



# GRANDES INTERROGANTES SOBRE DESPLAZAMIENTO FORZADO Y SALUD

INFORME FINAL | JUNIO 2022



# RESUMEN EJECUTIVO

---

La movilización masiva de migrantes y refugiados puede representar un desafío significativo para los sistemas de salud, incluso en los entornos más desarrollados. En contextos frágiles o afectados por conflictos, la presión ejercida sobre los sistemas de salud puede ser aguda. En la fase de emergencia de una respuesta humanitaria, las las agencias prestadoras de servicios (locales y globales) superan este desafío estableciendo sistemas de salud paralelos para brindar atención médica a las poblaciones desplazadas. Sin embargo, en crisis prolongadas y en las que las personas desplazadas buscan establecerse e integrarse con las comunidades de acogida, la transición de una respuesta humanitaria inmediata a un fase centrada en el desarrollo requiere una coordinación cuidadosa con los sistemas de salud nacionales para evitar crear ineficiencias y brechas en los servicios o agravar la inequidad.

El proyecto *Grandes interrogantes sobre desplazamiento forzado y salud* fue encargado en un contexto en el que más del 78 por ciento de todos los refugiados viven en situaciones de desplazamiento prolongado, aquellas que duran cinco años consecutivos o más (ACNUR, 2021b).<sup>1</sup> El Pacto mundial sobre refugiados, respaldado por 181 estados en 2018, llama a expandir y mejorar la calidad de los sistemas de salud nacionales, incluyendo la construcción y equipamiento de centros de salud y el fortalecimiento de los servicios que estos prestan, para facilitar el acceso de los refugiados y las comunidades de acogida a estos (Asamblea General de la ONU 2018). El proyecto *Grandes interrogantes* se ha guiado por la necesidad de brindar evidencia para dar orientación programática y política a aquellos actores nacionales e internacionales que están involucrados en la dirección y financiamiento de respuestas de salud en situaciones de desplazamiento prolongado. A lo largo de la investigación, hemos tratado de identificar enfoques óptimos que respondan a las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas mientras se fortalecen los sistemas de salud para las

---

<sup>1</sup> Desde sus inicios, el estudio priorizó la incorporación y representación de diversos tipos de desplazamiento dentro del estudio, incluidos los refugiados registrados por la ACNUR, los desplazados internacionales no registrados, los venezolanos desplazados y los desplazados internos. Los autores han utilizado "poblaciones desplazadas" para referirse a cualquiera de estas comunidades. Se hacen aclaraciones y diferenciaciones adicionales con respecto al tipo de desplazamiento cuando lo requieren los datos o el contexto.

poblaciones de acogida, a partir de un análisis completo de las tendencias económicas, demográficas y epidemiológicas.

El proyecto se enfocó en diversos contextos geográficos, sociales y demográficos en países afectados por fragilidad, conflicto y violencia que enfrentan condiciones de desplazamiento prolongado. Entre las preguntas clave consideradas por el proyecto están:

- Más allá de la respuesta de emergencia inicial, ¿cuáles son las tendencias, similitudes y diferencias entre las necesidades de salud de las poblaciones desplazadas y las comunidades de acogida en diferentes contextos?
- ¿Qué evidencia empírica y ejemplos de buenas prácticas están disponibles para que los países anfitriones y sus aliados en el desarrollo estén mejor preparados y desarrollen mecanismos para identificar, priorizar, planificar y brindar servicios de salud en todos los niveles de atención tanto para las comunidades de acogida como para las poblaciones desplazadas?
- ¿Cuáles son los mecanismos más costo-eficientes para financiar servicios de salud para poblaciones desplazadas y las comunidades de acogida?

## Metodología

---

El proyecto *Grandes interrogantes* utilizó un enfoque de métodos mixtos anclado en la investigación en cuatro países: Bangladesh, Colombia, la República Democrática del Congo (RDC) y Jordania. Estos fueron elegidos porque reflejan una diversidad de contextos que pueden influir y dar forma al financiamiento y a la prestación de servicios de salud, incluyendo: sistema de prestación (campamentos, entornos rurales y urbanos), tipo de proveedor (organización no gubernamental, sistema de salud local), contexto del país anfitrión (conflicto activo, frágil, posconflicto), nivel de ingresos (ingresos bajos, ingresos medio-bajos, ingresos medio-altos) y tipo de desplazamiento (refugiados o desplazados internos). Conscientemente, esta selección también reflejó una diversidad de regiones geográficas y de políticas nacionales hacia los refugiados y los desplazados e incorporó consideraciones de disponibilidad y viabilidad de datos. La investigación fue realizada por un consorcio de universidades liderado por el Programa de Migración Forzada y Salud de la Universidad de Columbia junto con Brandeis University, Georgetown University, American University de Beirut, y la Universidad de los Andes.

Cada estudio incluyó una revisión bibliográfica y análisis de datos epidemiológicos y demográficos de fuentes secundarias. Los equipos de investigación en cada país llevaron a cabo grupos focales o entrevistas telefónicas a profundidad con miembros de las comunidades de

acogida y desplazada, evaluaciones de instalaciones de salud (HFAs, por sus siglas en inglés) de instalaciones de salud seleccionadas de manera intencional, y entrevistas semiestructuradas con informantes clave (KII, por sus siglas en inglés). Las HFAs usaron un cuestionario estándar, adaptado a los contextos locales, para recopilar datos sobre indicadores del sistema de salud y sus costos. Los centros de salud fueron seleccionados en función de varios factores, entre ellos el tipo de atención (atención primaria, secundaria o terciaria); población atendida (de acogida, desplazada o ambas); entorno (campamento, rural o urbano) y viabilidad logística. Las HFAs no tenían la intención de ser representativas o exhaustivas a nivel nacional; en cambio, se buscó que presentaran una imagen de la capacidad y preparación de las instalaciones en entornos en los que hay población desplazada y de acogida. Igualmente, la distribución rural/urbana, de campamento/no campamento y por sexo de los grupos focales, entrevistas telefónicas a profundidad y HFAs varió según el país y tuvo como objetivo presentar una imagen de las características clave de la situación de desplazamiento en cada contexto. Por limitaciones logísticas no se llevaron a cabo HFAs en Bangladesh. Por último, las KIIs tuvieron como objetivo capturar una variedad de perspectivas sobre los sistemas de salud y financiamiento de funcionarios gubernamentales, donantes, organizaciones internacionales, ONGs, organizaciones de la sociedad civil, personal de centros de salud y líderes comunitarios.

Para situar los hallazgos de los estudios por países e identificar marcos para interpretar los resultados, se llevaron a cabo revisiones integradoras de literatura, que incluyeron literatura académica y gris. Estas revisiones se centraron en la interacción entre los sistemas de salud humanitarios y nacionales, el personal de salud en contextos humanitarios y las fuentes de información epidemiológica y demográfica en contextos humanitarios.

## **El Impacto de la pandemia de COVID-19**

---

El surgimiento de la pandemia de COVID-19 afectó el cronograma del proyecto y la viabilidad de algunos enfoques de investigación (por ejemplo, limitó nuestra capacidad para acceder a algunos centros de salud y tuvimos que hacer entrevistas telefónicas a profundidad en lugar de grupos focales en Colombia). Junto con el Banco Mundial, decidimos mantener el enfoque en las principales preguntas de investigación que se asignaron al proyecto *Grandes interrogantes* (con algunas adaptaciones a nuestras herramientas de investigación), al tiempo que generamos una serie de informes que examinaron los desafíos específicos presentados por la pandemia a los sistemas de

salud y al financiamiento estos en entornos humanitarios. Los informes publicados incluyen: la prevención y mitigación de los impactos indirectos en la salud del COVID-19, la prevención de la violencia familiar en el contexto del COVID-19, el abordaje de la dimensión del capital humano de la respuesta al COVID-19 en entornos de desplazamiento forzado, y el impacto de la pandemia en Colombia en el uso de servicios médicos por parte de venezolanos desplazados y ciudadanos colombianos (Programa sobre Migración Forzada y Salud s.f.; Roa, et al. 2020; Lau, et al. 2020; Audi, et al. 2020; Shepard, et al. 2021). Estos resúmenes están disponibles en el [Centro de Acción del Programa de Migración Forzada y Salud sobre COVID-19 y Desplazamiento](#) (PFMH) y en la página web del [Banco Mundial sobre Construcción de Evidencia sobre Desplazamiento Forzado](#).

## Hallazgos clave

---

Es importante señalar desde el principio que aunque un enfoque singular o uniforme por parte de actores internacionales y nacionales nunca podrá esperar acomodar la diversidad de contextos políticos y limitaciones de capacidad que existen en diferentes comunidades de acogida, surgieron varios aprendizajes clave y relevantes en los cuatro sitios. Los presentamos a continuación.

## La Importancia de la planeación y la integración

---

Por muy desagradable que sea políticamente, los profesionales de la salud, los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deben pensar con anticipación en la posibilidad de que una crisis de desplazamiento se vuelva prolongada y requiera soluciones sostenibles y a largo plazo. Esta planeación debe comenzar desde las primeras fases de la crisis, una vez haya pasado la necesidad inmediata de salvar vidas. Un enfoque integrado de la atención médica puede proporcionar beneficios potenciales en todos los ámbitos en términos de planeación y sostenibilidad, rentabilidad y continuidad del cuidado para las poblaciones desplazadas y de acogida.

Sin embargo, no todas las situaciones se prestan para un enfoque integrado. En algunos contextos políticos –en particular cuando el gobierno interesado es parte del conflicto– el papel de las ONG humanitarias sigue siendo crítico. La fragilidad del Estado también complica y puede limitar las perspectivas de integración, dada la debilidad de las instituciones estatales, la corrupción, la falta de recursos y la falta de seguridad, que desmejoran la confianza y el acceso a la atención médica. Esto lo observamos en nuestro trabajo en la RDC.

Pero, a pesar de estos desafíos, las intervenciones de fortalecimiento de los sistemas de salud han demostrado ser eficaces incluso en algunos entornos frágiles (Pal et al., 2019; Newbrander, Waldman y Shepherd-Banigan, 2011; Valadez, et al. 2020; OMS, 2021c) y tienen un papel importante que desempeñar en el avance de la atención sanitaria tanto para las poblaciones de acogida como para las desplazadas.

Nuestras conclusiones resaltan la importancia de realizar un análisis matizado y contextualizado, al inicio de cualquier crisis y de forma continua, que evalúe las perspectivas de un enfoque integrado en el futuro. El liderazgo humanitario es fundamental, ya que un enfoque integrado requiere una estrecha consulta, comunicación y coordinación con los agentes nacionales, incluyendo el gobierno, para calibrar y orientar la respuesta del sector humanitario.

## Comprensión de las necesidades de salud tanto de la población de acogida como de los desplazados

---

Una consideración importante en la planeación de cualquier respuesta sanitaria es la disponibilidad de datos demográficos y epidemiológicos precisos y oportunos que permitan comprender quién hace parte de las poblaciones desplazadas y de acogida para anticipar y planificar sus necesidades. Está bien establecido que ciertos grupos demográficos (mujeres, niños, ancianos, lesbianas, homosexuales, bisexuales, trans o personas queer (LGBTQ) y personas discapacitadas) experimentan vulnerabilidades adicionales durante el desplazamiento (Klugman, 2022; Grupo del Banco Mundial, s.f.). La revisión de *Grandes interrogantes* encontró una escasez de datos demográficos y epidemiológicos que tuvieran un alcance lo suficientemente completo y estuvieran adecuadamente desagregados por estatus migratorio o un indicador razonable (es decir, nacionalidad, área administrativa, etc., dependiendo del contexto) y menos aún, datos que permitieran realizar un análisis interseccional para grupos de comunidades de acogida y desplazados más vulnerables.

Colombia proporcionó los esfuerzos más prometedores en esta esfera, y los sistemas y registros de datos nacionales facilitaron hacer diversas comparaciones entre las poblaciones de acogida y las poblaciones desplazadas, aunque sigue habiendo limitaciones logísticas en los registros que pueden dar lugar a lagunas importantes en nuestra comprensión de las necesidades médicas. En la RDC, las fuentes de datos de toda la población estaban incompletas y no diferenciaban en gran medida a las poblaciones de acogida de los desplazados,

por lo que fue necesario usar la geografía como indicador de la situación migratoria. El caso de Jordania ilustró cómo se pueden combinar y aprovechar los recursos internacionales y nacionales como parte de la respuesta al desplazamiento, ya que el Departamento de Estadística Nacional adaptó eficazmente los instrumentos estándar, como las encuestas demográficas y de salud para recopilar datos de las poblaciones de acogida y de desplazados de manera que se distingan los entornos que son campamentos y los que no lo son. Bangladesh presentó un enfoque más clásico y fragmentado, con fuentes de datos totalmente separadas para las poblaciones de acogida y desplazadas. Esto limitó la visibilidad de los Rohinyás en los conjuntos de datos nacionales, lo que creó desafíos para las comparaciones longitudinales y las comparaciones con la población de acogida.

Lo ideal sería adoptar un enfoque de datos completo, que incluya la coordinación y recopilación de datos demográficos y epidemiológicos amplios a lo largo del tiempo para las comunidades de desplazados y de acogida, para seguir informando sobre las necesidades de salud de la población y las vías de respuesta de los sistemas de salud integrales. No obstante, como mínimo, desde el inicio de una respuesta humanitaria, es importante prever las formas en las que las categorías significativas de desagregación (edad, sexo, etc.) varían según el contexto y pueden entretenerse en los instrumentos existentes para la recolección longitudinal de datos, como los censos y las encuestas nacionales (por ejemplo, la edad puede servir de sustituto de la posible carga de enfermedades crónicas). Los datos longitudinales sobre las diferencias de sexo pueden proporcionar más información esencial sobre los efectos de género en el desplazamiento prolongado. Incluso, en las zonas sobre las que se disponen datos a nivel nacional, se necesita más trabajo para documentar las experiencias de las poblaciones desplazadas y de acogida a lo largo del tiempo, en particular las que residen en zonas inseguras donde la recopilación de datos a menudo no existe. Vale la pena destacar los vacíos de datos particulares en lo que respecta a los desplazados internos, incluida la falta de datos longitudinales. El conteo y apoyo de los desplazados internos dependen en gran medida de la capacidad y la voluntad política del gobierno. Nuevamente, Colombia y RDC ofrecen imágenes radicalmente diferentes en relación con los esfuerzos del gobierno y de la capacidad para registrar y dar cuenta de sus poblaciones de desplazados internos.



## Las desigualdades sanitarias

---

Si bien en los cuatro países estudiados se identificaron deficiencias en todos los tipos de necesidades médicas, incluso en la atención preventiva y primaria, nuestra investigación destacó tres principales –manejo de enfermedades crónicas, atención especializada y servicios de salud mental– para las cuales poco se han aplicado intervenciones eficaces para las poblaciones de acogida y desplazadas. Aunque hay iniciativas en curso para comenzar a abordar estas necesidades, se requiere una mayor ampliación de las intervenciones eficaces, para lo cual es preciso un enfoque integrado que pueda ofrecer beneficios claros tanto para las poblaciones de acogida como para las desplazadas (Fine et al., 2022). Es importante tener en cuenta que existen diferencias de género entre hombres y mujeres que experimentan diferentes necesidades médicas y sistemas de respuesta para esas necesidades (Klugman, 2022).

Cada una de estas deficiencias de salud plantea diferentes desafíos para los actores humanitarios, los gobiernos y los donantes. Se necesitan estrategias que aborden las privaciones en materia sanitaria, de manera que refuercen estos sistemas existentes y eviten desviar recursos de la financiación, así como mejorar los servicios preventivos y de atención primaria. El desafío clave para los servicios especializados es financiar y mantener su disponibilidad, incluyendo la inversión en el fortalecimiento de las vías de referencia, ya que el acceso a estos procesos de forma oportuna y asequibles es particularmente frágil entre las poblaciones desplazadas. Abordar la atención de enfermedades crónicas requiere tanto financiamiento como mejoras en las redes de referencia para acceder a diferentes niveles de atención, así como una innovación continua en los enfoques programáticos que puedan llegar a las poblaciones en entornos humanitarios. Con respecto a los servicios de salud mental, sigue siendo necesario realizar más investigaciones para verificar qué intervenciones son eficaces y viables a escala para las poblaciones desplazadas y de acogida. Se debe prestar especial atención a la identificación de programas que puedan llegar a grupos vulnerables como las mujeres, los niños y la comunidad LGBTQ. Las nuevas evidencias y los modelos emergentes para la prestación de servicios de salud mental en situaciones humanitarias, también deben adaptarse al contexto cultural.

## El costo como barrera para las poblaciones desplazadas y de acogida

---

En los cuatro países estudiados, el costo sigue siendo el problema determinante que delimita el acceso a la atención médica para muchos desplazados y algunas poblaciones de acogida. Los costos médicos directos y no médicos, como el transporte para buscar atención, surgieron como las barreras más significativas para acceder a este tipo de cuidado. Incluso en los países con servicios de atención gratuita, la falta de disponibilidad de atención llevó a las poblaciones desplazadas y de acogida a centros privados y al sector informal, donde los pacientes incurren en gastos de su propio bolsillo. En particular, el estudio de la RDC, ilustra el vínculo entre la falta de atención asequible y el bajo uso de los servicios de salud, hasta el punto que las dificultades relacionadas con la calidad, disponibilidad y aceptabilidad raramente fueron mencionadas por los encuestados en ese contexto.

No obstante, las barreras de costos también están matizadas. Estas están moldeadas por las preferencias de los usuarios, que pueden estar dispuestos a pagar más por servicios percibidos como más aceptables o de mayor calidad. Tales percepciones de la calidad de la atención fueron influyentes en la decisión de muchas poblaciones desplazadas a buscar atención de fuentes privadas e informales en los sitios estudiados. El costo también está íntimamente relacionado con otros factores: la disponibilidad de servicios, como la distancia a los centros de salud; los determinantes sociales, como la educación y los ingresos; y la regularización del estatus migratorio, como el registro oficial y el derecho al trabajo. Los esfuerzos por reducir los costos o hacer que los servicios sean gratuitos para los usuarios deben tener en cuenta estos factores que se superponen y deben integrarse con enfoques comprensibles que puedan ayudar a promover la resiliencia y la autosuficiencia mediante la regularización del estatus migratorio y el acceso a los medios de vida. También deben incluir esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad de la atención, tanto real como percibida, en los sectores público, privado e informal. Una mejor planificación a largo plazo, respaldada por una financiación de donadores más sostenida, también podría generar ahorros en términos de rentabilidad. Por ejemplo, en la reducción de costos de contratación, posibilitando mejores esquemas de formación e inversiones en capital humano y promover enfoques rentables, como vacunas, medicina preventiva y atención primaria.

## Estructuras de financiamiento

---

Los acuerdos de financiamiento de los donantes pueden desempeñar un papel crucial para facilitar una mayor integración de los servicios médicos para las poblaciones de acogida y desplazadas. Este es un espacio donde hemos visto mucha innovación en los últimos años. En Jordania, la salud de los refugiados ha sido parte integral del plan de acción multisectorial de respuesta conjunta del país para la crisis de los refugiados. Se han agregado las contribuciones de los donantes para apoyar la respuesta del país anfitrión, y los donantes multilaterales y algunos bilaterales han centrado su apoyo en los servicios prestados en los sistemas nacionales de atención en salud, con una parte de los fondos destinada a reforzar el sistema de salud general en este país. Con todo, en los cuatro países estudiados, los cambios en las prioridades de los donantes, los ciclos de financiación a corto plazo y un desajuste continuo entre las necesidades del gobierno anfitrión y la financiación internacional crean un entorno difícil para hacer realidad la promesa de un enfoque integrado y mejorado. Invariablemente, los gobiernos anfitriones, a menudo junto con los gobiernos locales, soportan una parte significativa del costo asociado con las necesidades sanitarias de las poblaciones desplazadas. En el caso de Colombia, esta carga de costos también recae en establecimientos de salud específicos en zonas con gran número de personas desplazadas.

Las innovaciones en torno a los acuerdos de demanda (por ejemplo, los programas de vales) también se han implementado con resultados variables. Los subsidios para que las poblaciones desplazadas utilicen los servicios de salud nacionales pueden alentar la integración y fortalecer la economía local, pero esos programas deben implementarse con cuidado para evitar abrumar la capacidad de los servicios médicos. La promoción de la prestación de servicios de alta calidad mediante el uso de incentivos, como los enfoques de financiación basada en el desempeño, también han demostrado su eficacia en algunos entornos de bajos y medianos ingresos y afectados por conflictos (Zeng et al., 2013), aunque aquí también hay advertencias importantes.

Como se señaló anteriormente, nuestros hallazgos –tanto sobre la formidable barrera que los costos continúan representando para las poblaciones desplazadas y de acogida como la inherente imprevisibilidad e insuficiencia del financiamiento de los donantes– subrayan la importancia vital de los acuerdos financieros que están integrados en las políticas que respaldan la resiliencia a más largo plazo y la autosuficiencia de las poblaciones desplazadas, incluidas las estrategias de educación y medios de subsistencia.

## Determinantes sociales y ambientales de la salud y el estatus migratorio

---

La salud está íntimamente relacionada con una amplia variedad de otros factores sociales y ambientales que afectan si una persona es capaz de vivir una vida saludable –los determinantes sociales de la salud– como el acceso a los medios de vida, la seguridad alimentaria, la educación y un medio ambiente limpio. Estos determinantes sociales están formados por barreras estructurales alrededor de las identidades individuales relacionadas con el género, la sexualidad y la edad.

Por ejemplo, las mujeres necesitan un acceso diferenciado a los medios de vida, la seguridad alimentaria y la seguridad en los desplazamientos prolongados, lo que crea un conjunto único de vulnerabilidades relacionadas con la salud. Las inversiones para tratar estos factores, con especial atención a la intersección de los determinantes sociales y de género, también son fundamentales para la atención preventiva y pueden conducir a mejoras sostenibles a largo plazo en la salud que, en última instancia, disminuyen la carga sobre estos sistemas y su financiamiento. En los desplazamientos prolongados, es fundamental que nuestras respuestas incorporen estos elementos como parte integrante de la planificación y financiación de la atención médica.

Nuestra investigación también ha demostrado el papel fundamental que puede desempeñar la regularización del estatus migratorio para garantizar tanto la capacidad como la voluntad de acceder a los servicios de salud. Los riesgos asociados a la falta de documentación se amplían a medida que los gobiernos nacionales se involucran más en el proceso de prestación de asistencia sanitaria. Es importante tener en cuenta las posibles tensiones entre las necesidades de protección y las necesidades de atención médica, y estar conscientes de quién está recopilando datos y con qué propósito. Para asegurar la plena participación de las personas y las comunidades desplazadas, es fundamental asegurarse de que existan cortafuegos adecuados para proteger los datos demográficos y de salud sensibles de ser utilizados en los esfuerzos de aplicación de las leyes de inmigración.

En resumen, ya se trate de un refugiado, un desplazado interno o un miembro de la población de acogida, es transcendental adoptar un enfoque “integral” para promover su salud y bienestar.

## Aprovechamiento del capital humano

---

Por último, si bien la llegada de poblaciones de refugiados y desplazados puede poner a prueba la capacidad de atención médica en entornos rurales y urbanos, el aprovechamiento eficaz del capital humano puede ser fundamental para subsanar las deficiencias de los servicios para las poblaciones desplazadas y de acogida. Las oportunidades para las poblaciones desplazadas varían considerablemente según el género y la profesión. En Bangladesh, un programa de apoyo psicosocial y de salud mental utilizó un enfoque de cambio de tareas<sup>2</sup> para hacer crecer una fuerza laboral de salud diversa que vinculara la atención comunitaria –e instalaciones– para brindar servicios de extensión y prestación de servicios. Como ocurre en este ejemplo, un cambio eficaz de tareas requiere el acceso a una formación formal o estructurada en el trabajo, así como una de supervisión de apoyo sostenida. La participación del personal sanitario desplazado también puede servir para fortalecer los sistemas de salud de los países de acogida y eliminar las barreras que impiden la atención envolviendo las diferencias lingüísticas y la discriminación de las poblaciones desplazadas. Con todo, el permiso para trabajar, cuyo acceso puede variar según el género y el reconocimiento formal de la licencia médica extranjera sigue siendo una barrera para aprovechar este grupo (OIT, s.f.). A menudo hay intereses arraigados a nivel nacional, incluidas asociaciones profesionales que se oponen a una mayor inclusión de los trabajadores de la salud extranjeros, que debe tenerse en cuenta en cualquier política futura y actividades de promoción en esta área.

En conclusión, dado que los conflictos no muestran signos de disminuir y el desplazamiento prolongado podría decirse que llegó para quedarse, es fundamental pensar en la salud de los refugiados y las poblaciones desplazadas, junto con las poblaciones de acogida con las que viven. Un enfoque singular o uniforme por parte de los agentes internacionales y nacionales nunca puede dar cabida a la diversidad de contextos políticos y a las limitaciones de capacidad que existen en las diferentes comunidades de acogida. Sin embargo, el proyecto *Grandes interrogantes* destaca las formas variadas e innovadoras en la que la discusión sobre un enfoque integrado de la salud está avanzando en diferentes contextos y ofrece valiosas lecciones sobre cómo prepararse mejor para anticipar los desafíos y oportunidades que pueden surgir en contextos de desplazamiento.

---

<sup>2</sup> La OMS define el cambio de tareas como “la redistribución nacional de tareas entre los equipos de personal sanitario. Se trasladan tareas específicas, en su caso, de trabajadores sanitarios altamente cualificados a trabajadores sanitarios con formación más corta y menos cualificados, con el fin de hacer un uso más eficiente de los recursos humanos disponibles para la salud”.



