



International
Labour
Organization



UNHCR
The UN Refugee Agency



Manual sobre la protección social de la salud para los refugiados

Enfoques, enseñanzas y herramientas prácticas
para evaluar las opciones de cobertura

Copyright © Organización Internacional del Trabajo y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2020
Primera edición 2020

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo y del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derechos de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a rights@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas por la Oficina Internacional del Trabajo y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

ISBN de la OIT: 9789220351871 (versión electrónica en PDF)
 9789220351888 (versión impresa)

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT y el ACNUR no implican juicio alguno por parte de la OIT o el ACNUR sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT o el ACNUR las suscriban.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la OIT o el ACNUR, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT visite nuestro sitio web: www.ilo.org/publns.

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas	v
Antecedentes y objetivo del manual	1
Definiciones y principios clave	5
Introducción: un enfoque gradual por pasos para evaluar y seleccionar las opciones de cobertura sanitaria para los refugiados	11
Paso 1: identificar los mecanismos de cobertura disponibles en el país	12
1.1 Mecanismos de financiación de los costos de atención de salud y su adaptación a la extensión de la cobertura	12
1.2 Lista de los diferentes mecanismos de financiación y de cobertura disponibles en el país	18
Paso 2: analizar la actual cobertura sanitaria de los refugiados e identificar las brechas	20
2.1 Cómo analizar la cobertura actual de los refugiados e identificar las brechas	21
2.2 Situación en el empleo y capacidad contributiva de los refugiados	23
Paso 3: evaluar las opciones disponibles para la inclusión de los refugiados	26
3.1 Contextos típicos de los países	27
3.2 Análisis detallado de los costos y la cobertura	31
3.3. Garantizar la equidad y fomentar la participación	35
Paso 4: participar en la promoción con las autoridades nacionales	36
Paso 5: preparar la implementación	39
5.1 Planificación de la inclusión	39
5.1.1 Planificación estratégica	39
5.1.2 Planificación práctica	41
5.1.3 Consecuencias presupuestarias de la transición a un régimen de protección social de la salud	42
5.1.4 Consecuencias de la supervisión	45
5.1.5 Consecuencias en la supervisión de la cobertura a nivel nacional	46
Anexo 1: Herramientas prácticas y plantillas	48
Inventario de políticas y estrategias nacionales de protección social de la salud	48
Compilación y evaluación de los regímenes de protección social de la salud	49
Anexo 2: Ejemplos de países	52
Glosario	56
Orientaciones de las normas de la OIT	63
Recursos adicionales	67

Agradecimientos

El presente manual ha sido elaborado conjuntamente por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la base de la combinación de los mandatos, la experiencia y los conocimientos especializados de ambas organizaciones. El propósito del manual es ayudar al personal del ACNUR y de la OIT a la hora de evaluar las opciones disponibles para incluir a los refugiados en los sistemas nacionales de protección social de la salud, facilitar la selección de una opción sostenible y planificar su aplicación.

El manual se ha preparado en el marco del programa de asociación PROSPECTS (*Improving Prospects for Host Communities and Forcibly Displaced Persons*; Mejorar las Perspectivas de las Comunidades de Acogida y las Personas Desplazadas por la Fuerza), financiado por el Gobierno de los Países Bajos. Esta asociación reúne a la Corporación Financiera Internacional, la OIT, el ACNUR, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial. Los asociados de PROSPECTS se han propuesto trabajar en los procesos humanitarios y de desarrollo empleando los sistemas de protección social para proporcionar un apoyo predecible y sostenible a las poblaciones desplazadas y las comunidades de acogida, más allá de los propósitos a corto plazo de la asistencia humanitaria internacional. La inclusión de los refugiados en los sistemas nacionales de protección social de la salud puede ofrecer soluciones sostenibles y eficaces en función de los costos que permitan dejar de recurrir a la asistencia humanitaria, especialmente en situaciones prolongadas. Por lo general, el planteamiento de reforzar los sistemas de protección social beneficia tanto a los refugiados como a las comunidades de acogida. Los sistemas de seguridad social sólidos actúan como importantes estabilizadores económicos y sociales a nivel regional y de los países.

En el presente documento se analizan los enfoques, los éxitos, los riesgos potenciales y las enseñanzas extraídas en relación con la extensión de la cobertura de la protección social de la salud a los refugiados. El propósito es aportar al personal encargado de la salud pública, la protección social y la programación, así como a los gestores de las operaciones en los países, elementos importantes que deberían tenerse en cuenta a la hora de estudiar las opciones para incluir a los refugiados en los sistemas nacionales de protección social de la salud.

El manual ha sido preparado por Olivier Louis dit Guérin, Heiko Hering, Shana Hoehler, Lou Tessier y Michael Woodman, y ha contado con las aportaciones de numerosos colegas de la sede y de las oficinas exteriores de la OIT y del ACNUR, en particular James Canonge, Samia Kazi Aoul, Maya Stern Plaza y Clara Van Panhuys.

Siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
CEACR	Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
CEACR	Committee on the Application of Recommendations and Standards
ISPA	<i>Inter Agency Social Protection Assessments</i> ; herramientas de evaluación interinstitucional de la protección social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
SPPOT	<i>Social Protection Policy Options Tools</i> ; herramientas sobre opciones de política en materia de protección social
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Antecedentes y objetivo del manual

El objetivo de este manual es orientar al personal de salud pública y de programas del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y al personal de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que trabaja en el ámbito de la protección social a nivel de los países en relación con las consideraciones y los pasos prácticos necesarios para evaluar las opciones de inclusión de los refugiados en los regímenes nacionales de protección social de la salud.

Este manual está basado en un conjunto de datos cada vez mayor que evidencian la importancia de la protección social de la salud y la cobertura sanitaria universal (CSU) para mejorar el estado de salud y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular las metas correspondientes a los ODS 1, 3 y 8, en lo que atañe a la disminución de la mortalidad y la morbilidad en todas las edades, la reducción de la pobreza, el hambre y la malnutrición, y la mejora de los medios de vida. La protección social de la salud es una herramienta que puede utilizarse en el contexto de una estrategia más amplia en materia de salud y protección social destinada a mejorar el estado de salud y la situación socioeconómica de los refugiados.

El ACNUR ha empleado los regímenes de protección social de la salud como una de las opciones para mejorar el acceso a los servicios de salud, en diferentes países y con distintos grados de éxito. Desde 2014, la OIT y el ACNUR han estado colaborando en la extensión de la protección social de la salud a los refugiados.

El 1 de julio de 2016, la OIT y el ACNUR suscribieron un nuevo memorando de entendimiento con el fin de iniciar una etapa de colaboración más estrecha entre las dos organizaciones en ocho ámbitos prioritarios comunes, incluida la extensión de la protección social. El acuerdo se centra en las soluciones a largo plazo para los refugiados y otras personas desplazadas por conflictos y persecuciones.

Muchos de los ejemplos que figuran en el presente manual proceden de evaluaciones conjuntas e intervenciones de apoyo técnico realizadas por la OIT y el ACNUR desde 2014. Dichas intervenciones se concentraron en países de África Occidental y Central.

La situación del acceso de los refugiados a la atención de salud varía de un país a otro, pero, en general, el ACNUR y los asociados humanitarios tienen dificultades para resolver las necesidades de atención de salud de los refugiados, entre otras, la de mantener niveles significativos de financiación humanitaria en situaciones prolongadas y la de evitar la creación o el funcionamiento continuo de sistemas de salud para los refugiados paralelos e insostenibles.

El ACNUR aboga por que los refugiados accedan a los servicios de salud por vías similares a las de los nacionales, y por que se observe la igualdad de trato, de conformidad con los instrumentos internacionales de derechos humanos y las normas de la OIT sobre protección social. Por lo tanto, cuando la provisión de protección de la salud para los nacionales es limitada, las opciones para los refugiados también pueden serlo.

Por consiguiente, es importante buscar enfoques sostenibles para asegurar el acceso de los refugiados a la atención de salud, en consonancia con el pacto mundial sobre los refugiados

y los esfuerzos nacionales destinados a extender la protección social. La inclusión de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud está directamente relacionada con la cuestión más amplia de la extensión de la protección social a la economía informal, que requiere la formulación de estrategias dirigidas a la integración progresiva, en estrecha correlación con los programas centrados en la integración económica.

Si en un país existen opciones de protección social de la salud (es decir, un servicio nacional de atención médica o un seguro social de salud; véanse las definiciones en la sección siguiente), la inclusión de los refugiados en los sistemas nacionales de salud puede mejorar el acceso de los refugiados, reducir los costos y evitar la duplicación de servicios. No obstante, para determinar si la aplicación de un régimen de protección de la salud servirá para que los refugiados puedan acceder mejor a la atención de salud deben conocerse las opciones de financiación de la salud existentes en cada país.

Mandato del ACNUR

El ACNUR es el organismo de las Naciones Unidas encargado de dirigir y coordinar la acción internacional para la protección de los refugiados y de trabajar con los gobiernos para alcanzar soluciones. Su objetivo principal es salvaguardar los derechos y el bienestar de los refugiados. Ello incluye asegurar el acceso a los servicios, incluidos los servicios de salud. Los programas de salud pública del ACNUR se basan en los principios universales de los derechos humanos. La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 establece que los refugiados deberían tener un acceso a los servicios sanitarios equivalente al de la población de acogida (art. 23, Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951). La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art. 25) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 11 y 12) también establecen que toda persona, incluidos los refugiados, tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de vida por circunstancias independientes de su voluntad, así como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

A este respecto, el ACNUR promueve la inclusión de los refugiados en los sistemas nacionales de salud y alienta a los gobiernos a permitir que los refugiados accedan a los servicios de salud disponibles, en igualdad de condiciones que los nacionales. Inicialmente, es habitual que existan obstáculos para acceder a los servicios públicos debido al costo, al hecho de no reunir las condiciones que dan derecho a percibir las prestaciones de los servicios de protección social, a la exclusión de los servicios o a la ubicación geográfica. La Declaración de Nueva York expone un criterio para dar una respuesta más integral y predecible a estas crisis, conocida como el marco de respuesta integral para los refugiados, que forma parte del pacto mundial sobre los refugiados aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018, y que insta a prestar un mayor apoyo a los refugiados y a los países que los acogen.¹

¹ <https://www.unhcr.org/comprehensive-refugee-response-framework-crrf.html>

Mandato de la OIT

La OIT es una organización normativa que promueve las normas internacionales del trabajo adoptadas por sus mandantes tripartitos (gobiernos, empleadores y trabajadores), formula políticas y diseña programas con el fin de impulsar el trabajo decente para todos, mujeres y hombres. Concretamente, la OIT trabaja con sus mandantes para fomentar el desarrollo de sistemas públicos de protección social de la salud y el acceso universal a la protección de la salud para todos, entre otras cosas mediante el establecimiento y la mejora de los pisos nacionales de protección social.

Los pisos de protección social deberían asegurar el acceso a una atención de salud esencial para todas las personas necesitadas, incluyendo una protección financiera y una seguridad básica del ingreso, como establece la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202). Los pisos de protección social garantizan un nivel básico de protección en el marco de los sistemas nacionales de seguridad social integrales, con el objetivo de alcanzar progresivamente niveles más altos de cobertura. Además del acceso a la atención médica y a las prestaciones de enfermedad, la principal norma de la OIT en materia de seguridad social, el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima) de 1952 (núm.102), incluye otras siete contingencias en las que todos los miembros de la sociedad pueden necesitar protección a lo largo del ciclo de vida,² además de establecer una serie de principios fundamentales para una gobernanza buena y sostenible.



Foto: Rwanda. Los refugiados urbanos de Kigali están inscritos en el régimen nacional de seguro social de salud (el ACNUR paga las cotizaciones), que incluye una atención primaria y secundaria de salud en las mismas condiciones que los nacionales. ©ACNUR/ Anthony Karumba

² Prestaciones de desempleo, de vejez, en caso de accidentes del trabajo y de enfermedad profesional, familiares, de maternidad, de invalidez y de sobrevivientes.

La estrategia de la OIT para el acceso universal a la atención de salud aborda las brechas en la cobertura y los obstáculos financieros mediante el desarrollo de sistemas públicos de protección social de la salud eficientes y eficaces. El propósito es asegurar que las personas necesitadas no tengan que sufrir penurias ni un mayor riesgo de caer en la pobreza debido a las consecuencias financieras de acceder a una atención de salud esencial, y guarda una relación directa con el logro de las metas 1.3 (sobre la protección social para todos) y 3.8 (sobre la cobertura sanitaria universal) de los ODS.

Definiciones y principios clave

Se ha incluido un glosario detallado al final del manual (página 57).

Refugiados

La Convención de 1951 protege a los refugiados. En ella se define a los refugiados como aquellas personas que se encuentren fuera del país de su nacionalidad o residencia habitual, tengan fundados temores de ser perseguidas por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, y no puedan o no quieran acogerse a la protección de tal país, o regresar a él, por temor de ser perseguidas (véase el art. 1 A 2)). Las personas que se ajusten a esa definición tienen los derechos y las obligaciones establecidos en la Convención de 1951.

Actualmente el número de personas desplazadas por la fuerza en el mundo es más elevado que nunca. A finales de 2019, había más de 68,5 millones de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo, incluidos 25,4 millones de refugiados que habían huido de conflictos o persecuciones. Sin embargo, una vez en su país de refugio, los refugiados y los solicitantes de asilo suelen tener dificultades para acceder a los servicios y a las oportunidades de subsistencia.

Protección social de la salud

La protección social de la salud designa una serie de medidas públicas, o medidas privadas gestionadas públicamente, dirigidas a:

- i. sufragar el costo del acceso efectivo a unos servicios de atención de salud asequibles;
- ii. procurar la seguridad de los ingresos para compensar la pérdida de ingresos en caso de enfermedad.

Un mejor estado de salud permite a las personas trabajar y generar ingresos, lo que ayuda a romper el círculo vicioso de la mala salud y la pobreza.

La protección social de la salud proporciona un enfoque basado en los derechos para alcanzar el objetivo de la CSU. La CSU implica que todas las personas reciban los servicios de salud que necesiten, incluidos los servicios de prevención y promoción de la salud, los tratamientos, la rehabilitación y los cuidados paliativos, con una calidad suficiente para que sean eficaces, sin que el acceso a dichos servicios exponga a los usuarios a dificultades económicas.³ La protección social de la salud está firmemente arraigada en el marco internacional de derechos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), y la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202).

³ https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/. Consultado el 24 de mayo de 2020.

Como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la extensión de la protección social de la salud contribuye a alcanzar dos metas complementarias:

- la meta 3.8 de los ODS sobre la CSU, mediante la que se pretende lograr el acceso a la atención de salud sin dificultades, y
- la meta 1.3. de los ODS sobre los sistemas universales de protección social, incluidos los pisos de protección social, destinada a garantizar una seguridad del ingreso durante el ciclo de vida.

La meta 3.8 de los ODS abarca dos indicadores relacionados con la cobertura de los servicios y con la falta de protección financiera en cada país.

Recuadro 1. La CSU en el marco de los ODS

Meta 3.8: lograr la CSU, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Indicador 3.8.1: cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos).

Indicador 3.8.2: proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

La protección social de la salud permite el acceso a los servicios de salud y a una protección financiera en caso de enfermedad. Proteger a las personas de las consecuencias financieras que puede tener el pago de los servicios de salud reduce el riesgo de que se empobrezcan a resultas de una enfermedad inesperada que exija la utilización de los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recursos a préstamos, que pueden destruir su futuro y a menudo el de sus hijos.⁴ Si bien el componente de protección financiera de la CSU se puede alcanzar por medio de diversas vías, la mayoría de los países lo consiguen mediante regímenes obligatorios o universales. A nivel mundial, el papel de los seguros de salud voluntarios en la financiación de los servicios de salud es limitado (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018). Los regímenes obligatorios pueden financiarse mediante impuestos, cotizaciones sociales o una combinación de ambas cosas, y pueden adoptar diversos nombres y modalidades, como seguro social de salud, seguro nacional de salud, servicio nacional de salud y otros.⁵

⁴ OMS. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁵ OIT. 2020. «Hacia una cobertura sanitaria universal: Principios de la protección social de la salud». Foco en la protección social. Ginebra: OIT. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56238>.

Entre las principales normas internacionales sobre seguridad social que se ocupan de la protección social de la salud cabe señalar las siguientes:

- [Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 \(núm. 69\);](#)
- [Convenio sobre la seguridad social \(norma mínima\), 1952 \(núm. 102\);](#)
- [Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 \(núm. 134\);](#)
- [Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 \(núm. 183\), y](#)
- [Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 \(núm. 202\)](#)

Igualdad de trato

Las normas de la OIT sobre protección social y seguridad social promueven la igualdad de trato de los refugiados. La situación varía mucho de un país a otro. Los refugiados tropiezan con múltiples dificultades para beneficiarse efectivamente de esta protección. Los instrumentos mencionados en el recuadro 2 son especialmente pertinentes. Asimismo, la igualdad de trato debería implicar el acceso efectivo de los refugiados al mercado de trabajo. Esta cuestión es importante a la hora de considerar la cobertura de la protección social, ya que, en ocasiones, la participación en el mercado de trabajo formal es una puerta de entrada al sistema de protección social. Sin embargo, en muchos países, el acceso de los refugiados a los permisos de trabajo puede estar restringido (en la legislación o en la práctica).

Recuadro 2. Instrumentos pertinentes de la OIT sobre igualdad de trato y protección social

- Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118): «Las disposiciones del presente Convenio son aplicables a los refugiados y a los apátridas sin condición de reciprocidad» (art. 10.1).
- Los convenios relativos a los trabajadores migrantes. El Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias), 1975 (núm. 143) y el Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado), 1949 (núm. 97) también incluyen disposiciones pertinentes para los refugiados. Según la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR), las disposiciones del Convenio núm.143 se aplican a todos los trabajadores empleados fuera de su país de origen, incluidos los refugiados. La CEACR incluyó explícitamente a los refugiados en el ámbito de aplicación del Convenio núm. 97. Entre otros, el artículo 6 se refiere a la igualdad de trato en materia de seguridad social.

- Los Principios rectores de la OIT sobre el acceso de los refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza al mercado de trabajo, adoptados en noviembre de 2016,⁶ principios rectores 19 y 22.⁷

La OIT promueve el establecimiento de acuerdos bilaterales sobre seguridad social, suscritos entre instituciones de seguridad social de diferentes países, mediante los que se asegura la transferibilidad de la cobertura y las prestaciones. No obstante, los acuerdos sobre seguridad social afectan limitadamente a los refugiados, debido a las dificultades que tienen para poder acogerse a la protección de su país de origen. El personal de la OIT debería tener en cuenta estos elementos a la hora de prestar apoyo a los gobiernos en la formulación de dichos acuerdos.

Recuadro 3. Acuerdos bilaterales y multilaterales sobre seguridad social

- El Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1982 (núm. 157) especifica que los acuerdos bilaterales o multilaterales deberían aplicarse a los refugiados o apátridas que residan en el territorio de uno de los Estados Miembros (art. 4, párr. 3)⁸.
- La Recomendación sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social, 1983 (núm.167) insta a los Estados obligados por un instrumento bilateral o multilateral de seguridad social a esforzarse en extender a los refugiados y a los apátridas que residan en el territorio de cualquier Miembro el beneficio de determinadas disposiciones (párr. 2).

⁶ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_747596.pdf.

⁷ Principio rector 19: «Los Miembros deberían adoptar medidas para facilitar la transferibilidad de los derechos a prestaciones relacionadas con el trabajo (por ejemplo, las prestaciones de seguridad social, incluidas las pensiones) [...] de los refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza entre los países de origen, tránsito y destino».

Principio rector 22: «Los Miembros deberían adoptar o reforzar políticas nacionales destinadas a promover la igualdad de oportunidades y de trato para todos, en particular la igualdad de género, en las que se reconozcan las necesidades específicas de las mujeres, los jóvenes y las personas con discapacidad, en relación con los principios y derechos fundamentales en el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios públicos de calidad, los salarios y el derecho a prestaciones de seguridad social de los refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza, y deberían informar a los refugiados y otras personas desplazadas por la fuerza sobre sus derechos y protecciones laborales».

⁸ Artículo 9: «... a los beneficiarios que sean nacionales de un Miembro, o refugiados o apátridas, sin distinciones basadas en el lugar de su residencia...»



Foto: Zambia. Los refugiados tienen acceso al sistema nacional de salud al mismo nivel que los nacionales.
©ACNUR/ Enock Kavindele Jr

Una protección social que tenga en cuenta el VIH

El ACNUR y la OIT, como copatrocinadores del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), promueven sistemas de protección social que tengan en cuenta el VIH y que incluyan a las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él, en apoyo de los objetivos para 2030 de eliminar el VIH como problema de salud pública.⁹ Se reconoce pues que la protección social ayuda a:

- abordar los múltiples determinantes sociales del VIH,¹⁰ contribuyendo así a reducir las nuevas infecciones por el VIH, las muertes relacionadas con el sida y la discriminación relacionada con el VIH;
- abordar los obstáculos que se plantean desde la perspectiva de la demanda para acceder a los servicios relacionados con el VIH, mejorando así los resultados en materia de prevención, tratamiento, atención y apoyo, y
- mitigar las repercusiones sociales y económicas del VIH para las personas, sobre la base de que dichos programas respondan a las necesidades de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o están afectadas por él.

⁹ Social protection: a Fast-Track commitment to end AIDS: Guidance for policy-makers, and people living with, at risk of or affected by HIV. ONUSIDA (2018) https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2922_social-protection-fast-track-commitment-end-aids_en.pdf.

¹⁰ En particular la pobreza, la desigualdad de ingresos, las desigualdades de género, el estigma y la discriminación, y la exclusión social.

Herramientas de evaluación de la protección social

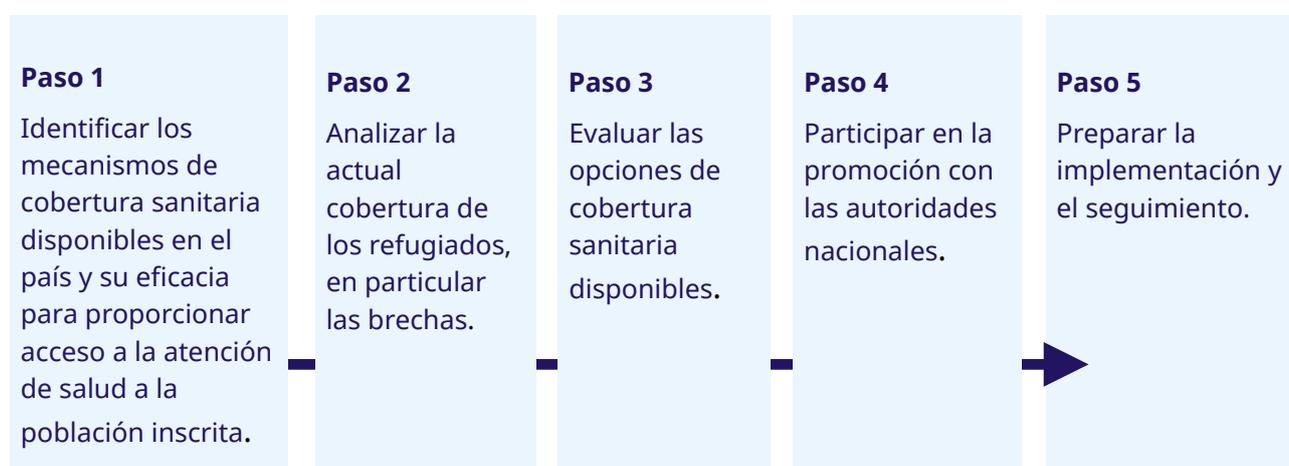
A raíz de la adopción de la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) se elaboraron diversas herramientas destinadas a analizar la situación de la protección social, así como a determinar y evaluar las opciones para extender y reforzar la cobertura. Dichas herramientas incluyen el trabajo conjunto entre las organizaciones asociadas a la iniciativa ISPA (Inter Agency Social Protection Assessments; herramientas de evaluación interinstitucional de la protección social) y, más concretamente, se basan en la metodología SPPOT (*Social Protection Policy Options Tools*; herramientas sobre opciones de política en materia de protección social), fundamentada en los diálogos nacionales basados en evaluaciones promovidos por la OIT durante varios decenios. El objetivo de esas metodologías y herramientas es apoyar los procesos de diálogo y la toma de decisiones a nivel nacional en relación con las prioridades y las reformas que se deberían llevar a cabo en los países para construir un sistema nacional de protección social y prever sus opciones de financiación. También tienen por objeto promover el fomento de la capacidad de los actores nacionales y los responsables de la toma de decisiones.

El enfoque que se expone en este manual se basa en herramientas ya existentes y se centra específicamente en la protección social de la salud. El propósito es promover la formulación de estrategias coherentes con el grado de madurez del sistema nacional de protección social de cada país, así como la integración de los refugiados en las políticas de extensión y fortalecimiento de la protección social.

Introducción: un enfoque gradual por pasos para evaluar y seleccionar las opciones de cobertura sanitaria para los refugiados

En cada contexto, se debería adoptar un enfoque gradual por pasos para evaluar las opciones y la viabilidad de incluir a los refugiados en los regímenes nacionales de protección social de la salud. Los cinco pasos que se proponen a continuación podrían integrarse en los procesos en curso destinados a extender la cobertura a nivel nacional, según el contexto de cada país.

Gráfico 1. Pasos para evaluar la viabilidad y la posible inclusión de los refugiados en la protección social de la salud de ámbito nacional.



Este manual se ha preparado con el propósito de que el personal del ACNUR y de la OIT trabaje conjuntamente en esta esfera. Un «equipo de evaluación», idealmente un equipo conjunto de ámbito nacional, que puede solicitar apoyo externo en materia de protección social de la salud a la OIT y a la oficina regional y la sede del ACNUR cuando sea necesario, debería ser el encargado de acometer el enfoque gradual por pasos.

Los dos primeros pasos debería llevarlos a cabo el personal de salud pública y de programas del ACNUR a nivel nacional, en colaboración con el personal de la OIT que trabaje en la esfera de la protección social. Cuando se facilite una evaluación de la protección social basada en el diálogo nacional, o cuando se utilicen herramientas interinstitucionales de diagnóstico en la materia (por ejemplo, las SPPOT), el personal de la OIT debería tener en cuenta los resultados de los pasos 1 a 3 e incluir en su análisis a los refugiados y otras personas desplazadas.

Los pasos 1 y 2 ayudan a definir el contexto y determinar la situación del país en cuanto a los mecanismos de cobertura sanitaria existentes y, más concretamente, en cuanto a la cobertura actual de los refugiados. En el paso 3 suelen ser necesarios conocimientos técnicos especializados en materia de protección social de la salud, porque en él se lleva a cabo un análisis más detallado de las posibilidades de incluir a los refugiados en las opciones de cobertura pública existentes, con el objetivo de formular recomendaciones concretas, con

sus costos correspondientes. El paso 4 moviliza los resultados de los pasos 1 a 3 para contribuir a un proceso de consulta y una estrategia de promoción. El último paso tiene por objeto preparar la implementación de la inclusión de los refugiados en un régimen de protección social de la salud. El personal de la OIT que trabaja en el ámbito de la protección social tiene el mandato y el acceso a una red de expertos que podría mobilizarse con este fin.

Paso 1: identificar los mecanismos de cobertura disponibles en el país

Mensajes clave

- Existen diferentes mecanismos para cubrir los costos de la atención de salud y mejorar el acceso efectivo a unos servicios de atención de salud asequibles. No todos son equivalentes en cuanto a la eficacia de la cobertura que ofrecen o a su carácter equitativo.
- Es crucial poder entender esos mecanismos, identificarlos y saber cuáles son los que mejor se adaptan al objetivo de la CSU.
- En la mayoría de los casos los países presentan una combinación de diversos mecanismos, a menudo diferenciados para distintos grupos de población. Como primer paso, es importante identificar qué mecanismos están presentes en un país y su nivel de eficacia, y preparar un inventario.

1.1 Mecanismos de financiación de los costos de atención de salud y su adaptación a la extensión de la cobertura

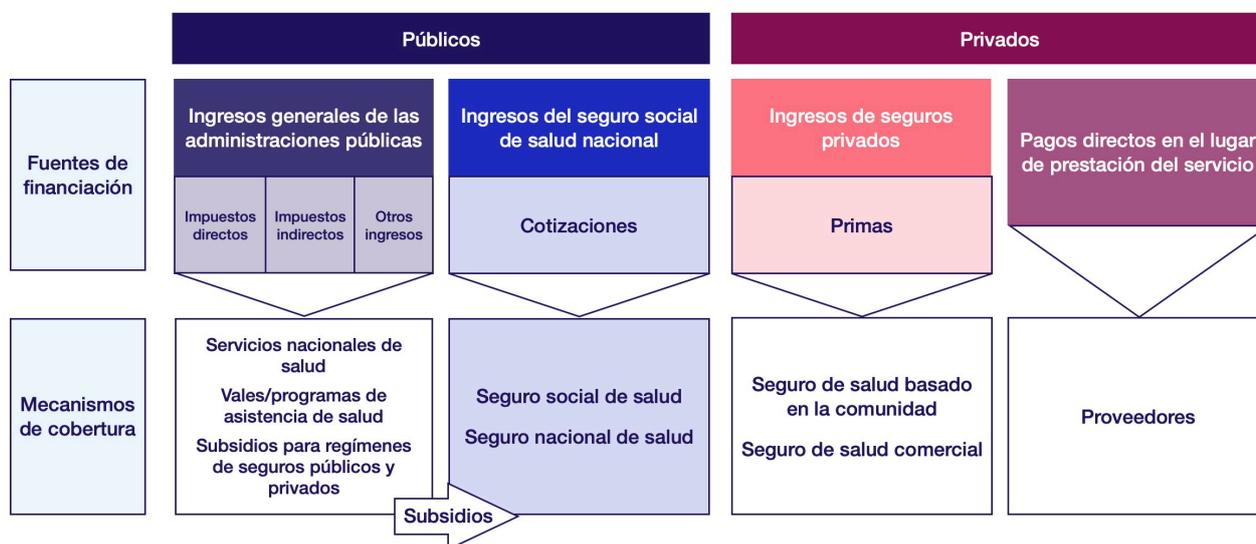
Esquemáticamente, hay cuatro fuentes principales de financiación de la atención de salud:

- i. ingresos generales de las administraciones públicas;
- ii. ingresos procedentes de las cotizaciones al seguro social de salud;
- iii. ingresos procedentes de las primas de los seguros de salud privados, y
- iv. pagos directos de los hogares.

Estas fuentes de financiación pueden estar asociadas a un mecanismo de cobertura específico. Generalmente, los servicios nacionales de salud se financian mediante los impuestos, como ocurre en el Reino Unido, y los regímenes de seguro social de salud se financian en parte o en su totalidad con ingresos procedentes de las cotizaciones sociales que se deducen de los salarios, por ejemplo, las que abonan los empleadores o los trabajadores, o las que cotizan algunas personas directamente al régimen. En todos los sistemas de salud se combinan diferentes mecanismos de financiación de los costos de la

atención de salud. En esta sección, los mecanismos se describen con ejemplos y de forma sencilla a fin de destacar sus principales características y facilitar la claridad conceptual.

Gráfico 2. Diversidad de fuentes de financiación y mecanismos de cobertura de la atención de salud.



En el contexto de la asistencia humanitaria, la prestación directa de servicios de salud a grupos específicos por parte de las organizaciones no gubernamentales (ONG) u otras entidades, como el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que se financian con ayuda externa, coexiste con los mecanismos de financiación antes mencionados.

Mecanismos públicos

Las normas de la OIT sobre protección social de la salud establecen dos opciones principales para financiar los costos de la atención de salud: los seguros sociales de salud nacionales y los servicios nacionales de salud o de asistencia médica (asistencia social),¹¹ que, en la práctica, suelen combinarse:

1. Seguro social de salud

Régimen dirigido por la administración pública (aunque los servicios pueden estar a cargo de organismos públicos o privados sujetos a la regulación de la administración pública), basado en cotizaciones (generalmente a cargo de los empleadores y los trabajadores del sector formal, la administración pública y otros beneficiarios). En la práctica, la administración pública suele subvencionar una parte o la totalidad de los costos de las cotizaciones correspondientes a los grupos vulnerables que no tienen capacidad para cotizar o les resulta demasiado difícil reunir las cotizaciones. El seguro social de salud puede ser obligatorio o voluntario, aunque, según la información disponible, los regímenes voluntarios tienen dificultades para extender la cobertura, y a menudo son financieramente insostenibles. A medida que los regímenes voluntarios son más numerosos suelen fragmentar en mayor medida los sistemas de salud. En términos generales, cuanto más integrados están en un sistema nacional, más eficaces son en aumentar la protección de la salud; no obstante, el

¹¹ Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69).

seguro social de salud obligatorio es más eficaz.¹² También debería reducirse la fragmentación de los distintos regímenes para diferentes grupos de población, a fin de mancomunar los riesgos y asegurar un acceso equitativo a la atención de salud.

2. Asistencia médica o servicio de salud nacional (asistencia social)

Se trata de servicios gestionados por los ministerios de salud de manera gratuita o con un costo reducido¹³ para todas las personas, o para determinados grupos de la población (como las mujeres embarazadas y los recién nacidos). Estos regímenes pueden registrar a sus beneficiarios o no hacerlo, lo que significa que las personas pueden tener una tarjeta de registro o carecer de ella. Cuando la atención de salud es gratuita para todos en el lugar de prestación del servicio suelen existir menos obstáculos administrativos para acceder a ella. Los datos evidencian que este tipo de programas funcionan mejor si existen mecanismos de control comunitario para asegurar que se aplique la gratuidad en el lugar donde se presta el servicio, ya que si no pueden darse casos de pagos informales. Otra opción no contributiva es cuando los países intentan proteger a las personas más pobres mediante un sistema de exención del pago de las tasas sanitarias para los usuarios, programas de vales o subsidios específicos como forma de asistencia social. No obstante, pueden plantearse dificultades para identificar a las poblaciones destinatarias y llegar a ellas, por ejemplo, por la falta de capacidad administrativa y los elevados costos administrativos de la gestión de los programas de asistencia social sujetos a la comprobación de recursos.



Foto: Líbano. El ACNUR apoya a los refugiados para que accedan a una atención hospitalaria de emergencia.
©ACNUR/ Jordi Matas

¹² Los regímenes nacionales de seguro social de salud suelen ser obligatorios para determinadas categorías de trabajadores, como los de los sectores público y privado, pero a menudo llegan mucho más allá. Son regímenes basados en el principio de la solidaridad social, con cotizaciones basadas en la tarificación comunitaria (esto es, basadas en el costo medio del servicio de salud prestado a los usuarios). Son los denominados seguros sociales de salud, con cotizaciones que suelen recaudarse mediante deducciones de la nómina en el caso de los trabajadores con relaciones de trabajo formales. Para los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores de la economía informal, muchos países han establecido mecanismos para facilitar su participación mediante cotizaciones pagadas individualmente, que cuentan por lo general con algún nivel de subsidio por parte de las arcas públicas, que en ocasiones cubren la totalidad de la cotización.

¹³ Con o sin exenciones de pago para algunos grupos.

Incluso cuando existe un régimen nacional de seguro social de salud y/o un servicio nacional de salud, puede haber problemas relacionados con la disponibilidad y la calidad de los servicios y bienes de salud, dando lugar a elevados pagos directos o a resultados sanitarios deficientes. En la mayoría de los países donde trabaja el ACNUR, solo una parte de la población suele contar con la cobertura de un régimen de seguro de salud, y el ACNUR puede tener que hacerse cargo de las cotizaciones para que los refugiados puedan inscribirse.

Recuadro 4. Copagos

Incluso cuando las personas están inscritas en un seguro social de salud o en un sistema nacional de servicios de salud, ello no significa que el 100 por ciento de sus gastos de atención de salud estén automáticamente cubiertos. De hecho, algunos países optan por establecer un copago mediante el cual una parte del costo de las intervenciones sanitarias queda a cargo del paciente, que debe abonarlo de su bolsillo.

Las normas de la OIT ponen de relieve que la financiación de la salud mediante mecanismos colectivos es una herramienta para cumplir los compromisos internacionales y nacionales encaminados a hacer efectivos los derechos humanos relativos a la salud y a la seguridad social. Al mismo tiempo, proporcionan orientaciones sobre los niveles aceptables de copago.¹⁴ En particular:

- el Convenio núm. 102 establece que el copago está permitido, pero únicamente en caso de estado mórbido (en otras palabras, en lo que respecta a la atención médica en caso de embarazo y sus consecuencias no debería requerirse un copago); en los casos en los que se aplique un copago, este deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo;
- el Convenio núm. 130 añade que ese copago deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe el riesgo de hacer menos eficaz la protección médica y social, y
- la Recomendación núm. 134 establece, además, que no debería requerirse que el beneficiario participe en el costo de la asistencia médica a) si sus recursos no exceden de sumas prescritas y b) si se trata de enfermedades que se reconoce necesitan un tratamiento prolongado.

Además de estos mecanismos públicos, algunos países dejan la cobertura a cargo de los **mecanismos privados de prepago**.

¹⁴ OIT. 2020. «Hacia una cobertura sanitaria universal: Principios de la protección social de la salud». Foco en la protección social. Ginebra: OIT. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56238>.

3. Los regímenes de seguro de salud privados pueden adoptar dos modalidades principales:

- Los **seguros de salud basados en la comunidad** son mecanismos sin ánimo de lucro mediante los que las comunidades reúnen los recursos en un fondo mutual que puede sufragar el coste de su atención médica en caso de necesidad. Pueden estar gestionados de modo profesional por grandes fondos mutuales, denominados mutuas, ONG, organizaciones comunitarias, entidades benéficas o asociaciones (sin ánimo de lucro), o estar administrados por regímenes de seguro de salud locales, basados en la comunidad, gestionados por organizaciones pequeñas que a menudo cuentan con personal voluntario y cuyas capacidades son limitadas.
- Mediante los **seguros de salud privados de carácter comercial (con ánimo de lucro)** las aseguradoras privadas venden pólizas por una prima determinada teniendo en cuenta el perfil de riesgo individual de las personas que las suscriben. No es un mecanismo basado en la solidaridad.

En la práctica, los regímenes privados de seguro de salud tienen un papel poco destacable en la financiación de la salud a nivel mundial¹⁵ y contribuyen escasamente a la extensión de la cobertura, salvo cuando los gobiernos se lo requieren y son partícipes de alguna iniciativa gubernamental (como puede suceder con los seguros de salud basados en la comunidad). Es importante señalar que estos mecanismos *no son una opción* para la cobertura de los refugiados en aquellos países que no tengan un programa nacional de seguro social de salud aplicable a esas organizaciones, ni tampoco seguros de salud basados en la comunidad viables, privados o sin ánimo de lucro, que tengan una trayectoria probada de gestión satisfactoria de regímenes de salud.

Ausencia de un mecanismo colectivo

Algunos países dejan que toda la población, o parte de ella, dependa de sus propios medios cuando necesita asistencia sanitaria.

4. Pagos directos

Son los pagos directos que efectúan los hogares por utilizar servicios médicos. En este caso no existe ningún mecanismo de cobertura o prepago; cuando las personas están enfermas pagan directamente en el lugar de prestación del servicio. Los pagos directos no se consideran un mecanismo aconsejable de financiación de la salud debido a sus efectos regresivos y potencialmente empobrecedores.¹⁶ Es importante señalar que, aunque exista un sistema público de protección social de la salud, los gastos directos pueden seguir siendo un obstáculo para acceder a la atención de salud. Puede ocurrir que los usuarios tengan que realizar pagos por servicios que no estén incluidos en el paquete de prestaciones, o que no estén disponibles en un centro público de salud, o que adopten la forma de copagos (por ejemplo, que el seguro cubra solo el 80 por ciento de los costes). Los pagos directos por sí mismos son un sistema de financiación de la salud regresivo que amplía las desigualdades y

¹⁵ OMS. 2018. «Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends». <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>.

¹⁶ OIT. 2014. Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-2015.

empuja a las personas a la pobreza, y, por lo tanto, no están en consonancia con las normas internacionales sobre seguridad social.

Prestación directa por parte de los asociados humanitarios

Situación especial de los refugiados y otros grupos vulnerables

El ACNUR aboga en favor de la CSU para los refugiados, que se obtiene mejor cuando se permite el acceso de los refugiados a un sistema nacional equitativo, en el que el uso de los servicios se base en la necesidad y las aportaciones económicas estén determinadas por la capacidad de pago, basándose en la mancomunación del riesgo de salud en la mayor medida posible. En estos sistemas se aumenta el nivel de los pagos anticipados para maximizar las dimensiones de los fondos de mancomunación del riesgo, reduciendo al mismo tiempo las tasas que se imponen a los usuarios y otros pagos directos.¹⁷

Los escenarios más comunes en los países con grandes poblaciones de refugiados son los siguientes:

- (a) Que el ACNUR o los donantes recurran a la financiación humanitaria para cubrir los costos sanitarios, apoyando la prestación directa de servicios de salud a los refugiados. Para ello, se construyen instalaciones sanitarias contratando a ONG u otras entidades, o se contrata a diversos proveedores (públicos, privados u ONG) para que presten servicios a los refugiados.
- (b) La otra opción es la inscripción de los refugiados en los regímenes nacionales de protección social de la salud, lo que les permite acceder a la atención de salud en las mismas condiciones que los nacionales.

En muchos países es posible pasar del primer al segundo escenario, una vez que se pueden utilizar los regímenes nacionales de protección social de la salud y que los centros de salud apoyados por el ACNUR pasan a depender del gobierno.

En algunos países, el ACNUR ha suscrito acuerdos con organizaciones mutuales de salud para cubrir los costos de atención de los refugiados, sobre todo en zonas urbanas. Sin embargo, este enfoque tiene limitaciones en cuanto a la debilidad de la gestión técnica y la calidad deficiente de los servicios, especialmente cuando no están respaldados por un sistema nacional de protección social. En la práctica, lo que se ha observado es que el ACNUR proporciona un apoyo inicial a las familias para el pago de las cotizaciones, con objeto de inscribirlas, y posteriormente va reduciendo su aportación, lo que conlleva el riesgo de que los refugiados se den de baja del régimen a medida que aumenta el importe de su cotización si los servicios prestados no son satisfactorios.

¹⁷ McIntyre, D. *et al.* 2011. «Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania». Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

1.2 Lista de los diferentes mecanismos de financiación y de cobertura disponibles en el país

Una vez comprendidos los diferentes mecanismos que pueden existir en un país, el siguiente paso es elaborar un inventario de los regímenes y programas de protección social de la salud existentes. El anexo 1 incluye una herramienta práctica para llevar a cabo este paso.

Para cada uno de los regímenes, es necesario determinar lo siguiente:

- el paquete de prestaciones (los servicios incluidos y el alcance de la cobertura) y el nivel de protección financiera;
- ¿quién está cubierto y cómo?;
- ¿quién presta los servicios de salud?, y
- ¿en qué medida el mecanismo es sostenible y equitativo (especialmente los seguros de salud basados en la comunidad/privados)?

Recuadro 5. Ejemplos de África Subsahariana: diversidad de modelos y modalidades en los países

Cada vez son más los países de África Subsahariana que están implementando seguros nacionales de salud o regímenes de cobertura sanitaria con una amplia gama de modalidades y resultados.

Cobertura de la población.

- En Rwanda, el Sudán y Djibouti todos los segmentos de la población están incluidos en sistemas nacionales de seguro de salud, gestionados por las instituciones de seguridad social.
- En Mauritania, la Caja Nacional del Seguro de Salud administra un plan de seguro de salud universal. Su extensión a la economía informal es reciente y todavía limitada.
- En el Senegal existe un programa con CSU en todo el país, con fondos mutualistas comunitarios como entidades de ejecución. Sin embargo, la capacidad de extenderse a la economía informal y al sector agrícola resulta limitada debido a que existen problemas financieros y técnicos.
- En otros países los sistemas están en etapa de formulación (Camerún y Burkina Faso) o de estudio (República Democrática del Congo y Guinea).

Los enfoques también son diversos; por ejemplo, en los países antes mencionados pueden observarse las siguientes modalidades de cobertura de la población:

- inscripción obligatoria y contributiva para los trabajadores del sector público y los del sector privado formal;

- inscripción automática (población inscrita en programas nacionales) y no contributiva (cotizaciones financiadas en su totalidad por el Estado) para la población más pobre o vulnerable, e
- inscripción voluntaria u obligatoria y contributiva o semicontributiva (cotizaciones subvencionadas por el Estado) para el sector informal y el sector agrícola.

Esta diversidad de contextos y de posibles modalidades impide la aplicación de una estrategia estandarizada de inclusión de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud y requiere la realización de un análisis minucioso.

Este inventario permite identificar las opciones disponibles para incluir a los refugiados en los dos pasos siguientes. Es necesario analizar los regímenes teniendo en cuenta las diferentes situaciones en las que viven los refugiados: si viven en campamentos o en zonas urbanas, si realizan alguna actividad económica y otras. La situación de la población de acogida también es diversa, y los sistemas nacionales de protección social deberían organizar respuestas adaptadas. La evaluación de la situación de los refugiados forma parte del paso 2.

Más información sobre los mecanismos de cobertura de los costos de la atención de salud

C. Normand *et al.*: *Social health insurance. A guidebook for planning*, primera y segunda edición. OIT y OMS. 1994, 2009. Disponible en https://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf.

M. Cichon *et al.*: *Modelling in health care finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. OIT. 1999. Disponible en https://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221108627_EN/lang-en/index.htm.

OIT: «Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care». *Social Security Policy Briefings*. Ginebra, 2008. <http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1695sp1.pdf>.

Paso 2: analizar la actual cobertura sanitaria de los refugiados e identificar las brechas

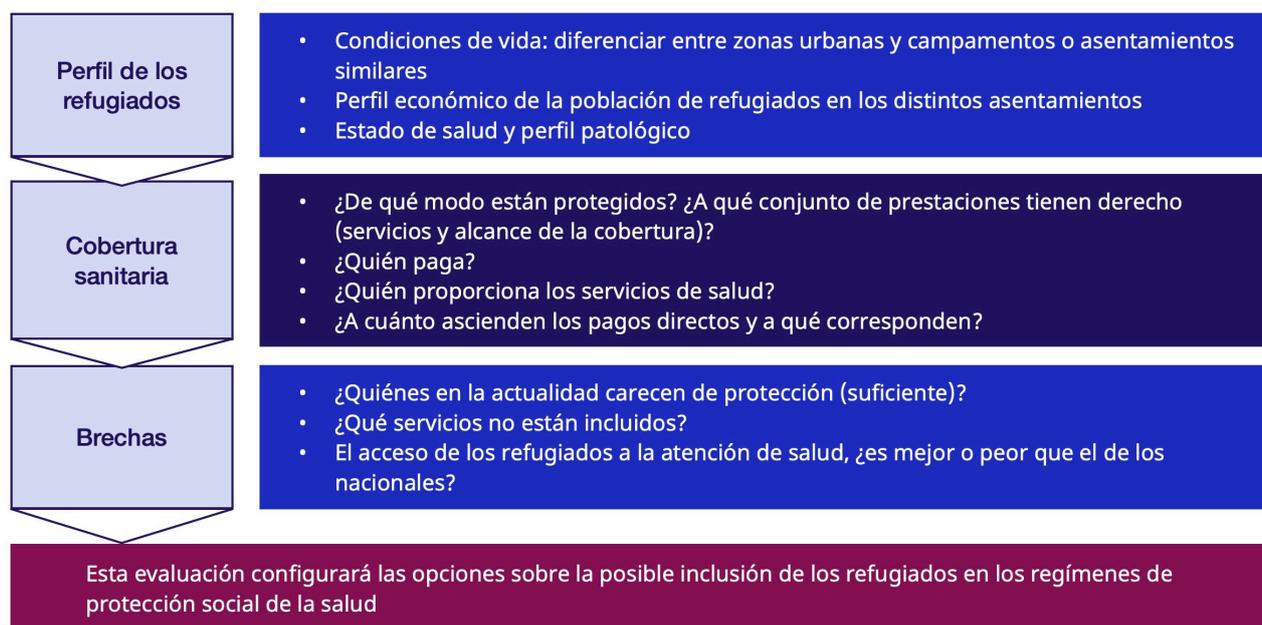
Mensajes clave

- Identificar la forma en que los refugiados acceden a la atención de salud, y su financiación, así como las brechas de cobertura a las que hacen frente. Es importante anticipar su percepción de las ventajas y los desafíos que implicaría la transición a un régimen nacional en las mismas condiciones que los nacionales.
- Analizar la situación profesional y socioeconómica de los refugiados, ya que determina las opciones de cobertura posibles. Un sistema nacional de protección social de la salud puede incluir diferentes regímenes para distintas categorías de grupos de ingresos o grupos con diferentes situaciones en el empleo.

Una vez identificados los mecanismos nacionales existentes en materia de protección social de la salud, es importante aclarar los siguientes puntos.

- ¿Cómo acceden actualmente los refugiados a la atención de salud? ¿Quién gestiona los servicios? ¿Cómo se financia su acceso? y ¿a qué brechas de cobertura hacen frente? ¿Cuáles son las diferencias a este respecto entre los refugiados de distintas zonas y con diferentes circunstancias de vida? Las respuestas permitirán identificar los beneficios percibidos (y las posibles reticencias) de la transición de los refugiados desde su actual mecanismo de cobertura hacia uno nuevo en igualdad de condiciones con los nacionales.
- ¿Cuál es la situación profesional y socioeconómica de los refugiados? Las respuestas disponibles en el contexto de un sistema nacional de protección social de la salud no serán necesariamente las mismas para todas las familias; dependerán, por ejemplo, de su situación en el empleo o su posición económica. Algunas familias, en particular las más desfavorecidas y vulnerables, pueden estar incluidas en mecanismos de asistencia social dirigidos a destinatarios específicos, y otras pueden participar en la economía formal o informal y estar orientadas a regímenes de seguro social de salud contributivos o semicontributivos.

Gráfico 3. Análisis de las brechas en la cobertura sanitaria de los refugiados.



2.1 Cómo analizar la cobertura actual de los refugiados e identificar las brechas

En este paso se deberían describir los mecanismos existentes disponibles para atender las necesidades de los refugiados en materia de salud. El análisis debería exponer cómo acceden actualmente los refugiados a la atención de salud (a qué centros acceden y quién los gestiona), cómo se cubren los gastos de salud, a qué servicios de salud pueden acceder y a qué brechas se enfrentan. El ACNUR y sus asociados utilizan diversos enfoques según el contexto y las condiciones de vida de los refugiados; especialmente se tiene en cuenta la diferencia entre los que viven en campamentos o asentamientos y los que viven en zonas urbanas.

Mecanismos y circunstancias comunes

- La atención de salud de los refugiados que viven en campamentos suele estar apoyada parcial o totalmente por el ACNUR, junto con asociados (generalmente ONG, pero también los gobiernos y otras entidades), que gestionan la prestación de la atención primaria de salud. Esos servicios de salud también suelen estar disponibles para las comunidades de acogida, que se benefician asimismo de una atención de salud gratuita. Además, el ACNUR apoya la derivación de los refugiados a los niveles secundario y terciario de atención de salud, por lo general en centros gestionados por las administraciones públicas (transporte, alimentos, alojamiento y, a menudo, el coste de los tratamientos).
- En algunos lugares los refugiados utilizan los servicios públicos de salud; en el Camerún, por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública y el ACNUR han suscrito un acuerdo para la prestación de atención de salud en los centros públicos a los refugiados de los campamentos de las regiones de Adamawa, Este, Extremo Norte y

Norte, y el reparto de los costos entre el Estado (reducción de los precios de los servicios de salud en un 30 por ciento, a excepción de los medicamentos y la atención obstétrica) y el ACNUR.

- En las zonas urbanas, el ACNUR procura apoyar el acceso de los refugiados a la atención de salud por medio de: a) su inclusión en los regímenes de seguro social de salud siempre que sea posible, por lo general cubriendo sus cotizaciones parcial o totalmente, o b) acuerdos con ONG asociadas y/o centros de salud. La intención es reducir las barreras financieras para permitir el acceso de los refugiados a la atención de salud en las mismas condiciones que los nacionales, y se puedan conceder subvenciones por la atención prestada.
- Los refugiados pueden integrarse en los sistemas nacionales de salud de diversas maneras, pero no en todas ellas existe un mecanismo de seguro social de salud. Un ejemplo es el de Zambia, donde los refugiados de la República Democrática del Congo que viven en el oeste del país están plenamente incluidos en el sistema nacional de salud. Los refugiados acceden a los servicios gestionados por el Ministerio de Sanidad en condiciones equivalentes a las de los nacionales. Lo mismo ocurre en Uganda, donde los servicios públicos de salud son gratuitos, tanto para los nacionales como para los refugiados. Ello demuestra que la inclusión no implica necesariamente que se aplique un mecanismo de seguridad social.
- En algunos países el acceso a los regímenes de protección social de la salud está vinculado a la situación en el empleo.
 - Los refugiados que tienen un empleo formal pueden o deben inscribirse en los programas del seguro social de salud. El ACNUR debería comprobar que los trabajadores refugiados autorizados estén inscritos en los regímenes de seguridad social y se beneficien efectivamente de los programas pertinentes de protección social, especialmente el seguro social de salud. En algunos países, incluso cuando son los empleadores quienes recaudan las cotizaciones al seguro social de salud, pueden existir obstáculos para acceder a las prestaciones.
 - Si se trata de refugiados que trabajan en el sector agrícola o en la economía informal, es necesario establecer una estrategia idónea para cada contexto. Si existen mecanismos de inscripción voluntaria para el sector informal, se debería determinar si los esfuerzos combinados de una organización del sistema de las Naciones Unidas, el gobierno y los refugiados (en función sus medios) permitiría cubrir las cotizaciones y que los refugiados se inscriban en el régimen de protección social de la salud.

Evaluación de las brechas en el acceso a la atención de salud

- Sobre la base de la evaluación del acceso de los refugiados a la atención de salud, es importante identificar las brechas en el acceso y en la protección financiera, y distinguir las distintas situaciones, ya que influyen en la cobertura de los servicios de salud y el acceso a ellos (esto es, la situación en los campamentos o asentamientos similares y la de las zonas urbanas).

- También es importante determinar a qué servicios tienen acceso los refugiados en la actualidad, ya que ello puede proporcionar información útil sobre el nivel de aceptación de una posible inclusión en un régimen nacional de protección social de la salud cuyo conjunto de prestaciones podría ser menos amplio. En algunos casos, el ACNUR u otros donantes podrían hacerse cargo de los servicios complementarios.
- Es necesario comparar siempre la situación de los refugiados con la de los nacionales: ¿el acceso a la sanidad es mejor para los refugiados que para los nacionales cuando los primeros viven en campamentos o asentamiento similares?, ¿el conjunto de servicios es mejor o peor para los refugiados?, ¿a qué obstáculos se enfrentan los refugiados?

La evaluación también debería tener en cuenta la infraestructura sanitaria disponible en los campamentos o asentamientos, y la posibilidad de que esta se incluya en el sistema nacional si se interrumpe el apoyo del ACNUR y los asociados.

Recuadro 6. Disposiciones obligatorias para acceder a la atención de salud y obstáculos de orden práctico

En algunos países, aunque los refugiados tengan un empleo formal y coticen a un seguro social de salud, pueden seguir enfrentando obstáculos prácticos para acceder a sus derechos en virtud del régimen. Por ejemplo, en la región de Oriente Medio, algunos refugiados con empleo formal señalaron que sus empleadores abonaban periódicamente las cotizaciones al seguro social de salud, pero que no se les facilitaban las tarjetas correspondientes, por lo que en la práctica no podían acceder a las prestaciones. El principio de igualdad de trato está consagrado en las normas sobre seguridad social de la OIT,¹⁸ y debería prestarse atención a las trabas administrativas que pueden impedir su aplicación.

2.2 Situación en el empleo y capacidad contributiva de los refugiados

Se debería realizar un examen de los datos disponibles sobre la situación profesional y socioeconómica de los refugiados. Los datos pueden proceder del ACNUR, e incluir los resultados de encuestas que puedan haber realizado el gobierno de acogida y los asociados humanitarios o para el desarrollo (Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Banco Mundial u otros). Este examen debe servir de base para obtener una visión general de la situación en el empleo y socioeconómica de los refugiados.

¹⁸ Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C118.

1. Situación en el empleo e informalidad

Se trata de determinar si los refugiados tienen acceso a un empleo, ya sea asalariado o por cuenta propia (ya que en algunos países las opciones de cobertura sanitaria pueden estar directamente vinculadas a la situación en el empleo), y si dicho empleo es formal o informal.

En muchos países, y por diversas razones, la incorporación de los refugiados al empleo formal resulta difícil. Entre otras cosas, pueden carecer de acceso al mercado de trabajo con permisos de trabajo, su situación puede ser incierta, quizás no hay empleo formal disponible en el país o región de destino o pueden existir prácticas discriminatorias. En general, un número significativo de refugiados trabaja en la economía informal y, por consiguiente, carecen de la protección laboral y social asociada al empleo formal.

El problema de la informalidad en el empleo es decisivo en muchos países de bajos ingresos, y afecta al sistema de protección social, incluida la salud, de dos maneras:

- hace que la aplicación del seguro social de salud contributivo sea más difícil, y
- reduce la base impositiva, limitando así el espacio disponible para la financiación de las medidas de salud pública, la atención médica gratuita y los programas de protección social.

La cuestión del empleo informal está presente en los debates sobre la extensión de la protección social en muchos países. Es crucial identificar con precisión la situación en el empleo de los refugiados para situarlos en ese contexto y facilitar su transición de la economía informal a la formal. En algunos países (por ejemplo, en Turquía), se ha prestado apoyo a los refugiados para que pasen, al menos parcialmente, de la economía informal a la formal y, por lo tanto, su protección sea mayor. La inclusión de los refugiados en los regímenes contributivos, si procede, puede ayudar a evitar distorsiones en el mercado de trabajo. Si los empleadores pueden contratar a los refugiados sin pagar las cotizaciones a la seguridad social (y a menudo con salarios más bajos), pueden crearse ineficiencias en el mercado de trabajo, así como tensiones entre los refugiados y las poblaciones de acogida.

2. Situación socioeconómica o de pobreza de los refugiados

Se trata de determinar si los refugiados tienen capacidad contributiva, o si tienen características socioeconómicas que podrían incluirse en la clasificación nacional de grupos vulnerables.

En la medida de lo posible, la metodología que se emplee para determinar y clasificar la situación socioeconómica de los refugiados debería estar en correspondencia con las utilizadas por la administración pública en los diversos registros sociales, o en las metodologías nacionales asociadas a los programas de protección social sujetos a la comprobación de recursos, a fin de asegurar la equidad entre la población de acogida y los refugiados. Ello facilitaría la comparación de la situación socioeconómica de los refugiados con la de los nacionales y, por ejemplo, facilitaría su inclusión en programas no contributivos o subvencionados. Toda evaluación de la vulnerabilidad es más útil si está vinculada a las prestaciones, o a una organización o gobierno que se haga cargo de las cotizaciones para la inscripción de los refugiados.



Foto: Irán. Refugiados que reciben hemodiálisis. Aproximadamente 100 000 refugiados afganos en la República Islámica del Irán están inscritos en el Régimen Nacional de Seguro Social de Salud, Salamat (el ACNUR abona anualmente las cotizaciones). ©ACNUR/ Anthony Karumba

Paso 3: evaluar las opciones disponibles para la inclusión de los refugiados

Mensajes clave

- El seguro social de salud y los servicios de salud o de atención médica nacionales, cuando están disponibles, proporcionan la mejor opción de financiación y cobertura a largo plazo para los refugiados en lo que respecta a minimizar el empobrecimiento vinculado a los gastos de salud y a brindar un acceso efectivo a los servicios de salud en igualdad de condiciones con los nacionales. En algunos países la inscripción es obligatoria.
- Los seguros de salud privados, cuando son voluntarios y los gobiernos no han establecido su obligatoriedad, no suelen ser rentables para los refugiados. Las aseguradoras privadas pueden carecer de capacidad para influir en la calidad de la atención y los costos de los tratamientos en los servicios públicos, y a menudo excluyen a las personas con mayores riesgos de salud (McIntyre *et al.*, 2011).
- Antes de decidir la integración de los refugiados en un régimen, es preciso realizar *evaluaciones a cargo de expertos* que tomen en consideración una serie de factores y determinen la viabilidad, la calidad y la eficacia de los regímenes disponibles, incluida la eficacia en función de los costos de la integración de los refugiados en comparación con la asistencia directa. Además, en las evaluaciones es necesario analizar la disponibilidad y accesibilidad de los proveedores en el marco del régimen nacional, y la calidad de los servicios. Esos conocimientos técnicos deberían procurarse del personal de la OIT que trabaja en la esfera de la protección social, ya que presta regularmente ese tipo de servicio a las instituciones de protección social.
- Si la asistencia directa continúa siendo la mejor opción por el momento, sigue mereciendo la pena elaborar una estrategia a largo plazo para la protección social de la salud de los refugiados, dada la disminución de los presupuestos humanitarios. Ello puede suponer pasar directamente al paso 4 y llevar a cabo actividades de promoción en pos de un cambio en el sistema nacional de protección social de la salud.

Este paso se basa en los resultados de los dos pasos anteriores, ya que se toman en consideración las categorías socioeconómicas de los refugiados y los regímenes de protección social de la salud disponibles, y tiene como objetivo evaluar la viabilidad de la inscripción de los refugiados en esos sistemas. Es preciso contar con un conocimiento significativo de los mecanismos de protección social y, por lo tanto, puede requerir la movilización de expertos externos al equipo del país. En el anexo 1 se ofrecen herramientas para orientar este paso. Antes de llevar a cabo una evaluación detallada de los costos y la cobertura, es necesario comprender bien las opciones.

3.1 Contextos típicos de los países

Los países pueden clasificarse en tres grupos según el nivel de desarrollo de su sistema de protección social de la salud y el modo en que los refugiados pueden acceder a él.

1. Países que casi han alcanzado la CSU de su población

Son países en los que la mayoría de la población tiene un buen acceso a servicios esenciales y de atención primaria de salud, y en los que el gasto de los hogares en salud es menor porque: i) una gran parte de la atención primaria y secundaria de salud es gratuita; ii) la población está inscrita en un régimen nacional de seguro de salud obligatorio; iii) el país cuenta con una combinación de ambos sistemas (por lo general, eso es lo que sucede en los países que han alcanzado la CSU). En estos países los gobiernos tienen la voluntad política y un compromiso fiscal acorde de proporcionar protección social de la salud. Existe un marco jurídico y una aplicación de la normativa por parte del gobierno. Algunos ejemplos son Rwanda, Costa Rica, Tailandia, Indonesia y la República Islámica del Irán.

En estos países, el gobierno puede o no alentar o establecer que los refugiados se inscriban en los regímenes nacionales. Los refugiados vulnerables pueden o no inscribirse en los programas de protección social, incluidos los regímenes de seguro social de salud. El papel del ACNUR en estos casos sería el de promover la inclusión de los refugiados en los regímenes nacionales con los mismos derechos y obligaciones que los nacionales. La OIT puede ayudar a proporcionar los datos necesarios en relación con la viabilidad de su inclusión y la conformidad con las normas sobre seguridad social de la OIT.

2. Países que están desarrollando la protección social de la salud y mejorando los servicios sanitarios

La población tiene acceso a algunos servicios gratuitos de atención primaria de salud. Los funcionarios y otros trabajadores formales, tanto del sector público como del sector privado, están inscritos en el seguro social de salud nacional. La extensión de la cobertura a la economía informal brinda oportunidades de participación, lo que incluye a los trabajadores migrantes y a los refugiados en algunos casos. Los seguros de salud privados son limitados, pero existen numerosos regímenes de seguro voluntarios con distintos niveles de calidad (incluidos los regímenes tradicionales basados en la comunidad), y algunos de ellos podrían considerarse como una opción de transición para los refugiados cuando el seguro social de salud nacional no pueda incluirlos. Existe un marco jurídico y una aplicación de la normativa por parte del gobierno.

Entre los países en los que los refugiados acceden actualmente a regímenes de seguro de salud basados en la comunidad figuran Burkina Faso, Ghana, Malí, el Senegal y el Togo, con diferencias en cuanto a la eficacia, la cobertura y la sostenibilidad. En algunos países, como Ghana o Rwanda, el seguro de salud basado en la comunidad es universal y funciona como un régimen nacional de seguro de salud. En muchos de estos países, el gobierno cuenta con una estrategia deliberada y coordina el sector, desarrollando al mismo tiempo estrategias nacionales de financiación de la salud y extensión de la protección social. El papel del ACNUR en estos casos consistiría en supervisar el acceso a los servicios de atención de salud de los

refugiados, y también su capacidad contributiva. La OIT puede prestar apoyo incorporando la cuestión de la cobertura de los refugiados y los migrantes en los diálogos nacionales sobre protección social, así como en la formulación de estrategias y planes de protección social y financiación de la salud de ámbito nacional.

3. Países que tienen un acceso limitado a una atención primaria de salud gratuita, carecen de un seguro social de salud nacional y cuentan con pocos proveedores de seguros de salud voluntarios

A menudo estos países no cumplen los criterios de calidad de la atención de salud esencial que necesita el ACNUR para plantearse la inscripción de los refugiados. El gasto de los hogares en salud es elevado, y muchas personas se ven conducidas a la pobreza a causa de unos gastos sanitarios catastróficos. Los seguros de salud privados no suelen ser rentables (e incluyen demasiadas exclusiones para la inscripción). Estos países carecen de un marco jurídico, o el marco jurídico existente no se aplica adecuadamente.

Entre los países en los que ninguna opción de seguro de salud ha sido viable para los refugiados se encuentran el Camerún, el Chad, Guinea y el Níger. El papel del ACNUR en estos casos sería el de apoyar y supervisar el acceso de los refugiados a la atención de salud por conducto del sistema nacional, cuando sea posible, y también por medio de asociados. El ACNUR trabajaría para fortalecer el sistema de salud y alentaría una actuación coordinada por parte de los agentes del desarrollo. En esos países, la OIT suele llevar a cabo una labor de promoción constante para extender la cobertura de la protección social. Puede mantener contactos estrechos con los equipos del ACNUR en el país para asegurar que se establezcan vínculos con el apoyo de tipo humanitario a medida que se desarrolla el marco nacional de políticas sobre protección social.

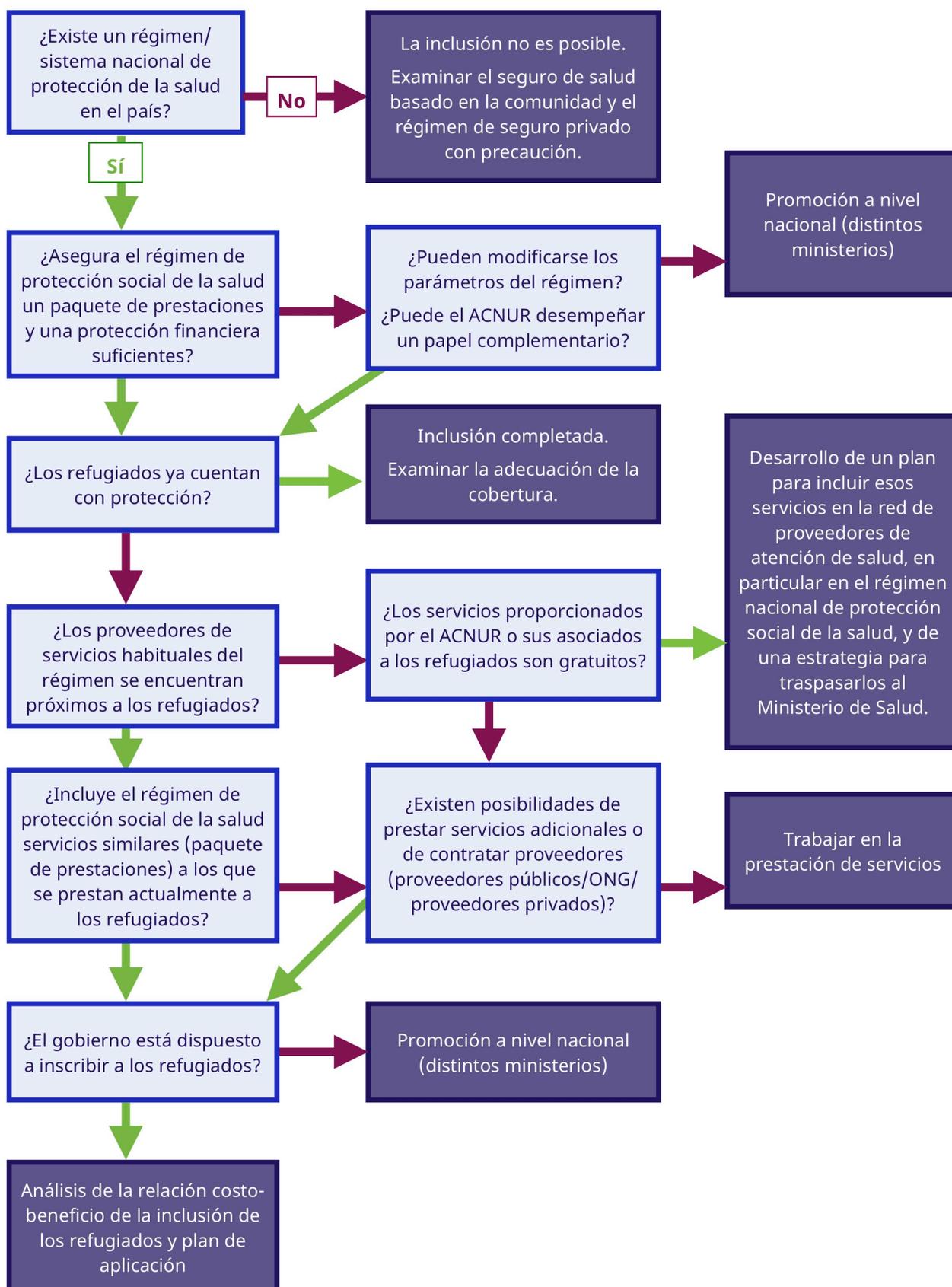
En función del contexto, las opciones para cubrir el gasto sanitario de los refugiados mediante su inclusión en un sistema nacional de protección social de la salud pueden ser limitadas por dos factores principales:

- i. el país puede estar lejos de alcanzar la CSU y carecer de instituciones y programas suficientemente sólidos para asegurar la protección de su población frente a los elevados costes de la atención de salud;
- ii. entre otras razones, los no nacionales pueden estar excluidos del sistema, en la legislación o en la práctica; por ejemplo, los refugiados trabajan a menudo en la economía informal, que puede quedar al margen de la protección.

Las opciones de inclusión deberían favorecer a los regímenes nacionales de seguro social de salud y de servicios de salud, cuando existan. Si no existen, los proveedores elegidos deberían ofrecer una cobertura de alta calidad con prestaciones y procedimientos de reclamación transparentes, una gestión eficaz en función de los costos, tasas de cotización asequibles, una trayectoria probada de mejora del acceso a la atención de salud de los beneficiarios, y no imponer exclusiones por condiciones preexistentes. Los proveedores privados no suelen cumplir estos requisitos.

En las situaciones 1 y 2 descritas más arriba se recomienda empezar por debatir con el gobierno la posible inclusión de los refugiados en el régimen nacional de protección social de la salud. Si no existe una oposición importante por parte del gobierno, el siguiente paso es realizar una evaluación detallada de las opciones disponibles para la cobertura de los refugiados, incluyendo los costos conexos. En la situación 3 ya descrita, el personal del ACNUR y de la OIT debería participar en el desarrollo más amplio de la estrategia de financiación sanitaria y protección social nacional para prestar apoyo al país en la creación de un sistema que acabe incluyendo a los refugiados.

Gráfico 4. Árbol de decisiones para analizar el contexto del país, y pasos siguientes.



3.2 Análisis detallado de los costos y la cobertura

La evaluación calcula los posibles costos de la inclusión de los refugiados en un régimen y los compara con los costos actuales de la prestación directa de servicios de salud por parte del ACNUR. Ofrece un cálculo detallado de los costos de los regímenes de protección social de la salud con un plan plurianual de costos, lo que permite el debate con los asociados y la planificación estratégica a largo plazo. En la mayoría de los casos, el plan incluiría una «estrategia de salida»: la disminución de las cotizaciones del ACNUR a medida que mejoran los medios de vida de los refugiados. Si el conjunto de prestaciones ofrecido no incluye a ciertas categorías de personas o determinadas condiciones (como las enfermedades no transmisibles, incluida la salud mental, los servicios relacionados con la violencia de género o la rehabilitación), la evaluación puede sugerir que se establezca un conjunto complementario, idealmente suministrado por el mismo proveedor del conjunto principal. La evaluación (incluido el análisis de los costos) proporciona al ACNUR recomendaciones sobre las opciones que se podrían escoger. La OIT reúne las condiciones adecuadas para aportar su experiencia en materia de protección social de la salud cuando se lleve a cabo este tipo de análisis. El anexo 1 incluye una relación de herramientas pertinentes. El análisis de los costos incluiría información detallada sobre las siguientes cuestiones:

- **Inscripción**

Características sociales y profesionales de los miembros; número de personas inscritas; personas que cotizan regularmente y personas que efectivamente gozan de protección; tasa de crecimiento; proporción de personas a las que se les presta servicios por medio del régimen. Análisis de los criterios de inclusión y exclusión e identificación de prácticas discriminatorias.

- **Pago de las cotizaciones**

Cálculo del pago medio anual por beneficiario; mecanismo y porcentaje de copago por servicios.

- **Conjunto de servicios**

Número de proveedores de servicios incluidos en el régimen; análisis del conjunto de servicios ofrecido (entre ellos, consultas externas, transporte, atención hospitalaria, atención de urgencia, investigaciones, partos, atención quirúrgica esencial, enfermedades crónicas, VIH, medicamentos prescritos, servicios de prevención y promoción de la salud); otros servicios ofrecidos (como seguros de vida o de accidentes, seguro de empleo, pensiones); posibilidad de añadir servicios complementarios.

- **Procedimientos de reclamación y pago a proveedores**

Evaluación de las políticas y los procedimientos de pago a los proveedores de servicios o de reembolso al asegurado; resolución de conflictos; y otros.

- **Cálculo de los costes de la integración en los regímenes**

Estimación de la relación costo-beneficio tomando en consideración los costos de inscripción y las cotizaciones; tasa de crecimiento del número de inscritos; número de beneficiarios y pago promedio por persona por régimen; importes recibidos de las cotizaciones.

• **Costos ocultos**

Efecto de la inflación en la financiación del régimen. ¿Se aplica al régimen el impuesto sobre el valor añadido? ¿Qué otros «costos ocultos» existen? Tasa de pérdidas médicas (mínimo del 85 por ciento, lo que significa que el 85 por ciento de las primas se destinan a servicios sanitarios para las personas inscritas en el régimen y un máximo del 15 por ciento a gastos de gestión).

Recuadro 7. El ejemplo de Rwanda

El sistema nacional de protección social de la salud de Rwanda incluye una serie de regímenes que se dirigen a diferentes grupos profesionales y socioeconómicos. En 2017, el Gobierno de Rwanda se comprometió a integrar gradualmente a los refugiados en el sistema nacional de protección social de la salud, concretamente en el seguro de salud basado en la comunidad, que es un régimen público de seguridad social administrado por la Junta de la Seguridad Social de Rwanda. El año siguiente, la OIT y el ACNUR realizaron un estudio de viabilidad técnica. La inscripción de los refugiados urbanos comenzó en septiembre de 2019, junto con la emisión de tarjetas de identidad por parte del Gobierno de Rwanda. El estudio de viabilidad evidenció efectivamente los estrechos vínculos existentes entre las medidas de protección jurídica de los refugiados, como el acceso a documentos de identificación en el país de acogida, y los obstáculos administrativos para acceder a la protección y atención social.

Cuadro de costos utilizado para la inclusión de los refugiados en el sistema nacional de seguro social de salud de Rwanda:

	Ingresos de los hogares categoría 1	Ingresos de los hogares categoría 2	Ingresos de los hogares categorías 3 y 4	Total
Distribución de hogares por categoría	XX %	XX %	XX %	100 %
Número de hogares				
A. Número de personas				
B. Costo total anual por persona de las cotizaciones al seguro social de salud del Estado				
(AxB) Total anual de las cotizaciones al seguro social de salud del Estado				
Año 1				
Cotización de las familias de refugiados (por persona y por año)				
Cotización del ACNUR (por persona y por año)				
Subsidio del Estado (por persona y por año)				
Importe total de las cotizaciones de las familias de refugiados				

Importe total de las cotizaciones del ACNUR				
Importe total de los subsidios del Estado				
Costo total anual por refugiado para el ACNUR				
Costo total anual por refugiado para el Gobierno				
Año 2				
Cotización de las familias (por persona y año)				
Cotización del ACNUR (por persona y año)				
Subsidio del Estado (por persona y año)				
Importe total de las cotizaciones de los propios refugiados				
Importe total de las cotizaciones del ACNUR				
Importe total de los subsidios del Estado				
Costo total anual por refugiado para el ACNUR				
Costo total anual por refugiado para el Gobierno				

A finales de 2018, gozaban de protección del seguro de salud basado en la comunidad algo más de 6 200 adultos y niños refugiados. El objetivo a corto plazo es inscribir en dicho seguro a los 12 000 refugiados que viven en zonas urbanas, extendiendo esa cobertura a los que viven en campamentos en una etapa posterior si es factible. Cualquier adaptación se debate en el contexto de un memorando de entendimiento entre el ministerio responsable de los refugiados, el seguro de salud basado en la comunidad y el ACNUR, con el propósito de asegurar que los refugiados puedan acceder a condiciones similares a las que disfrutaban las comunidades de acogida. En particular, ello requerirá un sistema de categorización de las cotizaciones, un registro y un procedimiento de renovación de la inscripción de los refugiados, similares a los previstos para las familias rwandesas que trabajan en la economía informal. Se prevé que el costo de esta cobertura sanitaria se reparta progresivamente entre los refugiados y el ACNUR, dependiendo de la capacidad contributiva de los refugiados.

Recuadro 8. Enseñanzas aprendidas: la importancia de un análisis detallado y de la consideración de múltiples criterios; la República Democrática del Congo y el seguro de salud privado

Dado que no existía ninguna opción nacional de protección social de la salud que fuera accesible para los refugiados, el ACNUR inscribió a los que vivían en zonas urbanas de la República Democrática del Congo en diferentes regímenes de seguro de salud, a fin de poder hacer comparaciones fundamentadas y seleccionar uno para la posterior extensión.

La aseguradora comercial privada Lisungi tenía las cuotas de inscripción más bajas y ofrecía una cobertura equivalente a la de las demás aseguradoras.

Sistema	Cuotas de inscripción solicitadas		Importe (dólares de los Estados Unidos) notificado por		Costos cubiertos	Estructuras de salud incluidas
	Importe (dólares de los Estados Unidos)	Periodicidad	Mes y persona	Mes y hogar (3 personas)		
BDOM (1)	39	Por mes y por «grupo» de siete personas	5.6	16.8	100 %	BDOM
Seguro médico SOLIDAR-CO	36	Por mes y por hogar (promedio de seis personas)	6	18	100 %	BDOM
LISUNGI (2)	16	Por mes y por «grupo» de seis personas	2.7	8	100 %	Private hospitals
Seguro médico LISANGA	80	Por persona y por año	6.7	20	100 %	BDOM and private
Red de mutuas CGAT	54	Por persona y por año	4.5	13.5	Co-payments	BDOM and private

(1) Convenio entre una ONG asociada al ACNUR y la Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) en Kinshasa.

2) Producto «Alliance» propuesto para los refugiados de Lubumbashi.

Las cuotas de inscripción de Lisungi eran más bajas debido a una mayor capacidad de control de los costos. Lisungi operaba en un contexto en el que, a pesar de la aprobación de una ley relativa a los seguros en 2015, el funcionamiento del mercado de seguros no estaba regulado. Tenía mucha flexibilidad, pero los asegurados no tenían ninguna garantía de que sus derechos estarían protegidos. Además, el régimen contrataba a un número reducido de proveedores de asistencia sanitaria, a menudo situados a mucha distancia de los refugiados. Por último, este régimen de seguro privado había establecido un sistema de suministro de medicamentos para los asegurados (en respuesta al agotamiento de las existencias en los centros de salud contratados) que no funcionaba bien. Todos estos factores dieron lugar a una percepción negativa de la calidad de este seguro por parte de los beneficiarios y desalentaron que se realizaran nuevas inscripciones.

Además, este seguro de salud privado no fue incluido en la extensión de la protección social prevista en el marco de la Política Nacional de Protección Social y, por lo tanto, no habría sido útil para integrar a los refugiados en los futuros regímenes nacionales de CSU.

Este ejemplo demuestra la importancia de tener en cuenta múltiples criterios a la hora de seleccionar un mecanismo de cobertura sanitaria, especialmente cuando todavía no existe un régimen nacional.

3.3. Garantizar la equidad y fomentar la participación

Tomando en consideración las conclusiones de la evaluación de la situación socioeconómica (paso 2), la evaluación de expertos y el análisis de los costos también deberían incluir mecanismos sostenibles de financiación de las cotizaciones para los refugiados vulnerables (por ejemplo, programas de medios de vida dirigidos a destinatarios específicos o programas conexos de protección social de apoyo a los ingresos). Deberían establecerse criterios claros y objetivos para identificar a esas personas. En la medida de lo posible, a la hora de evaluar la vulnerabilidad el ACNUR debería adoptar criterios similares a los del sistema nacional de protección social, o compatibles con ellos, a fin de facilitar la futura inclusión de los refugiados. La participación es un elemento importante en el diseño y la aplicación para asegurar una comprensión compartida de dichos criterios.



Foto: Rwanda Los refugiados urbanos de Kigali están inscritos en el régimen nacional de seguro social de salud (el ACNUR paga las cotizaciones), que incluye una atención primaria y secundaria de salud en las mismas condiciones que los nacionales. ©ACNUR/ Tobin Jones

Paso 4: participar en la promoción con las autoridades nacionales

Mensajes clave

- En la práctica, en ocasiones se aplican condiciones diferentes para los nacionales y los no nacionales a la hora de acceder al sistema de protección social de la salud. En algunos países los refugiados se enfrentan a obstáculos legales para acceder al mercado de trabajo y a la protección social en general, incluida la protección social de la salud. A menudo, una de las principales preocupaciones son las limitaciones de espacio fiscal, ya que los gobiernos tienen dificultades incluso para ofrecer prestaciones adecuadas a los nacionales.
- En esos casos, la inclusión de los refugiados en los sistemas de protección social de la salud puede verse obstaculizada por el marco jurídico y reglamentario, aunque resulte técnicamente viable. Es necesario que todos los actores, incluidos el ACNUR, la OIT y sus asociados, realicen esfuerzos para promover el acceso legal de los refugiados a servicios que satisfagan sus necesidades en materia de salud y la transición desde la asistencia directa. La responsabilización y la colaboración de los gobiernos son fundamentales para superar estos retos y extender la protección social a las poblaciones de refugiados, en consonancia con los compromisos internacionales.
- Conceder acceso a los refugiados a las prestaciones de protección social es especialmente importante en los desplazamientos de larga duración, ya que permite: i) reducir las tensiones sociales entre las comunidades de acogida y los refugiados y evitar sistemas paralelos; ii) aumentar las cotizaciones a la seguridad social cuando existe un sistema contributivo (mayor mancomunidad de los riesgos), y iii) reforzar el propio sistema, lo que conlleva más inversiones en capacidad institucional, prestación de servicios sanitarios y mecanismos de suministro.

Una vez que se han evaluado las opciones de cobertura y se han escogido una o varias opciones, el siguiente paso es emprender la promoción entre los asociados pertinentes y, en particular, ante las autoridades nacionales.

En algunos países, los sistemas de protección social están a disposición de todos los residentes, incluidos los refugiados. No obstante, en ocasiones se aplican condiciones diferentes a los nacionales, que pueden beneficiarse de subvenciones estatales que reducen sus cotizaciones al régimen, y a los no nacionales, que a menudo no se benefician de esas subvenciones, con independencia de su situación económica. Así sucede con las personas que no tienen capacidad contributiva, y con los trabajadores por cuenta propia (véase la sección 4.2). Esas prácticas no están en consonancia con las normas sobre seguridad social de la OIT. Además, los regímenes oficiales de seguridad social suelen estar a disposición de

los refugiados cuando están empleados, siempre que se respeten sus derechos y se declare su trabajo. Sin embargo, es importante señalar que esta situación no debe darse por sentada, y que en algunos países los refugiados se enfrentan a barreras legales para acceder al mercado de trabajo, así como a la protección social en general, incluida la protección social de la salud (véanse los recuadros 5 y 6). En el anexo 2 se presentan algunos estudios de casos para ilustrar la diversidad de situaciones existentes.

En esos casos, la inclusión de los refugiados en los sistemas de protección social de la salud, aunque resulte técnicamente factible, puede verse obstaculizada por el marco legal y reglamentario. En ocasiones, los gobiernos pueden no estar dispuestos a incluir a los refugiados, o a cubrir parte de sus cotizaciones, debido a las limitaciones de espacio fiscal. Es necesario que todos los actores, incluidos el ACNUR, la OIT y sus asociados, realicen esfuerzos para promover el acceso legal de los refugiados a servicios que satisfagan sus necesidades en materia de salud pública. Se trata de recordar a los Estados sus compromisos internacionales y de abogar por:

- garantizar la protección social de los refugiados, en particular la protección social de la salud, a un coste (si lo hubiera) similar a las cotizaciones de los nacionales, teniendo en cuenta las necesidades individuales y la situación socioeconómica;
- garantizar el derecho al trabajo y el respeto de los derechos laborales de los refugiados, en particular en lo que respecta a la inscripción y la cotización a los regímenes de seguridad social existentes, y
- incorporar la cuestión de los refugiados en las políticas y las estrategias de protección social, e incluirlas tanto en los programas de seguridad social como en los de asistencia social; debe examinarse el modo de financiar la integración de los refugiados en los sistemas nacionales de protección social; con el fin de proporcionar a los refugiados una protección social similar a la de las comunidades de acogida, el gobierno puede extender sus subvenciones totales o parciales a los refugiados o movilizar fuentes externas de financiación con el ACNUR.

La OIT aboga por la inclusión de los trabajadores migrantes y los refugiados en los programas de protección social, y por un acceso más amplio al trabajo decente. En particular, suele plantear las siguientes sugerencias:

- ratificar los convenios de la OIT sobre migración y protección social;
- armonizar la legislación nacional con las normas internacionales y los principios de la OIT, incluyendo la flexibilización de los requisitos de residencia o la introducción de exenciones;
- adaptar los sistemas de seguridad social e integrar a los refugiados en los regímenes nacionales de salud y otros regímenes de seguridad social (evitando sistemas paralelos y mejorando la eficacia en función de los costos), reforzando así los sistemas que benefician tanto a los refugiados como a las comunidades de acogida;
- extender los regímenes de seguridad social a los trabajadores de la economía informal, lo que puede tener efectos positivos para la inclusión de los trabajadores migrantes y los refugiados;¹⁹

¹⁹ <http://informaleconomy.social-protection.org>.

- reforzar la capacidad institucional en el país de acogida, así como desarrollar y fortalecer los sistemas de protección social en los países de origen, a fin de facilitar el retorno cuando las condiciones sean favorables;
- reducir los retrasos y los largos procesos para obtener la condición de refugiado (esta cuestión afecta a la protección social en los países de acogida en los que los refugiados tienen acceso al mercado de trabajo y a la protección social, pero los solicitantes de asilo no), y
- eliminar los obstáculos prácticos mediante campañas de información, mediadores culturales, intérpretes y campañas contra la discriminación.

Es importante tener en cuenta que conceder a los refugiados el acceso a la protección social beneficia tanto a las comunidades de acogida como a los refugiados, lo que es especialmente importante en las crisis prolongadas y de larga duración. De este modo se pueden:

- reducir las tensiones sociales entre las comunidades de acogida y los refugiados y evitar sistemas paralelos y distorsiones en el mercado de trabajo;
- aumentar los recursos procedentes de las cotizaciones a la seguridad social (mayor mancomunación de los riesgos), y
- reforzar el propio sistema, lo que conlleva más inversiones en capacidad institucional y mecanismos de suministro.

En este contexto, la OIT colabora estrechamente con las instituciones de protección social para apoyar la coordinación de los sistemas de protección social y la aplicación efectiva de los instrumentos o acuerdos bilaterales y multilaterales existentes. Asimismo, apoya a los mandantes para promover los pisos de protección social y el acceso de todas las personas, incluidos los refugiados, a unas garantías básicas, en particular a los regímenes y programas de CSU.

Los refugiados están especialmente representados en los trabajos mal remunerados de la economía informal, en los que las condiciones de trabajo suelen ser más peligrosas y no siempre se respetan plenamente sus derechos laborales. En ese contexto, es importante reforzar la capacidad de los gobiernos, así como de las organizaciones de empleadores y de trabajadores, para tener en cuenta a los refugiados en las políticas y los programas nacionales, a fin de garantizar un trato justo y el acceso al trabajo decente, incluida la protección social.

Cuando los gobiernos no están dispuestos a incluir a los refugiados en los regímenes de protección social de la salud, una opción viable es la de trabajar para extender la protección de la salud a la economía informal. Ello puede beneficiar a los refugiados que trabajan en gran medida en ese sector si pueden inscribirse con sus tarjetas de identidad de refugiados.

Paso 5: preparar la implementación

Mensajes claves

- La transición desde la asistencia humanitaria directa a un régimen de protección social de la salud debe prepararse y planificarse con sumo cuidado. Es preciso formular una estrategia basada en datos actualizados y articulada eficazmente con las intervenciones en materia de empleo y medios de vida y las políticas de protección social y mitigación de la pobreza, así como con los esfuerzos destinados a fortalecer el sistema de salud.
- En muchos países será esencial planificar actividades de refuerzo institucional y desarrollo de la capacidad para las instituciones nacionales de protección social. De hecho, para asegurar la eficacia de los sistemas de protección social tanto para los refugiados como para las comunidades de acogida, puede ser necesario reforzar la capacidad institucional. La OIT tiene un papel fundamental que desempeñar a este respecto.
- Es menester que la planificación práctica incluya un plan de comunicación para los refugiados y las ONG asociadas, así como la identificación de las sinergias con las intervenciones en efectivo del ACNUR y sus asociados. La transición tendrá consecuencias en la planificación presupuestaria plurianual del ACNUR, que deben anticiparse.

5.1 Planificación de la inclusión

Cuando se decida implementar la opción seleccionada, es necesario elaborar un plan plurianual coherente, a fin de organizar la inclusión de los refugiados en el régimen de una manera gradual y sostenible. Dicho plan tiene varios componentes.

5.1.1 Planificación estratégica

Recopilar y mantener datos actualizados

Toda transición a un régimen de protección social de la salud debería llevarse a cabo utilizando datos de inscripción actualizados de la población de refugiados destinataria, empleando ejercicios de verificación si fuera necesario.

Formular una estrategia integrada en materia de empleo o medios de vida y protección social

La transición hacia regímenes de protección social de la salud no debería considerarse como una acción aislada, sino que debería integrarse en una estrategia más amplia, en coherencia con otros mecanismos de protección social y junto con las intervenciones en materia de

empleo y medios de vida. Por una parte, las actividades relacionadas con el empleo y los medios de vida deberían permitir que las familias generen ingresos y, en definitiva, que asuman una participación mayor en las cotizaciones al seguro social de salud, por ejemplo, si se ha elegido esa opción. Por otra parte, la cobertura del régimen de protección social de la salud sirve para proteger los ingresos generados mediante dichas actividades ante las perturbaciones financieras relacionadas con los gastos sanitarios. Esa relación entre el empleo y las actividades de subsistencia y la inscripción continuada de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud, que se refuerza mutuamente, debería ser prioritaria en todas las actividades de planificación, incluidos los planes multisectoriales plurianuales del ACNUR. La OIT puede contribuir a dicha estrategia proporcionando información especializada sobre la coordinación de las políticas nacionales de empleo y protección social, y puede ayudar a informar sobre la necesidad de una estrategia integrada en los respectivos órganos de coordinación a nivel nacional.

Utilizar la protección social de la salud como vía de acceso a los sistemas de protección social

La integración de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud es una oportunidad de aprendizaje para el sector de la protección social de un país. La OIT, junto con una serie de organismos afines, apoya el desarrollo y el fortalecimiento de sistemas integrales de protección social universal a nivel nacional. Por lo tanto, el personal de la OIT puede fomentar el enriquecimiento mutuo y el intercambio de conocimientos para asegurar que el marco jurídico y las prácticas institucionales que permiten la integración de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud se documenten y compartan con vistas a:

- la posible integración de los refugiados en otros regímenes de protección social, y
- la utilización de prácticas institucionales similares para abarcar a otros grupos vulnerables que puedan enfrentarse a problemas de acceso parecidos.

Vinculación con el fortalecimiento del sistema de salud y las intervenciones de desarrollo de la infraestructura

La vinculación entre la acción humanitaria y la acción para el desarrollo es fundamental para encontrar soluciones más sostenibles y a largo plazo, tanto para los refugiados como para las comunidades de acogida. Los desplazamientos pueden producirse en lugares con un acceso limitado a los servicios de salud nacionales. Puede suceder que se estén realizando actividades de desarrollo para mejorar los sistemas de salud o quizás no. Deben destinarse esfuerzos a planificar las actividades de respuesta humanitaria de manera que se vinculen a los programas de desarrollo existentes o previstos. Por ejemplo, en aquellos casos en los que las instalaciones sanitarias para los refugiados deban integrarse finalmente en el sistema nacional de salud, en el contexto de estrategias plurianuales, las inversiones previstas para esos servicios, con inclusión de la infraestructura, los recursos humanos para la salud y la cadena de suministro, deberían compartirse entre los organismos humanitarios y de desarrollo, así como con los asociados nacionales. El fortalecimiento del sistema sanitario, como las medidas para mejorar la calidad y las inversiones en personal sanitario e infraestructura, también será fundamental para mejorar la prestación de servicios sanitarios.

Solo si el sistema de salud es funcional, los refugiados se inscribirán y cotizarán al régimen, se reducirán los pagos directos y se mejorarán los resultados en materia de salud.

5.1.2 Planificación práctica

Comunicación eficaz

El ACNUR, junto con la institución de protección social de la salud correspondiente, los asociados en la ejecución y los grupos más amplios de coordinación de la protección social (por ejemplo, el grupo de trabajo sobre protección social de las Naciones Unidas, si existe) deberían planificar estrategias de comunicación eficaces para implementar los regímenes de protección social de la salud, con el fin de informar plenamente a los refugiados sobre la existencia del régimen, sus ventajas y desventajas, la documentación necesaria para inscribirse, y la forma de solicitar el tratamiento y el reembolso cuando proceda. La OIT suele estar presente en los grupos de coordinación de la protección social y puede facilitar la difusión de información en ese nivel. Los refugiados también deberían conocer cuáles son sus derechos y sus obligaciones con arreglo al régimen (por ejemplo, el importe del copago que tendrían que abonar y el plazo que tienen para informar al régimen de un ingreso hospitalario). Esa información puede prepararse conjuntamente con la institución de protección social de la salud, y la OIT debería tratar de determinar de qué modo este tipo de material podría ser de utilidad para otros grupos vulnerables incluidos en el régimen.

Además, si se ha optado por un plan contributivo, los refugiados deberían estar informados de su inminente y creciente responsabilidad de cotizar por su propia cobertura sanitaria a lo largo del tiempo, de acuerdo con la estrategia plurianual. La labor de concienciación también debería asegurar que los refugiados comprendan el funcionamiento del régimen de protección social de la salud y sus ventajas, de una manera culturalmente adecuada.

Gestión de las relaciones con los asociados del ACNUR en la ejecución

Se deberían desplegar esfuerzos para evaluar y mejorar la capacidad de las ONG asociadas que participan en el proceso de integración de los refugiados en los regímenes de protección social de la salud. Para ello, deberían participar en el ejercicio de evaluación y estar familiarizadas con los principios y la gestión de la protección social. Dado su estrecho contacto con las poblaciones de refugiados, las ONG asociadas deberían estar en condiciones de comunicar claramente a los refugiados las normas establecidas en virtud del acuerdo con el régimen de protección social de la salud y velar por que se cumplan permanentemente.

Durante la transición y después de ella, deberían eliminarse progresivamente las opciones alternativas, como la prestación de servicios sanitarios por parte de los asociados en la ejecución. No debería ofrecerse a los refugiados el reembolso de aquellos gastos sanitarios que podrían haber sido cubiertos por el régimen de protección social de la salud. Las transiciones parciales deberían estar particularmente bien planificadas y comunicadas, lo que significa que al principio solo se inscribirían en el régimen los grupos vulnerables.

A menos que se trate de un régimen nacional obligatorio, los refugiados tendrán la opción de abandonar el régimen, en cuyo caso serían responsables de sus propios gastos sanitarios. Por lo tanto, es importante que se establezcan normas claras, que se comuniquen y que sean respetadas por el personal de la ONG asociada y del ACNUR.

La transición desde la asistencia directa a un régimen de protección social de la salud puede tener consecuencias negativas en las funciones de las ONG asociadas al ACNUR, entre otras cosas en la asignación de las partidas presupuestarias. Se tendrá que gestionar la comunicación de acuerdo con ello

Sinergias con las intervenciones humanitarias mediante ayudas en efectivo

Las intervenciones en efectivo dirigidas por el ACNUR u otros asociados humanitarios pueden ser un mecanismo importante para facilitar el acceso a los regímenes contributivos de protección social de la salud y aumentar la participación de los beneficiarios en su propia atención de salud. Las intervenciones en efectivo pueden ser adecuadas en este contexto, ya que el costo de las primas se conoce de antemano y es probable que solo varíe en función del tamaño del hogar, y se pueden utilizar los criterios de vulnerabilidad existentes. La asistencia en efectivo para ese fin puede proporcionarse como complemento para cubrir parcial o totalmente el costo de las cotizaciones de los refugiados vulnerables que ya estén percibiendo subvenciones en efectivo polivalentes o para necesidades básicas. El importe y el calendario de la subvención son importantes, y deberían examinarse al principio de la fase de planificación, ya que el efectivo debería proporcionarse en el momento del pago de las cotizaciones. En este contexto, la selección de los destinatarios debería considerarse teniendo en cuenta los principios de universalidad y equidad de la CSU. Si se va a proporcionar efectivo para financiar parte de las cotizaciones al seguro social de salud, por ejemplo, es fundamental contar con una estrategia de comunicación para que la población destinataria conozca el calendario de pagos, los plazos y las expectativas. Se pueden incluir indicadores en la plantilla de seguimiento de la asistencia en efectivo posterior a la distribución para complementar la supervisión regular de los resultados del régimen de protección social de la salud. Como en todas las intervenciones en efectivo en el marco del ACNUR, se recomienda utilizar el efectivo para cubrir las cotizaciones a los regímenes de protección social de la salud directamente, es decir, utilizar la asistencia disponible de transferencias en efectivo del ACNUR en lugar de que sea un asociado el que proporcione el efectivo. Se debería maximizar el compromiso de los asociados en los aspectos cualitativos de la salud pública, en particular en la evaluación, la remisión, la selección de los destinatarios, el fortalecimiento de la capacidad y la supervisión.

5.1.3 Consecuencias presupuestarias de la transición a un régimen de protección social de la salud

La transición de todos o algunos de los refugiados que están bajo la protección del ACNUR desde la prestación directa de servicios de salud (asistencia humanitaria) a un sistema público de protección social de la salud tendrá consecuencias en la planificación y el presupuesto de las operaciones del ACNUR en el país. Ello debería formar siempre parte de una estrategia de planificación multisectorial más amplia en el seno de la propia organización.

Este ejercicio debería basarse en el cálculo de los costos de las opciones analizadas en el paso 3. Es importante prever las consecuencias presupuestarias para el ACNUR de la integración de los refugiados en un régimen de protección social de la salud. De hecho, es necesario preparar un presupuesto para un plan de integración plurianual en el que se describa cómo se reduciría gradualmente el gasto actual en la prestación directa de servicios sanitarios a medida que los refugiados puedan inscribirse en los regímenes de protección social de la salud.

El siguiente cuadro muestra las partidas que se deberían presupuestar. Los plazos podrían ser bastante más largos, dependiendo del contexto del país.

Cuadro 1: Ejercicio presupuestario de la integración de los refugiados en un régimen de protección social de la salud para el ACNUR (en dólares de los Estados Unidos).

Partida	Presupuesto real del año en curso	Integración Año 1 a 2	Integración Año 3 a 4	Integración Año 5 a 6
Medicamentos, material fungible				
Costos de gestión del asociado en la ejecución				
Gastos de personal del asociado en la ejecución				
Infraestructura de los servicios de salud (edificios y equipos) y personal (personal sanitario y de apoyo administrativo)				
Remisiones a una atención especializada - costos de transporte				
Remisiones a una atención especializada - costos de tratamiento				
Costos de inscripción en el régimen de seguro social.				
Cotización anual al seguro social				
TOTAL				

El ejercicio presupuestario es importante porque puede servir de base para el debate con los interlocutores gubernamentales sobre la planificación y los arreglos de participación en la financiación de los gastos de la integración de los refugiados en la opción de cobertura nacional elegida. De hecho, los refugiados con medios de vida fiables y suficientes medios económicos pueden estar en condiciones de pagar las cotizaciones al seguro social de salud desde un principio, o de modo progresivo si se elige esa opción, en igualdad de condiciones con los nacionales. Cuando se trate de refugiados sin capacidad contributiva, su inscripción a regímenes subvencionados (por ejemplo, en los que el gobierno de acogida pague las cotizaciones de la población vulnerable o los trabajadores por cuenta propia, parcial o totalmente, con cargo a su presupuesto general) puede ser necesario que el ACNUR siga haciéndose cargo de pagar las cotizaciones, ya que quizás el gobierno de acogida no esté en condiciones de hacerlo. El ACNUR podría realizar intervenciones relacionadas con los medios de vida que generen gradualmente una mayor independencia económica y capacidad para cotizar a la protección social a largo plazo.

Si el régimen seleccionado cubre toda la atención especializada disponible para los nacionales, el apoyo del ACNUR para las remisiones puede disminuir una vez que los refugiados accedan a ellas en el marco del régimen. Sin embargo, si el tratamiento de algunas enfermedades crónicas disponible para los nacionales no se ofrece en el marco del régimen, el ACNUR puede necesitar mantener un presupuesto y un comité de atención excepcional, en el marco de su programa de derivación de pacientes, para tomar decisiones transparentes y justas sobre qué otra atención especializada se puede proporcionar.

En los primeros años de integración podrían aumentar los costos, ya que el ACNUR podría invertir en la infraestructura física de los sistemas nacionales y en otros apoyos a los sistemas de salud con sus asociados, para asegurar que los futuros servicios sanitarios sean de alta calidad y geográficamente accesibles para los refugiados y las comunidades de acogida. Las instalaciones sanitarias creadas por las ONG pueden pasar a formar parte de estructuras nacionales, pero deben cumplir las normas nacionales en materia de infraestructura, acreditación, recursos humanos, calidad de los servicios, medicamentos y suministros médicos. Desde esa perspectiva, es importante tener en cuenta los planes de fortalecimiento y la normativa de los sistemas nacionales de salud, incluido el apoyo de otros organismos afines (por ejemplo, la OMS, el UNICEF y la OIT) y del Banco Mundial.

Recuadro 9. Consideraciones sobre la financiación

- Si se selecciona el seguro social de salud como opción programática, la inscripción debe ir acompañada de mensajes coherentes y una labor de comunicación eficaz para que los refugiados, las instituciones nacionales, los proveedores de servicios y los asociados estén plenamente informados de los cambios.
- Si el ACNUR presta apoyo inicialmente para las cuotas de inscripción y las cotizaciones, puede ser necesario limitar otras opciones, como la prestación de servicios sanitarios por parte de ONG, y no ofrecer a los refugiados el reembolso de gastos sanitarios que podrían haberse cubierto mediante el régimen. El ACNUR puede decidir inscribir a los refugiados automáticamente.

pagar la inscripción y las cotizaciones. A menos que se trate de un régimen nacional obligatorio, los refugiados tendrían la opción de abandonar el régimen, en cuyo caso serían responsables de sus propios gastos de atención de salud.

- El ACNUR debería transferir progresivamente a los refugiados la responsabilidad de pagar las cotizaciones una vez que se haya determinado que disponen de ingresos para hacer frente a los pagos. Cuando sea posible, los refugiados podrían cotizar desde el principio. Es posible que el ACNUR tenga que mantener el pago total o parcial de las cotizaciones de las personas que pertenezcan a categorías vulnerables, o asegurar que esos refugiados cuenten con un apoyo suficiente mediante asistencia en efectivo o apoyo a los medios de vida para hacer frente a los gastos del seguro.
- Quizás se necesiten mayores inversiones iniciales en materia de financiación y conocimientos especializados para evaluar las opciones, inscribir a los refugiados en los regímenes de protección de social de la salud y supervisar los resultados. No obstante, ello debería llevar aparejada una menor asistencia directa para la salud, por ejemplo, a medida que los refugiados sean más autosuficientes y puedan cotizar al seguro de salud.

5.1.4 Consecuencias de la supervisión

La supervisión debería ser un componente integrado en el servicio contratado proporcionado por un régimen de protección social de la salud. Si no se trata de un régimen nacional de seguro social de salud y el ACNUR tiene que recurrir a opciones voluntarias, solo debería aceptar regímenes que tengan un marco sólido de supervisión y evaluación incorporado en la propuesta del proveedor, estipulando esa cuestión en la solicitud de propuestas.

- El régimen debería proporcionar como mínimo los siguientes datos: el número de inscritos; el número de personas que cotizan regularmente; el importe pagado en concepto de inscripción y de cotizaciones; las cantidades pagadas por los refugiados y por el ACNUR; la suma pagada por el régimen, ya sea directamente por los servicios de salud prestados a las personas inscritas o como reembolso por los servicios cubiertos por el régimen; el costo medio de los servicios y el pago medio por persona inscrita; la proporción correspondiente a los gastos administrativos; y la tasa de pérdidas médicas.
- Lo ideal sería que el régimen contara con el apoyo de un organismo especializado que trabajase a nivel nacional, que recomendase una matriz estandarizada de financiación de la sanidad que utilizara criterios de referencia para comparar el desempeño de los distintos regímenes del país.

- Siempre que sea posible, el administrador del régimen desglosará los datos correspondientes a los refugiados.
- Es necesario incorporar en el mecanismo de seguimiento y evaluación un sistema adecuado para recabar la opinión sobre la satisfacción con el régimen y la calidad de la atención de los servicios, así como un mecanismo para interponer quejas, y debería existir algún grado de evaluación participativa del régimen por parte de los refugiados.
- Si el ACNUR no participa directamente en el panorama general de un régimen en una zona en la que los refugiados tienen medios de vida o asistencia en efectivo polivalente en cantidad suficiente para haberse inscrito de forma independiente en un régimen, puede ser necesario realizar un seguimiento alternativo del acceso a los servicios de salud mediante una encuesta de hogares sobre el acceso y la utilización de esos servicios.
- El personal de salud pública de la Oficina Regional del ACNUR y la Sección de Salud Pública puede ayudar a las oficinas del país a interpretar los resultados de los diferentes regímenes para facilitar un ajuste preciso y eficaz de los costos y el conjunto de servicios, y seguir analizando las mejores opciones para financiar los servicios sanitarios de los refugiados. En ocasiones, el ACNUR puede encargar estudios sobre los costos totales que pagan los refugiados por la atención de salud, incluido el seguro y los gastos directos en concepto de tasas a los usuarios y transporte, a fin de evaluar los efectos del seguro en la carga financiera de los beneficiarios del régimen.

Una vez que los refugiados se hayan integrado en el régimen nacional, el personal del ACNUR y de la OIT puede planificar una evaluación regular de las repercusiones de esa integración en el acceso efectivo a los servicios de salud sin empobrecimiento para los usuarios. Ello podría hacerse periódicamente y puede implicar un componente de creación de capacidad para la institución nacional encargada de la cobertura. Los datos recogidos pueden ayudar a prever cualquier inconveniente y realizar una evaluación de los beneficios de esa integración, que puede utilizarse además con fines de promoción y para difundir la información.

5.1.5 Consecuencias en la supervisión de la cobertura a nivel nacional

Es importante que, a nivel nacional, el organismo de coordinación encargado de la protección social supervise la extensión de la cobertura de la protección social en general, incluida la progresión de la inclusión de los refugiados. A ese respecto, la OIT dispone de un conjunto de herramientas para ayudar a los países a supervisar la cobertura de la protección social.

Recuadro 10. Conjunto de herramientas de la OIT sobre estadísticas de protección social

Desde 1940, la OIT recoge y analiza información cuantitativa sobre los regímenes de protección social en todo el mundo. La Encuesta de Seguridad Social de la OIT es la principal fuente de datos mundiales sobre protección social, y es utilizada a diario por los responsables de la formulación de políticas, los funcionarios de las organizaciones internacionales y los investigadores. Se dispone de una serie de herramientas que pueden orientar el seguimiento de la cobertura en correspondencia con los ODS:

- Base de datos
- Cuestionario de la Encuesta de Seguridad Social en cinco idiomas
- Cuestionario de la Encuesta de Seguridad Social en cinco idiomas (incluido un módulo sobre migrantes)
- Guía de Inicio y Guía Técnica en cuatro idiomas

Recursos disponibles en: www.social-protection.org

Anexo 1: Herramientas prácticas y plantillas

Inventario de políticas y estrategias nacionales de protección social de la salud

El objetivo de este examen de las políticas y estrategias nacionales, en el marco del paso 1, es examinar si se tiene en cuenta a los refugiados y, de no ser así, preparar los elementos de promoción necesarios para su inclusión. También se trata de examinar en qué medida la asistencia del ACNUR se ajusta a las opciones previstas en esos documentos marco y, si fuera necesario, determinar qué ajustes deberían hacerse en esa asistencia para asegurar la coherencia con las opciones nacionales y un enfoque más fluido del vínculo entre la labor humanitaria y la acción para el desarrollo.

La información que es necesario reunir puede recogerse en un cuadro, en un archivo de Excel, como el siguiente modelo:

Documentos	Objetivos específicos en materia de protección social de la salud	Intervenciones previstas	Inclusión de los refugiados
1	2	3	4

1. **Documentos:** ¿Qué marcos de desarrollo y documentos de política nacionales abordan la cuestión de la protección social, incluida la protección social de la salud? Cada línea del cuadro corresponde a un documento marco (marco nacional de desarrollo económico y social, política nacional de protección social, política de financiación de la salud, estrategias y planes de acción, etc.), cuyo nombre se menciona en esta primera columna.
2. **Objetivos específicos en materia de protección social de la salud:** Para cada documento, se resumen aquí los principales objetivos en relación con la cobertura sanitaria y las poblaciones afectadas.
3. **Intervenciones previstas:** ¿Cuáles son las intervenciones, medidas, programas y proyectos previstos para alcanzar los objetivos en materia de protección social de la salud? En esta columna se resumen las medidas previstas para alcanzar los objetivos fijados y llegar a las poblaciones destinatarias. Se limita a un resumen de las principales medidas previstas para tener una idea general de las orientaciones principales. No obstante, puede ser útil completar esta tabla con comentarios y/o una breve presentación de los programas a gran escala que se pueden prever en el contexto de estas intervenciones (por ejemplo, un proyecto de seguro de salud universal o un registro nacional para todo el sistema de protección social). También puede ser útil indicar aquí cuáles son los principales actores nacionales y los asociados externos en las diferentes intervenciones.
4. **Inclusión de los refugiados:** ¿Se menciona la cuestión de los refugiados? Si no es así, ¿cómo podría incluirse? Esta columna permite constatar en qué medida los refugiados se toman en consideración en las políticas y las estrategias nacionales, y señalar las acciones de promoción que deberían llevarse a cabo al respecto. También

permite comprobar si la asistencia actual del ACNUR es coherente con las estrategias, planes y directrices nacionales.

Véanse más herramientas de evaluación de los programas de protección social en:

- OIT. 2017. Social Protection Assessment-Based National Dialogue: A Global Guide. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf.
- Inter Agency Social Protection Assessments: <https://ispatools.org/>.

Compilación y evaluación de los regímenes de protección social de la salud

El examen de los sistemas de protección social se realiza en el paso 1 y se completa en el paso 3. Puede utilizarse la misma matriz para estos dos pasos; la plantilla propuesta pretende mostrar una compilación sintética de los regímenes existentes y sus principales características.

	Disposiciones existentes												
	Nombre del régimen	Organismo de gestión	Supervisión	Tipo de régimen	Paquete de prestaciones	Población destinataria	Número de personas protegidas	Financiación	Puntos fuertes	Puntos débiles	Evaluación	Disposiciones previstas	¿Pueden acogerse los refugiados?
Regímenes públicos													
Seguro social de salud													
Servicio nacional de atención de salud o de asistencia médica													
Programas de gratificaciones													
Mecanismos privados													
Seguro de salud basado en la comunidad o mutuas de salud													
Regímenes privados comerciales y del empleador													
Otros													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

1. **Órgano o institución de gestión:** ¿A qué órgano compete la gestión administrativa, técnica y financiera de los regímenes? Los regímenes pueden ser administrados directamente por un ministerio (por ejemplo, los regímenes de los funcionarios en ocasiones están gestionados directamente por el Ministerio de Hacienda), instituciones de seguridad social, los empleadores (planes internos de seguro de salud de las empresas), mutuas de salud, compañías de seguros o incluso sindicatos. También pueden estar gestionados por organizaciones nacionales o internacionales, como en el caso de los programas de asistencia social.
2. **Supervisión:** ¿Qué entidad pública asegura la evaluación y la supervisión de los regímenes? Los sistemas de seguro social y de asistencia social funcionan bajo la supervisión administrativa y/o financiera del Estado, y muchos regímenes privados están bajo la supervisión o regulación del Estado. Las instituciones encargadas de esta supervisión deberían estar asociadas a una estrategia de integración de los refugiados.
3. **Tipo de régimen:** ¿Cuál es la naturaleza del régimen que proporciona las prestaciones? Esta columna permite identificar los distintos regímenes según se trate, por ejemplo, de un régimen universal, por categorías, contributivo o no contributivo, de carácter obligatorio o voluntario (véanse las definiciones en el glosario).
4. **Paquete de prestaciones:** ¿Qué servicios se ofrecen? Esta columna pretende describir las prestaciones que ofrece el régimen: intervenciones de salud cubiertas, niveles de la pirámide sanitaria cubiertos (atención primaria, secundaria y terciaria), porcentaje de gastos cubierto y mecanismo de apoyo (pago de terceros o reembolso). Si la información está disponible, es importante indicar también el modo de pago a los proveedores de servicios sanitarios (mediante un importe fijo por persona, una tarifa establecida para cada proveedor de servicios, o un importe establecido por caso o diagnóstico), ya que los mecanismos de pago a los proveedores inciden significativamente en la disponibilidad y la calidad de los servicios.
5. **Población destinataria:** ¿A qué grupos de población está destinado el régimen? Se refiere a los grupos de población a los que se aplica el régimen, por ejemplo: trabajadores del sector formal (público y/o privado), toda la población, los hogares más pobres y otros destinatarios. En segundo lugar, según los datos disponibles, se indicará el tamaño (número de personas) del grupo destinatario.
6. **Número de personas protegidas** (y cotizantes, si corresponde). ¿Cuántas personas están abarcadas efectivamente por el régimen? Pertenecer a un grupo destinatario no significa necesariamente que las personas o los hogares que deberían estar inscritos en un régimen lo estén en la práctica. Esta cuestión afecta en particular a los regímenes voluntarios en los que las personas pueden elegir inscribirse o no, así como a los casos en los que los empleadores que no siempre cumplen la legislación y en ocasiones no inscriben o afilian a todos sus empleados. Por lo tanto, puede existir una diferencia entre el número de personas que deberían estar protegidas (columna 5) y el número real de personas inscritas (columna 6). Si se trata de un régimen contributivo y los datos están disponibles, esta columna debería incluir el

número de cotizantes y el número total de personas protegidas (los cotizantes más sus dependientes).

7. **Financiación:** ¿Cómo se financia el régimen? En esta columna se deben indicar las fuentes de financiación y, en la medida en que esté disponible, el presupuesto del régimen (recursos). Estas fuentes de financiación pueden proceder de las cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores (cuya distribución se indicará), de las personas inscritas (régimenes voluntarios), del presupuesto del Estado, de la financiación de asociados externos o de una combinación de estas fuentes.
8. **Puntos fuertes:** ¿Cuáles son los puntos fuertes del régimen? Pueden ser de distinto tipo, como una base sólida de personas inscritas, una gestión dinámica, una gobernanza transparente o la utilización de un sistema de información. Reflejan los elementos de dinamismo del régimen, a menudo vinculados a los del organismo que lo gestiona, y constituyen un importante elemento de diagnóstico.
9. **Puntos débiles:** ¿Cuáles son los puntos débiles del régimen? Los puntos débiles pueden incluir, por ejemplo, la ausencia de datos sobre los beneficiarios, o reflejar los problemas y la escasa capacidad institucional, que pueden ser organizativa, técnica o financiera. Son asimismo importantes elementos de diagnóstico.
10. **Evaluación:** ¿Han sido el régimen y/o los proveedores de servicios de salud objeto de una evaluación reciente? Aquí se indica si se han realizado una o más evaluaciones recientemente (incluidos estudios actuariales, estudios sobre la calidad de la atención y otros) y, si procede, los documentos disponibles.
11. **Disposiciones previstas:** ¿Es el régimen objeto de una estrategia particular o de objetivos específicos en términos de desarrollo o fortalecimiento en un futuro próximo? Esos objetivos o estrategias pueden ser el resultado de una política nacional de protección social o formar parte de una política interna del organismo gestor, o de un asociado técnico y financiero. Este nivel indicará si las reformas previstas incluyen a los refugiados.
12. **Acogimiento de los refugiados:** ¿Qué categorías de refugiados pueden inscribirse en este régimen? Esta última columna permite comprobar si determinados hogares podrían estar protegidos por los mecanismos identificados, como los refugiados empleados en el sector formal, los refugiados que trabajan en la economía informal, los refugiados sin recursos, etc. En la medida en que los datos estén disponibles, se indicará el número de personas y hogares afectados.

Véanse más herramientas de evaluación de los programas de protección social en:

C. Normand *et al.*: *Social health insurance. A guidebook for planning*, primera y segunda edición. OIT y OMS. 1994, 2009. Disponible en https://www.who.int/health_financing/documents/shi-guidebook.pdf.

Anexo 2: Ejemplos de países

Burkina Faso

En África Occidental y Central, los seguros de salud basados en la comunidad, denominados mutuas de salud, a menudo son las únicas opciones disponibles. Los gestionan actores nacionales o externos, y generalmente se establecen para grupos de población específicos. La inscripción de los refugiados puede dar lugar a un desequilibrio quizás imprevisible y difícil de identificar y gestionar por parte de estos regímenes si su capacidad de gestión técnica es insuficiente.

Es el caso específico de Burkina Faso, donde los refugiados que viven en Ouagadougou y Bobo Dioulasso se inscribieron a partir de 2016 en dos mutuas de seguros de salud funcionales que ofrecían un buen conjunto de servicios. Con el fin de alentar a los refugiados a renovar su inscripción, el ACNUR redujo gradualmente las cotizaciones de los hogares, desde el 100 por ciento en el primer año hasta el 0 por ciento transcurridos cinco años.

En un estudio realizado en 2018 se formularon una serie de observaciones.

- Los refugiados en Ouagadougou recurrieron a la prestación de servicios entre 8 y 12 veces más que los miembros nacionales de la mutua de salud. Esa situación se explica en parte por el hecho de que el ACNUR asumió los costos de la atención de salud que no estaban cubiertos por la mutua, asegurando así una cobertura adicional que fomentó un alto nivel de utilización de estos servicios.
- Otra parte de la explicación radica en el hecho de que, a medida que el subsidio del ACNUR disminuía gradualmente, los hogares redujeron el número de personas por las que cotizaban, asegurando solamente a aquellas que tenían un riesgo elevado de enfermar (fenómeno de selección adversa).
- Como resultado de ello, los refugiados, aun siendo minoría en la mutua de salud, aumentaron el nivel medio de utilización de los servicios. Como la gestión técnica de la mutua es deficiente, no ha podido medir este fenómeno, que podría haber generado un grave desequilibrio financiero

Esta experiencia ha brindado dos enseñanzas.

- i. Cuando la inscripción es voluntaria, los refugiados, al igual que las poblaciones de acogida, no acaban de comprender ni de aceptar el principio de racionamiento en los sistemas de salud y el principio subyacente de mancomunación de los riesgos. Es necesario un compromiso y una comunicación estrechos con la comunidad para explicar el régimen y evaluar la voluntad de los refugiados de cotizar a los regímenes antes de que se apliquen.
- ii. Las mutuas basadas en la comunidad tienen poca capacidad de gestión, y los seguros son complejos de gestionar. En este caso, la inclusión de los refugiados creó un desequilibrio en el régimen que la mutua no pudo gestionar. Todo acuerdo con una mutua de salud debe ser estudiado cuidadosamente, incluyendo una evaluación de su capacidad técnica de gestión y la necesidad de fortalecer esa capacidad. Si se

está desarrollando un régimen nacional de protección social de la salud, tal vez sea mejor apoyar ese proceso y facilitar la pronta inclusión de los refugiados.

Burkina Faso tenía previsto establecer un régimen nacional de seguro de salud universal a partir de 2020 que abarcaría gradualmente a toda la población, pero aún no se ha puesto en marcha. El Gobierno ha señalado que el sistema estará a disposición de los refugiados.

Camerún

En el Camerún, el ACNUR ha puesto en marcha una estrategia de retirada gradual de la asistencia directa, aunque actualmente no existen soluciones alternativas en forma de regímenes de seguro de salud para los refugiados que trabajan principalmente en la economía informal, tanto urbana como rural. El movimiento mutualista es muy débil y no ofrece soluciones. No obstante, el Camerún ha empezado a trabajar en el desarrollo de la CSU con el fin de promover el acceso de toda la población a una atención de salud de calidad por medio de regímenes contributivos y no contributivos. Sin embargo, para llevar a cabo este proyecto es necesario contar con mucha preparación técnica y un sólido compromiso político. Por lo tanto, la CSU no estará disponible a corto plazo, aunque ofrece una interesante posibilidad para la que el ACNUR se está preparando mediante una estrategia integrada, que forma parte de la estrategia plurianual de múltiples asociados del ACNUR y del plan estratégico de integración de la atención de salud de los refugiados en el sistema nacional de salud del Camerún 2017–2021

República Democrática del Congo

La estrategia de autosuficiencia desarrollada por el ACNUR en la República Democrática del Congo en 2016 orientó la asistencia médica hacia la inscripción de los refugiados urbanos en mutuas de salud, con el plan a largo plazo de que los refugiados acabaran pagando sus cotizaciones. Esa estrategia se puso en marcha para los refugiados de las zonas urbanas de Lubumbashi, Goma y Bukavu, donde las asociaciones están vinculadas con diferentes sistemas de microseguros de salud. Actualmente no existe un sistema nacional de protección social de la salud que permita una cobertura normalizada para los refugiados. En ese contexto, el ACNUR podría participar en la aplicación de las políticas nacionales de protección social, apoyando el desarrollo de un enfoque innovador en materia de cobertura sanitaria para la población refugiada en entornos urbanos y rurales. Ello implicaría la aplicación de un programa de apoyo técnico a los sistemas de seguros existentes y, paralelamente, el refuerzo de la autosuficiencia de los refugiados, mejorando su acceso a actividades de capacitación económica.

Mauritania

En Mauritania se examinó la viabilidad de la inscripción de los refugiados urbanos en el régimen de seguro de salud básico gestionado por la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pero se consideró inadecuada debido a los resultados y al coste del régimen. Un nuevo Fondo Mutual Regional de Salud, apoyado por la Unión Europea y gestionado por el Ministerio de Salud, mejorará la protección social de la salud del sector informal. Su puesta en marcha está prevista para finales de 2020 en Nouakchott Occidental y Meridional y en

Brakna, con el propósito de extenderlo a todo el territorio. El ACNUR está evaluando el nuevo régimen para ver si es adecuado para la inclusión de los refugiados. En el caso de los refugiados que viven en los campamentos de Mbera, la puesta en marcha del proyecto Inaya, financiado por el Banco Mundial, supondrá una transición progresiva (a partir de 2020) desde la prestación de servicios apoyados por el ACNUR a su inclusión en el sistema nacional de salud, mediante el que los refugiados accederán a los servicios en igualdad de condiciones que los nacionales.

Rwanda

El sistema nacional de protección social de la salud de Rwanda incluye una serie de regímenes que se dirigen a diferentes grupos profesionales y socioeconómicos. Muchos estudiantes están inscritos en la mutua universitaria nacional, y la protección de los trabajadores está a cargo de la Rwandaise d'Assurance Maladie. El seguro de salud basado en la comunidad es un régimen público de seguridad social administrado por la Junta de la Seguridad Social de Rwanda. En 2017, el Gobierno de Rwanda se comprometió a integrar gradualmente a los refugiados en el sistema nacional de protección social de la salud. El año siguiente, la OIT y el ACNUR realizaron un estudio de viabilidad técnica. La inscripción de los refugiados urbanos comenzó en septiembre de 2019, junto con la emisión de tarjetas de identidad por parte del Gobierno de Rwanda. El estudio de viabilidad evidenció efectivamente los estrechos vínculos existentes entre las medidas de protección jurídica de los refugiados, como el acceso a los documentos de identificación en el país de acogida, y los obstáculos administrativos para acceder a la protección y atención social.

En la actualidad, gozan de protección del seguro de salud basado en la comunidad algo más de 6 200 adultos y niños. El objetivo a corto plazo es inscribir en el sistema a los 12 000 refugiados que viven en zonas urbanas, extendiendo posteriormente esa cobertura a los que viven en campamentos. Cualquier adaptación se debate en el contexto de un memorando de entendimiento entre el ministerio responsable de los refugiados, el seguro de salud basado en la comunidad y el ACNUR, con el propósito de asegurar que los refugiados puedan acceder a condiciones similares a las que disfrutaban las comunidades de acogida. En particular, ello requerirá un sistema de categorización de las cotizaciones, un registro y un procedimiento de renovación de la inscripción de los refugiados, similares a los previstos para las familias rwandesas que trabajan en la economía informal. En función de su capacidad de pago, los refugiados aumentarán sus cotizaciones y el ACNUR reducirá progresivamente las suyas, pero seguirá haciéndose cargo de las de los niños, las personas en situación de vulnerabilidad y las personas con necesidades específicas..

Senegal

Desde 2014, el Senegal cuenta con un programa nacional de CSU, subvencionado en gran medida por el Estado, con el objetivo de extender la cobertura sanitaria a todos los hogares, incluidos los más pobres. Sin embargo, esta generosa política se enfrenta a problemas técnicos y financieros, así como a dificultades para garantizar la continuidad y la calidad de los servicios. En la actualidad, la CSU y las políticas de atención de salud gratuita para algunos grupos de población (niños, mujeres embarazadas y personas de edad) no incluyen actualmente a los refugiados. A finales de 2018 surgieron dos oportunidades: por una parte,

la preparación de una política de seguro de salud universal, que daría derecho a la cobertura sanitaria a toda persona que viva en el Senegal; y, por otra, una estrategia plurianual entre el Senegal y el ACNUR que permitirá movilizar recursos para financiar los mismos mecanismos de subvención de las cotizaciones que tienen los ciudadanos senegaleses. De ese modo, la CSU debería abarcar a los refugiados urbanos y rurales. En los entornos urbanos, remplazaría a la actual cobertura de los refugiados de Dakar, que está a cargo de una mutua de salud particularmente costosa que da lugar a un importante abandono por parte de los refugiados a medida que disminuye la contribución financiera del ACNUR.

Sudán

El Fondo Nacional de Seguro de Salud del Sudán abarca aproximadamente a la mitad la población y ofrece una atención de salud ampliada, cuyos servicios se prestan mayoritariamente en centros públicos de salud y se dispone de una lista aprobada de medicamentos. Esta cobertura se extiende a las poblaciones pobres y vulnerables, cuya inscripción recibe apoyo de una serie de programas de subvenciones. En 2016 el ACNUR puso en marcha un programa piloto que permitió que algunos refugiados urbanos de Jartum se beneficiaran de la cobertura del Fondo Nacional de Seguro de Salud, pagando las cotizaciones en nombre de los refugiados durante el primer año. No obstante, al parecer, la mayoría de los refugiados fueron considerados como pobres, y sus posibilidades de generar ingresos están limitadas por la falta de oportunidades económicas. La continuidad de la cobertura de los refugiados más allá del proyecto piloto debe vincularse a actividades destinadas a promover sus medios de vida y su capacidad para cotizar al seguro.

Glosario²⁰

Atención primaria de salud

La atención primaria de salud aborda la mayoría de las necesidades sanitarias de una persona a lo largo de su vida. Incluye el bienestar físico, mental y social y se centra en las personas más que en las enfermedades. El enfoque de la atención primaria de salud abarca a toda la sociedad e incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Un enfoque de atención primaria de salud incluye tres componentes:

- satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida;
- abordar los determinantes más amplios de la salud mediante políticas y medidas multisectoriales;
- capacitar a las personas, las familias y las comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

Al proporcionar atención *en* la comunidad, así como *por medio de* ella, la atención primaria de salud no solo aborda las necesidades de salud individuales y familiares, sino también la cuestión más amplia de la salud pública y las necesidades de poblaciones definidas.

Los principios de la atención primaria de salud se esbozaron por vez primera en la [Declaración de Alma-Ata](#) en 1978, un hito fundamental en la salud mundial. Cuarenta años después, los líderes mundiales ratificaron la [Declaración de Astaná](#) en la [Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud](#) que tuvo lugar en Astaná, Kazajstán, en octubre de 2018.

Véase más información en https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

Derecho humano a la salud

El derecho a la salud es «un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud...» (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Se puede acceder al conjunto de herramientas del ACNUDH sobre el derecho a la salud en <https://www.ohchr.org/SP/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>.

²⁰ Véanse más referencias en «Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible». Ginebra: OIT. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=594>.

Economía informal

La expresión «economía informal» hace referencia a todas las actividades económicas desarrolladas por los trabajadores y las unidades económicas que —en la legislación o en la práctica— no están cubiertas o lo están de manera insuficiente por sistemas formales, regulados o protegidos por el Estado. Más de seis de cada diez trabajadores y cuatro de cada cinco empresas del mundo operan en la economía informal.

La Recomendación núm. 204 de la OIT, de pertinencia universal, reconoce la amplia diversidad de situaciones de informalidad, con inclusión de los contextos nacionales específicos y las prioridades de cada país con respecto a la transición a la economía formal, y proporciona orientaciones prácticas para abordar esas prioridades. Define claramente un ámbito de aplicación amplio y detallado, que abarca a todos los trabajadores y unidades económicas de la economía informal, incluyendo las empresas, los empresarios y los hogares. El trabajo informal puede observarse en todos los sectores de la economía, y tanto en espacios públicos como en espacios privados.

En la Recomendación núm. 204 se proporcionan orientaciones a los Miembros para lograr un triple objetivo:

- (a) facilitar la transición de los trabajadores y las unidades económicas de la economía informal a la economía formal, respetando los derechos fundamentales de los trabajadores y garantizando oportunidades de seguridad de los ingresos, medios de sustento y emprendimiento;
- (b) promover la creación, preservación y sustentabilidad de empresas y de empleos decentes en la economía formal, así como la coherencia de las políticas macroeconómicas, de empleo, de protección social y otras políticas sociales, y
- (c) prevenir la informalización de los empleos de la economía formal.

Igualdad de trato

Ninguna sociedad está libre de discriminación. En efecto, la discriminación en el empleo y la ocupación es un fenómeno universal y en permanente evolución. En todo el mundo, se niega el acceso al trabajo y a la formación a millones de mujeres y hombres, que perciben salarios bajos o se ven confinados a determinados puestos de trabajo simplemente por motivos de sexo, color de piel, situación migratoria, origen étnico o creencias, sin tener en cuenta sus capacidades y cualificaciones. La no discriminación es un derecho humano fundamental y es esencial para que los trabajadores puedan escoger libremente su trabajo, desarrollar plenamente su potencial y beneficiarse económicamente de sus esfuerzos en función de sus méritos. El hecho de que exista igualdad en el lugar de trabajo también conlleva beneficios económicos significativos. Los empleadores que practican la igualdad tienen acceso a una fuerza de trabajo más numerosa, más diversa y de mayor calidad. Los trabajadores que gozan de igualdad tienen un mayor acceso a la formación y a menudo perciben salarios más elevados. Las normas de la OIT sobre la igualdad proporcionan herramientas para eliminar la discriminación en todos los aspectos del trabajo y en la sociedad en su conjunto.

Las normas del trabajo pertinentes se pueden consultar en: [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12030:0::NO::%22%20\|%20%22Equality of opportunity and treatment](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12030:0::NO::%22%20\|%20%22Equality+of+opportunity+and+treatment).

En relación con la seguridad social en particular, véase el Convenio sobre la igualdad de trato (seguridad social), 1962 (núm. 118): [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100 INSTRUMENT ID:312263](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100+INSTRUMENT+ID:312263).

La igualdad de trato entre refugiados y nacionales también es un principio importante de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, cuyo artículo 24, que versa sobre la legislación del trabajo y los seguros sociales, establece que: «Los Estados Contratantes concederán a los refugiados que se encuentren legalmente en el territorio de tales Estados el mismo trato que a los nacionales».

La Convención se puede consultar en: https://eacnur.org/files/convencion_de_ginebra_de_1951_sobre_el_estatuto_de_los_refugiados.pdf.

Pagos directos

Los pagos directos se definen como los pagos realizados por las personas a los proveedores de atención médica en el momento de la prestación del servicio. Ello excluye cualquier pago anticipado por servicios de salud, por ejemplo en forma de impuestos o de primas o cotizaciones a seguros específicos, así como los reembolsos a la persona que realizó los pagos.

Véase más información sobre la definición estadística de los pagos directos en https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/.

Piso de protección social

Los pisos de protección social constituyen conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que aseguran una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social.

Los pisos de protección social deberían comprender por lo menos las siguientes garantías básicas de seguridad social:

- (a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- (b) seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- (c) seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y

- (d) seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

(Recomendación núm. 202 de la OIT, párr. 5)

Los pisos de protección social son componentes de sistemas integrales de protección social que aseguran progresivamente mayores niveles de protección social. La meta 1.3 de los ODS insta a poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables.

Protección social y derecho humano a la seguridad social

La protección social es la protección otorgada por la sociedad en caso de contingencias de la vida, que pueden ocurrir a lo largo del ciclo de vida. Se define como un conjunto de políticas y programas diseñados para reducir y prevenir la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social en todo el ciclo de vida. Está consagrada en el derecho humano a la seguridad social. El derecho a la seguridad social incluye el derecho a obtener y conservar prestaciones sociales, ya sea en efectivo o en especie, sin discriminación, con el fin de recibir protección, en particular contra: a) la falta de ingresos procedentes del trabajo debido a enfermedad, invalidez, maternidad, accidente laboral, desempleo, vejez o muerte de un familiar; b) gastos excesivos de atención de salud; c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los hijos y los familiares a cargo (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 19). El derecho fundamental a la seguridad social se establece en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y en otros instrumentos legales internacionales.

La protección social abarca nueve áreas principales: las prestaciones familiares y por hijo, las prestaciones de maternidad, las prestaciones de desempleo, las prestaciones en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, las prestaciones de enfermedad, la protección social de la salud (asistencia médica), las prestaciones de vejez, las prestaciones de invalidez y las prestaciones de sobrevivientes. Los sistemas de protección social abordan todas estas áreas de políticas mediante una combinación de regímenes contributivos (seguro social) y de prestaciones no contributivas financiadas mediante los impuestos (incluida la asistencia social).

Es común que el término «protección social» haga referencia a la «seguridad social» y, generalmente, ambos términos se usan indistintamente. Se debe poner de relieve que, a veces, el término «protección social» se utiliza con una mayor variedad de significados que el de «seguridad social», incluyendo, en particular, la protección entre los miembros de la familia o los miembros de una comunidad local; asimismo, también se lo utiliza en algunos contextos con un significado más restringido, referido únicamente a las medidas destinadas a los miembros más pobres y vulnerables o excluidos de la sociedad. Sin embargo, en una mayoría de contextos, «seguridad social» y «protección social» son en buena medida intercambiables, y la OIT y las instituciones de las Naciones Unidas utilizan ambos términos en las discusiones con los mandantes y en el asesoramiento que prestan a los mismos.

Se puede acceder a las normas de protección social pertinentes por medio de los siguientes recursos:

- Construir sistemas de protección social: Normas internacionales e instrumentos de derechos humanos, <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action?id=55691>.
- Normas de Seguridad Social de la OIT: una referencia mundial para los sistemas de seguridad social, <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action?id=55714>.
- Sitio web conjunto de las Naciones Unidas sobre protección social y derechos humanos (en inglés): www.socialprotection-humanrights.org.
- Los informes del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos pueden consultarse en <https://www.ohchr.org/SP/Issues/RightSocialSecurity/Pages/SocialSecurity.aspx>.

Protección social universal

Según el marco internacional, la protección social universal abarca tres aspectos fundamentales:

- cobertura universal en cuanto a las personas protegidas;
- protección integral en cuanto a los riesgos cubiertos, y
- adecuación de la protección.

Véase una visión general del concepto en la siguiente nota informativa:

OIT. 2019. «Universal social protection: Key concepts and international framework», Social Protection for All Issue Brief. Abril de 2019. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/ResourcePDF.action?id=55517>.

Régimen contributivo

Régimen en el que las cotizaciones pagadas por las personas protegidas determinan directamente el derecho a las prestaciones (derechos adquiridos). La forma más común de regímenes contributivos son los regímenes de seguro social.

Los regímenes contributivos pueden financiarse en su totalidad mediante las cotizaciones, pero a menudo se financian parcialmente con los impuestos u otras fuentes. Esto puede llevarse a cabo mediante un subsidio para cubrir el déficit o mediante un subsidio general que sustituya por completo a las cotizaciones, o que otorgue subsidios solamente a grupos específicos de cotizantes o beneficiarios (por ejemplo, quienes no estén cotizando debido a que están cuidando niños, estudian, están prestando el servicio militar, se encuentran desempleados, o tienen un nivel de ingresos demasiado bajo para cotizar plenamente, o perciben prestaciones por debajo de un determinado umbral debido a las bajas cotizaciones realizadas en el pasado).

Régimen no contributivo

Los regímenes no contributivos, incluidos los regímenes de prestaciones sujetas a la comprobación de recursos y los regímenes sin comprobación de recursos, normalmente no requieren la cotización directa de los beneficiarios o de sus empleadores como condición para tener derecho a percibir las prestaciones correspondientes. El término abarca una amplia gama de regímenes, entre ellos los regímenes universales para todos los residentes (como los servicios nacionales de salud), los regímenes por categorías para determinados grupos amplios de la población (por ejemplo, para niños menores de cierta edad o personas mayores de cierta edad) y los regímenes de prestaciones sujetas a la comprobación de recursos (como los regímenes de asistencia social). Los regímenes no contributivos suelen financiarse con cargo a los impuestos u otros ingresos del Estado o, en algunos casos, mediante subvenciones o préstamos externos.

Régimen de prestaciones sujetas a la comprobación de recursos

Régimen que concede prestaciones previa comprobación de la situación de necesidad y que se dirige a determinadas categorías de personas u hogares cuyos medios están por debajo de un umbral determinado; a menudo se lo denomina régimen de asistencia social. La comprobación de recursos se utiliza para evaluar si los recursos (ingresos y/o activos) del hogar o de la persona se sitúan por debajo de un umbral definido y determinar su derecho a percibir una prestación y, en caso afirmativo, a qué nivel se brindará la prestación. En algunos países se utilizan pruebas indirectas de comprobación de los recursos; es decir, la elegibilidad se determina sin evaluar los ingresos o los activos, sino basándose en otras características de los hogares (aproximaciones) que se consideran más fácilmente observables. Los regímenes de prestaciones sujetas a la comprobación de recursos también pueden incluir condiciones y obligaciones para acceder a los derechos, como requisitos de trabajo, la participación en reconocimientos médicos o (para los niños) la asistencia a la escuela. Algunos también incluyen otras intervenciones que se realizan además de la propia transferencia de ingresos.

Régimen de seguro social

Régimen contributivo de protección social que garantiza la protección a través de un mecanismo de seguro, basado en:

- el pago previo de cotizaciones, es decir, antes de la ocurrencia de la contingencia asegurada;
- el riesgo compartido o la «mancomunación de los riesgos», y
- la noción de una garantía. Las cotizaciones pagadas por (o para) las personas aseguradas se agrupan y el fondo resultante se utiliza para cubrir los gastos incurridos exclusivamente por las personas afectadas por la ocurrencia de la contingencia o contingencias pertinentes (claramente definidas).

Contrariamente a los seguros comerciales, en el seguro social la mancomunación de los riesgos se basa en el principio de solidaridad y no en primas de riesgo calculadas a título individual.

Muchos regímenes de seguridad social contributivos se presentan y describen como regímenes de «seguros» (normalmente «regímenes de seguro social»), a pesar de ser, en realidad, de carácter mixto, con algunos elementos de carácter no contributivo en los derechos a las prestaciones. Esto permite una distribución más equitativa de las prestaciones, en particular para las personas con bajos ingresos y carreras laborales cortas o interrumpidas, entre otras. Estos elementos no contributivos adoptan diversas formas y están financiados por otros cotizantes (redistribución dentro del régimen) o por el Estado.

Orientaciones de las normas de la OIT

1. Principios clave de la asistencia médica

Principio de universalidad de la cobertura

El principio de universalidad de la cobertura se estableció ya en 1944 en la Recomendación sobre la asistencia médica (núm. 69): «El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo.» (Recomendación núm. 69, párr. 8). La «universalidad de la protección, basada en la solidaridad social» fue reafirmada en la Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202) (párr. 3 a)) asegurando como mínimo que, «durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso» (párr. 4).

Principio de solidaridad en la financiación

Los costes del acceso a una atención de salud asequible deberían ser asumidos colectivamente mediante amplios mecanismos de mancomunación de los riesgos y deberían financiarse «mediante pagos regulares y periódicos, en forma de cotizaciones al seguro social, en forma de impuestos, o en las dos formas simultáneamente» (Recomendación núm. 69, párr. 4).

Principio de adecuación de las prestaciones

Los instrumentos pertinentes abordan las distintas dimensiones de la adecuación, incluidos los servicios que deberían incluirse, los criterios de calidad que deberían cumplir y el nivel de protección financiera que debería proporcionarse en relación con su costo.

- *Cobertura de los servicios* – «Todos los miembros de la comunidad [...] deberían poder recurrir, en cualquier momento y lugar, a una asistencia completa, preventiva y curativa, en las mismas condiciones y sin obstáculos o barreras de naturaleza administrativa, financiera, política o de otra índole que no esté relacionada con el estado de salud» (Recomendación núm. 69, párr. 20). Los convenios pertinentes establecen además que se cubrirá «todo estado mórbido cualquiera que fuere su causa» (Convenio núm.102, art. 8, y Convenio núm. 130, art. 8) con objeto de «conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida» (Convenio núm. 102, art. 10.3, y Convenio núm.130, art. 9).
- *Adecuación de los servicios y condiciones de trabajo del personal sanitario* – El sistema debería procurar «la prestación de una asistencia de la mejor calidad posible» (Recomendación núm. 69, párr. 46), y los servicios de atención de salud deberían «cumpl[ir] los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad» (Recomendación núm. 202, párr. 5 a)). A este respecto, se presta especial atención a las condiciones de trabajo y las competencias del personal médico (Recomendación núm. 69, párrs. 57-65, y Convenio núm.149).

- *Protección financiera* – Si bien se autoriza la existencia del copago con el fin de evitar abusos, este debería «reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo» (Convenio núm. 102, art. 10.2) y no debería requerirse a los beneficiarios que no puedan permitírselo o cuando se trate de «enfermedades que se reconoce necesitan un tratamiento prolongado» (Recomendación núm.134, párr. 7). En esas condiciones, debería permitirse la extensión del plazo de duración de la prestación (Convenio núm.102, art. 12, y Convenio núm.130, art. 16.3). También se aconseja que «el derecho a la asistencia médica [...] no debería estar subordinado a un periodo de calificación» (Recomendación núm.134, párr. 4).

Normas principales

- [Recomendación sobre la asistencia médica \(núm. 69\)](#)
- [Convenio sobre la seguridad social \(norma mínima\), 1952 \(núm. 102\)](#)
- [Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 \(núm. 130\)](#)
- [Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 \(núm. 134\)](#)
- [Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 \(núm. 149\)](#)
- [Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 \(núm. 202\)](#)

2. Principales requerimientos: normas de la OIT sobre seguridad social relativas a la atención de salud

	Convenio núm 10 Normas mínimas	Convenio núm. 130 ^a y Recomendación núm. 134 ^b Normas más estrictas	Recomendación núm. 202 Protección básica
¿Qué debería cubrirse?	Todo estado mórbido cualquiera que fuere su causa; el embarazo, el parto y sus consecuencias.	La necesidad de asistencia médica curativa y preventiva.	Cualquier condición que requiera atención de salud esencial, incluida la maternidad.

<p>¿Quién debería estar protegido?</p>	<p>Por lo menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el 50 % de todos los asalariados y sus cónyuges e hijos; o - categorías de la población económicamente activa (que constituyan, por lo menos, el 20 % de todos los residentes, y sus cónyuges e hijos); o - el 50 % de todos los residentes. 	<p>Convenio núm.130: Todos los asalariados, con inclusión de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los aprendices, y sus cónyuges e hijos; o - categorías de la población activa (que constituyan, por lo menos, el 75 % de toda la población activa, y sus cónyuges e hijos); o - las categorías prescritas de residentes que constituyan por lo menos el 75 % de todos los residentes (las personas que ya reciban determinadas prestaciones de seguridad social también seguirán estando protegidas bajo las condiciones prescritas). <p>Recomendación núm.134: Además, las personas cuyo empleo sea de carácter ocasional y sus familias, los miembros de la familia del empleador que vivan en su hogar, respecto del trabajo que realicen para él, todas las personas económicamente activas y sus familias, todos los residentes.</p>	<p>Por lo menos, todos los residentes y niños, a reserva de las obligaciones internacionales existentes en el país.</p>
<p>¿En qué debería consistir la prestación?</p>	<p><i>En caso de enfermedad:</i> asistencia médica general, atención especializada en hospitales, medicamentos y suministros esenciales, hospitalización cuando fuere necesaria.</p> <p><i>En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:</i> asistencia prenatal, durante el parto y puerperal por un médico o una comadrona diplomada y la hospitalización, cuando fuere necesaria.</p>	<p>Convenio núm.130: La asistencia médica que requiera el estado de la persona protegida, con el objeto de conservar, restablecer o mejorar su salud y su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales, con inclusión, por lo menos, de asistencia médica general, asistencia especializada en hospitales, cuidados y prestaciones conexas, suministros médicos esenciales, hospitalización, cuando fuere necesaria, asistencia odontológica y readaptación médica.</p> <p>Recomendación núm.134: También el suministro de instrumentos de ayuda médica (por ejemplo, anteojos) y servicios de convalecencia.</p>	<p>Bienes y servicios que constituyan, como mínimo, la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, cumpliendo los criterios de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad; atención médica prenatal y postnatal gratuita para las personas más vulnerables; se deberían proporcionar niveles más elevados de protección a tantas personas como sea posible, tan pronto como sea posible.</p>

<p>¿Cuál debería ser la duración de la prestación?</p>	<p>Mientras persista el estado mórbido, embarazo o el parto y sus consecuencias. Podría limitarse a 26 semanas en cada caso de enfermedad. La prestación no podrá suspenderse mientras el beneficiario perciba prestaciones de enfermedad o reciba tratamiento para una enfermedad para la que se reconoce la necesidad de una asistencia prolongada.</p>	<p>Convenio núm.130: Mientras dure la contingencia. Podría limitarse a 26 semanas cuando un beneficiario deje de pertenecer a las categorías de personas protegidas, a menos que ya esté recibiendo asistencia médica para una enfermedad que requiere un tratamiento prolongado, o por el tiempo que la persona perciba una prestación monetaria de enfermedad.</p> <p>Recomendación núm.134: Mientras dure la contingencia.</p>	<p>Mientras el estado de salud así lo requiera.</p>
<p>¿Qué condiciones pueden prescribirse para tener derecho a una prestación?</p>	<p>Podrá prescribirse un periodo de calificación que se considere necesario para evitar abusos.</p>	<p>Convenio núm.130: Las condiciones de ese periodo de calificación deberán ser tales que las personas que normalmente pertenezcan a las categorías de personas protegidas no sean privadas del derecho a beneficiarse de dicha prestación.</p> <p>Recomendación núm.134: El derecho a la prestación no debería estar sujeto a un periodo de calificación.</p>	<p>Las personas que necesiten atención de salud no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud esencial.</p> <p>Debería definirse a nivel nacional y prescribirse por ley, aplicando los principios de no discriminación, capacidad de respuesta a las necesidades especiales e inclusión social, y garantizando los derechos y la dignidad de las personas.</p>
<p>^a Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 130) ^b Recomendación sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (núm. 134).</p>			

Recursos adicionales

ACNUDH. El ACNUDH y el derecho a la salud. <https://www.ohchr.org/SP/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

ACNUR. Garantizar el acceso a los servicios de salud: Guía operativa para la protección de refugiados y las soluciones en áreas urbanas. https://www.acnur.org/publications/pub_liveli/5c19365a4/garantizar-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-guia-operativa-para-la-proteccion.html

ACNUR. Public Health Assessment, Monitoring, Evaluation. <https://www.unhcr.org/search?lcode=EN&comid=4b4df14f9&tags=evaluation-health>

ACNUR. Public health guidance. <https://www.unhcr.org/search?comid=4b4c91c49&cid=49aea9390&scid=49aea93ad&tags=public-health-guidelines>

ACNUR. Public Health Strategies and Policies. <https://www.unhcr.org/search?lcode=ES&comid=4b4c8da19&tags=pubhealth-strategies&policies>

ACNUR. UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. <https://www.unhcr.org/protection/health/4b4c4fca9/unhcrs-principles-guidance-referral-health-care-refugees-other-persons.html>

C. Normand *et al.*: 1994 y 2009. *Social health insurance*. A guidebook for planning. OIT y OMS. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf

Inter Agency Social Protection Assessments. <https://ispatools.org/>

OIT. 2017. *Social Protection Assessment-Based National Dialogue: A global guide*. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf

OIT. 2019. Construir sistemas de protección social: Normas internacionales e instrumentos de derechos humanos. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action?id=55691>

OIT. 2019. Policy Resource Package on Extending Social Security to Workers in the Informal Economy. Disponible en: <http://informaleconomy.social-protection.org>

OIT. 2020. *Hacia una cobertura sanitaria universal: Principios de la protección social de la salud*, Foco en la protección social. Disponible en: <https://www.social-protection.org/gimi/ResourcePDF.action?id=56238>

OIT. Base de datos sobre la protección social en el mundo. <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=32>

OIT. NORMLEX - Sistema de información sobre las normas internacionales del trabajo. [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:1:0::NO:::~::](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:1:0::NO:::)

OIT. Plataforma de Protección Social de la OIT. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowMainPage.action?lang=ES>

OMS. Global Health Expenditure Database - <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>.



© UNHCR/Felipe Irmaldo