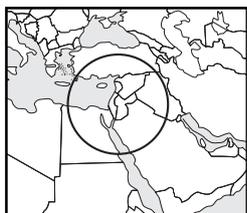


## Dependiendo de los demás: provisión de agua y atención médica

IZZAT ABDUL-HADI

THOMAS WHITE



La dependencia que tiene Palestina de Israel por el agua y de la comunidad internacional por los servicios médicos subraya la parálisis de su sistema social y el sometimiento a las decisiones militares de Israel. Éste no es el resultado de las deficiencias de los enfoques tradicionales de desarrollo, en especial las diferencias de las estructuras de incentivos y sanciones en torno al enfoque del Estado y el del mercado,<sup>1</sup> sino consecuencia de la política militar y gubernamental israelí en Cisjordania y Gaza.

Las actuales deficiencias en la prestación de servicios no deben verse sólo dentro del contexto de los últimos dos años. Las políticas israelíes desde 1967, especialmente en Cisjordania, han procurado fomentar el desarrollo judío en desmedro del no judío. La consecuencia de estas políticas es que Israel ha cooptado el potencial que tienen la Autoridad Nacional Palestina (ANP) y el sector privado para prestar servicios básicos a la población palestina.

Este trabajo analizará dos de los servicios básicos: el suministro de agua y la atención médica. El gobierno israelí ha procurado controlar los recursos hídricos en las zonas controladas por la ANP. El impacto que ejerce este control contradice las teorías comunes de desarrollo (Estado vs. mercado), despertando interrogantes acerca de la capacidad de aplicarlas en Palestina. En el caso de la atención médica, el singular contexto de los territorios palestinos, y la crisis actual por la invasión israelí, favorecen la prestación de servicios por parte de ONG extranjeras, por oposición a los enfoques tradicionales del Estado o del mercado.

### El suministro de agua: la dependencia del monopolio privado israelí

El suministro de agua depende de Mekorot, una compañía privada israelí que abastece a los asentamientos israelíes de Cisjordania y Gaza. Mekorot controla más de 90% de todos los recursos hídricos en los territorios palestinos. Pozos de agua (excavados o receptores de lluvias) privados palestinos abastecen el 10% restante. Mekorot es una consecuencia de las órdenes referidas a la concesión de pozos palestinos y al abastecimiento de agua que los militares israelíes pusieron en práctica tras la ocupación del territorio palestino en 1967. Estas órdenes militares dieron el control de las fuentes del agua a los comandantes de la región. También se aplicó la ley de aguas israelí, de 1959, que estipula que toda el agua es declarada propiedad del estado israelí. Desde 1967 Israel ha procurado incorporar los territorios ocupados al sistema hídrico israelí. Tras 1967, el agua se distribuyó desde el sistema israelí a los territorios ocupados por la administración civil local del ejército israelí. Una vez instituida, esta facultad de distribución fue entregada a la ANP, aunque los territorios ocupados siguen vinculados a la red hídrica de los asentamientos israelíes. En la actualidad, a la Autoridad Palestina del Agua le compete adquirir el agua de Mekorot y abastecer a los distritos palestinos, que son responsables de su distribución final.

Los israelíes utilizan 85-90% de los recursos de agua de Cisjordania, ya sea en el territorio israelí a través de pozos perforados lateralmente, o en los asentamientos judíos de Cisjordania y la Franja de Gaza.<sup>2</sup> La perforación de

pozos palestinos sin el permiso de las autoridades militares israelíes está prohibida, incluso en las zonas gobernadas por los palestinos, ya que el problema del agua integra las negociaciones definitivas sobre el estatuto palestino a celebrarse en el futuro. El uso agrícola del agua por parte de los palestinos se mantiene en los niveles de 1967, y el uso doméstico sólo aumentó 20% desde 1967, a pesar de un aumento de población del 300%.<sup>3</sup> Los palestinos deben soportar una grave escasez y los altos costos del monopolio israelí. Antes de las invasiones israelíes, Mekorot racionó el consumo para abastecer de 110 millones de metros cúbicos (MMC) de agua a más de un millón de palestinos y de 50 MMC a 125 mil colonos israelíes, una proporción de 4 a 1 a favor de los colonos. En Gaza esa proporción era de 12 a 1 a favor de los colonos, antes de la segunda Intifada. Los precios cobrados a los palestinos por el agua fueron siete veces superiores a los cobrados a los colonos, algo que los israelíes atribuyen al costo de distribución. Pero otras fuentes afirman «que la cuestión no es el precio absoluto que los palestinos pagan por el agua, que es posible que refleje los costos reales. La cuestión es una de discriminación flagrante y formalizada de parte de los israelíes.»<sup>4</sup> Básicamente, Mekorot subsidia el abastecimiento al asentamiento judío en Cisjordania y grava a los palestinos para pagar los costos contrarios.

Las invasiones israelíes en las zonas de la ANP a partir de septiembre de 2000 dañaron los sistemas de distribución del agua palestinos y afectaron la seguridad del abastecimiento de agua. Los ataques directos realizados por el ejército israelí a la infraestructura del agua palestina provocaron daños que ascienden a USD 774.405 desde marzo de 2002. El precio del agua potable aumentó, especialmente porque ésta es transportada por camiones del sector privado a aldeas fuera de la red hídrica, donde los precios son hasta 40% superiores a las tarifas de la ANP previas a la Intifada. En respuesta a las necesidades hídricas israelíes, Mekorot disminuyó la presión del agua en Cisjordania en mayo de 2002. La totalidad de la ciudad de Hebrón recibió menos de 2.000 metros cúbicos de agua por día.<sup>5</sup> En abril de 2002, las fuerzas militares israelíes destruyeron las cañerías de agua que ingresaban a las ciudades de Naplusa y Jenin, provocando gran escasez en algunas zonas. El consumo por persona en Jenin se limitó a 20 litros por mes, un monto 80% inferior al mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.<sup>6</sup> El cierre de ciertas zonas y los toques de queda impuestos por los israelíes limitaron el acceso palestino a los recursos de agua potable. La Unión Palestina de Comités de Atención Médica (UPMRC) denunció 95 casos de hepatitis A en Naplusa, en

1 Los debates usuales sobre los diversos incentivos y la eficacia de la provisión de servicios pública o privada no se aplican bien a una situación de ocupación militar extranjera. Para un análisis en profundidad de Palestina y la teoría de desarrollo bajo ocupación Cf. «Theories of Development and Underdevelopment: the Particularity of Palestinian Dependence» en S. Roy, *The Gaza Strip: the Political Economy of De-Development*, Washington DC: Institute of Palestine Studies, 1995.

2 Cisjordania tiene tres cuencas de agua principales que son utilizadas por Israel como se detalla a continuación: en la cuenca Occidental, el 91,4% por Israel y el 2,69% por los colonos; en la cuenca del Norte, el 68,67% por Israel y el 3,33% por los colonos y en la cuenca Oriental, el 29,41% por Israel y el 30,88% por los colonos.

3 La población palestina aumentó de 1.013.000 en 1967 a más de 3,3 millones en 2002. Cf. Estadísticas de población en <http://www.pnic.gov.ps>

4 D. Brookes y S. Loneragan, *The Economic, Ecological and Geopolitical Dimensions of Water in Israel*, Centre for Sustainable Regional Development, Victoria, Canadá, 1993.

5 K. Kamphoefner, «Water Inequalities,» CPTnet, 9 de septiembre de 2002, p. 1. Ver [www.palestinemonitor.org](http://www.palestinemonitor.org).

6 Entrevista con Taher Nasser El-Dein, representante del Distrito de Agua de Ramala, 28 de octubre de 2002.

agosto de 2002, y según un estudio de USAID, el 30% de las familias palestinas tienen actualmente al menos un caso de diarrea como consecuencia de fuentes contaminadas de agua.

Desde la perspectiva del debate político en torno al abastecimiento público y privado del agua, el caso palestino no encaja de manera sencilla en el discurso establecido. Actualmente la ANP, una entidad cuasi-estatal, adquiere la mayor parte del agua palestina de una compañía israelí. No queda claro si esta situación pertenece al ámbito público o privado. Asimismo, y dada la crisis vigente, la respuesta a interrogantes acerca de los beneficios del suministro público o privado del agua para los palestinos depende en gran medida de consideraciones de corto plazo, dejando el debate a largo plazo para la instancia en que estos recuperen el control de sus vidas a través de la ANP. La invasión israelí ha paralizado las gestiones de la ANP en la mayoría de los servicios básicos.

### El sector de la atención médica: dependencia externa para fondos y prestación

Luego de la guerra de 1967 Israel procuró incorporar la atención médica de los palestinos al sistema de salud israelí, vinculando el control militar de los hospitales en Cisjordania y Gaza a su sistema nacional de atención médica. Órdenes militares de fines de los años 60 y de los 70 prohibieron a los palestinos inaugurar clínicas de salud u hospitales, y el ejército israelí asumió el control de la mayoría de los hospitales palestinos. La situación en los territorios ocupados permaneció estable hasta que se produjo la primera Intifada en 1987, luego de lo cual las sociedades de caridad y ONG desobedecieron las órdenes israelíes para abrir clínicas de salud que atendieron a miles de palestinos heridos. Las ONG formaron la base de la atención médica en los años 80 y principios de los 90. En 1994, la administración civil por parte de los militares israelíes en Cisjordania y Gaza transfirió la autoridad de la atención médica al Ministerio de Salud de la ANP (MSP), que a su vez ha emprendido un proceso de integración entre la prestación de servicios de salud de la ANP, de las ONG y del sector privado. Una tendencia importante desde la creación de la ANP ha sido la transferencia de fondos internacionales desde el sector no gubernamental a las instituciones de la ANP, reduciendo en 65% el número de clínicas de ONG desde 1993.

Antes del inicio de la segunda Intifada en septiembre de 2000, se estaba aplicando una estrategia integrada, que reconocía la importancia de desarrollar un plan nacional que incluyera al sector público, el privado y las ONG. En 1999 existían 52 hospitales en Cisjordania y Gaza, 14 de ellos administrados por el MSP, 24 por ONG y 14 por empresas privadas. De manera similar, los centros de salud primarios se dividieron en 60% dirigidos por el MSP, 31% por las ONG y 9% por la Agencia de las Naciones Unidas de Socorro y Trabajo para los Refugiados Palestinos en el Cercano Oriente (UNRWA). El 94% de las camas de hospital en Cisjordania y Gaza se proveen públicamente a través del MSP, de las ONG o de la UNRWA, mientras el 6% restante lo brinda el sector privado. En 1998, reconociendo la importancia del sector de las ONG, el MSP comenzó a tercerizar la atención médica financiando los servicios prestados por las ONG. Esta prestación paralela de servicios incluye la financiación parcial o total de los servicios sanitarios de las ONG por parte del MSP.

El sector de salud palestino depende del apoyo internacional para financiar y prestar los servicios de atención médica. La financiación es otorgada al MSP por la ANP (financiada a través de fuentes internacionales), los pagos de seguro médico y tarifas cobradas/copagos. UNRWA es financiada a través de los países donantes. Las ONG dependen de los donantes internacionales ya sea directamente de los gobiernos o a través de ONG internacionales, y las clínicas privadas dependen de la tercerización realizada por el MSP, las tasas cobradas y la caridad. En 1999, el último período para el que existen estadísticas de todo el sector, la financiación extranjera distribuida fue del entorno de los USD 175 millones. Para dar una idea de la magnitud que tiene esta contribución para el sistema sanitario palestino, la cifra puede compararse con el presupuesto total del MSP en 2000, que fue de USD 50 millones, sin incluir salarios, y aproximadamente de USD 95 millones, incluyendo salarios. En 1997, Japón brindó la mayor proporción de financiación internacional al sistema de atención médica palestino (39%).

Las acciones israelíes desde septiembre de 2000 han dañado seriamente al sector de salud palestino –y de hecho a la misma salud–, sobre todo como consecuencia del menor gasto de parte de los proveedores públicos y la falta de acceso a los servicios de la población palestina. La salud de los palestinos también ha sufrido como consecuencia de la creciente pobreza, y el subsiguiente descenso en la capacidad para pagar el seguro médico. Las pérdidas de ingresos de la ANP debidas a la confiscación de parte de Israel de los tributos recaudados promediaron USD 20 millones por mes desde abril de 2001. Los ingresos de la ANP descendieron 76% entre fines de 2000 y comienzos de 2001.<sup>7</sup> El MSP informa que, debido a la reducción de sus ingresos, sus hospitales y otros centros de salud funcionan a 30% de su capacidad. En 2001, el 62,5% de los hogares en Gaza denunciaron dificultades en el acceso a la atención médica porque «enfrentaron problemas... debido al cierre de zonas [carreteras] impuesto por Israel.»<sup>8</sup>

Ante el asedio israelí, el MSP aplicó una estrategia de «descentralización» por la cual se otorgó autoridad adicional a las ONG locales y las clínicas sanitarias privadas. Entre las estrategias empleadas por el MSP para atender la crisis sanitaria están la compra de medicamentos a crédito de los proveedores locales, la coordinación de las gestiones médicas con las ONG nacionales e internacionales, el fomento del cuidado en el hogar, y el desarrollo de equipos de salud móviles. En muchos casos, la creciente ayuda internacional otorgada a las ONG ha apuntalado al sector sanitario. La Unión Palestina de Comités de Ayuda Médica (UPMRC) informa que el número de personas tratadas en sus clínicas pasó de 32 mil en 2000 a 308 mil en 2001, en gran medida por el incremento de los fondos externos, por la gratuidad de los servicios y por la creación de clínicas a lo largo de Cisjordania y Gaza.<sup>9</sup> Evidencias anecdóticas muestran que las empresas privadas de salud se encuentran en dificultades. Los proveedores privados debieron reducir sus costos o cerrar, ya que los habitantes no pueden pagar el seguro médico y el MSP redujo su financiación. En algunos casos, los hospitales y clínicas privadas son adquiridos por ONG que se benefician con el aumento de la ayuda internacional.

### Conclusión

Los modelos de desarrollo que distinguen entre la prestación pública y la privada de los servicios no se aplican fácilmente al abastecimiento del agua y a la atención médica en Palestina. Como consecuencia de la estructura institucional vigente en el abastecimiento del agua, los palestinos dependen de los controles que les impone Israel sobre los precios y la provisión del agua. Los palestinos no pueden sancionar estos controles israelíes, ya sea a través del mercado o de mecanismos estatales. La población palestina no tiene la opción de adquirir el agua a través de fuentes secundarias (la opción del mercado) o de expresar su oposición a la política israelí de abastecimiento del agua (la opción del Estado).

La dependencia general que tiene el sistema de atención médica palestino de los fondos internacionales –especialmente importante ya que Israel retiene los ingresos tributarios palestinos– conduce a una estructura que favorece la prestación de servicios por parte de ONG frente a la prestación del Estado y del sector privado. Las ONG son más flexibles, dadas las circunstancias cambiantes, y no dependen del sistema tributario para recibir fondos. Tampoco dependen de la riqueza y el seguro médico privados para cubrir los costos de su funcionamiento, como los proveedores del servicio privado.

En las circunstancias actuales, la dependencia del agua de Israel seguirá predominando en las redes públicas y semipúblicas de distribución en las zonas de la ANP, sin importar las opciones que tome Palestina acerca de la provisión pública o privada. En el sector de la salud, las circunstancias dictan el retorno a los días de los servicios prestados por ONG previos a la ANP. ■

Bisan Center for Research and Development, Ramala  
-bisand@palnet.com-

7 Informe del Banco Mundial «One Year of Intifada - The Palestinian Economy in Crisis,» Banco Mundial, noviembre 2001, p. 25.

8 Dirección Central de Estadística Palestina, «Impact of the Israeli Measures on the Economic Conditions of Palestinian Households (3a Ronda: julio-agosto, 2001)» PCBS, 2001, p. 5. Disponible en <http://www.pcbs.org>.

9 Entrevista con Dr. Jihad Mashal, director general de UPMRC, 20 de octubre de 2002.