Organización Mundial de la Salud

62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 14 del orden del día provisional

A62/INF.DOC./2
14 de mayo de 2009

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

A petición del Director de Salud del OOPS, la Directora General tiene el honor de transmitir a la 62ª Asamblea Mundial de la Salud el informe adjunto.

ANEXO

INFORME DEL DIRECTOR DE SALUD DEL OOPS CORRESPONDIENTE A 2008

LOS REFUGIADOS PALESTINOS EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO

1. De los 4,7 millones de refugiados palestinos registrados en el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS), 1 836 123 viven en el territorio palestino ocupado, es decir, alrededor de la mitad de la población. Un total de 1 073 303 refugiados (71,6%) viven en la Franja de Gaza y 762 820 (31,7%) en la Ribera Occidental.[1]

2. Existen 27 campamentos de refugiados en el territorio palestino ocupado (19 en la Ribera Occidental y 8 en la Franja de Gaza). Alrededor de una tercera parte de los refugiados palestinos sigue viviendo en campamentos de refugiados (46,9% en la Franja de Gaza y 25,4% en la Ribera Occidental) y el resto vive en ciudades y aldeas, acogido por la población local.

3. Si bien la densidad demográfica es elevada en todo el territorio palestino ocupado, el hacinamiento resulta particularmente grave en la Franja de Gaza, una de las zonas más densamente pobladas del mundo. La densidad demográfica (habitantes por km^2) aumentó de 481 en 1997 a 626 en 2007 (416 en la Ribera Occidental y 3881 en la Franja de Gaza, donde 1,4 millones de personas viven en un territorio de 365 km^2).[2]

4. Desde el punto de vista demográfico, el territorio palestino ocupado tiene una población joven. La proporción de personas menores de 15 años es ligeramente superior entre los refugiados (45,8%) que entre los no refugiados (45,3%). Las elevadas tasas de fecundidad (3,1 entre los refugiados de la Ribera Occidental y 4,6% en la Franja de Gaza) explican la diferencia. Análogamente, la proporción de refugiados ancianos es del 2,8% frente al 3,1% de ancianos entre los no refugiados.[3] En 2008, la tasa de dependientes de edad entre los refugiados (refugiados menores de 15 años y mayores de 65 años) fue del 87% en la Franja de Gaza y del 73% en la Ribera Occidental.[4] En consecuencia, las unidades familiares soportan una carga económica considerable.

5. Los refugiados palestinos son una población particularmente vulnerable. Como en años anteriores, en 2008 registraron tasas de desempleo más elevadas que los no refugiados. En el primer semestre del año el desempleo entre los refugiados fue alrededor de un 5,5% superior al de los no refugiados. Según una encuesta de la población activa realizada por la Oficina Central de Estadística de Palestina, en el primer trimestre de 2008 el porcentaje de refugiados mayores de 15 años empleados en el territorio palestino ocupado fue del 38,5%, frente al 42,2% entre la misma población de no refugiados. Análogamente, la participación de refugiadas en la fuerza laboral fue del 14,2% en comparación con el 15,1% entre las mujeres no refugiadas. Los datos también arrojan tasas de

[1] Informe anual del Departamento de Salud del OOPS correspondiente a 2008, en imprenta.

[2] Encuesta de salud de la familia palestina, 2006.

[3] Oficina Central de Estadística de Palestina. Comunicado de prensa: "The Demographic Characteristics of the Palestinian Refugees", junio de 2008.

[4] Informe anual del Departamento de Salud del OOPS 2008, op.cit.

desempleo más elevadas entre los que viven en campamentos de refugiados que entre los residentes urbanos o rurales.[1]

PANORAMA GENERAL DE LOS DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO

6. A pesar de los programas de seguridad social bien orientados que se vienen aplicando a gran escala desde hace ocho años, la pobreza sigue afectando a un amplio sector de la población en el territorio palestino ocupado. En el tercer trimestre de 2008, el 51% de los palestinos vivían por debajo del umbral de pobreza (48% en la Ribera Occidental y 56% en la Franja de Gaza) y alrededor del 19% vivían en condiciones de extrema pobreza sin poder satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda. Al igual que en 2007, en 2008 más de la mitad de todos los hogares en Gaza vivían en condiciones de pobreza (56%). La tasa de pobreza de los hogares de la Ribera Occidental se situó en el 48%. Se constató que los residentes de la zona central de la Ribera Occidental eran los menos proclives a ser pobres y la tasa de pobreza de los hogares en Jerusalén oriental se estimó en el 19%. Inversamente, la tasa de pobreza fue más elevada en las zonas septentrional y meridional de la Ribera Occidental (Hebrón, Belén, Tubas y Yenín).[2] La tasa de pobreza extrema de los hogares, determinada en función de los ingresos, se estimó en el 46,3% de los hogares del territorio palestino ocupado en 2007 (34,1% en la Ribera Occidental y 69% en la Franja de Gaza).[3]

7. La prolongada crisis en el territorio palestino ocupado está teniendo un costo humano y económico devastador para una población cada vez más vulnerable, y en 2008 la situación ha seguido deteriorándose. El mantenimiento del bloqueo en la Franja de Gaza, el refuerzo del sistema de cierres en la Ribera Occidental y las constantes discrepancias políticas entre los partidos políticos palestinos hacen que las penurias económicas y sociales y la dependencia de la asistencia humanitaria sean cada vez mayores.

8. Continuó la construcción de la barrera en la Ribera Occidental, separando físicamente a las comunidades palestinas de sus familiares y de los servicios esenciales tales como escuelas y centros de atención de salud. El proceso de fragmentación del territorio y las comunidades palestinas continuó durante 2008. Esto, combinado con la demolición de viviendas, las órdenes de desalojo y las restricciones a la concesión de permisos no sólo minó la productividad económica y las oportunidades de recuperación y crecimiento sino que también se tradujo en un aumento de los desplazamientos. En un estudio conjunto realizado por el OOPS y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH), publicado en noviembre de 2007, se estimó que cerca de 1200 familias de la parte septentrional de la Ribera Occidental tuvieron que irse de sus comunidades como consecuencia de la construcción de la barrera. En 2008 también aumentó el ritmo de la demolición de viviendas. Las autoridades israelíes demolieron 124 estructuras palestinas en la zona C de la Ribera Occidental durante el primer trimestre de 2008, lo que dejó sin hogar a 435 palestinos. Los edificios se destruyeron porque se habían construido sin permisos, los cuales suelen denegarse a los palestinos residentes en la zona C (más del 60% del territorio de la Ribera Occidental). Tras un cese temporal entre abril y agosto, se reanudaron las demoliciones en la zona C, donde se

[1] Encuesta de la población activa realizada por la Oficina Central de Estadística de Palestina en el primer trimestre de 2008.

[2] UNDP Fast Facts Poverty in focus (www.papp.undp.org).

[3] Informe de la Oficina Central de Estadística de Palestina sobre la pobreza, 2006.

destruyeron otras 108 estructuras entre agosto y octubre de 2008.[1] Durante el año continuaron las demoliciones en Jerusalén oriental. Según la OCAH, hay pendientes órdenes de demolición para más de 3000 estructuras palestinas en la Ribera Occidental y al menos 10 comunidades corren el riesgo de ser íntegramente desplazadas.[2] En la Franja de Gaza el bloqueo perjudica a los servicios esenciales de atención de salud, agua potable, electricidad y educación.

9. El nivel de violencia es alto. Entre enero y octubre de 2008, un total de 433 palestinos, incluidos 80 niños resultaron muertos a causa de la violencia generada por el conflicto en el territorio palestino ocupado, en comparación con 304 en el mismo periodo de 2007.[3] También resultaron heridas 2009 personas, incluidos 478 niños, lo que supone un aumento del 27% con respecto al mismo periodo del año anterior. El número de víctimas infantiles aumentó en términos absolutos y proporcionales, y en 2008 el número de niños heridos y fallecidos casi se duplicó con respecto a 2007. Durante 2008 también se intensificó la violencia de los colonos contra los civiles palestinos en la Ribera Occidental, y el promedio mensual de incidentes relacionados con los colonos aumentó de 20 en 2006 a 24 en 2007 y a 38 en 2008.[4] A finales de octubre de 2008, la OCAH había registrado más incidentes de violencia y acoso por los colonos que en ningún otro año desde 2001, y cerca de la mitad de todos los incidentes ocurrieron en Hebrón.[5]

10. En 2008 Israel no relajó el sistema de cierres y en el primer semestre del año se intensificaron las operaciones militares israelíes, incluidos los ataques aéreos y las incursiones. La reanudación de las hostilidades en noviembre y diciembre culminó con una gran ofensiva israelí el 27 de diciembre. Aviones israelíes bombardearon más de 300 objetivos en los primeros tres días de la operación. Al 31 de diciembre habían muerto unos 350 habitantes de Gaza, entre ellos al menos 38 niños.

11. Durante la campaña militar denominada Operación Plomo Fundido que lanzaron las fuerzas de defensa israelíes entre el 27 de diciembre de 2008 y el 18 de enero de 2009 en respuesta a los ataques con cohetes desde la Franja de Gaza, murieron casi 1400 personas. De ellas 431 eran niños y 112 mujeres. Al menos 5380 personas resultaron heridas, incluidos 1872 niños y 800 mujeres. En general las lesiones consistían en múltiples traumatismos con heridas en la cabeza, el tórax y el abdomen. Los servicios de salud de urgencia no habían dejado de funcionar y para el 20 de enero todos los centros de salud del OOPS en la Franja de Gaza habían retomado su actividad. Inmediatamente tras el fin de las hostilidades se organizó la reactivación del tratamiento de las enfermedades crónicas, incluso mediante campañas activas de detección de casos y administración de vacunas de recuerdo. Se estima que la mitigación de los efectos del conflicto requerirá años de rehabilitación física y psicológica. Se prevé un aumento de los casos de estrés postraumático y de otros trastornos psicológicos y de comportamiento provocados por la exposición a eventos traumáticos, así como del número de refugiados que necesitarán rehabilitación física. Tras la declaración unilateral de cese de hostilidades emitida el 18 de enero de 2009 por Israel, el OOPS amplió las operaciones de emergencia para atender las necesidades humanitarias adicionales derivadas de la crisis y apoyar una recuperación a largo plazo.

---

[1] OCHA Humanitarian Monitor, septiembre de 2008, y proceso de llamamientos unificados 2009 para el territorio palestino ocupado.

[2] OCHA Special Focus: «Lack of Permit» Demolitions and Resultant Displacement in Area C.

[3] OCAH, base de datos sobre la protección de la población civil, véase www.ochaopt.org.

[4] Información de OCHA Humanitarian Monitor.

[5] Base de datos sobre la protección de la población civil, OCAH.

12. Durante 2008 la economía palestina se estancó, y su capacidad productiva decreció y no pudo generar empleo suficiente para absorber una población joven y creciente o subsanar las pérdidas de empleo. Las tasas de desempleo tanto en la Franja de Gaza como en la Ribera Occidental superaron las del mismo periodo del año anterior.[1] En total, el 32,7% de la fuerza laboral del territorio palestino ocupado estaba desempleada en el tercer trimestre de 2008, frente al 10% en el año 2000. En la Franja de Gaza, la situación era más grave (46,1% frente al 15,5% en 2000) que en la Ribera Occidental (24,6% frente a 7,5% en 2000). En 2007, el producto interno bruto (PIB) real palestino había disminuido más del 8% con respecto a su nivel de 1999, pese a que el crecimiento demográfico se situó en torno al 25%. A escala per cápita, el PIB se había reducido aproximadamente un tercio en comparación con 1999,[2] y los datos preliminares parecen indicar una nueva contracción de la economía durante el primer semestre de 2008, complicada por el aumento de la tasa de inflación.[3]

13. En todo el territorio palestino ocupado aumentó la inseguridad alimentaria. En un estudio realizado conjuntamente por la FAO, el OOPS y el PMA se estimó que en 2008, 1,4 millones de palestinos padecían inseguridad alimentaria (38% frente al 34% en 2006) y otros 500 000 corrían el riesgo de padecerla. La inseguridad alimentaria está más extendida en la Franja de Gaza (56%) que en la Ribera Occidental (25%). Los palestinos comen menos, y muchos padres reducen su ingesta de alimentos en beneficio de sus hijos. Desde enero de 2008 la mitad de la población encuestada había reducido los gastos en alimentación, el 89% compraba alimentos de menor calidad, y el 75% ingería menos alimentos. Casi todos los palestinos consumían menos frutas, verduras y hortalizas frescas y proteínas de origen animal para ahorrar dinero. Esas pautas alimentarias podrían tener graves consecuencias sanitarias dada la ya elevada prevalencia de anemias y otras deficiencias de micronutrientes en el territorio palestino ocupado.[4]

14. Los refugiados palestinos siguen siendo más vulnerables a la pobreza que los no refugiados.[5] Las condiciones en los campamentos de refugiados en el territorio palestino ocupado se deterioraron más rápidamente que en los contextos urbanos y rurales no habitados por refugiados. En total, el 38,6% de los hogares en los campamentos de refugiados vivía en condiciones de pobreza frente al 29,5% y el 29,3%, respectivamente, para los hogares rurales y urbanos de la población no refugiada; además, durante 2007 se registró un acusado aumento de los niveles de pobreza entre los refugiados.[6]

15. Contrastando con la tendencia de la pobreza y el desempleo, las tasas de analfabetismo entre los refugiados palestinos en el territorio palestino ocupado fueron inferiores a las de los no refugiados. En 2007 la tasa de analfabetismo entre refugiados palestinos mayores de 15 años fue del 5,7%, frente al 6,5% entre los no refugiados. Además, la proporción de refugiados palestinos mayores de 15 años que al menos tenían un título universitario fue del 9,2%, en comparación con el 8,4% entre la misma población de no refugiados.[7]

---

[1] Encuestas de la Oficina Central de Estadística de Palestina sobre la población activa y series de datos facilitados a solicitud expresa del OOPS.

[2] Avances y perspectivas económicas para la región de Oriente Medio y Norte de África en 2007, Banco Mundial.

[3] Estimaciones preliminares de las cuentas nacionales trimestrales por la Oficina Central de Estadística de Palestina, primer y segundo trimestres de 2008.

[4] PMA, *Food Security and Market Monitoring Report* número 19, julio de 2008.

[5] PNUD Fast Facts Poverty in focus, op cit.

[6] Encuesta de salud de la familia palestina, 2007.

[7] Encuesta de salud de la familia palestina, 2006.

SITUACIÓN SANITARIA DE LOS REFUGIADOS PALESTINOS EN EL TERRITORIO PALESTINO OCUPADO: UNA BRECHA EPIDEMIOLÓGICA CRECIENTE

16. En los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros indicadores de salud hay una diferencia notable entre la Ribera Occidental y la Franja de Gaza. Globalmente, la Franja de Gaza arroja resultados peores que la Ribera Occidental a pesar de que ambas zonas tienen los mismos proveedores de servicios sanitarios y poblaciones similares. Esta constatación es aplicable tanto a los refugiados como a los no refugiados (la Autoridad Palestina y la OMS monitorean la totalidad de la población; el OOPS monitorea específicamente la población refugiada).[1] La Franja de Gaza tiene tasas de mortalidad infantil sistemáticamente superiores (datos del OOPS: Ribera Occidental 15,3 por 1000 nacidos vivos, Franja de Gaza 25,2 por 1000 nacidos vivos; datos de la OMS: Ribera Occidental 23,2 por 1000, Franja de Gaza 29 por 1000) y tasas de mortalidad materna también más altas (datos del OOPS):[2] Ribera Occidental 8,2 por 1000; Franja de Gaza 37,5 por 1000; datos de la OMS: Ribera Occidental 6,7 por 1000 frente a 21,3 por 1000 en la Franja de Gaza), una esperanza de vida reducida[3] (Ribera Occidental 74,3 años, Franja de Gaza 73,2 años) y registra tasas más elevadas de malnutrición y de carencia de micronutrientes.

17. Los factores que contribuyen a las diferencias observadas entre los refugiados palestinos en la Franja de Gaza y en la Ribera Occidental son de diversa índole. Los residentes de la Ribera Occidental tienen cierto grado de acceso a los servicios sanitarios israelíes de mayor calidad, menos accesibles para los habitantes de Gaza. Además, en la Franja de Gaza es mucho más frecuente la escasez de suministros médicos y otros suministros esenciales como el combustible y la electricidad, lo que ha provocado disfunciones en la prestación de asistencia sanitaria.[4]

18. A pesar de la gran disponibilidad de servicios de salud y de la alta cobertura de inmunización, los indicadores de salud no mejoraron sustancialmente. No se lograron avances visibles en la reducción de la mortalidad infantil durante el periodo 2000-2006. Sin embargo, eso era de esperar ya que la asistencia posparto y neonatal es suministrada principalmente por servicios públicos de atención de salud. Por consiguiente, las tasas de mortalidad infantil no pueden disminuir muy por debajo de los niveles nacionales hasta que se desarrollen servicios secundarios y terciarios para reducir las principales causas de mortalidad infantil, es decir, los nacimientos prematuros, la insuficiencia ponderal del recién nacido y las malformaciones congénitas.

Enfermedades transmisibles

19. Las enfermedades prevenibles mediante vacunación están bajo control en la Franja de Gaza y la Ribera Occidental y la cobertura de inmunización contra el sarampión se sitúa sistemáticamente por encima del 95% y se corresponde con las tasas registradas a nivel nacional.

20. Las enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y el VIH/SIDA, tienen escasa incidencia (sólo se notificaron cinco casos de tuberculosis en la Franja de Gaza y un caso en la Ribera Occidental

[1] Salvo indicación en contrario, en esta sección los datos del OOPS se refieren a 2007, y los de la OMS a 2005-2006.

[2] Los datos del OOPS sobre la mortalidad materna se refieren únicamente a las beneficiarias que reciben servicios de atención prenatal del OOPS.

[3] CIA Fact Book 2008.

[4] Informe del Director de Salud del OOPS a la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2008.

en 2008), y zoonosis endémicas como la brucelosis siguieron teniendo una baja incidencia, con sólo tres casos notificados en la Ribera Occidental y dos en la Franja de Gaza.

21. Las enfermedades asociadas a las malas condiciones de salud ambiental siguen siendo una amenaza para la salud pública, lo cual corresponde a los patrones locales de endemicidad. Los datos sobre la prevalencia en la Franja de Gaza y la Ribera Occidental en 2008 pusieron de manifiesto que las tasas relativas a las infecciones transmitidas por el agua y por los alimentos, como la hepatitis aguda (81 por 100 000 en la Franja de Gaza y 23,7 por 100 000 en la Ribera Occidental) diferían notablemente de las correspondientes a la fiebre tifoidea (10,6 por 100 000 y cero, respectivamente). La incidencia de ambas condiciones aumentó entre 2003 y 2007 en más de 1,5 casos por 100 000 en la Franja de Gaza. En la Ribera Occidental, la prevalencia de hepatitis viral disminuyó en más de 1,5 por 100 000 y los casos de fiebre tifoidea notificados se mantuvieron a niveles nulos durante todo el periodo.

Enfermedades no transmisibles

22. La población de refugiados está tomando una mayor conciencia sobre las enfermedades no transmisibles y las tendencias epidemiológicas actuales proyectan un incremento de la carga de morbilidad porque se prevé un empeoramiento de las condiciones socioeconómicas. El OOPS tendrá que hacer frente a las consecuencias socioeconómicas de la creciente prevalencia de la invalidez asociada a las enfermedades no transmisibles y a la carga económica que supone el número creciente de pacientes con enfermedades crónicas que requieren atención médica. En 2008 la tasa de detección de la diabetes mellitus entre los refugiados palestinos mayores de 40 años fue de 11% en la Ribera Occidental y 13% en la Franja de Gaza. La tasa detectada de hipertensión en la misma población fue del 15% y el 19% respectivamente.

23. Aunque la desnutrición grave registrada en los decenios de 1950 y 1960 ya no es sumamente prevalente en la Franja de Gaza, el retraso del crecimiento sigue siendo un problema entre los niños menores de cinco años. Según un estudio realizado por la Oficina Central de Estadística de Palestina en 2008, la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de cinco años en la Franja de Gaza es del 12,4%, frente al 7,9% en la Ribera Occidental.[1]

24. Las deficiencias de micronutrientes, especialmente la anemia ferropénica y la avitaminosis A, siguen siendo problemas de salud pública graves. El OOPS realizó un estudio sobre la prevalencia de la anemia en 2006. Se constató que la prevalencia de anemia entre los niños de 6-36 meses era significativamente mayor en la Franja de Gaza (57,5%) que en la Ribera Occidental (37,1%), lo que evidencia de nuevo una diferencia epidemiológica dentro del territorio palestino ocupado. Se observó el mismo patrón entre las mujeres embarazadas, con una prevalencia más elevada en la Franja de Gaza (44,9% frente al 31,1% en la Ribera Occidental). En los países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, la anemia nutricional es un problema de salud pública moderado (su prevalencia oscila entre el 20% y el 39,9%).[2] Entre los refugiados palestinos de la Franja de Gaza la anemia es un grave problema de salud pública y su prevalencia supera sistemáticamente el 40% entre los grupos vulnerables examinados. La combinación de un consumo precario vinculado a la pobreza o la escasa disponibilidad de alimentos específicos, y/o una mayor necesidad biológica se ha identificado como la causa

[1] Oficina Central de Estadística de Palestina. *Health situation in the Palestinian Territory 2008* (www.pcbs.gov.ps).

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

de la carencia de micronutrientes en la Franja de Gaza. No obstante, las altas concentraciones de metahemoglobina causadas por contaminantes ambientales tóxicos, tales como los nitratos[1] y las condiciones médicas como la talasemia[2] también se han aducido como causas de la alta prevalencia de anemia que se observa desde hace tiempo, a pesar del programa de administración de suplementos de hierro a largo plazo que aplica el OOPS.

25. El estrés postraumático y otros trastornos psicológicos y del comportamiento, que son una consecuencia documentada de la exposición a acontecimientos traumáticos, representan una nueva prioridad sanitaria. Las duras condiciones de vida crónicas de los refugiados palestinos, unidas a la inestabilidad política, la violencia y la incertidumbre a largo plazo, están teniendo efectos perjudiciales, en particular para los niños y los adolescentes.[3] Como se ha señalado, desde septiembre de 2000 la población palestina se ha visto afectada por la demolición de viviendas, el estado de sitio, los cierres y los toques de queda que han causado el empobrecimiento acelerado de la población. La barrera ha dividido a las familias y ha limitado el acceso a las escuelas, los lugares de trabajo y los servicios básicos, lo cual ha contribuido a aumentar la relevancia de los problemas de salud mental, sobre todo entre los jóvenes palestinos.[4] Estudios sucesivos han puesto de relieve los efectos negativos del conflicto en curso, a corto y largo plazo, para los niños y los jóvenes palestinos, como miedo, enuresis, dificultad de concentración, trastornos de alimentación y de sueño, irritabilidad, y aumento de los comportamientos antisociales en la adolescencia y los problemas neuróticos en la edad adulta. Los estudiantes palestinos experimentan los niveles más bajos de autosatisfacción en comparación con otros 35 países, según un estudio realizado entre casi 3500 estudiantes en Ramallah,[5] y según se desprende de las actividades de detección llevadas a cabo por el OOPS en las escuelas de la Franja de Gaza, se estima que una cuarta parte de los estudiantes palestinos tienen síntomas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés y los traumatismos.[6] Durante 2008, los trastornos más comunes tratados por el Programa de Salud Mental del OOPS en la Franja de Gaza fueron los comportamientos agresivos (17%) los problemas familiares (11%) y la falta de motivación (8%).

26. Entre los niños refugiados palestinos en la Franja de Gaza, hay una elevada prevalencia de trastorno de estrés postraumático después de experiencias sumamente traumáticas. Después de una explosión por bomba en el campamento de refugiados de El-Bureij (zona central de la Franja de Gaza) en febrero de 2008, el 68% de los estudiantes del OOPS en el campamento tenía síntomas relacionados con ese trastorno. Después de la invasión israelí del norte de Gaza en marzo de 2008, se examinó a 39 000 refugiados palestinos estudiantes para detectar posibles trastornos psicosociales. Un total de 94% mostraron importantes reacciones postraumáticas y el potencial de desarrollar el trastorno de estrés postraumático.[7]

---

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

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

[3] Qouta S, El Sarraj E. Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip, *Arabsynet Journal 2004*.

[4] Giacaman R, Saab H, Nguyen-Gillman V, Naser G. *Palestinian adolescents coping with trauma*. Birzeit University, 2004, pp. 1-89.

[5] Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, Ramlawi A, Sabri B, Sabatinelli G, Khawaja M, Laurance T. Health status and health services in the occupied Palestinian territory, *The Lancet*, marzo de 2009 doi: 10. 10.1016/S0140–6736(08)61345–8.

[6] Zaqout I. Community Mental Health Programme, 2008, Informe anual.

[7] Zaqout I. Community Mental Health Programme, marzo de 2008, Informe mensual.

27. La discapacidad afecta al 2,5% de la población con una prevalencia comparable entre los refugiados (2,6%) y los no refugiados (2,4%). El 14,8% de los ancianos padece al menos una discapacidad. Alrededor de la mitad de la población con discapacidades sufre algún tipo de discapacidad física (50,1% entre los refugiados y 45,6% entre los no refugiados). La segunda causa de discapacidad son las deficiencias visuales y/o auditivas (27,4% y 27,2% respectivamente).[1]

SERVICIOS DE SALUD DEL OOPS

28. El OOPS ha sido el principal proveedor de servicios integrales de atención primaria a los refugiados palestinos en los últimos 60 años y lleva a cabo la mayor operación humanitaria en el territorio palestino ocupado, prestando asistencia a aproximadamente la mitad de la población. El Organismo actúa a través de dos oficinas sobre el terreno en la Ribera Occidental y la Franja de Gaza y mediante una red de 61 centros de atención primaria de salud. La atención secundaria y terciaria se presta en un hospital de la Ribera Occidental (Qalqilya) y en hospitales de ambas ubicaciones con los que el Organismo tiene contratos de servicios.

29. En la Ribera Occidental hay actualmente 41 centros de atención primaria, concretamente 26 dispensarios y 15 puestos sanitarios. En la Franja de Gaza prestan servicio 20 centros de atención primaria de salud (17 dispensarios y 3 puestos sanitarios). Para atender a la creciente demanda de servicios sanitarios por parte de la población creciente de refugiados en la Franja de Gaza, y dado que el OOPS no ha podido establecer centros de salud adicionales, en los campamentos más grandes hay cinco centros de salud donde desde hace 16 años se trabaja en dos turnos.

30. En 2008, alrededor de un millón y medio de refugiados residentes en el territorio palestino ocupado (el 70% de todos los refugiados registrados en la Ribera Occidental y el 80% de los registrados en la Franja de Gaza) tuvieron acceso a servicios preventivos y curativos del OOPS, que abarcaron seguimiento posnatal de lactantes (control de la curva de crecimiento, controles médicos y administración de vacunas), consultas médicas ambulatorias, planificación familiar, atención prenatal a mujeres embarazadas, salud bucodental y prevención y gestión secundarias de la diabetes y la hipertensión para los refugiados mayores de 40 años.

Servicios curativos

31. En comparación con 2007, el número de consultas médicas realizadas en 2008 aumentó levemente en la Franja de Gaza (de 3,6 a 3,8 millones) y se mantuvo estable en la Ribera Occidental (de 1,7 a 1,72 millones). El sistema de salud del OOPS está sobrecargado y cada médico visita un promedio de 103 pacientes por día en la Franja de Gaza y 89 en la Ribera Occidental.

32. Los servicios de salud bucodental se prestan en 14 dispensarios y tres unidades móviles de salud bucodental en la Franja de Gaza y en 22 dispensarios y una unidad móvil en la Ribera Occidental. A finales de 2008 las tendencias en la utilización de los servicios indicaban un incremento del 8% en las consultas odontológicas y las actividades de detección de afecciones bucodentales en la Franja de Gaza. En consecuencia, el número de consultas odontológicas diarias aumentó de 52 a 62,4 en la Franja de Gaza. En la Ribera Occidental no se produjo ningún cambio significativo.

[1] Encuesta de salud de la familia palestina, 2006.

33. Para atender la creciente demanda de rehabilitación física en el territorio palestino ocupado como consecuencia de la violencia y los accidentes, el OOPS mantiene en actividad nueve unidades de fisioterapia en la Franja de Gaza y seis unidades en la Ribera Occidental, donde se presta una amplia gama de servicios de fisioterapia y rehabilitación, que abarcan ejercicio físico terapéutico, manipulación, masajes, terapia ocupacional, hidroterapia, electroterapia, tratamiento con calor y gimnasia postural, también en el marco de un programa de extensión. En 2008 recibieron tratamiento 13 903 pacientes. Los pacientes que con secuelas de lesiones y otros traumatismos físicos sufridos durante las incursiones militares representaron el 25% del total de pacientes.

34. A fin de contribuir a los mecanismos de que disponen los hogares para hacer frente a los problemas que padecen, el OOPS hace especial hincapié en la formulación de estrategias, a nivel de todo el Organismo, para lograr el bienestar psicosocial, en particular, de los niños y los jóvenes. Se están aplicando programas estructurados de salud mental en la Franja de Gaza y en 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 con la contratación de un experto internacional en 2005 y pasaron a integrar el actual 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 palestino ocupado, y ha prestado una variedad de servicios cuyo objetivo consiste en promover la creación de mecanismos constructivos para que los refugiados puedan hacer frente a las situaciones de crisis y para prevenir las secuelas psicológicas a largo plazo.

35. En 2008, en el marco del Programa comunitario de salud mental en el territorio palestino ocupado se llevaron a cabo 35 278 consultas individuales, 12 193 consultas grupales, 21 753 sesiones grupales de orientación y sensibilización, 4802 reuniones de sensibilización pública y 4863 visitas domiciliarias, para un total de casi 700 000 beneficiarios. 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.

36. Cuarenta laboratorios en la Ribera Occidental y 17 en la Franja de Gaza prestan servicios integrales de laboratorio, que incluyen análisis químicos, hematológicos, serológicos y microscopía directa de orina y heces. Se han introducido contadores automatizados de células en todos los laboratorios y se han puesto a disposición analizadores químicos a nivel de zona. Durante 2008 el número de pruebas realizadas fue 2 570 017 (1 779 474 en la Franja de Gaza y 790 543 en la Ribera Occidental).

37. El OOPS tiene en actividad 14 unidades radiológicas en el territorio palestino ocupado (nueve en la Ribera Occidental y cinco en la Franja de Gaza). Durante 2008 se realizaron un total 56 218 radiografías: 32 001 en la Franja de Gaza y 24 217 en la Ribera Occidental.

38. Cinco 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 de la barrera. Estos equipos ofrecen una amplia gama de servicios médicos curativos y preventivos esenciales a alrededor de 13 000 pacientes por mes - refugiados y no refugiados - que viven en más de 150 lugares remotos. Desde que están en funciones, los dispensarios móviles han hecho una contribución fundamental; han tratado a un número creciente de refugiados palestinos: de 69 500 en 2003 a 139 992 en 2008.

39. El número de refugiados de la Ribera Occidental y la Franja de Gaza admitidos en hospitales con los que el Organismo tiene contratos de servicios aumentó en un 1,9%, de 23 045 en 2007 a 23 488 en 2008. Además de los servicios hospitalarios contratados, el OOPS tiene un hospital con

63 camas en Qalqilya. 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 urgencia. En 2008 la tasa diaria media de ocupación de camas fue de 55,3%, con un total de 6026 personas admitidas.

Servicios preventivos

40. El control de las enfermedades transmisibles se logra en parte mediante una alta cobertura de vacunación y en parte mediante la detección y gestión tempranas de los brotes por medio de un sistema de vigilancia epidemiológica basado en los dispensarios. En 2008 la tasa de cobertura vacunal de lactantes de 12 meses de edad era del 100% en la Franja de Gaza y del 99,7% en la Ribera Occidental, mientras que las tasas de cobertura con dosis de refuerzo para los niños de 18 meses de edad fue del 100% en ambas ubicaciones. No se notificaron casos de poliomielitis, parálisis flácida aguda, cólera, tétanos, difteria o tos ferina entre la población refugiada ni se registraron brotes epidémicos.

41. La salud maternoinfantil es uno de los ejes centrales de los servicios de atención primaria de salud prestados por el OOPS. En 2008 el OOPS brindó atención prenatal a 39 565 mujeres embarazadas en la Franja de Gaza y 13 354 en la Ribera Occidental, atención posnatal a unas 47 240 mujeres, y servicios de planificación familiar a más de 66 000 personas. Un total de 136 000 niños menores de tres años recibieron asistencia en el marco del programa en 2008.

42. Se prestaron servicios de salud escolar, que abarcaban visitas médicas, inmunización, controles de la visión y la audición, consultas odontológicas, suplementos de vitamina A y un programa de tratamiento vermífugo, además de programas de educación sanitaria y actividades de promoción, de los que se beneficiaron más de 250 000 niños matriculados en las escuelas del OOPS.

43. La prevención secundaria de las complicaciones tardías de la diabetes y la hipertensión es una de las principales funciones de las clínicas del OOPS para las enfermedades no transmisibles. A finales de 2008, un total de 78 437 pacientes con diabetes y/o hipertensión estaban atendidos en los dispensarios del OOPS en el territorio palestino ocupado (49 528 en la Franja de Gaza y 28 909 en el Ribera Occidental).

Salud ambiental

44. La labor de los servicios de salud ambiental del OOPS siguió centrándose 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, y estuvo a cargo de 20 ingenieros y 340 trabajadores sanitarios. En 2008 todas las viviendas de los campamentos tenían acceso a agua potable y había sistemas de alcantarillado en el 95% de los campamentos de la Ribera Occidental y el 85% de la Franja de Gaza.

45. El OOPS ha intervenido para apoyar a los municipios y los proveedores de servicios públicos en varias ocasiones durante 2008 a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios. El OOPS proporcionó combustible y piezas de repuesto a los municipios, consejos de gestión de los residuos sólidos y empresas de servicios públicos para la explotación de plantas depuradoras y de tratamiento de aguas residuales y de equipos relacionados con los desechos sólidos. Además, el OOPS empleó a contratistas para eliminar los residuos procedentes de vertederos no oficiales y trasladarlos a vertederos autorizados.

46. Entre las actividades de control de vectores, en 2008 se facilitaron a los municipios productos químicos, combustible y herramientas para las campañas de erradicación de mosquitos, en particular para solucionar el problema de las cisternas con aguas estancadas en Wadi Gaza.

Programa de alimentación complementaria

47. El programa de ayuda alimentaria del OOPS beneficia a las mujeres embarazadas y lactantes que acuden a centros de atención primaria de salud del Organismo para recibir atención prenatal y posnatal. El programa, basado exclusivamente en contribuciones en especie, tiene por objeto satisfacer las necesidades nutricionales y fisiológicas adicionales y prevenir las deficiencias nutricionales de esas mujeres. En 2008 el OOPS proporcionó ayuda alimentaria a alrededor de 45 000 beneficiarias en el territorio palestino ocupado (30 000 en la Franja de Gaza y 15 000 en la Ribera Occidental).

PROBLEMAS Y LIMITACIONES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

48. Las restricciones de acceso impuestas a los palestinos y la huelga de trabajadores sanitarios originada en 2008 en la Franja de Gaza ejercen una presión adicional sobre el sistema de salud pública nacional, ya sobrecargado. Esto ha provocado el recorte de los servicios suministrados por el sector público y, en consecuencia, ha incrementado la demanda de los servicios que facilita el OOPS.

49. Las dificultades de la circulación del personal y los bienes del OOPS y el aumento de los precios de bienes como las medicinas y los productos alimenticios son dos de los principales problemas que afectaron al Programa de Salud del OOPS en 2008, junto con las complicaciones logísticas y el incremento consiguiente de los costos operacionales derivados de la política de imposición de cierres en el territorio palestino ocupado.

50. En la Ribera Occidental, a pesar del fortalecimiento de los mecanismos de coordinación del OOPS con los oficiales de enlace militar israelíes, la circulación del personal se hizo más restringida e imprevisible en varios puestos de control israelíes, en particular los que controlan el acceso a Jerusalén oriental. Esas restricciones limitan la capacidad del Organismo para satisfacer las necesidades de las comunidades cada vez más vulnerables.

51. En 2008, el acceso del personal del OOPS a las zonas de operaciones siguió estando sujeto a peticiones de inspección de vehículos que no respetan los privilegios y las inmunidades de las Naciones Unidas. Como consecuencia de ello, el acceso del personal y los bienes a los lugares de trabajo y a las comunidades vulnerables aisladas por la barrera se vio perjudicado. Un total de 275 miembros del personal de salud del OOPS experimentaron 65 incidentes (retrasos, acceso denegado o desviaciones) debido a los controles o los cierres, y perdieron 167 horas de trabajo (26 días). En 2008, el costo por concepto de reembolso de los gastos de transporte alternativo (taxi) en que tuvo que incurrir el personal del OOPS a causa de las desviaciones se cifró en US$ 11 773, frente a US$ 5500 en 2007, lo que supone un aumento del 113%. Esto se tradujo en un aumento del tiempo de espera para los pacientes y en la perturbación de las actividades ordinarias y regulares en los dispensarios debido al retraso o la ausencia del personal. Muchas mujeres embarazadas que tenían citas para controles en los dispensarios del OOPS no pudieron llegar a ellas a tiempo debido a los cierres y las restricciones a la circulación. La falta de acceso a los servicios de salud del OOPS también ha socavado el sistema de seguimiento de los pacientes diabéticos e hipertensos, que no pudieron someterse a los controles y tratamientos periódicos.

52. El equipo médico móvil del OOPS no pudo acceder a la aldea de Bart'a en 2008. La aldea se encuentra en la zona entre la barrera de la Ribera Occidental y la línea del armisticio de 1949, y la entrada está controlada por las fuerzas militares israelíes que exigen la inspección de los vehículos y del personal del OOPS (medida contraria a la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas, de 1946).

53. Se hizo cada vez más difícil el acceso de los pacientes a los hospitales de Jerusalén con los que el OOPS tiene contratados servicios. El Organismo demostró con documentos de apoyo que el número de refugiados palestinos admitidos en los hospitales de Jerusalén se redujo en un 62% en 2008 con respecto a 2007.

54. La combinación del crecimiento demográfico rápido, el aumento de la demanda de servicios, la integración de nuevas actividades en la atención primaria de salud y las limitaciones financieras cada vez mayores está poniendo a prueba el Programa de Salud del OOPS y socavando su capacidad para neutralizar los efectos negativos de la pobreza, la inseguridad alimentaria, el desempleo, la violencia y el aislamiento social e institucional sobre la salud de sus beneficiarios.

55. Las limitaciones financieras siguen siendo motivo de gran preocupación para el Organismo. En 2008 el Programa de Salud no fue capaz de reembolsar los costos de todos los partos que tienen lugar en los hospitales y optó por limitarse a los casos de riesgo alto y moderado. Por la misma razón, los tratamientos de atención terciaria capaces de salvar vidas, como la diálisis, todavía no son reembolsados por el Organismo.

56. A raíz de la duplicación del costo de los productos alimenticios básicos, el Organismo se ha visto obligado a tener que decidir si suspenderá el suministro de alimentos a todos los beneficiarios con el fin de garantizar la asistencia a los grupos más vulnerables. En ese contexto, el programa de alimentación complementaria para mujeres embarazadas y madres lactantes no tuvo otra opción que la de reorientarse y dirigirse únicamente a las beneficiarias que estaban por debajo del umbral de pobreza.

PERSPECTIVAS

57. Los refugiados palestinos son víctimas de desigualdades en materia de salud, por todas las razones mencionadas anteriormente. El OOPS pretende eliminar estas disparidades socioeconómicas y mitigar sus efectos sobre la salud mediante la prestación de servicios integrales de atención primaria de la mejor calidad posible. En última instancia, el objetivo del OOPS es que esos refugiados puedan vivir una vida sana, plena y productiva.

58. Gracias a su enfoque transversal respecto de la atención primaria integral, el OOPS se encuentra en una posición única para prestar servicios preventivos y curativos específicos y poder acceder a las comunidades vulnerables. El Programa de Salud abarca la salud de los refugiados desde el nacimiento hasta la vejez, y desarrolla actividades de prevención y promoción de la salud a distintos niveles. Esto se lleva a cabo coordinando las actividades de los departamentos de salud, educación y socorro del OOPS. La educación para la salud se transmite desde entornos exclusivamente médicos y llega a las escuelas y otros centros comunitarios, permitiendo el desarrollo de iniciativas basadas en la comunidad. El impacto de las infraestructuras sobre la salud se vigila directamente y se distribuyen gratuitamente medicamentos esenciales, cuya gestión es objeto de seguimiento constante para dar cumplimiento a las normas de la OMS.

59. Respaldado por la comunidad internacional, el OOPS ha desarrollado a lo largo de los años un conjunto de medidas mejoradas, adaptadas y eficaces para mitigar los efectos del conflicto sobre las comunidades de refugiados del territorio palestino ocupado. Estas medidas comprenden programas de empleo, asistencia en efectivo y en especie, ayuda alimentaria, reconstrucción y reparación de infraestructuras dañadas por causa del conflicto, atención médica de urgencia, consejo y apoyo psicológicos y vigilancia y notificación de las violaciones del derecho humanitario.

60. El Programa de Salud viene contribuyendo al bienestar y 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 presta servicio y el deterioro de las condiciones socioeconómicas en que viven los refugiados.

61. La mayor conciencia de la morbilidad por enfermedades no transmisibles tiene repercusiones de sostenibilidad para el Organismo debido al mayor costo y duración de los tratamientos. La necesidad de resolver la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles sigue siendo uno de los principales retos a los que se enfrenta el OOPS.

62. En particular, el estado nutricional de los grupos vulnerables entre los refugiados, como los extremadamente pobres, las mujeres embarazadas, los niños y las comunidades rurales aisladas debe vigilarse y ser objeto de intervenciones eficaces. Es necesario aplicar programas específicos de alimentación complementaria, que abarquen la distribución de cestas de alimentos, la fortificación con hierro de productos como la harina y campañas de administración de vitamina A, según las necesidades.

63. El desequilibro crónico entre las necesidades y las demandas de la población de refugiados, por un lado, y los recursos humanos y financieros disponibles para el Programa, por otro, han llevado a una negociación y priorización constantes de las actividades a fin de ajustarse a las limitaciones presupuestarias. Las actividades de respuesta a las necesidades de los refugiados palestinos requerirán la movilización de recursos humanos y financieros adicionales y el apoyo de particulares, gobiernos e instituciones de todo el mundo.

64. La garantía de la calidad es una de las preocupaciones principales del Programa de Salud. Deben llevarse a cabo estudios específicos para optimizar el tiempo de contacto entre el médico y el paciente, evitando los largos tiempos de espera, y evaluar la calidad de la atención en los dispensarios y en los hospitales con los que el Organismo tiene contratados servicios. Un análisis exhaustivo de los resultados de las visitas y la naturaleza de la repetición de visitas proporcionará las claves para reorganizar los servicios y mejorar la eficiencia interna.

65. Hay que establecer mecanismos de compensación con miras a limitar las consecuencias de las restricciones a la circulación en el territorio palestino ocupado para el acceso de los pacientes y los miembros del personal a los lugares de destino del OOPS y para la provisión de suministros médicos. El Organismo seguirá respondiendo al aumento de la demanda de servicios de atención médica.

66. A pesar de las dificultades que enfrenta, el Organismo no puede dejar de atender necesidades sanitarias prioritarias en los ámbitos 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 para los próximos años en vista del aumento de la pobreza y la segregación social de los refugiados en el territorio palestino ocupado. Además, la detección precoz y el tratamiento de los distintos tipos de cáncer constituirán un reto, por cuanto el grueso del esfuerzo recaerá en el sistema de atención de salud, que también deberá hacer frente al aumento de la demanda de servicios de rehabilitación física.

CONCLUSIONES

67. 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 sostenible a los servicios de atención de salud para los refugiados palestinos en el territorio palestino ocupado.

68. Es necesario que todas las partes velen por que, en consonancia con la condición del OOPS como organismo neutral e imparcial de las Naciones Unidas, se respeten las prerrogativas e inmunidades de su personal y se garantice en todo momento su seguridad. El acceso del personal de salud del OOPS a sus lugares de destino y a las comunidades aisladas debe estar garantizado, como lo exige el derecho internacional.

69. Es vital que la comunidad internacional renueve su apoyo financiero al OOPS para que el Organismo pueda mantener las actividades previstas del Programa de Salud, superar las dificultades logísticas actuales, hacer frente al aumento del costo de los suministros y adaptar los servicios a las necesidades crecientes de los refugiados, y para que pueda seguir respondiendo a la situación de emergencia humanitaria que parece no tener fin en el territorio palestino ocupado.

= = =