Naciones Unidas E/AC.51/2019/8

Consejo Económico y Social

Distr. general
25 de marzo de 2019
Español
Original: inglés

Comité del Programa y de la Coordinación
59º período de sesiones
Sesión de organización, 18 de abril de 2019
Período de sesiones sustantivo, 3 a 28 de junio de 2019*
Tema 3 b) del programa provisional**
Cuestiones relativas a los programas: evaluación

Evaluación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Informe de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna

Resumen

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ejecuta programas de salud pública con el objetivo último de que todos los refugiados puedan ejercer su derecho a acceder a los subsectores de la salud pública siguientes: a) atención primaria y secundaria de la salud; b) servicios de prevención, protección, atención y tratamiento del VIH y de salud reproductiva; c) seguridad alimentaria y nutrición; y d) servicios de agua, saneamiento e higiene. El ACNUR trabaja con asociados, incluidos los Gobiernos de los países de acogida, para asegurar la prestación directa de servicios y el acceso a los sistemas nacionales de salud.

La estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018 proporcionó un buen marco general para la programación pertinente en las operaciones, pero persistieron lagunas relacionadas con la integración de los refugiados en los sistemas nacionales de salud. Las necesidades de salud de los refugiados se comprendieron bien, pero los déficits de financiación obligaron a las operaciones a adoptar sus propios criterios para fijar las prioridades o seleccionar los objetivos de sus intervenciones de salud pública, y la planificación de las fases posteriores a las de emergencia fue por lo general insuficiente.

La mayoría de los interesados calificaron de eficaces las intervenciones de salud pública del ACNUR; sin embargo, los resultados reales revelaron un desempeño más heterogéneo, con más logros en la atención primaria. La mayor parte de los refugiados pudieron acceder a los sistemas nacionales de salud, pero tropezaron con grandes obstáculos, en particular de costos.

* Las fechas del período de sesiones sustantivo son provisionales.
** E/AC.51/2019/1.

Se ruega reciclar

La coordinación de la prestación de servicios y la gestión de los asociados en la ejecución fue en general eficaz; no obstante, hubo dificultades relacionadas con las demoras en la firma de los acuerdos, la diversa capacidad de los asociados y la coordinación con los organismos de las Naciones Unidas. El enfoque de inclusión[1] hizo necesario reforzar las alianzas con los Gobiernos y los agentes de desarrollo para fortalecer los sistemas de salud.

La insuficiente integración entre los diferentes subsectores de la salud pública y entre la salud pública y los sectores de la protección, la educación y el alojamiento, así como un seguimiento inadecuado a nivel mundial de los resultados en materia de salud, dificultaron la ejecución eficaz y eficiente de los programas de salud pública. Según el personal de salud pública, dentro del propio organismo no se percibía la salud como parte del mandato básico de protección del ACNUR.

La Oficina de Servicios de Supervisión Interna formula cinco recomendaciones importantes, a saber, que el ACNUR:

a) Haga más hincapié en su próxima estrategia de salud pública en la transición hacia un apoyo a los sistemas de salud más sostenible y basado en la inclusión;

b) Planifique con visión de futuro y de manera estratégica a nivel de las operaciones, integrando la salud pública en la planificación general de cada operación;

c) Mejore el seguimiento de los resultados de salud fuera de los campamentos, en particular basando en datos sus decisiones estratégicas;

d) Mejore los mecanismos de seguimiento concretos, específicos de los asociados, para hacer frente a posibles superposiciones o lagunas con los asociados de las Naciones Unidas y otros asociados en las operaciones y aplique las enseñanzas extraídas de los proyectos experimentales plurianuales de múltiples asociados;

e) Refuerce los vínculos multisectoriales dándoles mayor relieve en la próxima estrategia de salud pública, así como demostrando y documentando modelos de programación integrada que hayan dado buenos resultados.

[1] En el presente informe se utilizan indistintamente las palabras “inclusión” e “integración” en referencia al acceso a los sistemas nacionales de salud.

Índice

Página

I. Introducción y objetivo 4

II. Antecedentes 4

III. Metodología 8

IV. Resultados de la evaluación 9

A. La estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018 proporcionó un buen marco general para la programación pertinente en las operaciones, pero persistieron importantes lagunas relacionadas con la inclusión y la planificación a más largo plazo 9

B. La mayoría de los interesados calificaron de eficaces las intervenciones de salud pública de la Oficina; sin embargo, los resultados reales en esa esfera revelaron un desempeño más heterogéneo, y los refugiados afrontaron graves obstáculos para acceder a los sistemas nacionales de salud 14

C. Las alianzas y la coordinación fueron elementos fundamentales para la eficiencia y la eficacia de la ejecución y en algunos casos se aprovecharon para subsanar deficiencias y limitaciones 24

D. La insuficiente integración entre los subsectores de la salud pública y entre la salud pública y los sectores de la protección, la educación y el alojamiento, así como el inadecuado seguimiento a nivel mundial de los resultados en materia de salud, dificultaron la ejecución eficaz y eficiente de los programas de salud pública 26

V. Conclusión 30

VI. Recomendaciones 30

Anexo

Observaciones oficiales formuladas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados 32

I. Introducción y objetivo

1. La División de Inspección y Evaluación de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (OSSI) eligió la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para una evaluación que se realizaría sobre la base de una evaluación de riesgos destinada a determinar las prioridades de la evaluación de los programas de la Secretaría. El Comité del Programa y de la Coordinación decidió examinar la evaluación del ACNUR en su 59° período de sesiones, que se celebrará en junio de 2019 (véase A/72/16, párr. 95). La Asamblea General hizo suya esa decisión en su resolución 72/9.

2. El marco general de referencia para la OSSI son las resoluciones de la Asamblea General 48/218 B, 54/244 y 59/272, así como el boletín del Secretario General sobre la creación de la Oficina (ST/SGB/273). La evaluación de la OSSI se establece en el Reglamento y Reglamentación Detallada para la Planificación de los Programas, los Aspectos de Programas del Presupuesto, la Supervisión de la Ejecución y los Métodos de Evaluación (ST/SGB/2018/3, párr. 7.1).

3. El objetivo general de la evaluación era determinar, en la forma más sistemática y objetiva posible, la pertinencia, eficiencia y eficacia de las intervenciones de salud pública del ACNUR destinadas a los refugiados y los solicitantes de asilo en el período de 2014 a 2018. El tema surgió de una evaluación de riesgos a nivel de los programas descrita en el documento conceptual de la evaluación (IED-18-009 de 24 de julio de 2018). La evaluación se realizó de conformidad con las normas y reglas para la evaluación en el sistema de las Naciones Unidas, publicadas por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas.

4. Se solicitó a la administración del ACNUR que formulara observaciones sobre el proyecto de informe, y estas se tuvieron en cuenta al elaborar el informe final. La respuesta oficial del ACNUR figura en el anexo I del presente informe.

II. Antecedentes

Mandato

5. El objetivo primordial del ACNUR es garantizar la protección internacional de los refugiados y demás personas de su competencia y buscar soluciones permanentes a sus problemas en cooperación con los Estados y otras organizaciones, entre otras cosas mediante la prestación de asistencia humanitaria. Los principales instrumentos que rigen los derechos de los refugiados y el marco jurídico en que se basa la labor del ACNUR son el estatuto de la Oficina del Alto Comisionado, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967, en los que son partes 146 y 147 Estados, respectivamente, y los instrumentos regionales pertinentes.

6. A mediados de 2018, el número de refugiados bajo el mandato del ACNUR era de 20,2 millones[2]. En torno al 69 % de los refugiados vive al margen de los campamentos[3].

[2] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), “Mid-year trends 2018”, 21 de febrero de 2019.

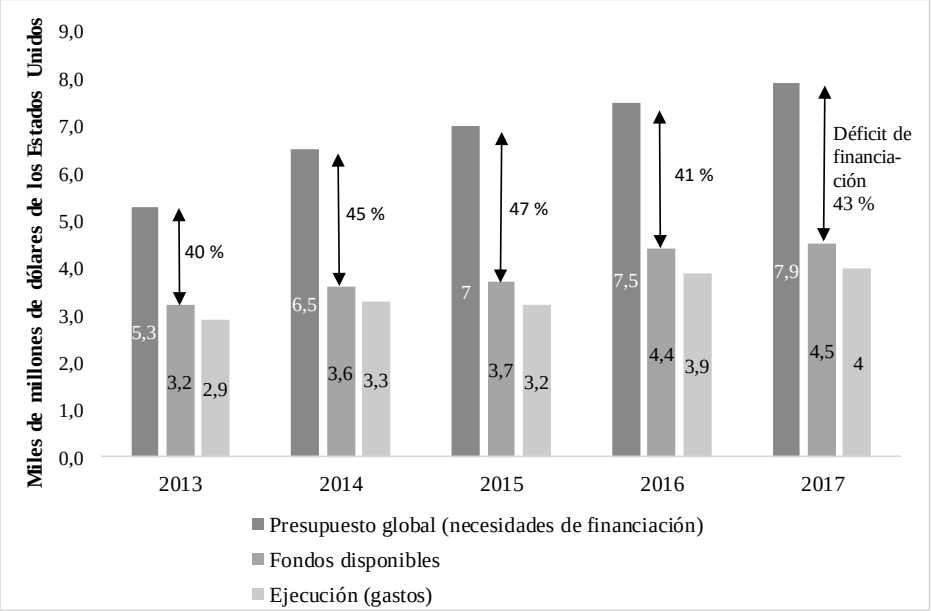
[3] ACNUR, “Herramienta de diagnóstico del ACNUR para alternativas a los campamentos: resultados globales 2017”.

Recursos

7. El presupuesto global del ACNUR (plan de operaciones) representa el monto de la financiación que precisa el organismo para ejecutar cabalmente los programas con arreglo a las necesidades de las poblaciones de su competencia, determinadas mediante un ejercicio anual de evaluación de las necesidades a escala mundial. El presupuesto global para 2018 era de 8.300 millones de dólares al 30 de junio de ese año (véase A/AC.96/1180). En 2018, las contribuciones al presupuesto ordinario representaron el 0,5 % del total de las necesidades de financiación del ACNUR, y el resto se financió con contribuciones voluntarias.

8. Por lo general, las necesidades de financiación (plan de operaciones) solo se han cubierto en parte. La diferencia entre los fondos disponibles y el plan de operaciones fue del 43 % en 2017. La ejecución con cargo a los fondos disponibles se mantuvo en torno al 90 % entre 2013 y 2017 (véase la figura I).

Figura I
Presupuesto global, fondos disponibles y gastos, 2013-2017
(En miles de millones de dólares de los Estados Unidos)



Fuente: A/AC.96/1180.

Liderazgo

9. La dirección del ACNUR corresponde al Alto Comisionado, que cuenta con la asistencia de una Alta Comisionada Adjunta y dos Altos Comisionados Auxiliares; la Oficina rinde cuentas a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social. El Comité Ejecutivo, integrado por 101 Estados, se reúne anualmente y aprueba los programas y presupuestos del ACNUR.

10. El ACNUR tiene su sede en Ginebra y cuenta con una oficina principal —la Oficina Ejecutiva— y ocho divisiones. Tiene además cinco oficinas regionales que sirven de enlace entre las oficinas sobre el terreno y la sede. El ACNUR tiene presencia en 478 emplazamientos de 130 países[4].

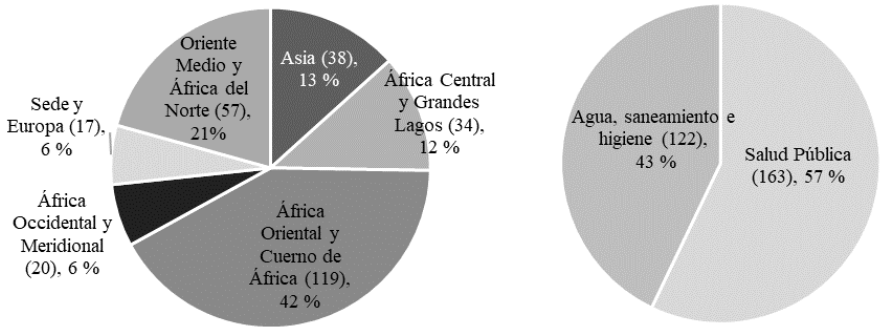
[4] ACNUR, *Global Report 2017* (Ginebra, 2017).

Programas de salud pública de la Oficina

11. En 2014, el ACNUR puso en marcha su estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018. El objetivo último de la estrategia es que todos los refugiados puedan ejercer su derecho a acceder a cuatro amplios subsectores de la salud pública: a) atención primaria y secundaria de la salud[5]; b) servicios de prevención, protección, atención y tratamiento del VIH y de salud reproductiva; c) seguridad alimentaria y nutrición; y d) servicios de agua, saneamiento e higiene[6].

12. La aplicación de la estrategia mundial de salud pública está a cargo de las oficinas regionales y las operaciones sobre el terreno, que cuentan con el apoyo constante de la Sección de Salud Pública, a cuyo frente hay una Jefa y que forma parte de la División de Gestión y Apoyo a los Programas. En 2018, los programas de salud pública contaron con el apoyo de 285 miembros del personal en todo el mundo, lo que representa el 2,5 % de la plantilla del ACNUR, repartidos como sigue: 10 en la Sección de Salud Pública en la sede, 9 en las direcciones y oficinas regionales y los 266 restantes en 36 operaciones en países (véase la figura II).

Figura II
Personal de salud pública de la Oficina, por región y por subsector (285 miembros del personal)



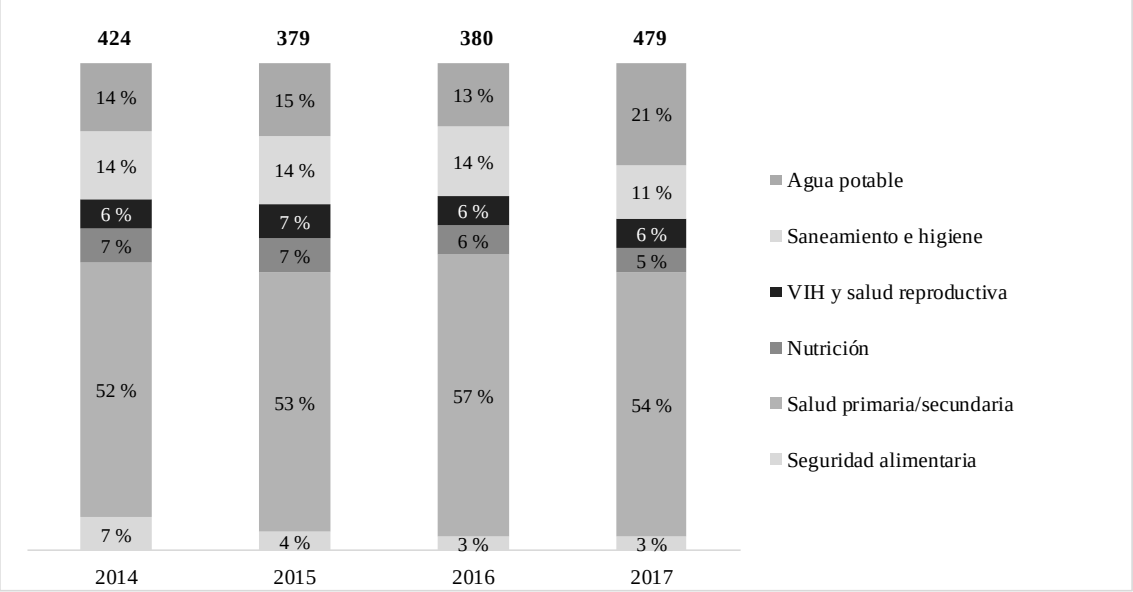
Fuente: Lista del personal del ACNUR recibida en octubre de 2018.

13. Las necesidades totales de financiación (plan de operaciones) para salud pública ascendieron a 898 millones de dólares en 2017. Los programas de salud pública representaron el 21 % del total de gastos anuales del ACNUR en 2014, el 19 % en 2015, el 17 % en 2016 y el 20 % en 2017. En 2017 tuvieron presupuesto para salud pública 62 operaciones en los países. En la figura III se presenta el gasto por subsector.

[5] En la estrategia mundial de salud pública figuran como servicios de “atención de la salud vitales y esenciales”. En el presente informe se utiliza la expresión “salud primaria y secundaria” en lugar de “salud pública” para el subsector, y se reserva el término “salud pública” para el conjunto de todos los subsectores.

[6] ACNUR, *Global Strategy for Public Health: Public Health - HIV and Reproductive Health - Food Security and Nutrition - Water, Sanitation and Hygiene (WASH): a UNHCR Strategy 2014–2018* (Ginebra, 2014).

Figura III
Gasto en salud pública para los refugiados y solicitantes de asilo, por subsector, 2014-2017
(En millones de dólares de los Estados Unidos)



Fuente: sistema Global Focus Insight y plataforma Gestión de Sistemas, Recursos y Personal del ACNUR.

Nota: las cifras no reflejan el presupuesto total para seguridad alimentaria con los asociados en las operaciones. Algunos costos de los programas de nutrición se han incluido en el subsector de salud primaria y secundaria.

14. Como se indica en el cuadro 1, las actividades de salud primaria y secundaria fueron las más numerosas en las operaciones por países, seguidas de las actividades relacionadas con el agua, el saneamiento y la higiene y las relativas al VIH y la salud reproductiva.

Cuadro 1
Cobertura por subsector en las operaciones en los países en 2017

	Subsector					
	Salud primaria / secundaria	*Agua*	*Saneamiento e higiene*	*VIH y salud reproductiva*	*Nutrición*	*Seguridad alimentaria*
Número de operaciones en los países con presupuesto para el subsector	62	35	34	31	27	26
Porcentaje de operaciones en los países con presupuesto para salud pública	100	57	56	51	44	43

Fuente: sistema Global Focus Insight del ACNUR, presupuesto operativo de 2017 destinado a programas para los refugiados.

Nota: Entre las operaciones figura la oficina regional de Pretoria, que informó sobre las actividades en Sudáfrica en 2017.

III. Metodología

15. Para la evaluación se utilizó un enfoque mixto, que empleó las siguientes fuentes de datos:

a) Entrevistas: 87 entrevistas semiestructuradas a 108 miembros del personal y asociados del ACNUR en el terreno y en la sede;

b) Grupos dirigidos de discusión: 14 grupos de discusión en los que participaron 142 miembros de comunidades de refugiados (69 mujeres y 73 hombres) de cuatro operaciones;

c) Encuestas: una encuesta por Internet dirigida a todo el personal de salud pública del ACNUR y a una muestra del personal de salud no pública (tasa de respuesta del 51 %, 192 encuestados)[7] y una encuesta por Internet dirigida a los asociados en la ejecución y en las operaciones (tasa de respuesta del 26 %, 187 encuestados);

d) Estudios de casos: cuatro estudios en profundidad de casos de países sobre los que se reunieron datos *in situ* (Camerún, Jordania, Malasia y Uganda) y dos más someros consistentes básicamente en estudios documentales (Chad y Pakistán). En las seis operaciones en los países se prestaron servicios de atención primaria y secundaria de la salud y se llevaron a cabo actividades relativas al VIH y la salud reproductiva, en cuatro se prestaron servicios relacionados con el agua, el saneamiento y la higiene y con la nutrición, y en dos, servicios de seguridad alimentaria;

e) Observaciones directas en campamentos y asentamientos, 11 establecimientos de salud, 5 instalaciones de agua, saneamiento e higiene, un taller de capacitación del personal y reuniones de coordinación;

f) Exámenes de documentos: estrategias nacionales y regionales, políticas globales, informes anuales de salud pública, informes de ejecución del sistema Global Focus Insight y auditorías;

g) Análisis secundario de los datos de seguimiento del ACNUR: sistema de información sanitaria, encuestas sobre el acceso a los servicios de salud y su utilización, sistema Global Focus Insight y plataforma de Gestión de Sistemas, Recursos y Personal.

16. La evaluación afrontó las siguientes limitaciones:

a) La falta de un conjunto de datos comparables sobre los resultados de salud pública a nivel mundial, y en particular la falta de datos sobre los resultados de salud de los refugiados que viven fuera de los campamentos;

b) El reducido tamaño de la muestra y la baja tasa de respuesta del personal de salud no pública a la encuesta; debido a ello, en los resultados de la evaluación solamente se tuvieron en cuenta las respuestas del personal de salud pública;

c) Lo limitado de la recopilación de datos *in situ*, que hizo difícil extraer conclusiones generales, en particular habida cuenta de la amplia gama de contextos operacionales e intervenciones de salud pública conexas a escala mundial.

La División de Inspección y Evaluación de la OSSI salvó en parte esas limitaciones mediante una combinación de pruebas extraídas de los exámenes documentales a nivel mundial, los conjuntos de datos disponibles y las encuestas, con estudios de caso a modo de ejemplos ilustrativos.

[7] Las tasas de respuesta fueron del 62 % entre el personal de salud pública y del 12 % entre el personal de salud no pública.

17. La División de Inspección y Evaluación de la OSSI desea dar las gracias al ACNUR, y en particular a sus coordinadores en la Sección de Salud Pública, por su cooperación durante toda la evaluación.

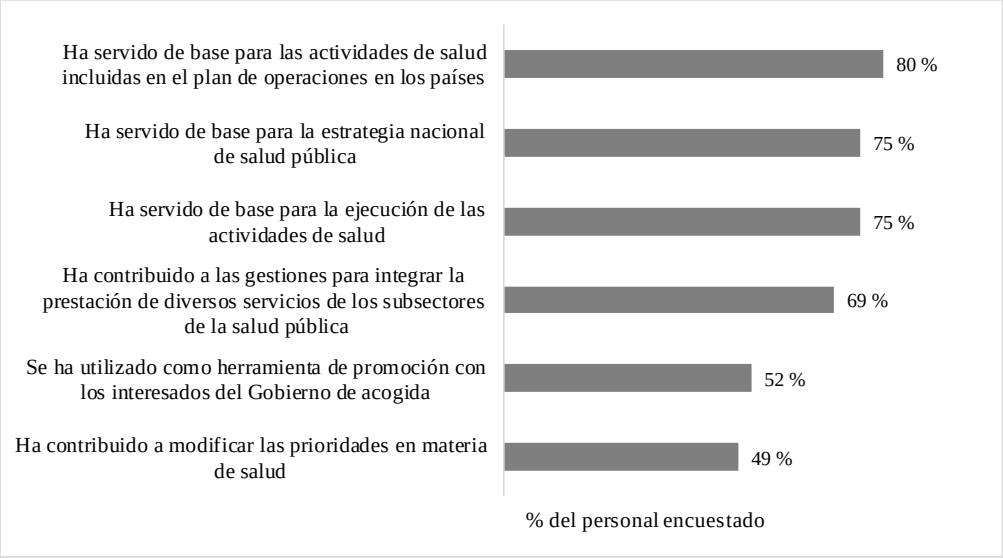
IV. Resultados de la evaluación

A. La estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018 proporcionó un buen marco general para la programación pertinente en las operaciones, pero persistieron importantes lagunas relacionadas con la inclusión y la planificación a más largo plazo

Según el personal de salud pública, la estrategia era una guía útil y suficientemente flexible para poder adaptarla a la situación en cada operación, pero presentaba algunas lagunas y era menos pertinente para la programación relativa a la integración en los sistemas nacionales de salud

18. Casi todos los miembros del personal de salud pública encuestados (97 %) se mostraron totalmente convencidos o bastante convencidos de que la estrategia mundial de salud pública reflejaba una comprensión precisa de las necesidades de salud pública de los refugiados en todo el mundo. La gran mayoría (82 %) indicaron también que sus oficinas habían utilizado la estrategia para orientar o fundamentar la programación en materia de salud. La mayor parte observó que la estrategia había servido de base para las actividades de salud incluidas en los planes de operaciones en los países, las estrategias nacionales de salud pública y la ejecución de actividades de salud. Cerca de la mitad indicaron que la estrategia se había utilizado como herramienta de promoción con los interesados del Gobierno de acogida o había contribuido a modificar las prioridades en materia de salud (véase la figura IV).

Figura IV
Aportaciones de la estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018 a la programación de la salud pública a escala nacional y subnacional (115 miembros del personal)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR.

19. Los miembros del personal de salud pública entrevistados en los países en que se realizó un estudio de caso consideraron que la estrategia proporcionaba a las operaciones en los países un buen marco y la flexibilidad necesaria para adaptarla al contexto local. La programación de la salud pública en esas operaciones se guio en términos generales por los objetivos estratégicos establecidos en ella, teniendo al mismo tiempo en cuenta las necesidades y los contextos específicos de los refugiados, y se adecuó, en su caso, a la dirección estratégica de la estrategia general del país.

20. Sin embargo, la estrategia mundial de salud pública presentaba importantes lagunas relacionadas con la orientación de los programas de salud con miras a integrar a los refugiados en los sistemas nacionales. Aunque la integración era uno de los objetivos de la estrategia, muchos de los otros objetivos e indicadores tuvieron escasa relevancia en los lugares en que los refugiados tenían acceso a los servicios de salud locales, debido a la limitada capacidad para hacer un seguimiento de esos servicios. En muchas operaciones, incluidas las de todos los países en que se realizaron estudios de caso, se carecía de datos desglosados y recopilados por las instituciones nacionales de salud sobre la salud de los refugiados. Además, la estrategia no aclaraba qué papel debían cumplir los programas de salud pública del ACNUR frente a los de otros agentes, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los organismos de desarrollo, en relación con la prestación de apoyo a los Gobiernos de acogida para la programación de la integración. La prestación de servicios esenciales a los refugiados a través de los sistemas nacionales, con el apoyo de la asistencia internacional para fortalecerlos tanto para las comunidades de acogida como para los refugiados, se ha reconocido cada vez más como un elemento básico de la respuesta ante los refugiados, y se ha acelerado desde la adopción del marco de respuesta integral para los refugiados como parte de la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, de 2016. Hasta la fecha, el marco se ha puesto en marcha en 15 países, entre ellos Uganda, donde el personal señaló que había servido como instrumento principal para orientar la programación en materia de salud. Otras operaciones, como las del Camerún y Jordania, también han apoyado el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud como parte de sus programas de salud, sin un marco oficial o una estrategia global. Además, el personal entrevistado señaló que las intervenciones relacionadas con la salud mental y las basadas en el uso de efectivo que iban más allá de la seguridad alimentaria deberían ocupar un lugar más destacado en la estrategia.

21. La existencia de estrategias oficiales de salud pública y su alcance variaron considerablemente a nivel nacional y regional, lo que indica que faltó un enfoque sistemático de la planificación estratégica a nivel de las operaciones. En 2017, de las 62 operaciones que realizaban actividades de salud pública, 10 contaban con estrategias de nivel nacional, mientras que tres estrategias regionales comprendían a otros 12 países y Europa, con lo que se cubría el 36 % de la población total de refugiados. Las estrategias variaron en cuanto a los niveles de orientación y cobertura de los subsectores.

Se tenía una buena comprensión de las necesidades gracias a las evaluaciones participativas multisectoriales y a otros mecanismos e instrumentos

22. Las operaciones del ACNUR en los países realizaron periódicamente evaluaciones participativas multisectoriales de las necesidades. El 93 % de los miembros del personal de salud pública encuestados señalaron que en sus operaciones se habían realizado evaluaciones de las necesidades en los dos o tres años anteriores, y el 88 % dijeron que durante las evaluaciones se había consultado a la población de refugiados. Los miembros del personal y los asociados entrevistados destacaron positivamente la utilidad de esas evaluaciones y la inclusión de los interesados pertinentes. Los exámenes de los informes de evaluación confirmaron que se había utilizado el marco de edad, género y diversidad del ACNUR. Sin embargo, la

cobertura de las necesidades de salud pública de los refugiados que vivían fuera de los campamentos varió de una operación a otra. De los miembros del personal que indicaron que en sus operaciones se habían realizado evaluaciones de las necesidades, el 56 % consideraron que la programación en materia de salud pública en sus respectivos lugares de destino se basaba en las evaluaciones en gran medida, y el 42 %, que se basaba en ellas en cierta medida.

23. Las necesidades de salud pública de los refugiados fueron objeto de un seguimiento más rutinario a través de los informes de los asociados y las reuniones periódicas con los representantes de los refugiados, los asociados y el personal de otros sectores tanto en los campamentos como fuera de ellos. Los miembros del personal destacaron los datos de las encuestas normalizadas ampliadas de nutrición y las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el agua, el saneamiento y la higiene, utilizadas en 26 y 12 operaciones en los países, respectivamente, como fuentes básicas de información sobre las necesidades.

24. Además, en siete operaciones en países se realizaron encuestas sobre el acceso a los servicios de salud y su utilización para complementar la información sobre los refugiados fuera de los campamentos. En Jordania y Malasia, los resultados de esas encuestas se tuvieron en cuenta en la programación de la salud pública. Por ejemplo, en la estrategia de respuesta humanitaria del sector de la salud de Jordania para 2017-2018 se hizo referencia explícita a los resultados de la encuesta. Las actividades de divulgación en las comunidades, dirigidas por la dependencia de protección de cada comunidad, también apoyaron la evaluación de las necesidades de los refugiados fuera de los campamentos en los países en que se realizaron estudios de caso. Los miembros del personal entrevistados consideraron que la interacción habitual con los líderes de la comunidad de refugiados era particularmente importante para conocer las reacciones y llegar a quienes no estaban en campamentos. Sin embargo, ese enfoque dependía en gran medida de la existencia de estructuras comunitarias de refugiados. En Malasia, por ejemplo, donde había pocas estructuras de ese tipo, la operación tuvo muchas dificultades para involucrar a los refugiados rohinyás. Los asociados y los miembros del personal entrevistados en el Camerún también destacaron los problemas para determinar las necesidades de las poblaciones dispersas en vastas zonas rurales.

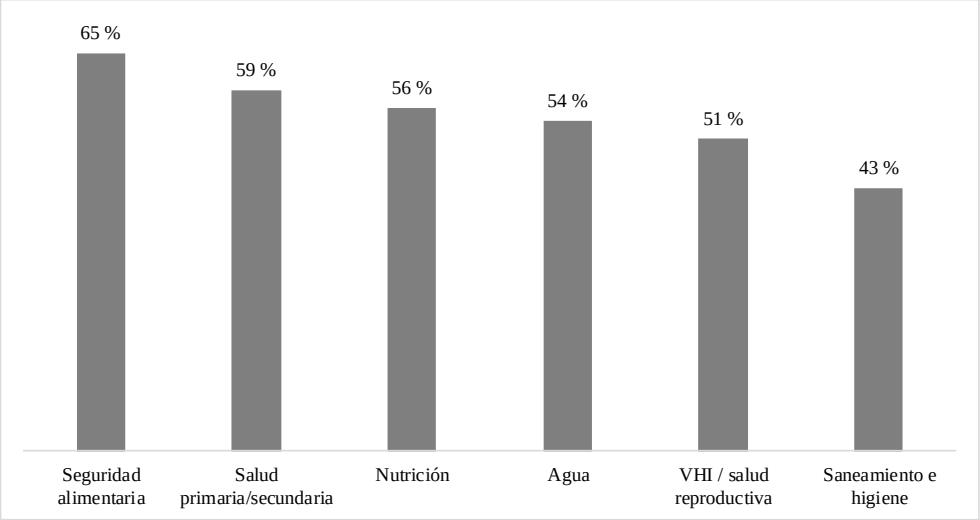
La Oficina calculó los fondos que precisaba sobre la base de las necesidades, pero la brecha entre necesidades y fondos disponibles obligó a las operaciones en los países a adoptar sus propios criterios para fijar las prioridades o seleccionar los objetivos de sus intervenciones de salud pública

25. Como se indica en la sección II, el ACNUR calcula las necesidades globales de financiación para cada año (plan de operaciones) sobre la base de las necesidades identificadas. A continuación se formula un presupuesto priorizado (operativo) basado en la disponibilidad real de fondos (véase A/AC.96/1180).

26. En lo que respecta a la programación en materia de salud pública para los refugiados, en 2017 el presupuesto operativo representó solo el 55 % de las necesidades globales de financiación. Por subsectores, el de seguridad alimentaria era el que tenía el porcentaje más elevado de las necesidades de financiación cubiertas a principios de año (65 %), seguido del de salud primaria y secundaria (59 %) (véase la figura V). El saneamiento y la higiene tenían el porcentaje más bajo (43 %). Sin embargo, dado que la seguridad alimentaria solo representaba el 2,4 % del presupuesto total del plan de operaciones (véase la figura VI), el presupuesto priorizado para seguridad alimentaria era pequeño en comparación con el de otros subsectores.

Figura V

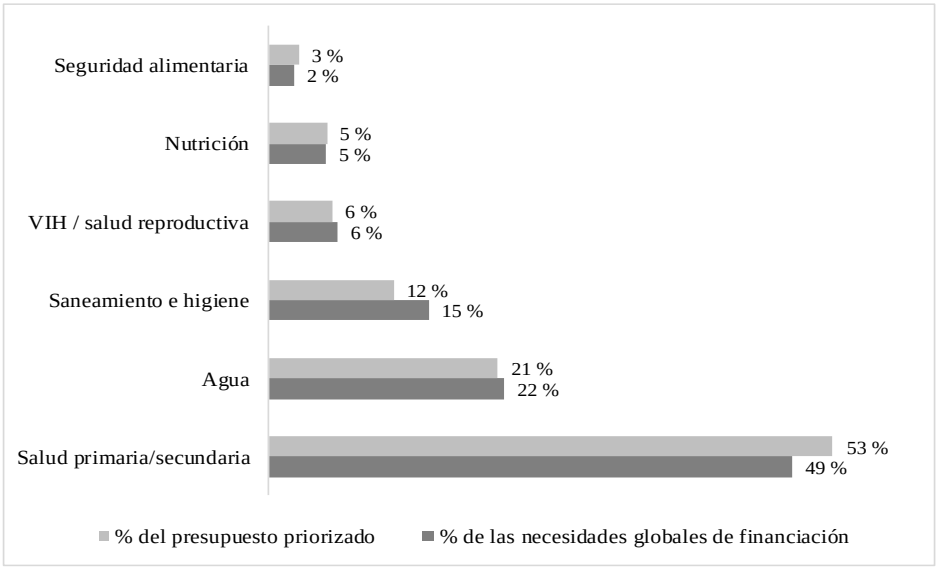
Porcentaje del presupuesto priorizado (operativo) en las necesidades globales de financiación (plan de operaciones) para programas de salud pública destinados a los refugiados, por subsector, en 2017



Fuente: sistema Global Focus Insight del ACNUR, presupuesto operativo y presupuesto del plan de operaciones para 2017.

27. Como se muestra en la figura VI, fue el porcentaje destinado a la salud primaria y secundaria, con el 49 % del presupuesto total del plan de operaciones, el que mayor aumento registró en el presupuesto operativo, hasta el 53 %. La parte destinada a saneamiento e higiene tuvo la merma más marcada, ya que pasó del 15 % en el presupuesto del plan de operaciones a solo el 12 % en el presupuesto operativo. Así pues, al asignar los fondos disponibles, el ACNUR puede haber dado prioridad a la salud primaria y secundaria sobre otros subsectores, en particular el del saneamiento y la higiene, en relación con las necesidades identificadas. Los miembros del personal entrevistados también observaron que, a nivel operativo, las prioridades de la administración a menudo influyeron en el nivel de compromiso con cada subsector.

Figura VI
Desglose de las necesidades globales de financiación (plan de operaciones) y del presupuesto priorizado (operativo), por subsector, en 2017



Fuente: sistema Global Focus Insight del ACNUR, presupuesto operativo y presupuesto del plan de operaciones para 2017.

28. Los grandes déficits de financiación y los fondos asignados a fines específicos por los donantes obligaron a las operaciones en los países a centrarse en subpoblaciones o priorizar las intervenciones según su propio criterio. Por ejemplo, en el Camerún, donde el porcentaje de necesidades financiadas se redujo considerablemente, pasando del 72 % en 2014 al 53 % en 2017, la operación adoptó un enfoque focalizado con arreglo al cual sus intervenciones de salud pública se limitaban a cinco categorías: menores de 5 años, embarazadas, emergencias, enfermedades crónicas y ancianos. En los grupos dirigidos de discusión, los refugiados expresaron una insatisfacción generalizada con ese enfoque y algunos miembros del personal y asociados señalaron que al seleccionar los objetivos no se habían tenido en cuenta los factores socioeconómicos. En Jordania, el presupuesto priorizado cubrió el 79 % de las necesidades globales de financiación, pero el déficit se acercó a 7,4 millones de dólares; se dio prioridad a las intervenciones en favor de los refugiados urbanos sirios sobre la base de las vulnerabilidades de los refugiados, que se evaluaron con arreglo al marco multisectorial de evaluación de vulnerabilidades vigente en la operación, y de la importancia de la intervención.

En general, la planificación de las fases posteriores a las de emergencia fue insuficiente

29. Los estudios de caso indicaron que la planificación temprana de las transiciones una vez superadas las fases de emergencia había sido insuficiente, en particular en lo que respecta al traspaso en su caso de las responsabilidades primarias de la prestación de servicios de salud pública a los refugiados y el apoyo a los sistemas nacionales de salud. En muchos casos, la transición no se empezó a planificar hasta que la operación comenzó a experimentar recortes de fondos. En el Pakistán, la estrategia del ACNUR de dejar gradualmente de prestar servicios de salud y centrarse en la integración en el sistema nacional fue impulsada en gran medida por los recortes de los donantes y por el programa de zonas de acogida de refugiados o afectadas por estos iniciado en 2009 por el Gobierno del Pakistán, tras mantener durante más de 30 años un sistema de

salud paralelo para las aldeas de refugiados[8]. El cese de la prestación directa en Malasia también se debió a las reducciones en la financiación. La División de Auditoría Interna comprobó en una auditoría realizada en 2016 que solo 2 de las 12 operaciones habían calculado los costos de las actividades de agua, saneamiento e higiene a efectos de planificación[9]. En Uganda, algunos interesados indicaron que la transición de un sistema de transporte de agua por carretera que consumía gran cantidad de recursos a un sistema de tuberías se había retrasado. El ciclo de financiación anual fue una de las limitaciones para la planificación a más largo plazo que se señalaron, aunque se compensaba en parte con la adopción de enfoques a más largo plazo, como el marco de respuesta integral para los refugiados. El Camerún comenzó a aplicar una estrategia plurianual de múltiples asociados en 2018, aunque la atención que se presta en ella a la salud es limitada.

30. Los estudios de caso también revelaron una preparación insuficiente para encarar los recortes en la financiación, a menudo inevitables, y la marcha de asociados a medida que las operaciones salían de las fases de emergencia. En Jordania, la operación no contaba con un plan de contingencia para la inminente partida del asociado en la operación que dirigía los programas de agua, saneamiento e higiene en los campamentos. En Uganda, los programas de agua, saneamiento e higiene también se vieron obstaculizados por la marcha de una serie de asociados cuando comenzó a declinar la financiación, a veces sin un traspaso adecuado de las responsabilidades, como se confirmó durante la observación de una reunión de coordinación a nivel de los campamentos. Además, si bien el Banco Mundial había colaborado en el fortalecimiento de los sistemas de salud pública en el Camerún, Jordania y Uganda, y los programas de salud del ACNUR estaban virando hacia el apoyo a la integración en los dos últimos países, se hallaron pocas pruebas de que se hubiera realizado una planificación amplia para lograr la participación de los asociados para el desarrollo en un proceso de transición gradual a nivel mundial.

B. La mayoría de los interesados calificaron de eficaces las intervenciones de salud pública de la Oficina; sin embargo, los resultados reales en esa esfera revelaron un desempeño más heterogéneo, y los refugiados afrontaron graves obstáculos para acceder a los sistemas nacionales de salud

Los resultados en la esfera de la salud pública variaron mucho según la operación, el subsector y el grupo de población, correspondiendo los mayores logros a la atención primaria

31. La mayor parte de los interesados calificaron de positivos los resultados del ACNUR en la esfera de la salud pública y el 92 % de los asociados y el 90 % de los miembros del personal encuestados consideraron que los resultados en materia de salud de los refugiados habían mejorado mucho o algo durante el período que abarca el informe. En tres estudios de caso, los miembros del personal y los asociados entrevistados señalaron que los refugiados en zonas no urbanas recibían mejores servicios de atención de la salud que los nacionales de los países de acogida, y los representantes de los Gobiernos del Camerún y Uganda elogiaron la respuesta sanitaria de emergencia del ACNUR. Sin embargo, la mayoría de los refugiados que participaron en grupos dirigidos de discusión en los cuatro países en que se realizaron estudios de caso expresaron descontento con la calidad y disponibilidad de los

[8] ACNUR, “Refugee health strategy 2014-2018: Pakistan”.

[9] Oficina de Servicios de Supervisión Interna (OSSI), División de Auditoría Interna, “Report 2016/027: audit of the arrangements for water, sanitation and hygiene programmes in the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees”, 28 de marzo de 2016.

servicios de salud recibidos, tanto en las zonas urbanas como en los campamentos, y mencionaron a ese respecto la reducción de la cobertura por los recortes en los recursos, la falta de servicios de especialidad, la escasez de medicamentos y alimentos, y la estigmatización por parte de algunos miembros del personal.

32. Los mejores resultados se obtuvieron en la atención primaria de la salud, que representó la mayor proporción del gasto en salud pública del ACNUR (véase el cuadro 2). La atención primaria de la salud fue calificada de buena o excelente por el 88 % del personal (véase la figura VII), y tanto los miembros del personal como los asociados consideraron que era el subsector más alineado con las necesidades de los refugiados (véase la figura VIII). Los estudios de caso pusieron de manifiesto varios logros en los servicios de atención primaria de la salud a lo largo del período. En el Camerún, la tasa de utilización de los establecimientos de salud pasó de 0,34 en 2013 a 1,04 en 2015, según datos del sistema de información sanitaria, a lo que se sumó un aumento en la construcción de establecimientos y la rehabilitación de varios. En Uganda, la tasa de mortalidad bajó y los miembros del personal y los asociados entrevistados calificaron los resultados de positivos. Un análisis de los datos del sistema de información sanitaria sobre 18 operaciones mostró que la tasa bruta media de mortalidad de 0,25 alcanzada en 2017 en los campamentos era considerablemente inferior a la tasa de 8,2 que se había registrado entre los nacionales del país de acogida en la misma muestra[10]. En 2017, el ACNUR y sus asociados lograron contribuir a la gestión de múltiples brotes de enfermedades entre los refugiados, como los de cólera, malaria, sarampión o fiebre tifoidea, en varios países africanos y en Bangladesh[11].

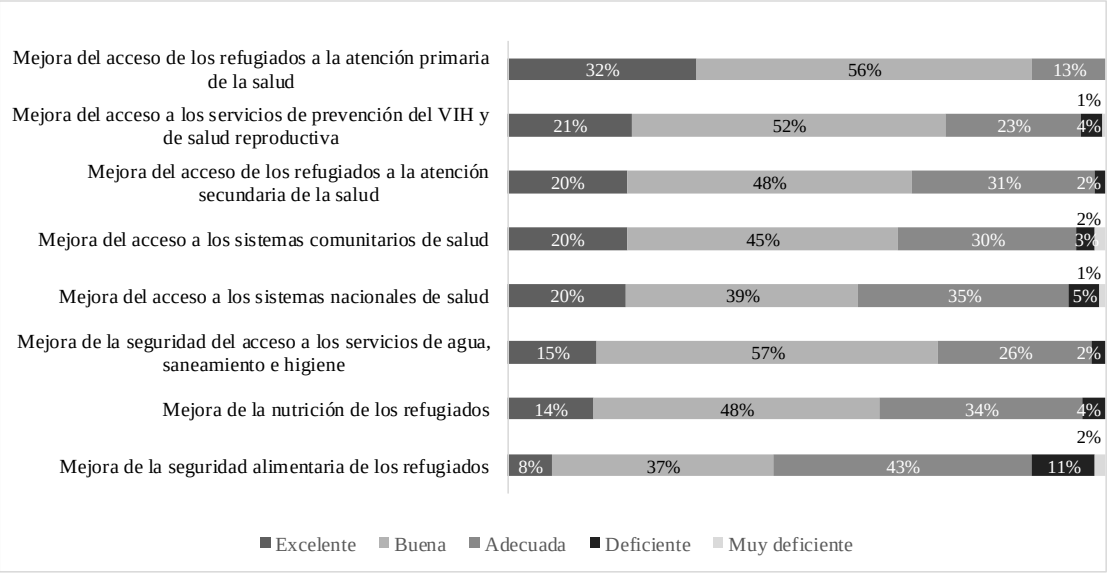
Cuadro 2
Composición del gasto de salud pública en los refugiados y solicitantes de asilo
(En porcentaje)

Subsector	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
Atención primaria/secundaria de la salud	52	53	57	54
Abastecimiento de agua	14	15	13	21
Saneamiento e higiene	14	14	14	11
Nutrición	7	7	6	5
VIH y salud reproductiva	6	7	6	6
Seguridad alimentaria	7	4	3	3

Fuente: sistema Global Focus Insight y plataforma Gestión de Sistemas, Recursos y Personal del ACNUR.

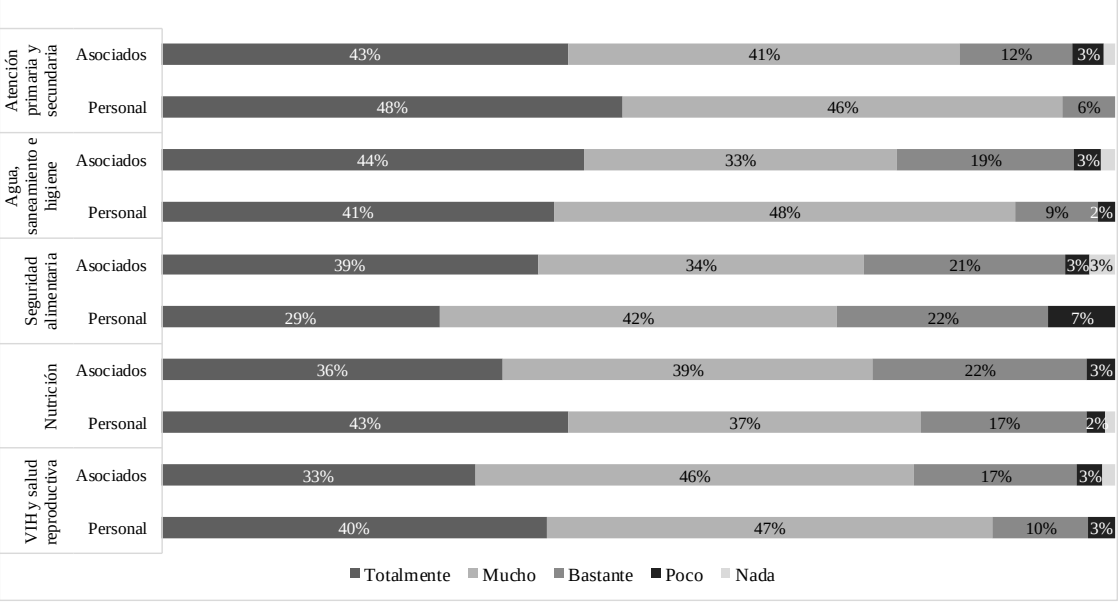
[10] Banco Mundial, “Tasa de mortalidad, bruta (por cada 1.000 personas)”, datos de libre acceso del Banco Mundial correspondientes a 2016.
[11] ACNUR, “UNHCR public health: 2017 annual global overview”, 2018.

Figura VII
Percepciones del personal sobre el desempeño de la Oficina en la esfera de la salud pública, 2014-2018 (157 miembros del personal)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR.

Figura VIII
Perspectivas del personal y los asociados sobre la adecuación de las actividades de salud pública a las necesidades de los refugiados (126 miembros del personal y 102 asociados)



Fuente: Encuestas de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR y a los asociados del organismo.

33. Un análisis de los indicadores de salud de los 18 países que presentaron informes al sistema de información sanitaria reveló un panorama más heterogéneo en los resultados de salud primaria. La tasa de mortalidad de menores de 5 años se redujo en 11 países y aumentó en 7, pero la media de la muestra total empeoró, ya que pasó

de 0,48 a 0,58 entre 2014 y 2018[12]. En salud reproductiva, 14 de los 18 países registraron mejoras en la proporción de partos asistidos por personal sanitario calificado. En cuanto a la morbilidad de menores de 5 años, el ACNUR logró gestionar varios picos durante el período, como los ocasionados por los brotes de malaria en Etiopía en 2016 y de diarrea acuosa en el Camerún en 2015, pero fue menos eficaz en detener el aumento constante de la morbilidad de los menores de 5 años desde 2016 a raíz, por ejemplo, de las infecciones de las vías respiratorias inferiores en Bangladesh o la malaria en la República del Congo. No se dispuso de datos sobre los resultados de salud fuera de los campamentos.

34. La atención secundaria de la salud, a menudo prestada en establecimientos nacionales, y las remisiones fueron consideradas problemáticas en varias operaciones en los países por muchos de los interesados entrevistados. El costo de las remisiones, las distancias y el transporte a los hospitales de remisión, así como la brecha entre los recursos y las necesidades, fueron los factores más problemáticos, aunque en 2017 el sistema de remisión en el 86 % de los países cubiertos por el sistema de información sanitaria se regía por procedimientos operativos estándar[13]. Los miembros del personal encuestados también dieron la calificación más baja a la atención secundaria de la salud y solo el 44 % de ellos la consideró buena o excelente.

35. El apoyo a la seguridad alimentaria de los refugiados se presta en el marco de un enfoque conjunto establecido con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), con arreglo a un memorando de entendimiento global de 2011 por el que el PMA asume la responsabilidad de prestar la asistencia alimentaria y ambos organismos llevan a cabo evaluaciones, actividades de seguimiento y análisis conjuntos. Tanto los asociados como los miembros del personal consideraron que el subsector de la seguridad alimentaria era el que menos se adecuaba a las necesidades de los refugiados, lo que se explica por la menor financiación y la concentración de esa financiación en un número limitado de operaciones. Las deficiencias resultantes también quedaron patentes en el elevado número de quejas de los refugiados durante los grupos dirigidos de discusión.

36. En 2017, la prevalencia de la malnutrición aguda a escala mundial disminuyó en 8 de los 36 emplazamientos en Djibouti, Etiopía, Mauritania y Sudán del Sur en que había sido elevada antes de 2017[14]. La prevalencia del retraso en el crecimiento también disminuyó en el 14 % de esos 36 emplazamientos. Un análisis secundario de los datos del ACNUR demostró que el 37 % de los indicadores nutricionales de 22 países entre 2014 y 2017 estaban por encima del nivel mínimo o se aproximaban a este (véase la figura IX).

37. La ejecución de actividades en las esferas del agua, el saneamiento y la higiene registró resultados desiguales. En 2017, mientras en Oriente Medio y África del Norte y en Asia se alcanzaba el nivel mínimo de litros de agua por persona y día en todos los emplazamientos, en África solamente se llegó a ese nivel en el 58 % de los emplazamientos. En cuanto a la construcción de letrinas, en 2017 se logró el nivel mínimo en todos los emplazamientos en Oriente Medio y África del Norte, en Asia se llegó al 92 % y en África, al 78 %[15]. Las visitas sobre el terreno pusieron de relieve algunas consecuencias imprevistas de la planificación y la ejecución de servicios de agua, saneamiento e higiene, como el destrozo de letrinas colectivas en Jordania y el espacio insuficiente y las fosas sépticas llenas en el Camerún.

[12] Las comparaciones pueden estar afectadas por los cambios en los contextos y la mejora en la notificación de la mortalidad.

[13] Informes anuales de salud pública del ACNUR.

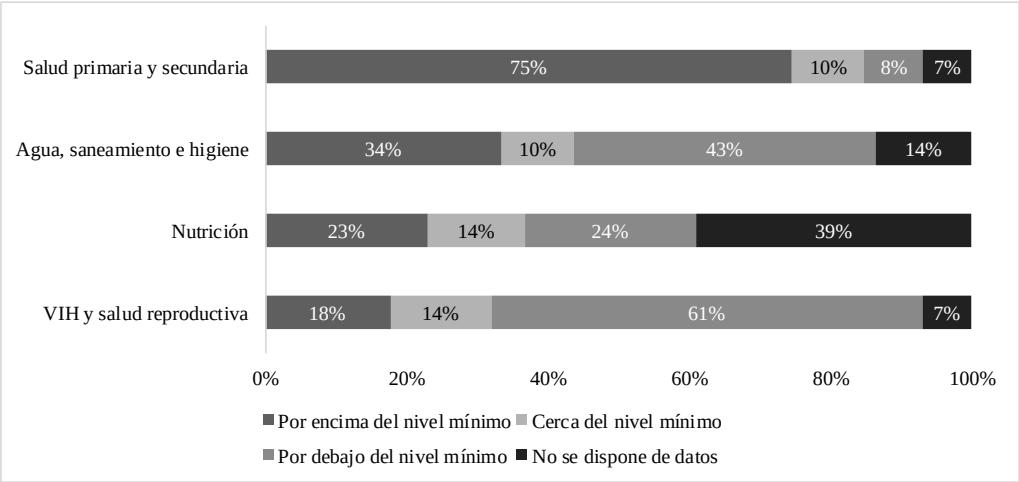
[14] ACNUR, base de datos de la encuesta normalizada ampliada de nutrición, 2015-2017.

[15] Informes anuales de salud pública del ACNUR.

38. El análisis de 13 indicadores de salud pública[16] de los informes anuales del ACNUR[17] puso de manifiesto que la atención primaria de la salud era el subsector de mayor éxito en términos de cumplimiento de los niveles mínimos y el de salud reproductiva era el que salía peor parado (véase la figura IX), y que había una carencia considerable de datos sobre el subsector de la nutrición. Entre 2014 y 2017 se deterioraron los porcentajes tanto de los indicadores en que se llegaba al nivel mínimo como de los que no alcanzaban ese nivel, como se muestra en la figura X.

Figura IX

Porcentaje de niveles mínimos alcanzados en la esfera de la salud pública, por subsector, en el período 2014-2017, en 22 países

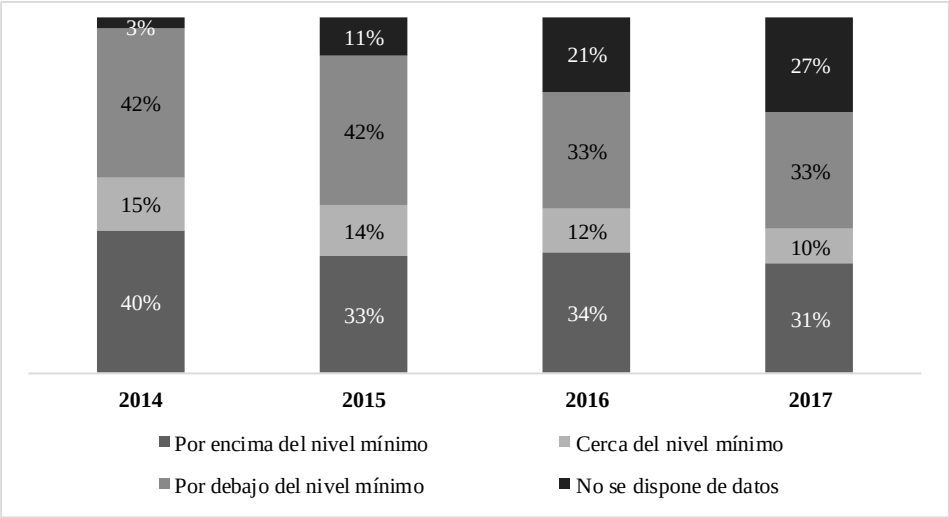


Fuente: informes anuales de salud pública del ACNUR, muestra de 13 indicadores.

[16] Tasa bruta de mortalidad; tasa de mortalidad de menores de 5 años; tasa de utilización de los servicios de salud; cobertura de la atención prenatal; asistencia cualificada en los partos; cobertura de la atención postnatal; tasa de uso de anticonceptivos; prevención de la transmisión maternoinfantil; malnutrición aguda total; malnutrición aguda grave; retraso del crecimiento; promedio de litros de agua por persona y día; y promedio de personas por letrina colectiva.

[17] Correspondiente a los 22 países sobre los que se dispuso de datos.

Figura X
Comparación de los indicadores de salud pública en función de los niveles mínimos, por año, en el período 2014-2017, en 22 países



Fuente: informes anuales de salud pública del ACNUR, muestra de 13 indicadores.

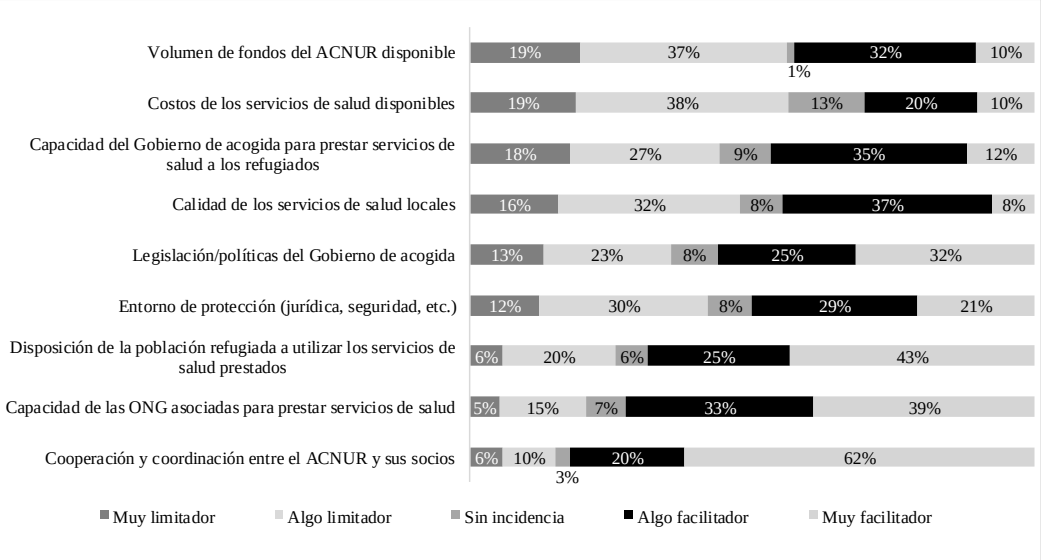
39. El ACNUR también tuvo un desempeño desigual según el grupo de población de refugiados. Mientras que el 73 % de los miembros del personal consideraron que las necesidades de los niños se cubrían totalmente o en su mayor parte, solo el 33 % dijeron lo mismo respecto de las personas con discapacidad o la población refugiada lesbiana, gai, bisexual, transgénero y *queer*. Las personas entrevistadas y las que participaron en grupos dirigidos de discusión también señalaron deficiencias en la determinación de las necesidades y la programación para las personas con discapacidad. En lo que se refiere a los estudios de caso, se hallaron disparidades en la cobertura sanitaria de los refugiados sirios y no sirios en Jordania debido a las políticas gubernamentales y a los fines específicos a que asignaban sus fondos los donantes, y en la cobertura de los refugiados centroafricanos en el Camerún a causa de las medidas específicas destinadas a los grupos vulnerables.

40. Varias fuentes pusieron de manifiesto la existencia de disparidades entre los refugiados que se encontraban en campamentos y el resto de la población refugiada. Mientras el 79 % de los miembros del personal encuestados consideraron que las necesidades se satisfacían totalmente o en su mayor parte en los campamentos, solamente el 33 % se manifestaron en ese mismo sentido respecto de los refugiados que no vivían en campamentos. Según los resultados de la encuesta de acceso a los servicios de salud y su utilización, los refugiados fuera de los campamentos tenían dificultades para acceder a los servicios de salud. En el Iraq y en Egipto, el 50 % y el 42 % de los refugiados, respectivamente, sabían que tenían derecho a una atención de la salud gratuita o subvencionada. En Malasia, el 39 % de las mujeres tenían dificultades para acceder a los servicios de atención prenatal, aunque el 100 % tuvieron al menos una visita prenatal en 2016. En el Camerún, los servicios del ACNUR no incluyeron el suministro de alimento a los niños malnutridos de las zonas urbanas detectados en el marco de sus actividades en las comunidades. En el Chad, los refugiados fuera de los campamentos utilizaban instalaciones públicas con personal y equipo inadecuados.

Varios factores internos y externos contribuyeron al desempeño desigual de la Oficina en las intervenciones de salud pública

41. Los asociados y el personal calificaron la cooperación y la coordinación entre el ACNUR y sus asociados y la capacidad de los asociados para prestar servicios de salud como los dos factores facilitadores más importantes (véase la figura XI). El apoyo del personal directivo superior en las labores de programación y promoción se consideró un factor de éxito notable en dos operaciones visitadas. Los interesados entrevistados y los miembros del personal encuestados señalaron que la mayor dificultad era la falta de recursos suficientes. La escasez de recursos repercutió en la prestación de servicios en todos los países de los estudios de caso, ya que afectó al equipo, los suministros, los niveles de dotación de personal y las condiciones de vida de este, como corroboraron las observaciones realizadas en el Camerún, la República Unida de Tanzanía y Uganda[18], lo que dio lugar a un elevado volumen de trabajo y una gran rotación del personal de los asociados. Los interesados de dos países y los asociados que respondieron a la encuesta expresaron grave preocupación por la escasez de medicamentos y los retrasos en la adquisición internacional.

Figura XI
Perspectivas del personal de la Oficina respecto de los factores limitadores y facilitadores (159 miembros)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR.

En general, los refugiados pudieron acceder a los sistemas nacionales de salud, pero siguieron afrontando grandes obstáculos

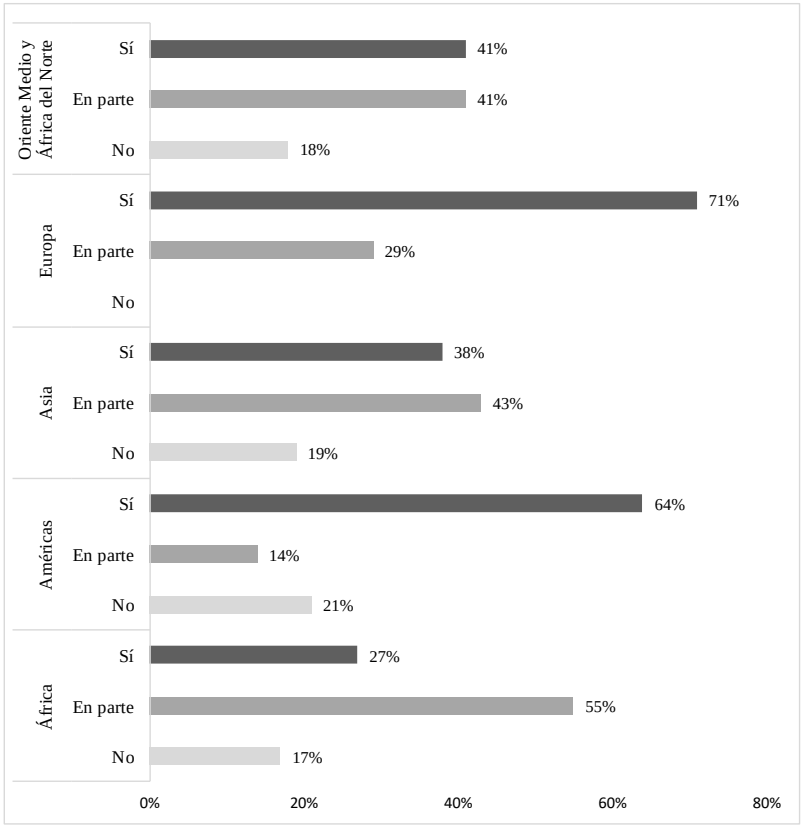
42. Según un instrumento de evaluación de la inclusión del ACNUR, los refugiados podían ejercer su derecho a acceder a los sistemas nacionales de salud en el 94 % de los países evaluados, pero el acceso seguía presentando obstáculos. Un ejercicio interno realizado en 2017 que abarcó 79 países puso de manifiesto la existencia de diferentes niveles de integración según la región (véase la figura XII). El ACNUR empleó diferentes enfoques para reducir esos obstáculos. En el Camerún, el ACNUR firmó un acuerdo con el Ministerio de Salud por el que se reconoció oficialmente la

[18] Las observaciones en la República Unida de Tanzanía las realizó la División de Auditoría Interna de la OSSI.

responsabilidad del Gobierno de permitir el acceso a los servicios nacionales y se concedió a los refugiados un descuento del 30 % sobre los honorarios. En 2018, el ACNUR negoció con éxito con el Ministerio de Salud de Malasia la extensión a los solicitantes de asilo de un descuento del 50 % sobre la tarifa cobrada a los extranjeros en los establecimientos públicos. En Uganda, la estrecha colaboración con las autoridades nacionales y de distrito y el marco de respuesta integral para los refugiados garantizaron la igualdad de acceso de los refugiados al sistema nacional y la inclusión de las comunidades de acogida en las instalaciones de los asentamientos de refugiados. En Jordania, se implantó un programa financieramente rentable destinado a proporcionar asistencia en efectivo para los servicios esenciales de salud en respuesta al cambio en la política gubernamental en materia de cobertura en 2015. En el Pakistán, los refugiados tuvieron igual acceso a los sistemas nacionales de salud y el ACNUR aplicó una estrategia de transición para mejorar la sostenibilidad, con especial atención a la salud maternoinfantil. A nivel mundial, el 59 % del personal de salud pública del ACNUR calificó positivamente la mejora en el acceso a los sistemas nacionales de salud (véase la figura XIII).

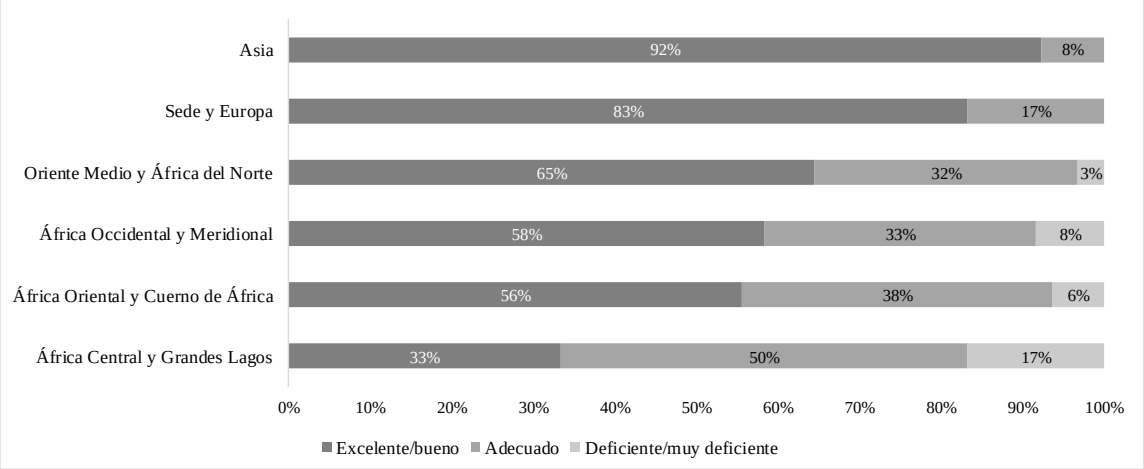
Figura XII

Operaciones en que los refugiados están integrados en los sistemas nacionales de salud



Fuente: ACNUR, “Herramienta de diagnóstico del ACNUR para alternativas a los campamentos: resultados globales 2017”.

Figura XIII
Perspectivas del personal de la Oficina respecto de la mejora en el acceso a los sistemas nacionales de salud, 2014-2018 (152 miembros del personal)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR.

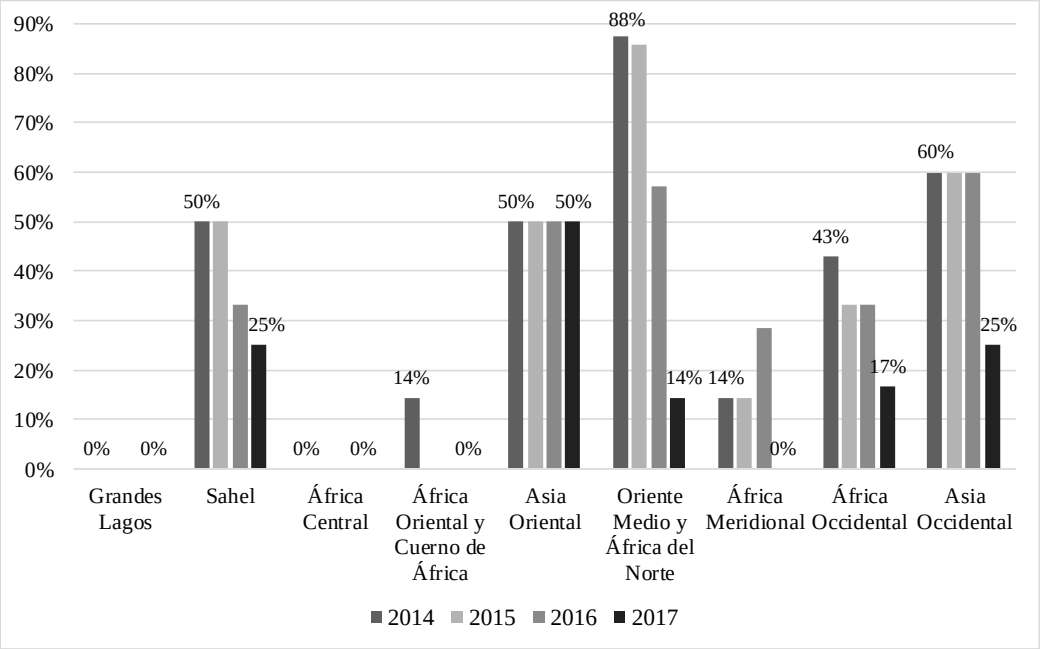
43. El ACNUR siguió afrontando limitaciones externas a la inclusión, relacionadas principalmente con las políticas de los Gobiernos de acogida, el estado de los sistemas nacionales de salud y el costo de los servicios nacionales de atención de la salud disponibles en las operaciones en los países. En la encuesta del personal, la legislación y las políticas de los Gobiernos de acogida fueron calificadas como un factor limitador por el 61 % del personal de salud pública en Oriente Medio y África del Norte y como un factor facilitador por el 83 % del personal en África Occidental. En Malasia, los interesados mencionaron el difícil entorno de protección y la falta de documentación jurídica como los factores que más obstaculizaban el acceso[19]. En Jordania, las personas entrevistadas señalaron que, debido a que el Gobierno había puesto fin a los subsidios a la cobertura sanitaria de los refugiados en 2018, el ACNUR se había visto obligado a adaptar sus criterios de admisibilidad. La integración en sistemas nacionales débiles, como en el Chad[20], planteó un dilema adicional, ya que las políticas de inclusión hacían necesario transigir con la calidad de los servicios a menos que se prestara un apoyo importante al sistema nacional en las zonas de acogida de refugiados. Los propios refugiados denunciaron los mismos obstáculos en distintos países, en particular la imposibilidad de pagar los servicios de atención de la salud por no tener derecho a trabajar, las largas distancias para llegar a los establecimientos de salud y la estigmatización cultural. La figura XIV muestra el impacto de algunos de esos obstáculos en el acceso a los servicios de salud reproductiva.

[19] Para más información, véase Fiona Leh Hoon Chuah *et al.*, “The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, núm. 120 (2018).

[20] Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, “Chad: humanitarian situation overview (August 2018)”, 9 de agosto de 2018.

Figura XIV

Proporción de países, por región, que indican que se garantiza el acceso a los servicios de salud materna y neonatal en igualdad de condiciones con los nacionales del país de acogida, 2014-2017



Fuente: Informes anuales de salud pública del ACNUR.

44. Para salvar los obstáculos de índole económica, el ACNUR introdujo planes de seguro médico para los refugiados en 14 países, 10 de los cuales contaban con planes plurianuales. Si bien diversos estudios sobre el seguro médico de base comunitaria en países de bajos ingresos demostraron que la cobertura del seguro tenía efectos positivos[21], los interesados de los países en que se realizaron estudios de caso mencionaron las dificultades que suponía para los refugiados la transición de un modelo de libre acceso a otro de pago de primas. En Malasia, un plan de seguro resultó financieramente insostenible debido a una promoción insuficiente y a la falta de un período de gracia para la inscripción, ya que los refugiados no lo suscribían hasta el momento en que preveían que empezarían a recibir facturas[22]. En diciembre de 2018, el ACNUR y la Organización Internacional del Trabajo examinaron conjuntamente la nota orientativa sobre los planes de seguro médico para los refugiados y otras personas de la competencia del ACNUR, aprovechando la experiencia adquirida en los diez años anteriores.

[21] Paul Spiegel, Rebecca Chanis y Antonio Trujillo, “Innovative health financing for refugees”, *BMC Medicine*, vol. 16, núm. 90 (2018).

[22] En 2017 y 2018, los pagos solicitados superaron las primas cobradas.

C. Las alianzas y la coordinación fueron elementos fundamentales para la eficiencia y la eficacia de la ejecución y en algunos casos se aprovecharon para subsanar deficiencias y limitaciones

La gestión y el seguimiento de los asociados en la ejecución fueron en su mayor parte positivos, pero se observaron dificultades relacionadas con demoras en la firma de los acuerdos y con la diversa capacidad de los asociados

45. El ACNUR prestó servicios de salud pública por mediación de asociados en la ejecución que recibieron fondos de la Oficina. La colaboración de los asociados en la ejecución estuvo regida por el Marco Ampliado para la Ejecución con los Asociados, en el que se detallan el proceso de selección, la firma de acuerdos anuales de asociación para proyectos y el seguimiento de la ejecución. En general, los interesados calificaron de positiva la labor de gestión y seguimiento del ACNUR de los asociados en la ejecución de proyectos de salud. Del total de asociados en la ejecución encuestados, el 77 % calificaron su colaboración con el ACNUR de buena o excelente, y los asociados entrevistados en operaciones como las del Camerún y Uganda calificaron de muy positiva su colaboración con el ACNUR. Los asociados y los miembros del personal convinieron en que los procesos relativos a los informes proporcionaban al ACNUR datos de calidad sobre las operaciones de los asociados en la ejecución (84 % y 90 %, respectivamente).

46. Sin embargo, un examen de 24 informes de auditoría de 2017 y 2018 sobre la gestión general de los asociados reveló que el seguimiento del desempeño había presentado deficiencias en el 67 % de las operaciones. Una serie de asociados entrevistados expresaron frustración porque los retrasos en la firma de los acuerdos de asociación para proyectos afectaban a la ejecución. Del total de operaciones auditadas en 2017 y 2018, el 42 % tuvieron retrasos en la firma de los acuerdos, y el 27 % de los asociados encuestados señalaron que la duración del proceso de selección e incorporación de asociados había afectado negativamente a la prestación de servicios. En Uganda, la implicación del Gobierno en la selección de los asociados en la ejecución comprometió el proceso, si bien posteriormente se adoptaron medidas para rectificar la situación[23].

47. Las entrevistas con los asociados y el personal y las visitas sobre el terreno revelaron diferencias considerables en la capacidad de los asociados y su disponibilidad. Además de las limitaciones de personal y equipo señaladas en el resultado B, se observaron deficiencias de capacidad organizativa en Jordania y Malasia, a pesar de la capacitación impartida por el ACNUR. El 35 % de los asociados en la ejecución encuestados se mostraron poco o nada satisfechos con las oportunidades de capacitación ofrecidas por el ACNUR, y la elevada rotación del personal y el declive en el número de organizaciones disponibles después de las fases de emergencia exacerbaron los problemas de capacidad. La disponibilidad de organizaciones no gubernamentales internacionales se vio afectada en algunos casos por las leyes de los Gobiernos de acogida.

48. Los estudios de caso pusieron de relieve las ventajas y desventajas de consolidar asociados o diversificarlos. En tres operaciones, la consolidación redujo la carga administrativa e hizo posible dar más responsabilidad a los asociados en la ejecución relativa a la prestación de servicios, en consonancia con las orientaciones de la estrategia mundial de salud pública, mientras que en otro caso, la diversificación redujo el riesgo de tener un solo asociado y abrió las puertas a la incorporación de asociados con capacidades más especializadas. Todos los estudios de caso pusieron de manifiesto que se habían hecho esfuerzos para lograr que los asociados locales y

[23] OSSI, División de Auditoría Interna, “Report 2018/097: audit of the operations in Uganda for the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees”, 17 de octubre de 2018.

nacionales se comprometieran con la mejora de la sostenibilidad, en consonancia con el Gran Pacto de 2016.

Los estudios de caso revelaron algunas debilidades en la coordinación con los organismos de las Naciones Unidas

49. Las alianzas operacionales del ACNUR evidenciaron algunas dificultades, en particular con los organismos de las Naciones Unidas, debido en parte a las diferencias en los mandatos y los enfoques. Si bien la mayor parte del personal y los asociados (91 % y 83 %, respectivamente) consideraron que el reparto de funciones y responsabilidades entre el ACNUR y los asociados no pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas era claro y estaba bien definido, un porcentaje solo ligeramente menor (86 % de los miembros del personal y 80 % de los asociados) opinó que lo mismo podía decirse respecto de los asociados que sí pertenecían a las Naciones Unidas. El ACNUR tiene un memorando de entendimiento global con la Organización Mundial de la Salud, que desempeña una función más normativa y es el principal interlocutor de los Ministerios de Salud a nivel nacional, pero los estudios de caso aportaron pocos ejemplos de promoción conjunta o responsabilidades claras en relación con el fortalecimiento de los sistemas de salud. Las personas entrevistadas sobre el terreno mencionaron dificultades con el Programa Mundial de Alimentos, con el que el ACNUR también tiene un memorando de entendimiento global y lleva a cabo misiones conjuntas de evaluación y actividades de seguimiento y de planificación. La relación varió de un país a otro y fue muy deficiente en un estudio de caso, en el que afectó a la prestación de asistencia alimentaria a un nivel adecuado para satisfacer las necesidades.

50. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrolla en todo el mundo labores relacionadas con la nutrición de menores de 5 años, la salud escolar y el agua, el saneamiento y la higiene, pero su implicación varió considerablemente de una operación a otra, lo que hizo imposible adoptar enfoques y colaborar sistemáticamente. En Jordania, el UNICEF ejecutó un programa de agua, saneamiento e higiene, con el ACNUR en funciones de seguimiento. Si bien las alianzas operacionales aportaron capacidad y recursos adicionales, las diferencias en los enfoques, las estructuras de gobierno y las relaciones con los donantes también plantearon dificultades al ACNUR, habida cuenta de su función de “proveedor de última instancia”. Los asociados y los miembros del personal entrevistados mencionaron la competencia por los fondos como un desafío para las relaciones.

El enfoque de inclusión hizo necesario fortalecer las alianzas con los Gobiernos y las entidades dedicadas al desarrollo

51. Las alianzas con los Gobiernos a nivel nacional y local facilitaron el acceso en diverso grado en todos los estudios de caso, como se señala en el resultado B, y paliaron, en diversa medida, la presión ejercida sobre los servicios de acogida durante las grandes afluencias de refugiados. El marco de respuesta integral para los refugiados aplicado en Uganda brindó un marco sólido para la inclusión. En el Camerún, el enfoque consistente en mejorar las instalaciones nacionales y permitir el acceso de las comunidades de acogida ayudó a mejorar los servicios de salud para las poblaciones de acogida y de refugiados en zonas que antes estaban desatendidas.

52. A fin de promover la integración y el fortalecimiento de los sistemas de salud y de afrontar las limitaciones de recursos, algunas operaciones establecieron vínculos con entidades dedicadas al desarrollo, como el Banco Mundial. Uganda recibió 50 millones de dólares en financiación del Banco Mundial a través de la iniciativa de Empoderamiento de los Refugiados y la Población de Acogida para mejorar los servicios y acortar las distancias al desarrollo. En el Camerún y el Chad, se aprobaron paquetes de financiación del Banco Mundial en 2018 para mejorar los servicios a los

refugiados, incluidos los de salud, por valor de 274 millones de dólares y 60 millones de dólares, respectivamente. En el Camerún también se aplicó la estrategia plurianual de múltiples asociados, y en el Pakistán se adoptó un enfoque orientado al desarrollo en la transferencia de las responsabilidades de salud de los refugiados al Gobierno de acogida. En 2017, la financiación disponible para desarrollo fue en torno a nueve veces mayor que la financiación para fines humanitarios, lo que brindó una oportunidad de mitigar la disminución de los fondos[24].

La Oficina utilizó su poder de convocatoria para prestar servicios coordinados de salud pública

53. El ACNUR facilitó la coordinación a nivel operativo para evitar duplicaciones en la prestación de servicios. Del total de encuestados, el 89 % de los asociados y el 96 % de los miembros del personal convinieron en que la coordinación garantizaba la complementariedad en los servicios y evitaba duplicaciones, y el 95 % de los miembros del personal indicaron que la coordinación permitía superar las deficiencias y satisfacer las necesidades. Los estudios de caso y las entrevistas a los asociados aportaron ejemplos en ese sentido. En Uganda, el ACNUR codirigió con la administración de distrito la coordinación de más de 30 asociados en el subsector del agua, el saneamiento y la higiene, labor que, según los interesados, funcionó muy bien. En Malasia, el grupo de trabajo sobre salud reunió a asociados gubernamentales y en la ejecución para afrontar problemas comunes.

54. Las alianzas con las comunidades de refugiados brindaron oportunidades para la participación comunitaria, una difusión más efectiva de los mensajes y el aumento de la sostenibilidad. Las alianzas funcionaron particularmente bien en la región de Oriente Medio y África del Norte, donde el 80 % de los miembros del personal calificaron esa colaboración de buena o excelente, frente al rango del 62 % al 68 % que se obtuvo en otras regiones. En el Camerún y Uganda, los miembros de las comunidades debían ocuparse del mantenimiento de la infraestructura de agua, saneamiento e higiene, incluidos los pozos de sondeo. En el Pakistán, los comités de refugiados se hicieron cargo de los fondos comunitarios y supervisaron los establecimientos de salud. Sin embargo, los refugiados que participaron en grupos dirigidos de discusión se quejaron de falta de comunicación con el ACNUR.

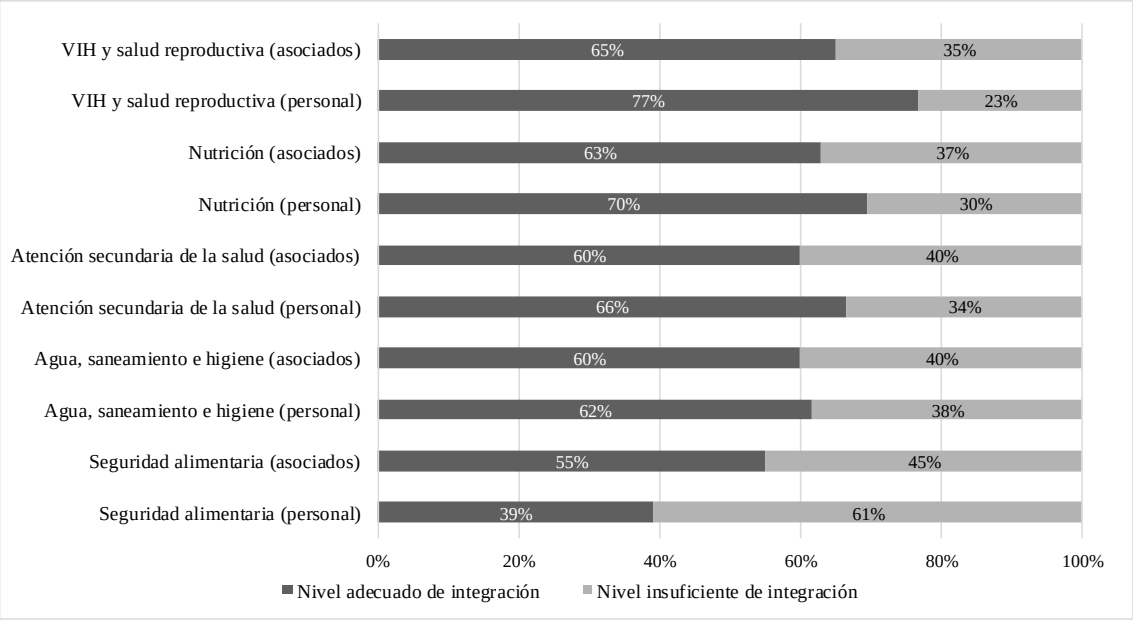
D. La insuficiente integración entre los subsectores de la salud pública y entre la salud pública y los sectores de la protección, la educación y el alojamiento, así como el inadecuado seguimiento a nivel mundial de los resultados en materia de salud, dificultaron la ejecución eficaz y eficiente de los programas de salud pública

El nivel de integración entre la atención primaria de la salud y otros subsectores varió de un país a otro, pero en general fue limitado en el caso de la seguridad alimentaria

55. A nivel mundial, los asociados y los miembros del personal de salud pública encuestados consideraron que el subsector del VIH y la salud reproductiva era el que estaba más integrado con la atención primaria de la salud, seguido de los subsectores de la nutrición, la atención secundaria de la salud y el agua, saneamiento e higiene (véase la figura XV). Se consideró que el subsector de la seguridad alimentaria era el menos integrado.

[24] 147.000 millones de dólares frente a 16.500 millones (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)).

Figura XV
Percepciones de los asociados y el personal respecto de la integración entre el subsector de la atención primaria de la salud y los demás subsectores (113 asociados y 152 miembros del personal)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR y a los asociados del organismo.

56. El personal manifestó de manera generalizada que era conveniente incluir el subsector del agua, saneamiento e higiene en el programa de salud pública. Sin embargo, el personal destinado en tres de los cuatro países de los estudios de caso en que se realizaron actividades destinadas a ese subsector indicó que la integración del subsector en el programa general de salud pública era insuficiente. Uno de esos países era Uganda, donde, aunque la estrategia nacional de salud pública incluía el subsector de agua, saneamiento e higiene, los asociados y miembros del personal señalaron que faltaba armonización entre los programas de promoción de la higiene ejecutados por los asociados dedicados a ese subsector. La División de Auditoría Interna también recomendó, en una auditoría de los programas de agua, saneamiento e higiene a nivel mundial efectuada en 2016, que la División de Gestión y Apoyo a los Programas velara por que se mejorase la colaboración entre los dos subsectores en materia de concienciación sobre la higiene.

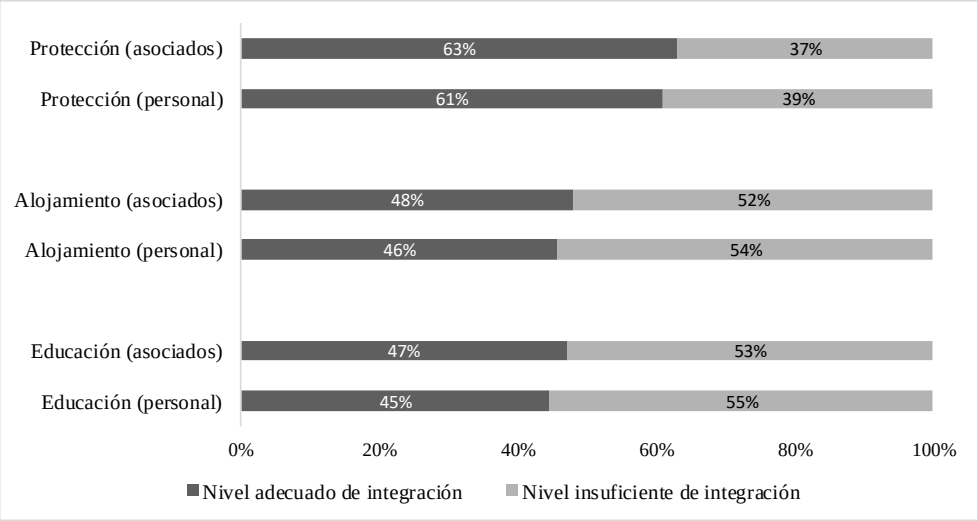
57. Cierto número de miembros del personal en la sede y en operaciones en los países consideraron que el hecho de que cada subsector contara con su propio presupuesto dificultaba la prestación integrada de los servicios. Algunos mencionaron que la financiación para fines específicos contribuía a la aplicación de un enfoque fragmentado en determinadas esferas especializadas de la salud, y que eso afectaba a la planificación y la ejecución integradas.

El personal de salud pública opinó que dentro del propio organismo no se percibía la salud como parte del mandato básico de protección del ACNUR, y la integración con los sectores de la educación y el alojamiento se consideró insuficiente

58. Pese a que en la estrategia mundial de salud pública se puso de relieve el estrecho vínculo existente entre la salud pública y la protección, el personal de salud pública

entrevistado fue de la opinión de que garantizar el acceso a la atención de la salud no se percibía de manera generalizada como una cuestión de protección y, por consiguiente, no se le daba la prioridad adecuada en el ACNUR. Varios miembros del personal de la sede, tanto del sector de la salud pública como de otros sectores, señalaron además que había un debate más amplio dentro del organismo sobre si la prestación de servicios básicos, incluidos los de salud, era un componente de su mandato de protección. A nivel mundial, el 63 % de los asociados y el 61 % de los miembros del personal opinaron que el grado de integración entre la salud pública y la protección era adecuado (véase la figura XVI), y en los estudios de caso se hallaron algunos ejemplos de colaboración en la respuesta a la violencia sexual y por razón de género.

Figura XVI
Percepciones de los asociados y del personal sobre la integración entre el sector de la salud pública y otros sectores (113 asociados y 156 miembros del personal)



Fuente: Encuesta de la OSSI al personal de salud pública del ACNUR y a los asociados del organismo.

59. Los asociados y los miembros del personal entrevistados en los países en que se realizaron estudios de caso consideraron en general que la coordinación entre el sector de la salud pública y otros sectores, incluido el de la protección, era efectiva en los campamentos, donde había una interacción habitual entre los diferentes sectores y todos ellos informaban a la administración del campamento. Sin embargo, en la sede y las oficinas en los países, el personal observó que en general no se aplicaba un enfoque multisectorial en la programación, incluidos los vínculos estructurales, y que el personal de protección se implicaba en los programas de salud pública solamente con fines concretos y en gran medida en función de los intereses y las relaciones individuales.

60. Menos de la mitad de los asociados y miembros del personal de salud pública encuestados consideraron que el nivel de integración con los sectores del alojamiento o la educación era adecuado, como se muestra en la figura XVI. Algunos señalaron que la labor del UNICEF al frente de la educación en muchos países, que incluía los programas de salud escolar para los refugiados, podía explicar la desconexión con el sector de la educación. Los miembros del personal encuestados y entrevistados mencionaron otras esferas en que una mayor coordinación intersectorial redundaría en la mejora de los resultados de salud de los refugiados, entre ellas las de la salud mental y el apoyo psicosocial (protección) y las de divulgación y movilización comunitarias (protección a nivel de las comunidades). Los miembros del personal y los asociados también

destacaron la importancia de la asistencia en efectivo y de una mayor integración entre la programación en materia de salud pública y los medios de subsistencia, tanto para garantizar la seguridad alimentaria como para superar los obstáculos de índole económica a los servicios de salud.

Los resultados de salud de los refugiados fueron objeto de seguimiento y se utilizaron para orientar la programación en los países, pero el seguimiento a nivel mundial presentó lagunas

61. El ACNUR utiliza el sistema de información sanitaria para recopilar datos clínicos y epidemiológicos normalizados sobre los refugiados, distribuidos en 22 categorías y 2.513 indicadores. En 2017, el sistema se utilizó en campamentos y emplazamientos de 18 países[25]. También se obtuvieron datos sobre los resultados de salud de los refugiados de los informes de los asociados en la ejecución y, en un número limitado de países, de las encuestas de acceso a los servicios de salud y su utilización, las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas y las encuestas normalizadas ampliadas de nutrición, ya mencionadas en el resultado A. En total se evaluaron 80 establecimientos de salud de siete países con arreglo a un cuadro de mando integral. A nivel nacional y subnacional, la mayoría de los asociados y miembros del personal de salud pública encuestados consideraron que los sistemas de reunión de datos del ACNUR eran adecuados para hacer un seguimiento de las actividades y los resultados en materia de salud pública (78 % de los asociados y 89 % de los miembros del personal), y que el personal de dirección de programas del ACNUR utilizaba los datos disponibles para adoptar decisiones sobre la programación en materia de salud pública (83 % de los asociados y 91 % de los miembros del personal).

62. A nivel mundial, la Sección de Salud Pública de la sede recopiló anualmente datos de las operaciones en los países y preparó informes mundiales y por países. Los datos incluyeron indicadores de salud de los refugiados por país y por emplazamiento recopilados mediante el sistema de información sanitaria, un conjunto de indicadores básicos de salud pública comunicados anualmente a través de la plataforma Twine por las operaciones en los países con un presupuesto de salud pública de 0,5 millones de dólares o más, y un cuestionario sobre la inclusión de los refugiados en los sistemas nacionales de salud, que se puso a prueba en 2018. A finales de 2018, se estaba desarrollando un nuevo sistema de información sanitaria para reemplazar la plataforma Twine.

63. Sin embargo, no se hizo un seguimiento exhaustivo de los resultados a nivel mundial, en particular en el caso de los refugiados fuera de los campamentos, por lo que no se dispuso de datos sobre los resultados en materia de salud de ese colectivo. En 2017, los datos del sistema de información sanitaria sobre las 18 operaciones en los países abarcaban 4,3 millones de refugiados alojados en campamentos o emplazamientos[26], que representaban tan solo el 58 % de la población de refugiados de esas operaciones y el 27 % de la población mundial de refugiados. Solamente había datos sobre los indicadores de salud pública relativos a 40 de las 62 operaciones que disponían de presupuesto de salud pública. Ocho de las 21 operaciones sobre las que no se comunicaron datos anuales tuvieron ese año un presupuesto de salud pública superior a 0,5 millones de dólares. Además, no se dispuso de un panorama cabal de los indicadores de salud pública ni siquiera en el caso de las 40 operaciones en los países que presentaron datos anuales, ya que solamente se recopilaban datos sobre los subsectores en que desarrollaba actividades el ACNUR en cada operación. La falta de datos completos y comparables de los países, así como de datos sobre los resultados de salud fuera de los campamentos, supuso un desafío para la labor de la sede y las oficinas

[25] ACNUR, “UNHCR public health: 2017 annual global overview”.

[26] El Iraq y Jordania también utilizan el sistema de información sanitaria, lo que suma 400.000 refugiados más, pero estos países no se incluyeron en los conjuntos de datos facilitados a la OSSI.

regionales de hacer un seguimiento de los niveles mínimos establecidos en la estrategia mundial de salud pública y asegurar un proceso de adopción de decisiones predecible para intervenir en diversos subsectores.

V. Conclusión

64. Para cumplir su mandato de que los refugiados puedan ejercer sus derechos a la atención de la salud, la seguridad alimentaria y el agua, el saneamiento y la higiene, el ACNUR ha puesto en marcha un programa de salud pública amplio y complejo en un contexto de creciente número de desplazados, recursos limitados y entornos de protección complicados. Por otra parte, la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes y la creciente implicación de los Gobiernos y los agentes de desarrollo representan una oportunidad de responder a esos desafíos. La importancia de los objetivos de salud pública y de sus resultados para los refugiados exige que esas intervenciones se integren plenamente como cuestiones de protección en la planificación y la ejecución a nivel mundial y nacional, lo que no siempre ha sido el caso. Además, es fundamental avanzar hacia enfoques estratégicos a más largo plazo para asegurar la continuidad de la prestación de los servicios cuando disminuyen la financiación y la participación de los asociados. El ACNUR y su personal dedicado y trabajador han realizado una labor admirable de prestación de una atención primaria de la salud de calidad, en particular en los campamentos, sujetos a importantes limitaciones, y han trabajado para reducir los obstáculos que impiden el acceso a los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para afrontar las realidades fuera de los campamentos, en particular en las crisis más prolongadas, y para que se optimicen las alianzas de las Naciones Unidas. La evolución reciente y las transiciones hacia la concepción de soluciones sostenibles, incluidas la financiación plurianual de múltiples asociados y la colaboración con los Gobiernos y los asociados para el desarrollo, constituyen un paso en la dirección correcta, pero la administración del ACNUR también debe velar por que se sistematice la planificación estratégica y por que la salud se integre plenamente en los procesos internos, la programación y la adopción de decisiones.

VI. Recomendaciones

65. La División de Inspección y Evaluación de la OSSI formula cinco recomendaciones importantes al ACNUR.

Recomendación 1: estrategia mundial de salud pública (resultados A y B)

66. En la próxima estrategia de salud pública, el ACNUR debería hacer más hincapié en la transición hacia un apoyo a los sistemas de salud más sostenible y basado en la inclusión, que comprenda orientaciones para las operaciones en los países sobre medidas e indicadores para calibrar los progresos en el camino hacia la inclusión, y definir y desarrollar el papel de la Oficina respecto del fortalecimiento de los sistemas de salud y la facilitación de la implicación de otros agentes en el tema de la salud pública de los refugiados.

Indicadores: incorporación en la estrategia mundial de salud pública posterior a 2018 de los elementos de inclusión mencionados.

Recomendación 2: planificación (resultado A)

67. El ACNUR debería planificar con visión de futuro y de manera estratégica a nivel de las operaciones para asegurar un compromiso sistemático con las necesidades y elaborar en una fase temprana alternativas para responder a las situaciones posteriores

a emergencias y de transición, integrando la salud pública en la planificación a nivel de las operaciones.

Indicadores: elaboración y seguimiento de orientaciones para la adopción de decisiones sistemáticas y basadas en datos empíricos sobre la implicación en la salud pública a nivel nacional; intercambio entre las operaciones de la experiencia adquirida en la planificación de transiciones; e incorporación en el nuevo marco de resultados, como parte del proyecto de renovación de la gestión basada en los resultados, de parámetros de planificación de escenarios a nivel de las operaciones.

Recomendación 3: datos (resultados A, B y D)

68. El ACNUR debería mejorar el seguimiento de los resultados de salud fuera de los campamentos, en particular basando en datos sus decisiones estratégicas.

Indicadores: inclusión en la estrategia de salud pública para después de 2018 de diferentes enfoques para mejorar el seguimiento de la salud de las poblaciones que viven fuera de los campamentos; labor continua de promoción ante los Gobiernos de los países de acogida sobre la recopilación, el desglose y la comunicación de datos básicos sobre los refugiados, incluidos datos de salud, cuando el entorno de protección lo permita; prestación de asistencia y capacitación para fortalecer la capacidad del personal del ACNUR y de los asociados en la ejecución para recopilar, analizar y utilizar datos de los programas; y ampliación del número o el ámbito de las encuestas de acceso a los servicios de salud y su utilización cuando sea factible.

Recomendación 4: alianzas (resultado C)

69. Para fortalecer las alianzas operacionales, el ACNUR debería mejorar los mecanismos de seguimiento concretos, específicos de los asociados, para hacer frente a posibles superposiciones o lagunas con los asociados de las Naciones Unidas y otros asociados en las operaciones y aplicar las enseñanzas extraídas de los proyectos experimentales plurianuales de múltiples asociados.

Indicadores: institucionalización de la programación plurianual de múltiples asociados y aprovechamiento de las enseñanzas extraídas del proyecto de renovación de la gestión basada en los resultados; inclusión de resultados a más largo plazo en el nuevo marco de resultados para que la planificación plurianual y el seguimiento de los resultados estén más en consonancia con los posibles procesos de planificación de los asociados operacionales.

Recomendación 5: integración (resultado D)

70. El ACNUR debería reforzar los vínculos multisectoriales dándoles mayor relieve en la próxima estrategia de salud pública para apoyar el aprendizaje y los vínculos internos, así como demostrando y documentando modelos de programación integrada que hayan dado buenos resultados en apoyo de la promoción de las necesidades de financiación a nivel interno y con los donantes.

Indicadores: documentación e intercambio de modelos de integración a nivel interno y con los donantes; mayor énfasis en los vínculos intersectoriales en la estrategia de salud pública posterior a 2018, incluida la forma de optimizar los vínculos a nivel nacional.

(*Firmado*) Heidi **Mendoza**
Secretaria General Adjunta de Servicios de Supervisión Interna
Marzo de 2019

Anexo

Observaciones oficiales formuladas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

En este anexo, la Oficina de Servicios de Supervisión Interna (OSSI) reproduce el texto íntegro de las observaciones recibidas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) sobre su evaluación. Esta práctica se ha instituido de conformidad con la resolución 64/263 de la Asamblea General, en atención a la recomendación del Comité Asesor de Auditoría Independiente.

Respuesta de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados a la evaluación de la Oficina de Servicios de Supervisión Interna

1. El ACNUR agradece a la División de Inspección y Evaluación de la OSSI la oportunidad de transmitir la respuesta de la administración a la evaluación de su programa de salud pública y, en particular, de su estrategia mundial de salud pública para el período 2014-2018. El ACNUR ha leído el informe de evaluación con gran interés, ha tomado nota de sus conclusiones y ha aceptado sus recomendaciones.

2. Desde que empezara a aplicarse la estrategia de salud pública para el período 2014-2018, se han producido cambios significativos en el entorno tanto interno como externo que han hecho que se preste más atención al carácter prolongado de muchas de las situaciones relacionadas con refugiados y al impacto subsiguiente en las comunidades de acogida y los sistemas de salud nacionales y locales, que a menudo ya disponen de recursos insuficientes. En consecuencia, existe una clara necesidad de que los agentes de desarrollo se impliquen en mayor medida, incluso en las respuestas rápidas a los refugiados, y de que se preste un apoyo más estratégico a los sistemas nacionales de salud. Durante los últimos 15 años, el ACNUR ha logrado avances continuos en esta esfera gracias a sus políticas y prácticas orientadas a mejorar la inclusión de los refugiados y otras personas de su competencia en los sistemas nacionales de salud. De hecho, el ACNUR observó con satisfacción que muchos de sus logros en esta esfera se mencionaron en el informe de evaluación.

3. Confiamos en que esta importante evaluación y sus recomendaciones enriquecerán aún más nuestros esfuerzos por ampliar y fortalecer la implicación de otros agentes en la respuesta a las cuestiones de salud pública de los refugiados en las situaciones de emergencia y posteriores a la emergencia, así como en el contexto de los campamentos y fuera de ellos. Con ese fin hemos facilitado el plan de acción del ACNUR en una matriz de respuestas de la administración en la que se indican las esferas estratégicas en las que tenemos la intención de centrarnos en los próximos años en respuesta a las recomendaciones.

4. Para concluir, expresamos nuestro agradecimiento a la División de Inspección y Evaluación de la OSSI por su evaluación de nuestra labor en la esfera de la salud pública, en particular a los equipos que colaboraron estrechamente con nosotros en ese trabajo.