



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD
Punto 13 del orden del día provisional

A59/24
18 de mayo de 2006

Situación sanitaria en el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental, y en el Golán sirio ocupado: informe sobre los progresos realizados

1. En 2005 la población árabe del territorio palestino ocupado siguió registrando altos niveles de pobreza y de desempleo (el 43% y el 22,5%, respectivamente). Su vida cotidiana se ve afectada por limitaciones estructurales, como la composición del sistema de permisos y de cierres que regulan la circulación de personas y bienes, la construcción ininterrumpida de asentamientos y carreteras de circunvalación, y la falta de control sobre el agua y los recursos hídricos.
2. La prestación de servicios sanitarios eficaces ha evitado que se produjeran brotes epidémicos importantes o que hubiera un deterioro significativo de los indicadores sanitarios. La esperanza de vida en 2004 era de 72,6 años. Las tasas de mortalidad materna e infantil eran de 10,6 por 100 000 madres y de 24,2 por 1000 nacidos vivos. Estos niveles son inferiores a los de varios países de la región.
3. La principal causa de defunción son las enfermedades no transmisibles, en particular las enfermedades cardiovasculares, junto con las afecciones perinatales. El número de defunciones provocadas por accidentes aumentó de 9 por 100 000 habitantes en 1995 a 32,2 por 100 000 habitantes en 2004. El número de traumatismos accidentales, principalmente por accidentes de tránsito, sigue aumentando. La anemia ferropénica es un problema nutricional importante en el territorio ocupado; otras deficiencias de micronutrientes que suscitan preocupación son la carencia subclínica de vitamina A, el raquitismo y la carencia de yodo. Se aprecia un ligero aumento de los niveles de malnutrición crónica entre los niños menores de cinco años. Los trastornos mentales siguen siendo objeto de preocupación en el territorio palestino ocupado.
4. Los acontecimientos políticos registrados recientemente en el territorio palestino ocupado tienen repercusiones en el funcionamiento del sector sanitario. Puesto que la financiación de gran parte del presupuesto del Ministerio de Salud ha procedido en los años anteriores de la ayuda internacional, se prevé que una modificación de las políticas de financiación de los donantes tendría repercusiones en la prestación de los servicios de salud pública y en el acceso a éstos, lo cual puede ir en detrimento de programas de atención sanitaria esenciales, como los de inmunización y atención maternoinfantil.
5. La Secretaría ha intensificado sus esfuerzos para mejorar el bienestar físico, mental y social del pueblo palestino. La Organización apoya desde hace más de 50 años los programas del OOPS para prestar asistencia sanitaria a la población palestina.
6. En el informe de investigación (véase el anexo) preparado en respuesta a la petición formulada en la resolución WHA58.6 se facilitan más detalles acerca de la situación socioeconómica, la situación sanitaria y el sistema de salud.

7. Durante 2005 las autoridades palestinas, la OMS, el OOPS y otros organismos de las Naciones Unidas, así como diversas organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas en el sector de la salud, colaboraron estrechamente en la formulación de una estrategia a plazo medio para el sector sanitario en la que se definen las esferas de intervención más importantes y los principales objetivos estratégicos.

8. En noviembre de 2005 se presentó la estrategia de cooperación para el territorio palestino ocupado (2006-2008). Esta estrategia, basada en un análisis a plazo medio y en un consenso para impulsar la colaboración, se centra en la creación de capacidad a largo plazo en el Ministerio de Salud palestino para fomentar una mayor sostenibilidad del sector sanitario, y en abordar la necesidad permanente de operaciones humanitarias en casos de crisis. El éxito de esta estrategia dependerá en gran medida de una planificación integral del proceso, que potencie la utilización combinada de los recursos del presupuesto ordinario con las contribuciones extrapresupuestarias aportadas por la comunidad internacional de donantes.

9. En 2005, la OMS siguió prestando apoyo al Ministerio de Salud para respaldar su respuesta estratégica a las necesidades sanitarias de los palestinos mediante el mejoramiento de los resultados de las intervenciones sanitarias basado en una **coordinación** eficaz y efectiva, la reunión e interpretación de **información** sanitaria, la potenciación de la salud mediante el suministro de **asistencia técnica** actualizada, el fomento y la protección del «derecho a la salud» mediante actividades de promoción, y el fomento del **diálogo** y de la **cooperación** entre profesionales de la salud - palestinos e israelíes -, organizaciones no gubernamentales e instituciones sanitarias.

10. En lo que respecta a las actividades de **coordinación**, la OMS ha contribuido al fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud y la promoción directa de una visión y un enfoque compartidos entre los organismos de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales del sector sanitario. La OMS y el Ministerio de Salud copresiden reuniones mensuales destinadas a coordinar la prestación de apoyo de emergencia en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. Se han celebrado reuniones similares en los distritos. La OMS sigue desempeñando su función de asesoramiento técnico en el grupo de trabajo sobre el sector de la salud, en cuyo ámbito también desempeña el papel de organismo técnico en los grupos temáticos sobre nutrición y salud mental, además de encargarse de las funciones de secretaría del grupo sobre la salud de la mujer y del niño.

11. La Secretaría presta apoyo al Ministerio de Salud en la formulación y aplicación de la **política sanitaria** para el territorio palestino ocupado. A fin de reforzar las políticas, las estrategias y la capacidad a nivel local, se ha prestado apoyo técnico específico en esferas fundamentales, como la salud mental, la nutrición, los medicamentos esenciales, el control de las enfermedades transmisibles y la inocuidad de los alimentos.

12. Prestación de **asistencia técnica** para responder a las necesidades de los distintos programas. En la esfera de la salud mental esa asistencia se centró en la formulación de una política, el suministro de servicios y la formación. En la esfera de la nutrición, se prestó asistencia técnica al Ministerio de Salud para preparar un documento sobre la situación nutricional, así como una política y una estrategia en materia de nutrición; además se está estableciendo un sistema de vigilancia nutricional y se están llevando a cabo investigaciones especiales sobre nutrición. La OMS también aporta su contribución al examen del sector sanitario, que se lleva a cabo actualmente en asociación con la Comisión Europea, el Banco Mundial, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y la Cooperación Italiana.

13. El Health Inforum (dirigido por la OMS) se sigue centrando en la recopilación de **información** sobre la salud y las actividades del sector sanitario, la situación de los servicios de salud, y la disponibilidad de suministros médicos. Se ha reunido y difundido información sobre la situación humanitaria en materia de salud y las correspondientes medidas de respuesta; a este respecto puede consultarse el sitio web¹ y el boletín mensual de este mecanismo. Se ha iniciado un proceso de integración con el centro de información del Ministerio de Salud.

14. La Secretaría ha facilitado y apoyado la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios israelíes y palestinos, y entre sus instituciones, promoviendo plataformas de **diálogo**. A este respecto, cabe mencionar la continuación del diálogo entre unos y otros profesionales a través de una red de ciudades europeas, israelíes y palestinas, en pro del establecimiento de alianzas en los ámbitos sanitario y social, así como la publicación *Bridges*,² (Puentes, revista bimensual de salud pública israelopalestina), concebida, editada y producida conjuntamente por profesionales de la salud israelíes y palestinos.

15. Conforme a lo solicitado en la resolución WHA58.6 de la Asamblea de la Salud, el Director General prestó apoyo al Ministerio de Salud de Palestina en su empeño por superar las dificultades actuales y le prestó ayuda tanto durante la retirada de Israel de la Faja de Gaza y partes de la Ribera Occidental como después de ella. En estrecha colaboración con el Ministerio de Salud y diversas organizaciones no gubernamentales se llevó a cabo un seguimiento de la situación sanitaria en la Faja de Gaza durante la fase de retirada. Se completó una evaluación inicial de la situación sanitaria y del estado de las medidas de preparación antes de la retirada; esta evaluación se centró en un conjunto básico de indicadores sanitarios sobre mortalidad, morbilidad y prestación de servicios por distritos y zonas de riesgo. Los indicadores muestran que la situación sanitaria no había variado durante la retirada.

16. En respuesta a lo solicitado en el párrafo 5(2) de la resolución WHA58.6, el Director General completó una evaluación del aparato de detección instalado por Israel en los pasos fronterizos palestinos, cuya utilización había suscitado preocupación por la salud y la seguridad. Si bien en la resolución se lo describe como un «aparato de rayos X», este dispositivo no emite rayos X sino que recibe ondas de radiofrecuencias de hasta 30GHz. Un transeptor (antena) transmite y recibe señales de microondas reflejadas por cualquier cuerpo u objeto examinado con este aparato. A diferencia de los detectores de metal, el sistema permite detectar armas de plástico o de cerámica, explosivos plásticos u otros objetos no metálicos debajo de la ropa. Un sistema sensor capta las ondas reflejadas y envía la información a un procesador de imágenes de alta velocidad que analiza la información y produce una imagen tridimensional de alta resolución a partir de las señales. Para formar una imagen en la superficie de la piel el aparato emite microondas con frecuencias de entre 24 y 30 GHz. A esas frecuencias la piel absorbe casi toda la energía. La energía de microondas no penetra en los tejidos situados a más de 1 mm, aproximadamente, de la piel. Ni éstos ni los órganos situados debajo de la piel están expuestos a dosis significativas de radiaciones de microondas y, por ende, no pueden sufrir daños. Desde el punto de vista de la salud y la seguridad, la conclusión de la evaluación es que, sobre la base de la información disponible, no hay pruebas de que este aparato represente un peligro para la salud.

¹ www.healthinforum.org.

² www.bridgesmagazine.org.

17. En las circunstancias actuales - incluida la posibilidad de que los donantes cambien sus políticas y de que se reduzcan otras fuentes de financiación - es necesario prever acciones humanitarias de emergencia para responder a posibles crisis. El Procedimiento de Llamamientos Unificados proporciona, al parecer, un marco apropiado para lograr un consenso acerca de esas posibles acciones y preparar intervenciones humanitarias coordinadas. El Ministerio de Salud palestino ya ha lanzado un llamamiento público en el que solicita asistencia para afrontar la escasez que ya empieza a existir. El déficit presupuestario mensual en lo que se refiere a la compra de medicinas, suministros y material desechable, así como material de laboratorio, radiográfico y de diagnóstico, asciende a unos US\$ 4,5 millones, aproximadamente. La Secretaría está realizando una evaluación y un seguimiento objetivos de la situación sanitaria actual y, con otros asociados en pro de la salud, está elaborando un plan trimestral de contingencia.

18. La OMS seguirá colaborando con los organismos de las Naciones Unidas, en particular el OOPS, y con la Autoridad Palestina para vigilar la evolución de la situación sanitaria en el territorio palestino ocupado y mantener informados a los Estados Miembros.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

19. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

ANEXO

**Situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado:
informe de investigación**

1. En su resolución WHA58.6, la Asamblea de la Salud pidió al Director General que presentara un informe de investigación sobre la situación sanitaria y económica en el territorio palestino ocupado. En el segundo semestre de 2005 se llevaron a cabo diversos estudios para analizar a fondo la situación. A continuación se resumen los resultados y las principales conclusiones de los siguientes documentos y misiones: Cooperation Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territory (La estrategia de cooperación de la OMS y el territorio palestino ocupado), 2006-2008; Needs Analysis Framework (Marco para el análisis de las necesidades), Comité Permanente entre Organismos, 2005; Common Assessment for the occupied Palestinian territory (Evaluación común de la situación en el territorio palestino ocupado); The State of Nutrition: West Bank and Gaza Strip. A comprehensive review of nutrition situation of West Bank and Gaza Strip (El estado nutricional: Ribera Occidental y Faja de Gaza. Examen global de la situación nutricional en la Ribera Occidental y la Faja de Gaza), Ministerio de Salud Palestino, OMS, UNICEF, 2005; Health Status in Palestina: Annual Report 2004 (La situación sanitaria en Palestina: Informe anual correspondiente a 2004), Ministerio de Salud, 2005.

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

2. La mayor parte de las encuestas indican que la adaptación de la economía palestina a la situación creada por los cierres y las restricciones ha sido insuficiente para contrarrestar la combinación de múltiples factores adversos.

3. Según estimaciones del Banco Mundial, el producto interno bruto en la Ribera Occidental y en la Faja de Gaza podría haber registrado una tasa de crecimiento del 8% al 9% en 2005, manteniendo la tendencia a la recuperación iniciada dos años antes (después del periodo de grave crisis de 2000-2002, en que el producto interno por habitante registró una merma del 36%, aproximadamente, al que siguió un periodo de estabilización y recuperación gradual en 2003-2005, con un crecimiento medio anual de alrededor del 7%). Los datos correspondientes a 2005 indican que el desempleo alcanzaba el 22,5%, frente al 27% en 2004, lo cual representa más del doble de los niveles anteriores a la intifada. Aproximadamente el 43% de la población palestina sigue viviendo por debajo del umbral de la pobreza¹ y probablemente el 15% vive en condiciones de pobreza extrema (los porcentajes correspondientes a 2004 eran del 47% y el 16%, respectivamente). Las estimaciones coincidían en indicar que el número de palestinos pobres se había duplicado entre 1999 y 2005, pasando de 788 400 a 1 565 000. Los niveles de pobreza en la Faja de Gaza son superiores a los de la Ribera Occidental y Jerusalén Oriental; los grupos afectados son los nuevos pobres, los pobres crónicos, los niños, las mujeres en edad fecunda y los jóvenes.

4. El desequilibrio entre el crecimiento demográfico y el crecimiento económico - que se refleja en la diferencia entre una tasa del 3,4%, en el primer caso, y una oscilación del producto interior bruto, en el segundo - representa un desafío para la economía palestina y un obstáculo para el desarrollo en el territorio palestino ocupado.

¹ Definida como un consumo por habitante por valor de US\$ 2,3 diarios para una familia de referencia integrada por dos adultos y cuatro niños.

5. En 2005, el número de personas dependientes por persona con trabajo había aumentado a 5,6. El incremento de la tasa de dependencia era mayor en la Faja de Gaza: de 5,9 en 2000 a 8,2 en 2005.

6. Después de la retirada, a finales de 2005 y comienzos de 2006, la comunidad internacional, con el apoyo de las Naciones Unidas, intensificó las medidas encaminadas a fomentar el empleo en el territorio palestino ocupado, como parte de un programa de recuperación económica más amplio. Sin embargo, cabe preguntarse si los nuevos puestos de trabajo podrán mantenerse a lo largo del tiempo y si serán suficientes para absorber la demanda de las personas que se incorporen al mercado laboral.

7. Los efectos sociales y psicológicos de más de cuatro años de conflicto son considerables en toda la población, pero los jóvenes palestinos son especialmente vulnerables.

DATOS SANITARIOS

8. La situación demográfica de la población palestina en el territorio palestino ocupado atraviesa un periodo de transición como resultado de los niveles relativamente bajos de las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad de niños menores de cinco años (28,3 por 1000 nacidos vivos), de la alta tasa de fecundidad y del aumento de la esperanza de vida (véase el párrafo 2 del presente documento).

9. Si bien los indicadores muestran que no ha habido cambios significativos en la situación sanitaria general de los palestinos en el territorio palestino ocupado, actualmente existen razones para prever un posible deterioro de los niveles sanitarios de la población. En particular, la pobreza y la inseguridad alimentaria han aumentado en los grupos vulnerables, incluidas las comunidades que viven cerca del muro/valla de separación, cuyos miembros no tienen acceso a sus lugares de trabajo ni a los mercados. Según se ha informado, el 50,3% de las personas afectadas por la construcción del muro/valla tenían una menor disponibilidad de suministros alimentarios, el 51,5% vivían por debajo del umbral de la pobreza y el 47,7% no tenían acceso a sistemas de evacuación de desechos (en el caso de las personas no afectadas por esa construcción, los porcentajes eran del 40,1%, 40,9% y 37,8%, respectivamente).

10. La cobertura de servicios de atención prenatal sigue siendo alta (96,5% en 2004). La cobertura de atención posparto sigue siendo reducida, aun cuando ha aumentado, al parecer, en el curso del tiempo en el territorio palestino ocupado: del 19,7% en 1996 al 26,3% en 2000 y al 33,3% en 2004; sin embargo, dos tercios de las mujeres en el territorio palestino ocupado no reciben ningún tipo de atención posparto. La tasa de fecundidad ha disminuido de 6, aproximadamente, en 2000 a 4,5, según las estimaciones, en 2005. El uso de métodos de planificación familiar aumentó del 45,2% en 1996 al 51,4% en 2000, pero en 2004 descendió al 49%.

11. Las tasas de mortalidad infantil (53 por 1000 nacidos vivos) son inferiores a los valores medios registrados en los países del Oriente Medio y África del Norte, y sus niveles son comparables a los de los países árabes vecinos, pero siguen siendo muy superiores a los de Israel (tasa de mortalidad infantil: 5 por 1000 nacidos vivos; tasa de mortalidad entre los menores de cinco años: 6 por 1000 nacidos vivos).

12. En 1996, 2000 y 2004, la malnutrición aguda afectaba al 2,8%, el 1,4% y el 1,9%, respectivamente, de los niños pequeños en el territorio palestino ocupado. Por otra parte, los casos de retraso del crecimiento han ido en aumento, del 7,2% de los niños menores de cinco años en 1996 al 9,4% en 2004. Esto representa un problema de salud pública relativamente menor, pero si la situación económica se sigue deteriorando, es probable que aumenten los casos de retraso del crecimiento.

13. Más de una cuarta parte de los niños menores de cinco años y el 31,1% de las mujeres en edad fértil sufren de anemia ferropénica. También se observan otras deficiencias de micronutrientes, como de vitamina A, de vitamina D y de yodo. Aproximadamente el 22% de los niños menores de cinco años presentan carencias de vitamina A y el 53,9% se encuentran en el umbral de deficiencia. Las cifras relativas a la carencia de vitamina A son mucho más elevadas en la Faja de Gaza (26,5%) que en la Ribera Occidental (18,9%). Se han notificado muchos casos de raquitismo en la Faja de Gaza, pero esta enfermedad es menos frecuente en la Ribera Occidental: en 2003 y 2004 se notificaron 444 y 325 casos, respectivamente. Según estudios realizados en 2004, la prevalencia de la carencia de yodo era del 15%. Sin embargo, más de dos tercios de las familias declararon que consumían sal yodada; ese consumo era mucho más elevado en la Faja de Gaza (82,7%) que en la Ribera Occidental (56,5%).

14. Según se informó, en 2003 los trastornos mentales comunes (estrés postraumático, ansiedad, inestabilidad anímica y trastornos somatoformes) afectaban al 40,3% del 59% de la población que había estado expuesta directamente a la violencia, frente al 12,6% en el caso del 31% de la población que no había estado expuesta. Investigaciones realizadas por el Palestinian Counseling Center en la zona de Qalqiliya indicaron que una proporción considerable de las personas estudiadas tenían ideas de suicidio; la mayoría no tenían confianza en el futuro y expresaban sentimientos de angustia constante porque no podían ejercer control sobre sus circunstancias, y todas sentían estrés. La sensación de inseguridad también había aumentado entre las personas afectadas directamente por la construcción del muro/valla de separación (el 90%, frente al 75% en otras zonas de la Ribera Occidental).

15. En estos últimos años, la Autoridad Palestina ha logrado prevenir y controlar la mayor parte de las enfermedades infecciosas mediante programas de salud pública en materia de inmunización, así como mediante la educación sanitaria y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. En 2004, sólo el 10,1% de la mortalidad total era imputable a enfermedades transmisibles. Las hepatitis A, B y C son endémicas en el territorio palestino ocupado y, en general, en la región circundante. El plan de inmunización para los niños abarca la administración de la vacuna contra la hepatitis B, con una tasa de cobertura superior al 95%. La tasa de incidencia de la tuberculosis en el territorio palestino ocupado había descendido al 0,85 por 100 000 en 2004. Según se ha informado, la tasa de incidencia del SIDA y de la infección por el VIH es del 0,03 por 100 000.

16. Las enfermedades cardiovasculares (39,6%), el cáncer (9,9%), la diabetes mellitus (3,6%), la insuficiencia renal (3,4%) y las afecciones perinatales (9,7%) son las principales causas de defunción entre la población general.

17. Se ha registrado un fuerte incremento del número total de accidentes, cuya correspondiente tasa de mortalidad aumentó del 9,1 por 100 000 en 1995 al 36 por 100 000 en 2002. En 2003, la tasa disminuyó al 24 por 100 000, pero en 2004 volvió a aumentar al 32,4 por 100 000. La principal causa de los traumatismos accidentales siguen siendo los accidentes de tránsito.

EL SISTEMA DE SALUD

18. El Ministerio de Salud y el OOPS son los principales proveedores de servicios sanitarios en el territorio palestino ocupado. El OOPS atiende a los refugiados - 1 635 000 personas - y el Ministerio se encarga de la reglamentación del sistema de salud. Diversas organizaciones no gubernamentales locales y profesionales privados también prestan servicios sanitarios. La multiplicidad de dispensadores de atención de salud cuya actuación no cuenta con un marco normativo unificado da lugar a cierto grado de fragmentación en la prestación de los servicios.

19. La red de centros de salud en el territorio palestino ocupado es bastante amplia desde el punto de vista cuantitativo. A finales de 2004 había 731 dispensarios de atención primaria de salud (606 en la Ribera Occidental y 125 en la Faja de Gaza); de este total, 413 (56,5%) dependían del Ministerio de Salud, 53 (7,3%) del OOPS y 265 (36,3%) de organizaciones no gubernamentales. Además, hay 230 dispensarios de salud materno-infantil (202 en la Ribera Occidental y 28 en la Faja de Gaza), 153 centros especializados (64 en la Ribera Occidental y 89 en la Faja de Gaza), 197 centros de planificación familiar (153 en la Ribera Occidental y 44 en la Faja de Gaza) y 58 clínicas dentales (27 en la Ribera Occidental y 31 en la Faja de Gaza).

20. De las 19 544 personas empleadas en el sistema de salud palestino en 2004, más de la mitad (56,9%) trabajaban en el sector público (Ministerio de Salud). Los recursos humanos del sector de la salud en el territorio palestino ocupado presentan una distribución desigual entre regiones y tipos de profesionales. La proporción entre el personal de enfermería y los médicos es baja (1,5 por médico) comparada con los niveles recomendados.

21. Según las estimaciones, hasta 2002 los médicos palestinos se habían graduado en 450 universidades de 120 países. No existe un sistema reconocido de formación de especialistas en el territorio palestino ocupado, si bien algunos hospitales cuentan con programas de pasantías y residencias que permiten adquirir formación en algunas especialidades reconocidas por los colegios médicos de Jordania y Palestina.

22. En el territorio palestino ocupado el gasto por habitante en salud es superior a la media regional. Según la estimación más reciente basada en una encuesta especial, el gasto total en salud por habitante ascendió a US\$ 138,4 en 2003. El sistema de salud pública depende en gran medida de la asistencia internacional y su sostenibilidad es objeto de grave preocupación. Un desglose del gasto total en salud por fuente de financiación realizado en 2002 indicó que el Ministerio de Hacienda aportaba el 15%, la población general el 38% (con inclusión de las primas del seguro de enfermedad, los desembolsos en concepto de copago y el pago de honorarios por servicios recibidos en centros sanitarios públicos y privados) y los donantes el 48%. Los sueldos absorben aproximadamente la mitad del presupuesto del Ministerio de Salud y el gasto correspondiente a la derivación de casos al extranjero es el tercero en importancia. Cada año, miles de pacientes buscan atención en el extranjero, principalmente en Egipto, Israel y Jordania. En 2004 el número total de casos derivados para hospitalización y consulta en hospitales del extranjero ascendió a 31 744, lo que supuso un incremento del 57,9% con respecto a 2003.

23. Aproximadamente una cuarta parte de la población no está cubierta por el seguro de enfermedad. Según se informó, en 2004 el 76,1% de las familias del territorio palestino ocupado disponían de ese seguro. Más de la mitad de esas familias estaban cubiertas por planes gubernamentales y aproximadamente un tercio por el OOPS. El resto de la población estaba cubierto por sistemas de seguridad social, por planes militares de seguro de enfermedad o por seguros israelíes.

24. En general, el acceso a la atención de salud es equitativo. Sin embargo, hay motivos para suponer que el acceso de los palestinos a los servicios se ha visto afectado negativamente por las restricciones a la circulación, la construcción de barreras de separación y el deterioro de la situación económica. Además, es probable que los acontecimientos políticos recientes y la reducción de los fondos suministrados al Ministerio de Salud tengan repercusiones negativas en el sector sanitario. Se prevé que, si persiste esta crisis de la financiación, los programas de salud pública se verán reducidos y es posible que se interrumpa la prestación de servicios sanitarios.

= = =