



34ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 41 del orden del día provisional



SITUACION SANITARIA DE LA POBLACION ARABE EN LOS
TERRITORIOS ARABES OCUPADOS, INCLUIDA PALESTINA

Informe del Comité Especial de Expertos designado para estudiar la
situación sanitaria de los habitantes de los territorios ocupados

INDICE

	<u>Página</u>
1. INTRODUCCION (Antecedentes jurídicos y condiciones de la visita)	2
2. PERSONAS QUE FACILITARON INFORMACION DURANTE LA VISITA	3
3. LUGARES VISITADOS	3
4. ANALISIS DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA	4
4.1 Datos estadísticos	4
4.2 Aspectos demográficos	4
4.3 Datos económicos y sociales	5
5. POLITICA SANITARIA	7
5.1 Determinación de la política sanitaria	7
5.2 Planificación	7
5.3 Presupuesto	7
5.4 Medicamentos	7
6. ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA	
6.1 Situación epidemiológica	7
6.2 Infraestructura y equipo	8
6.3 Recursos de personal de salud - Formación	14
6.4 Actividades emprendidas	15
7. RECOMENDACIONES	17
8. CONCLUSION	18

1. INTRODUCCION (Antecedentes jurídicos y condiciones de la visita)

El Comité Especial de Expertos fue establecido en 1973 en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución WHA26.56 de la 26ª Asamblea Mundial de la Salud. Ha estado compuesto desde su creación por tres miembros designados por Indonesia, Rumania y Senegal. Su mandato consiste en estudiar en todos sus aspectos las condiciones sanitarias de los habitantes de los territorios ocupados y en presentar a la Asamblea de la Salud un informe completo sobre sus observaciones. Después de varios intentos de visitar los territorios ocupados, en abril de 1978 el Comité pudo por fin trasladarse por primera vez, en su calidad de tal, a esos territorios, y visitarlos de conformidad con su mandato. El informe del Comité Especial fue presentado a la 31ª Asamblea Mundial de la Salud (documento A31/37). En 1980 tuvo lugar una segunda visita en cumplimiento de la decisión WHA32,16) de la 32ª Asamblea Mundial de la Salud, y el correspondiente informe del Comité fue presentado a la 33ª Asamblea Mundial de la Salud (documento A33/21).

El 21 de mayo de 1980, la 33ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA33.18 en la que se pide "al Comité Especial que prosiga su labor con respecto a todas las consecuencias de la ocupación y de las políticas de las autoridades de ocupación israelíes y sus diversas prácticas que perjudican la situación sanitaria de los habitantes árabes de los territorios árabes ocupados, incluida Palestina, y que presente un informe a la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, teniendo en cuenta todas las disposiciones de esta resolución, en coordinación con los Estados árabes interesados y la Organización de Liberación de Palestina". Después de adoptada esta resolución, el Comité Especial se reunió el mismo día en Ginebra. Tras de elegir a su Presidente, el Comité debatió la metodología que debería aplicar durante su próxima visita a los territorios así como los procedimientos administrativos a los que debería ajustarse. El Comité decidió autorizar al Director General a seguir asumiendo la reponsabilidad de los procedimientos diplomáticos, incluidos los contactos con las partes interesadas. El Comité confió a su Presidente la tarea de debatir en Ginebra las condiciones para su visita.

De conformidad con las decisiones adoptadas durante esa reunión, el 16 de julio de 1980 se envió una carta al Ministro de Salud del Gobierno israelí para informarle del deseo del Comité de visitar los territorios y pedirle que diera al Comité todas las facilidades necesarias para que pudiera desempeñar su mandato y presentar su informe a la 34ª Asamblea Mundial de la Salud.

En cumplimiento de las instrucciones recibidas del Comité, el Director General tuvo varios contactos con las autoridades israelíes a raíz de las cuales se celebró el 22 de enero de 1981 una reunión entre el Presidente del Comité y las autoridades israelíes. En esa reunión el Presidente subrayó el propósito del Comité de visitar todos los territorios ocupados, indicando los lugares que deseaba visitar dentro de esos territorios, y expuso el espíritu que presidiría la visita; hizo observar que el Comité se proponía ajustarse a la definición de la palabra "salud" que figura en el Constitución de la Organización Mundial de la Salud, a saber "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". El Presidente informó a las autoridades israelíes de los principales indicadores que se emplearían; indicadores de salud, indicadores socioeconómicos de los factores que ponen trabas al sector de salud o influyen en el mismo; indicadores de la prestación de servicios de salud; e indicadores del estado de salud de la población. Señaló que el Comité se proponía basarse en gran parte en los indicadores que se enumeran en el documento de la OMS EB67/13 Add.1. El Presidente indicó las fechas durante las cuales el Comité deseaba efectuar su visita. Informó asimismo a las autoridades de que, si lo consideraba necesario, el Comité contaría durante su visita con la asistencia de un intérprete de su elección.

Además, de conformidad con las disposiciones de la resolución WHA33.18, el Comité se puso en contacto con los Estados árabes interesados y con la Organización de Liberación de Palestina. Se envió una carta a los Gobiernos de Egipto, Jordania, Líbano y la República Arabe Siria así como a la Organización de Liberación de Palestina, en la que se les informaba de la próxima visita del Comité a los territorios ocupados y se les pedía que facilitaran toda la información de que dispusieran y que pudiera ayudar al Comité a ejecutar su misión. El Comité decidió también visitar las capitales de los tres países árabes de los que Israel ocupa una parte del

territorio, e informó a los respectivos Gobiernos de su deseo. Los Gobiernos de Egipto, Jordania y la República Árabe Siria comunicaron al Comité que se le acogería con agrado y que se adoptarían las disposiciones necesarias para recibirle. Antes de emprender el viaje, el Comité se reunió con los representantes permanentes de esos tres países en Ginebra, y celebró también una reunión con el representante de la Organización de Liberación de Palestina.

El Comité salió de Ginebra el 26 de marzo de 1981, y visitó sucesivamente El Cairo, Damasco y Amman. En las tres capitales de los países árabes visitados, el Comité celebró conversaciones con las autoridades competentes en el sector de la salud de las poblaciones árabes de los territorios ocupados y obtuvo una serie de informaciones.

El Comité se trasladó a Israel el 5 de abril. La visita a los territorios ocupados terminó el viernes 17 de abril y el Comité regresó a Ginebra el 18 de abril.

2. PERSONAS QUE FACILITARON INFORMACION DURANTE LA VISITA

2.1 Autoridades israelíes:

- el Director General de Sanidad y su personal
- los directores de salud de los territorios ocupados
- los gobernadores militares encargados de administrar los territorios ocupados
- los directores de las cárceles de Nablus y Ramallah

2.2 Fuentes locales:

- los directores de sanidad de los distritos visitados
- los directores de los hospitales e instituciones visitados
- los alcaldes y funcionarios de las localidades de las Colinas del Golán y de la Ribera Occidental
- los médicos árabes que trabajan en los hospitales
- el personal de salud: enfermeras de los hospitales y personal auxiliar de las clínicas
- estudiantes de la escuela de enfermería de Ramallah
- los maestros de la escuela beduina de Dahania (Gaza) y de la Escuela Elemental Femenina de Howanah (Ribera Occidental)
- enfermos entrevistados en los servicios de salud
- médicos locales
- los directores del OOPS y los médicos encargados de los territorios en cuestión

3. LUGARES VISITADOS (por orden cronológico)

Hospital de Sheefa
Hospital de Barzilai (Ashkelon)
Mercado de Gaza
Clínica Beduina de Dahania
Clínica de El-Amal (Khan Younis)
Hospital de Khan Younis
Escuela de Enfermería de Gaza
Departamento de Psiquiatría, Hospital de Gaza
Clínica de Sajaiah
Campamento de Refugiados de Nuseirat
Estación de abastecimiento de agua, Bani Suheila
Instalación para la evacuación de aguas de alcantarillado, Sheikh Aijleen
Centro de Salud de Rimal (Laboratorio, departamento anticanceroso)
Centro de Salud de Ophira
Clínica de Dahab
Clínica Militar de Dahab
Clínica privada, Dahab

Clínica de Noueba (tribu Tarabit)
Clínica de Noueba (tribu Zena)
Hospital de Yoseftal, Eilat
Centro de Salud de la Madre y el Niño, El-Bireh
Laboratorio Central de Ramallah
Escuela de Enfermería de Ibn-Sina
Clínica General de El-Bireh
Instalación para la evacuación de aguas de alcantarillado, Ramallah
Hospital de Ramallah
Mercado de El-Bireh
Escuela Elemental Femenina de Howanah
Cárcel de Nablus
Clínica y Centro de Salud de la Madre y el Niño, Kalkilia
Departamento de Salud Pública, Tulkarem
Hospital de Tulkarem
Departamento de Salud Pública, Jenin
Hospital de Jenin
Hospital de Beit-Jallah
Hospital de Hebrón
Hospital Mental, Belén
Hospital de Bikur Holim
Cárcel de Ramallah
Hospital de Jericó
Departamento de Salud Pública, Jericó
Centro de Salud de Kiryat Shmona
Clínica y Centro de Salud de la Madre y el Niño, Bakata
Clínica y Centro de Salud de la Madre y el Niño, Masada
Estación de abastecimiento de agua, Masada
Hospital de Sefad
Hospital de Tel Hashomer

4. ANALISIS DE LA SITUACION SOCIOECONOMIA

Se puede afirmar, sin lugar a dudas, que la situación socioeconómica de una población y su estado de salud están estrechamente relacionados. En efecto, todos los problemas relativos a la demografía, la economía, el medio ambiente social y la cultura influyen en la salud. Sin embargo, la situación socioeconómica de un país se refleja en datos estadísticos.

4.1 Datos estadísticos

Los diversos informes estadísticos que consultó el Comité sobre la situación sanitaria y socioeconómica de los territorios ocupados no siempre coinciden, lo que puede explicarse por dos razones principales, a saber: en primer lugar, no se utiliza en todos ellos el mismo criterio para la evaluación y, en segundo lugar, no están redactados en el mismo idioma. Durante la visita a los servicios de salud, las autoridades israelíes tuvieron que complementar o modificar algunos de los datos que figuraban en el informe anual para 1980 que había sido transmitido al Comité. Además, hasta fecha reciente no se estableció un sistema de información sanitaria en el centro de salud de Rimal (región de Gaza).

4.2 Aspectos demográficos

Los indicadores más sensibles, y al mismo tiempo los más accesibles, susceptibles de facilitar información sobre la situación sanitaria son indudablemente los que se derivan de las modificaciones habidas en la población. Según los datos facilitados al Comité por las autoridades israelíes, durante el periodo 1968-1979 el crecimiento anual medio de la población fue de 1,7% para la Ribera Occidental y 2,6% para la región de Gaza-Sinaí; durante el mismo periodo, los datos de las Naciones Unidas señalan que las tasas de crecimiento de la población fueron de 1,9 para el conjunto del mundo, 0,6 para Europa, 1,6 para Asia oriental, y 2,7 para Africa. El

promedio de la tasa anual bruta de natalidad y el de la tasa general de fecundidad fueron de 45,2 y 212,8, respectivamente, para la Ribera Occidental y de 48,1 y 200 para la región de Gaza-Sinaí; durante el mismo periodo, las estadísticas de las Naciones Unidas señalan una tasa de natalidad para diferentes regiones de 31 para el conjunto del mundo, 16 para Europa, y 46-47 para Africa.

La tasa bruta de mortalidad para el periodo 1968-1978 fue de 5,5 en la Ribera Occidental; no se dispuso de datos sobre la región de Gaza-Sinaí. Al contrario de lo que ocurre con los indicadores de la tasa de natalidad y de la fecundidad en los territorios ocupados, que figuran entre los más elevados del mundo, el indicador de la tasa de mortalidad parece muy bajo en comparación con otras zonas (según las estadísticas de las Naciones Unidas correspondientes al periodo 1970-1977), a saber: 10 para Europa, 16 para Asia meridional, 10 para Asia oriental y 20 para Africa.

Si se toman, por ejemplo, los promedios de 11 años correspondientes a la Ribera Occidental (1968-1978), con una tasa bruta de natalidad de 45,2 y la diferencia representada por la tasa bruta de mortalidad de 5,5, el resultado es un aumento anual medio de la población de 39,7 por 1000, cifra que es casi 2,4 veces más elevada que la tasa media anual de aumento de la población durante el mismo periodo. ¿Qué importancia cabe atribuir a esa diferencia? Debe considerarse que esa diferencia representa la población que ha emigrado al extranjero, o que, simplemente, la tasa de mortalidad registrada no es correcta.

Teniendo presente la contribución de la mortalidad infantil en el cálculo de la mortalidad general, una mejora de la primera debería traducirse en una considerable reducción de esta última, en una situación en la que el grupo de edad de 0-4 años representa un 17,8% del total de la población, suponiendo, por supuesto, que las defunciones se hayan registrado con la misma precisión durante todo el periodo. Sin embargo, según las estadísticas, no parece que así haya sido.

Esas contradicciones, juntamente con otras, demuestran que el índice de la tasa bruta de mortalidad, que en este caso (es decir, en una situación con una estructura de edad constante) pudo haber reflejado fielmente la situación sanitaria de la población, no puede ser concluyente; y lo mismo cabe decir (en mucha menor medida) de los demás indicadores demográficos.

4.3 Datos económicos y sociales

El informe israelí muestra que en los últimos años se ha registrado una notable expansión económica, que se refleja en el aumento de la renta nacional: 11-13% para la renta por habitante y 9% para el consumo anual. El informe indica también que la tasa de empleo en los territorios ocupados es relativamente alta. Esta evolución de la situación laboral durante los años 1968-1978 suscita la observación de que el empleo de trabajadores árabes va en aumento en Israel mientras que disminuye en los territorios ocupados. Ciertamente, el hecho de que se empleen trabajadores árabes no es negativo, e indudablemente esos puestos de trabajo elevan temporalmente el nivel de vida de los trabajadores. Sin embargo, no debe olvidarse que a largo plazo la transferencia de esa mano de obra acarreará un retraso en el desarrollo económico de los territorios ocupados, y, por ende, una disminución del nivel de vida, con consecuencias para la vida social de la comunidad. Los problemas que plantea la interpretación de los datos, y en particular la dificultad de establecer correlaciones entre el medio ambiente y la situación sanitaria son bien conocidos de los expertos. Sin embargo, el Comité considera que la vida social en los territorios ocupados, en los lugares donde no se desarrolla normalmente, tiene repercusiones para la salud a causa de los cambios registrados en el medio ambiente material, que modifican fundamentalmente las relaciones entre el medio natural y el artificial, por una parte, y entre los diferentes sistemas socioculturales, por otra. Esas modificaciones, que proceden del exterior e influyen en el desarrollo económico y social de una población en una dirección que no es la que esta población habría deseado seguir, pueden ejercer una presión adicional sobre esta misma población, que ha de repercutir en su salud.

Es indudable que el nivel de vida ejerce una influencia cualitativa y cuantitativa en el grado de salud y, por ende, en los fenómenos de morbilidad y mortalidad. Por desgracia, los datos sobre mortalidad correspondientes a los territorios ocupados que se debaten en el examen de la situación demográfica no pueden desarrollarse en grado bastante desde el punto de vista

estadístico para poder expresar este hecho; por ejemplo, un análisis de la mortalidad (tasas estándar) debida a todas las causas o a causas específicas, y desglosada por grupos sociales y profesionales habría permitido observar más claramente si los grupos de ingresos bajos presentan o no unas tasas de mortalidad más altas (normalizadas por edad) o si hay diferencias en las causas de defunción entre los diferentes grupos de ingresos. Las deficiencias de los registros y de otra clase hacen imposible enfocar de esa manera el análisis de la situación.

El consumo de alimentos puede facilitar un indicador sencillo que muestra el nivel de salud de manera indirecta, expresado cuantitativamente (calorías por persona al día) o cualitativamente (proporción de proteínas animales). Es bien sabido que un consumo diario de menos de 2000 calorías es característico de los países en desarrollo, así como una disminución en la proporción de proteínas. Debería haber una relación adecuada entre el número de calorías y la proporción de proteínas animal. En el caso de los territorios ocupados, el Comité no pudo obtener datos para ilustrar ese principio.

Aunque es muy difícil establecer correlaciones, puede llegarse a la conclusión de que la renta por habitante guarda estrecha relación con el nivel de educación, la nutrición y la mortalidad infantil. Es interesante señalar, además, que la mortalidad infantil guarda relación más estrecha con la ingesta de calorías y proteínas y con el nivel de educación que con el número de médicos disponible. Sin embargo, este hecho no parece con bastante claridad en los informes facilitados al Comité, a causa de la ausencia de cálculos sobre la ingesta de calorías.

La educación y la escolaridad son parámetros de la calidad de vida. En los territorios ocupados el número de escuelas y de niños escolarizados ha aumentado en un porcentaje considerable. En las clínicas se facilita atención médica a los colegiales mediante la atención primaria de salud, y, si es necesario, se llama a los especialistas de los hospitales. Por esta razón, no hay una vigilancia ni una evaluación periódicas del crecimiento de los niños expresado en términos de variaciones en los parámetros de estatura, peso, circunferencia torácica y de los bíceps, etc. En la práctica, no hay un servicio médico escolar que efectúe sistemáticamente supervisiones médicas. En las escuelas visitadas, la higiene era satisfactoria, y también lo era, al parecer, el estado de salud de los niños. El Comité no pudo estimar la proporción de analfabetos en la población adulta.

Aunque en el informe israelí se declara que en los territorios ocupados ha aumentado el número de viviendas, el Comité observó que muchos árabes siguen viviendo en condiciones insatisfactorias: casas destaraladas, situadas en un medio insalubre, y hacinamiento y falta de limpieza en algunas ciudades visitadas. Algunos beduinos siguen viviendo en condiciones y viviendas insalubres; al adoptar un modo de vida sedentario esas poblaciones han abandonado sus tiendas y viven en barracas construidas de cualquier manera con cajas y material de embalaje, a pesar de que en otros aspectos muestran ciertos signos exteriores de bienestar material.

La accesibilidad económica, es decir, la posibilidad para las personas de sufragar el coste de la atención de salud, es un buen indicador de la prestación de asistencia sanitaria; en efecto, se ha aceptado en todo el mundo que "una atención de salud de buena calidad facilitada a un 75% de la población constituye un indicador de cobertura en el sentido más amplio del término". En los territorios ocupados, la accesibilidad económica viene determinada por la proporción de la población protegida por el sistema de seguro de enfermedad. Obligatorio para los funcionarios y sus familiares, el seguro de enfermedad se ha hecho extensivo, con carácter voluntario, a todos los residentes de los territorios ocupados. El coste mensual es de US \$4-5 por familia. El seguro comprende la atención ambulatoria y la hospitalización. En el informe israelí se indica que el 80% de la población de Gaza y el 40% de la Ribera Occidental están asegurados. El Comité no pudo determinar la cobertura real del seguro de enfermedad, en particular entre las familias cuyos miembros no están asalariados. Según varios informes, muchas personas no puede afiliarse a un plan de seguro; además, aunque cada uno de los pacientes asegurados tiene derecho a dos medicamentos gratuitos, por cada medicamento adicional debe pagar una suma de US \$0,1. Sin embargo, el Director del Hospital de Ramallah explicó al Comité que cerca de un 30% de los pacientes que acuden para una consulta se ven obligados a comprar sus medicamentos, tanto si están asegurados como si no lo están. Las personas que no están aseguradas deben pagar todos los servicios que se les facilitan. En esos casos la hospitalización resulta muy costosa: unos US \$150 al día. Son gratuitos los servicios de partería, enfermedades infecciosas, infancia (hasta los seis años) y casos psiquiátricos.

5. POLITICA SANITARIA

El principal indicador de política sanitaria es la voluntad política de fomentar la salud de toda la población. Esa voluntad puede evaluarse sobre la base de las declaraciones oficiales, las estrategias de interés social, la asignación de recursos financieros, el grado de equidad en la distribución de servicios, el grado de voluntad por parte de la comunidad de participar en la acción de salud pública, y, finalmente, el establecimiento de un marco operativo y un proceso de gestión adecuados. El Comité señaló que las siguientes cuestiones fueron tratadas en su informe anterior:

5.1 Determinación de la política sanitaria

En los territorios ocupados, la determinación de la política sanitaria es prerrogativa de las autoridades de ocupación. Así pues, el sistema de salud en las Colinas del Golán sigue el modelo del sistema israelí; en las regiones de Gaza y de la Ribera Occidental hay cierta tendencia a integrar el sistema, a causa de haber fracasado los intentos de establecer una administración sanitaria autónoma y de la lentitud con que progresa el desarrollo de la infraestructura y de los recursos de personal de salud, lo que hace que sea inevitable consultar los problemas técnicos con los hospitales israelíes.

5.2 Planificación

No existe una planificación a plazo medio ni tampoco a largo plazo. Las actividades de salud se organizan según un concepto de programación a corto plazo. En 1978, el Ministerio de Salud estableció un comité de planificación representativo, presidido por el Director General de Sanidad. Por distintas razones, parece que las recomendaciones del Comité no se han hecho públicas ni se han ejecutado en ningún caso. En los últimos dos años no se han registrado modificaciones o mejoras considerables en los servicios de salud en cuanto al establecimiento de instalaciones o al fortalecimiento del personal médico. El sistema de centralización no estimula a la comunidad a participar en el esfuerzo de salud pública y deja muy escaso margen de iniciativa a las autoridades médicas locales.

5.3 Presupuesto

El presupuesto de salud para los territorios ocupados se administra en el escalón central. Su insuficiencia no permite desarrollar los servicios de salud como sería de desear. Las autoridades israelíes rechazan con frecuencia los recursos extrapresupuestarios que proceden de instituciones no gubernamentales y filantrópicas, de asociaciones o de la misma comunidad.

5.4 Medicamentos

La escasez de medicamentos es un problema en los territorios ocupados; se debe probablemente a una centralización excesiva, a las dificultades de suministro y gestión de las existencias y a una mala organización de la distribución. Un grupo de trabajo estudia actualmente la cuestión.

6. ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA

6.1 Situación epidemiológica

Como puede verse en el informe facilitado al Comité, las tendencias de la morbilidad y la mortalidad anteriores a 1967 se caracterizaban por la malnutrición y las enfermedades infecciosas. El informe muestra que este cuadro patológico ha empezado a modificarse, aproximándose al de los países desarrollados, gracias al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y de los servicios sanitarios, ya que en la actualidad las principales causas de defunción son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las infecciones traqueales, la gastroenteritis y el cáncer. Sin embargo, el examen de las estadísticas disponibles revela que, aunque tiende a mejorar, el registro de las enfermedades dista aún de ser preciso, completo y específico.

El cuadro de morbilidad basado en la asistencia ambulatoria muestra que las enfermedades infecciosas predominan entre los jóvenes, mientras que los datos procedentes de los hospitales indican que las principales causas de internamiento son las enfermedades cardiovasculares, las intervenciones quirúrgicas y las neoplasias.

Ahora bien, como se necesitan más datos para obtener un cuadro más completo de la morbilidad y la mortalidad, en la zona de Gaza se han iniciado actividades de vigilancia epidemiológica que proporcionarán una información mejor y más completa. Durante la visita del Comité no se disponía aún de estudios de base comunitaria sobre la mortalidad y la morbilidad específicas en los territorios ocupados.

Las observaciones y los análisis que ha podido hacer el Comité basándose en las estadísticas disponibles y en conversaciones con las autoridades médicas locales aportan más datos sobre algunas enfermedades: a) en el sector pediátrico, las principales causas de hospitalización son las enfermedades de las vías respiratorias superiores (45%) y las enfermedades diarreicas (30-35%). Estos procesos constituyen la principal causa de mortalidad infantil. En Gaza, desde mayo hasta octubre de 1980 hubo 18 000 casos tratados de diarrea, lo que representa una incidencia de 178 por 1000, mientras que en los otros territorios ocupados puede calcularse una incidencia del mismo nivel; esto podría deberse a las malas condiciones de higiene del medio; b) a pesar de la buena cobertura obtenida en la inmunización contra la poliomielitis, en 1980 se registraron 13 casos de esta enfermedad en Gaza y 20 en la Ribera Occidental, por lo que está ya en curso una investigación; c) la leishmaniasis cutánea constituye un motivo de preocupación para las autoridades médicas de Jericó, ya que en 1980 se han registrado 50 casos; ahora bien, como esas mismas autoridades comunicaron al Comité, es posible que en la realidad haya habido cerca de 200 casos, ya que son evidentes las limitaciones diagnósticas debidas al poco conocimiento de la enfermedad que tiene el personal sanitario; en consecuencia, se ha solicitado una encuesta epidemiológica y se han distribuido folletos para informar al personal sanitario y al público sobre este proceso; d) el tétanos neonatal se observa sobre todo entre los beduinos; en vista de la insuficiente cobertura obtenida con la vacunación antitetánica de las embarazadas, habrá que hacer un estudio más detallado; e) tiende a descender la incidencia de otras enfermedades susceptibles de vacunación (difteria, tos ferina y sarampión); f) recientemente se produjo una epidemia de hepatitis viral del tipo A en la Ribera Occidental; aunque está en curso una encuesta epidemiológica, todavía no se dispone de detalles al respecto; g) la tuberculosis plantea un problema sanitario en la Ribera Occidental y el cierre del dispensario antituberculoso de Jerusalén constituye un motivo de preocupación para los médicos y pacientes de la zona; durante la visita del Comité no se dieron datos concretos sobre la prevalencia; h) entre los niños de menos de 5 años se observa malnutrición, por lo general secundaria, pero es probable que este hecho no esté bien reflejado en las estadísticas oficiales; i) las deficiencias congénitas y, probablemente, el bocio endémico merecen un estudio más detallado; j) el Comité visitó en el Hospital de Sefad a tres enfermos de equinocosis procedentes de las Colinas del Golán; es necesario mejorar los conocimientos sobre la presencia de esta infección en la región; k) en los territorios ocupados son frecuentes las infecciones oculares: conjuntivitis, tracoma y, según ciertos estudios, avitaminosis A (xeroftalmía); y, por último, l) los trastornos psiquiátricos acusan una clara tendencia ascendente. Aunque la autoridad médica local responsable reconoce que no existen estadísticas sobre esta cuestión, hay motivos para creer que la frecuencia de las enfermedades mentales va en aumento. Actualmente son cada vez más frecuentes las depresiones, las neurosis y los actos de violencia originados a consecuencia de la prolongación de la situación política y social, mientras que las drogas y la delincuencia juvenil están empezando a convertirse en problemas de salud.

6.2 Infraestructura y equipo

En el informe anterior del Comité Especial se expuso con todo detalle la situación de la infraestructura existente en los territorios ocupados. En conjunto esta situación no ha experimentado cambios importantes en relación con el año anterior. Sin embargo, se han aplicado total o parcialmente algunas recomendaciones relativas al equipo médico y sanitario.

6.2.1 Gaza-norte del Sinaí

El número de camas no ha cambiado mucho, salvo en el hospital de Sheefa en el que se han ampliado los departamentos de obstetricia y cirugía. En la actualidad se están construyendo

nuevos edificios en este hospital, que ocupan una superficie de 4000 m² y comprenden tres plantas. Con este fin se han previsto los créditos correspondientes y el 1 de abril de 1981 se contaba ya con una suma de US \$500 000 (coste total: US \$3 millones).

El servicio de cuatro camas para asistencia cardiovascular intensiva en el hospital de Khan Younis, cuyo establecimiento recomendó el Comité y para el que la OMS había asignado un crédito de US \$30 000 en 1979, ha quedado completado y se encuentra ya en funcionamiento desde la segunda quincena de marzo de 1981.

Así pues, mientras que se han registrado algunas mejoras en el equipo de laboratorios y servicios quirúrgicos, todavía queda mucho por hacer. Tales servicios dependen todavía en gran parte de los servicios israelíes, que en modo alguno son comparables con los existentes en la región de Gaza. Aparte del hospital israelí de Ashkelon, con sus 109 médicos, de los cuales el 25% son especialistas, sus 257 enfermeras y sus modernas instalaciones, los existentes en los territorios ocupados de Gaza no resisten la comparación.

6.2.2 Sur del Sinaí

La infraestructura establecida en la zona meridional del Sinaí para la población nómada - aproximadamente 3000 beduinos - consta de un centro de salud (Ophira), cinco clínicas (Dahab, Birasaël, Bir Zeen y dos en Noueba) y algunos establecimientos fijos destinados sobre todo a la prevención (inmunización).

Los servicios técnicos de referencia y consulta están a cargo del hospital israelí de Yoseftal (Eilat), que dispone de un material moderno, una capacidad de 80 camas para una población de unos 25 000 habitantes y abundante personal (30 médicos, inclusive 8 especialistas sin contar los que acuden del exterior para prestar asistencia especializada, y 72 enfermeras).

Desde el punto de vista de la infraestructura sanitaria, la situación de la región meridional del Sinaí, como se señaló en el informe anterior del Comité, parece ser satisfactoria.

6.2.3 Ribera Occidental

El Comité visitó seis distritos de la Ribera Occidental (Belén, Ramallah, Jenin, Tulkarem, Hebrón y Jericó).

La Ribera Occidental comprende ocho hospitales generales, un hospital psiquiátrico, 142 clínicas, 79 centros de asistencia maternoinfantil, dos centros de lucha antituberculosa, una escuela de partería, una escuela de enfermeras y un centro de formación.

Los servicios sanitarios de esta zona han evolucionado lentamente a pesar de las tentativas del personal local para superar las dificultades descentralizando la estructura (bancos de sangre en cada hospital, equipo mínimo de los laboratorios de hospital). Sin embargo, aún están por resolver los problemas planteados por la penuria de servicios pediátricos, la insuficiencia de los medios de tratamiento intensivo de los hospitales y la sobrecarga de los servicios de diálisis renal, que ha llevado a las autoridades municipales de Hebrón a estudiar la conveniencia de adquirir más material (aunque se dispone de fondos y de personal, ha de obtenerse primero el acuerdo israelí). El cierre del banco de sangre, del laboratorio y del centro antituberculoso de Jerusalén ha sido mal acogido tanto por los médicos árabes como por la población local, la cual considera que este episodio refleja una agravación de la política tendente a integrarla en un sistema que limita sus posibilidades de recurrir a los servicios disponibles y asequibles en el ámbito local.

6.2.3.1 Distrito de Ramallah

Según su director, el hospital de Ramallah constituye un caso excepcional. Los edificios pertenecen a una sociedad local de beneficencia, mientras que la administración está en manos del Gobierno israelí; la difícil situación económica originada por la inflación excluye el desarrollo rápido que hubiera sido de desear.

El cierre del centro antituberculoso de Jerusalén ha perjudicado a los enfermos de Ramallah, que ahora han de dirigirse a Nablus donde, con frecuencia, escasea la película radiográfica. La lucha antituberculosa, por consiguiente, debería integrarse en los servicios terapéuticos locales, mientras que en los hospitales convendría reforzar los medios de diagnóstico (especialmente los de laboratorio). De ese modo podría seguirse sobre el terreno la evolución de los enfermos, en lugar de obligarles a hacer grandes desplazamientos sin garantía alguna de que quedarán resueltos sus problemas.

El laboratorio central de Ramallah se encuentra en vías de reorganización y podría estar en funcionamiento en el plazo de seis meses; ahora bien, en ese momento se planteará el problema del personal técnico, cuya escasez e insuficiente formación podrían reflejarse en el resultado de las pruebas.

6.2.3.2 Distrito de Tulkarem

El distrito de Tulkarem tiene 140 000 habitantes y comprende el hospital de Tulkarem, los centros de salud de Kalkilia y Safit, 31 clínicas y 21 centros de higiene maternoinfantil.

En lo que se refiere a la calidad de la asistencia, el hospital de Tulkarem no ha mejorado sensiblemente desde la última visita del Comité. En el marco del plan de descentralización se ha instalado un nuevo laboratorio, pero éste carece con frecuencia de reactivos; también se ha instalado un nuevo equipo de radiodiagnóstico, pero tampoco éste funciona correctamente por no contar con un especialista. En semejante situación, no es de extrañar que la población siga acudiendo a Nablus en busca de una asistencia más eficaz. Las autoridades médicas estiman que la población no confía aún en el sistema de seguro que se ha establecido.

Este hospital debería estar mejor equipado para hacer frente a la función que le incumbe en el distrito, donde no existe ninguna otra estructura de este tipo. Los siguientes datos estadísticos ponen de manifiesto su importancia: en 1980 se han registrado 4000 ingresos, 700 intervenciones quirúrgicas, 1500 partos y 5200 consultas. En cambio, la tasa de ocupación en el mismo año (66%) sigue siendo baja.

En el Centro de Salud de Kalkilia se desarrollan actividades integradas, tanto curativas como preventivas. Ese centro supervisa ocho clínicas periféricas y está subordinado al hospital Tulkarem. Hay planes para extender los servicios obstétricos con el objeto de atender Kalkilia y aldeas circunvecinas. Las autoridades locales desean que se aplique este plan. El Centro atiende a una población calculada en 50 000 habitantes (25 000 en Kalkilia y 25 000 en los 23 pueblos de los alrededores). Pero se informó al Comité que es difícil la supervisión por el estado en que se encuentran los caminos y por deficiencias logísticas.

El distrito de Tulkarem requiere mejor vigilancia en vista de las enfermedades infecciosas allí prevalentes en 1980: poliomielitis, hepatitis vírica A, parotiditis y varicela.

6.2.3.3 Distrito de Jenin

El distrito de Jenin tiene unos 130 000 habitantes distribuidos en cinco ciudades pequeñas y 55 pueblos. Cuenta con un hospital y un centro de salud. El hospital, con 55 camas, carece de personal suficiente (médicos especialistas, técnicos de laboratorio y rayos X) y de servicios de laboratorio adecuados. De Nablus llegan periódicamente los especialistas (cirujanos ortopedistas, otorrinolaringólogos, médicos internistas, etc.). A menudo se envían pacientes a Rafidia, Ramallah o incluso a Haifa y Jerusalén, a hospitales israelíes. Los servicios de salud pública proporcionan asistencia curativa y preventiva: inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas que aplican 35 enfermeras tituladas y 6 auxiliares improvisados en dispensarios y aldeas; consultas periódicas a cargo de 10 médicos en los 20 dispensarios de los pueblos que hay en el distrito; consultas maternoinfantiles dos veces por semana. El director del distrito sanitario considera que la proporción de asistencia proporcionada para la población alcanza solamente el 10% de la que tienen los países desarrollados de Europa y también Israel; las autoridades israelíes niegan esto, afirmando que no hay bases científicas para esa declaración que ellos consideran como la opinión personal de su autor.

6.2.3.4 Distrito de Hebrón

Hospital de Hebrón: el edificio no ha tenido ninguna renovación importante. El problema de la lavandería aún no se ha resuelto. El ayuntamiento ha conseguido fondos para construir una lavandería moderna, pero el Gobierno de Israel no ha dado la autorización porque iba a construirse una lavandería central en el hospital de Belén que también prestaría servicios al hospital de Hebrón.

Las autoridades israelíes no han autorizado hasta la fecha la reasignación de esos fondos para otros fines técnicos en el hospital. Sin embargo, con ellos podrían conseguirse mejoras de equipo y suministros. Por ejemplo, el espectrofotómetro del laboratorio está averiado y todavía faltan algunos medicamentos. Por otra parte, se ha instalado una nueva mesa de operaciones junto con un servicio de diálisis renal. Se están llevando a la práctica una serie de proyectos: se mejorará el abastecimiento de agua, se está instalando el ascensor recomendado en el anterior informe del Comité, pronto podrá disponerse de un generador más potente que suplementará el abastecimiento de electricidad de la ciudad, y se espera un nuevo aparato de radiografía.

6.2.3.5 Distrito de Belén

El hospital psiquiátrico de Belén es el único servicio hospitalario para enfermedades mentales en la Ribera Occidental. Proporciona servicios de consulta externa en el hospital y en cuatro dispensarios en la región de la Ribera Occidental, el más reciente de los cuales, en Jericó, se inauguró hace cuatro meses. En 1980 el hospital padeció por las dificultades financieras que afectan a Israel, lo cual limitó su desarrollo. Los servicios mejoran sólo lentamente y algunos sectores están en deterioro. El director del hospital considera que, si no mejora la situación económica, los servicios psiquiátricos quedarán estancados. En estas condiciones, se recomienda que las organizaciones no gubernamentales podrían proporcionar ayuda a los servicios psiquiátricos.

Los edificios existentes son viejos y responden a conceptos anticuados: las salas demasiado llenas no permiten separar los distintos tipos de pacientes. Se informó al Comité que existe un plan de renovación.

El Director del hospital psiquiátrico mencionó que las visitas practicadas por la OMS no han sido seguidas de ninguna acción y que todavía no se ha aplicado un programa concertado de adiestramiento. El director desea que la OMS sea más eficaz en los ramos de su competencia y que preste más ayuda a los servicios psiquiátricos de la Ribera Occidental.

El hospital Beit-Jallah no presenta cambios fundamentales desde la última visita del Comité. Su departamento de ortopedia recibe pacientes de toda la región y por esa razón tal vez se debieran aumentar las posibilidades de trabajo del hospital. Gracias a los esfuerzos de la administración del hospital, la asociación sueca que posee los edificios donó una suma de US \$635 000 para la renovación del hospital, la expansión de su capacidad para internar pacientes y la construcción de un nuevo pabellón de aislamiento y una sala de operaciones. Se ha instalado una nueva mesa de operaciones. Funcionan satisfactoriamente un laboratorio y un banco de sangre. También hay un servicio de cancerología que suministra quimioterapia, pero la radioterapia la aplica el hospital israelí de Tel Hashomer. Se proyectó el establecimiento de un centro para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer en el hospital Baraka. No ha sido posible llevar esto a cabo porque el Gobierno de Israel y una asociación presbiteriana norteamericana que posee el hospital no se ponen de acuerdo sobre la redacción de un contrato que exigía Israel, lo cual redundaba en contra de los enfermos de la Ribera Occidental.

6.2.3.6 Distrito de Jericó

Ha disminuido la importancia del Hospital de Jericó en la especialidad de ortopedia, en tanto que ha aumentado la del Hospital Beit-Jallah. No obstante, el de Jericó está bien equipado para dar tratamientos fisioterápicos en casos de lesiones, malformaciones congénitas y secuelas de poliomielitis. Para problemas médicos, envía los pacientes a Ramallah o Hadassah. Tiene una capacidad de 48 camas, 25 de las cuales son para enfermos de ortopedia, cinco para casos pediátricos, cinco para maternidad, ocho para medicina y cinco para cirugía general. El servicio

de radiología tiene un aparato viejo. Por último, un pequeño laboratorio permite practicar los análisis fundamentales. No hay banco de sangre.

El hospital atiende a una población de 15 000 habitantes, aproximadamente. En 1980, las estadísticas indican que hubo 1550 admisiones de enfermos y 3000 consultas, con un índice de ocupación del 70% de las camas.

El servicio de salud pública de Jericó, que estuvo integrado anteriormente con el hospital, es en la actualidad un servicio autónomo orientado hacia actividades integradas, en particular de carácter preventivo, con asistencia curativa en los dispensarios.

La importancia de la leishmaniasis cutánea en la región indica la necesidad de mejorar la vigilancia. Desgraciadamente, no hay personal competente para luchar contra esa enfermedad. El director desearía estar en condiciones de contar con un dermatólogo.

En conclusión, la tendencia de la nueva política sanitaria en la Ribera Occidental es hacia la descentralización de actividades. Pero esto requiere un desarrollo cuantitativo y cualitativo de los servicios que ha distado mucho de ser satisfactorio. A causa de la falta de personal competente, de equipo apropiado y algunas veces de medicamentos, con frecuencia los pacientes son enviados a hospitales de Israel, lo que les produce una sensación de frustración y una falta de confianza en sus propios servicios.

6.2.4 Colinas de Golán

Los servicios de salud asequibles a la población de las Colinas de Golán están bajo la doble responsabilidad de Kupat Holim (seguro contra enfermedades) para la asistencia curativa, y del Ministerio de Salud por lo que respecta a las actividades preventivas. Este sistema es el de Israel. Como en su informe anterior, el Comité observó que la mayoría de la población de Golán está afiliada al sistema israelí de seguro contra enfermedades. El gobernador militar informó al Comité sobre la apertura de la clínica ginecológica de Masada. Una partera da allí consultas dos veces a la semana.

En las pequeñas farmacias de los pueblos es demasiado limitado el surtido. No se dispone de farmacéuticos capaces de manejar medicamentos más complejos que los que actualmente se encuentran en las tiendas de pueblo.

No existe servicio de maternidad en las Colinas de Golán. Los partos tienen lugar en el hogar o en el hospital Sefad. Durante los meses de julio a octubre de 1980 hubo 14 partos atendidos a domicilio en Masada; 30 partos, inclusive 15 en el hogar, en Bakata; y 44 partos, seis de ellos domiciliarios, en Massed Sham. Las parteras tradicionales atienden los partos a domicilio. El Gobierno de Israel está promoviendo una política de partos atendidos en el hospital mediante el pago de una bonificación a las mujeres que aceptan ir al hospital para dar a luz.

En Kiryat Shmona está la base de un conjunto de ambulancias para la evacuación de enfermos. El Comité visitó las clínicas de Bakata y Masada, el centro de salud de Kiryat Shmona y el Hospital Sefad.

6.2.5 Estructuras sanitarias israelíes

El Comité visitó las instalaciones y servicios de salud israelíes por cuanto constituyen los puntos técnicos de asistencia especializada para los hospitales en los territorios ocupados y porque los médicos de esos territorios suelen comparar esos servicios con los suyos propios. El Hospital Barzilai de Ashkelon (que atiende casos de especialidades de todo Gaza), el Hospital Yoseftal de Eilat (con atención de especialidades para el sur de Siná), el Hospital Bikur Holim (que atiende los casos enviados de Jerusalén), el centro de salud Kiryat Shmona y el Hospital Sefad (con servicios de especialidades para Golán) y, por último, el centro médico Tel Hashomer (hospital nacional para atención de especialidades) no pueden compararse en manera alguna con los servicios que existen en los territorios ocupados.

Aunque en todas partes se decía que no se establece ninguna diferencia para admitir pacientes, sean éstos israelíes, sean árabes, el Comité observó durante su visita que había muy pocos enfermos árabes en el hospital.

6.2.6 Otras infraestructuras que influyen sobre la salud

El Comité visitó otras estructuras que podrían influir sobre la salud de la población árabe, tales como los sistemas de abastecimiento de agua, las instalaciones para tratamiento de desagües, los mercados y las escuelas. El Comité visitó también prisiones.

6.2.6.1 Abastecimiento de agua

En Gaza el Comité visitó el sistema de abastecimiento de agua potable en el campamento para refugiados de Nuseirat, que plantea problemas a causa de la tendencia a suprimir llaves de agua comunales en favor de conexiones individuales sin instalar, al mismo tiempo, un sistema de alcantarillado. En Bani Suheila se ha instalado una estación de abastecimiento de agua potable. Esta consta de cuatro pozos con una capacidad de 800 000 m³ al año, con un contenido de sal inferior a 100 mg/litro. (Debe señalarse que toda el agua de la región es salina.) Esa estación permite llevar el agua entubada a la entrada de los pueblos, pasando por los campamentos de refugiados. La distribución a la población es responsabilidad de los ayuntamientos. Se calculó el costo de una conexión individual en US \$60. Actualmente es motivo de preocupación el destino de las familias pobres que con toda seguridad no estarán en condiciones de obtener abastecimientos decentes.

En el sur del Sinaí, camiones tanques abastecen periódicamente de agua potable a los beduinos.

En las Colinas de Golán, la estación de Ramakhad abastece a las cuatro aldeas drusas de Nevidatia, Bakata, Masada y El Ram. Su capacidad es de 10 000 m³ cada 24 horas para 100 000 habitantes. En Heim Kenia y en Masada hay reservas de agua.

6.2.6.2 Instalaciones para el tratamiento de las aguas servidas

En relación con la higiene y el saneamiento ambiental, el Comité visitó las instalaciones de tratamiento de las aguas servidas en las que se usan sistemas de oxigenación.

En la Faja de Gaza, el proyecto Sheikh Aijleen se ha planeado para recibir todas las aguas servidas de la ciudad de Gaza; no se han completado todavía las distintas etapas del proyecto. Indudablemente el sistema contribuirá al saneamiento ambiental, que ha planteado enormes problemas sobre todo en los campamentos de refugiados.

En la Ribera Occidental, se ha completado ya y está en funcionamiento la instalación de tratamiento que se encontraba en construcción durante la última visita del Comité a Ramallah. Se proyecta establecer una instalación semejante para El-Bireh.

El saneamiento ambiental no parece preocupar a las autoridades que tienen a su cargo las aldeas de beduinos.

6.2.6.3 Mercados

El suministro de productos alimenticios en los mercados puede aportar información sobre la disponibilidad e higiene de los alimentos. Por esa razón, el Comité visitó los mercados de Gaza y El-Bireh (Ramallah).

Si bien, en general, esos mercados están debidamente abastecidos, sobre todo en lo que se refiere a frutas y hortalizas, el acceso a ellos resulta difícil para las familias modestas, debido a que los precios, sobre todo los de las proteínas animales (carne, pescado, etc.), resultan elevados, según la información facilitada al Comité por las amas de casa en cuanto a su capacidad adquisitiva. El Comité observó que las municipalidades se cuidaban de supervisar la higiene de los mercados.

6.2.6.4 Escuelas

La educación es un factor importante que afecta a la salud. El Comité, que se interesó por la higiene escolar, visitó una escuela de beduinos en Gaza y una escuela de niñas en el distrito de Ramallah. Las instituciones visitadas parecían satisfactorias.

6.2.6.5 Cárceles

Se recibió de varias fuentes información relativa al maltrato que sufrían los presos y que influía en su estado de salud.

En vista del deseo expresado por el Comité en una reunión preparatoria, se organizó una visita a la prisión de Nablus, ya que la prisión de Ashkelon había sido visitada en 1979 y 1980. La Comisión pidió también visitar la prisión de Ramallah, cuando se encontraba en sus inmediaciones.

La prisión de Nablus tiene capacidad para un total de 400 a 520 personas y se envía a ella principalmente a los presos que han sido sentenciados por tribunales militares. En el momento de la visita del Comité, había 440 presos, de los que sólo 80 eran delincuentes comunes sentenciados por tribunales ordinarios de conformidad con la legislación jordana en vigor. Esta es la única prisión en la que hay una sección destinada a mujeres. El Comité visitó la enfermería, en la que un médico general atiende a los presos dos veces por semana. También acude allí un dentista una vez por semana y otros especialistas cada dos semanas.

Los casos difíciles se trasladan a Ramallah. Los locales en los que los presos pueden dedicarse a trabajos manuales, de artesanía y de sastrería se utilizan poco. Se hizo una visita a la cocina y a los almacenes de víveres. En el momento de la visita del Comité los alimentos eran aceptables. No se autorizó al Comité para visitar una parte de la prisión ni para hablar con los llamados presos "por razones de seguridad", que al parecer constituyen las tres cuartas partes de la población penal de esta prisión.

El Comité no llegó a ninguna conclusión concreta como resultado de su visita a la prisión de Ramallah, ya que no pudo entrar en las celdas ni hablar con los presos sobre su estado de salud. Al visitar la enfermería el Comité pasó junto a una celda que parecía estar superpoblada.

En conclusión, difícilmente puede dar el Comité una apreciación objetiva del estado de salud de este sector particular de la población constituido por los presos, ya que no se le permitió ni el acceso a ciertas zonas ni conversar con los reclusos.

6.3 Recursos de personal de salud - Formación

Los recursos de personal de salud continúan siendo un problema candente en los territorios ocupados. En su informe anterior, el Comité subrayó la necesidad de mejorar la situación. Se ha hecho un esfuerzo pero, debido a la inflación galopante, el problema sigue sin resolver.

6.3.1 Médicos

Algunos médicos árabes abandonan los territorios ocupados porque sus sueldos son insuficientes, sus condiciones de vida no son satisfactorias y carecen de oportunidades para los estudios de posgrado. Por razones presupuestarias, el Gobierno de Israel ha cerrado todas las posibilidades de mejoramiento profesional de estos médicos, con lo que ha venido a sancionar a quienes, a pesar de todo, han pedido prestar servicio en los territorios.

El principal problema es la formación de estos médicos en las diversas especialidades: en toda la Ribera Occidental hay solamente un radiólogo, que vive en Jerusalén, aunque como consecuencia de la política de descentralización se está instalando equipo de radiodiagnóstico en los hospitales de distrito. En esta situación las autoridades sanitarias locales tienen la impresión de que la OMS no hace todo lo necesario para ayudarles a resolver sus problemas, ya que las peticiones de becas aún no han dado resultado. En su informe anterior, el Gobierno señaló la necesidad de que las autoridades competentes planificaran los recursos de personal. Mientras esta situación subsista, los servicios de salud árabes continuarán dependiendo de los servicios de Israel en ciertos aspectos médicos y quirúrgicos.

6.3.2 Personal de enfermería y técnicos

En el último informe del Comité se trató del problema del personal auxiliar. Hay una escasez de personal de esta categoría, que continúa abandonando los territorios en busca de mejores puestos de trabajo. En el día de su visita al Hospital de Ramallah, se informó al Comité de que habían dimitido unas 10 enfermeras. El Comité supo también que, en 1980, habían abandonado el Hospital de Sheefa 57 enfermeras.

Hay oportunidades para la formación de personal. El Comité visitó las escuelas de enfermería de Gaza y de Ramallah, en la Ribera Occidental. Existen problemas de infraestructura (la falta de locales o su reducido tamaño), y de instructores para los alumnos (son insuficientes); sobre los cuatro instructores que hay recae un trabajo excesivo.

La preparación de personal de enfermería y de técnicos en las especialidades resulta cada día más esencial para el mejoramiento de la calidad de los servicios y para la fiabilidad de las pruebas de laboratorio. Es necesario que se coordinen las actividades de la OMS y del PNUD en este sector.

Para frenar la emigración de personal de esta categoría es necesario que se examinen de nuevo sus condiciones materiales de trabajo.

6.3.3 Personal de otras categorías

Los farmacéuticos y los odontólogos tienen los mismos problemas que los médicos. Los farmacéuticos debieran tener una participación mayor en la planificación de las necesidades de medicamentos y productos biológicos. Su misión, a juicio del Comité, había quedado reducida solamente a las actividades de recepción y distribución.

6.4 Actividades emprendidas

En los territorios ocupados las principales actividades de los servicios de salud son las curativas y las preventivas, así como ciertas tareas de educación; sin embargo, la calidad de la vida, de la que la salud es parte integrante, exige otras actividades tales como el saneamiento ambiental, el suministro de agua potable, el abastecimiento de productos alimenticios, la nutrición, la educación, etc.

6.4.1 Actividades curativas

Estas actividades se desarrollan en hospitales, centros de salud y clínicas. Se tropieza en ellas con las limitaciones que ya se han mencionado, es decir: la carencia de equipo médico y sanitario adecuado, por lo que no hay posibilidad de aplicar ciertas medidas que se podrían llevar a cabo sobre el terreno, en lugar de encomendarlas a los hospitales israelíes; la falta de formación del personal de laboratorio, por lo que no se puede confiar en algunos exámenes; la falta de personal especializado para establecer algunos diagnósticos y dar tratamiento; la escasez de algunos medicamentos. Todas estas deficiencias en la prestación de servicios despiertan en la población un sentido de frustración a pesar de que tiene un seguro, y en consecuencia el derecho a pedir servicios de alta calidad; asimismo, esas limitaciones desalientan al personal profesional.

6.4.2 Actividades preventivas

La asistencia a las madres y a los niños se presta principalmente en los centros de higiene materno-infantil. El programa de inmunización, al que se reconoce prioridad en las actividades sanitarias, se lleva a cabo en todos los territorios ocupados. Está a cargo de enfermeras diplomadas de los servicios y clínicas de higiene materno-infantil. En las aldeas en que no hay una estructura sanitaria, se encarga de la tarea una enfermera auxiliar. En el sur del Sinaí opera un equipo móvil, que tiene señalados ciertos puntos de trabajo. El Comité encontró en algunos centros vacunas cuya fecha de utilización había expirado, pero, al parecer, cada vez que llega una nueva remesa de suministros se recuperan las existencias ya caducadas y se registran

antes de ser destruidas. La vacuna se conserva en refrigeradores sin termómetros, particularmente en el sur del Sinaí donde el calor puede ser insoportable. Se ha establecido una estrategia para la lucha contra la poliomielitis (el uso del método oral y del parenteral). En colaboración con la OMS, se desarrolla un programa de lucha contra las enfermedades diarreicas.

6.4.3 Saneamiento del medio

En las localidades urbanas, se encargan los municipios de la recogida de los desechos sólidos; los reglamentos determinan la eliminación de desechos en lugares determinados, que no son forzosamente plataformas de neutralización. Otros medios de tratamiento de desechos que se utilizan son: la formación de abonos orgánicos, la incineración, la utilización en la agricultura, etc. Los técnicos de saneamiento están encargados de supervisar la ejecución de estas operaciones. Es de señalar, no obstante, que en algunos casos esos técnicos carecen de autoridad para hacer respetar las normas de higiene. El Comité advirtió que un patio perteneciente al ayuntamiento y contiguo al hospital de Jericó estaba lleno de inmundicias. Entre los diversos tipos de riego - el riego de superficie, el riego por aspersion y el riego subterráneo, por ejemplo - el primero ha constituido en el pasado un problema de salud pública por haberse utilizado directamente el agua residual de las viviendas. Hoy se ha renunciado a este tipo de riego. Algunos municipios han tomado medidas para tratar las aguas residuales por medios biológicos (estanques para tratamiento biológico y filtración). La aplicación de productos químicos en la agricultura (plaguicidas y abonos nitrogenados) podría ocasionar un problema sanitario en el porvenir (por ejemplo, filtración en las aguas subterráneas).

6.4.4 Abastecimiento de agua potable

El agua procede de fuentes locales o de estaciones centrales y se obtiene por medio de la perforación de pozos; las aldeas de beduinos del sur del Sinaí son abastecidas por medio de camiones cisterna. El agua es objeto de análisis químicos y bacteriológicos practicados en los laboratorios de salud pública. Cuando se trata de análisis más completos (investigación de ciertos microelementos) se utilizan los laboratorios israelíes. En general, la calidad del agua es buena y es objeto de cloración para preservar las condiciones de agua potable a todo lo largo de la red de distribución. Durante las conversaciones con representantes de la población árabe se mencionaron al Comité las dificultades con que ésta tropieza para aprovechar las reservas de agua, ya que las instalaciones de las colonias israelíes compiten con los agricultores árabes en la explotación de los recursos hídricos, lo que ocasiona problemas a los árabes, sobre todo en verano. Las autoridades israelíes rechazaron categóricamente estas afirmaciones y señalaron que un 70% de la población de la Ribera Occidental tenía acceso permanente a agua limpia en cantidades suficientes (120-150 litros por persona en las ciudades, 60-100 litros por persona en las aldeas) después de instaladas las tomas de agua. La población abastecida recoge y almacena agua de lluvias.

6.4.5 Alimentación y nutrición

Habida cuenta de la economía tradicional, de la expansión de la agricultura y del abastecimiento de verduras, frutas y carne en los mercados, las posibilidades de alimentación y nutrición parecen adecuadas. No obstante, las amas de casa consideran que el precio de los productos es demasiado alto y muchas no pueden comprar carne. Por falta de datos estadísticos relativos a la partida que representan los alimentos en el presupuesto familiar y no contando con una encuesta de carácter individual y comunal sobre la alimentación, no fue posible evaluar objetivamente los efectos que tiene la alimentación en la salud. Por lo mismo, careciendo de una evaluación de laboratorio física y química, no puede medirse el estado de la nutrición de la población en general y de los grupos escolares en particular. En los establecimientos públicos de alimentación (tiendas, restaurantes) y en las casas particulares, el Comité no tuvo medios de verificar de un modo eficaz las condiciones de higiene en que se conservan los alimentos. No obstante, hay laboratorios de inspección en Nablus y Ramallah que llevan a cabo los análisis corrientes de los productos alimenticios. La vigilancia de la calidad de los alimentos y de los contaminantes de tipo plaguicida sólo puede llevarse a efecto en los laboratorios israelíes.

6.4.6 Educación sanitaria

La importancia de la educación sanitaria para la lucha contra las enfermedades y su prevención ha sido reconocida por las autoridades médicas locales. No se ha establecido ningún programa en este sector, pero cada departamento planea sus actividades en relación con sus problemas particulares. Así, en Gaza se insiste en la rehidratación de los niños, en vista de la importancia de las enfermedades diarreicas; en todas partes se exhiben carteles al efecto. En Jericó, causa preocupación el problema de la leishmaniasis: se ha distribuido una nota en árabe para dar a conocer mejor esta enfermedad. En el Hospital Psiquiátrico de Belén está en marcha un ensayo para implantar en las escuelas públicas la educación sanitaria. En los puestos de atención materno-infantil se destacan las ventajas de la lactancia natural.

El Comité considera, pues, que se hace un esfuerzo en este sector de actividad. No obstante, no pudo evaluar sus efectos en la población ni verificar las diversas indicaciones sobre la educación elemental sanitaria, tales como el número de comunicaciones para las masas, el número de horas de programas de radio cada semana, el acceso a la información, etc.

7. RECOMENDACIONES

El Comité, después de su tercera visita como tal a los territorios ocupados, advirtió que algunas de sus anteriores recomendaciones no siempre habían sido atendidas o que sólo habían sido aplicadas parcialmente. El Comité desearía recordar aquí algunas de sus anteriores recomendaciones y presentar algunas recomendaciones nuevas.

7.1 El Comité recuerda lo siguiente:

- a) la continuación de las renovaciones y el desarrollo de servicios;
- b) el desarrollo de los mecanismos de planificación;
- c) la formación de personal mediante la concesión de becas para especialización en diversos sectores;
- d) el establecimiento de servicios especializados para enfermedades infecciosas en cada uno de los territorios ocupados de Gaza y de la Ribera Occidental.
- e) el establecimiento de un laboratorio central de salud pública en Gaza y en la Ribera Occidental;
- f) el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de la retribución del personal de salud local.

No obstante, el Comité tomó nota de que las autoridades israelíes han tenido en cuenta algunas de sus recomendaciones.

7.2 El Comité estima oportuno además hacer nuevas recomendaciones:

- a) Como la insuficiencia del presupuesto no permite un rápido desarrollo de los servicios, habría que recurrir a otras fuentes extrapresupuestarias para sufragar la promoción de la salud en las regiones de Gaza y de la Ribera Occidental. En este punto, el Comité se pregunta si no sería posible establecer un mecanismo para la obtención de fondos de fuentes exteriores con objeto de mejorar los servicios existentes.
- b) Se necesitan estudios epidemiológicos de la hepatitis viral A, la leishmaniasis y otras importantes enfermedades transmisibles. La OMS debería colaborar en estos estudios mediante el envío de expertos.
- c) Debería estudiarse la morbilidad debida a trastornos mentales en los territorios ocupados, para lo cual la OMS podría establecer una zona de investigación piloto en la Ribera Occidental, en colaboración con especialistas locales.
- d) Debería encontrarse una solución al problema de las solicitudes de becas presentadas por los médicos que ejercen en los territorios ocupados.

e) Con objeto de asegurar las buenas condiciones de la higiene y el saneamiento, deberían adoptarse las medidas siguientes: i) fortalecer las estructuras sanitarias de vigilancia ambiental; ii) fortalecer la autoridad de los técnicos de saneamiento por medio de medidas legislativas apropiadas; iii) realizar proyectos modelo destinados a la población de una localidad urbana y vinculados a la aplicación de técnicas apropiadas para un abastecimiento de agua inspeccionado y para la neutralización de desechos sólidos y líquidos, a fin de que los municipios puedan tomar como ejemplo esos proyectos y llevarlos a la práctica según sus posibilidades; iv) alentar la construcción de instalaciones para el tratamiento de aguas servidas en todos los distritos de la región.

8. CONCLUSION

El nuevo criterio metodológico adoptado por el Comité para llevar a cabo su mandato se basa en la definición de la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social". En su estudio de los principales problemas sanitarios, el Comité ha hecho uso de los indicadores sugeridos por la OMS. Los problemas que se plantean en el presente informe están todos ellos relacionados con el estado de salud de la población árabe en los territorios ocupados.

El Comité desearía destacar, en conclusión, que su labor es sumamente difícil y que no se puede afirmar que el informe que ahora presenta a la Asamblea de la Salud sea completo. Sin embargo, la contribución de la salud a lo que suele conocerse con la designación de Nuevo Orden Económico Internacional, y la función que la OMS está llamada a desempeñar para alcanzar el objetivo de la salud para todos en el año 2000 han deparado al Comité la oportunidad de sugerir ciertas recomendaciones que, si fueran llevadas a la práctica, podrían hasta cierto punto mejorar las condiciones sanitarias de la población árabe de los territorios ocupados. Al hacer estas sugerencias, el Comité ha tratado así de aportar una modesta contribución a los diversos elementos que podrían contribuir a resolver los problemas que existen en la región y cuya solución depende de otros organismos. No obstante, el Comité tiene que señalar francamente que considera que la situación sociopolítica existente en los territorios ocupados no es favorable para el mejoramiento del estado de salud de la población interesada ni para el pleno desarrollo de servicios apropiados para promover el bienestar humano. De todos modos, el Comité confía en que sus actividades habrán contribuido quizá a mantener alerta la conciencia internacional en cuanto a la salud de la población árabe de los territorios ocupados y que de este modo habrá dado cumplimiento, por lo menos parcialmente, al mandato que le ha confiado la Asamblea de la Salud.

(firmado)

Dr. Madiou Touré (Presidente)

Dr. Broto Wasisto

Dr. Traian Ionescu

Ginebra, 23 de abril de 1981

= = =