax*. Los grupos de edad más afectados fueron el de 15 a 49 años, seguido por el de 5 a 14 años, con una repercusión significativa en el ausentismo laboral y escolar, respectivamente.

En el año 2000 los departamentos con una incidencia parasitaria anual mayor a la media nacional (4,7 por 1.000 habitantes) fueron en orden de frecuencia: la Región Autónoma del Atlántico Norte con 14,8 por 1.000, Nueva Segovia, con 12,2, Chinandega, con 11,5 y Río San Juan, con 9,7. En el período 1997–2000 las defunciones se redujeron de 17 en 1997 (0,4 por 100.000 habitantes) a 4 en 2000 (0,08 por 100.000 habitantes). De un total de 43 defunciones notificadas en el período mencionado, 21 correspondieron al departamento de la Región Autónoma del Atlántico Norte (49%), seguido de Matagalpa y Chontales, con 6 (14%) cada uno. Estos tres departamentos son los de mayor prevalencia a *P. falciparum*. De 1997 al 2000 se produjo una reducción de 67,2% de los casos por *P. falciparum* a nivel nacional, con mayor proporción en las regiones del Atlántico Norte y del Atlántico Sur.

Dengue. Esta enfermedad presentó un comportamiento irregular en el período 1997–2000. En 1997 la tasa nacional fue de 7,3 por 100.000 habitantes; Managua, Estelí y León fueron los

Salud en 1995, más de la mitad de los 2.451 adultos estudiados, de uno y de otro sexo y mayores de 20 años, presentaban exceso de peso (54,3%), y uno de cada 20 (6,7%) tenía peso bajo.

En 1999 se registró una tasa de mortalidad en los adultos de 63,7 por 100.000 habitantes, y la primera causa fueron los accidentes, las lesiones autoinfligidas, las agresiones y otras formas de violencia. En el período 1998-1999 en este grupo de edades se registraron 46 muertes maternas (53,8% ocurridas en un hospital), 82% correspondieron a mujeres residentes en zonas postergadas. La mayor parte de las muertes se notificaron en Kuna Yala (23,1%), región con la mayor incidencia desde hace más de un decenio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

El estudio de la morbilidad por grupos diagnósticos mayores indicó que las consultas más frecuentes de estas personas en el primer nivel fueron por enfermedades del sistema respiratorio (13%), enfermedades del oído, la nariz y la garganta (11%), del sistema musculoesquelético y conjuntivo (9,8%), del sistema circulatorio (9,8%), del sistema digestivo (6%) y por enfermedades infecciosas y parasitarias (5,4%). En 1999 los adultos mayores fueron objeto de 28.625 controles de salud, con una frecuencia aproximada de 2,5 consultas por cada una de las 11.416 personas captadas. En ese mismo año, la tasa de mortalidad para este grupo de edades fue de 554,8 por 100.000 habitantes y la primera causa de muerte fueron las neoplasias malignas.

La salud de la familia

De los hogares panameños, 27% tienen como jefa a una mujer; 71% de ellos viven en condiciones de pobreza en el campo y 48% en las ciudades. La tasa de matrimonios por 1.000 habitantes fue de 3,6 en 1995 y de 4,0 en 1999, y la de divorcios en esos mismos años fue de 5,7 por 10.000 habitantes y de 9,0 por 10.000, respectivamente. En la población indígena la tasa de divorcios es 10 veces más alta que entre los otros panameños, pues en 1995 llegó a 55,7 por 10.000 personas y a 86,4 por 10.000 en 1999.

La salud de los trabajadores

Según informes de la Caja de Seguro Social (CSS), en 1998 un total de 7.968 trabajadoras recibieron subsidios por maternidad, por un monto aproximado de US\$ 1.306 cada una. Se concedieron 13.899 subsidios por incapacidad temporal, 25% de ellos a trabajadores de la agroindustria, otro tanto a los trabajadores de la industria manufacturera, y 11% a trabajadores de la construcción.

En 1998 se otorgaron 13.899 subsidios por accidentes de trabajo, de los cuales 1.160 a mujeres. Las principales causas de accidentes se relacionan con el mal manejo de materiales (46% de los casos) y con el uso inadecuado de herramientas manuales (24%). Los subsidios por enfermedad ocupacional crecieron entre 1994 y 1998, y en este último año, la CSS concedió un total de 518 subsidios por esta causa. Por accidentes en el trayecto al trabajo o al regresar de él, que afectan a la salud de la población

trabajadora, aunque no están directamente relacionados con las tareas ni los elementos de trabajo, la CSS otorgó, también en 1998, un total de 1.437 subsidios, 43% de ellos a trabajadores del sector servicios.

En 1999, 16 de cada 100.000 habitantes sufrieron algún tipo de intoxicación con plaguicidas (448 casos graves), 43,5% de ellos (195 casos) asociados a causas laborales. Del total, 86 casos (19,2%) afectaron a mujeres y 362 a varones (80,8%); por edad, 68 casos (15,2%) correspondieron a menores de 15 años. Ese mismo año murieron 37 personas intoxicadas, y el suicidio fue la causa principal (87%); utilizaron especialmente plaguicidas a base de bupiridilos y de organofosforados.

La salud de los discapacitados

El censo de 2000 registró a 31.111 personas con discapacidad, algo menos de 10% del total de la población, de las cuales 17.423 eran hombres (56%) y 13.688 mujeres. En agosto de 1999 la Asamblea Legislativa aprobó la Ley 42, que establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. En relación con la situación laboral, datos de 1995 informan que fueron empleadas 26 personas con discapacidad, 17 hombres y 9 mujeres, pero estas cifras bajaron a 25 (2 de ellas mujeres) en 1997 y a 16 (3 mujeres) en 1998.

La salud de los indígenas

La población indígena representa 9% de la población panameña. De cada 100 indígenas, 95 son pobres, de los cuales 86 viven en pobreza extrema. El grupo étnico más afectado es el ngobe-buglé, que es el más numeroso y presenta la tasa de fecundidad más elevada (3,6 hijos por mujer), el promedio de dependientes más alto por cada trabajador del grupo familiar (3,8) y las familias más numerosas.

La situación de la salud de las poblaciones indígenas presenta marcadas desigualdades en relación con el resto de la población panameña. Esto resulta evidente si se compara la esperanza de vida en todo el país, de 74,3 años en 1999, con la que correspondía a zonas de mayor población indígena, como la provincia de Bocas del Toro, donde era de 69,9 años. En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, en Bocas del Toro era de 39 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en todo el país era de 16,6 por 1.000 nacidos vivos. Diferencias parecidas se observan en la tasa de fecundidad y la tasa bruta de natalidad, que eran de 2,6 hijos por mujer y 21,9 por 1.000 habitantes, respectivamente, en todo Panamá, mientras que en Bocas del Toro eran de 3,9 hijos por mujer y de 32,4 por 1.000 habitantes, respectivamente.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En 1998 y 2000, durante la temporada de lluvias, el desbordamiento de ríos en las provincias de Chiriquí y Darién produjo

cados. Los sectores que generan más accidentes son la industria de la madera (47 por 1.000), la construcción civil (45 por 1.000) y las embotelladoras (45 por 1.000). En 2000 se registraron 16 defunciones por accidentes de trabajo.

La salud de los indígenas

La población indígena constituye una minoría étnica de escasa representatividad demográfica (de 1% a 2% de la población total) y su tasa de crecimiento es más baja pero muy similar a la del resto de la población del país. Sin embargo, en la formación histórica y social de la población paraguaya su presencia ha sido esencial y, en la actualidad, constituye un sector altamente vulnerable. Se conocen unas 17 etnias agrupadas en cinco familias lingüísticas: guaraní, lengua-maskoy, matakó, guaicurú y zamuko. No se cuenta con datos recientes sobre esta población. Según el censo de 1992, los grupos más numerosos se encontraban en el Chaco paraguayo, donde constituían 30% de la población total. Asimismo, los indígenas del Chaco representaban 59% de la población indígena censada nacionalmente. Su alta tasa de mortalidad infantil (93,9 por 1.000), el analfabetismo (hasta de 94% en la población mayor de 15 años) y las condiciones de sus viviendas (93% no cuenta con saneamiento ni agua potable) los caracteriza como el grupo más empobrecido entre los pobres del Paraguay.

No se dispone de datos recientes, pero según el censo de 1992, la fecundidad de las mujeres indígenas era de 5,7 hijos por mujer.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

En los últimos años, especialmente en 1998, el país ha sufrido los efectos de las alteraciones climáticas globales y del fenómeno El Niño que han generado situaciones de emergencia e inundaciones responsables por pérdidas humanas y daños importantes. En 1998 las inundaciones causaron 49 muertes, la destrucción de 4.500 viviendas, el desplazamiento de 13.000 familias y costos económicos estimados en US\$ 70 millones. En los últimos años el país ha visto aumentar los riesgos potenciales de emergencias y desastres químicos por mal manejo de productos peligrosos depositados en lugares vulnerables a inundaciones.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Entre 1993 y 1997 se registró un promedio de 624 casos anuales de malaria, pero en 1998 se registraron 2.091 casos y la incidencia parasitaria anual (IPA) fue de 0,5 por 1.000 habitantes. En 1999-2000 se presentó una epidemia, con 9.946 casos notificados en el primer año (una IPA de 2,2 por 1.000 y 72% de los casos en el primer semestre) y 6.853 casos en 2000 (una IPA de 1,4 por 1.000, con un pico entre marzo y mayo). El 82% de los casos de 1999 y 80% de los casos de 2000 ocurrieron en los tres departamentos de más alto riesgo: Alto Paraná, Caaguazú y

Canindeyú. La razón hombre/mujer fue de 2,5 en 1999 y 2,2 en 2000; personas de todas las edades fueron afectadas, y la IPA específica por edad fue de 1,3 por 1.000 en el grupo de 60 y más años, 1,7 en el grupo de 5 a 14 años y 2,1 en el de 20 a 59 años. Todos los casos estudiados, menos 3 casos de 1999, fueron causados por *Plasmodium vivax*. No se registraron defunciones.

Además de condiciones propicias para la transmisión, la epidemia puso de manifiesto deficiencias en la infraestructura y la capacitación, y poca actuación de los servicios de salud y de la comunidad frente al problema. El Ministerio y el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) fortalecieron las regiones afectadas con el desplazamiento de personal desde otras regiones, la ampliación y reactivación de la red de colaboradores voluntarios y la participación progresiva de la red de servicios de salud.

Dengue. Después de una década de silencio epidemiológico, la transmisión del dengue se detectó a partir de febrero de 1999, y se presentó una epidemia que se extendió hasta junio, principalmente en Asunción, el Departamento Central, Amambay y Alto Paraná. El Laboratorio Central de Salud Pública documentó 1.164 casos por serología, y en laboratorios de referencia internacional se tipificó dengue-1. En diciembre de 1999 se produjo un brote extenso en la ciudad de Luque, Departamento Central, colindante con Asunción. De enero a abril de 2000 el país fue azotado por una epidemia masiva, con casos confirmados en los 18 departamentos pero concentrada en la capital, el departamento Central y Alto Paraná. Se registraron 24.282 casos, 2.910 de estos confirmados por serología o aislamiento del virus dengue-1. Según encuestas hechas durante la epidemia, más de 100.000 casos podrían haber ocurrido solo en Asunción. Entre los confirmados por laboratorio, el grupo de mayor riesgo fue el de adultos mayores, con baja incidencia en niños (20,3 por 100.000 habitantes en el grupo de 0 a 9 años, 38,8 por 100.000 en el de 10 a 19 años, 69,7 por 100.000 en el de 20 a 59 años y 85,5 por 100.000 en el de 60 y más años). No se documentó la presencia de dengue hemorrágico.

Frente a la epidemia, el país desplegó una intensa campaña que contó con la participación de las instituciones y la comunidad organizada; sin embargo, gran parte de las ciudades paraguayas aún tienen índices de *Aedes* compatibles con la transmisión.

Enfermedad de Chagas. El área endémica para la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas abarca siete departamentos en la región oriental y gran parte del Chaco. El principal vector es *Triatoma infestans*, pero están presentes *T. sordida*, *T. guazu* y *Panstrongylus magistus*.

En un estudio de seroprevalencia de anticuerpos para *Trypanosoma cruzi* en embarazadas, realizado entre 1995 y 1999, en el departamento Cordillera se observó 15% de positividad, con un rango de 8% a 34% entre sus municipios. En 2000 la seropositividad para *T. cruzi* en mujeres de 15 a 44 años que concurrían a los

La salud de la familia

En el año 2000, 17,3% de los hogares tenía a una mujer por jefa de hogar (20,1% en la población menos pobre). Tres cuartas partes de los menores de 15 años viven con sus dos padres (78% en las zonas rurales, 73% en las urbanas) y 6% no viven con ninguno de sus padres, proporción que es similar en el campo y las ciudades. En 10% de los hogares hay un niño adoptado o de crianza que no convive con sus padres aunque estos estén vivos.

La salud de los trabajadores

En el año 2000 la PEA se estimó en 7,8 millones de personas (30,4% de la población total) y la tasa de actividad era de 65,9% (76,9% para los hombres y 55,9% para las mujeres). De la población ocupada urbana mayor de 14 años, 72,0% se distribuye en microempresas de hasta 10 trabajadores, 4,2% en empresas de 10 a 20 trabajadores y 23,5% en empresas de otros tamaños. La población ocupada en el llamado "sector informal" representa 55% de los trabajadores urbanos.

Los principales problemas de salud de los trabajadores son la falta de protección laboral y la baja cobertura de los servicios de salud ocupacional. La cobertura del seguro social en el país descendió entre 1986 y 1995 de 40,7% de la PEA a 23,4%, y se estima en 22% para el 2001, mientras que la cobertura de riesgos profesionales es aún menor. La situación no ha mejorado cuantitativamente con los cambios de la legislación en este terreno, aunque se aprecia el desarrollo de instituciones y el aumento de los recursos humanos en salud ocupacional: de hecho, persiste la desprotección para amplios sectores y se suman nuevos factores de riesgo a los tradicionales. La flexibilización laboral afecta negativamente las condiciones de trabajo y por ende la salud de los trabajadores. Los más desprotegidos son los que se desenvuelven en el sector informal, los menores de edad que trabajan y los trabajadores del sector formal tercerizados por contratistas y subcontratistas.

La información sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales adolece de subregistro; sin embargo, entre 1992 y 2000 decreció la cantidad de accidentes en la minería merced a la intervención de las empresas, del seguro social y del propio personal. Los trabajadores de 6 a 17 años de edad sumaban 1.300.000 personas en 1998, que en general no contaban con protección sanitaria ni laboral.

La salud de los discapacitados

En 1993 un estudio mostró la prevalencia de 45% de deficiencias, 31% de discapacidades y 13% de minusvalías. En 1995 se diseñó el Módulo de Información de la Discapacidad, His-Dis, que permitió contar con estadísticas nacionales de discapacidad desde 1997. El Instituto Nacional de Rehabilitación registró 191.000 atenciones en 1998: las discapacidades más frecuentes eran las de locomoción (37%) y de disposición corporal (18%). Del total registrado, 53% fueron leves, 27% moderadas y 10%

severas, estas más asociadas con alteraciones de las funciones mentales superiores (34%), con otras enfermedades del sistema nervioso (27%) y con lesiones medulares (26%). Se trabajó paralelamente en una estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, que amplió la cobertura y brindó atención a las personas discapacitadas. Desde 1998 se han establecido centros pilotos, se ha sensibilizado a profesionales y técnicos de la salud y se han fortalecido 13 de los 70 centros de rehabilitación que funcionan en el Perú.

La salud de los indígenas

En el año 2000, casi 17% de los peruanos (proporción similar a la de 1997) tenían por lengua materna un idioma autóctono: quechua, aymara, campá, shipibo u otros, de todos los cuales el quechua es el más numeroso en hablantes. La población indígena presenta una situación general y de salud desventajosa respecto de la población de habla española, condiciones que no han variado desde 1997.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Por estar situado en el llamado Círculo de Fuego del Pacífico, el Perú está expuesto a los efectos de sismos y erupciones volcánicas: se estima así que 80% de la población se halla en riesgo de ser víctima de sismos. La orografía del país posibilita frecuentes aludes o deslizamientos de laderas y el Instituto Nacional de Defensa Civil considera que 35% de la población está expuesta a ellos. Entre 1993 y 1997 se registraron 1.478 desastres naturales diversos, principalmente inundaciones, aludes y sismos localizados, que causaron la muerte de 1.667 personas y dejaron damnificadas a otras 872.750, así como 38.360 viviendas destruidas y otras 131.855 dañadas en distinto grado. Las pérdidas agrícolas afectaron a unas 254.000 hectáreas, y en general los perjuicios económicos se calcularon en US\$ 100,4 millones.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. Se estima que 2,5 millones de habitantes viven en zonas de riesgo alto y muy alto de transmisión de malaria (8% de los distritos del país). Entre 1989 y 2000 la incidencia de malaria, en promedio 180.000 casos confirmados por año, tuvo tendencia creciente hasta 1998 con un índice parasitario anual (IPA) de 10,0 por 1.000; en el año 2000 el IPA fue 2,7 por 1.000. La malaria sigue un definido patrón cíclico y estacional y está asociada geográfica y ecológicamente a zonas tropicales y desérticas irrigadas de la costa norte, la selva montañosa noreste, la selva central y sudoriental y la cuenca amazónica peruana. En 1999 las zonas endemoepidémicas más activas, localizadas en los departamentos de Loreto, Tumbes y Piura concentraron 70% del total de casos notificados. Predomina la malaria por *Plasmodium*

pos de banca, seguro, turismo, servicios de aerolíneas, casas editoriales, manufacturas y servicios profesionales) durante el cuarto trimestre de 1998.

En su empeño por mejorar la salud de los trabajadores, el Ministerio de Salud celebró en 2000 consultas con un higienista especializado en salud ocupacional. La finalidad principal fue realizar una evaluación de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo con miras a elaborar un protocolo para auditorías en el lugar de trabajo. Además, se estableció un proceso de evaluación de necesidades.

El Programa de Seguro Social pagó US\$ 822.050 en beneficios de enfermedad en 1999 y US\$ 816.061 en 2000. De un total de 4.473 reclamaciones hechas en 1999, 511 fueron por lesiones sufridas por 322 personas.

La salud de los discapacitados

Durante 1996–2000 se estableció en Saint Kitts un programa de detección temprana, intervención y estímulo para los discapacitados; se registraron como discapacitados 68 niños y adultos jóvenes. Por medio de visitas domiciliarias, una enfermera adiestrada del Ministerio de Salud ofrece estímulo a los niños y orientación, información y apoyo a los padres. En conjunto, una unidad especial de educación de Saint Kitts y otra similar de Nevis ofrecen educación a 112 estudiantes de 4 a 20 años. La gama de discapacidades de los estudiantes comprende impedimentos auditivos, autismo, síndrome fetal debido al alcohol, síndrome de Down, impedimentos visuales, hidrocefalia, parálisis cerebral y otras formas de discapacidad física y mental. Esas unidades emplean a 17 maestros y 12 auxiliares.

A los 15 años de edad comienza la formación para el empleo de las personas con discapacidades leves, que más tarde se incorporan a la fuerza de trabajo. El Ministerio de Educación emplea algunas de las personas con discapacidades más graves en una finca especial.

La Sociedad para las Personas Ciegas y con Impedimentos Visuales tiene un registro de unas 30 personas de 19 a 55 años de edad.

La salud de los indígenas y de otros grupos especiales

No hay grupos indígenas en Saint Kitts y Nevis. En el período 1996–2000 se trajeron unos 525 trabajadores de Guyana al año para trabajar en la industria azucarera. Se han incorporado al sistema local de atención de salud y, por ende, no hay datos separados sobre este grupo.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Entre 1996 y 2000, cuatro huracanes de importancia azotaron a Saint Kitts y Nevis y hubo inundaciones en Basseterre, la capital. En 1998, el huracán Georges causó cinco defunciones y cerca

de US\$ 402 millones de daños. En 1999, los huracanes José y Lenny causaron daños cuyo monto se estima en US\$ 3,8 millones y US\$ 42 millones, respectivamente. No hubo brotes importantes de enfermedad después de esos desastres. Sin embargo, se produjeron graves daños estructurales, incluso en varios centros de salud y en el Hospital J. N. France.

Saint Kitts y Nevis se vio afectada periódicamente por lluvias de ceniza como resultado de las erupciones volcánicas en la vecina isla de Montserrat que, según la comunidad médica, ha causado una mayor incidencia de problemas respiratorios e irritación de los ojos y la piel.

El Organismo Nacional de Administración de Situaciones de Desastre, regido por una Junta Directiva, coordina las actividades nacionales en ese campo. En la versión revisada del plan nacional para situaciones de desastre se estipula la participación del sector público, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales. El Consejo Nacional de Mitigación de los Desastres de Saint Kitts y Nevis, con la participación de los sectores público y privado y las organizaciones no gubernamentales (incluso las iglesias), se reúne por lo menos una vez por mes y ofrece dirección en materia de política relacionada con los sistemas de mitigación.

El plan para situaciones de desastre del Ministerio de Salud y Medio Ambiente aborda asuntos como el tratamiento de víctimas en masa, la vigilancia del suministro de agua, el saneamiento ambiental, la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de los establecimientos de salud. El plan tiene un componente institucional y otro comunitario.

Enfermedades transmitidas por vectores

En 1996 se notificaron seis casos de dengue (una tasa de 14,2 por 1.000 habitantes). En 1997 se notificaron cuatro casos, en 1999 dos y en 2000 seis. En el período 1996–2000 se notificó una defunción por dengue. La tipificación vírica hecha por el CAREC indica que durante ese período circularon dos tipos de dengue.

En 1999 hubo un caso importado de malaria. No se ha registrado ningún otro caso y no se encontró el mosquito *Anopheles* en Saint Kitts.

En 2000 se administraron 27 dosis de vacuna contra la fiebre amarilla. Durante el período 1996–2000, no se notificaron casos de fiebre amarilla, enfermedad de Chagas, peste ni esquistosomiasis.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Durante 1996–2000, la cobertura promedio de los niños menores de 1 año con las vacunas DPT, OPV y MMR fue mayor de 99% (figura 3). En 1997 se introdujo la vacuna BCG para los recién nacidos y en el período 1998–2000 la cobertura fue de 100%. En julio de 2000 se introdujo la vacuna pentavalente contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b; en ese año la cobertura fue de 12%.

En el período 1996–2000, no se notificó ningún caso de difteria, tos ferina ni poliomielitis. Entre 1997 y 2000 se notificaron

neoplasias la cifra fue de 8,4%. Las enfermedades originadas en el período perinatal representaron 5,2% de todas las muertes.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Por grupos de población

La salud del niño (0-4 años)

Alrededor de 80% de todos los nacimientos tienen lugar en los hospitales. Aproximadamente 12% de los recién nacidos pesan menos de 2.500 gramos. De acuerdo con un estudio realizado en 1999, el bajo peso al nacer ocurre más frecuentemente en las mujeres que acuden menos de tres veces a la consulta prenatal, en madres adolescentes y en madres de origen indostano.

La Oficina Nacional de Salud Pública notificó que la tasa de mortalidad infantil en 1999 fue de 29 por 1.000 nacidos vivos, y una encuesta realizada en el año 2000 dio resultados similares. La mayoría de las muertes de lactantes son causadas por enfermedades originadas en el período perinatal (49%), seguidas por las malformaciones congénitas y las infecciones gastrointestinales y respiratorias. La tasa de mortalidad en los niños menores de 5 años fue de 32 por 1.000 en el año 2000.

De acuerdo con la información suministrada por los cuatro hospitales principales de Paramaribo, la tasa de mortalidad perinatal entre los años 1995 y 1999 fue de aproximadamente 30 por 1.000 anualmente.

La causa principal de muerte en niños de 1 a 4 años fueron las infecciones gastrointestinales (24%) y las causas externas (20%). La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años se estimó en 37 por 1000 nacidos vivos.

En los niños del interior del país el retraso en el crecimiento (18%) es mayor que en los niños que viven en la zona costera. Entre los años 1997 y 2000, unos 125 niños en promedio fueron hospitalizados debido a la malnutrición.

La salud de la población en edad escolar primaria (5-14 años)

Los accidentes y los traumatismos son la causa principal de muerte en este grupo. Uno de los requisitos para poder entrar a la escuela primaria (a los 6 años de edad) es haber recibido las vacunas indicadas de acuerdo con la edad.

La salud de los adolescentes (15-19 años)

La prostitución, el crimen y las drogas son problemas graves en las zonas desposeídas socialmente.

La salud de la población adulta (20-59 años)

La causa principal de muerte para el grupo de edad de 20 a 59 años, que representa 50% de la población, son los accidentes y los traumatismos seguidos por el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares. En el período 1997-1999, el SIDA fue la segunda causa principal de muerte para los hombres y la tercera para las

mujeres en el grupo de edad de 15 a 44 años. El cáncer se ubicó en los tres primeros lugares de causas de muerte entre las mujeres, mientras que en el caso de los hombres los tres primeros lugares correspondieron a las causas externas y a las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

En 2000, los anticonceptivos orales fueron los más utilizados (70%). Alrededor de 40% de las mujeres que viven en pareja utilizan anticonceptivos. De acuerdo con una encuesta, el uso de anticonceptivos en las zonas urbanas es de 51%, de 45% en las zonas rurales y de 7% en el interior.

Una encuesta sobre mortalidad materna realizada entre 1995 y 1999 reveló un promedio anual de 73 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna notificada por la Oficina de Salud Pública en 1999 fue de 108 por 1.000 nacidos vivos. En los años 1995-1999, las principales causas de mortalidad materna fueron los trastornos causados por la hipertensión, y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Este grupo representa 7,6% de la población total, siendo el número de mujeres (16.239) ligeramente más alto que el de hombres (14.639). Las principales causas de muerte en este grupo son la hipertensión y las enfermedades del corazón seguidas por las enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias malignas. La mayoría de las muertes por cáncer la ocasionan el cáncer del tracto gastrointestinal (27%), seguido por el de los órganos de la reproducción (17%), del sistema respiratorio (11%), de mama (9%), de la sangre y los tejidos linfáticos (9%), y de las vías urinarias (4%).

La salud de la familia

Se calcula que 40% de las familias están formadas por tres o cuatro personas. De los niños de 0 a 14 años, 62,2% viven con ambos padres; 22% viven solamente con la madre y 7% no viven con ninguno de sus padres. Sin embargo, en el interior, menos de 50% de los niños viven con ambos padres, 34% viven con la madre solamente y 12% con ninguno de los dos.

La salud de los discapacitados

El Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda coordina los programas especiales para los discapacitados. Además, las organizaciones no gubernamentales realizan actividades para ayudar a los ciegos, sordos, antiguos pacientes de lepra y a los niños con discapacidad mental y física. Un centro de rehabilitación del Hospital Académico presta servicios en Paramaribo a los pacientes enviados para la adaptación de prótesis, tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional y terapia del lenguaje.

La salud de los indígenas, de las poblaciones fronterizas y de otros grupos especiales

La Misión Médica, una organización sin fines de lucro financiada por el Gobierno, es la única encargada de prestar servicios de atención de salud a más de 50.000 cimarrones y amerindios

que viven en zonas del interior prácticamente inaccesibles. Los servicios de salud curativos y preventivos son gratis, lo que incluye el tratamiento y el transporte hasta el hospital de Paramaribo. Cada año se refieren entre 800 y 1.000 pacientes al hospital de Paramaribo. Se calcula que en Suriname puede haber entre 20.000 y 40.000 buscadores de oro (*garimpeiros*), que están expuestos al envenenamiento por mercurio, a la malaria, al VIH/SIDA y a otras infecciones de transmisión sexual.

Por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmitidas por vectores

Se han notificado entre 80.000 y 90.000 casos de malaria cada año y la mayoría en el interior, a lo largo de la frontera oriental y el río Marowijne. En las zonas endémicas, 40% de los casos correspondieron a niños menores de 5 años y 60% a niños menores de 14 años. La malaria debida a *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina está generalizada, pero la resistencia a la quinina todavía no se ha establecido.

El número de casos notificados de dengue aumentó vertiginosamente al pasar de 3 casos confirmados en el laboratorio, en 1997, a 149 casos en 1998; todos se debieron al serotipo 1 del virus del dengue. No se notificaron casos de dengue hemorrágico ni de síndrome de choque del dengue en 1997, pero en todo el año 1998 hubo 60 casos, la mayoría de los cuales se presentaron en el mes de mayo. Cuando terminó la epidemia en el año 2000, se habían notificado y confirmado 406 casos. Durante los años 1998 y 1999 hubo 214 casos debidos a los serotipos 1 y 2. La epidemia de dengue ocasionó una muerte en 1998 y 15 en 1999. En la segunda mitad del año 2000 se inició una campaña de vacunación contra la fiebre amarilla.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Entre 1997-1999 hubo 6 casos de tétanos, 100 de rubéola y tres casos confirmados del síndrome de rubéola congénita. En el mismo período, y a nivel nacional, se efectuaron dos campañas de vacunación para niños y adultos. La cobertura con las vacunas DPT, OPV y MMR fue de aproximadamente 85%. La vacuna contra la hepatitis B todavía no se ha incluido en los programas de vacunación para niños.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las infecciones por *Salmonella* aumentaron de 14 casos en 1995 a 87 en 1999. Por el contrario, el promedio mensual de infecciones por *Shigella* disminuyó de 20 casos en 1995 a 9 en 1999. En 2000, aproximadamente 4,5% de las 7.704 muestras de heces examinadas en la Oficina de Salud Pública resultaron positivas para helmintos, de los cuales 96,6% eran *Strongyloides*; otros helmintos identificados fueron *Trichuris*, *Ascaris* y *Enterobius*. El Gobierno ha iniciado una campaña para aumentar el control en los lugares de venta de comida.

Enfermedades crónicas transmisibles

Desde 1997 hasta 2000, el programa de tuberculosis de la Oficina de Salud Pública notificó un promedio de 87 posibles casos, de los cuales 53 fueron confirmados. En 1998 se confirmaron 2 casos, 9 en 1999 y 16 en 2000, todos en pacientes con VIH. Desde 1999 se hace la prueba del VIH a todos los pacientes con tuberculosis clínica.

El Servicio de Dermatología notificó 49 casos de lepra en 1997, 62 en 1998 y 50 en 1999; 30% de los casos notificados entre 1997 y 1999 correspondieron a niños de 0 a 14 años de edad.

Zoonosis

Los estudios serológicos realizados para la detección de *Trypanosoma cruzi* entre los donantes de sangre en 1997 y 1998 no revelaron casos positivos de enfermedad de Chagas.

En 1998 se registró un brote localizado de rabia en el interior, ocasionado por mordedura de murciélagos. Seis niños presentaron el cuadro clínico y uno fue confirmado por examen serológico; todos estos pacientes murieron.

Hubo 1.017 casos sospechosos de leptospirosis entre 1995 y 1999, de los cuales 191 se confirmaron por serología; 10 de dichos casos fueron mortales. De los casos confirmados, 70% se presentaron en el grupo de 16 a 45 años de edad.

VIH/SIDA

En 1997, el VIH/SIDA se situaba en el décimo lugar entre las principales causas de muerte, en 1998 llegó al noveno lugar, y en 1999 pasó a ser la octava causa. Entre 1995 y 1998 las tasas de mortalidad se triplicaron al pasar de 5,6 por 100.000 en 1995 a 9,3 en 1997, 16,3 en 1998 y 17,7 en 1999. Durante el período 1997-1999, el SIDA fue la segunda causa de muerte entre los hombres de 15 a 44 años de edad y la tercera causa de muerte entre las mujeres de ese mismo grupo de edad. En el período 1997-1999, la razón de muertes hombre/mujer fue de 2:1. En 1997 hubo 182 casos VIH positivos, 186 en 1998, 267 en 1999 y 285 en 2000. Los trabajadores del sexo, entre los que se ha observado una prevalencia de 20%, se encuentran particularmente expuestos al riesgo.

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones gonocócicas prácticamente se duplicaron, pasando de 327 casos en 1998 a 629 en 1999. Hubo 67 casos de sífilis en 1998 y 233 en 1999; además, en 1999 se notificaron ocho casos de sífilis congénita. Con la finalidad de disminuir los contagios en el interior del país, en 1997 la Misión Médica inició un proyecto para fortalecer los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Las actividades de este proyecto se han programado por cinco años y finalmente pasarán a formar parte de las actividades regulares de las unidades de la Misión Médica.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La diabetes mellitus se encuentra en el séptimo lugar entre las causas subyacentes de muerte, con un total de 228 defuncio-

hogar pobre y casi 40% del total de adolescentes de 15 a 17 años de edad estaban excluidos del sistema educativo formal. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años descendió en los últimos años de 97 a 87 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres, pero su contribución a la fecundidad total aumentó. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es a los 14 años en los varones y a los 15 años en las mujeres. Los principales motivos de consulta de los adolescentes son los problemas psicosociales y familiares, y los diagnósticos más frecuentes son la disfunción familiar, conducta depresiva, bajo rendimiento escolar, intentos suicidas, alcoholismo y drogadicción, maltrato y abuso. El embarazo en la adolescencia constituye un gran problema para la sociedad y para los servicios de salud. Las primeras causas de mortalidad corresponden a accidentes y violencia y a suicidio y homicidio; las asociadas a la maternidad ocupan el séptimo lugar.

La salud de los adultos (20-59 años)

La mortalidad materna entre 1940 y 2000 presenta una tendencia general descendente, con una tasa de 172,4 por 100.000 nacidos vivos en 1940 y de 59,0 por 100.000 en 2000. Sin embargo, en las dos últimas décadas la velocidad de la pendiente se modificó: en el decenio de 1980 la tendencia de la mortalidad materna se revirtió, presentando un leve aumento, para luego desacelerarse en los años noventa. En 1999 la mortalidad materna fue de 59 por 100.000 nacidos vivos. Los estados con mayores tasas fueron Delta Amacuro (242 por 100.000 nacidos vivos), Trujillo (171) y Nueva Esparta (114). Las causas de defunción más importantes fueron las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (50%); el edema, proteinuria y trastornos hipertensivos (35%), y el embarazo terminado en aborto (14%). La mayoría de estas causas son evitables, considerando que más de 90% de los partos reciben atención institucional en Venezuela. El 16% de las mujeres en edad fértil presentan anemia, porcentaje que aumenta a 22% entre la población más pobre. La cobertura de atención prenatal en 1997 fue de apenas 25,5%.

La salud del adulto mayor (60 y más años)

Esta población representaba 6,5% de la población total en 2000 y 46% eran hombres. Se espera que para el año 2025 la población de este grupo se triplique. En 1998 sus principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón (32%), las neoplasias malignas (18%), las enfermedades cerebrovasculares (12%) y la diabetes (8%). El riesgo de defunción por estas causas es mayor para los hombres, excepto en el caso de la diabetes. Las principales causas de morbilidad en ese mismo año fueron la hipertensión arterial, seguida del síndrome gripal, la diabetes, las infecciones urinarias y la artritis reumatoide.

La salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales en el decenio de 1990 tendieron a incrementarse como consecuencia directa del empleo informal, la utilización de locales inadecuados e, incluso, el uso de la vi-

vienda como centro de producción. Aun con el subregistro existente, las enfermedades ocupacionales más frecuentes son la sordera industrial (hipoacusia laboral) y otras afecciones asociadas a ruido y vibraciones, intoxicaciones por sustancias químicas y trastornos musculoesqueléticos.

Los trabajadores menores de edad están protegidos por los artículos 247 a 273 de la Ley Orgánica del Trabajo, que les garantiza igual salario que a los adultos. Está prohibido el trabajo de los menores de 14 años y se requiere autorización legal de los padres o representantes para que los jóvenes de 14 a 16 años de edad puedan realizar una actividad económica; en todo caso, sus jornadas laborales no pueden superar las 6 horas diarias y 30 semanales y no pueden realizar trabajo nocturno. Según la revista *Mercado laboral, instituciones y regulaciones*, publicada por el Instituto de Estudios Superiores de Administración, la cantidad de mujeres que trabajan ha aumentado y el diferencial entre el ingreso promedio de las mujeres y los hombres se ha reducido. Ha aumentado también la presencia de menores de 10 a 14 años de edad en el mercado laboral. La mayoría de estos jóvenes trabajan por cuenta propia sin relación de dependencia, en contraposición con las normas legales establecidas.

La salud de los discapacitados

Se estima que 10% de población tiene algún tipo de discapacidad, disfunción o minusvalía. El artículo 81 de la Constitución Nacional hace referencia a la atención de este grupo especial, y sobre esa base se definió un plan nacional de prevención de discapacidades, atención y rehabilitación, que pone el acento en la atención comunitaria. Sin embargo, pese a haber sido pionera en el modelo de rehabilitación basado en la comunidad, Venezuela no ha logrado consolidar este modelo en el sistema de atención integral de salud.

La salud de los indígenas

Según el último censo indígena realizado en 1992, esta población consta de 371.815 habitantes (1,5% de la población total) pertenecientes a 38 etnias, entre las cuales se encuentran las wayúu (53,4%), warao (7,6%), pemón (6%), añú (5,5%), yanomami (4,7%), guajibo (3,6%) y piaroa (3,6%). El conjunto de estas etnias totalizan 84,4% de la población indígena; los estados donde se concentran son Zulia (62,4%), Amazonas (14%), Bolívar (11%) y Delta Amacuro (6,6%). Los pueblos indígenas viven en condiciones de vulnerabilidad, exclusión social y pobreza extrema; el Gobierno no ha normalizado el régimen de tenencia de estos pueblos y reciben escasos servicios sociales. En efecto, en 1992, más de 50% de estas comunidades no tenían agua potable ni servicios de disposición adecuada de excretas; 65% carecían de escuelas accesibles y 72,8% de los servicios ambulatorios rurales ubicados en las poblaciones indígenas no tenían médico. No se cuenta con información más actualizada, pero se sabe que son atendidos por auxiliares de medicina simplificada y que reciben visitas médicas en forma periódica. Sus principales afecciones,

según datos parciales provenientes de investigaciones de determinadas etnias, son la tuberculosis, malaria, parasitosis, desnutrición y trastornos diarreicos y respiratorios. Las limitaciones de acceso geográfico, cultural y económico agravan los problemas que suponen estas enfermedades. La Asamblea Nacional reserva tres curules para los representantes aborígenes y existe una comisión permanente para tratar asuntos indígenas.

Por tipo de enfermedad o daño

Desastres naturales

Los desastres de mayor impacto (terremotos, inundaciones, deslaves) se han producido sobre todo en la región costera norte, que es la más densamente poblada. También han ocurrido desastres tecnológicos, de origen químico principalmente, en el sector de petróleo y petroquímica. En 1999 las lluvias y deslaves provocaron una verdadera tragedia nacional, que puso de relieve el planeamiento urbano inadecuado del país y la limitada capacidad de respuesta institucional. Aproximadamente 17% del territorio venezolano forma parte del sistema de áreas bajo régimen de administración especial (ABRAE), que asegura la protección del ambiente. Existe una Ley Penal del Ambiente y un cuerpo de reglamentos y normas en proceso de actualización.

Enfermedades transmitidas por vectores

Malaria. La zona de transmisión abarca 23% de la superficie del país, está por debajo de 600 metros sobre el nivel del mar y en ella viven alrededor de 720.000 personas. Desde 1996 la zona malarica comprende 45 municipios, la mayoría ubicados en los estados Sucre, Bolívar, Amazonas, Barinas, Delta Amacuro, Apure y Táchira. En el año 2000 se notificaron 30.234 casos autóctonos, 38,3% más que en 1996 (21.852), concentrados fundamentalmente en los estados Sucre, Bolívar y Amazonas, que presentaron 91,5% de los casos, asociados a factores migratorios, socioculturales, geográficos y técnicos, así como a la resistencia a algunos insecticidas detectada en los estados Sucre y Barinas. Esta tendencia ascendente desde 1996, sobre todo en el estado de Sucre, coincide con los ajustes que acompañaron a la descentralización del programa de control y que se caracterizaron por una integración deficiente a nivel local, coordinación inadecuada, recursos y actividades de control no priorizados, dificultades en el diagnóstico y tratamiento de los casos, y supervisión, asesoría y evaluación insuficientes. Los adultos jóvenes del sexo masculino han sido siempre los más afectados. En el año 2000 los casos de malaria por *Plasmodium vivax* constituyeron 84% de los casos notificados y los causados por *P. falciparum*, 15,6%, con predominio en los estados Bolívar y Amazonas. En estos últimos estados se registraron 75% de las 24 defunciones por malaria; el 25% restante, pese a haberse registrado en otros estados, muy probablemente se originaron en Bolívar y Amazonas.

Dengue. El dengue clásico y el dengue hemorrágico se comportan de manera endemoepidémica en todo el país. En los últimos años han circulado simultáneamente los serotipos 1, 2 y 4, a los que se sumó el serotipo 3 a partir de 2000. El año 1998 fue el de mayor incidencia, con 37.586 casos notificados (31.863 de dengue clásico y 5.723 de dengue hemorrágico); en los años siguientes el número de casos disminuyó progresivamente a 21.101 casos en 2000 (18.915 clásicos y 2.186 hemorrágicos). En 1999 se registraron 31 defunciones, y en 2000 los índices de infestación de *Aedes aegypti* en casas y depósitos se mantenían altos (20,7% y 10,3%, respectivamente). Las dificultades que plantea la prevención de esta enfermedad residen fundamentalmente en la insuficiencia y mal uso de los recursos, la falta de evaluación de las intervenciones para el control del vector, la escasa participación de la población en la eliminación de los criaderos y el saneamiento ambiental inadecuado.

Fiebre amarilla. No se notificaron casos de esta enfermedad entre 1980 y 1997; sin embargo, en 1998 se presentó un brote en un pueblo indígena yanomami, con 15 casos y cuatro defunciones, en la región de Parima, Amazonas. En 1999 murió por fiebre amarilla un turista extranjero, probablemente infectado en la región de Canaima, estado Bolívar. El sistema nacional para la vigilancia y control de esta enfermedad se ha ido fortaleciendo y es más estricto en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, en particular en cuanto a la exigencia de vacunación antiamarillica a viajeros procedentes de países infectados.

Enfermedad de Chagas. Es considerada de riesgo para unos 6 millones de personas que viven en 198 municipios de 14 entidades federales, en un territorio de 101.488 km². Históricamente los estados más afectados han sido Trujillo, Lara, Portuguesa y Barinas, debido a sus características geográficas de pie de monte, con zonas cafetaleras y viviendas de paredes de bahareque (adobe) y paja, que favorecen la infestación de *Rhodnius prolixus*, principal vector intradomiciliario. La aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas disminuyó la prevalencia de enfermedad de Chagas, que era de alrededor de 45% en los años cincuenta, a menos de 10% en la década del noventa. Los estados con mayores tasas de prevalencia para el período 1992-2000 fueron Carabobo (35,7%), Lara (15,8%), Anzoátegui (9,9%), Portuguesa (9,7%), Táchira (9,5%) y Cojedes (8,9%). En el año 2000 el índice de seroprevalencia fue de 8,3%, con predominio en las regiones occidental y central, y el índice de seroprevalencia en los menores de 10 años fue de 1%, mientras que en el período 1996-1999 se mantuvo por debajo de 1%, lo que significa que la transmisión está aumentando en la población que no había nacido cuando la prevalencia de la enfermedad era elevada. Los indicadores entomológicos de infestación de *R. prolixus* han venido ascendiendo de un índice domiciliario de 0,7% en 1990 a uno de 5,2% en 2000, el más alto de la década. Asimismo, los índices