

La salud de los refugiados urbanos: enfrentándose a los retos

Paul Spiegel y la Sección de Salud Pública y VIH del ACNUR

Muchas de las estrategias sanitarias, políticas e intervenciones para los refugiados se basan en experiencias pasadas situadas en campos y en países pobres. Se está reflexionando sobre ello para tomar en cuenta a los numerosos refugiados urbanos con ingresos medios.

Más de la mitad de los refugiados del mundo residen en estos momentos en otros entornos fuera de los campos, como por ejemplo las áreas urbanas, y una mayor proporción huye de países con ingresos medios en los que los perfiles demográficos y epidemiológicos apuntan a una población envejecida que padece enfermedades crónicas. Los refugiados en áreas urbanas suelen encontrarse con más inconvenientes respecto a los habitantes de las ciudades cuyos ingresos son bajos tales como la falta de redes comunitarias de apoyo, la exclusión de los sistemas de seguridad social o los planes de seguros médicos y los insuficientes ingresos disponibles (por ejemplo, para pagar el transporte a fin de acceder a dichos servicios y para costearse las tasas y otros gastos sanitarios). El estigma y la discriminación pueden reducir también el acceso a los servicios públicos de salud que ya no dan más de sí.

En respuesta a la publicación en 2009 de la Política del ACNUR sobre protección y las soluciones de los refugiados en zonas urbanas, su Sección de Salud Pública y VIH adoptó una estrategia basada en tres enfoques – la defensa, el apoyo a las capacidades existentes y el control de la entrega– para trabajar con sus socios con el fin de incrementar el acceso a unos servicios de salud asequibles y de buena calidad para los refugiados y otras personas de interés.¹

Defensa

ACNUR defenderá junto a las autoridades y en nombre de los refugiados el que se pongan a disposición de estos sectores de población, con un precio limitado o sin coste alguno, una serie de servicios de carácter público como son los de salud, programas de nutrición, servicios de saneamiento y agua potable.

Las cuestiones éticas como la equidad en el acceso a la asistencia y la calidad de la misma, tanto entre los refugiados como entre las poblaciones de acogida, así como entre refugiados que viven en el mismo o

en diferentes países, han resultado ser un asunto controvertido a lo largo de muchos años y son especialmente relevantes en las situaciones vividas por los refugiados urbanos.² En la mayoría de las situaciones las políticas y tratamientos deberían seguir las directrices y protocolos del ministerio de sanidad del país de acogida pero, si éstos son incorrectos o inapropiados, ACNUR y sus socios prefieren emplear directrices reconocidas internacionalmente, al mismo tiempo que trabajan con las autoridades nacionales para mejorar sus directrices y protocolos.

Dada la necesidad de priorizar los esfuerzos y la asignación de recursos, aunque las prioridades varíen de una situación a otra, normalmente incluirán salvaguardar el bienestar de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, los niños menores de cinco años, los niños separados de sus padres o no acompañados, los huérfanos, los ancianos y los que padecen enfermedades graves, como VIH y tuberculosis. Otras prioridades incluyen ofrecer cuidados y asesoramiento a personas con necesidades específicas, en especial a personas con minusvalías, a personas traumatizadas o con enfermedades mentales, a las víctimas de tortura o violencia sexual y de género, así como a aquellos con enfermedades graves que requieran un tratamiento especializado.

Apoyo

La integración de los refugiados en dichos sistemas sanitarios en entornos urbanos supone un uso más eficiente de los limitados recursos de lo que supondría crear otras instalaciones. Así que tiene sentido incluir el tratamiento de los servicios de salud en los

servicios públicos existentes y aumentar su capacidad de manera directa, cuando se dispone de fondos, o de manera indirecta, animando a que diversos donantes y otros actores se comprometan con el proyecto. Al principio, ACNUR y algunos de sus socios (como la OMS, UNICEF y otras ONG dedicadas a la medicina o a la salud) evaluarán si los servicios existentes necesitan ayuda para expandir su capacidad y cómo debería gestionarse dicha expansión. Este enfoque posee el beneficio añadido de animar a que las autoridades y la población local reconozcan que los refugiados pueden traer nuevos recursos a las ciudades y poblaciones de acogida. Estos beneficios podrían tener el efecto indirecto de mejorar los espacios de protección para refugiados y otras personas.

Por norma general, cuando ACNUR trabaja en áreas urbanas evita establecer



Residentes del asentamiento informal de Boa Vista en la cola del agua, Luanda, Angola.

servicios paralelos para sus beneficiarios y, en lugar de ello, trata de conseguir que se refuercen los sistemas de suministros existentes, ya sean públicos, privados, sin ánimo de lucro o comunitarios. Si los refugiados no pueden costearse las tasas por servicios de salud, las agencias cubren determinados gastos para los refugiados más vulnerables a fin de asegurarse de que todos tienen acceso a unos servicios sanitarios de calidad.

Los programas de salud pública que llegan a los refugiados, así como a la población que les acoge, resultan primordiales para asegurar la comunicación de las normativas y reglamentos de cualquiera de los servicios que haya, para mejorar el acceso a todo tipo de cuidados, ofrecer educación sobre la salud y contribuir a asegurar la dotación de servicios preventivos de manera efectiva. Los trabajadores comunitarios pueden ofrecer incluso servicios sanitarios a domicilio cuando resulte conveniente. Debido a que el miedo a la indigencia y a no tener garantizado el sustento suelen estar presentes entre los refugiados en las áreas urbanas, si no se les puede integrar en los programas ya existentes de alimentación

y nutrición del gobierno -como sería deseable- se debería crear otros nuevos.

Otros aspectos de la estrategia igualmente importantes incluyen en primer lugar, la defensa para que se incluya a los refugiados en las redes de seguridad social de cualquier gobierno local, en segundo lugar, el apoyo a las autoridades locales encargadas de los sistemas de saneamiento y agua potable para mejorar las infraestructuras existentes con la llegada de las poblaciones desplazadas y, por último, la ampliación de las actividades de promoción de la higiene preexistentes.

El reducir al mínimo el número de socios e instalaciones/instituciones mientras tratas de asegurar el acceso básico a los servicios tiene muchas ventajas a la hora de establecer acuerdos, asegurar la protección y la confidencialidad, supervisar la calidad de los cuidados, así como racionalizar y controlar los gastos.

Seguimiento

Realizar un seguimiento de la salud pública y del estado nutricional de los refugiados urbanos es importante para asegurarse de que no caen por debajo de unos niveles de calidad aceptables y para ofrecer suficiente información a fin de propugnar y apoyar de manera efectiva los servicios sanitarios para refugiados urbanos. Aunque los retos son mayores al contar con una población dispersa, a menudo en múltiples zonas geográficamente extensas y, en algunos casos, reacia a su registro.³ La integración de los refugiados en los sistemas de salud existentes generalmente incluye emplear los sistemas de información sanitaria previamente implementados. Esto puede resultar un problema debido a que algunos sistemas no son lo suficientemente flexibles como para permitir modificaciones esenciales con el fin de desglosar los datos según se trate de ciudadanos o refugiados, o bien para añadir ciertas categorías de enfermedades que pueden ser más predominantes entre un grupo de refugiados en particular. A lo que hay que añadir que muchos sistemas de información

sanitaria no funcionan bien de todas formas y podrían no proporcionar datos suficientes como para permitir que se prioricen las actividades o se realicen seguimientos y evaluaciones adecuadas.

Además de la dificultad para extraer el perfil de los refugiados urbanos, los sistemas de información sanitaria son más complicados que los sistemas de los campos debido a la cantidad de instalaciones en diferentes niveles (por ejemplo, las basadas en la comunidad, la atención primaria, la atención secundaria e instalaciones donde se ofrece atención terciaria) y diferentes proveedores (públicos, privados, ONG) que están implicados en dicho sistema. El sistema de información sanitaria debe tener en cuenta o estar relacionado con el control del presupuesto para permitir una evaluación de los costes de un programa y establecer la relación entre éstos y los servicios ofrecidos.

Fuera de los campos, los estudios por muestreo han demostrado ser políticamente controvertidos y propensos al sesgo; además algunos de sus métodos aún han de ser validados. Otros sistemas de vigilancia basados en la comunidad podrían resultar enfoques útiles en muchas situaciones pero apenas se emplean, lo que quizás refleja una falta de imaginación y financiación más que unos problemas técnicos insalvables.

A la hora de promover el acceso de los refugiados a unos servicios sanitarios asequibles, ACNUR seguirá sus Principios Rectores de la Salud Pública y el VIH.⁴ Entre estos principios, resultan especialmente relevantes para la situación de los refugiados urbanos los referentes a la integración, la asociación, la calidad de los servicios (disponibilidad, accesibilidad, equidad, conveniencia, aceptabilidad, efectividad y eficiencia) y la sostenibilidad.

Paul Spiegel (spiegel@unhcr.org) es jefe de la Sección de Salud Pública y VIH de la División de Gestión de Programas y Apoyo ACNUR. El presente artículo ha sido redactado en colaboración con otros colegas de la Sección de Salud Pública y VIH.

1. En este artículo debe entenderse que el término "refugiados" se refiere también a otras categorías de personas de interés para ACNUR, como son: los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los apátridas y los repatriados voluntarios.

2. ACNUR. Equidad en la sanidad pública en entornos de refugiados (Public health equity in refugee settings), Ginebra, 2009.

3. Véase el artículo de Davies y Jacobsen en pp. 13-15.

4. ACNUR, Guiding Principles and Strategic Plans 2008-2012, disponible en: <http://www.unhcr.org/488600152.html>

