



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

La Directora General tiene el honor de señalar a la atención de la Asamblea de la Salud el informe anual del Director de Salud del OOPS correspondiente a 2007, cuyo texto se adjunta.

ANEXO

**INFORME DEL DIRECTOR DE SALUD DEL OOPS
CORRESPONDIENTE A 2007****SITUACIÓN GENERAL**

1. Entre 1947 y 1949 tres cuartas partes de la población palestina fueron desposeídas y expulsadas de Palestina como consecuencia de la primera guerra árabe-israelí. A raíz de estos acontecimientos, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) con el mandato de prestar asistencia en materia de salud, educación y ayuda social a los refugiados palestinos registrados, tanto en el territorio palestino ocupado como en los países de acogida (Jordania, el Líbano y la República Árabe Siria).

2. En el territorio palestino ocupado se sufren actualmente las consecuencias a largo plazo de las difíciles condiciones socioeconómicas y se observa una tendencia al endurecimiento de las restricciones, que determinan un mayor aislamiento de la Faja de Gaza y una reducción creciente de la continuidad geográfica en la Ribera Occidental. Las restricciones a la circulación de personas y bienes palestinos dentro y fuera de la Faja de Gaza y en el interior de la Ribera Occidental limitan el acceso a servicios básicos, como los de salud, así como las actividades comerciales, además de obstaculizar las operaciones del OOPS. Después de las elecciones para el Consejo Legislativo Palestino, celebradas en 2006, la retención del impuesto sobre la renta y el IVA de los palestinos por el Gobierno de Israel y el boicoteo de la Autoridad Palestina por los donantes provocaron una crisis fiscal.¹ La suspensión del pago de los sueldos en el sector público dio lugar a graves huelgas. Si bien tras el levantamiento del bloqueo internacional en junio de 2007 permitió reanudar esos pagos, se intensificaron las medidas de cierre en la Faja de Gaza: recientemente se retuvieron en sus fronteras incluso envíos de material fungible y medicamentos esenciales.

3. A finales de 2007, los 1,8 millones de refugiados palestinos registrados en el OOPS que vivían en la Faja de Gaza (aproximadamente un millón) y la Ribera Occidental (casi 750 000) representaban aproximadamente el 46% de los 3,9 millones de palestinos residentes en el territorio ocupado; el 47% de los refugiados se encontraban en ocho campamentos de la Faja de Gaza y el 25% en 19 campamentos de la Ribera Occidental (el resto vivía en ciudades y aldeas, acogido por la población local). Si bien la densidad demográfica es elevada en todo el territorio ocupado, el hacinamiento resulta particularmente grave en la Faja de Gaza, una de las zonas con mayor densidad demográfica del mundo. En la Ribera Occidental hay 439 personas por km² (411 en 2006), mientras que en la Faja de Gaza ya hay 4033 personas por km² (3780 en 2006) y 1,4 millones de personas viven en un territorio de 365 km².

4. Los refugiados palestinos registrados que viven en el territorio ocupado son una población joven, con una proporción de hombres y mujeres igual a uno; el 44% son niños menores de 18 años (39% en la Ribera Occidental y 47% en la Faja de Gaza) y el 68% niños menores de 18 años o mujeres en edad fecunda. Aunque las tasas de fecundidad han disminuido, siguen siendo altas (4,6 en la Faja de Gaza y 3,1 en la Ribera Occidental) y las familias tienen como promedio seis miembros (5,77 en la Ribera Occidental y 5,74 en la Faja de Gaza) (véase el cuadro 1).

¹ OOPS. Emergency Appeal 2008, disponible en el sitio <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

5. La asistencia posparto y neonatal es suministrada principalmente por servicios públicos de atención de salud en los países de acogida y, como cabía prever, las estimaciones sobre la mortalidad de lactantes indicadas en el último estudio del OOPS (2003) fueron similares a las de esos países. Las principales causas observadas de mortalidad de lactantes son la insuficiencia ponderal del recién nacido, las malformaciones y las infecciones de las vías respiratorias, lo cual confirma una tendencia generalizada en la región, donde se observa una disminución de la incidencia de las enfermedades infecciosas y en consecuencia una proporción creciente de mortalidad y morbilidad provocadas por enfermedades no transmisibles (véase el cuadro 1).

6. Como resultado de la disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad de lactantes y niños registrada en el curso de los años, así como del incremento en la detección y el tratamiento de enfermedades como la diabetes y la hipertensión, que afectan típicamente a la población de más edad, es probable que aumente la esperanza de vida entre los refugiados. Sin embargo, también es probable que la pobreza creciente y las altas tasas de desempleo, en especial en el territorio palestino ocupado, agraven la carga económica de las familias, con el consiguiente aumento de la tasa de dependencia (proporción de niños menores de 15 años y personas mayores de 60 años en el conjunto de la población). Los datos correspondientes a 2007 indican que la tasa de dependencia ya era del 89,6% en la Faja de Gaza y del 75,4% en la Ribera Occidental.

7. Como consecuencia del deterioro de la situación económica de los refugiados palestinos residentes en el territorio ocupado, ha aumentado el número de personas que viven por debajo del umbral de pobreza (US\$ 2,8 del gasto diario per cápita). El aumento de la demanda de atención sanitaria entre la población refugiada se debe tanto a factores demográficos como al creciente número de personas pertenecientes al grupo altamente vulnerable de los nuevos pobres, que no pueden recurrir a otros dispensadores de atención.

SERVICIOS DE SALUD DEL OOPS

8. El OOPS lleva a cabo la mayor operación humanitaria en la región y presta asistencia a casi la mitad de la población del territorio palestino ocupado. A pesar de la creciente inestabilidad del entorno operacional, sigue proporcionando uno de los sistemas de salud más costoeficaces y eficientes de la región. El Organismo actúa a través de dos oficinas sobre el terreno en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. Mediante una red de 57 centros de atención primaria de salud proporciona servicios integrales de atención primaria a los refugiados palestinos en el territorio ocupado. La atención secundaria y terciaria se presta en un hospital de la Ribera Occidental y en hospitales con los que el Organismo tiene contratos de servicios. También se prestan servicios de salud ambiental en los campamentos de refugiados.

9. Debido a las restricciones de acceso, el Organismo se ha visto obligado a ampliar su cobertura de atención sanitaria para mantener los niveles de atención. Por esta razón, ha aumentado la contratación de personal, se han creado dispensarios móviles en la Ribera Occidental y ha aumentado el número de centros de salud en la Faja de Gaza.

10. En la Ribera Occidental hay actualmente 38 centros de atención primaria, 23 dispensarios y 15 puestos sanitarios; de los 23 dispensarios, 17 están ubicados en los campamentos y seis en aldeas o ciudades donde viven muchas familias de refugiados. En la Faja de Gaza hay 19 centros de atención primaria de salud - cinco de ellos en los campamentos más grandes - donde desde hace 15 años se trabaja en dos turnos. En 2007 se estableció un nuevo dispensario en Shouka (en el sur de la Faja de Gaza).

11. En 2007, más de un millón de refugiados residentes en el territorio palestino ocupado tuvieron acceso a servicios preventivos y curativos del OOPS, que abarcaron inmunización, atención de salud materna ampliada y planificación familiar, y programas de prevención y control de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles. Esta cifra representa una cobertura del 67% de todos los refugiados en la Ribera Occidental y el 80% en la Faja de Gaza, donde los refugiados tienen menos acceso a otros dispensadores de atención sanitaria y dependen mucho más del OOPS para recibir asistencia médica.

Servicios ambulatorios

12. En comparación con 2006, el número de consultas médicas aumentó en 2007 de 3,1 millones a 3,6 millones en la Faja de Gaza y de 1,6 millones a 1,7 millones en la Ribera Occidental. El sistema de salud está sobrecargado y cada médico visita un promedio de 116 personas por día en la Faja de Gaza y 88 en la Ribera Occidental. En 2007, el OOPS prestó atención prenatal a entre 37 403 mujeres embarazadas en la Faja de Gaza y 13 956 en la Ribera Occidental, atención posnatal a unas 46 000 mujeres, servicios de planificación familiar a más de 50 000 personas, atención infantil a 131 610 niños menores de tres años y servicios de salud escolar a más de 250 000 niños inscritos en escuelas del OOPS. Más de 70 000 enfermos de diabetes y/o hipertensión fueron objeto de vigilancia periódica y recibieron atención.

Equipos sanitarios móviles

13. Los equipos sanitarios móviles, integrados por un médico, un auxiliar de enfermería, un técnico de laboratorio, un auxiliar de farmacia y un conductor, operan en la Ribera Occidental desde febrero de 2003. Su objetivo es atender la carga adicional que soporta el sistema de salud y sobre todo facilitar el acceso a servicios sanitarios en localidades afectadas por la imposición de cierres, el establecimiento de puestos de control y la construcción del muro de separación. Estos equipos ofrecen una amplia gama de servicios médicos esenciales. Desde que están en funciones, los dispensarios móviles han desempeñado una función fundamental; han tratado a un número creciente de refugiados palestinos: de 69 500 en 2003 a 133 122 en 2007.

Atención hospitalaria

14. El número de refugiados de la Ribera Occidental y la Faja de Gaza admitidos en hospitales con los que el Organismo tiene contratos de servicios aumentó en un 7%: de 17 572 en 2006 a 18 980 en 2007.

15. Además de los servicios hospitalarios contratados, el OOPS tiene un hospital con 63 camas en Qalqilya, en la Ribera Occidental. Este hospital, fundado en 1950, presta servicios de atención médica, quirúrgica, ginecológica y obstétrica a refugiados, así como a personas necesitadas que no son refugiados, en el norte de la Ribera Occidental. Cuenta con 14 camas para atención quirúrgica, 12 para atención médica, 20 para atención pediátrica, 15 para atención obstétrica/ginecológica y dos para cuidados intensivos, además de cinco camas en el servicio de urgencias. En el 2007 la tasa diaria media de ocupación de camas llegó al 55,6%, con un total de 6545 personas admitidas.

Servicios de laboratorio

16. Unos 37 laboratorios en la Ribera Occidental y 16 en la Faja de Gaza prestan servicios integrales de laboratorio. Todos ellos cuentan con equipos automáticos de análisis hematológicos y existen

con servicios de análisis de química clínica para toda la zona. En 2007 el número de pruebas realizadas aumentó en un 12,8% en la Faja de Gaza y un 11,3% en la Ribera Occidental.

Salud bucodental

17. Los servicios de salud bucodental se prestan en 13 dispensarios y tres unidades móviles de salud bucodental en la Faja de Gaza y en 22 dispensarios y una unidad móvil en la Ribera Occidental. A finales de 2007 las tendencias en la utilización de los servicios indicaban un incremento del 7% en las consultas odontológicas y del 8% en las actividades de detección, con respecto a los datos de 2006; el número de consultas odontológicas diarias aumentó de 43 a 57 en la Faja de Gaza.

Servicios fisioterapéuticos

18. Desde 2000, el OOPS ha mantenido en actividad seis unidades de fisioterapia en el territorio palestino ocupado, donde se presta una amplia gama de servicios de fisioterapia y rehabilitación, que abarcan tratamiento manual, con calor, y con electroterapia, además de terapia gimnástica en el marco de un programa de extensión. En 2007 se trataron 10 945 pacientes, el 12,3% más que en 2006. Los pacientes que padecen secuelas de lesiones y otros traumatismos físicos sufridos durante incursiones militares representaron el 25,3% del total.

Servicios radiológicos

19. En el territorio palestino ocupado funcionan 14 unidades radiológicas (nueve en la Ribera Occidental y cinco en la Faja de Gaza) para pacientes derivados de centros de salud del OOPS. Estos servicios se complementan mediante acuerdos contractuales con hospitales y clínicas radiológicas privadas. Durante 2007 se realizaron 60 510 radiografías: 31 369 en la Faja de Gaza y 29 141 en la Ribera Occidental.

Salud ambiental

20. La labor de los servicios de salud ambiental del OOPS, que cuenta con 20 ingenieros y 340 trabajadores sanitarios, siguió centrada en el mantenimiento de niveles aceptables de gestión de los residuos sólidos, el abastecimiento de agua potable y los servicios de saneamiento en los campamentos de refugiados. En 2007 todas las viviendas de los campamentos tenían acceso a agua potable, mientras que había sistemas de alcantarillado en el 95% de los campamentos de la Ribera Occidental y el 85% de la Faja de Gaza. Para asegurar el funcionamiento de los sistemas de alcantarillado en todos los campamentos, la División de Salud Ambiental realizó inspecciones periódicas, incluida la limpieza de las bocas de alcantarilla.

Programa Comunitario de Salud Mental

21. Los casos de estrés postraumático y otros trastornos psicológicos y del comportamiento, que son consecuencia comprobada de la exposición a experiencias traumáticas,¹ representan una prioridad sanitaria emergente de los refugiados palestinos. La persistencia de las condiciones de vida difíciles, junto con la inestabilidad política a largo plazo, la violencia y la incertidumbre, están repercutiendo, en particular, entre los niños y los adolescentes del territorio palestino ocupado. El aumento de la vio-

¹ Quota S, El Sarraj E. «Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip». *Arabpsynet Journal* 2004.

lencia desde septiembre de 2000 ha supuesto la destrucción y demolición de viviendas, la imposición de sitios, cierres y toques de queda, así como el empobrecimiento acelerado de la población civil. La barrera de separación ha dividido a las familias y limitado el acceso a las escuelas, los lugares de trabajo y los servicios básicos, lo cual ha contribuido a minar la salud mental de la población, en particular entre los jóvenes palestinos.¹

22. El OOPS hace especial hincapié en la formulación de estrategias de bienestar psicosocial a nivel de todo el Organismo, dirigidas en especial a los niños y los jóvenes. Se están aplicando programas estructurados de salud mental en la Faja de Gaza y la Ribera Occidental; estos programas se iniciaron en 2002 como proyectos de apoyo psicosocial, para los que se contrataron psicopedagogos. Posteriormente, los programas se ampliaron mediante la contratación de un experto internacional en 2005 y se convirtieron en el Programa Comunitario de Salud Mental. El Organismo ha destacado 246 psicopedagogos en escuelas, 34 en dispensarios y 28 en centros comunitarios de todo el territorio ocupado, y ha prestado una gama de servicios cuyo objetivo consiste en promover la creación de mecanismos constructivos para que los refugiados puedan hacer frente a los problemas que padecen en las situaciones de crisis y en prevenir las secuelas psicológicas a largo plazo.

Programa de alimentación complementaria

23. El programa de ayuda alimentaria del OOPS beneficia a las mujeres embarazadas y lactantes que acuden a centros de atención primaria de salud para recibir atención prenatal preventiva y someterse a controles periódicos. Este programa, basado exclusivamente en contribuciones en especie, tiene por objeto satisfacer las necesidades nutricionales y fisiológicas adicionales de las mujeres en edad fecunda y prevenir deficiencias nutricionales asociadas con las altas tasas de fecundidad y la brevedad de los intervalos internatales. En 2007 el OOPS proporcionó ayuda alimentaria a más de 50 000 beneficiarios (36 000 en la Faja de Gaza y 15 000 en la Ribera Occidental).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

24. Cuando el OOPS inició sus operaciones, en 1950, la situación sanitaria de la población refugiada era muy deficiente. La tasa de mortalidad de lactantes era alta, al igual que la prevalencia de la malnutrición y la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles como el paludismo, la gastroenteritis, la tuberculosis, el tracoma y las enfermedades venéreas con altas tasas de incidencia y letalidad. Las condiciones de salud ambiental eran alarmantes ya que la mayor parte de los refugiados vivían en tiendas o barracas comunes. El agua se recogía en puntos de distribución públicos y las únicas instalaciones sanitarias eran los baños e instalaciones de aseo comunes. En la figura se muestra la evolución posterior del programa sanitario del OOPS.

Enfermedades transmisibles

25. En 1954 se introdujo un programa ampliado de inmunización en los dispensarios de salud maternoinfantil para proteger a los refugiados contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, la viruela, la tuberculosis y la fiebre tifoidea, y se iniciaron campañas de inmunización masiva de los niños en edad preescolar y escolar. En el curso de los años, el OOPS ha introducido otras vacunas, a saber la vacuna antipoliomielítica, la vacuna contra la hepatitis B y la vacuna combinada contra el sarampión, las pa-

¹ Giacaman R, Saab H, Nguyen-Gillman V, Naser G. *Palestinian adolescents coping with trauma*. Universidad de Birzeit, 2004, pp. 1 a 89.

peras y la rubéola. La morbilidad y la mortalidad relacionadas con las enfermedades transmisibles han disminuido como resultado del mejoramiento de la higiene en el territorio palestino ocupado a partir del decenio de 1960 y de la labor precursora del Organismo en la vacunación de los niños. Se ha logrado una alta cobertura de vacunación entre la población refugiada palestina del territorio ocupado y actualmente las enfermedades prevenibles mediante vacunas están bajo control.

26. En 2007 las tasas de cobertura vacunal de lactantes de 12 meses de edad era del 100% en la Faja de Gaza y del 99,6% en la Ribera Occidental, mientras que las tasas de cobertura con dosis de refuerzo entre los niños de 18 meses de edad eran del 98,4% y el 99,3%, respectivamente. No se notificaron casos de poliomielitis, parálisis flácida aguda, cólera, tétanos, difteria o tos ferina entre la población refugiada ni se registraron brotes epidémicos.

27. Las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y el VIH/SIDA, tienen escasa incidencia (en 2007 sólo se detectaron 10 casos de tuberculosis en la Faja de Gaza y tres en la Ribera Occidental), pero las infecciones asociadas con las malas condiciones de salud ambiental, como la hepatitis viral y la fiebre tifoidea, siguen siendo una amenaza para la salud pública, lo cual corresponde a los patrones de endemicidad registrados en la región.

28. La incidencia de la fiebre tifoidea y la diarrea sanguinolenta aumentó en la Faja de Gaza con respecto a 2005, pero en la Ribera Occidental la situación se mantuvo invariable. Este dato podría ser un indicador temprano del deterioro de las condiciones higiénicas a pesar de las intervenciones del OOPS.

29. La brucelosis es una zoonosis endémica en los países del Mediterráneo, especialmente en las comunidades rurales. La incidencia de brucelosis entre los refugiados en la zona de actividad del OOPS se mantuvo baja en 2007, con una tasa de 1,8 casos por cada 100 000 habitantes en la Ribera Occidental y 0,4 por cada 100 000 habitantes en la Faja de Gaza.

Enfermedades no transmisibles

Diabetes e hipertensión

30. Se ha acrecentado la sensibilización de la población de refugiados acerca de las enfermedades no transmisibles; las actuales tendencias epidemiológicas prevén un incremento de la morbilidad en los próximos años. El OOPS deberá afrontar las consecuencias socioeconómicas de la creciente prevalencia de la invalidez relacionada con enfermedades no transmisibles, así como de la carga económica que conlleva el creciente número de pacientes con enfermedades crónicas que requieren atención médica.

31. Hasta el final de 2007, en los centros de atención de salud del OOPS en el territorio palestino ocupado se dispensaba atención a un total de 70 786 pacientes con diabetes y/o hipertensión (44 675 en la Faja de Gaza y 26 111 en la Ribera Occidental).

Carencia de micronutrientes

32. Las deficiencias de micronutrientes, especialmente la anemia ferropénica y la avitaminosis A, siguen siendo problemas de salud pública graves y se deben muy probablemente a la combinación de diversas causas. En todo el territorio ocupado se han identificado como causas de las deficiencias de micronutrientes algunas deficiencias nutricionales relacionadas con una combinación de ingesta insuficiente relacionada con la pobreza o la poca disponibilidad de determinados alimentos, y/o una mayor

necesidad biológica, por ejemplo, durante el embarazo. Por otra parte, la elevada prevalencia de anemia, especialmente en las comunidades aisladas y más afectadas por la miseria, por ejemplo en la Faja de Gaza, se ha atribuido a las elevadas concentraciones de metahemoglobina provocadas por contaminantes ambientales tóxicos, por ejemplo nitratos,¹ y afecciones tales como la talasemia.²

33. El último estudio del OOPS (realizado en 2006) sobre la prevalencia de la anemia entre los refugiados palestinos en el territorio palestino ocupado revelaba que entre los niños de seis a 36 meses las tasas eran del 57,5% en la Faja de Gaza y del 37,1% en la Ribera Occidental, y que entre las mujeres embarazadas eran del 44,9% y 31,1% respectivamente. En la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS la anemia nutricional es un problema moderado (con una prevalencia del 20% al 39,9%);³ sin embargo, la situación es particularmente preocupante en la Faja de Gaza, donde la anemia es un problema de salud pública grave que afecta a esos dos grupos de población estudiados. Las tasas de prevalencia observadas en la Faja de Gaza y en la Ribera Occidental son extremadamente diferentes, como cabría esperar de las diversas condiciones socioeconómicas de esos dos territorios.

Salud mental

34. En 2007, un grupo de orientadores impartieron un total de 21 205 sesiones informativas sobre salud mental para un total de unas 300 000 personas. Los orientadores celebraron reuniones de padres y realizaron otras actividades dirigidas a más de 400 000 personas. El objetivo consiste en acrecentar la sensibilización y fortalecer la capacidad para superar las consecuencias psicosociales de la situación de emergencia crónica y las experiencias traumáticas.

35. En el último año, los orientadores realizaron 24 160 consultas individuales y 10 159 sesiones grupales (para un total de 32 105 personas) en el territorio palestino ocupado. Mediante 3780 visitas domiciliarias prestaron apoyo a 8953 personas. En 2007 los trastornos más comunes observados fueron comportamientos agresivos y falta de motivación. En el marco del programa se han desarrollado intervenciones comunitarias que abarcan tanto las necesidades regulares de los destinatarios como las intervenciones de emergencia.

36. La situación es particularmente grave en la Faja de Gaza, donde se estima que una cuarta parte de la población acusa síntomas de trastornos psicológicos derivados de situaciones traumáticas, que requieren intervención.⁴ Entre los niños, la prevalencia de síntomas del síndrome de estrés postraumático debido a experiencias traumáticas importantes es elevada (68% de los estudiantes afectados por la explosión de El-Bureij, en febrero de 2008) y está aumentando la resistencia al tratamiento. El promedio de sesiones necesarias para lograr una mejoría o la recuperación aumentó de 3,17 a comienzos del programa, a 6,7 en julio de 2007. Las personas necesitan un seguimiento prolongado y las familias están teniendo mayores dificultades para contener a sus niños.

¹ Abu Naser AA, Ghbn N, Khoudary R. Relation of nitrate contamination of groundwater with methaemoglobin level among infants in Gaza. *Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, 2007, 13(5): 994-1004.

² Sirdah M, Bילו YY, el Jabour S, Najjar K. Screening secondary school students in the Gaza Strip for beta-thalassemia trait. *Clin. Lab. Haematol.* 1998, 20(5):279-283.

³ McLean E, Egli I, Cogswell M, de Benoist B, Wojdyla D. Worldwide prevalence of anemia in pre-school aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in: *Nutritional Anemia*. Basilea, Suiza, Sight and Life Press, 2007.

⁴ Zaqout I. Enhancing resilience in Refugee Population in the Gaza Strip, chronically stressed population. Informe del Programa de Salud Mental del OOPS en la Faja de Gaza. Ammán, OOPS, 2008.

SITUACIÓN POLÍTICA Y SOCIOECONÓMICA EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO

Consecuencias para la salud de los refugiados

37. A partir de 2000 la economía palestina se han ido deteriorando casi hasta el colapso, y ello se ha reflejado en un creciente desempleo, una mayor pobreza y una disminución de las actividades comerciales,¹ especialmente entre los refugiados. La población está pasando por una fase de crisis humanitaria amplia, prolongada y continua, caracterizada por una pobreza generalizada y una elevada prevalencia de la pobreza extrema.²

38. El informe publicado por el OOPS en noviembre de 2007 sobre la evolución socioeconómica³ en el territorio palestino ocupado revela un brusco retroceso económico, con una caída del producto interno bruto por habitante del 30% en los últimos siete años. En cuanto al sector privado, que genera el 54% de los empleos en la Faja de Gaza, las limitaciones a la circulación provocaron notables reducciones en los sectores de la construcción (12,9%) y las manufacturas (6,8%).⁴ En la Faja de Gaza, el deterioro se debe, en parte, a que la mayoría de las actividades comerciales están orientadas a la exportación y dependen de Israel para la obtención de materias primas. En la actualidad, el índice de desempleo en la Faja de Gaza es casi del 40%, y se prevé que aumentará.⁵

39. Hasta mediados de 2006 los niveles generales de pobreza habían aumentado en un 30%, y en la Faja de Gaza casi un 80% de la población de refugiados vivía en condiciones de extrema pobreza, un aumento del 54% respecto de 2005.⁶ En 2007, el gasto medio de las familias por concepto de alimentos fue de un 62%, comparado con el 37% de 2004. En respuesta a esta situación, el OOPS aumentó su ayuda alimentaria para satisfacer las necesidades de esta población cada vez más empobrecida. El número de familias que dependen de la asistencia alimentaria del OOPS se ha multiplicado por 10 en los últimos 10 años; en la actualidad, más de un millón de personas, aproximadamente las tres cuartas partes de la población de Gaza, dependen de la ayuda alimentaria.

40. La asistencia humanitaria proporcionada hasta el momento ha sido insuficiente para aliviar la pobreza. En 2006, el OOPS prestó asistencia por unos US\$ 100 millones a refugiados pobres del terri-

¹ Departamento de Salud del OOPS. Impact of the humanitarian crisis in the occupied Palestinian territory on people and services, Ammán, 2003.

² PNUD. Poverty in the occupied Palestinian territory 2007, Development Times, N° 1, julio de 2007.

³ OOPS, 2007. *Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio-economic developments (Informe N° 2)*. Gaza, Palestina: Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente, noviembre de 2007.

⁴ OOPS. Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio-economic developments, 2007. Disponible en el sitio web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

⁵ The Gaza Strip: a humanitarian implosion - un informe publicado por la Agencia Católica para el Desarrollo, Amnistía Internacional, CARE Internacional UK, Christian Aid, Médecins du Monde UK, Oxfam, Save the Children UK y Trocaire, marzo de 2008, disponible en el sitio web <http://i.1.cnn.net/cnn/2008/images/03/06/gaza.implosion.pdf>, consultado el 25 de marzo de 2008.

⁶ OOPS. OOPS en 2006, en *Official Report of United Nations Relief and Work Agency for Palestine Refugees in the Near East*, 2006. Disponible en el sitio web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

torio palestino ocupado. Los datos señalan que hubiesen sido necesarios otros US\$ 484 millones en asistencia humanitaria para erradicar la pobreza entre las familias de refugiados.¹

41. La pobreza y la mala salud forman un círculo vicioso. La pobreza conduce a la enfermedad por cuanto aumenta el riesgo personal y ambiental, agrava la malnutrición y la inseguridad alimentaria, dificulta el acceso a los conocimientos y la información, y limita las posibilidades de acceso a la atención de salud. Al mismo tiempo, la mala salud conduce a la pobreza dado que reduce los ingresos familiares y disminuye la capacidad, productividad y calidad de vida de las personas.² La creciente necesidad de atención sanitaria observada actualmente, en particular entre la población de la Faja de Gaza, es consecuencia del debilitamiento de la capacidad de recuperación social y económica, que ha puesto a una población de refugiados cada vez más vulnerable en una situación de dependencia casi absoluta de la asistencia humanitaria.

42. El conflicto plantea riesgos adicionales para la salud, no sólo por las posibles lesiones, muertes y discapacidades, sino también por el aumento de los desplazamientos físicos, las desigualdades, la discriminación y la marginación, así como por la obstaculización del acceso a los servicios de salud. La exposición constante a situaciones de riesgo de muerte en un entorno de conflicto es otro determinante social específico de la salud que propicia la evolución desde el estrés, pasando por la angustia, hasta la enfermedad.³

43. Las restricciones a la circulación en el territorio palestino ocupado siguen siendo un problema complejo para la población. Las dificultades de acceso a la atención de salud contribuyen al deterioro continuo de la situación sanitaria del pueblo palestino. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas y el PMA sostienen que el sistema de clausuras es la causa principal de la crisis humanitaria en el territorio ocupado. Ese sistema restringe el acceso de los palestinos a servicios básicos tales como salud y educación, y separa a las comunidades de sus tierras y sus lugares de trabajo.

44. Los problemas que afrontan los refugiados varían según los distintos tipos de limitaciones impuestas a la circulación de personas y bienes en la Faja de Gaza y la Ribera Occidental. Tanto el OOPS como la OMS han manifestado reiteradamente su preocupación por las consecuencias que la rigurosa política de clausuras impuesta en la Faja de Gaza tendrá para la salud de la población y su derecho a disfrutar del máximo nivel posible de salud. Las condiciones son extremadamente inestables y la imposición de una clausura total tiene graves repercusiones para la población, como se pudo comprobar en enero de 2008. En esa ocasión, las centrales eléctricas, las bombas de los pozos de agua y las instalaciones de gestión de aguas residuales dejaron de funcionar por falta de combustible; numerosas viviendas quedaron sin agua, y hubo un riesgo cierto de inundaciones con aguas residuales. Se impidió al OOPS realizar sus actividades ordinarias de salud ambiental, lo que supuso otra amenaza para la salud de los refugiados palestinos.

45. La prestación de servicios en los centros de atención primaria de salud del OOPS no se ha visto afectada por la escasez de combustible; sin embargo, se han introducido medidas de precaución para minimizar el consumo durante la crisis. Por otra parte, el OOPS asegura la atención hospitalaria me-

¹ OOPS: 'Emergency Appeal 2008', disponible en el sitio web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

² UNRWA Health Programme Five Year Strategy 2008-2012. Ammán, Departamento de Salud del OOPS, 2008.

³ Watts S, Siddiqi S, Shukrallah A, Karim K, Serag H. Social determinants of health in countries in conflict: the Eastern Mediterranean perspective, Draft Version 2. Health Policy and Planning Unit, Division of Health Systems, El Cairo, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, junio de 2007.

diante la remisión de pacientes refugiados a hospitales cuyo funcionamiento incumbe al ministerio de salud y a organizaciones privadas o caritativas. En ese contexto, todo obstáculo a la prestación de servicios secundarios afectará inevitablemente a los refugiados que no pueden acceder a dispensadores de atención de salud alternativos.

46. Asimismo, el mal funcionamiento del sistema sanitario en la Faja de Gaza es motivo de preocupación por sus repercusiones indirectas para el OOPS. El acceso de los habitantes de la Faja de Gaza, el 70% de los cuales son refugiados, a la atención de salud, se está viendo limitado por la interrupción de los servicios de diagnóstico y tratamiento notificada en casi la mitad de los centros sanitarios de atención primaria de salud dependiente del ministerio, así como por las dificultades para mantener las existencias de medicamentos, vacunas y otros insumos médicos necesarios debido a la interrupción de la cadena de frío y la incertidumbre en lo que respecta al transporte de bienes. Esto supone una carga adicional para el OOPS, la principal organización internacional que presta servicios de salud en la Faja de Gaza.

47. Los servicios de atención terciaria de salud sólo se prestan fuera de la Faja de Gaza. El cierre frecuente de las fronteras ha dificultado cada vez más el acceso de los pacientes de Gaza a la atención de salud especializada de alto nivel. Según la OMS, la proporción de pacientes autorizados a salir de la Faja de Gaza para recibir atención médica descendió del 89,3% en enero de 2007 al 64,3% en diciembre de 2007, un porcentaje bajo sin precedentes. Es importante señalar que incluso a los pacientes a los que se les han otorgado permisos se les suele denegar el acceso en los pasos fronterizos; sólo en el mes de octubre se notificaron 27 de esos casos. De hecho, ya no puede asegurarse un sistema de remisión para los refugiados palestinos. Los pacientes palestinos con afecciones que ponen en peligro sus vidas o que necesitan atención urgente son particularmente vulnerables,¹ y, entre octubre y diciembre de 2007, el sistema de la OMS para vigilar el acceso de los pacientes a servicios de atención de salud especializados no disponibles en la Faja de Gaza confirmó 20 defunciones (incluidos cinco niños) por falta de acceso a centros de referencia.

48. En la Ribera Occidental el régimen de clausuras sigue impidiendo el acceso a los lugares de trabajo, los mercados, los servicios de salud y de educación. El número de barreras físicas, incluidos los puestos de control, aumentó de 528 a 563 entre enero y septiembre de 2007.² Al menos medio millón de personas viven en un radio de un kilómetro a cada lado del muro de separación, y la entrada a Jerusalén oriental es especialmente problemática porque una cuarta parte de sus 230 000 habitantes viven al este del muro de separación. En la actualidad sólo existen cuatro puntos de entrada a la ciudad para los palestinos de la Ribera Occidental que cuentan con los debidos permisos. Las restricciones a la circulación provocadas por el sistema de clausuras en general y el muro de separación en particular han limitado considerablemente la capacidad del OOPS para prestar asistencia humanitaria y sanitaria a la comunidad de refugiados en la Ribera Occidental.

Repercusiones en las operaciones del OOPS

49. Las dificultades impuestas a la circulación de personal y bienes, así como los incrementos en los precios de compra de bienes, incluidos medicamentos y alimentos, son dos de los principales problemas que dificultan actualmente el programa de salud del OOPS, junto con las complicaciones en mate-

¹ OOPS. Health situation in Gaza. Informe del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente, 21 de enero de 2008.

² Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. West Bank closure count and analysis occupied Palestinian Territory, septiembre de 2006.

ria de logística y los consiguientes aumentos de costos de funcionamiento derivados de la política de clausuras en el territorio palestino ocupado. En 2007, el OOPS incurrió en costos adicionales estimados en unos US\$ 2,04 millones, debido a las restricciones de acceso, los derechos de tránsito, almacenamiento, sobreestadía y gastos de paletización.

50. El presupuesto de salud del OOPS para 2007 ascendió a poco más de US\$ 113 millones (US\$ 73 425 885 destinados a la Faja de Gaza y US\$ 39 713 102 a la Ribera Occidental). Debido a las limitaciones financieras, el organismo no pudo reembolsar los costos derivados de todos los partos que tuvieron lugar en hospitales, incluidos los de bajo riesgo, o pagar tratamientos capaces de salvar la vida, como los de diálisis. El costo de los medicamentos ha aumentado un 20% en el último año, lo que limita también el poder adquisitivo del programa.

51. La duplicación del costo de los productos alimenticios básicos obliga al Organismo a tener que decidir si suspenderá o no el suministro de alimentos a todos los beneficiarios a fin de garantizar la asistencia a los grupos más vulnerables.

52. Los envíos de medicamentos esenciales y material fungible se han demorado en las fronteras de la Faja de Gaza. Se han buscado vías alternativas a través de Kerem Shalom (OOPS y OMS) pero es necesario obtener garantías a largo plazo de la continuidad del acceso a los suministros médicos. Aunque terminaron de construirse en 2007, los centros de salud en Tal Sultan-Rafah y Khan Younis no pueden funcionar al no tener autorización para la importación de equipo y mobiliario, y la reconstrucción del centro de salud en Jabalia se congeló por falta de materiales de construcción.

53. El aumento de las inspecciones a vehículos de las Naciones Unidas y el hecho de que el personal de las Naciones Unidas deba someterse a exhaustivos controles de seguridad para entrar en la zona situada entre el muro de separación y la Línea Verde (la «zona de división») están creando grandes dificultades operacionales, que conducen a retrasos, mayores costos y menor alcance, y que en definitiva limitan la capacidad de los organismos para satisfacer las necesidades de las comunidades cada vez más vulnerables. En septiembre de 2007 entraron en vigor nuevas reglamentaciones en materia de inspección en la terminal de Reikhan para el acceso a la comunidad Barta'a, que está aislada por la barrera de la Ribera Occidental (gobernación de Yenín). A consecuencia de ello, desde principios de septiembre de 2007 los equipos móviles de personal sanitario del OOPS no han podido realizar visitas a los pacientes dos veces por semana. Antes de esa fecha ya se había complicado el acceso a esa comunidad y a los equipos de personal sanitario del OOPS se les impedía pasar por los puestos de control para llegar a las comunidades necesitadas. Las dificultades para acceder a Jerusalén se triplicaron a principios de 2008, y las peticiones de inspección de vehículos y control de pasaportes dirigidos a los empleados internacionales del OOPS fueron una constante.

54. Las restricciones de acceso impuestas en la Ribera Occidental afectan a los pacientes y a los miembros del personal del OOPS por igual. En 2007, un total de 348 miembros del personal sanitario del OOPS vieron impedido o demorado su acceso al lugar de trabajo, sobre todo a consecuencia de los bloqueos. La cuantía total de tiempo perdido fue de 272 horas, lo que corresponde a 42 días-persona (un día-persona equivale a 6,5 horas para el personal médico), y el 13% de los empleados en la Ribera Occidental resultaron afectados. El 11 de agosto de 2007, tres funcionarios del OOPS fueron maltratados, pateados y golpeados por soldados de la fuerzas de defensa israelíes sin razón aparente mientras trataban de atravesar un puesto de control en Naplusa.

55. Muchas de las mencionadas restricciones de acceso, especialmente por lo que respecta a las exigencias de inspección de los vehículos de las Naciones Unidas, son incompatibles con la Convención de 1946 sobre Prerrogativas e Inmунidades de las Naciones Unidas y el acuerdo Comay-Michelmores de 1967 entre el OOPS e Israel, en virtud del cual el Gobierno de Israel está obligado a «facilitar la

tarea del OOPS en la medida de lo posible, con sujeción únicamente a las reglamentaciones o disposiciones que sean necesarias por motivos de seguridad militar».

56. Es probable que la circulación del personal del OOPS a través de la Ribera Occidental y el transporte de los bienes del Organismo desde Israel hasta la parte ocupada de la Ribera Occidental se compliquen todavía más. Desde julio de 2007, las declaraciones de las autoridades israelíes indicaban que todo el personal del OOPS que viajara a la zona de división debería someterse a exhaustivos controles de seguridad similares a los que se aplicaban en Erez, y que esos controles podían extenderse a los puntos de cruce a Jerusalén (incluida Jerusalén oriental). Las autoridades también indicaron que se reduciría el número de puntos de cruce para la entrada de mercancías en la Ribera Occidental, y que se instauraría un sistema de transbordo consecutivo para el transporte de mercancías. De aplicarse esas nuevas restricciones, el OOPS y otras organizaciones humanitarias hubieran sufrido consecuencias logísticas y financieras sin precedentes, además de perder el control sobre la cadena de suministro logístico. No obstante, a finales de 2007 el régimen reforzado de control no estaba en vigor.

57. La capacidad del personal del OOPS para entrar en las zonas de operaciones seguía dependiendo de un sistema imprevisible de controles de seguridad que hace caso omiso del sistema de prerrogativas e inmunidades de los funcionarios de las Naciones Unidas. En consecuencia, el acceso oportuno del personal y de los bienes a los lugares de trabajo y a las comunidades vulnerables aisladas por la barrera se ha visto gravemente afectado. Las autoridades israelíes impusieron bloqueos generales durante 91 días en 2006 y durante 45 días en 2007.

PERSPECTIVAS

58. Respaldo por la comunidad internacional, el OOPS ha desarrollado a lo largo de los años un conjunto perfeccionado, adaptado y costoeficaz de medidas encaminadas a atenuar los efectos más perjudiciales del conflicto en las comunidades de refugiados del territorio palestino ocupado. Esas medidas comprenden programas de empleo, asistencia en efectivo y en especie, ayuda alimentaria, reconstrucción y reparación de infraestructura dañada por causa de los conflictos, atención médica de urgencia y consejo y apoyo psicológicos.

59. El programa de salud ha contribuido al bienestar y al desarrollo humano de cuatro generaciones de refugiados palestinos y se enfrenta ahora a los desafíos relacionados con la evolución de las necesidades de la población a la que atiende y con el deterioro de las condiciones socioeconómicas en que viven los refugiados.

60. La mayor conciencia de la morbilidad causada por las enfermedades no transmisibles tiene consecuencias para la sostenibilidad del Organismo debido a los altos costos y la duración de los tratamientos. Por otra parte, la necesidad de hacer frente a la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles sigue siendo uno de los principales retos para el OOPS.¹

61. En particular, el estado nutricional de los grupos vulnerables entre los refugiados, como las personas que viven en la extrema pobreza, las mujeres embarazadas, los niños y las comunidades rurales aisladas, tiene que ser controlado. Los programas específicos de alimentación suplementaria, con in-

¹ OOPS. Informe anual del Departamento de Salud. Ammán, Departamento de Salud del OOPS, 2006.

clusión de la distribución de canastas de alimentos, la fortificación de productos como la harina con hierro y las campañas de administración de vitamina A, se aplican en función de las necesidades.¹

62. En un futuro cercano no se prevén cambios significativos en el acceso de los refugiados palestinos a una atención de alta calidad tanto dentro como fuera del territorio palestino ocupado. El creciente uso de los servicios médicos del OOPS, junto con la perspectiva de un compromiso a largo plazo con los refugiados han llevado al Organismo a priorizar las intervenciones, reorganizar los servicios y aumentar la eficiencia interna a fin de mantener la buena calidad de la atención.

63. Se establecieron mecanismos de compensación con miras a limitar las consecuencias de las restricciones de circulación en el territorio palestino ocupado para los pacientes, para el acceso de los miembros del personal del OOPS a los lugares de destino y para la provisión de suministros médicos. Durante 2007 se contrató a personal de apoyo a los programas de emergencia para atender el aumento de la demanda de servicios de atención médica o para sustituir a los miembros del personal que no podían llegar a los lugares de destino, en la Faja de Gaza y en la Ribera Occidental. Además, se puso a disposición una cantidad adicional de suministros médicos para satisfacer las necesidades de los pacientes y mantener una reserva suficiente para dos meses en cada centro de salud, a fin de evitar la interrupción inmediata de la cadena de suministro a consecuencia de los bloqueos. Para suplir los problemas de acceso a los hospitales contratados por el Organismo, incluidos los de Jerusalén oriental, se contrataron los servicios de otros tres hospitales en la Ribera Occidental.

64. El OOPS mantuvo una estrecha colaboración con la Autoridad Palestina y con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la preparación del Procedimiento de Llamamientos Unificados y del plan de desarrollo a plazo medio, y está intensificando sus lazos de cooperación con la OMS (a través del programa de acción sanitaria en las crisis) y con otros asociados locales con miras al fortalecimiento de la cooperación técnica en esferas prioritarias comúnmente definidas, tales como la nutrición, la salud mental, el programa ampliado de inmunización, la seguridad alimentaria y las actividades de promoción.

65. A pesar de las dificultades que enfrenta, el Organismo no puede abandonar la búsqueda de soluciones para atender necesidades sanitarias sumamente prioritarias y no satisfechas, en particular, en las esferas de la salud mental, la detección y el tratamiento del cáncer y los servicios de rehabilitación física. El logro de los niveles más altos posibles de bienestar psicológico se convertirá sin duda en uno de los principales objetivos en los próximos años en vista del ritmo de aumento de la pobreza y la segregación social de los refugiados palestinos en el territorio ocupado. Además, la detección precoz y el tratamiento de los distintos tipos de cáncer constituirán un reto en el futuro, por cuanto el grueso del esfuerzo recaerá en el sistema de atención de salud,² al igual que el aumento previsto de la demanda de servicios de rehabilitación física.

66. Una de las principales consecuencias de la crisis actual en el territorio palestino ocupado es que el apoyo internacional a la población palestina se desviará gradualmente de la asistencia para el desarrollo hacia la respuesta de emergencia. Este cambio era inevitable en las condiciones de casi derrumbe de la economía, agotamiento de las estrategias de supervivencia, destrucción de la infraestructura, parálisis de las instituciones de la sociedad civil, daños ocasionados a las funciones y servicios del sector público y aplicación de políticas estrictas de separación y bloqueo.

¹ OOPS. Prevalencia de la anemia entre las mujeres embarazadas y los niños de 6 a 36 meses de edad palestinos refugiados en la Faja de Gaza y la Ribera Occidental. Ammán, Departamento de Salud del OOPS, 2006.

² OOPS. Informe anual del Departamento de Salud. Ammán, Departamento de Salud del OOPS, 2006.

67. Sin embargo, la esencia del programa de salud es garantizar la continuidad de la asistencia a los beneficiarios. Hay un desequilibrio crónico entre las necesidades y demandas de la población de refugiados, por un lado, y los recursos humanos y financieros disponibles para el programa, por otro, que ha llevado a una situación de renegociación constante y a la priorización de las actividades para hacer frente a las limitaciones presupuestarias.

68. Los esfuerzos encaminados a atender las necesidades de los refugiados palestinos requerirán la movilización de recursos humanos y financieros adicionales y el apoyo de particulares, países e instituciones de todo el mundo.

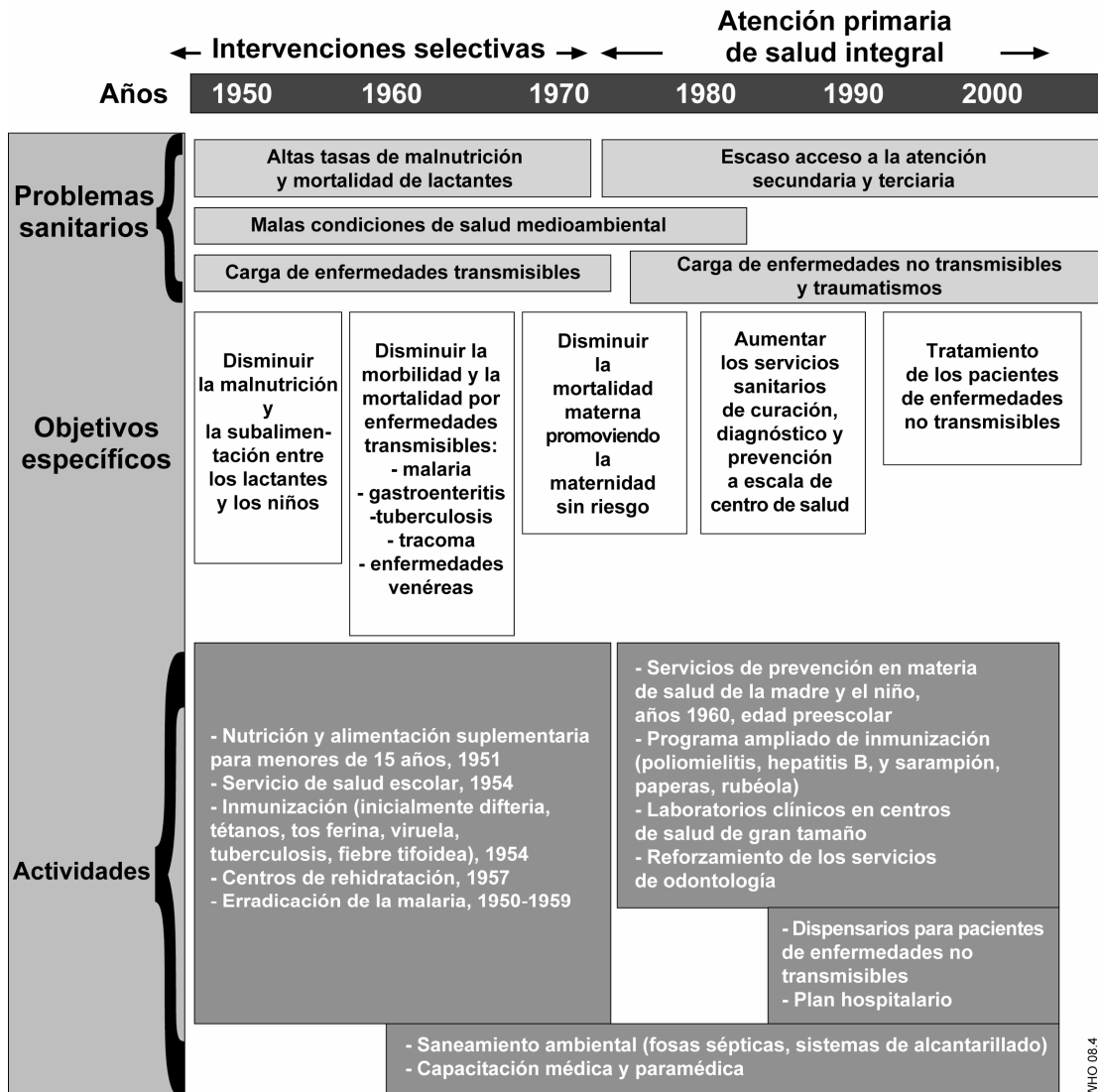
CONCLUSIONES

69. Dada la importancia capital de la salud como derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, es sumamente importante que todas las partes interesadas hagan lo que esté a su alcance para garantizar el acceso a los servicios de atención de la salud para los refugiados palestinos en el territorio ocupado. Para lograr ese objetivo, es obligado garantizar el acceso a los lugares de destino y a las comunidades aisladas para todos los funcionarios del OOPS y los bienes que transportan.

70. Es menester subrayar la necesidad de que todas las partes reconozcan que el OOPS es un organismo de asistencia imparcial y respeten las prerrogativas e inmunidades del personal de las Naciones Unidas. La seguridad de todo el personal del OOPS debe estar garantizada incondicionalmente en todo momento. Debe reconocerse el carácter independiente de la acción humanitaria del OOPS y permitirse el acceso pleno y seguro del personal diplomático y humanitario, como exige el derecho humanitario internacional.

71. Para que el OOPS pueda seguir respondiendo a la situación de emergencia humanitaria que parece no tener fin en el territorio palestino ocupado, es vital que la comunidad internacional renueve su apoyo al Organismo. Es necesario aumentar la financiación en un 20% para mantener las actividades en curso del programa de salud del OOPS, superar las dificultades logísticas actuales, hacer frente al creciente costo de los suministros y adaptar los servicios a las necesidades crecientes de los refugiados.

Figura. Evolución del programa sanitario del OOPS desde los años 1950 hasta la actualidad



WHO 08.4

Cuadro 1. Indicadores sociales y sanitarios para la población atendida por el OOPS en el territorio palestino ocupado¹ y datos del Ministerio de Salud correspondientes a Israel y a otros países seleccionados de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS

País/territorio/población atendida	Año	Porcentaje de la población de edad comprendida entre los 0 y 14 años	Tasa de fecundidad	Tasa de mortalidad infantil/1000 nacidos vivos
Autoridad Palestina*	2000-2005	46,3	5,57	18
Ribera Occidental (OOPS)	2003-2006	33,8	3,1	15,3
Faja de Gaza (OOPS)	2003-2006	40,1	4,6	25,2
Israel	2000-2005	28,35	2,85	5
República Árabe Siria	2000-2005	39,5	3,47	16
Jordania	2000-2005	37,1	3,53	19
Líbano	2000-2005	27,3	2,32	22

* Ministerio de Salud

= = =

¹ OOPS. Informe anual del Departamento de Salud. Ammán, Departamento de Salud del OOPS, 2006.