Organización Mundial de la Salud

60ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 14 del orden del día provisional

A60/29 Add.1
9 de mayo de 2007

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

Informe de investigación

Informe de la Secretaría

1. En la resolución WHA59.3 se pedía al Director General que presentara un informe de investigación sobre la situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado. En colaboración con un equipo de expertos externos, la Secretaría examinó unos 90 informes de fuentes fidedignas sobre la situación en el territorio palestino ocupado.[1] Además, se entrevistó por teléfono a 10 personas que ocupaban puestos clave en los que se abordaban los problemas sanitarios y afines existentes en el territorio palestino ocupado. No se ha podido obtener para este examen información suficiente sobre la situación sanitaria en el Golán sirio ocupado, y no ha sido posible que el equipo de expertos realizara una misión de investigación.

DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO

La crisis económica

2. Aunque el producto nacional bruto de Palestina ha crecido en los últimos años (en un 5% en 2005, por ejemplo), las estimaciones sugieren una contracción de entre el 8% y el 10% en 2006. En los seis primeros meses del nuevo Gobierno, los ingresos fiscales mensuales se redujeron a unos US$ 17 millones (el año anterior habían ascendido a US$ 104 millones). Desde marzo de 2006, el Gobierno sólo ha podido pagar el 40% de los sueldos de los funcionarios (lo que afecta a cerca de un millón de personas, incluidos familiares a cargo). Los obstáculos a la libre circulación han contribuido al deterioro de la situación económica y al aumento del desempleo. Pese al incremento de la ayuda exterior, el número de personas sumidas en la pobreza (con los consiguientes efectos perjudiciales para su salud) se ha duplicado desde 1999, y actualmente equivale casi al 70% de la población.

[1] La lista de las referencias y de los expertos se facilitará previa solicitud.

Los servicios públicos

3. El rápido incremento de la pobreza y la destrucción de parte de las infraestructuras hicieron aumentar la presión pública para que las autoridades palestinas adoptaran medidas al respecto, pero no se disponía de recursos financieros. Una huelga de funcionarios debilitó aún más la posición del Ministerio de Salud y de las autoridades locales centrales y perjudicó a la economía.

La alimentación y la dieta

4. Según la FAO y el PMA, casi la mitad de la población se ve o puede verse afectada por la inseguridad alimentaria. El PMA tenía previsto prestar asistencia alimentaria a 480 000 personas en 2006, pero debido al rápido aumento de la pobreza la cifra total ascendió a 600 000. Como consecuencia del agravamiento de la pobreza la asequibilidad de los alimentos se ha convertido en el principal motivo de preocupación; el consumo total de alimentos bajó en 2006, porque muchas personas no pueden comprarlos y se han visto obligadas a vender sus bienes, por ejemplo tierras o herramientas.[1] La malnutrición crónica va en aumento y la elección de la dieta se ha visto restringida por el aumento de la pobreza. Cada vez se consumen menos productos lácteos, huevos y verduras, y el aumento del consumo de alimentos más baratos y feculentos está provocando obesidad.

El medio ambiente

5. Aproximadamente un tercio de las comunidades del territorio palestino ocupado carece de redes de abastecimiento de agua y sufre escasez de agua en verano, al igual que las comunidades con redes conectadas al principal distribuidor israelí de agua. Los cortes del suministro eléctrico impiden el funcionamiento de las bombas de agua y los frigoríficos de muchos hogares (el abastecimiento de agua se limita a dos o tres horas al día) y centros de salud (afectados durante varias semanas).

6. Más de una tercera parte de los campamentos de refugiados de la Ribera Occidental carece de sistemas de alcantarillado adecuados, y casi un tercio de los hogares de la Faja de Gaza no tiene acceso a sistemas de recogida de desechos sólidos. En 2006, los cortes del suministro eléctrico y la falta de combustible afectaron a las estaciones de bombeo y a la recolección de basura. En la Ribera Occidental, el riesgo de contaminación de las fuentes locales por el drenaje de desechos líquidos de los asentamientos israelíes hacia territorio palestino es motivo de preocupación. En Gaza, en marzo de 2007, se desbordó una cuenca de retención de aguas residuales e inundó un pueblo de 5000 habitantes; cinco personas murieron y 280 familias (1800 personas) se quedaron sin hogar y expuestas a enfermedades transmisibles debidas a múltiples factores de riesgo.

7. Las viviendas palestinas sufrieron daños debido a los enfrentamientos armados, las medidas de represalia contra las casas de atacantes suicidas, y la construcción de una barrera de separación, asentamientos y carreteras en la Ribera Occidental. En 2006, fueron demolidas 56 viviendas en la Ribera Occidental y 127 en la Faja de Gaza.

El modo de vida

8. En lo que respecta a la salud, los modos de vida en el territorio palestino ocupado son el reflejo de una sociedad en transición del entorno rural al urbano y que lleva mucho tiempo en situación de

[1] Para finales de 2006 el 60% de los residentes en la Ribera Occidental y cerca del 85% de los residentes en la Faja de Gaza habían reducido sus gastos de subsistencia.

conflicto. Más del 70% de la población tiene un acceso limitado o nulo a actividades de recreo o de ocio, y ver la televisión es la actividad más importante para los niños mayores de seis años. El deterioro de la situación ha tenido consecuencias graves para la población, que ha debido recurrir a estrategias de supervivencia tales como no pagar las facturas y reducir el consumo de alimentos (véase también el párrafo 4).

9. La elevada tasa de fertilidad y el corto intervalo entre los embarazos provocan anemia entre las mujeres, sobre todo las pobres. La disminución desde 2000 del uso de métodos anticonceptivos modernos (en comparación con la experiencia del OOPS en otros lugares) podría atribuirse al deseo de tener más hijos; esto puede observarse a veces en zonas de conflicto con muchas víctimas mortales.

Los servicios de salud

10. El Ministerio de Salud proporciona un 60% de todos los servicios sanitarios (mediante la contratación de atención terciaria, sobre todo con proveedores privados, incluidos algunos de Egipto, Israel y Jordania) y gestiona los programas de salud pública. El gasto total del Ministerio en 2005 ascendió a US$ 155,6 millones, desglosados en partes casi iguales entre sueldos y gastos no relacionados con los sueldos. El OOPS proporciona fundamentalmente servicios de atención de salud primaria a la población refugiada y contrata servicios de atención secundaria y terciaria cuando es preciso. El sector de las organizaciones no gubernamentales abarca los hospitales de misioneros, los servicios respaldados por organizaciones internacionales y los centros de salud comunitarios. El sector sanitario privado con ánimo de lucro es relativamente pequeño.

11. En 2003, el gasto en salud por habitante ascendió a US$ 138 (no se dispone de datos más recientes), y los gastos de salud representaron el 13% del producto interior bruto. Aproximadamente la mitad de los ingresos destinados a la salud procedieron de donantes. Hay escasez de médicos especialistas, enfermeras, parteras y expertos en salud pública.

12. La tasa de 15,1 camas de hospital por cada 10 000 habitantes se encuentra entre las más bajas de la Región del Mediterráneo Oriental; la tasa de ocupación es razonable (en torno al 80%) en los hospitales del Ministerio de Salud, pero muy baja en los hospitales no gubernamentales y privados (inferior al 40%).

13. La separación de la prestación de atención de salud entre la Faja de Gaza y la Ribera Occidental, así como el control israelí de todos los desplazamientos, dificulta la coordinación de las actividades del Ministerio de Salud, lo que a menudo provoca la duplicación de tareas y la pérdida de eficiencia.

Las repercusiones de los acontecimientos clave ocurridos en 2006

14. El fuerte aumento del número de muertes en enfrentamientos armados, el incremento sustancial de los obstáculos a la circulación de personas y mercancías, la crisis económica, los problemas de suministro de electricidad y de combustible, y la huelga ocasionaron enormes dificultades al sector de la salud. Por ejemplo, los frecuentes apagones complicaron la labor de los servicios de laboratorio y de radiología, alteraron el funcionamiento del equipo de vigilancia del paciente y pusieron en peligro la cadena de frío necesaria para la conservación de las vacunas, en especial en la mitad de los centros de atención primaria de salud que carecían de generadores.

15. En junio de 2006, se adoptó un instrumento con indicadores elaborado por la OMS para mejorar el seguimiento de las repercusiones de la evolución de la situación. Los datos revelaron un aumento de las admisiones en los hospitales del Ministerio de Salud y en las consultas de los centros de atención primaria de salud del Ministerio y del OOPS. Se registraron menos derivaciones de pacientes al

extranjero. El desplazamiento de pacientes de los centros de salud de las organizaciones no gubernamentales y del sector privado a los dispensadores públicos agravó la presión sobre estos últimos. Aunque el personal sanitario no había percibido su sueldo desde marzo de 2006, siguió yendo a trabajar hasta finales de agosto. La prestación de servicios hospitalarios y de atención primaria de salud se mantuvo, pero la menor disponibilidad de medicamentos y de otros suministros y las dificultades para mantener el equipo supusieron una amenaza para la calidad de la atención.

16. Entre julio y agosto de 2006 aumentó el número de víctimas, y la crisis financiera siguió socavando la prestación de servicios de atención de salud. La escasez también minó la capacidad de los hospitales del Ministerio de Salud para proporcionar cuidados, en especial tratamientos a largo plazo (como diálisis y tratamientos contra el cáncer). El 28 de agosto, el personal sanitario y otros funcionarios de la Ribera Occidental iniciaron una huelga para reclamar el pago de sus salarios. Sólo se admitió en los hospitales a los pacientes graves y se realizaron algunas prestaciones de emergencia y del programa de vacunación. La mayoría de los servicios de atención primaria de salud se suspendieron, pero los centros de asistencia diurna siguieron proporcionando quimioterapia y tratamiento para enfermos crónicos. Se informó de la existencia de tensiones entre el personal y las personas que deseaban recibir atención médica, y de que algunos miembros del personal habían sido amenazados o golpeados. En octubre se restringió considerablemente el acceso a los servicios de salud en la Ribera Occidental, pero se mantuvieron los servicios en la Faja de Gaza. Entre diciembre de 2006 y febrero de 2007, una vez terminada la huelga, los servicios hospitalarios y de atención primaria de salud recuperaron la normalidad, pero persistieron los problemas y la escasez de equipo.

17. En los servicios del Ministerio de Salud, a pesar de todos los problemas, el número de consultas de atención primaria de salud y de admisiones hospitalarias en 2006 sólo fue ligeramente inferior al previsto. Se recurrió mucho más a los servicios de salud del OOPS que en 2005, mientras que el número de consultas de atención primaria de salud en los servicios no gubernamentales se mantuvo relativamente estable.

18. Aunque el suministro eléctrico se restableció parcialmente en la Faja de Gaza, los servicios de salud siguieron soportando apagones durante varias horas al día. El mecanismo internacional temporal siguió asegurando el suministro de combustible para los generadores. La disponibilidad de medicamentos mejoró gracias al envío inicial realizado en el marco de ese mecanismo, que se puso en marcha a mediados de 2006.

REPERCUSIONES SANITARIAS

19. Entre 2002 y 2005 la esperanza de vida de la población palestina pasó de 71,1 a 71,7 años entre los hombres y de 72,6 a 73 años en el caso de las mujeres. Sin embargo, los acontecimientos ocurridos en 2006 conllevaron un gran sufrimiento para la población civil, debilitaron los servicios de salud esenciales y estuvieron a punto de colapsar el sistema sanitario. A principios de 2007, la diplomacia internacional cobró un nuevo impulso que, sumado al aumento de la ayuda y la cooperación exteriores, podría contribuir a transformar la crisis en una oportunidad para el desarrollo sanitario.

Violencia

20. Según los datos disponibles, el número de defunciones de palestinos se triplicó con creces entre 2005 (215) y 2006 (678); cerca de una quinta parte de las víctimas fueron niños (127 en 2006), casi cuatro veces más que en 2005. Entre enero y febrero de 2007, el repentino recrudecimiento de la violencia entre las facciones palestinas causó 130 defunciones, en comparación con las 146 de todo 2006 y las 11 de 2005. El número de casos de traumatismos también aumentó: la cifra de 3199 palestinos

con traumatismos registrada en 2006 duplicaba con creces la de 2005, y el número de niños afectados (472) era más del triple. Los traumatismos provocan discapacidades, y por lo tanto es necesario disponer de más servicios de rehabilitación integral.

Salud mental

21. Desde 2000, la demanda de servicios de salud mental ha aumentado a ritmo constante. La incidencia de nuevos casos de trastornos mentales registrados en los centros de salud mental comunitarios se duplicó entre 2000 y 2005. Se ha notificado que el muro de separación ha provocado un aumento significativo de síntomas emocionales, físicos y comportamentales adversos en la población afectada.

Salud maternoinfantil

22. Se ha incrementado la mortalidad infantil relacionada con el parto, pero se necesitarán más estudios para identificar las tendencias de la mortalidad neonatal y los factores que la determinan. La Faja de Gaza y la Ribera Occidental tienen el porcentaje más elevado de embarazos de alto riesgo de todas las zonas de refugiados en que actúa el OOPS. Aunque aparentemente la tasa de mortalidad materna disminuyó entre 2002 y 2005, las deficiencias en la calidad de la atención siguen siendo motivo de preocupación.

23. Un estudio reciente pone de manifiesto un aumento de la prevalencia de la malnutrición y la anemia crónicas, sobre todo entre los niños de la Ribera Occidental.

Enfermedades transmisibles

24. En los dos últimos años se ha registrado una tendencia general a la disminución de las tasas de incidencia de las enfermedades transmisibles, en especial las enfermedades prevenibles mediante vacunación. Sin embargo, en la Faja de Gaza, entre mayo y julio de 2006, el deterioro de los factores ambientales (por ejemplo, el agua, el alcantarillado y las condiciones de las viviendas) provocó un aumento de ese tipo de enfermedades, entre ellas la hepatitis A, la neumonía, otras enfermedades respiratorias y la diarrea.

25. En 2006, las huelgas dificultaron la administración de vacunas, y los cortes del suministro eléctrico podrían haber roto la cadena de frío. El mal estado del sistema de salud pública es motivo de creciente preocupación por cuanto podría afectar a los programas de vacunación y causar la reaparición de enfermedades controladas o erradicadas, como la poliomielitis.

Enfermedades no transmisibles

26. Desde 2005, el efecto combinado de factores tales como la escasez de suministros básicos, las restricciones a la circulación, la reducción de las derivaciones de casos y las huelgas de los servicios de salud han dificultado el acceso a los servicios de diagnóstico y de tratamiento (por ejemplo la diálisis y los tratamiento contra el cáncer y la diabetes). La consecuencia de todo ello ha sido el aumento de la tasa de morbilidad derivada de enfermedades no transmisibles.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

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

= = =