

**Discriminación en la sanidad  
El derecho a la salud de la minoría árabe  
palestina en Israel: Un informe de la situación.  
Febrero, 2009**

المؤسسة العربية لحقوق الإنسان

**Asociación Árabe de Derechos humanos**

(2)

Escrito por Siham Badarneh

Comité Asesor: Dr. Hatim Kanaaneh, Jalal Tarabeih,  
Mohammad Zeidan

Traducido del hebreo: Shaul Vardi

Traducido del inglés: Caterina Aguiló, Pilar Peña

Este informe se publicó en inglés, hebreo y árabe;  
Febrero, 2009

**Asociación Árabe de Derechos Humanos (HRA)**

P.O. Box: 215, Nazareth 16101

Tel: + 972-(4)- 6561923 Fax: + 972-(4)- 6564934

E-mail: [hra1@arabhra.org](mailto:hra1@arabhra.org)

Página web: [www.arabhra.org](http://www.arabhra.org)

**La HRA quisiera agradecer su ayuda al escritor, a los miembros del Comité Asesor y a las fundaciones. Las fotos y el contenido de este informe pertenecen a la Asociación Árabe de Derechos Humanos.**

**(3)**

### **Introducción**

El derecho a la Salud es un derecho humano. Desde el 2003, la Asociación Árabe de Derechos Humanos (HRA) ha publicado periódicamente los informes examinando distintos aspectos de la discriminación de los ciudadanos palestinos en el Estado de Israel. En el 2009, la HRA ha decidido centrarse en el derecho a la Sanidad (un factor importante que influye sobre los demás derechos humanos y forma la dignidad humana).

Los derechos sociales y económicos forman un elemento importante de los Derechos Humanos. Estos derechos, incluido el derecho a la Sanidad, no ha sido bien aceptado por los gobiernos de tipo capitalista, los cuales tienden a considerar estas cuestiones como necesidades humanas más que como derechos humanos. Esto refleja una tendencia a evitar conceder a estos derechos su carácter obligatorio y libera al Estado de la necesidad de invertir recursos exigidos para su realización.

El derecho a la Salud se ha sacralizado en numerosos convenios internacionales y Declaraciones. La primera referencia aparece en el Art. 25 (1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948:

Cualquier persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado a su salud, bienestar para sí mismo y para su familia, incluida la alimentación, vestido, alojamiento y a los cuidados médicos y a los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudedad, vejez o falta de alimentos, en circunstancias fuera de su control”.

El compromiso con este derecho se definió substancialmente en 1966 con el Acuerdo Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales así:  
“Los Estados participantes en el presente Convenio reconocen el derecho de cualquiera a disfrutar de altos niveles de salud física y mental” ( Artículo 12 (1)). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales creado por las Naciones Unidas para controlar la implantación de este Convenio añadió posteriormente un comentario (Comentario General 14 ) que amplía el sentido de este derecho a la salud bajo tratamiento médico por enfermedad. Este comentario especifica las condiciones para mantener este derecho:

(4)

disponibilidad, suficiencia, calidad y accesibilidad- en términos de ausencia de discriminación y en los términos de acceso económico y físico para todos:

“En relación al derecho a la Salud, deben destacarse la igualdad de acceso a la atención médica y a los servicios sanitarios. Los estados tienen una obligación especial de proveer a quienes no tengan medios suficientes con el seguro médico necesario y facilitarles la atención médica, y prevenir cualquier discriminación en aspectos prohibidos

internacionalmente sobre la provisión de atenciones y cuidados médicos, especialmente en relación a las obligaciones implícitas en el derecho a la Salud. ( Par.19)

La sentencia pendiente de la Ley Nacional de Seguro sanitario, promulgada en Israel en 1994, establece que: “El Seguro Nacional de Salud de acuerdo con la ley se basará en los principios de Justicia, Igualdad y Asistencia mutua “. Es evidente que la promulgación de esta ley no ha tenido éxito en los estrechos límites de salud entre las poblaciones árabes y judías. Sin embargo, en algunos parámetros, estas diferencias se han ampliado mucho (los ejemplos incluyen: los niveles de mortalidad infantil, la expectativa de vida, la morbilidad y mortalidad, enfermedades crónicas, cáncer, etc...). Además, el consecuente desarrollo legislativo de la ley ha erosionado los principios sociales en que se basaban, como la necesidad de levantar las barreras económicas y culturales que garantizaban el mejor acceso a los servicios de salud.

En el Informe actual de la HRA presenta diversos principios y descubrimientos que destacan la escala y los aspectos de esta discriminación ante la población árabe palestina de Israel. El siguiente es un ejemplo:

- Existe una relación estrecha y comprobada entre la salud individual y colectiva y la situación socioeconómica. La pobreza, la educación limitada, la superpoblación, y el desempleo lleva a altas tasas de morbilidad y mortalidad. La población árabe sigue

siendo más pobre que la población judía, con altos niveles de desempleo y educación. La diferencia en la salud permanece.

- La población árabe es joven – 42 % de los árabes son menores de 15 años. Por ello, esta población tiene una necesidad mayor de servicios sanitarios para la gente joven, como centros de salud familiar.
  
- Los árabes tienen niveles de educación más bajos: 35.3 % no acceden a la Enseñanza Superior. La proporción de árabes como mano de obra es baja (54.9 % entre los 25 y 54 años).
  - Los árabes son más pobres que los judíos: 61, 3 % de familia árabes están por debajo del nivel de la pobreza. La ayuda del Gobierno solo rescata de la pobreza al 10% de las familias.
  - La superpoblación prevalece entre la población árabe- el promedio de personas por habitación es de 1.43 entre la población árabe y 0.84 entre los colegas judíos.
  - La expectativa de vida es menor entre los árabes y la diferencia entre árabes y judíos ha aumentado desde 1996.

- La tasa de mortalidad infantil entre árabes duplica a la de los judíos. El intervalo ha existido desde el establecimiento del Estado y ha crecido en estos años.
- El nivel de mortalidad general es mayor entre los árabes que entre los judíos.
- La causa principal de muerte entre los árabes es el infarto cardíaco, el cáncer, las heridas externas, diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Se ha observado un rápido aumento del cáncer de pulmón y cáncer de pecho entre los árabes. El cáncer se detecta en un estado avanzado y la enfermedad aparece en la edad joven (ambos factores reducen el ritmo de supervivencia).

- La incidencia de la diabetes es mayor entre los árabes y esta enfermedad es menos nivelada, acabando en complicaciones.
- Los árabes tienen más problemas físicos que les provocan graves dificultades diarias o muy graves. Los árabes padecen más dolores crónicos de espalda, desequilibrios de sueño, psicológicos y artritis.

Estos descubrimientos, y otros presentados en el Informe, ilustran el fallo de los Gobiernos israelíes para cumplir

sus obligaciones con la población árabe palestina de Israel. Ese fallo constituye una gran violación de las tareas para implantar los convenios internacionales en relación a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (documentos que Israel ratificó en 1996). Estos fallos violan incluso las obligaciones oficiales asumidas por Israel como parte de sus acuerdos con la Unión Europea, y en particular con los Acuerdos de la Asociación y los correspondientes entre Europa y los Países del Mediterráneo.

(6)

Por tanto, la Asociación de Derechos Humanos insta a sus semejantes internacionales de Israel (particularmente a las instituciones de la Unión Europea) a respetar su obligación respecto a estos acuerdos y a actuar inmediatamente para obligar al Gobierno israelí a encontrar su participación en estos acuerdos y a supeditar el desarrollo de las relaciones políticas y económicas y la implantación igualitaria de los acuerdos ya existentes.

**Mohammed Zeidan, (Director) Asociación por los Derechos (HRA)**

(7)

## **Perfil General.**

La población árabe del Estado de Israel suma 1.431.700, constituyendo el 20% de la población del Estado a finales

del 2007 (que incluye los residentes árabes de Jerusalén del Este).

En el 2007, 42% de la población tenían menos de 15 años, frente al 27% de la población judía. Solo 3,4 % de la población árabe tenía 65 años o más, comparada con el 114 % de la población judía.

Los árabes constituyen el 53.1 % de la población del distrito norte; 23,9 % de Haifa; 15,8% del Distrito Sudeste; 30,3% del Distrito de Jerusalén; 8,1% del Distrito Central; y 1,5% del Distrito de Tel Aviv. (Oficina Central de Estadística, Anuario Estadístico de Israel, 2008)

### **La Fertilidad**

La fertilidad total alude al promedio de niños por mujer que pueden tenerse a lo largo de la vida. El ritmo de fertilidad total entre las mujeres árabes ha decaído mucho desde 1960. Durante las cuatro décadas anteriores el ritmo de fertilidad ha decaído hasta un promedio de 8 hijos por cada mujer árabe en 1960 hasta el 3,6 niños en el 2007. Entre las mujeres judías, el ritmo de fertilidad total ha caído desde un promedio de 3,6 en 1960 a 2.7 en 2007.

(Oficina Central de Estadísticas, Anuario Estadístico de Israel, 2008)

Anuario Judío del 2007

### **Fertilidad total por nación,**

**1960.**

## **Educación.**

Está ampliamente aceptada la estrecha correlación entre educación y salud en las personas y la población total. Los niveles de educación superior se reflejan en los bajos niveles de enfermedades infecciosas, el ritmo de baja fertilidad entre las mujeres, y los bajos niveles de mortalidad infantil y mortalidad en general.

El ritmo de estudio entre los árabes ha aumentado sorprendentemente desde 1980 en ambos niveles de educación elemental y post-elemental. Sin embargo, se mantienen las diferencias muy importantes entre árabes y judíos en términos de escala de estudio, especialmente en los niveles post-secundarios y académicos. Otros intervalos guardan relación con los niveles de elección en los certificados de matrícula para la enseñanza superior; bajos coeficientes en las escuelas; masificación en las aulas; discrepancias en subvenciones y en otros aspectos, en todos aquellos entre los cuales la educación de los árabes está por detrás de la población judía.

Los árabes mayores de 15 años, el 35,3% no ha accedido a la enseñanza superior – el 6,2% no ha ido jamás a la escuela, mientras que el 29,3% asistió a la enseñanza

<b>Año</b>	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>1960</b>	<b>8</b>	<b>3,6</b>
<b>2007</b>	<b>3,6</b>	<b>2,7</b>

elemental (pero sin acabarla necesariamente). En comparación, el 12,9% de judíos no ha accedido a la enseñanza superior.

Entre los árabes mayores de 15 años no han superado los estudios de secundaria, si lo comparamos con el 14,3 % de los judíos; el 12% de los árabes ha estudiado en instituciones académicas, comparándolas con el 30 % de los judíos. (Oficina Central de Estadísticas, Anuario estadístico de Israel, 2008)

### **El porcentaje de personas mayores de 15 y más por el tipo de escuela a la que asistió, 2007**

	Sin estudios	Elemental Enseñanza / Junior	Escuela superior / Escuela religiosa	Post secundaria	Institución académica
Árabes	6.2	29.2	45.4	6.3	
Judíos	1.8	11.1	31.9	14.8	

(Oficina Central de Estadística, Anuario de Estadística de Israel, 2008)

En e 2006/7. sólo el 37,5 % de los árabes de 17 años, garantizaron el Certificado de Matrícula, frente al 51,8 % de los Judíos.

(Centro Adva, Informe sobre la elección de los Certificados de Matrícula local, 2006 2007; Septiembre del 2007)

## **Trabajo**

Según las cifras de la Oficina Central de Estadística, la proporción entre el grupo de árabes y judíos en edad laboral, entre los 25-40 años (el periodo más importante de trabajo) en el 2007 era del 54,9%, comparado con el 82,7% entre los judíos. Esta situación es mayor aún entre las mujeres: justo el 28% de mujeres árabes está incluida en la fuerza laboral, comparándola con el 81,4% de las mujeres judías. Además, el 45,4% de mujeres árabes realizan trabajo a tiempo parcial, comparándolas con el 35,1% de mujeres judías.

(Oficina Central de Estadísticas, 2008)

Entre las registradas dispuestas a trabajar, el 9.3% de las árabes están en paro, frente al 5,8% de las judías.

### **Porcentaje de edad entre los 25-54, en el grupo de fuerza laboral activa por sexos y nacionalidad, 2007**

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Varones</b>	<b>80,9%</b>	<b>84,1%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>28,0%</b>	<b>81,4%</b>
<b>Total</b>	<b>54,9%</b>	<b>82,7%</b>

**Porcentajes de paro en la fuerza laboral,  
grupo de 25-45 años,  
por sexo y nacionalidad, 2007**

	<b>Árabe s</b>	<b>Judíos</b>
<b>Varones</b>	<b>8,4%</b>	<b>5,1%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>12,1%</b>	<b>6,4%</b>
<b>Total</b>	<b>9,3%</b>	<b>5,8%</b>

**Condiciones económicas**

En el 2006/7, el 61,3% de las familias árabes estaban por debajo de la línea de la pobreza, comparándolas con el 28,7% de las familias judías. La diferencia de pobreza entre árabes y judíos permanece, e incluso se exagera después de la ayuda de los recursos gubernamentales posteriores. Tras incluir los pagos transferidos y las tasas (ayuda de recursos gubernamentales), el 54,8% de las familias árabes permanecen aún bajo el dintel de la pobreza, frente al 54,8% de las familias judías. Dicho de otra manera, la ayuda del Gobierno provoca que el 47% de las familias judías pobres salgan de la pobreza, pero el resultado es el mismo para el 10,6 % de las familias árabes.

(Instituto Nacional de Seguros, Índices de pobreza y diferencia de los ingresos, 2006/7)

Las cantidades del 2006 de la Oficina Central de Estadísticas muestran que la mayoría de los municipios árabes (aproximadamente el 85%) se sitúa al final de la escala socioeconómica.

Un informe publicado por la Sociedad Galilea para la Investigación de la Salud y de Servicios, titulado “Comunidades Árabes y Autoridades Municipales en Israel, 2006” revela que los ingresos totales (homologados per cápita) de las autoridades municipales árabes procedentes de la administraciones gubernamentales es el 25% de los ingresos de las autoridades judías con los mismos recursos. Ello aumenta la diferencia en la calidad de los servicios proporcionados por las autoridades árabes municipales a los residentes, aparte de la disminución del presupuesto gubernamental para la Educación y la Sanidad. Esta situación tiene una fuerte influencia particular sobre las poblaciones más pobres y débiles, incluyendo las mujeres y los ancianos.

### **Densidad de las Viviendas**

**La congestión de la vivienda es más corriente entre la población árabe que la judía. En el 2007, el número promedio de personas alojadas en las familias árabes era del 4,86% comparado con el 3,1 de personas**

**alojadas en la familias judías. El promedio de personas por habitación en la población árabe era del 1,43, comparada con el 0,84 de personas por habitación entre la población Judía. (CBS. Anuario Estadístico de Israel, 2008)**

### **Índices de salud**

Se consideran índices a las expectativas de vida, a la tasa de mortalidad infantil, y la tasa de mortalidad general añadida a la situación sanitaria dada en una población y que proporciona la base de comparación en la situación sanitaria de países distintos, y entre distintos grupos de familias en el mismo país. Estos índices se completan con factores, tales como la propia evaluación personal de su estado de salud; las causas de morbilidad y mortalidad; y la inducción de riesgos o los comportamientos que promuevan la salud, todos ellos son índices indicativos del estado de salud.

### **Expectativas de vida**

Las expectativas de vida son el número de años que una persona podría vivir (si se asume que las tasas de mortalidad aplicadas en un punto de referencia permanecerá estable a través de su tiempo de vida).

Estas expectativas de vida entre los árabes han sido más bajas que entre los judíos, desde el establecimiento del Estado de Israel. Durante años la expectativa de vida ha aumentado entre ambos, árabes y judíos. La diferencia en las expectativas de vida entre árabes y judíos ha aumentado desde 1996. Durante este periodo de once años, la diferencia aumentó desde el 1-5 años entre los hombres y en 3,1 entre las mujeres en 1996 siendo de 4 años entre ambos, hombres y mujeres en el 2007.

La expectativa de vida en el 1996 fue de 75,1 años entre las mujeres árabes, frente el 76,6 años entre los hombres judíos; y del 77,2 años para las mujeres árabes, frente al 80,3 años para las mujeres judías.

En el 2007, la expectativa de vida entre los hombres árabes fue 75,3 años, frente al 79,3 años entre los hombres judíos; el índice para las mujeres fue de 78,8 años entre los árabes y 82,9 años entre las judías.

Una comparación internacional sobre la expectativa de vida en el 2006, relacionando los Países Miembros de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) demostraba que los varones judíos eran

los primeros en la lista de los 33 países con una expectativa de vida de 79 años, semejantes a Suiza, Japón, Australia y Suecia. En contraposición, los varones árabes ocupaban la 34ª posición (con 74,6 años) entre los países con expectativas de vida más bajas. Las mujeres árabes estaban en una posición semejante en la 21ª, mientras que las mujeres judías estaban en la 11ª posición de esta lista. (Oficina Central de Estadísticas, Anuario Estadístico de Israel, 2008; Informe de la Organización Mundial de la Salud, 2008 )

### **Expectativas de vida, 200 , por sexo y nacionalidad**

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Hombres</b>	<b>75,3 años</b>	<b>79,3 años</b>
<b>Mujeres</b>	<b>78,8 años</b>	<b>82,9 años</b>

(Oficina Central de Estadísticas, Anuario Estadístico, 2008)

### **Infancia y mortalidad infantil**

La tasa de mortalidad infantil es un índice extremadamente importante para evaluar la situación de salud de poblaciones distintas alrededor del mundo o en el mismo país. La tasa de mortalidad infantil se define por el número de niños que fallecieron al año de nacer, por cada 1000 niños vivos. Desde el establecimiento del Estado de Israel, la mortalidad infantil entre los árabes se ha duplicado

más que entre la población judía. La mortalidad infantil ha caído entre ambas poblaciones durante años, pero la diferencia ha permanecido e incluso ha aumentado. En el 2001, por ejemplo, la tasas de mortalidad infantil entre árabes era el doble de alta que entre la judía, sin embargo, durante el 2007 era de 2,4 más alta. La tasa de mortalidad infantil en el 2007 era de 7,2 muertes por 1000 nacidos vivos entre los árabes, frente a 3 fallecidos por 100 entre los judíos. Durante el 2001, las cifras respectivas eran de 7,8 entre los árabes y de 3,9 entre la población judía.

(Oficina Central de Estadística, Anuario de Estadística de Israel, 2008)

**Tasa de mortalidad infantil por nacionalidad, 2001-2007**

<b>Años</b>	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>	<b>Diferencia en la mortalida</b>
<b>2001</b>	<b>7,8 3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>
<b>2007</b>	<b>7,2</b>	<b>3,0</b>	<b>4,2</b>

Se puede observar una variación en la tasa de mortalidad infantil en distintas áreas de Israel. La tasa de mortalidad infantil en el 2007 entre los árabes del Sur fue de 14,2 muertes por 1000 nacidos vivos, frente al 6,3 entre los árabes del Norte, y 6,1 en el distrito de Haifa. Ante una comparación internacional de la tasa de mortalidad infantil durante el 2006, la población judía de Israel era la primera en la lista de naciones de la OCDE con la tasa de

mortalidad infantil más baja (2.9 muertes por 1000 nacidos vivos). Por contraste, la población árabe ocupaba la 24<sup>a</sup> posición en la escala. (Oficina Central de Estadísticas, Anuario de Estadísticas de Israel, 2008)

Entre ambas poblaciones infantiles árabes y judías, las causas más normales de muerte eran las anomalías congénitas y otras causas perinatales. Entre los niños árabes, el 38,6 % de muertes era debido a anomalías congénitas, el 30,6% eran debidas a otras causas perinatales, y el 10,8 % a la muerte en la cuna (muerte súbita del recién nacido). En contraposición, entre los judíos el 31,3 % de muertes era debida a anomalías congénitas, el 47,8 % a otras causas perinatales, y el 5,5% a muertes súbita del recién nacido (durante el periodo 2001-2005).

(Ministerio de Sanidad en Israel 2005)

El análisis de las causas de muerte indica que, a pesar de las anomalías congénitas eran la causa

predominante entre los niños árabes, la causa mayor de esta diferencia entre los judíos y los árabes no eran las anomalías congénitas. Factores que podrían explicar la diferencia en la tasas de mortalidad infantil, al menos en su mayor parte, incluye la baja situación socioeconómica de la población árabe, las cuestiones de accesibilidad y confianza en los servicios sanitarios, los escasos niveles educativos entre las madres árabes.

Otra diferencia evidente en las tasas de mortalidad en los niños menores de 5 años era: las tasas de mortalidad entre los niños menores de 5 años en el 2005 era el 10,45 por 1000 nacidos vivos entre la población árabe y del 3,76 entre la población judía. Por tanto, la mortalidad entre esta grupo de edad entre los árabes es del 2,78 veces la tasa en la población judía.

La tasa de mortalidad entre los niños y los jóvenes es de 10 a 24 por motivos externos y por otros factores es también más alta entre los árabes que entre los judíos (Ministerio de Sanidad, Sanidad en Israel, 2005).

### **Mortalidad general**

La diferencia entre los árabes y judíos vista en relación a la expectativa de vida es también evidente en la relación de la tasa de edad general-tasa de mortalidad. La tasa de muerte general es más alta entre los árabes que entre judíos. La relación edad-tasa de muerte en el 2006 era

de 6,9 % por 1000 hombres árabes, comparándola con el 4,9 por 1000 judíos.

Entre las mujeres árabes la tasa era de 5,5 por 1000, comparada con el 3,4 de mujeres judías.

(Oficina Central de Estadísticas, Anuario de Estadísticas en Israel, 2008)

### **Tasa de mortalidad general por 1000 personas, edad, 2006**

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Hombres</b>	<b>6.9</b>	<b>4.9</b>
<b>Mujeres</b>	<b>5.5</b>	<b>3.4</b>

Un examen de 106 municipios con una población sobre 10.000 hab. durante el período de 1998-2002 mostraba que de 10 municipios con la tasa de mortalidad más ajustada, 8 eran municipios árabes y solo 2 judíos. (Oficina Central de Estadísticas, Rasgos de Salud y Social en los Municipios de Israel, 1998-2002, 2006)

### **Principales causas de morbilidad y mortalidad**

Las causas principales de muerte en Israel son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las cerebro-vasculares,

y la diabetes. Entre los árabes (hombres y mujeres) las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, seguida del cáncer. Entre los judíos es el cáncer la primera causa, seguida de las enfermedades cardiovasculares. La tercera causa más importante entre las mujeres árabes es la diabetes, mientras que entre los hombres son las lesiones externas (incluyendo los accidentes de tráfico). Entre los 5-24 años, estas lesiones y los accidentes son la primera causa de muerte.

### **Las enfermedades cardiovasculares**

La tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas es mayor entre los hombres árabes que entre sus semejantes judíos. Durante el período de 1999-2002, la edad-la tasa de mortalidad ajustada era de 262,6 muertes por 100.000 varones árabes, comparándolas con las 220,7 entre los hombres judíos. Esta diferencia se observa también entre las mujeres: la tasa de mortalidad por enfermedades cardíacas entre las mujeres árabes era de 223,6 por 100.000, comparándolas con 142 entre las mujeres judías.

La tasa de enfermedades cardiovasculares entre los hombres y las mujeres judías ha caído durante años, mientras que entre la población árabe la tasa ha fluctuado.

### **Mortalidad por enfermedades cardíacas, 1998-2000, por 100.000**

	Árabes	Judíos
Hombres	262,6	220,7
Mujeres	223,6	142

**Un sondeo nacional realizado en 1999 muestra que entre los pacientes hospitalizados por infarto miocárdico, los pacientes árabes eran típicamente más jóvenes, más fumadores y probablemente diabéticos, y estaban ingresados por un primer infarto en comparación con los pacientes judíos.**

**(Centro de Control Nacional de Enfermedades, Ministerio de Sanidad, Estado de Salud de la población árabe en Israel, 2004-Junio 2005)**

## **Cáncer**

El cáncer constituye la segunda causa de muerte más frecuente entre los árabes y la más común entre los judíos. Mientras la mortalidad por causas cardíacas es la más corriente entre los árabes que entre los judíos, pasa lo contrario con el cáncer. Sin embargo, el rasgo general es un aumento de la morbilidad y mortalidad de cáncer entre los árabes, comparándolo con la disminución entre los judíos. La causa más corriente es el cáncer de pulmón entre los hombres y el de pecho entre las mujeres.

**Mortalidad por cáncer, 1998-2000, por 100.000**

	Árabes	Judíos
<b>Varones</b>	208	243,7
<b>Mujeres</b>	120.5	199,1

**(Centro Adva y Médicos por los Derechos Humanos-Israel, Igualdad y responsabilidad mutuas, Retos para el Sistema de Sanidad Pública en Israel, Junio , 2007)**

## **Cáncer de pecho**

El cáncer de pecho es la forma más corriente de esta enfermedad maligna entre las mujeres árabes y judías. La enfermedad es más común entre las mujeres judías que entre las árabes. Entre las mujeres árabes, el cáncer de pecho aparece típicamente a una edad precoz: en el 2000-2002, el 45,7 % de las mujeres árabes diagnosticadas con este cáncer tenían 50 años o menos, frente al 23,3 % de las mujeres judías diagnosticadas con esta patología. Desde 1980 se ha reconocido el aumento de la incidencia de este cáncer (nuevos casos por un centenar entre 1000); el aumento entre mujeres árabes ha superado a sus mismas colegas judías. Sobre el período de 1974-2004, la incidencia del cáncer de pecho entre las mujeres árabes creció el 204% frente a los 14,1 casos por 100.000 mujeres entre 1979-1981 hasta 43 casos por 100.000 mujeres entre el 2002-2004. La tasas de incidencias entre las mujeres judías

creció en un 43% sobre el mismo período (del 71,1 por 100.000 mujeres entre 1979-1981 a 102 durante 2000-2004).

Este rápido ascenso en la incidencia del cáncer de pecho entre las mujeres árabes es constante-durante el 2006 esta tasa creció un 55% por cada 100.000 mujeres. Al contrario, la tasa de incidencia entre las mujeres judías decayó en 97 por cada 100.000

(Tarabeia, J., Baron-Eber,O. y al. "Comparación de los rasgos de la incidencia y las tasas de mortalidad en el cáncer de pecho, Incidencia de la proporcionalidad de la mortalidad, estados y diagnóstico entre las mujeres árabes y judías en Israel, 1979-2002"; Revista Europea contra la prevención del cáncer, Vol. 16 , nº 1, 2007)

**Incidencia del cáncer de pecho entre las mujeres,  
por nacionalidad  
(sobre 100.000)**

	<b>Mujeres árabes</b>	<b>Mujeres judías</b>
<b>1979-1981</b>	<b>14,1</b>	<b>71,1</b>
<b>2002-2004</b>	<b>43</b>	<b>102</b>
<b>Cambios</b>	<b>+ 204%</b>	<b>+ 43,4%</b>

Respecto a la causa de mortalidad por cáncer de pecho, entre 1980 y 1999, se observó un aumento de un 47% en las tasas de mortalidad ajustada por cáncer de pecho entre las mujeres árabes. Las cifras de mortalidad por

cáncer de pecho entre las mujeres judías fueron relativamente estables en el mismo período.

La tasa de mortalidad por cáncer de pecho entre las mujeres árabes es muy similar a la tasa de incidencia. Esto sugiere que las mujeres árabes son diagnosticadas por esta enfermedad en un estadio relativamente avanzado, reduciendo la oportunidad de supervivencia. Este descubrimiento está relacionado con el funcionamiento relativamente bajo de las mamografías y otras pruebas para la detección precoz del cáncer de pecho entre las mujeres árabes. Las cifras muestran que en los dos últimos años, el 70% de las mujeres judías, entre los 50-60 años, realizaron mamografías, mientras que cifras análogas entre las mujeres árabes de la misma edad era solo del 47,6% (Renrat, G (2004) programa nacional para el descubrimiento precoz del cáncer de pecho, Informe de la situación, 2004)

## **Cáncer de pulmón**

El cáncer de pulmón es la patología maligna predominante entre los hombres árabes y constituye la causa más importante de muerte por cáncer entre los hombres en Israel (árabes y judíos). Desde 1990, la incidencia del cáncer de pulmón por 100.000 varones ha

sido mayor entre los árabes que entre la población judía. Entre 1980 y 2004 la tasa de incidencia del cáncer de pulmón creció en un 38,4 % entre los varones árabes, pero disminuyó en un 7% entre los semejantes judíos. La incidencia del cáncer pulmonar entre los hombres árabes entre 1980-1984 era de 26 por cada 100.000; esta cifra creció hasta el 36 entre el 2002-2004. Entre los varones judíos, la tasa de incidencia decayó del 28 al 26 casos por cada 100.000 durante el mismo período. La tasa de incidencia entre los hombre árabes sigue creciendo, hasta llegar a 41 casos por 100.000 durante el 2006, frente a los 27 casos entre los judíos. Se ha comprobado una incidencia de cáncer pulmonar entre las mujeres árabes: entre 1980-2004, la incidencia del cáncer de pulmón creció hasta el 66,6 % (de 3 casos por 100.000 entre 1980-1984 a 5 casos entre el 2000-2004). La tasa de crecimiento entre las mujeres judías era del 33,3% (de 9 casos a 12 durante el mismo período). El rasgo destacable entre las mujeres árabes es continuo: en el 2006 la tasa de incidencia llegó hasta el 6 por 100.000.

**Tasa de incidencias del cáncer de pulmón:  
1980-1984, 2000-2004 por nacionalidad  
(casos por cada 100.000)**

**Tasa de incidencia del cáncer de pulmón  
entre las mujeres, 1980-1984 por nacionalidad  
(casos por cada 100.000)**

	Árabes	Judíos
	Árabes	Judíos
<b>1980-1984</b>	<b>26</b>	<b>28</b>
<b>2000-2004</b>	<b>36</b>	<b>26</b>
<b>Cambios</b>	<b>+ 38,4%</b>	<b>- 7%</b>

<b>1980-1984</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>2000-2004</b>	<b>5</b>	<b>12</b>
<b>Cambios</b>	<b>+ 66,6%</b>	<b>+ 33,3%</b>

Las tasas de mortalidad por el cáncer pulmonar ha ido aumentando desde los años 80. Entre 1980-2004, las tasas de mortalidad por este cáncer entre la población árabe creció un,48.3 % entre los varones y el 45,3 entre las mujeres. Por el contrario, las tasas de mortalidad entre los varones judíos y las mujeres se mantuvo ampliamente estables.

La tasa de mortalidad por cáncer entre las mujeres árabes creció 5,3 casos por 100.000 en 1980 a 7,7 en el 2000 (las cifras entre las mujeres judías era 9,2 a 9,4 casos respectivamente).

## **Diabetes**

La diabetes ocupa la tercera posición entre las causas de muerte entre las mujeres árabes, tras las enfermedades cardíacas o el cáncer. Entre los varones árabes, la diabetes es la cuarta causa más común de muerte, tras las enfermedades cardíacas, el cáncer y las lesiones externas.

La diabetes prevalece más entre la población árabe que entre la población judía. Además, la enfermedad es típicamente la menos sospechada entre los pacientes árabes, lo que lleva a la mayor incidencia de complicaciones e incapacidad de la actividad diaria. La edad de aparición del predominio de la diabetes entre la población árabe entre los 25-64 (por información personal) es del 8,3 %, 1,5 veces más alta que la preponderancia entre la población judía (5,7 %)- El porcentaje de personas examinadas entre los hombres árabes es de 1,6 veces más alto que entre los mismos judíos (9,4 % y 5,7% respectivamente). La preponderancia entre las mujeres árabes es 2,8 veces mayor que sus colegas judías ( 13,5% y 4,9% respectivamente)  
 ( Ministerio de Sanidad, Centro Nacional de Control de Enfermedades, Estado de Salud de la población árabe en Israel, 2004- Junio de 2005)

**Predominio de la diabetes (auto-informe)  
 por sexos y nacionalidad, 2003**

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Varones</b>	<b>9,4%</b>	<b>5,7%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>13,5%</b>	<b>4,9%</b>
<b>Total</b>	<b>8,3%</b>	<b>5,7%</b>

## Accidentes y lesiones

Las lesiones son la causa principal de muerte entre el grupo de jóvenes en ambas poblaciones árabes y judías. La tasa de lesiones y accidentes (incluidos los accidentes de tráfico) y la tasa de mortalidad debido a estas lesiones es mayor entre los grupos árabes que entre los judíos. Además, las lesiones entre la población árabe son típicamente más graves que entre los judíos (Bterem, Informe de las lesiones infantiles en Israel, 2006).

Las lesiones son más frecuentes entre los varones que entre las mujeres. En 2002, por ejemplo, el 75,2 % de lesiones importantes eran masculinas y el 24,8 % femeninas (un índice de 3 a 1). Entre las lesiones destacadas de judíos, 60,1 eran hombres y 39,9% mujeres (un índice de 1,5 a 1). El mismo ejemplo fue en el 2005. (Centro Nacional de Investigación de Heridas y Medicina de Urgencia, Informe sobre las Lesiones Traumáticas en Israel, 1998-2005- Abril, 2007).

La tasa de mortalidad por lesiones a la edad entre los 0-17 años en el 2003 era de 2,7 veces superior entre los árabes que entre los judíos (12,3 por 100.000 y de 4,5 casos, respectivamente). (Bterem, Informe sobre la Lesiones en Niños en Israel, 2006).

En términos de causas por lesiones, las cifras del Centro de Investigación de Traumatismos y Medicina de Urgencia, demuestran que en el 2004 la mayoría de las lesiones entre 1-4 años entre árabes y judíos eran por caídas. Las caídas llegaban al 60,5% de las lesiones entre los árabes, seguido de las quemaduras (15,8 %) y de accidentes de tráfico (12,6%). Entre los grupos de mayores, las dos causas de lesiones entre los árabes eran las caídas y los accidentes de tráfico. La diferencia entre estas dos causas variaban entre los distintos grupos de edades: entre el grupo de edad de los 5-16, 33,3% de las lesiones se debían a las caídas, y el 30,5 % a los accidentes de tráfico. En el grupo de los +65, el 82% de las lesiones se debían a caídas y el 12% a los accidentes de tráfico. Entre los 17-44 las lesiones casuales (por violencia) llegaba a 19% de las lesiones entre los árabes.

La incidencia de lesiones como resultado de los accidentes de tráfico era mayor entre los árabes que su proporción relativa a la población en total. En el 2005, los árabes constituían el 20% de la población de Israel, pero sumaban el 25% de las lesiones por accidentes de tráfico y el 28% de las muertes en estos accidentes. De los niños fallecidos en Israel en accidentes de tráfico, el 59% eran árabes. En el 2006, el 7,7% de las lesiones entre los árabes se calificaban de graves, frente al 5,8 % entre los judíos. (Oficina Central de Estadística, Informe nº 1: La Sociedad en Israel, Jerusalén, Octubre, 2001)

## **Nivel de actividad en el grupo de +65 años de edad**

El nivel de actividad diaria es un importante factor determinante de la salud y actividades de los individuos, de las familias y de la sociedad en general. La actividad se mide de acuerdo al índice ADL (actividades de la vida diaria), que examina las siguientes actividades: ducharse, vestirse, alimentarse, sentarse y levantarse de una silla, y de la cama, la movilidad en casa. En el 2006, el 19,6 % de los varones árabes de 65 años y más tenían un índice de discapacidades de ADL (al menos una de las mencionadas anteriormente), frente al 11,2% de los varones judíos. El nivel de discapacidades entre las mujeres árabes era aún más alto – 39,8% entre las mujeres de 65 años sufrían más discapacidades de ADL, frente al 18,2 % de las mujeres judías. (JDC. Israel y Eshel; Ciudadanos mayores en Israel. Anuario Estadístico, 2007)

## **Auto-evaluación del estado de salud**

La evaluación personal del estado de salud de un individuo es un elemento útil y comúnmente aceptada en los estudios de población para evaluar el estado de salud. Numerosos estudios han demostrado la estrecha correlación entre la salud y el uso de los servicios sanitarios, y entre la auto-evaluación y la mortalidad. El índice es

subjetivo y personal que se basa en la pregunta "¿Cual es su estado de salud?".

Las posibles respuestas son muy buena, buena, no demasiado buena y nada buena en absoluto.

Las cifras del sondeo social de la Oficina Central de Estadísticas del 2005 demuestran que, en cada grupo de edad, el porcentaje de respuestas que afirmaba que su salud "no es bueno" era mayor entre los árabes que entre los judíos. En el grupo de edad superior a los 64 (22-44 y 45-64) la proporción de árabes que decía que su salud "no es buena" duplicaba a la de judíos: 46,8 % de los árabes informó de su pobre estado de salud, ante el 25,1 % de los judíos del mismo grupo de edad.

(Oficina Central de Estadísticas, Informe nº 1: la Sociedad en Israel, Jerusalén, Octubre, 2008)

**Proporción de personas de +20 años informando de su salud "no es buena" (no suficientemente buena o nada buena), según nacionalidad y edad.**

<b>Edad</b>	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>20-44</b>	<b>13,8%</b>	<b>6,7%</b>
<b>45-64</b>	<b>48,6%</b>	<b>25,1%</b>
<b>+65</b>	<b>82,2%</b>	<b>60,8%</b>

Un sondeo de salud realizado en el 2007 por la Sociedad galilea de Investigación sobre la Salud y los Servicios reveló que el 10,6% de todos los árabes de Israel sufrían enfermedades crónicas. Un sondeo nacional de salud del 2003/4 demostró que los árabes probablemente más que los judíos padecen dolores de espalda crónicos, artritis, alteraciones del sueño, problemas físicos causados por grandes e ilimitadas dificultades de las actividades diarias, y las alteraciones psicológicas; probablemente han visitado menos al médico para tratar estas alteraciones psicológicas. Por el contrario, los árabes son probablemente menos propensos a las alergias y dolores de cabeza. (Ministerio de Salud, Sondeo Nacional de Salud, 2003/4-Junio 2006)

### **La Salud- Conductas perjudiciales.**

El tabaco, el sobrepeso/ obesidad, y la falta de actividad física son conocidas como factores de riesgo en varias enfermedades, incluida la diabetes, la hipertensión, arterial, las enfermedades cardíacas y vasculares. Estos tres factores son frecuentes entre los árabes de Israel que entre los judíos.

#### **El tabaco**

**Es el factor de riesgo más evitable tras la morbilidad y la mortalidad.**

**El Informe del Ministerio de Sanidad sobre el tabaco en Israel (2007- 8) encontró que en el 2006, el 39,8% de los**

varones árabes por encima de los 20 años fumaban, y también el 6,8% de las mujeres árabes (las cifras de la población judía eran del 36,7 % y el 19,7% respectivamente)

**Tasa de tabaco en la población por sexo y nacionalidad**

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Hombres</b>	<b>39,8%</b>	<b>26,7%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>6,8%</b>	<b>19,7%</b>

(Centro Nacional de Control de Enfermedades, del Min. de Sanidad: Informe sobre el Tabaco, Israel, 2007-08)

Entre 1996 y 2006, la proporción de fumadores cayó entre los árabes. En 1996, el 50% de árabes fumaban, frente al 39,8% en el 2006. Entre las mujeres árabes, la proporción de fumadoras cayó del 12% al 6,8 % durante el mismo período.

Se observó un descenso del tabaco entre los judíos. En 1996, el 32% de los judíos fumaban; esta cifra cayó al 24,5% en el 2006. Las cifras de fumadoras judías en estos años era del 24,5 % y del 19,7 % respectivamente.

Entre los fumadores árabes, los niveles de tabaquismo eran hasta los 67 años y luego decrecía; entre los judíos, los niveles de tabaquismo empezaron a caer hasta los 44. Entre las mujeres judías, la proporción de

estas fumadoras aumentaba con la edad, alcanzando el 16,7 % en la edad de los 55-64. Entre las mujeres judías el nivel de tabaquismo caía hasta la edad de los 44. La proporción de fumadores árabes es mayor que la de los judíos; el consumo diario de tabaco es mayor entre los árabes que entre los judíos.

**Consumo diario de cigarrillos entre los fumadores por nacionalidad, 2006-7**

<b>N<sup>a</sup> de cigarrillos / día</b>	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Menos de 10</b>	<b>10,3%</b>	<b>29,3%</b>
<b>Entre 10-20</b>	<b>66,2%</b>	<b>55,2%</b>
<b>Más de 20</b>	<b>23,5%</b>	<b>15,5%</b>

**(Tabaco entre la Juventud 6<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup>, & 10<sup>a</sup> grados)**

Entre el 2006-2007, el 12,6% de los jóvenes árabes informaron que fumaban al menos una vez a la semana, frente al 6,7% de los jóvenes judíos. Entre las chicas, el 2,6% de las árabes informaron que fumaban lo mismo, frente al 4,1 % de las chicas judías. El 7% de chicos árabes informaron que fuman al menos una vez al día, frente al 4,3 % de sus colegas judíos; las cifras entre las chicas árabes y judías eran de 1,3% y del 2,8% respectivamente

Sobre el uso de la pipa turca (narguile o pipa burbujeante): el 19,9% de los chicos árabes y el 5,4% de las chicas informaron que la usaban al menos una vez por

semana, frente al 8,4% de los chicos judíos y el 3,2 %de las chicas judías.

La proporción de los jóvenes usando esta pipa a diario es también superior entre los árabes que entre los judíos: 9% de los chicos árabes fuman al menos una vez al día, frente al 2,9% de los chicos judíos. Las cifras de las chicas era del 1,5 % entre las árabes, frente al 1,2% de las chicas judías.

(Centro Nacional del Control de Enfermedad. Min. de Sanidad, Informe del Ministerio de Salud sobre el Tabaco 2007-8)

## **Sobrepeso y obesidad**

La nutrición adecuada y la actividad física son elementos claves en la salud. Por el contrario, la pobreza y la falta de esta actividad física son factores de riesgo de numerosas enfermedades, incluida el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y otras patologías. La obesidad se mide por el Índice de BMI (índice de masa corporal), calculando el peso del cuerpo en kgs. dividido entre el cuadrado de la altura en metros. Un BMI de 25-30 se define como sobrepeso, mientras que por encima de los 30 se considera obesidad. El sobrepeso y la obesidad son ambos perjudiciales para la salud, pero la obesidad supone aún más riesgo.

El sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los árabes que entre los judíos, y más aún entre las mujeres que entre los varones. Según un sondeo nacional dirigido por el Ministerio de Sanidad relacionado con el 2003/4, el 60,2% de las mujeres árabes de 21 años y más tenían sobrepeso, frente al 40,9% de las mujeres judías de la misma edad.

Entre las mujeres de esta edad, el 19,7 % de las mujeres árabes eran obesas, frente al 14,7% de las colegas judías. Los índices de obesidad entre los varones eran del 16,6 % y del 13,5% de los judíos (según el autoinforme). Entre las mujeres árabes los niveles de obesidad aumentaban con la edad.

	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Varones</b>	<b>16,6%</b>	<b>13,5%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>19,7%</b>	<b>14,7%</b>
<b>Total</b>	<b>18,1%</b>	<b>14,1%</b>

**Índices de Obesidad (BMI = +30) en el 2003/4  
por sexos y nacionalidad**

(Ministerio de Sanidad, Sondeo Nacional de Salud,  
2003/4- Junio 2006)

Entre los árabes, un rasgo destacado es el abandono de la dieta tradicional, rica en verduras y legumbres, adoptando la dieta rica en azúcares y grasas (Estado de Salud entre la población árabe en Israel, 2004-Julio 2005)

Un sondeo mostraba que las personas que vivían bajo los niveles de la pobreza consumen menos carne, pollo y pescado, y menos fruta y verduras. Dichas personas consumían más pan y cereales en relación a la población por encima de la línea de la pobreza. La conexión entre ambos hallazgos y el predominio de la obesidad y diabetes no necesita explicación.

(Epstein, L., Goldwag, L., Ismail, S., Greenstein, M, Rosen, B. (2006), Reducir la Desigualdad y la Injusticia en la Sanidad en Israel: Hacia una política nacional y planes de acción; Myers-JDC-Israel-Brookdale, DM-480-06)

## **La Falta de Actividad**

La proporción de árabes que informan de su compromiso regular con la actividad física (al menos tres veces por semana, al menos 20 minutos cada vez) es aproximadamente la mitad que entre la población judía: 14,7% de árabes informaban sobre su actividad física, frente al 30,3% de los judíos. (Ministerio de Salud, Sondeo Nacional de Salud, 2003-3, Jerusalén, June 2006)

La proporción de mujeres árabes implicadas con la actividad física era extremadamente más baja, frente a las colegas judías, y frente a los hombres árabes: el 12,6% de las mujeres árabes se implican en la actividad física, frente al 27,6 % de las mujeres judías, y el 16,9% de los árabes, el 33,3. % de los judíos. La diferencia entre judíos y árabes en

términos de actividad física aumenta con la edad entre ambos hombres y mujeres.

Entre los varones árabes y judíos, y entre las mujeres judías, la proporción de estos informando sobre la actividad física era mayor entre los no fumadores que entre los fumadores.

**Proporción de los que están comprometidos con la actividad física, por edad y nacionalidad, 2003/4**

<b>Sexos</b>	<b>Árabes</b>	<b>Judíos</b>
<b>Hombres</b>	<b>16,9%</b>	<b>33,3%</b>
<b>Mujeres</b>	<b>12,6%</b>	<b>27,6%</b>
<b>Total</b>	<b>14,7%</b>	<b>30,3%</b>

(Ministerio de Sanidad, Sondeo de la Salud Nacional, 2003/4, Junio 2006)