



Instituto

Mora

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

“Del imaginario a la práctica: Un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo con enfoque psicosocial para familiares de migrantes desaparecidos y migrantes retornados con discapacidad física en Honduras”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL
DESARROLLO**

P R E S E N T A:

PAOLA ANDREA ACOSTA HERNÁNDEZ

Directora: Dra. Leticia Calderón Chelius

Ciudad de México.

Agosto de 2018

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*



Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a mi madre, que hace un mes partió a la eternidad, esperando algún día nuestro reencuentro definitivo.

A mi padre, que hace diez años dejó el plano terrenal, para trascender a lo inacabable.

A mis maestros y orientadores que alumbraron el trayecto de búsqueda y descubrimientos.

A Dios que me dio fuerzas y sabiduría para continuar el camino.



Instituto

Mora

Agradecimientos

Quiero agradecer profundamente a mi mamita, por siempre acompañarme y fortalecerme en el camino, por escucharme, aconsejarme, ayudarme y animarme, aunque estuviéramos a kilómetros de distancia. Gracias mamita por todo lo que ha hizo y sigue haciendo en mi vida, por amarme incondicionalmente, por apoyarme y motivarme, sin sumercé nada habría sido posible. La amo con todo mi corazón, recuerde siempre que es mi tesoro. Me siento inmensamente afortunada y orgullosa por la maravillosa madre que Dios nos dio.

Agradezco al Instituto Mora y a la Maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo por abrirme sus puertas para que pudiera aprender acerca de un nuevo mundo, inacabable y diverso, que antes era lejano y desconocido para mí. Gracias por todos los retos y los aprendizajes construidos, gracias por demostrar que sí es posible la multiplicidad y que en la diferencia está la fuerza.

Agradezco a mis compañeros porque sus conocimientos, su experiencia y su visión del mundo, fueron una permanente escuela, durante estos dos años de maestría.

Agradezco a Médicos del Mundo, por darme la oportunidad de aprender de ellos y con ellos en este proceso de construcción de conocimientos y de búsqueda de aporte a la realidad. Gracias por tan alta disposición y por marcar la diferencia en las prácticas de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Finalmente, doy especial agradecimiento a la Dra. Leticia Calderón y a mis lectoras Maribel Nájera y Karla Bonilla, por todas sus orientaciones y el apoyo brindado durante este proceso. Gracias por su comprensión, por su guía y por creer en mí.

Muchas gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	VIII
CAPÍTULO 1. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS.....	11
1.1. La Cooperación Internacional para el Desarrollo y la cooperación descentralizada	12
1.2. Desarrollo Humano y Fortalecimiento de capacidades	15
1.3. Migración, Desarrollo y Cooperación Internacional.....	21
1.4. Médicos del Mundo España y su Cooperación Internacional para el Desarrollo ..	26
1.5. Enfoques de intervención social incorporados a escenarios en condición de vulnerabilidad.....	33
1.5.1. El enfoque psicosocial	34
1.5.2.1. El Cuidado de las Personas/ cuidado de equipos.....	37
1.5.2. El enfoque de Acción Sin Daño.....	44
CAPÍTULO 2. LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL FENÓMENO MIGRATORIO EN HONDURAS	50
2.1. Análisis general del Contexto en Honduras	51
2.1.1. Indicadores sociales:	52
2.1.2. Causas del desplazamiento y migración forzada en Honduras.....	54
2.1.3. Proceso electoral 2017	57
2.2. Los retos del trabajo con personas afectadas por la migración	60
2.3. Familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria.....	63
2.3.1. Los comités de Familiares de migrantes desaparecidos en Honduras.....	63
2.3.1.1. Comités de Familiares de Migrantes Desaparecidos COFAMIPRO y COFAMICENH, “Amor y Fe” y “La Guadalupe”.....	66
2.3.1.2. Caravana de las madres centroamericanas. Un ejemplo para ir del apoyo mutuo a la incidencia política.....	68
2.3.1.3. Organizaciones que brindan apoyo en el tema:.....	69
2.3.2. El trabajo psicosocial con familiares de migrantes desaparecidos.....	71
2.4. Personas migrantes retornadas con discapacidad física. El drama invisible.	72
2.4.1. Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad Física CONAMIREDIS	77
2.4.2. El trabajo psicosocial con personas migrantes retornadas con discapacidad física.....	80
2.4.3. La Discapacidad desde un enfoque diferencial e integral	82
2.5. ¿Organizaciones de base comunitaria o grupos de autoayuda/ayuda mutua?.....	84
2.5.1. Los grupos de autoayuda.....	85

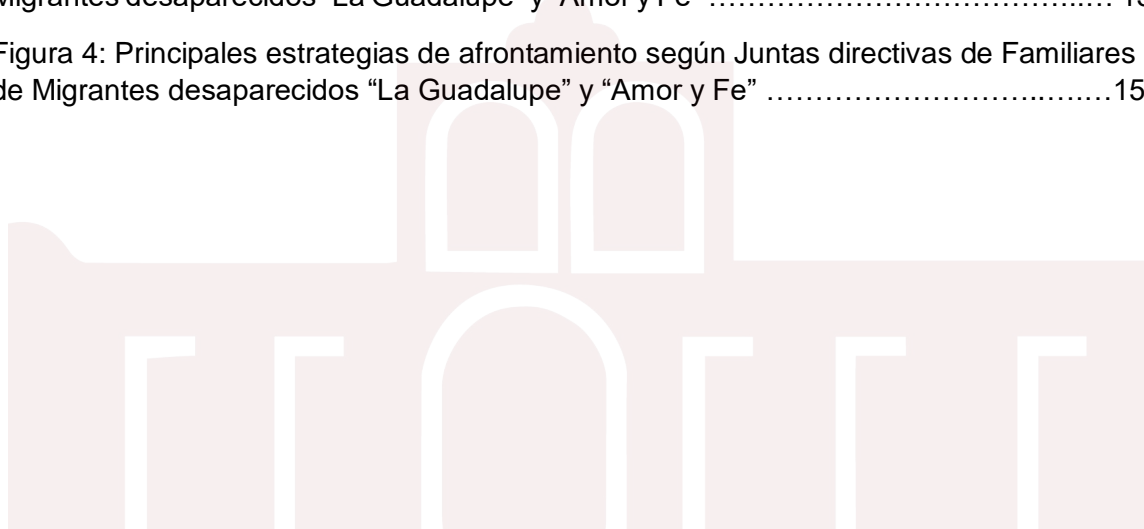
CAPÍTULO 3. EL PROYECTO DE CID DE MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA EN HONDURAS. LA PERSPECTIVA DE MDM.	91
3.1. MdM España y Francia en el sur de México y Centroamérica. El proyecto regional del 2015 al 2017.	92
3.1.1. Antes de la Misión exploratoria	94
3.1.2. Misión Exploratoria 2015	96
3.1.2.1. Actores Estatales, organizaciones de apoyo y organizaciones de base comunitaria en la región	96
3.1.2.2. Análisis de causas y efectos a nivel regional	102
3.1.3. Estrategia de intervención propuesta 2016	105
3.2. Estrategia Plurianual MdM España y Francia 2017-2019.	109
3.3. Contenidos específicos del proyecto regional: Población objetivo, Recursos Humanos, Mecanismos de intervención, Indicadores, Estrategia Mesoamericana, Estrategia de salida o continuidad.	111
3.4. El proyecto local en Honduras	116
3.5. Análisis crítico realizado por MdM	119
CAPÍTULO 4. EL PROYECTO DE CID DE MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA EN HONDURAS. LO QUE LAS PERSONAS DICEN	123
4.1. La visión regional del proyecto	124
4.2. La visión local del proyecto en Honduras	128
4.3. La visión del fortalecimiento de capacidades desde las personas	131
4.3.1. Principio Equidad y Diversidad	133
4.3.2. Principio Sostenibilidad	136
4.3.3. Principio Productividad	139
4.3.4. Principio Participación y empoderamiento	141
4.4. El cuidado de las personas en el proyecto	145
4.4.1. El cuidado en los Comités/Juntas directivas de Familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”	146
4.4.1.1. Junta directiva “La Guadalupe”:	146
4.4.1.2. Junta directiva “Amor y Fe”:	149
4.4.1.3. Síntomas asociados al estrés, fuentes de estrés, estrategias de afrontamiento Comités “La Guadalupe” y “Amor y Fe”	151
4.4.2. El cuidado de las personas migrantes retornadas con discapacidad física	154
4.4.3. El cuidado de las personas para lograr Acciones Sin Daño	157
5. CONCLUSIONES	161
6. BIBLIOGRAFÍA	177

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Principios del Enfoque de Capacidades desde el Desarrollo Humano.....	19
Tabla 2. Algunas causas o condiciones que generan daños	47
Tabla 3. Instancias Estatales que tienen vínculo con el tema migratorio, según país.....	98
Tabla 4. Organizaciones de apoyo en el tema migratorio, según país.....	99
Tabla 5. Organizaciones de base comunitaria que podrían ser aliadas en el proyecto, según país	101
Tabla 6. Causas y efectos de los problemas colectivos de salud de las personas afectadas por la migración	103
Tabla 7. Recursos humanos para el 2016 y 2017 en proyecto regional y por país.....	112
Tabla 8. Fortalezas y Oportunidades del proyecto regional según los Equipos de MdM y Referente MdM España para América Latina	124
Tabla 9. Debilidades y Amenazas del proyecto regional según Equipos de MdM y Referente MdM España para América Latina	126
Tabla 10. Fortalezas y Oportunidades del proyecto en Honduras según Referente migración y Cooperante/voluntaria en Honduras	128
Tabla 11. Debilidades y Amenazas del proyecto en Honduras según Referente migración y Cooperante/voluntaria en Honduras	130
Tabla 12. Principio Equidad y Diversidad según visión regional, local y de CONAMIREDIS.....	133
Tabla 13: Principio Sostenibilidad según visión regional, local y de CONAMIREDIS	136
Tabla 14: Principio Productividad según visión regional, local y de CONAMIREDIS	139
Tabla 15: Principio Participación y empoderamiento según visión regional, local y de CONAMIREDIS.....	141
Tabla 16: Causas principales de las debilidades de funcionamiento del comité “La Guadalupe”	147
Tabla 17: Causas principales de las debilidades de funcionamiento del comité “Amor y Fe”.....	150
Tabla 18: Causas principales de las debilidades de funcionamiento de CONAMIREDIS.....	156

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Personas con amputaciones o lesiones graves en el 2013 según CICR.....	74
Figura 2: Síntomas Asociados a Estrés según las Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”	152
Figura 3: Principales fuentes de estrés según las Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”	153
Figura 4: Principales estrategias de afrontamiento según Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”	154



Instituto

Mora

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los seres humanos nos encontramos inmersos en un complejo e impredecible escenario mundial, que plantea numerosos retos, de adaptación y de cambio. Ante cada desafío que se presenta, se demuestra una y otra vez que las personas no somos actores pasivos e inmóviles, sino que nos movemos y actuamos, dependiendo de nuestras circunstancias y el marco posible de acción. No somos simples espectadores, no encajamos en etiquetas y por eso tampoco podemos ser encasillados como víctimas, vulnerables, pobres, enfermos, etc.

Los seres humanos somos mucho más que la suma de nuestras partes, mucho más que nuestro lugar de origen, nuestro sexo, etnia, edad, posición social y nivel educativo. Somos el resultado de la interacción entre nuestras características personales, familiares, sociales y nuestras experiencias, somos uno solo, pero a la vez somos muchos. Es aquella complejidad humana, la que caracteriza a la persona como un ser único, pero también como un ser social, determinado por condiciones micro y macro.

Esta concepción psicosocial facilita la comprensión del ser humano y a la par, permite que sean atendidas sus necesidades e intereses, en diversos contextos. La naturaleza activa y dinámica de las personas, sumada a condiciones sociales, políticas y económicas adversas, está produciendo, entre otros aspectos, un incremento progresivo del flujo migratorio de las personas hacia diferentes partes del mundo. En el caso de Centroamérica y México, el flujo se dirige principalmente hacia el norte, y posteriormente, del norte hacia el sur, produciendo múltiples y agravadas consecuencias.

Son muchos los rostros de las personas afectadas por la migración en Honduras, e involucran principalmente a las personas migrantes, sus familiares/cuidadores, las personas que trabajan con la población y la misma comunidad. Es ante tal afectación, que tiende a aumentarse con el tiempo, que varios actores internacionales se han interesado en sumarse y aportar, para que las

capacidades o recursos de las personas se fortalezcan y puedan ser ellos mismos, los protagonistas de su propia historia.

Este es el caso de Médicos del Mundo España y Médicos del Mundo Francia, que desde el 2016 han estado trabajando por el acceso a la salud de las personas afectadas por la migración, en el Sur de México, Honduras, Guatemala y El Salvador. Desde un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, regional y local, Médicos del Mundo España, ha apostado por apoyar y fortalecer las capacidades de dos tipos de organizaciones de base comunitaria afectadas por la migración en Honduras: Familiares de migrantes desaparecidos y Migrantes retornados con discapacidad física. En el 2016, apoyó con subvención financiera a algunas organizaciones y desde el 2017, con la reapertura de la oficina en el país, está apoyando técnicamente a las organizaciones, ampliando el número de colectivos a los que desea impactar.

La presente investigación pretende estudiar y analizar el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo de Médicos del Mundo España en Honduras, desde la mirada de distintas personas clave que han participado en el proceso. Se parte de una concepción de desarrollo entendido como desarrollo humano y de comprender los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, como intervenciones en lo social, donde se pueden o no generar daños y efectos positivos en las personas.

Además de estas consideraciones, en lugar de concebir un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo como el resultado de indicadores o criterios de uno o más actores relacionados (colaboradores de la organización internacional, donantes internacionales, etc.), pretendo entenderlo como un proceso, donde diferentes actores aportan y se ven beneficiados o afectados, de acuerdo a la valoración que realizan de la propia intervención. La cooperación internacional para el desarrollo involucraría, entre otros aspectos, el tipo de relación e interacción dada entre los actores implicados (horizontal, vertical, calidad de la comunicación, etc.), la misma participación de las personas en los diferentes momentos del proyecto y las decisiones que se toman en el proceso.

Partiendo de estas reflexiones, el objetivo principal de la presente investigación es estudiar los aportes que el enfoque psicosocial y el enfoque de acción sin daño, pueden traer al *proceso* de un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo de personas afectadas por la migración de Médicos del Mundo España en Honduras, el cual se está implementando en la actualidad. La investigación busca responder a varios interrogantes: ¿Qué beneficios puede traer el concebir un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo como un proceso?, ¿Qué personas/actores son centrales en el proceso del proyecto?, ¿Qué diferencias se pueden encontrar entre las diversas miradas que valoran el proyecto?, ¿Qué implica y cómo se podrían fortalecer las capacidades de las personas en el proyecto? ¿Cuáles son los aportes del enfoque psicosocial y el enfoque de acción sin daño en un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo de personas afectadas por la migración en Honduras?.

Para responder a estos y otros cuestionamientos, en la práctica institucional realizada durante tres meses en Médicos del Mundo España (Madrid) y un mes en Médicos del Mundo Honduras (Tegucigalpa), se llevó a cabo la siguiente metodología, para el caso de estudio: Análisis documental del proyecto regional y del proyecto en Honduras, entrevistas semiestructuradas a actores clave, entrevistas de grupos focales, observación participante y registro en diario de campo. Es de resaltar la transparencia interna de Médicos del Mundo España en el manejo documental de la información y su latente disposición para escuchar nuevas propuestas y reflexiones.

Para cumplir con el objetivo planteado, la investigación se divide en cuatro capítulos, que pretenden ir de lo general a lo particular. El primer capítulo busca describir y analizar conceptos claves para la investigación, tales como: la cooperación internacional para el desarrollo, la cooperación descentralizada, el desarrollo humano y el fortalecimiento de capacidades, la migración y la cooperación internacional para el desarrollo, el enfoque psicosocial y el enfoque de acción sin daño. Así mismo, puntualiza las características fundamentales de

Médicos del Mundo España, como un actor clave en la cooperación internacional para el desarrollo, en los temas de salud, salud mental y enfoque psicosocial.

El segundo capítulo se enfoca en conocer las condiciones de las personas afectadas por la migración en Honduras. Inicialmente se abordará el contexto político, económico y social de Honduras, a través de diferentes indicadores relacionados, se examinarán algunos retos del trabajo con personas afectadas por la migración y se describirán en detalle las características generales de los Familiares de migrantes desaparecidos y Migrantes retornados con discapacidad física. Se analizarán los tipos de organizaciones que integran las personas (comités o comisión) y también las condiciones psicosociales de la población. Teniendo en cuenta la naturaleza y funcionamiento de los colectivos y las similitudes que guardan con los denominados grupos de autoayuda/ayuda mutua, se incluirán los beneficios, limitaciones y oportunidades de este tipo de organización.

El tercer capítulo se centra en comprender el contenido y proceso del proyecto de cooperación internacional para el desarrollo en Honduras, a partir del análisis de la información documental del proyecto regional (sólo un documento se plantea específicamente para Honduras). Se explorarán los antecedentes de la intervención, análisis iniciales, misión exploratoria (diagnóstico de campo) del 2015, estrategia plurianual 2017 a 2019, contenidos específicos del proyecto, documentos o descripción específica para Honduras y análisis crítico de Médicos del Mundo España ante la propia intervención social.

Finalmente, el cuarto y último capítulo busca plasmar las voces y los mensajes de diferentes personas implicadas en el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo en Honduras. Es a través de lo expresado por ellas y ellos, que se pretende responder a los interrogantes que plantea la investigación. Inicialmente se presentará un análisis FODA del proyecto regional, donde se expresan los colaboradores de MdM de Guatemala, El Salvador, el sur de México y referente de España para América Latina. En seguida se incluirá un análisis FODA del proyecto en Honduras, con la voz del referente en Honduras y mi voz como practicante de apoyo en el proyecto. En un tercer momento se analizará el tema del

fortalecimiento de capacidades en el desarrollo humano, por medio de cuatro principios o categorías de análisis (equidad y diversidad, sostenibilidad, productividad y participación y empoderamiento), y desde tres miradas (visión regional, local y de organización de base comunitaria). Por último, reflejaré los resultados de la interacción sostenida con las personas en el proyecto. Se mostrarán las principales condiciones, necesidades e intereses de los comités de familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe” y de la comisión de migrantes retornados con discapacidad física CONAMIREDIS.

A través de los diferentes capítulos, pero principalmente con el capítulo final pretendo recoger las conclusiones y recomendaciones, generales y particulares para el caso de estudio analizado. Las vivencias, experiencias y significados que las personas otorgan a su realidad, no se pueden transmitir en su integralidad a otras latitudes y más si no se cuenta con una experiencia previa de lo que implica residir en Honduras. A pesar de ello, las palabras expresadas desde las bases están cargadas de sentido y significado, con contenido directo y claro, y dan cuenta de los caminos que el proyecto puede tomar para realmente procurar el desarrollo de las personas y el fortalecimiento de sus capacidades, desde la cooperación internacional para el desarrollo.

Instituto

Mora

CAPÍTULO 1. LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LAS PERSONAS.

El primer capítulo tiene el objetivo de introducir conceptos básicos a tener en cuenta cuando se hace referencia a un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo con enfoque psicosocial. Estos conceptos y contextualización del tema, permitirán que en siguientes capítulos sea posible analizar el caso de estudio, es decir, un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo con enfoque psicosocial.

Para ello, inicialmente se introducirán algunas perspectivas de cooperación internacional para el desarrollo, como es la modalidad descentralizada. Se vinculará el fortalecimiento de capacidades con el Desarrollo Humano, teniendo presente que se desea hablar del desarrollo de las personas. Me centraré en una perspectiva donde las personas se considerarían el fin último del desarrollo. Para ello, tomaré como base el enfoque del desarrollo humano, que se traduce en un enfoque de las capacidades y que puede entenderse como una aproximación a la calidad de vida y a la justicia social de todas las personas, independientemente del lugar y de las condiciones en las que se encuentren (Jubeto y Larrañaga, 2014).

A continuación, se mostrará la relación existente entre la migración, el desarrollo y la cooperación internacional, con su relevancia, posibles oportunidades y desafíos. Así mismo, se plasmará la naturaleza y la particular cooperación internacional para el desarrollo de Médicos del Mundo España, el cual es un actor de alta relevancia en el caso estudiado.

Por último, se explorarán algunos enfoques o formas de aproximación en el trabajo con grupos sociales, que pueden ser relevantes en todos los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, pero especialmente cuando las personas se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. Estos enfoques son el psicosocial y el de acción sin daño. Dentro del enfoque psicosocial se incluirá el tema del cuidado de las personas, el cual será un tópico central para comprender el

contenido del proyecto de cooperación internacional para el desarrollo y el respectivo análisis.

1.1. La Cooperación Internacional para el Desarrollo y la cooperación descentralizada

La cooperación internacional para el desarrollo no puede ser definida con un único concepto, universalmente válido, pues éste ha ido variando a medida que transcurre el tiempo, dependiendo de intereses de las partes intervinientes o de varios factores, tales como: el tipo de pensamiento dominante en las relaciones internacionales, las prioridades, los valores y el tipo de desarrollo que se pretende alcanzar (Ayala, 2012). Para el caso de estudio, teniendo en cuenta la particularidad del proyecto de cooperación internacional y de las personas involucradas, tomaré varios elementos de la definición dada por Checa (2006) donde la cooperación internacional para el desarrollo se define como:

“el conjunto de acciones que se llevan a cabo entre dos o más actoras/es de las relaciones internacionales, estableciendo vínculos de colaboración, –ya sea bilateral, multilateral, horizontal, triangular, descentralizada o no gubernamental–, a través de proyectos, programas y/o procesos, con el propósito de que el derecho al desarrollo (o modos de vida) sea disfrutado por toda la humanidad, de acuerdo con sus propias cosmovisiones, estrategias, necesidades y prioridades” (Checa, 2006: p. 24-25).

Complementando lo dicho por la autora, es importante tener presente que en la cooperación internacional para el desarrollo, las relaciones dadas entre los actores intervinientes tienen una alta relevancia. La CID no se reduce a las acciones que se llevan a cabo entre los diversos actores, sino que se refiere también al tipo de relación que se establece para llevar a cabo un conjunto de acciones enfocadas hacia el desarrollo.

Además de ello, dentro del amplio universo que representa la cooperación internacional para el desarrollo, se evidencian nuevos escenarios en la práctica, que van sobrepasando la teoría o los conceptos existentes. Son cada vez más los actores que se involucran en las relaciones que se entretienen en la cooperación internacional, por lo que se amplía aún más la perspectiva de sus posibles alcances.

Conviene señalar que tradicionalmente la CID se ha entendido principalmente como un tipo de relación que se da entre los gobiernos centrales de los países, bajo la modalidad bilateral y usualmente desde los países denominados ricos hacia los llamados pobres. Con el tiempo la CID ha evolucionado de tal manera, que hoy en día se reconocen diferentes modalidades de cooperación internacional para el desarrollo, como la triangular, la cooperación sur-sur y la cooperación descentralizada, etc. La diversificación de las modalidades de cooperación también ha permitido que actores como el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, la academia, entre otros, sean considerados como actores de la CID.

Como una de éstas modalidades, la cooperación descentralizada ha procurado abarcar la amplia dinámica dada entre tantos actores, en diferentes escenarios y para numerosos temas, por lo que para entender los alcances de la cooperación descentralizada, sería necesario especificar quienes son los actores participantes, la relación establecida entre los mismos, el tema trabajado y el contexto en el que se desea realizar la intervención.

Como lo afirman Martínez y Sanahuja (2009), la cooperación internacional para el desarrollo es uno de los ámbitos de acción exterior en el cual los gobiernos no centrales están desarrollando un papel más activo, dando lugar al fenómeno conocido como cooperación descentralizada. La integración del Norte y el Sur, a través de la interacción dada entre los gobiernos no centrales y otros actores es un hecho. En numerosos países dicha participación se ha incrementado de forma significativa, incluso desempeñando una gestión prioritaria, en espacios desatendidos por los gobiernos centrales. Sin embargo, a pesar de lo potente que puede llegar a ser ésta modalidad de cooperación, es un fenómeno relativamente nuevo, en el que reiteradamente existen disparidades, aspecto que se refleja en la dificultad para establecer una definición consensuada. Algunas de sus características se pueden aclarar en la descripción que sigue:

“la cooperación descentralizada no se circunscribe a las acciones de cooperación para el desarrollo llevadas a cabo por los gobiernos descentralizados aunque estos sean unos de los principales protagonistas, ni a las acciones de cooperación para el desarrollo diseñadas para apoyar los procesos de descentralización política y administrativa de los países del Sur.

La cooperación descentralizada hace referencia a una realidad más amplia, que abarca las acciones de cooperación para el desarrollo impulsadas desde el ámbito local u orientadas hacia el ámbito local y llevadas a cabo por actores cuyo ámbito de actuación se sitúa por debajo del Estado: gobiernos descentralizados, actores del ámbito sindical, empresarial, universitario y sociedad civil, fundamentalmente” (Martínez y Sanahuja, 2009: p.41).

De igual forma, la Comisión Europea emite una definición donde la describe como:

“un nuevo enfoque en las relaciones de cooperación que busca establecer relaciones directas con los órganos de representación local y estimular sus propias capacidades de proyectar y llevar a cabo iniciativas de desarrollo con la participación directa de los grupos de población interesados, tomando en consideración sus intereses y sus puntos de vista sobre el desarrollo» (Comisión Europea, 1992: p.2).

Como se puede notar, se trata de un amplio espectro que abarca un robusto y heterogéneo grupo de actores, prácticas, enfoques y procesos llevados a cabo en diferentes direcciones: vertical-horizontal y ascendente-descendente. Ante éste planteamiento, podríamos repensar y ampliar la perspectiva de lo que podría ser la cooperación internacional para el desarrollo en la modalidad descentralizada. Para tal efecto, es pertinente plantearse preguntas como las siguientes: ¿Acaso conviene que un proyecto de cooperación internacional surja de una visión externa a la realidad que se pretende atender?, ¿es recomendable partir de la voz y la realidad de las personas que pueden verse beneficiadas? O ¿podría tratarse de una comunicación bidireccional y retroalimentación constante entre una visión externa y la voz de las personas directamente involucradas? La calidad y la frecuencia de la comunicación y la retroalimentación dada entre los actores involucrados, podrían ser elementos claves para que un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo se adapte a las necesidades y condiciones identificadas. Se parte del hecho de que cada actor implicado posee saberes valiosos que enriquecen notablemente la relación existente.

Pero también, al hacer referencia a cualquier intervención de cooperación internacional para el desarrollo es fundamental tener claro el tipo de desarrollo que se está persiguiendo. Es así como el tipo de desarrollo buscado, puede guiar las prácticas y las relaciones establecidas entre los actores involucrados. Un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo económico tendría propósitos,

estrategias y resultados diferentes a los que concebiría un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo humano.

A continuación se describen las características centrales del enfoque de desarrollo humano, debido a que refleja en gran medida el abordaje que se ha dado al caso de estudio. Por otra parte, el proyecto de cooperación analizado establece dentro de sus líneas principales de acción el fortalecimiento de capacidades.

1.2. Desarrollo Humano y Fortalecimiento de capacidades

El paradigma del desarrollo humano empezó a hacerse visible desde 1990, cuando Amartya Sen y Mahbub ul Haq, con el aval del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, presentan el primer Informe de Desarrollo Humano, incluyendo una propuesta de definición y medición del desarrollo humano de las naciones, a través del índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual se sigue calculando hasta la actualidad, clasificando a los países según los resultados de diferentes indicadores sociales.

El desarrollo humano surgió como un desarrollo alternativo al de crecimiento económico, el cual ha sido el modelo de desarrollo dominante en la cooperación internacional para el desarrollo. Esta postura buscó hacer visibles las profundas inequidades y efectos perjudiciales que la desigualdad puede generar en la vida de las personas:

“El objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa. Esta puede parecer una verdad obvia, aunque con frecuencia se olvida debido a la preocupación inmediata de acumular bienes de consumo y riqueza financiera (...) el uso de estadísticas para medir los ingresos nacionales y su crecimiento, encubren el hecho de que el objetivo primordial del desarrollo consiste en beneficiar a la gente.” (Sen, 1990, p: 31).

Para Sen (1999), el desarrollo es entendido como la ampliación de las oportunidades de las personas para llevar a cabo la vida que tiene razones para valorar, por lo que el éxito de las intervenciones de desarrollo requeriría que se hayan ampliado las opciones de las personas para poder conducir su propia vida. Según esta postura, se puede comprender cómo por ejemplo, dos personas, teniendo las mismas capacidades (opciones y libertades), elijen actuar de forma diferente, en función de lo que consideren más valioso. Estas elecciones están

condicionadas por las vivencias de las personas, por el contexto, por las características de cada individuo, por la historia o trayectoria de vida y por otros factores relacionados (Sen, 1999).

Con el tiempo se ha ido avanzado en la conceptualización y medición del desarrollo humano, conservando el componente individual, pero ahora haciendo referencia a grupos y colectivos. Parece que se trata de una interacción permanente entre el componente individual y social. Es así que en el Informe del Desarrollo Humano del 2010 se establece:

“El desarrollo humano es la expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido. Las personas son a la vez beneficiarias y agentes motivadores del desarrollo humano, como individuos y colectivamente” (PNUD, 2010: p.24).

Por otra parte, al hacer referencia a la palabra capacidad, ésta haría alusión al conjunto de aptitudes o habilidades de las personas, los grupos y las organizaciones, para conducir acertadamente sus asuntos (Hillermann, 2012). Aunque el concepto de capacidad ha sido muy debatido, Sen (1999) concibe las capacidades como el conjunto de libertades que gozan los individuos para llevar un tipo de vida u otro. Por su parte, Cámara (2009) sugiere algunas capacidades o habilidades claves que podrían contribuir al desarrollo, cuando nos referimos a individuos y colectivos:

- Habilidad para analizar y conocer el entorno y a partir de ello tomar un posicionamiento coherente que le permita a la persona u colectivo incidir para transformar dicha realidad.
- Habilidad para definir objetivos y resultados acordes con su posicionamiento y dirigir la gestión hacia la consecución de los mismos.
- Habilidad para captar recursos que hagan posible la consecución de los objetivos trazados y capacidad para optimizar el uso de esos recursos.
- Capacidad para establecer y mantener vínculos con otros individuos, grupos u organizaciones, estableciendo alianzas y acuerdos que beneficien las partes involucradas.

- Capacidad para disponer de una serie de mecanismos y herramientas materiales e inmateriales, que permitan al individuo o al colectivo alcanzar sus objetivos y resultados deseados.
- Capacidad para monitorear y evaluar los mecanismos utilizados y los resultados obtenidos, llevando a cabo mejoras continuas. Así mismo, recopilar y difundir los aprendizajes obtenidos de la experiencia.

Como se puede evidenciar, las capacidades descritas involucran aspectos de carácter tangible e intangible, puesto que en su conjunto se complementan y retroalimentan en la persona y en la dinámica social. Es así que las capacidades pueden representar cambios sustanciales sólo si se ven en conjunto. Pero también es necesario tener presente que no solo con el fortalecimiento o desarrollo de capacidades de las personas, se va a transformar su realidad. Siempre existen factores externos que facilitan o dificultan su incidencia, por lo que son condiciones que también se deben atender.

Teniendo en cuenta lo descrito, si un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo desea fortalecer las capacidades de las personas, tendría que partir de una reflexión de la situación, donde individuos y grupos interactúan y se transforman constantemente en un contexto social determinado¹. Se necesitaría determinar cuáles son las capacidades con las que cuenta la población, cuáles capacidades son las que desean fortalecer las personas y cuáles son las capacidades que le interesa fortalecer a la organización internacional, para llegar a los fines esperados del proyecto.

Pero también, para saber hasta qué punto un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo está enfocado en el desarrollo humano y en las capacidades de las personas, requeriría ser valorado por los mismos actores interesados o implicados. Si coincidieran los intereses de la población y de la

¹ De acuerdo con la Revista del Observatorio de la Cooperación Descentralizada Unión Europea- América Latina (2014), se amplían cada vez más los temas en los que los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo buscan fortalecer capacidades. Van más allá de enfocarse en la prestación de servicios básicos y con más ímpetu se incluye el fortalecimiento de los liderazgos y de capacidades orientadas al desarrollo de las poblaciones. Se constituye en un instrumento de fortalecimiento de las propias estrategias y capacidades institucionales.

organización externa, se podría pensar en un punto de partida favorable para un oportuno fortalecimiento de capacidades en el proyecto.

Para valorar los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, han sido utilizados varios caminos. Se ha adoptado en algunos casos, la Declaración de París del 2005, como una herramienta aplicada, partiendo de los cinco principios establecidos: Apropriación, Alineación, Armonización, Gestión orientada a resultados y Mutua responsabilidad. Otro ejemplo es el del Comité de Ayuda al Desarrollo CAD (2002) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, quienes en coherencia con la Declaración de París (2005), recomienda tener en cuenta los criterios de pertinencia, eficiencia, eficacia, impacto y viabilidad, los cuales han sido adoptados por la mayoría de los actores del sistema internacional de ayuda. Con similitudes, la DGPOLDE (2007), propone otros criterios para complementar la valoración tales como: la coherencia, la apropiación, la participación, el alineamiento o la armonización.

A pesar de los intentos por unificar criterios, desde que se han establecido estos lineamientos han surgido diversas críticas que reflejan inconformidades con las “reglas” establecidas, que siguen concibiendo el desarrollo apenas como un crecimiento económico, el cual ha estado beneficiando intereses de élites y profundizando en las desigualdades y en la pobreza global (Jubeto y Larrañaga, 2014).

Basado en una de estas posturas críticas, es que ha surgido una propuesta que busca transformar la forma de valorar los proyectos, teniendo como base el análisis del enfoque de capacidades, inicialmente propuesto por el economista Amartya Sen y con aportes posteriores de la filósofa Martha Nussbaum, que tienen como base el abordaje del desarrollo humano, corriente del desarrollo que claramente busca oponerse a la visión de desarrollo económico.

Al respecto y pensando en una cooperación internacional para el desarrollo humano y con el interés puesto en las capacidades de las personas, Fernández-Baldor y Boni, (2011) aseguran que es importante tener en consideración unos principios del enfoque de capacidades, que se recuperan y fundamentan en el paradigma del Desarrollo Humano. Profundizan en el tema valorativo de los

proyectos, resaltando la importancia de mantener siempre el foco en la expansión de las opciones de las personas, analizando dicha expansión en las diferentes áreas de funcionamiento (individual, familiar, social, ocupacional, etc.) y desde diferentes ángulos o miradas.

A continuación se relacionan los cuatro principios propuestos inicialmente por Ul Haq (1995) y Sen (1999) y que son retomados por Fernández-Baldor y Boni, (2011) para la valoración práctica de un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, enfocado en el fortalecimiento de capacidades. Estos criterios serán retomados en el cuarto capítulo para analizar cómo se presentan éstos en el caso de estudio:

Tabla 1. Principios del Enfoque de Capacidades desde el Desarrollo Humano.

Principios	Definición
Equidad y diversidad	Si desarrollo significa ampliar las opciones de las personas, estas deben disfrutar de un acceso equitativo a las oportunidades, reconociendo la diversidad de las mismas. Desarrollo sin equidad significa restringir las opciones de los individuos en una sociedad. La equidad en el acceso a las oportunidades requiere una reestructuración del poder en muchas ocasiones.
Sostenibilidad	Las próximas generaciones merecen disfrutar de las mismas oportunidades que las presentes. No se refiere sólo a la sostenibilidad ambiental, sino a algo más amplio, entendiendo la sostenibilidad de las opciones humanas: físicas, humanas, financieras y ambientales. La sostenibilidad es algo dinámico, no se puede preservar tal cual para siempre. Lo que hay que preservar es el mismo nivel de bienestar de las personas.
Productividad	Facilitar un entorno para que las personas sean productivas y se puedan asegurar unos medios de vida sostenibles.
Participación y empoderamiento	Las personas son entendidas como sujetos y objetos del desarrollo, capaces de realizar elecciones bajo su propia voluntad. Las personas deben poder influir en las decisiones que afectan a sus vidas. Requiere liberalización económica, descentralización del poder, participación plena haciendo e implementando decisiones. Personas = agentes de cambio.

Fuente: Fernández-Baldor y Boni, (2011) a partir de Ul Haq (1995) y Sen (1999)

Como se ha visto, es necesario ampliar la visión de lo que significa un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo enfocado en el fortalecimiento de capacidades, considerando para ello los factores externos, internos y personales que puedan influir, positiva o negativamente en el mismo y desde diferentes enfoques. Analizar aspectos materiales e inmateriales, desde

diferentes miradas y en distintos momentos, podría mejorar la comprensión de los alcances de la intervención y de los beneficios que puede tener en la población.

En complemento a lo anterior, para llevar a cabo la intervención, el actor gestor de la cooperación, se puede apoyar en gran medida de una modalidad de cooperación internacional, la cooperación técnica². Esta modalidad puede realizar aportes muy concretos en algún tema, tratando de dar respuesta a problemas o carencias específicas, pero en otros casos se integra en el marco de programas o proyectos de desarrollo o intervenciones de fortalecimiento institucional de largo alcance, que además de fortalecer capacidades en diversos temas, puede tener un acompañamiento continuo a las personas (Cámara, 2009). No siempre logra ser ventajosa y puede ocasionar algunos riesgos como: mermar la capacidad local, desplazando o inhibiendo iniciativas locales o producir una excesiva fragmentación de las acciones realizadas.

Para prevenir la generación de daños a causa de la intervención, sea concreta o más integral, e independiente del nivel en que se lleve a cabo (individual, grupal, organizacional), Cámara (2002) establece una serie de recomendaciones que vale la pena tener en consideración:

- Es fundamental consolidar diagnósticos previos que involucren a los principales actores implicados y ojalá en los distintos niveles.
 - Se debería partir de una demanda específica y una decidida voluntad de cambio local. Se esperaría que la demanda cuente con el respaldo y compromiso activo de los socios locales.
 - Las capacidades que se pretenden fortalecer deberían estar dirigidas a generar una fuerte autonomía en las personas, sin generar dependencias.
- Para garantizar ello, se recomienda la participación activa de las personas en

² La cooperación técnica “va dirigida en última instancia a la transferencia y desarrollo de capacidades de diversa índole, tanto en las personas, como en las organizaciones que intervienen en un determinado sector de interés para el desarrollo” (Cámara, 2009.p.2).La cooperación técnica suele darse principalmente entre Gobiernos de diferentes países, sin embargo, es una herramienta que también ha resultado útil para otros actores de la cooperación internacional, como es el caso de organizaciones no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil y para modalidades de cooperación internacional, como la cooperación sur-sur y descentralizada.

todas las fases posibles del proyecto (diseño, ejecución, evaluación y sistematización de aprendizajes).

- Realizar seguimiento periódico al proceso, en algunas oportunidades las acciones y proyectos requieren periodos largos de maduración, por lo que muchos resultados no se aprecian a corto plazo.
- Se recomienda incluir equipos multidisciplinarios en acciones que impliquen cooperación técnica, idealmente conocedores del contexto local.
- Una vez finalizada la intervención, sería favorable un acompañamiento y disposición hacia las inquietudes generadas, por un lapso corto de tiempo.

Teniendo presentes los retos que traen consigo el hablar de cooperación internacional para el desarrollo, de concebir el desarrollo como desarrollo humano y de centrar los esfuerzos en el fortalecimiento de capacidades de personas y organizaciones, a continuación se pretende analizar la relación existente entre la migración, la cooperación internacional y el desarrollo, debido a que el caso de estudio busca favorecer a personas afectadas por la migración.

1.3. Migración, Desarrollo y Cooperación Internacional.

Aunque la migración no es un tema nuevo, con el paso del tiempo, el vínculo entre Migración y Desarrollo reviste cada vez mayor interés para la comunidad internacional. Un ejemplo de ello, es la importancia que le otorga la Organización Internacional de las Migraciones al tema, planteándolo como uno de sus centros estratégicos:

“(…) capitalizar la relación positiva entre la migración y el desarrollo socioeconómico. (...) La OIM aborda los vínculos entre la migración y el desarrollo con el precepto de que la migración internacional, si se encara adecuadamente, puede contribuir al crecimiento y a la prosperidad de los países de origen y de destino, además de ser provechosa para los propios migrantes.”³.

³ Información disponible en: <https://www.iom.int/es/migracion-y-desarrollo>

La movilidad humana es una realidad en crecimiento, puede ser tomada como un fenómeno favorable cuando se dan las condiciones oportunas para la acogida e integración de diversos grupos sociales, pero también puede considerarse un aspecto en desventaja cuando se concibe que éste atenta contra la seguridad nacional e internacional. Dependiendo de la percepción favorable o desfavorable de la migración, para influir en el desarrollo, los Estados establecen políticas restrictivas o de apertura, que impactarán en el mismo desarrollo. El debate en cuanto a los aportes de la migración al desarrollo sigue siendo limitado y se ha enfocado principalmente en el impacto/desarrollo económico y social de las migraciones (González, 2014). Como se planteaba en el anterior apartado, el desarrollo económico no necesariamente genera desarrollo humano, entendiendo éste último como la ampliación de las opciones, oportunidades y libertades de las personas.

Si se concibe el desarrollo como crecimiento económico, uno de los elementos que más generan opiniones encontradas, son las remesas. A nivel mundial, “las remesas representan el triple de la Ayuda Oficial al Desarrollo y constituyen el principal ingreso en divisas para los países en desarrollo” (Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales, 2005: p. 3.).

Según el Banco Mundial en el 2007, América Latina y el Caribe son los mayores destinatarios con 60.000 millones de dólares, sigue Asia Oriental y Pacífico con 58.000 millones de dólares, en los últimos lugares se situaría África con 11.000 millones de dólares. En efecto, las cifras de las remesas en América Latina son representativas, pero se presentan dudas en cuanto a los efectos que el envío de remesas puede tener en el desarrollo local. En la migración latinoamericana las familias receptoras suelen incrementar su gasto en bienes duraderos y necesidades básicas, tales como: inversiones en educación y mejora de técnicas agrícolas, pero también se produce un aumento en el consumo y se promueven nuevas migraciones (Fajnzyblber y López, 2007).

Se observa en general una tendencia en el comportamiento de las personas. Una vez se logra cierta estabilidad financiera, se empiezan a enviar remesas a sus

familiares en el país de origen, generando un aumento de las capacidades adquisitivas de las familias, el cual es un elemento importante que puede coadyuvar a combatir la pobreza, promoviendo el desarrollo local (Collier, 2013).

En contraste a la visión positiva de las remesas, discrepan otros estudiosos del tema, quienes argumentan que el fenómeno migratorio contribuye al desarrollo desigual entre los países, aumentando la brecha existente. En esta relación desigual la periferia exportaría mano de obra y recursos naturales a los países denominados desarrollados. Los autores enfatizan cómo esta desigualdad creciente fomenta cada vez más la migración forzada de las personas provenientes de países en vía de desarrollo hacia países de renta media y alta, convirtiéndose en una especie de círculo vicioso. Así mismo, aseguran que si bien las remesas enviadas a los países de origen son una fuente importante de ingresos, la mayor contribución económica de los migrantes se queda en los países receptores (Delgado, Márquez y Rodríguez, 2009, p: 5, 25).

Otra de las posibles consecuencias negativas de la migración sobre el desarrollo, que es mencionada con frecuencia, es la llamada *fuga de cerebros*. Hace referencia a la emigración de desbalance que se produce luego de que los países de origen invierten un capital en la educación de sus ciudadanos, que posteriormente hacen uso de sus aptitudes en los países receptores, generando desarrollo en éstos últimos (Serrano, 2008: p. 6). Esta misma condición afecta el desarrollo de los países de origen, puesto que las personas que no logran migrar, ya sea por motivos monetarios o de conocimiento, se pueden quedar relegados en su país de origen, principalmente cuando carecen de estudios superiores, que suele ser la mayoría de los casos (González, 2014).

A pesar de lo planteado, se han realizado esfuerzos por identificar y promover beneficios o efectos positivos de la migración sobre el desarrollo. Un ejemplo de ello es el surgimiento del concepto de *codesarrollo*, el cual busca incorporar la migración y la cooperación internacional para el desarrollo, en un trabajo en conjunto, de beneficio mutuo, entre los países de origen y los países receptores. Desde ésta perspectiva se concebiría la persona migrante como un agente de desarrollo tanto

para el país receptor, como el de origen. Promover en los Estados una percepción positiva de la migración, podría reflejarse en una política exterior de apertura, favorable para todas las personas, donde se acepte e integre a las personas migrantes como parte del desarrollo, principalmente económico (González, 2014).

En suma, y como reflexión de lo explorado, al vincular de forma positiva la migración y el desarrollo, se esperaría que se buscara en todos los casos el beneficio de todas las personas, en su más amplia concepción. Esto implicaría ir más allá de un desarrollo económico, para perseguir un desarrollo humano. La migración puede ampliar la libertad de las personas para alcanzar una mejor calidad de vida, generando mayor bienestar para quienes migran, quienes acogen y para los que se quedan en las zonas de origen. Para ello, los objetivos de cualquier estrategia de desarrollo deberían apuntar a incrementar, de manera sostenible, los niveles de bienestar y libertad para todos los individuos involucrados. Tal condición representa un gran desafío, especialmente para la cooperación internacional (PNUD, 2007).

Articulando la migración y el desarrollo, diversos actores de la cooperación internacional han buscado promover el microcrédito, como uno de los instrumentos principales que pueden mejorar las condiciones y oportunidades socioeconómicas a nivel local. Por ejemplo, el Banco Mundial, en su informe de desarrollo mundial del 2008, dedicado al medio rural, asegura que los microcréditos son una herramienta eficaz para financiar actividades productivas en los países de origen, especialmente para personas que tienen dificultades para acceder a los procedimientos de financiación tradicionales (Malgesini, 2001).

Promover el microcrédito, tendría como objetivo facilitar el retorno del inmigrante a su país de origen, colaborando a su vez al desarrollo del mismo y a la transformación de las debilidades estructurales existentes. Este planteamiento ya ha generado críticas que señalan que las políticas de crédito no han logrado favorecer el desarrollo de los pequeños productores rurales, ya que en muchos casos los préstamos se han destinado a beneficiar los sectores más modernos de la agricultura comercial. De igual forma, según los autores, la asignación de los

recursos no siempre se ha sustentado en una profunda evaluación de los proyectos, por lo que pudieron existir interferencias de carácter político en el destino de los recursos (Martínez, Rivero, Serón y Jolivel, 2017).

Por su parte, la OIM (2017), plantea que dentro de las posibilidades que tiene la cooperación internacional en el tema, estarían:

“(...) alentar la respuesta a las causas originarias de la migración por motivos económicos, incluidos los efectos de la degradación del medio ambiente, a través del desarrollo comunitario y mediante el fomento de la capacidad de los gobiernos de encaminar sus actividades de desarrollo de manera estratégica; (...) mediante el retorno y la reintegración socioeconómica de nacionales competentes y calificados que se encuentran actualmente en el extranjero; y la instauración de políticas y mecanismos de desarrollo que fomenten los servicios de transferencia de remesas de los migrantes, acrecentando así las repercusiones de éstas en el desarrollo”⁴.

Sin lugar a dudas, existe una preocupación internacional frente a los aportes y efectos perjudiciales que la migración puede tener sobre el desarrollo. Los Estados responden de acuerdo a la percepción favorable o desfavorable que tengan frente al tema y también se presenta en general un consenso internacional entre los países donantes, los receptores de la ayuda y las principales agencias internacionales, de la amenaza que representa, para el desarrollo y la sostenibilidad del planeta, la despoblación del medio rural. Ante tal preocupación, se podrían plantear algunos interrogantes o retos, uno de ellos sería “si pueden y deben la cooperación al desarrollo y la asistencia humanitarias ligarse o incluso fusionarse, en sentido de maximizar el potencial impacto mitigador de las circunstancias que están produciendo las migraciones, incluida la pobreza y los conflictos” (Nyberg-Sorensen y colaboradores, 2002: p. 2), otro podría ser el cuestionarse sobre los reales impactos que pueden tener estas medidas en el desarrollo local, en las comunidades de acogida y de origen.

Ante lo planteado, continúan surgiendo diversos desafíos para la cooperación internacional para el desarrollo humano, en el tema de migración y más aún en el caso centroamericano. Una vez más, sería oportuno considerar varias condiciones, con el fin de favorecer la ampliación de opciones y libertades de las personas, teniendo en cuenta por ejemplo: el tipo de desarrollo que se persigue, las personas

⁴ Información disponible en: <https://www.iom.int/es/migracion-y-desarrollo>

que requieren ese desarrollo, cuál desarrollo desean las personas, lo que las personas necesitan para que se lleve a cabo dicho desarrollo, si las intervenciones están promoviendo un desarrollo sostenible, si sería conveniente fortalecer el desarrollo en el país receptor y/o de origen, entre otros aspectos.

En suma, gracias a la versatilidad de la cooperación internacional para el desarrollo, se pueden atender temas poco visibilizados de la cooperación internacional para el desarrollo, como la salud, la salud mental y el componente psicosocial, en contextos y con poblaciones muy específicas, como las personas afectadas por la migración. Aunque la cooperación en estos temas no es reciente y son varios los actores destacados en dichas intervenciones, han sido poco conocidas sus prácticas. Conocer más a fondo los aciertos y desafíos de actores implicados en la región, puede ayudar a abrir las perspectivas y las posibilidades que plantea el tema a futuro. A continuación se reflejarán algunas características y alcances de uno de los actores destacados del proyecto de cooperación internacional estudiado, en este caso Médicos del Mundo España, quien representa a su vez un actor externo e internacional del proyecto de cooperación.

1.4. Médicos del Mundo España y su Cooperación Internacional para el Desarrollo

Médicos del Mundo es una organización no gubernamental internacional que tiene como misión trabajar para “hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanas”⁵. Trabajan en diferentes regiones del mundo, el tema de la salud, la salud mental y el enfoque psicosocial, en dos líneas, tanto en atención humanitaria como en cooperación internacional para el desarrollo.

Su vínculo con la organización *Médicos Sin Fronteras MSF* es cercano, e incluso su nacimiento y nombre, sin embargo, aunque suele confundirse su labor,

⁵ Para conocer más acerca de la organización Médicos del Mundo, está disponible en: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conds/mem.detalle/idcont.1183/menu.1/recategoria.9871/reلمenu.153>

surgió primero MSF. En 1971 un grupo de médicos y periodistas franceses, entre los que se encontraba *Bernard Kouchner*, luego de trabajar en la Cruz Roja, decidieron a su regreso fundar Médicos sin Fronteras, con el fin de poder denunciar las violaciones a los derechos humanos que habían presenciado en su labor. Si continuaban en la organización, no podrían realizar las denuncias que consideraban pertinentes, debido a que estaban sujetos al cumplimiento de un código de neutralidad y silencio. Desde entonces es una organización de acción médico-humanitaria, que brinda atención en salud orientada a cubrir las necesidades más urgentes de las poblaciones a las que acceden⁶.

Por su parte, Médicos del Mundo (Médecins du Monde MdM) fue fundada en 1979, por un grupo de 15 médicos franceses, dentro de los que se encontraba el mismo *Bernard Kouchner*, cofundador de Médicos sin Fronteras. Médicos del Mundo se creó con ideales similares a Médicos sin Fronteras, buscando proporcionar directamente atención médica de emergencia, pero también con el objetivo de trabajar por la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud de poblaciones locales y posteriormente internacionales. Para Médicos del Mundo es necesario conocer y partir de lo evidenciado y reportado por los colaboradores que laboran en la organización, pues son ellos quienes se exponen a circunstancias concretas que están experimentando las poblaciones a las que apoyan. Solo conociendo de cerca las circunstancias dadas, se pueden promover efectivos mecanismos de denuncia.

La diferencia esencial entre MSF y MdM, es que la primera organización está enfocada en acción humanitaria en materia de salud y salud mental. En cuanto a MdM, su labor tiene dos vertientes, se centra tanto en acción humanitaria, como en cooperación internacional para el desarrollo. En varias oportunidades, MdM retoma el trabajo realizado inicialmente por MSF en algunas regiones, donde las condiciones pasan a requerir acciones de más largo alcance.

⁶ Para conocer más sobre la organización Médicos Sin Fronteras MSF, está disponible en: https://www.msf.mx/?gclid=Cj0KCQiAzMDTBRDDARIsABX4AWxOt1ZXUx-TUtZZvbkQldj6_yev9jCrwmsr1-NLBC9ixCQi004G3KUaAj7UEALw_wcB



Médicos del Mundo comenzó a trabajar en España con proyectos de inclusión social en 1988, como una delegación de Médecins du Monde (Médicos del Mundo Francia) y posteriormente en 1990, se constituyó oficialmente Médicos del Mundo España, con un presupuesto y programas propios. Con programas de alcance nacional y un total de 130 proyectos, tienen presencia en 12 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, Islas Baleares y Navarra), que trabajan con población socialmente excluida a través del acercamiento físico y humano, y con la utilización de unidades móviles.

En la actualidad, a nivel nacional, centran sus esfuerzos en tres líneas de acción: la incidencia política; la integración del enfoque de género y derechos humanos y la educación para la transformación social. En incidencia política, apoyan e impulsan leyes y políticas que puedan favorecer el derecho a la salud para todas las personas y procuran fortalecer la participación de la sociedad civil en la rendición de cuentas y toma de decisiones. Cuentan con un área exclusiva para ello. El tema de la integración del enfoque de género y derechos humanos se trabaja desde 1999, contando también con un equipo destinado para ello que constantemente revisa y actualiza políticas institucionales. En cuanto a la educación para la transformación social, desarrollan estrategias de educación para la ciudadanía, por ejemplo con sensibilización comunitaria en temas migratorios en muy diversos contextos, como pueden ser desde instituciones educativas, hasta casas de prostitución⁷.

A nivel internacional están implementando 57 proyectos, que incluyen ayuda humanitaria y cooperación internacional para el desarrollo, en 21 países o territorios de Asia, América, África, Oriente Medio y Europa. En América Latina, Médicos del Mundo España ha tenido presencia en Haití con el tema de la lucha contra el cólera, en Bolivia para el acceso a la salud de la población indígena y de forma más reciente en proyectos enfocados a dar respuesta a las necesidades de las personas

⁷ Para profundizar en el alcance de los programas nacionales de Médicos del Mundo, está disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/como-trabajamos>

afectadas por la migración en El Salvador, Honduras, Guatemala y México; siendo todos estos proyectos de cooperación internacional para el desarrollo.

Adicionalmente, Médicos del Mundo hace parte de una Red Internacional que tiene presencia en 15 países: Alemania, Argentina, Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Japón, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza, los cuales comparten el objetivo principal de prestar atención sanitaria a los colectivos más vulnerables y denunciar las causas y responsables de las injusticias. Recientemente se está impulsando un proyecto de Asistencia técnica de la Iniciativa de Voluntariado de la UE (EU Aid Volunteers) que pretende unificar criterios entre los diferentes miembros de la Red. MdM-España, junto con MdM-Bélgica, MdM-UK, MdM-Holanda, MdM-Suecia, MdM-Grecia, encabezan la iniciativa.

La organización, como un todo, está comprometida con ayudar y atender a todas las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de catástrofes naturales, hambrunas, enfermedades, conflictos armados o violencia política. A nivel internacional actúan en varios frentes, especialmente con quienes tienen problemas de acceso al sistema público de salud, siempre buscando mantener coherencia con su lema: *“combatimos todas las enfermedades, incluida la injusticia”*.

Como un ejemplo de la importancia del tema migratorio en la organización, en marzo de 2017 Médicos del Mundo España lanzó una campaña centrada en el aporte positivo de las personas migrantes, con el eslogan de “La historia de la humanidad es la historia de personas que se mueven”. En palabras de Fosé Félix Hoyo, presidente de la asociación: “Los movimientos de personas en busca de una vida mejor han vertebrado la historia de la humanidad. Aunque ahora lo veamos como uno de los grandes asuntos del siglo XXI, es algo consustancial al ser humano. La migración y la búsqueda de refugio es la normalidad, la anormalidad es el trato que les estamos dando”⁸. Aunque la campaña parte de una visión euro centrista, con la participación e iniciativa de voluntarios y refugiados provenientes

⁸ Información de la campaña “La historia de la humanidad es la historia de personas que se mueven”. Disponible en: <http://personasquesemueven.org/personasquesemueven-medicos-del-mundo/>

de un contexto diferente al latinoamericano, involucra elementos similares que hacen visibles los efectos perjudiciales que el fenómeno tiene sobre las personas. La campaña está aún vigente y pretende mostrar los aportes que la migración genera en las sociedades en términos económicos, sociales y culturales, lo cual incluye la realidad de América Latina y concretamente de Centroamérica y México.

La organización cuenta con un área de Salud Mental y Atención Psicosocial SMAPS, que es consultada en la mayor parte de las intervenciones y en las diferentes regiones en las que tienen presencia, pero principalmente en los proyectos de acción humanitaria. En el momento el área de SMAPS, desde la ayuda humanitaria, tiene injerencia directa en proyectos para personas afectadas por la migración en Grecia, Angola, Palestina, Ucrania, Siria y Marruecos. En el caso particular de Marruecos y con tendencia similar en otros países, se puede notar cómo las acciones concretas que iniciaron bajo un enfoque de ayuda humanitaria se van convirtiendo en proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, debido a las necesidades identificadas en el proceso y a la permanencia en el tiempo de la intervención. Así mismo, en proyectos como el de Grecia, además de contar con personal de salud mental encargado de implementar las acciones operativas, tienen un profesional centrado en el cuidado de la salud mental de los colaboradores de MdM, con el fin de prevenir el desgaste emocional que puede generar la labor desempeñada.

Por su parte, los programas de salud mental que tienen establecidos, se orientan hacia intervenciones que buscan apoyar los recursos de la comunidad, reconstruir el tejido social y los sistemas de atención. Se pretende garantizar la atención de la población con trastornos mentales previos y prevenir la aparición de padecimientos derivados de experiencias de crisis, todo lo anterior evitando el estigma de la enfermedad mental. Según Díaz, Fernández, González, Ibáñez, Massip y Rodríguez (2002), los programas de salud mental de Médicos del Mundo contemplan algunas características específicas, que los diferencian de otras organizaciones, entre las que se encuentran las siguientes:

- Buscan apoyar y no sustituir los recursos de las comunidades afectadas, facilitando que utilicen y desarrollen sus propias estrategias de afrontamiento en la situación, como es el caso de desarrollar sistemas de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario, reconstruyendo el tejido social y los sistemas de atención.
- Persiguen el objetivo de garantizar el cuidado de las poblaciones con trastornos mentales graves.
- Buscan cerrar la brecha entre expertos que cooperan y expertos en cooperación. Para la organización, se requiere de un cooperante o colaborador que cuente con un conocimiento profundo de la realidad cultural y social en la que se mueve, siendo aceptado por la comunidad, por lo que el perfil deseable es el de un profesional con experiencia en diversos contextos y con sensibilidad social.
- Contempla el enfoque de salud mental como un tema transversal en los proyectos. Busca llevar a cabo actividades de sensibilización con otros profesionales y con la población en general, lo cual contribuye a combatir el estigma y la discriminación.
- Contempla la denuncia y el testimonio de los hechos como un pilar fundamental, según Diaz et al. (2002), en el trabajo de cooperación internacional en salud mental éste factor es un mecanismo de intervención importante para la población, debido a que se fortalece una sensación de ser comprendido y ayudado.

Adicionalmente, como apoyo y complemento al SMAPS, Médicos del Mundo España cuenta con un Grupo de Salud Mental y Atención psicosocial denominado GSMAP, conformado aproximadamente por 25 psicólogos voluntarios que se reúnen cada mes o cada dos meses para unir esfuerzos y direccionar el apoyo que pueden brindar en temas de actualización o implementación dentro de la organización, tanto a nivel nacional como internacional. Recientemente se ha presentado mayor demanda en solicitar apoyo psicosocial para los colaboradores que trabajan con población en alto riesgo de exclusión, debido a que se han identificado varios casos de afectación emocional en las personas, a causa de su labor.

En la práctica, Médicos del Mundo España en Centroamérica procura los fondos por medio de varias estrategias: la utilización de fondos propios, el apoyo

brindado con donativos individuales y también por medio de la aplicación a convocatorias, principalmente con agencias de cooperación españolas, como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo AECID; agencias de cooperación de comunidades autónomas como la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo AEXCID y la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo AACID y cooperación descentralizada de ayuntamientos, como es el caso del Ayuntamiento de Valencia. Es similar el actuar cuando la cooperación internacional está dirigida hacia otras regiones del mundo, aunque en este caso parecen diversificarse los posibles socios donantes, según los temas y países que se consideren prioritarios.

Se puede evidenciar que la organización ha sabido aprovechar el vínculo histórico existente entre España y América Latina, diversificando las relaciones con sus posibles donantes y adaptándose a las dificultades de financiamiento que ha traído el agravado recorte presupuestal del gobierno de España a la cooperación internacional⁹. Dichos donantes establecen parámetros y mecanismos específicos que otros actores, como Médicos del Mundo, tienen que seguir, no sólo en el momento de la convocatoria, sino también en el seguimiento y evaluación de sus proyectos. Siendo así, Médicos del Mundo España se ha adaptado a los requerimientos y prioridades de agencias de cooperación españolas y otros entes, interesados en unos países y temas, más que en otros, lo cual puede generar riesgos para los objetivos de los proyectos de CID, por el fraccionamiento de recursos y priorización de algunos temas y zonas sobre otras. Parece presentarse una falta de unificación y consenso entre los donantes, en cuanto a los criterios establecidos en el financiamiento. En varias oportunidades, lejos de promover y fortalecer las capacidades del actor local, se puede caer en el riesgo de imponer un “deber ser” de lo que según la visión del donante se

⁹ En el año 2014, con un 0,14% del PIB, España se sitúa a la cola del mundo en cuanto a fondos destinados a la cooperación internacional. Para profundizar la información relacionada con el recorte presupuestal de España a la cooperación internacional, está disponible un análisis en: https://elpais.com/elpais/2015/04/08/planeta_futuro/1428509093_127822.html

requiere en un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo y para una población específica.

Adicionalmente, Médicos del Mundo España cumple diferentes y simultáneos roles, como un actor en la cooperación internacional para el desarrollo, en materia de salud y salud mental. Es donante, receptor y a la vez implementador de proyectos de cooperación internacional para el desarrollo. Lo cual además de incrementar su trayectoria global, lo pueden llevar a ser un actor sensible y flexible, ante las limitantes que imponen las restricciones de temas y regiones prioritarias para las agencias y entes de cooperación internacional para el desarrollo. Frente a tal panorama, rodeado de retos, Médicos del Mundo España se muestra como un actor prometedor, principalmente por su versatilidad y gran capacidad de adaptación.

Partiendo del supuesto que su concepción de desarrollo se vincula a la visión del desarrollo humano y que los proyectos de cooperación internacional siempre involucrarán personas en su ejecución, es importante realizar diversas reflexiones y análisis de los posibles impactos que puede generar la intervención. Por ello, el siguiente apartado se dedica a reflexionar acerca de las condiciones y aspectos a considerar cuando se planea realizar una intervención en lo social.

1.5. Enfoques de intervención social incorporados a escenarios en condición de vulnerabilidad.

Aunque el contexto general de Honduras se abordará con detalle en el siguiente capítulo, así como las características particulares de las poblaciones beneficiadas del proyecto, es necesario reconocer que en última instancia la cooperación internacional para el desarrollo se materializa en diferentes intervenciones en lo social. ¿Qué implicaciones tendría ello? En primer lugar, se trata de advertir que se pretende trabajar con la complejidad y profundidad de la vida de las personas, en este caso personas afectadas por la migración, seres humanos que han sufrido múltiples pérdidas, significativas y en oportunidades irreparables a lo largo de su vida. Estamos hablando de un contexto social marcado por la injusticia, el olvido, la indiferencia, la violencia, la pobreza extrema y la

carencia de oportunidades. Nos referimos a realidades desconocidas y en muchos casos invisibilizadas para la perspectiva del mundo. Hablamos de voces que muchas veces no son escuchadas, ni comprendidas, ni atendidas, ante una realidad que los rebasa.

Sin dejar de vista lo planteado, también es verdad que hablamos de personas con capacidades y con recursos, que pueden transitar de considerarse víctimas a ser supervivientes, que pueden lograr incidir positivamente en su entorno, transformar sus realidades y ayudar a otras y otros a transformar su propia realidad. Hablamos de voces que desean ser escuchadas, entendidas y atendidas y que tienen mucho para decir. Nos referimos a las capacidades y posibilidades de las personas, como agentes de cambio.

Aceptando que en las intervenciones sociales es de suma importancia conocer y aproximarse con prudencia a las condiciones de las personas y del contexto, enfoques de intervención en lo social, como el enfoque psicosocial y el enfoque de acción sin daño, rescatan elementos que pueden aportar al fortalecimiento de las capacidades y recursos de las personas, evitando afectaciones futuras a partir de la intervención. Además, la intención es mostrar los beneficios que puede traer el incluir y considerar el enfoque psicosocial y de acción sin daño en un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, como el caso actual. A continuación se analizan aspectos centrales de dichos enfoques.

1.5.1. El enfoque psicosocial

El enfoque psicosocial suele ser confundido con un enfoque de salud mental, por lo que es necesario esclarecer sus principales diferencias. En primer lugar la salud mental, desde su primera y vigente definición está íntimamente ligada a la definición de salud. Con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, se define la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad” (OMS, 2017). Desde esta aproximación han surgido diversas críticas, una de ellas, referida por De Lellis y colaboradoras (2015), tiene que ver con la orientación estática, absoluta e incluso utópica o inalcanzable que se refleja en la definición, al pretender que todos los individuos, independientemente de su cultura y condición, aspiren siempre un completo estado

de bienestar físico, mental y social. Por su parte, según la OMS (2017), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En esta perspectiva se evidencian mejoras en la conceptualización, tratando de abordar la salud mental como un proceso y no como un estado y destacando la dimensión favorable de la salud mental, relacionada con la promoción del bienestar. A pesar de ello, la salud mental se relaciona directamente con los trastornos mentales, cerrando otras posibilidades de prevención e intervención en lo social.

Por otro lado, al hacer referencia al enfoque psicosocial, las definiciones parecen menos universales y aplicadas a contextos particulares. El enfoque psicosocial enfocado en la población migrante, surge de la identificación de necesidades urgentes de carácter humanitario que emergen a partir del fenómeno, como es la necesidad de atención de urgencia en temas de salud, agua, alimentación, saneamiento, alojamiento y protección¹⁰. Pero con el paso del tiempo, se ha venido hablando de una intervención encaminada a favorecer las capacidades de las personas para poder elegir. Es así que una intervención favorable consistiría en propiciar el despliegue de las libertades de las personas y no la satisfacción de necesidades básicas (Melero, 2010).

Por su parte Beristain (1999), autor reconocido en el área humanitaria y de cooperación internacional por su perspectiva de enfoque psicosocial, asegura que se debería partir de un análisis exhaustivo y realista de los problemas y necesidades de las poblaciones, teniendo en cuenta el contexto concreto en el que se trata de insertar la o las acciones. Al hacer referencia a lo psicosocial se habla del impacto que implica lo social en la salud mental de las personas, por lo tanto, a los

¹⁰ Tal es el caso de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, que tiene como propósito establecer un marco multisectorial e interinstitucional que haga posible planificar, establecer y coordinar un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan por situaciones de crisis. En su elaboración han participado más de 27 organizaciones internacionales que conforman desde 1992 el Comité Permanente entre Organismos IASC, dentro de las que se encuentra MdM España (Comité Permanente entre Organismos, IASC, 2007).

determinantes sociales de la salud DSS¹¹. Complementando esta visión, el enfoque psicosocial “representa una mirada o postura tendiente a comprender las respuestas y los comportamientos de las personas, grupos y comunidades víctimas de hechos violentos y de la vulneración de sus derechos, en el contexto cultural, político, económico, religioso y social determinado” (Corporación AVRE, 2006, p.24).

Así mismo, coincido profundamente con la guía *Abriendo Fronteras con el corazón* (2014: p.29), elaborada con la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil en México y Centroamérica, que establece una serie de reflexiones en torno a los impactos psicosociales que trae consigo la migración y parte de la premisa de considerar que “fortaleciendo a las personas en su dimensión personal, emocional y espiritual, éstas tienen mayor capacidad y posibilidad de organizarse en redes, construir relaciones de solidaridad y apoyo, y, de esta forma construir alternativas o propuestas para resolver la situación en la que se encuentran”.

Se trataría de centrar el protagonismo en las personas migrantes, sus familias y contextos. Se buscaría cambiar de un enfoque asistencialista, basado en la dependencia y seguimiento de parámetros, de organizaciones y actores externos, a un enfoque de capacidades, donde las personas migrantes o demás personas afectadas por la migración pudieran participar activamente en la lucha y defensa de sus propios derechos. Bajo esta mirada, las organizaciones que intervienen en lo social desempeñarían un papel de apoyo técnico, para que las personas en su contexto desarrollen su propio poder de transformación (Guía *Abriendo Fronteras con el corazón*, 2014).

Es fundamental comprender que el enfoque psicosocial puede ser llevado a la práctica por todas las personas que trabajan en una organización, colectivo o comunidad particular y no es exclusivo de los profesionales de la salud mental. Se basa en las fortalezas y recursos de las personas, por lo que las concibe como actores activos de su propio destino. Ante ello, y siguiendo a Beristain (1999), las

¹¹ Los DSS hacen referencia a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2009)

acciones y proyectos deben ser un intercambio, en lugar de una relación unidireccional, por lo que el papel de la cooperación con enfoque psicosocial no es el de transportar ideas o exportar modelos. Dicha apreciación guardaría relación con ideales perseguidos por modalidades de cooperación, como la descentralizada, que se aleja cada vez más de la perspectiva de relación unidireccional y descendente que caracterizaba a la clásica cooperación bilateral Norte – Sur (de los denominados países industrializados del norte a los países en vía de desarrollo del sur).

Finalmente, a pesar de los múltiples beneficios que se pueden obtener al incluir un enfoque psicosocial, existen también riesgos en su abordaje. Así lo plantea Villa (2012), al manifestar su preocupación cuando en casi cualquier intervención comunitaria o con grupos sociales en condición de vulnerabilidad, es calificada con el término de intervención psicosocial. Es necesario ser cuidadosos y aún más en el trabajo con personas que han sufrido múltiples y significativas pérdidas, para que en la práctica se puedan llevar a cabo verdaderas acciones sin daño.

1.5.2.1. El Cuidado de las Personas/ cuidado de equipos

El cuidado de las personas en el ámbito ocupacional o la prevención y mitigación de riesgos psicosociales, es un tema que adquiere cada vez mayor centralidad, especialmente cuando se trabaja con personas migrantes, debido a los impactos psicosociales que puede generar la labor, al mantener contacto constante con el sufrimiento de la población directamente afectada. Adicionalmente, al ahondar en el tema, se identifican más grupos poblacionales que se pueden ver o han sido afectados por la migración, como son la familia, la comunidad, las organizaciones de base comunitaria, los líderes comunitarios, entre otros, los cuales también requerirían de cuidados, bajo esta perspectiva.

El cuidado emocional de los colaboradores, ha sido un tema de importancia en el área de acción humanitaria, debido a las condiciones de vida extrema que muchas veces las personas afrontan en los contextos de crisis. Pero no es exclusiva a esta área, pues cada vez son más las organizaciones y actores internacionales que incursionan desde la cooperación internacional al desarrollo, para atender las

necesidades emocionales de las personas afectadas por la migración en diferentes regiones del mundo.

Es por estas razones que se esperaría que el cuidado de las personas fuera considerado, tanto en la acción humanitaria, como en la cooperación internacional para el desarrollo, debido a que las personas, de origen nacional e internacional suelen trabajar en entornos de pobreza y violencia y están expuestos a riesgos psicosociales diversos, abordando el tema de salud y salud mental.

Brindar una atención psicosocial de calidad para los colaboradores ha demostrado ser un efectivo mecanismo en la prevención, el manejo y el tratamiento del estrés en diferentes contextos, permite proteger el bienestar de cada colaborador y de la población con la que trabajan, aumentando las posibilidades de cumplir los objetivos de las misiones o proyectos. El estrés puede tener un efecto negativo en el equipo de trabajo y en la organización, repercutiendo en el trabajo con las comunidades. Adicionalmente, incrementa el riesgo de accidentalidad, de enfermedad en general, de ausentismo y de rotación del personal. (Antares Foundation, 2012)¹².

El trabajo en contextos de crisis y con múltiples carencias, es de por sí una fuente de estrés. Es frecuente el contacto con el coste humano que implican desastres como las guerras, inundaciones, hambrunas; o situaciones de más largo plazo como la pobreza, el hambre y la enfermedad (Antares Foundation, 2012). El tiempo de exposición parece ser una variable determinante, entre más prolongado sea, mayor será el riesgo de afectación. Se genera un agotamiento de los recursos energéticos del organismo y efectos perjudiciales en los diferentes sistemas (Sandi y Calés, 2000), lo cual podría ocurrir con aquellos colaboradores que laboran en proyectos de desarrollo, durante un largo plazo.

¹² Debido a que el cuidado de las personas/equipos ha sido un tema trabajado principalmente desde la acción humanitaria, se citará en repetidas oportunidades el trabajo de Antares Foundation, que desde el 2004 ha venido realizando investigaciones referentes al tema, proponiendo y revisando constantemente una guía que pretende ayudar a las organizaciones a definir sus propias necesidades en relación al control del estrés de sus colaboradores.

Aunque la mayoría de las organizaciones están sensibilizadas con los riesgos a los que están expuestos sus colaboradores, principalmente quienes laboran en contextos de alto riesgo, el intentar materializar estrategias oportunas, puede representar mayores retos. Además, si se piensa en un programa integral de cuidado de personas/equipos que beneficie de forma global a los colaboradores, se hace indispensable comprender las especificidades de la población, partiendo del reconocimiento de la existencia de un grupo heterogéneo de personas que se expone a diversos riesgos y que se ve afectado diferencialmente, dependiendo de condiciones concretas. Para éste caso, por la naturaleza de la organización, se expondrán algunas condiciones concretas del personal nacional e internacional.¹³

Personal Nacional: El personal nacional posee características particulares que con frecuencia pueden diferir del personal internacional. Un ejemplo de ello es que en muchos casos quienes trabajan con la población, ya sea a corto, mediano o largo plazo, pueden haberse visto afectados de forma directa por la situación de crisis de la región, pueden estar compartiendo las mismas difíciles condiciones de vida en la comunidad. Adicionalmente, aparte de los factores de riesgo internas al trabajo, también pueden afrontar condiciones de riesgo externas, a nivel social, familiar, económico, entre otras, que impactan a las personas de forma diferencial. De acuerdo con las investigaciones realizadas por Eriksson y colaboradores (2013, 2016), Cardoso y colaboradores (2012, 2014), para los trabajadores nacionales, además del estrés generado por el contenido de la tarea, las fuentes de estrés derivan de vivir en sociedades con un elevado nivel de tensión, inseguridad y/o a menudo pueden ser ellos mismos supervivientes de los eventos que llevaron a la intervención humanitaria o de desarrollo.

En una investigación de este tema, participaron colaboradores jordanos e iraquíes que trabajaron con personas refugiadas iraquíes en Jordania y colaboradores en Uganda y Sri Lanka. En los tres países, la fuente de estrés crónico

¹³ Aunque existen diferentes clasificaciones para la palabra *personal*, abarca la inclusión de trabajadores a tiempo completo, a tiempo parcial, asalariados o voluntarios; trabajadores nacionales e internacionales; personal profesional y técnico, y personal no profesional y administrativo. Al diseñar e implementar programas de gestión del estrés, se debe pensar sistemáticamente en las necesidades de cada grupo (Antares Foundation, 2012).

reportada con más frecuencia fue los problemas financieros o económicos (64% en Sri Lanka, 86% en Uganda y 94% en Jordania). Alrededor de la mitad del personal ugandés y srilanqués reportó también tensiones debido al trato desigual al personal nacional e internacional. La gran mayoría de los participantes refirió una carga de trabajo elevada, separación familiar, restricciones y dificultades para viajar y falta de reconocimiento del trabajo realizado, por parte de la población beneficiaria (Eriksson et al., 2012). El personal nacional llevaba también consigo el historial de exposición personal a la crisis, dificultando separar ello del trabajo que desempeñaba. Más de la mitad de los participantes del personal nacional en Uganda y una cuarta parte de los participantes jordanos e iraquíes, reportó haber experimentado cinco o más eventos traumáticos¹⁴.

Personal Internacional: Según los estudios referidos (Eriksson y cols., 2013, 2016; Cardoso y cols., 2012, 2014), los principales factores generadores de estrés crónico se centraban en el estrés asociado al desplazamiento y al trabajo. El personal internacional que participó en los estudios presentó las siguientes fuentes de estrés: restricciones en la movilidad debido a condiciones de seguridad, dificultades en la vivienda, conflictos con miembros del equipo, falta de orientación requerida y una elevada carga de trabajo. Es de resaltar que el trabajador internacional típico experimentó también al menos uno o dos eventos traumáticos.¹⁵ (Antares Foundation, 2012).

En uno de los estudios, el personal internacional europeo, británico y americano perteneciente a ONGs de tamaño medio a alto, fue evaluado antes de su desplazamiento, al final y entre tres y seis meses después de su regreso a casa.

¹⁴ La mayoría de los participantes de Sri Lanka reportó haber perdido propiedades o haberse visto obligados a huir repentinamente, y más de una tercera parte reportó también haber tenido que vivir en campamentos de IDPs (Desplazados Internos), sufrido la falta de agua y comida, o sufrido el asesinato de un miembro de su familia o de un amigo. En los tres países, entre la mitad y dos terceras partes de los colaboradores mostró niveles clínicamente significativos de depresión y cerca de la mitad, mostró signos de ansiedad clínicamente significativos. Entre una quinta y una cuarta parte de los trabajadores mostró signos claros de Trastorno por Estrés Postraumático. (Antara Foundation, 2012).

¹⁵ Dentro de los eventos traumáticos reportados se encuentran: tiroteos cercanos, ser perseguido por parte de un grupo o un individuo, quedar atrapado en un disturbio, el allanamiento de la propia vivienda, sufrir enfermedades con riesgo de muerte, falta de acceso a atención médica y la muerte inesperada o prematura de un compañero

Se encontró que aproximadamente, el veinte por ciento presentó niveles de depresión clínicamente significativos al final de su desplazamiento, el doble del nivel previo a su desplazamiento. Los niveles de ansiedad post-desplazamiento fueron también altos. Una quinta parte de los participantes afirmaron sentirse emocionalmente agotados debido a su trabajo, y casi la mitad aseguró no sentirse realizados personalmente en su trabajo. En cuanto al nivel de depresión posterior, el veinte por ciento seguía sufriendo depresión entre los tres y seis meses posteriores al desplazamiento final. Los niveles de ansiedad descendieron levemente, pero no hasta el nivel previo a su desplazamiento, situación similar se presentó al reducirse el nivel de satisfacción con la vida, en comparación con la satisfacción previa al desplazamiento inicial.¹⁶

A nivel general, aunque cierto nivel de estrés es inevitable, especialmente cuando se trabaja en contextos de numerosos riesgos, sí se puede manejar e incluso reducir los efectos generados por los mismos. Para promover el cuidado de las personas y brindar herramientas para manejo del estrés, se recomienda fomentar estrategias a nivel institucional, a nivel de los equipos y a nivel individual, antes, durante y después de realizar la labor¹⁷. Gestionar el estrés del personal de las organizaciones es fundamental, más aún cuando el interés último y fundamental de las organizaciones es beneficiar al ser humano. Al proteger el bienestar de cada persona, se hace posible influir positivamente en los equipos y comunidades con las que se trabaja¹⁸.

¹⁶ Tanto en el personal nacional, como internacional, aquellos con un nivel educativo inferior (muchos trabajadores no profesionales), estaban expuestos a riesgo de estrés alto tanto en Uganda como en Jordania, así mismo, en Jordania, los coordinadores estaban expuestos a un mayor riesgo que el resto de los trabajadores. Por su parte, en Uganda el personal que trabajaba para ONGs nacionales estaba expuesto a un mayor riesgo de depresión que el personal que trabajaba para ONGs internacionales o agencias de Naciones Unidas (Antares Foundation, 2012).

En cuanto a factores protectores, el apoyo social y/o un equipo cohesionado con favorables relaciones interpersonales fueron considerados condiciones de protección contra la depresión y el desgaste emocional cuando se trataba de personal internacional y contra la ansiedad cuando se trataba de personal nacional (ugandeses, jordanos e iraquíes).

¹⁷ La recomendación de trabajar el tema de cuidados: antes, durante y después y en tres niveles: autocuidado, cuidado de pares e institucional, hace parte de las recomendaciones centrales que Antares Foundation (2012) ha encontrado en sus investigaciones y enfatiza en su guía de gestión del estrés. Se toma esta recomendación debido a la naturaleza del proyecto de cooperación internacional para el desarrollo analizado.

¹⁸ Al respecto, Médicos del Mundo España tiene establecida una estrategia de cuidado de las personas que involucra tres momentos definidos (antes, durante y después), para el área de ayuda humanitaria. Para ello, en

Uriarte, (2008), colaboradora de Médicos Sin Fronteras, asegura que para el personal nacional el cierre de un proyecto o el despido, supone perder la única fuente de ingresos personales y muchas veces para todo el grupo familiar, se puede percibir el cambio como la pérdida de un estatus social alcanzado por trabajar en una organización internacional y así mismo se vincula a la pérdida de un grupo social cercano. En el caso del personal internacional, el retorno representa un momento crítico que implica un proceso de readaptación al medio social y cultural originario (MSF, 2008). Por esta razón, para el después, MdM propone llevar a cabo una sesión donde se propone llevar a cabo rituales de cierre y preparación para el futuro. Como se ha descrito, es importante abordar el tema de los cuidados en diferentes momentos, pero también en diversos niveles, al respecto Antares Foundation (2012), propone tres niveles de intervención:

Cuidado de los Individuos (autocuidado): Las y los colaboradores/as son el recurso más valioso para las organizaciones y también juegan un papel esencial en el manejo de su propio estrés. Por ello es importante fortalecer las estrategias de afrontamiento al estrés y demás capacidades individuales, buscando que la persona lleve a la práctica recomendaciones puntuales en beneficio de su salud mental. Muchas veces cuando se trabaja en beneficio del bienestar de otras personas, se minimiza la atención prestada a las propias reacciones psicológicas experimentadas ante el estrés, las razones pueden ser variadas, pero entre éstas involucran carencia de tiempo o de conocimientos frente al tema. Se trata de sensibilizar a cada persona acerca del importante papel que tiene en el cuidado de su salud mental (Antares Foundation, 2012).

Cuidado de Equipos (cuidado de pares¹⁹): Los sistemas de apoyo entre pares traen numerosos beneficios y en diferentes niveles. Por un lado, está la respuesta de la atención, que suele más rápida cuando el apoyo lo brinda una persona que

la organización se tiene definida la realización de una sesión inicial, sesiones de seguimiento y una sesión final de asesoramiento psicosocial para los colaboradores.

¹⁹ Según McPherson y colaboradores (2004), un grupo de pares hace referencia a un grupo social conformado por personas que son similares en aspectos tales como la edad, educación, ocupación, clase social, etc. Es una estrategia de intervención que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes, para favorecer el logro de metas individuales o grupales.

está cerca y que conoce la situación, el tiempo de espera para recibir la asistencia se reduce significativamente. Un grupo de pares puede ofrecer: un espacio para hablar con alguien con quien sentirse cómodo, describiendo los pensamientos y sentimientos; un marco formal para la discusión del trabajo, generando la percepción de estar resolviendo problemas conjuntamente; tener la oportunidad de compartir diversas reflexiones y escuchar el punto de vista de los demás acerca de la situación (Dayal, 2014).

Así mismo, para la persona que brinda el apoyo se identifican diversas ventajas, como: Fortalecer la autoestima al sentir que el apoyo brindado beneficia al compañero y que existe confianza para que se pueda propiciar el diálogo; el apoyo entre pares en general ayuda a las personas a desarrollar sus destrezas personales de afrontamiento; brinda la oportunidad de fomentar una mejora de las relaciones interpersonales y del clima laboral, al existir la posibilidad de apoyar a los compañeros y estar disponible para ellos, cuando sea necesario; dar seguimiento de manera no invasiva, permite actuar de forma preventiva y oportuna ante posibles conductas de riesgo de los compañeros (Sapag, Lange, Campos y Piette, 2010).

Para que los beneficios planteados puedan darse, se requieren condiciones concretas en los grupos, tales como: confidencialidad, favorables relaciones interpersonales, comunicación asertiva y mecanismos de resolución de conflictos en el equipo (Moreno y Báez, 2010). En suma, se trata de grupos de apoyo o de contención al interior de la organización, que luego de generar beneficios internos, puedan contribuir al beneficio de los demás.

Cuidado institucional: Se recomienda contar con una política escrita y activa para prevenir o mitigar los efectos del estrés. Dicha política describiría programas y prácticas específicas dirigidas a crear un entorno de apoyo integral para las personas y que incluya el compromiso de evaluar todos los factores necesarios para el control y la reducción del estrés en sus trabajadores (Antares Foundation, 2012). Para ello, se requiere partir de una línea base o panorama de riesgos que establezca prioridades en cuanto a los riesgos psicosociales a los que están

expuestos los colaboradores, tanto por características individuales, como por condiciones internas y externas al trabajo.

Se trata también de realizar un seguimiento, formación y apoyo continuado a las personas, en cuanto a su capacidad de afrontamiento para hacer frente a los factores estresantes de una determinada labor. Tiene que ver con crear, desde los niveles superiores, una cultura de contención al interior de la organización, un apoyo oportuno en situaciones críticas y estrategias claras de prevención y atención al acoso laboral. Se esperaría un apoyo específico y culturalmente adecuado cuando se producen incidentes críticos o traumáticos, así como en situaciones imprevistas causantes de estrés.

Como se puede observar, se trata de apostar por un cuidado integral de las personas, considerando los riesgos psicosociales desde una perspectiva longitudinal (antes, durante y después) y transversal (autocuidado, cuidado de pares y cuidado institucional). Pero la concepción de los cuidados va mucho más allá. En intervenciones sociales a nivel internacional, se tendrían que tener en cuenta las condiciones particulares del personal involucrado (personal internacional, nacional, voluntarios, entre otros) las condiciones de riesgo que coloca el trabajo y los recursos, estrategias de afrontamiento o factores protectores con los que cuenta la población. Además, no se puede dejar de lado la tendencia de asignar socialmente el tema de los cuidados a las mujeres, aumentando significativamente el riesgo psicosocial en todas sus áreas. Ante el complejo panorama plasmado, el enfoque psicosocial, y el cuidado de las personas, se complementaría en sus propósitos y alcances con el enfoque de Acción Sin Daño, que se abordará a continuación.

1. 5. 2. El enfoque de Acción Sin Daño

El Enfoque de Acción sin Daño ASD surge de la preocupación de algunas agencias de cooperación internacional, en especial de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación COSUDE, después de analizar las graves consecuencias ocasionadas por la ayuda humanitaria y la cooperación internacional en genocidios como el de Ruanda en 1994, donde situaciones de conflicto ya existentes se agravaron a partir de la intervención. En el contexto colombiano,

donde ha persistido un conflicto interno durante muchos años, se han realizado diversas acciones de ayuda humanitaria y cooperación internacional en las principales zonas afectadas, por lo que se han documentado experiencias y aprendizajes que pueden ser tenidos en cuenta en otros contextos, con el fin de no generar más daño²⁰.

Pero no solamente el enfoque es tenido en cuenta en contextos en conflicto, cada vez está tomando un papel más central en el trabajo con personas migrantes, refugiadas y desplazadas²¹. Es a raíz de esta visión que se recupera la importancia de aproximarse de forma ética, atenta, cuidadosa y respetuosa a los contextos, debido a que puede impactarse positiva o negativamente a las poblaciones objetivo.

La Acción Sin Daño hace alusión a los

“impactos negativos o efectos no deseados, producidos por las intervenciones de agentes externos (a través de proyectos humanitarios o de desarrollo), en las comunidades que viven en contextos de conflicto de diversa naturaleza” (Rodríguez, 2008, p.16).

Teniendo en cuenta su definición, la ASD en la cooperación internacional para el desarrollo tendría que ser un tema prioritario, independientemente de la modalidad de cooperación que impere, el lugar y el tema abordado, puesto que no solo se trata de lograr eficacia o efectividad en la intervención, sino también de no afectar o dañar más la historia de vida de las personas. El o los daños se pueden propiciar de diversas formas. Para el enfoque de ASD, muchas de las afectaciones se generan cuando los sistemas de oferta de cooperación internacional y financiación son dominantes e impositivos, cuando no existen canales eficientes de comunicación que retroalimenten las necesidades identificadas y las consecuentes acciones a seguir y cuando se crean dependencias nocivas entre las partes involucradas (Rodríguez, 2008).

²⁰ Se pueden consultar diversas experiencias de “aprendizaje práctico para la acción internacional”, Collaborative for development action, CDA, disponibles en: www.cdainc.com. Contiene la evaluación de los impactos producidos por las acciones humanitarias en este y otros hechos, al igual que las intervenciones de la cooperación internacional en 14 países de Asia y África. Generalmente el daño ha consistido en agudizar el conflicto entre las partes involucradas.

²¹ De forma reciente han salido a la luz nuevos casos de personas en condición de refugiados que han sufrido las consecuencias de acciones poco coordinadas y contextualizadas de organizaciones humanitarias, donde medios de comunicación masivos han puesto en evidencia y en riesgo la integridad de las personas.

Pero no es tan sencillo como se plantea, tal como lo refiere Anderson (2009), también es fundamental el papel que desempeñan las personas que trabajan en el terreno, quienes toman a nivel local las decisiones específicas, diarias y continuas de cómo llevar a cabo el trabajo. Lo descrito es interesante, debido a que “aunque las políticas de las sedes centrales determinan la definición y el estilo de los programas en términos generales, las decisiones en todos los niveles pueden incidir en los impactos de la ayuda sobre el conflicto, las personas tienen opciones y un margen para asegurar que su parte del proceso produzca menos daño y más beneficios” (Anderson, 1999:p.164). Una vez más, se corrobora que en gran medida somos las personas las que determinamos lo que ocurre en una intervención de éste tipo. Esta visión produce por un lado esperanza ante los objetivos favorables que se pueden alcanzar al optimizar los beneficios y prevenir posibles daños, pero también hace visible la gran responsabilidad que se tiene en nuestras manos, al reflexionar sobre la capacidad de influir en los demás.

Según Rodríguez (2008.p.39), otros motivos por los cuales las intervenciones podrían generar daños serían:

- Se transmiten mensajes equívocos fomentando la confusión, el caos y en ocasiones, el oportunismo.
- Se introducen y acentúan diferencias y desigualdades.
- Se fomentan dependencias nocivas.
- Se exigen comportamientos y actitudes (contrarias a las propias) como condición de acceso a servicios y recursos.
- Se introducen necesidades y demandas ajenas a los modos de vida.
- Se propician o coadyuvan proyectos sin el mínimo de condiciones favorables para conservar y proteger la vida dignamente.
- Se elaboran y aplican normas de manera desconectada de las necesidades de las comunidades y su cultura.”

En este apartado se está haciendo referencia a un tema que requiere un análisis cuidadoso y detallado, que se debe considerar tanto de forma transversal como longitudinal. Según Rodríguez (2008), muchos de los efectos nocivos de las intervenciones y decisiones tomadas en el camino, pueden hacerse visibles a mediano o largo plazo. Además, en la mayoría de los casos los daños o efectos negativos no deseados se ocasionan sin intención alguna y/o no son tangibles ni

fácilmente medibles, por lo cual existe una tendencia a invisibilizarlos o reducir su importancia.

A continuación se establecen algunas causas situadas en las estructuras organizacionales y en los agentes humanitarios o de desarrollo que pueden generar daños en las personas:

Tabla 2. Algunas causas o condiciones que generan daños.

Razones ubicadas en las estructuras organizacionales	Razones ubicadas en los agentes humanitarios o de desarrollo
Aplicación de políticas, estrategias y esquemas de manera inflexible.	Falta formación de actitudes y habilidades para discernir acertadamente en diferentes situaciones que plantean dilemas éticos.
Rivalidades entre los diferentes actores institucionales.	Inexperiencia. Desconocimiento del contexto, las historias, la cultura, de aquello que es valioso para las comunidades.
Demostraciones ostentosas de poder económico, político o de otra naturaleza.	Distancia entre saber popular y saber científico y técnico.
Falta de coordinación intra e inter institucional. Rivalidades por fondos.	Falta de aceptación para reconocerse como parte del medio.
Se crean situaciones de dependencia de las comunidades y las personas hacia las organizaciones/ Instituciones.	Se aborda la realidad de manera fragmentada, no se reflexiona sobre lo actuado. Se estandarizan las estrategias.
No se hace gestión del conocimiento, ni se identifican ni asumen aprendizajes de experiencias.	Falta de reflexión sobre los efectos y la responsabilidad por las consecuencias de lo actuado.
No se preparan las estrategias de salida de los proyectos de manera oportuna o falta preparación adecuada en los empalmes durante las etapas de transición.	Resistencia a aceptar cambios de roles y de estilos particulares.
Imposición de objetivos y principios institucionales sin concertación con las preferencias de las comunidades donde se realizan los proyectos.	Subvaloración y desconocimiento de las posibilidades y de aquello que es valioso para personas y comunidades.
Visiones cortoplacistas.	Personal a cargo, está "de paso".

Fuente: Elaborado por Rodríguez (2008: p.41)

Tanto el enfoque psicosocial, como el de acción sin daño, proveen elementos de análisis que favorecen la comprensión y el abordaje oportuno de las intervenciones sociales, teniendo en cuenta las particularidades de las personas en su contexto circundante. En el siguiente capítulo se continuará enfatizando la importancia de ubicar a las personas en el centro, en los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, como un componente central en el caso de estudio.

Reflexiones Finales del Capítulo

La cooperación internacional para el desarrollo implica llevar a cabo una serie de acciones, prácticas y relaciones, entre dos o más actores, con el objetivo de promover un tipo de desarrollo, de uno o más grupos sociales en un contexto social, económico y político determinado.

Existen varias modalidades de cooperación internacional para el desarrollo, que dan cuenta del tipo de relación establecida entre las partes y de los mismos actores implicados. Tal es el caso de la cooperación descentralizada, donde se involucran una serie de actores de naturaleza muy diversa, en la búsqueda de un desarrollo particular.

Para que un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo esté enfocado en las personas, sería conveniente concebir el desarrollo, como Desarrollo Humano, y no como desarrollo económico. Así mismo, sería de utilidad llevar a la práctica un enfoque de capacidades desde el desarrollo humano, para valorar si el proyecto está o tiene el potencial de fortalecer las capacidades de las personas.

La relación entre la Migración y el Desarrollo es indiscutible, y dependiendo de la percepción favorable o desfavorable que se presente ante este vínculo, se establecen políticas al interior de los Estados en beneficio de las personas y de un desarrollo. La Cooperación Internacional para el Desarrollo enfrenta diversos desafíos a la hora de responder a las complejas realidades que plantea la migración actual. Aunque es probable que no exista un único camino para ello, se hace

necesario ampliar la concepción de desarrollo, para empezar a transitar de un desarrollo económico a un desarrollo humano o de las personas.

Médicos del Mundo España es un actor de cooperación internacional para el desarrollo enfocado específicamente en temas de salud, salud mental y enfoque psicosocial para personas afectadas por la migración (personas migrantes, refugiadas y desplazadas) en diferentes partes del mundo, incluyendo América Latina.

La organización Médicos del Mundo España se caracteriza por contar con un fuerte componente de incidencia política, por lo que sus acciones podrían llegar a generar medidas de largo alcance con las instancias estatales relacionadas. Pero además, cuenta con una experiencia paralela en el área de acción humanitaria, lo cual genera que sus estrategias y alcances de intervención sean muy diversos.

Teniendo en cuenta que los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo se traducen en intervenciones en lo social, es importante considerar exhaustivas previsiones y precauciones de protección del bienestar de todas las personas involucradas. Para ello, el enfoque psicosocial, el tema de cuidado de las personas y el Enfoque de Acción Sin Daño, pueden ser mecanismos oportunos para tener en cuenta, antes, durante y después de la intervención y en diferentes niveles.

CAPÍTULO 2. LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL FENÓMENO MIGRATORIO EN HONDURAS

El objetivo de este capítulo es brindar información general de las personas afectadas por la migración en Honduras, específicamente familiares de migrantes desaparecidos y migrantes retornados con discapacidad física, para quienes está dirigido el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo analizado.

Se iniciará describiendo el contexto general de Honduras, a partir de sus características demográficas y geográficas básicas, algunos indicadores sociales que dan cuenta de su posición de desventaja en la región y las principales causas del desplazamiento y migración, teniendo presentes las condiciones concretas del contexto sociopolítico reciente, que puede incrementar a futuro la movilidad de las personas dentro y fuera del país.

A continuación, se introducirán las implicaciones y retos del trabajo con personas afectadas por la migración en Honduras, para posteriormente ahondar en las características sustanciales de los dos grupos poblacionales objetivo. Se comenzará con los familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria, exponiendo las particularidades de los comités establecidos, algunas de las acciones colectivas emprendidas y las condiciones e impactos psicosociales de la población. Se visibilizarán en especial los comités “La Guadalupe” y “Amor y Fe”, comités a los que MDM brindará apoyo para el 2018.

Siguiendo con el análisis, expondré las condiciones específicas en las que se encuentran las personas migrantes retornadas con discapacidad en Honduras. Enfatizaré en la poca visibilidad del drama afrontado por las personas, sus familiares y quienes trabajan con el colectivo. Así mismo, se destacará el trabajo realizado por la Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad Física CONAMIREDIS, que es la única organización que trabaja en el tema en la región centroamericana y en Honduras. Se abordarán las condiciones psicosociales de la población directamente afectada, considerando algunos factores protectores y de riesgo, así como la mirada diferencial e integral requerida para llevar a cabo una intervención social con la población.

Finalmente, teniendo en cuenta las características de los colectivos, se explorarán algunas particularidades de los denominados grupos de autoayuda, los cuales facilitarán la comprensión de la composición y funcionamiento de los comités y comisión (denominadas por MdM como organizaciones de base comunitaria), dando cuenta de las estrategias que se pueden llevar a cabo para mejorar su funcionamiento y sus alcances.

2.1. Análisis general del Contexto en Honduras

Honduras está situada en el centro del istmo centroamericano, y es el segundo país más grande de la zona. Con una superficie de 112,492 Kms², Limita con Guatemala, El Salvador, Nicaragua, y además tiene costas en el océano Pacífico y en el océano Atlántico. Es el país más montañoso de Centroamérica, con dos terceras partes del territorio por encima de los trescientos metros de altitud, la montaña más elevada es Pico Bonito, con una altura de 2.450 metros ²².

Honduras se divide en 18 departamentos y 298 municipios. Del total de la tierra, cerca de 28.5% tiene vocación agrícola y el 46.4% forestal. El área de bosques representa el 75% del territorio, aunque una parte importante de los bosques originarios han sido talados o quemados. Existen 91 áreas protegidas con una proporción total de 5.1 millones de hectáreas de las cuales el 61% son terrestres (3.1 millones) y 39.1% son áreas marinas (2 millones de hectáreas). El área terrestre representa el 27% de la superficie continental del país. En cuanto a condiciones climáticas, en los meses de septiembre y octubre llueve casi ininterrumpidamente, y son muy frecuentes las inundaciones a lo largo y ancho del país. A partir de noviembre, en la costa norte e Islas de la Bahía se suelen prolongar las lluvias varias semanas más.²³

Según las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística de Honduras INE, en el último censo del 2013 Honduras contaba con una población de 8.303.771,

²² Ficha país Honduras del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación del Gobierno de España. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/HONDURAS_FICHA%20PAIS.pdf

²³ Ibídem

según otras estimaciones, para inicios del 2018 tendría 8.372.950 habitantes²⁴. La pirámide poblacional indica que la mayoría de los habitantes son jóvenes, la edad promedio de los hondureños es de 21 años y se encuentra entre las edades más bajas de Centroamérica. Según información del INE de Honduras, al 2013 la población indígena alcanzaba los 717.618 habitantes, representando el 8,6% del total, incluyendo pueblos indígenas y afroantillanos. Existen nueve pueblos culturalmente diferenciados, identificados como maya-chortíes, lencas, misquitos, nahuas, pech, tolupanes, tawahkas, garífunas, y afroantillanos²⁵.

2.1.1. Indicadores sociales:

Honduras ha sido clasificado como un país de renta media-baja ²⁶ con un PIB per cápita de 2.364 US\$ y con una notable desigualdad en la distribución de la riqueza, reflejada en un Índice de Gini de 0.52 ²⁷.

Según el Informe de Desarrollo humano del 2016, el cual lleva el nombre de “Desarrollo humano para todas las personas”, dentro de los 188 países que se consideran en la medición, Honduras ocupa el lugar 130 con un índice de Desarrollo Humano IDH de 0.62. Al compararlo con Guatemala en la posición 125 con IDH 0.64, El Salvador en la posición 117 con IDH 0.68 y con México en la posición 77 con un IDH de 0.76, continúa teniendo el puntaje más bajo. Lo anterior se traduce en una esperanza de vida al nacer de 73 años, 11 años de escolaridad esperados

²⁴ Proyecciones calculadas para los primeros meses del año 2018. Disponible en: <http://poblacion.population.city/honduras/>

²⁵ Ficha estadística de Honduras del Gobierno español, recoge información de fuentes como el INE. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/HONDURAS_FICHA%20PAIS.pdf

²⁶ Al mencionar los Países de Renta Baja (PRB), Países de Renta Media (PRM) y Países de Renta Alta (PRA), se hace referencia a los indicadores económicos del Banco Mundial en donde se realiza una clasificación periódica por ingreso de los países, teniendo en cuenta el ingreso nacional bruto (INB) per cápita, para evidenciar la mejora en el desempeño económico de los países. Cada año, la clasificación analítica agrupa a todas las economías en cuatro categorías: países de ingresos bajos (LIC); Países de ingresos medios bajos (LMIC); Países de renta media alta (UMIC); y los países de ingresos altos (o HICs). Ésta clasificación ha sido la base sobre la cual se ha justificado o no la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Información disponible en: <https://blogs.worldbank.org/opendata/es/clasificacion-de-los-paises-segun-el-ingreso>.

²⁷ El coeficiente de Gini es una medida utilizada para evaluar desigualdad en la distribución al interior de los países (donde 0 representa ausencia de desigualdad y 1 desigualdad máxima). Según los datos referidos para Honduras, el decil más pobre recibe solo el 0.6% del ingreso nacional, mientras que el decil más rico acapara el 43.4% del mismo.

y sólo 6 años promedios de escolaridad alcanzados. En términos generales se refleja en el IDH más bajo de América Latina para ese año²⁸.

Según la información recabada por el INE, el 66.2% de las personas están por debajo del umbral de pobreza, de las cuales el 45.6% se encuentran en situación de pobreza extrema. Con similares tendencias, se observa mayor prevalencia de la pobreza en el área rural con 62.9% y 59.4% en el área urbana²⁹. Dicha pobreza se materializa en un 22,7% de niños y niñas menores de 5 años en estado de desnutrición crónica y 7.5% en malnutrición.

Se cuenta con 3,7 médicos por cada 10.000 habitantes y se invierte el 4.4% del Producto Interno Bruto PIB de gasto público en salud. La tasa de alfabetización es del 88.5%, por lo que el 11,5% de la población es analfabeta, porcentaje que duplica al 5.6% de personas analfabetas en México. La tasa de deserción en la escuela primaria es de 24.6%, superando significativamente las mediciones de abandono escolar en México de 4.3%. El 41.4% de los jóvenes, entre 15 y 24 años, no estudian ni trabajan y como si fuera poco el 53.3% de personas que se encuentran laborando en empleos considerados vulnerables o que pueden ser perjudiciales para el desarrollo humano. Se ha identificado un 15% de trabajo infantil³⁰.

Por su parte, los indicadores de suicidios son preocupantes. Durante los primeros seis meses de 2017, se reportaron a nivel nacional 189 suicidios, que representa un aumento de 22.7% (35 casos) en relación al mismo periodo de 2016. En promedio, durante el periodo analizado ocurrieron 32 suicidios mensuales, los departamentos con mayor incidencia fueron Francisco Morazán (49 casos), Cortés (24) y Comayagua (13), el 77.8% de las víctimas fueron hombres, según rangos de

²⁸ Para el Caribe, el IDH más bajo corresponde a Haití, que ocupa la posición 169 (PNUD, 2016).

²⁹ Información estadística del INE Honduras disponible en: <http://www.ine.gob.hn/index.php/25-publicaciones-ine/102-consulta-base-de-datos-redatam-cnpv-2013.html>

³⁰ *Ibíd.*

edad, los hombres de 20 a 24 años registraron la mayor incidencia con 26 víctimas, en el caso de las mujeres fueron las edades de 15 a 19 años con 10 casos³¹.

Siguiendo con algunos indicadores, en el último informe de desarrollo humano (2016), se incluye la novedosa medición de indicadores de percepciones del bienestar evaluadas para el periodo 2014 - 2015. En el caso de Honduras, dentro de las percepciones del bienestar individual, con tendencias bajas generalizadas, sobresale el 53% de insatisfacción con la calidad de la atención médica, el 52% con sensación de inseguridad, 51% insatisfechos con la libertad de elección. En cuanto a las percepciones sobre la comunidad, el 75% considera que el mercado laboral local es deficiente y 41% ha trabajado principalmente en labores de voluntariado. Con relación a las percepciones sobre el gobierno, el 70% desconfía de su sistema judicial, el 47% considera que no se llevan a cabo medidas encaminadas a preservar el medio ambiente y 70% expresaron desconfianza en el gobierno nacional.

Con respecto a la situación de los tratados fundamentales de derechos humanos, según el informe de desarrollo humano (2016), Honduras ha ratificado el total de las 11 convenciones internacionales que se evalúan en la medición, las más recientes son: La Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (2006) ICPED y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) CRPD, ratificadas en el 2008. Así mismo, Honduras es un país rico en marcos y normativas legales, generales y específicas a poblaciones en condición de vulnerabilidad, las cuales generalmente no se aplican en la cotidianidad, ni se realiza seguimiento y cumplimiento de las mismas (Médicos del Mundo, 2015).

2.1.2. Causas del desplazamiento y migración forzada en Honduras

La violencia y la impunidad aparecen como las principales causas de la migración en Honduras. Para el 2014, Honduras tenía la tasa de homicidios más

³¹ Información analizada por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) por medio del Observatorio Nacional de la Violencia (ONV), boletín de septiembre de 2017. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/365384907/Informe-Enero-Junio-2017-Observatorio-de-la-Violencia-Honduras>

alta del mundo, con un total de 5.936 homicidios³². Durante los primeros seis meses de 2017, se registró una reducción del 11.7% en las muertes, respecto al mismo periodo del año anterior, sin embargo los homicidios siguieron siendo la principal causa de muerte, sumando 2,029 víctimas que equivalen al 55.4% del total. El 67.6% de los homicidios registrados entre enero y junio de 2017, ocurrieron en el área urbana y el 32.4% en zonas rurales. El 86.4% correspondió a hombres y 14.6% a mujeres³³.

La violencia es principalmente generada por las llamadas pandillas o maras y por el crimen organizado, pero también tiene una fuerte incidencia la violencia intrafamiliar. Se tiene un fácil acceso a armas, una notable falta de oportunidades, de crecimiento económico y una creciente presión del narcotráfico, incluso en la esfera institucional y policial. Es frecuente la extorsión por parte de los grupos de pandillas hacia las personas que tienen pequeños y medianos negocios o que trabajan en sus zonas de influencia, como taxistas e incluso vecinos, por lo que muchas personas migran buscando seguridad personal o familiar. La inseguridad ciudadana, la falta de acceso a tierras como opción de superación y los bajos salarios en el país han detonado una migración forzada y llena de obstáculos (PCS, 2015).

Dentro de las consecuencias más impactantes de la violencia se encuentra el fenómeno del desplazamiento interno. Aunque no es un problema nuevo en la región, Honduras es el único país de Centroamérica que ha tenido una iniciativa de legislación en el tema³⁴. A pesar de ello, no se registran acciones concretas que

³² De acuerdo al Observatorio de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), la tasa de homicidios fue de 68 por cada 100 mil habitantes durante el 2014. Según la OMS, en su informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia del 2014, la tasa de homicidios es de 90.4 homicidios por cada 100 mil habitantes. Disponible en: <http://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/145086> Para la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC, la tasa promedio mundial de homicidios es de 6.2 homicidios por cada 100 mil habitantes. Disponible en: <http://www.iudpas.org/pdf/Boletines/Nacional/NEd36EneDic2014.pdf>

³³ Información analizada por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) por medio del Observatorio Nacional de la Violencia (ONV), boletín de septiembre de 2017. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/365384907/Informe-Enero-Junio-2017-Observatorio-de-la-Violencia-Honduras>

³⁴ Se encuentra descrito en informe sobre situación de derechos humanos de la población migrante hondureña del PCS (2015). que el 5 de noviembre de 2013 se creó la Comisión Interinstitucional para la Protección de Personas Desplazadas por la violencia, mediante aprobación de un Decreto Ejecutivo No. PCM-053-2013. No logré acceder a la publicación de dicho decreto.

apunten a atender la problemática en las personas afectadas o a prevenir la ocurrencia o el incremento de más desplazamientos forzados.

La violencia parece estar íntimamente ligada con la impunidad, existe una generalizada falta de confianza en las instituciones, por lo que aproximadamente un 80% de los delitos cometidos no se denuncian. Se suele dar una criminalización a las movilizaciones sociales realizadas, las cuales son duramente reprimidas y se han registrado asesinatos de defensores de derechos humanos que contaban con medidas cautelares³⁵.

Según el Índice Global de Impunidad (2015), la violencia en el país puede responder a los elevados niveles de impunidad, que en el caso de Honduras es del 64%. En los últimos 17 años, del 1998 al 2015, se tiene un registro de 10,656 casos de ejecuciones y muertes violentas de niños, niñas y jóvenes menores de 23 años. Para el año 2016, en el gobierno actual se sumaron 1,542 muertes, que se mantienen en la impunidad.

La falta de empleo y oportunidades de trabajo: En un estudio de la OIM (2015), sobre la “condición de salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras”, se entrevistaron a personas afectadas por el fenómeno migratorio, como familiares y migrantes retornados, encontrando que el desempleo, la pobreza y la búsqueda de oportunidades de trabajo fueron las razones más frecuentes por las que las personas tomaron la decisión de emigrar; cerca del 90% de los encuestados afirmaron tener familiares fuera del país (especialmente en Estados Unidos). Alrededor del 50% de la población retornada afirmó que tenía intención de volver a emigrar a corto plazo. Según indica el Fondo Nacional para las Migraciones de Honduras FONAMIH, el grupo poblacional que está más propenso a la migración, son los jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y 32 años, calculando que alrededor de 100,000 personas son las que salen anualmente del país.

³⁵ Ficha país Honduras. Oficina de Información Diplomática. Cooperación española Disponible en: http://www.xn--cooperacionespaola-10b.es/sites/default/files/honduras_ficha_pais.pdf

El flujo migratorio en Honduras se incrementó en los años 90, elevándose con la llegada del desastre natural “Huracán Mitch”, provocando el éxodo de las y los hondureños, principalmente a Estados Unidos de América EUA (Acevedo, Argueta y Ortega, 2012). La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) muestra que durante el 2010 ingresaron a Estados Unidos de manera irregular 330,000 hondureños, colocando al país dentro de los que han tenido mayor flujo migratorio en América Latina. La migración como fenómeno no es algo alejado de la realidad hondureña.

A partir del 2014, con la entrada en vigor del programa mexicano Plan Frontera Sur (estrategia de control del flujo migratorio, pactada con EUA para interceptar el paso hacia el norte), se han incrementado los retornos forzados desde México. Para el primer semestre del año 2017, más de 22,000 personas han sido deportadas de EE.UU y México, desglosados de esta manera: EE.UU deportó de enero a junio 10,014 hondureños, de quienes 116 son niños(as) hondureños(as); por su parte México por vía aérea deportó 247 hondureños y por vía terrestre fueron 12,216, para un total de 22,546 hasta el mes de junio. Un 68% de las personas retornadas tenían edades comprendidas entre los 20 y 34 años y un 10% tenía menos de 20 años. En el 2016 Honduras recibía a la semana de 5 a 10 vuelos de EUA y de 4 a 8 buses provenientes de México, calculado aproximadamente unos 7.000 hondureños(as) al mes. La recepción aérea es en San Pedro Sula y la terrestre en Omoa (departamento Cortés) (Médicos del Mundo España y Francia, 2017).

2.1.3. Proceso electoral 2017

Además del complejo panorama descrito, el 26 de noviembre del 2017, ocurriría un evento coyuntural que agudizaría la compleja situación sociopolítica del país. En esta fecha se llevaron a cabo las votaciones para elegir presidente en Honduras, 28 diputados al Congreso, 20 diputados al Parlamento Centroamericano, 298 alcaldes, 298 vicealcaldes y 2092 regidores³⁶.

³⁶ Proceso Digital (2017). Elecciones generales de noviembre, las más observadas en Honduras. Recuperado de: <http://www.proceso.hn/proceso-electoral-2017/36-proceso-electoral/elecciones-generales-de-noviembre-las-mas-observadas-en-honduras.html>

Las votaciones se realizaron en medio de un ambiente de inconformidad generalizada, debido a que uno de los candidatos Juan Orlando Hernández era a su vez presidente desde el 2014 y también candidato presidencial, luego de que la Corte de Honduras permitiera que por primera vez un presidente buscara la reelección, desde que la constitución fuera establecida en 1982³⁷.

Las polémicas votaciones se llevaron a cabo sin alteraciones del orden público, aunque inusualmente se extendió una hora más el tiempo de votación. Por su parte, el conteo de votos del Tribunal Supremo Electoral TSE, se realizó con una sospechosa lentitud. A diferencia de elecciones anteriores, en las que se conocía el resultado final el mismo día de las votaciones, fue hasta el 17 de diciembre de 2017, veintiún días después de las votaciones, se dio a conocer el resultado final de las votaciones para elegir presidente³⁸.

Desde el comienzo se presentaron una serie de irregularidades. El 26 de noviembre, día de votaciones, en el primer informe del TSE, el candidato opositor Salvador Nasralla, del partido “Alianza de Oposición contra la Dictadura”, llevaba una ventaja del 5% sobre Juan Orlando Hernández, con el 57.2% de las actas escrutadas y 45.17% de los votos a su favor. El mismo día, sin que se anunciaran aún los resultados oficiales, los dos candidatos se habían proclamado vencedores en los medios de comunicación y casi simultáneamente. Estaba previsto que se divulgaran los primeros resultados a las 7:30 pm, sin embargo, se dio a conocer hasta las 1:30 am del lunes 27. Después de este informe, el conteo se suspendió durante 36 horas y el TSE anunció que los resultados finales estarían disponibles hasta el 30 de noviembre³⁹.

El miércoles 29 de noviembre, los dos candidatos firmaron por separado un acuerdo con el jefe de la misión de observadores de la OEA, comprometiéndose a

³⁷ La reelección presidencial fue objeto de gran controversia en el país, debido a que fue la razón por la que se dio el golpe de estado de 2009, cuando el presidente Manuel Zelaya fue destituido por pretender reformar la constitución para permitirla. El País (2017). Honduras modifica su Constitución para permitir la reelección. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2015/04/24/actualidad/1429839601_867027.html

³⁸ *Ibíd*em

³⁹ Nodal (2017). Honduras: el Tribunal Supremo Electoral informa que “a más tardar” el jueves contará con los resultados electorales. Recuperado de: <https://www.nodal.am/2017/11/honduras-el-tribunal-supremo-electoral-informa-que-a-mas-tardar-el-jueves-contara-con-los-resultados-electorales/>

llamar a la calma a sus seguidores y a aceptar los resultados finales. Unas horas más tarde, el candidato Nasralla anunció invalidez del documento y denunció una aparente caída del sistema, no informada, el 26 de noviembre. De inmediato, el TSE confirmó dicha caída del sistema, asegurando que los resultados no se verían afectados⁴⁰.

Hasta el 2 de diciembre, el TSE terminó de contar todas las actas, el último conteo anunciado fue de 1,006 actas apartadas para escrutinio especial. Dos semanas después, tras las reiteradas exigencias de la Alianza de Oposición contra la dictadura, el TSE realizó un recuento de 4,753 actas, las cuales no habían sido transmitidas la noche del 26 de noviembre⁴¹.

Finalmente, el 17 de diciembre, el TSE declaró ganador a Juan Orlando Hernández, con una estrecha ventaja de 1.53%. La Organización de los Estados Americanos (OEA), quien acompañó las elecciones, realizando un monitoreo independiente de las elecciones, denunció varias irregularidades durante el proceso y dudó públicamente de la credibilidad de los resultados oficiales, sugiriendo unas nuevas elecciones⁴².

Durante el extendido, incierto y poco transparente proceso, se presentaron numerosas protestas sociales en todo el país, con varios enfrentamientos con las fuerzas policiales, videos y denuncias de violaciones de derechos humanos. La situación de orden público se complejizaba con los días, ante la falta de respuestas oportunas por parte del TSE. El 2 de diciembre se decretó un toque de queda nocturno, sin garantía de derechos constitucionales, con una duración inicial de 10 días y que sería efectivo desde las 6 p.m. hasta las 6 a.m. La protesta social no cesó, circularon varios videos con personas protestando desde sus casas, con “cacerolazos”. Transcurridos algunos días del toque de queda, las personas

⁴⁰ Tiempo Digital (2017). Nasralla deja sin validez acuerdo con la OEA y llama ladrones al TSE. Recuperado de: <https://tiempo.hn/nasralla-deja-sin-validez-acuerdo/>

⁴¹ El TSE de Honduras finaliza el recuento de las 4.753 actas "especiales" y asegura que no hubo fraude electoral». Notimerica. 11 de diciembre de 2017.

⁴² La prensa (2017). El TSE declara a Juan Orlando Hernández ganador de las elecciones 2017 Recuperado de: http://www.laprensa.hn/honduras/elecciones2017/1135879-410/joh-reeleccion-honduras-presidente-tse-elecciones-candidato_ganador-

empezaron a desafiar las medidas impuestas, saliendo a protestar en las calles, aún con el toque de queda⁴³.

Es suma, es en este contexto que Honduras se convierte en uno de los principales países que más expulsan a las personas de la región. Pero a su vez estamos hablando de un país que semana a semana está recibiendo un número cada vez más alto de connacionales que retornan en situaciones de diferente grado de vulnerabilidad, requiriendo un abordaje integral. A continuación se describirán algunas de las particularidades que caracterizan a los grupos poblacionales afectados por la migración.

2.2. Los retos del trabajo con personas afectadas por la migración

La migración implica múltiples adaptaciones en cortos periodos de tiempo, debido a numerosos cambios y una constante exposición a diferentes estresores, por lo que problemas sociales y emocionales previos podrían llegar a exacerbarse en la persona, mientras que pueden aparecer otras dificultades. El grado de afrontamiento al estrés se verá afectado por diferentes condiciones, dentro de las que se encuentran las condiciones en las que se genera el tránsito, la acogida del lugar de destino, entre otros.

Muchas de las personas migrantes son afectadas por múltiples pérdidas y todas están atravesando un proceso de duelo por el alejamiento mantenido con personas, lugares y condiciones de vida anteriores al desplazamiento. Adicionalmente, en algunos casos la migración puede afectar el funcionamiento y las habilidades cognitivas de las personas, alterando la capacidad de cuidar de sí mismos y de sus familias.

Es importante tener en cuenta que muchas de las respuestas al estrés son naturales, reacciones normales ante situaciones anormales, considerando las difíciles circunstancias que afrontan las personas y que no solamente se ven

⁴³ RTW24 (2017). Toque de queda en Honduras. Recuperado de: <https://www.rtw24.com/toque-de-queda-en-honduras/>

El Heraldo (2017). Seguidores de la Alianza de Oposición en Honduras hacen sonar cacerolas en protesta por toque de queda. Recuperado de: <http://www.elheraldo.hn/pais/1131662-466/seguidores-de-la-alianza-de-oposición-en-honduras-hacen-sonar-cacerolas-en>

afectadas las personas migrantes y desplazadas, sino también las familias y todas las personas que trabajan directamente con la población. Así mismo, el grupo poblacional al que se hace referencia es altamente heterogéneo, por lo que no se puede unificar un mecanismo de abordaje y respuesta.

A continuación se abordarán de forma general algunas condiciones y cambios que se generan en las personas a raíz de la migración, como los impactos sobre la identidad, la añoranza, la necesidad de expresión, los efectos de las despedidas/encuentros y el estigma/desinformación en la migración.

La identidad abarca en su conjunto un componente personal y otro social. Es personal cuando se trata de lo que distingue una persona de otras, como ser único; pero a la vez se relaciona con la pertenencia a un grupo con valores y características comunes. Las normas, formas de ver y entender el mundo o costumbres determinan quiénes somos y cómo nos comportamos, conformando nuestra identidad (García, 2008).

Cuando las personas están en su lugar de origen, sienten que tienen un papel que es reconocido, mientras que cuando se dirige a un nuevo lugar, se experimenta una sensación de incompreensión, perdiendo la sensación de seguridad de saber cómo comportarse. De la nueva experiencia migratoria se van asimilando y adoptando los aspectos que van agradando, sumándolos a las costumbres y gustos previos. De ésta forma se va construyendo una nueva identidad. Así mismo, Las personas que retornan a sus lugares de origen, lo hacen con un nuevo “yo”, encontrándose con “los otros”, que generalmente tienen las antiguas costumbres y formas de concebir su entorno. Lo anterior puede empezar a generar choques o producir dificultades ante una nueva adaptación. Es frecuente la sensación de “no ser de aquí y tampoco ser de allá” (Guía Abriendo Fronteras con el Corazón, 2014).

De igual forma, en la migración es usual que se presente un sentimiento de añoranza. Este se caracteriza por mantener los aspectos positivos de las personas, costumbres y condiciones del lugar de origen, llegando al caso de maximizarlas; mientras que se suelen omitir las características negativas que serían fácilmente identificables de dichas condiciones si se estuviera allí. Esta añoranza a las

personas y a las vivencias, puede ser mucho más fuerte en familiares de personas desaparecidas o no localizadas y en éste caso, la añoranza tiende a incrementarse a medida que pasa el tiempo, provocando así que la vida de las familias gire en torno a las personas desaparecidas, llegando a veces a paralizar los propios proyectos (Guía abriendo fronteras con el corazón, 2015).

Así mismo, se puede dar el caso de que las personas que han tenido una experiencia migratoria sientan la necesidad de expresar sus emociones y contar su historia. Mientras que algunas personas experimentan culpa e inseguridad al pensar que serán criticadas sus ideas y sus reacciones, o creen que los demás piensan que no han sido capaces de asimilar rápidamente lo que les ha ocurrido. Por ejemplo, en cuanto a la ira, muchas veces las personas reprimen dicha emoción, mientras que en otras oportunidades la ira puede estar dirigida hacia otros que tratan de ayudarles, incluyendo familiares, agentes sociales o profesionales (Navarrete, 2012). La preocupación y ansiedad que muchas veces experimentan las personas se produce por la incertidumbre de lo que ocurrirá en el futuro. Por tal razón, el acceder a información clara sobre su condición particular, puede aumentar la sensación de control sobre su propia vida, aliviando el grado de angustia (Urbano y colaboradores, 2015).

Además, la migración es un proceso lleno de despedidas y encuentros. Cuando las personas se van, se despiden de su familia, de su comunidad y de todo lo que representa su estilo de vida. En el tránsito se encuentran con otras personas migrantes, organizaciones o personas que los apoyan, pero a su paso se despiden de quienes no sigan o no puedan seguir el mismo camino. Es así como se enfrentan a continuas pérdidas que desencadenan sentimientos de culpa y dolor. Este es el caso de las personas migrantes que sobreviven cuando sus compañeros mueren o desaparecen, donde se experimenta culpa al ser un sobreviviente, especialmente durante el tránsito migratorio (Salcedo y colaboradores, 2015).

Finalmente, en muchas ocasiones, la sociedad de acogida asigna características negativas o nombres peyorativos a las personas migrantes, generando efectos negativos sobre la identidad, la autoimagen y la percepción

social de la persona y su familia. Lo anterior también ocasiona una división entre comunidades que apoyan al migrante y las que lo rechazan o agreden, teniendo también consecuencias directas en la sociedad y en la persona. A nivel social se genera una ruptura del tejido social, mientras que en la parte individual se produce un incremento de la desesperanza y aislamiento, al sentir rechazo y exclusión. Aunado a los efectos perjudiciales y múltiples que se generan por el estigma, se encuentran los rumores con diferente contenido, que circulan en diversas direcciones, tanto para las personas migrantes, como para sus familias, que incrementan el nivel de incertidumbre, angustia y desintegración social (Guía Abriendo Fronteras con el corazón, 2014).

2.3. Familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria

Cuando se hace referencia a las personas afectadas por la migración, se suele pensar en los rostros de personas migrantes que afrontan numerosos sufrimientos desde antes de su partida, en el tránsito, en la adaptación y en el posible retorno, pero pocas veces se piensa en los que se quedan, hijos, hermanos, padres, que sobrellevan una particular afectación. La singular condición de pérdida que comparten los familiares de migrantes desaparecidos, ha generado una especie de atracción mutua entre los mismos, que ha dado como resultado, en numerosos casos, la conformación de comités. Estos comités están concentrados en diferentes zonas del país, dependiendo de su cercanía geográfica y también en países como El Salvador. El principal objetivo que los impulsa es la búsqueda de información de su familiar o familiares desaparecidos⁴⁴. A continuación se explorarán algunas de las características principales de dichos comités.

2.3.1. Los comités de Familiares de migrantes desaparecidos en Honduras

La singularidad de los colectivos que se han conformado, constituye un desafío para las clasificaciones existentes de los tipos de organizaciones de la sociedad civil. Están integrados principalmente por mujeres, familiares de migrantes

⁴⁴ Según el Comité Internacional de la Cruz Roja CICR (2014: p.18), en éste contexto, la persona desaparecida es entendida como “toda persona que se encuentre en paradero desconocido para sus familiares o que, sobre la base de información fidedigna, haya sido dada por desaparecida como consecuencia de un conflicto armado, una situación de violencia o disturbios de carácter interno.”

desaparecidos en la ruta migratoria y voluntarias que desean apoyar al colectivo, pero que no tienen un familiar desaparecido. En la mayoría de los casos involucran en su conformación el trabajo de lideresas con experiencia organizativa o de voluntariado en sus comunidades y/o con fuerte relación con instituciones religiosas. Pero no hablamos de un conjunto homogéneo. Dentro del total de comités se encuentran amplias divergencias, que reflejan la diversidad existente entre los miembros, en su funcionamiento, en el aprovechamiento de sus capacidades, acciones de incidencia política, apoyo de organizaciones nacionales o internacionales y acompañamiento o modelo psicosocial. Es así como se pueden encontrar comités de amplia trayectoria e incidencia, pero a su vez identificar comités, que llevando varios años de conformación, no han logrado tener el impacto deseado.

En Centroamérica, dentro de los comités de más amplia trascendencia se encuentran COFAMIPRO (Comité de familiares de migrantes desaparecidos del Progreso), COFAMICENH (Comité de familiares de migrantes desaparecidos del centro de Honduras) y COFAMIDE (Comité de Familiares de Migrantes Fallecidos y Desaparecidos, El Salvador) (Fundación para la Justicia y el Estado democrático de Derecho, 2014). Cada comité está conformado por diversidad de personas, que pueden buscar objetivos adicionales o en oportunidades diferentes a los que podría aportar el colectivo, por lo que no se podría homogeneizar su funcionamiento.

Desde el surgimiento y funcionamiento de los comités se podrían explicar varias de sus particularidades y condiciones actuales. En Honduras, para 1999 se conformó el primer Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos, pero la mayoría de los restantes surgieron desde el año 2000. Desde el año 2001, la Pastoral de Movilidad Humana PMH⁴⁵ empezó a apoyar la organización y fortalecimiento de los comités de familiares de migrantes desaparecidos de

⁴⁵ La Pastoral de Movilidad Humana en Honduras fue organizada por las Hermanas Misioneras de San Carlos Borromeo Scalabrinianas en 1991 y tiene como objetivo acompañar a los migrantes y sus familias en las diferentes circunstancias buscando dar respuestas a sus principales necesidades. Dentro de sus líneas de acción se encuentra la incidencia política con el fin de promover la garantía de los derechos de los migrantes y sus familiares. Información institucional de la Pastoral de Movilidad Humana en Honduras, disponible en: <http://www.diocesisps.org/index.php/travel/942-25-anos-de-pastoral-de-movilidad-humana-y-mision-scalabrinianas-en-honduras>

Honduras, por medio de actividades puntuales que solicitaran y dependiendo de la disponibilidad de sus recursos.

Con anterioridad, en agosto de 1997, la PMH ya había suscitado la conformación del Foro Nacional para las Migraciones Honduras FONAMIH, con el propósito de “crear un espacio en el que se pudieran compartir inquietudes y reflexiones sobre la realidad de los derechos de las personas migrantes,(...) convocando para ello a actores dedicados a la investigación y promoción de Derechos Humanos, así como a asociaciones no gubernamentales que pudieran aportar al tema”⁴⁶. Se buscaba desde un inicio fortalecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil a favor de las personas migrantes y desde entonces el FONAMIH ha sido un espacio de coordinación, formación y análisis con relación al fenómeno migratorio.

En enero del año 2016, la PMH promovió la conformación de la Unión Nacional de Comités de Familiares de Migrantes Desaparecidos de Honduras UNCOMIDEH. Los principales objetivos de la UNCOMIDEH fueron “fortalecer los comités ya existentes, conformar nuevos comités y ser la voz de los comités para la incidencia social y política sobre promoción y defensa de los derechos humanos de los migrantes desaparecidos y fallecidos en la ruta migratoria y sus familiares” (UNCOMIDEH, 2016:p.1). Formalmente la UNCOMIDEH se integró por ocho comités:

- Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos de El Progreso COFAMIPRO
- Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos del Centro de Honduras COFAMICENH
- Comité de Familiares de Migrantes Amor y Fe (Tegucigalpa)
- Comité de Familiares de Migrantes La Guadalupe (zona norte de Francisco Morazán)
- Comité de Familiares de Migrantes Soni (Choluteca)
- Comité de Familiares de Migrantes Prados 2 (Choluteca)

⁴⁶ Para conocer más información del FONAMIH, está disponible en: <https://www.fonamih.org/blank-csgz>

- Comité de Familiares de Migrantes Perspire (Choluteca)
- Comité de Familiares de Migrantes Nacaome (Valle).

En la actualidad están activos solo cuatro comités: COFAMIPRO y COFAMICENH, “Amor y Fe” y “La Guadalupe”. COFAMIPRO y COFAMICENH, son los comités que más han trascendido en la posibilidad de realizar acciones de incidencia política más allá de las fronteras. Es muy probable que los cuatro comités restantes se hayan desintegrado debido a múltiples causas: condiciones ambientales adversas que dificultan el desplazamiento (inseguridad, localización de las personas, condiciones familiares), la carencia de recursos económicos y debilidades en el funcionamiento interno de los comités (centralización de responsabilidades en el líder), condiciones que no pudieron ser atendidas desde UNCOMIDEH o desde otras intervenciones⁴⁷.

2.3.1.1. Comités de Familiares de Migrantes Desaparecidos COFAMIPRO y COFAMICENH, “Amor y Fe” y “La Guadalupe”

El Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos de El Progreso COFAMIPRO, surgió en el año 1999, con los objetivos de:

“Gestionar acciones que favorezcan la búsqueda de familiares desaparecidos en el tránsito migratorio; Incidir a nivel de instituciones del Estado con el fin de que asuman su responsabilidad en la búsqueda; Denunciar, protestar y elaborar propuestas y generar conciencia a la población en general sobre los problemas que involucran el fenómeno migratorio”⁴⁸.

Por su parte, el Comité de Familiares de Migrantes del Centro de Honduras COFAMICENH, fue organizado en el año 2014 por familiares de nueve jóvenes hondureños asesinados en la masacre de Cadereyta en el año 2012. Su propósito inicial fue el de brindarse apoyo mutuo, hacer un frente común para obtener información sobre sus familiares, gestionar la repatriación y a su vez el acceso a la justicia (UNCOMIDEH, 2016: p.1).

Con el transcurso del tiempo, los comités COFAMIPRO y COFAMICENH han estado trascendiendo de lo individual a lo colectivo, brindando apoyo a nuevos

⁴⁷ Información suministrada en entrevista del Referente de Migración Honduras

⁴⁸ Información disponible en el folleto de presentación del Comité.

familiares de migrantes desaparecidos que cada vez más buscan vincularse, tanto para recibir un apoyo emocional, social y/o jurídico, como para encontrar respuestas que den información sobre el paradero y condición de su ser querido.

Pero esta característica de ampliación no solamente se ha dado en estos dos colectivos, los comités de “Amor y Fe” y “La Guadalupe” reportan un aumento paulatino en el número de nuevos casos de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria y por tanto de familiares que buscan el comité con la esperanza de encontrar respuestas que pongan fin a su sufrimiento o que lo ayuden a sobrellevar. Aunque “Amor y Fe” y “La Guadalupe” son comités que no han tenido tanto protagonismo, su conformación no es reciente y data desde el año 2000.

Comité “La Guadalupe”: Está localizado en la Aldea La Guadalupe del municipio de Cedros, aproximadamente a tres horas de Tegucigalpa. Se funda con el apoyo de la Pastoral de Movilidad Humana en el 2000, no cuentan con personería jurídica. Su líder principal, Reyna Cruz, conformó el comité con el apoyo de un migrante retornado, pero para las personas que conforman el colectivo, la lidereza es su principal referente. El comité se reúne en el salón comunal de la aldea, cada mes o dos meses. La mayoría de las integrantes son mujeres que viven en zonas rurales alejadas de la aldea (de 1 a 3 horas), por lo que tienen que contar con recursos económicos para cubrir su transporte, si desean asistir a las reuniones programadas y algunas solo pueden acceder caminando por zonas rurales, lo que les toma varias horas. Tienen en el momento de 50 a 60 casos registrados, a las reuniones asisten aproximadamente 35 personas. Las edades de las participantes oscilan entre los 40 a 80 años. La mayoría tiene entre 45 a 55 años⁴⁹.

Comité “Amor y Fe”: Está ubicado en la ciudad de Tegucigalpa. Se conformó en el año 1999, con el impulso de la Pastoral de Movilidad Humana, hasta el momento no tienen personería jurídica. Su líder principal, Eva Ramírez está encabezando la labor realizada desde sus inicios. Debido a que no tienen recursos económicos suficientes para alquilar un lugar “céntrico y seguro”, se reúnen actualmente en la casa de su líder, reconocida como zona de alto riesgo para las personas, por la inseguridad y violencia que se reporta. Informan de altos riesgos

⁴⁹ Revisar anexo 1. de Análisis FODA realizado en conjunto con la junta directiva del comité “La Guadalupe”

para la vida, tanto de la líder, como de sus integrantes, por encontrarse en este lugar. Se reúnen cada uno o dos meses, dependiendo de las actividades programadas, de las que se pretendan programar, o de novedades presentadas por los casos a los que se hace seguimiento. Informan que en el momento tienen registrados de 70 a 75 casos de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria, pero en el momento están 35 personas activas asistiendo a las reuniones programadas, de las cuales aproximadamente 10 son personas voluntarias, que no tienen en el momento un familiar desaparecido en la ruta migratoria. Las edades de las participantes oscilan entre los 35 años hasta los 70 años, la mayoría se encuentra entre los 40 a 60 años⁵⁰.

2.3.1.2. Caravana de las madres centroamericanas. Un ejemplo para ir del apoyo mutuo a la incidencia política

A partir del drama sufrido por los familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria, en el tránsito por México hacia Estados Unidos, se han consolidado una serie de colectivos u organizaciones de la sociedad civil que además de buscar un apoyo psicosocial mutuo, se han organizado con acciones claras de incidencia política. Este es el caso de la “Caravana de las madres centroamericanas”, que desde el año 2000, buscan a sus hijos o familiares desaparecidos, en la misma ruta que recorrieron sus seres queridos, utilizando el discurso y las prácticas de los derechos humanos para conseguir sus demandas en un contexto transnacional. Desde el 2000 al 2010 se llevó a cabo cada dos años, pero del 2010 en adelante se han hecho años tras año. Muchas de las integrantes de los comités de familiares de migrantes desaparecidos son quienes conforman esta caravana y participan cada cierto tiempo en la búsqueda de su ser o seres queridos, siendo una motivación importante para involucrarse en los colectivos.

El drama humano que implica el tránsito por México para los migrantes centroamericanos y sus familias, incluye el profundo y prolongado sufrimiento producto de diferentes factores, entre ellos, desapariciones, secuestros, asesinatos y extorsiones de diversa índole, acaecidas frente al silencio o la indiferencia de

⁵⁰ Revisar anexo 2. de análisis FODA realizado en conjunto con la junta directiva del comité “Amor y Fe”

algunas instituciones responsables de garantizar el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales (Varela, 2015). Pero ante la trágica vivencia personal y a la vez colectiva, que afecta a múltiples actores, a nivel individual, familiar, comunitario y social, se han generado esperanzadoras respuestas conjuntas. Son principalmente las mujeres, aquellas que quedan, que afrontan la pérdida inigualable de su ser querido, quienes de forma natural y por iniciativa propia se han reunido para pedir justicia, reparación y verdad.

La caravana está conformada por mujeres: madres, esposas, hermanas, abuelas e hijas de personas migrantes provenientes de Honduras, El Salvador, Nicaragua y Guatemala, que se han movilizado por vía terrestre hacia Estados Unidos, atravesando el territorio mexicano. Cada año van rotando las personas beneficiadas para realizar el emotivo y confrontador viaje, y son tantas las personas que cada semana y mes van reportando la desaparición de su ser querido, que dicha caravana no logra cubrir todos los casos, por lo que algunos familiares que llevan más de 10 años con su familiar desaparecido, solo han podido hacer una vez la búsqueda en la ruta de tránsito. La caravana suele generar sentimientos encontrados en las personas, esperanza en los que pueden ir y a su vez impotencia en los que se quedan, debido a que los que viajan solo llevan las fotos e información de su ser querido.

Según Varela (2015), al hablar de las protagonistas de la caravana y de las integrantes de los comités, estamos hablando de mujeres en situación de pobreza, en su mayoría de origen rural, dedicadas al trabajo de los cuidados, el trabajo del hogar o desempeñándose como maquiladoras en la región. La gran mayoría de ellas cuenta con experiencia comunitaria de índole religiosa, pero sin una militancia previa en organizaciones sociales o civiles. Son ellas las protagonistas de la historia, las que dan vida a los comités y las que hacen posible las luchas de incidencia política que se producen a raíz de la caravana.

2.3.1.3. Organizaciones que brindan apoyo en el tema:

Además del papel esencial que ha tenido la PMH y de MdM, otras dos organizaciones están brindando algún tipo de apoyo a los comités:

Fundación para la Justicia y el Estado democrático de Derecho: Se trata de una organización no gubernamental, apolítica y no religiosa conformada en 2011, con sede principal en la Ciudad de México y con representantes en Honduras, El Salvador y Guatemala⁵¹. En la actualidad se encuentran acompañando en la parte jurídica a los cuatro comités de familiares de migrantes COFAMIPRO, COFAMICENH, “Amor y Fe” y “La Guadalupe”, en un Mecanismo de Apoyo Exterior MAE, el cual es un medio de acceso a la justicia transnacional, que pretende “lograr la reparación integral de las personas migrantes y familiares, a través de la comunicación establecida con embajadas y consulados mexicanos, sin importar el territorio en el que las personas se encuentren ubicadas”⁵². Se han realizado reuniones periódicas de seguimiento con las personas integrantes de los comités, con el fin de identificar fortalezas y dificultades del proceso, tanto de forma colectiva como individual⁵³.

Comité Internacional de la Cruz Roja CICR: Con presencia permanente en Honduras desde el año 2013, actualmente el CICR pretende fortalecer las capacidades de UNCOMIDEH, como una unidad de los comités, sin embargo, en la práctica los comités operan de forma independiente, debido principalmente a la ubicación geográfica de las personas y la carencia de recursos. CICR enfoca su acompañamiento en los comités de familiares de migrantes desaparecidos COFAMIPRO y COFAMICENH, siguiendo los parámetros de una estrategia denominada Missing. Brinda formación sobre la atención a las personas afectadas por la desaparición de un familiar desde una perspectiva psicosocial y busca establecer enlace con diferentes instituciones que puedan apoyar las necesidades de los comités, como es el caso de las morgues.

⁵¹ Su objetivo principal es promover el acceso a la justicia para víctimas de delitos y violaciones de derechos humanos, para así fortalecer el estado de derecho y abatir la impunidad. Dentro de los proyectos prioritarios está el fortalecimiento de una red regional de verdad y justicia para personas migrantes y la promoción de los derechos de las personas migrantes.

⁵² Para conocer más acerca de la organización Fundación para la Justicia y el Estado democrático de Derecho, la información está disponible en: <http://fundacionjusticia.org/quienes-somos/>

⁵³ Junto con el referente de migración Honduras, asistí a una reunión de seguimiento al MAE, con las integrantes del comité COFAMIPRO en el municipio de La Paz el (19/11/2017). Las personas manifestaron diversas inconformidades en cuanto al trato recibido al momento de dar su testimonio, por parte de funcionarios mexicanos.

2.3.2. El trabajo psicosocial con familiares de migrantes desaparecidos

A diferencia del duelo que se afronta con la muerte de un ser querido, cuando una persona desaparece, con todos los agravantes que conlleva la pérdida, se presenta un duelo complicado de elaborar, prolongándose en el tiempo y afectando a diferentes personas relacionadas. Ante la desaparición del ser querido en la ruta migratoria y teniendo en cuenta el carácter transnacional del fenómeno, la búsqueda resulta aún más compleja y tortuosa, debido muchas veces al carácter clandestino de los desplazamientos en la búsqueda (Mejía, 2014).

En el caso de las familias de migrantes desaparecidos que viven en Centroamérica, las personas han sido particularmente afectadas, debido a que en muchos casos no existen mecanismos a los cuales ellas puedan acudir para la búsqueda de sus seres queridos, se han recibido restos de manera equivocada, se han cremado restos sin su consentimiento, se reciben restos sin que tengan la certeza de que corresponden a sus familiares y muchas veces no tienen manera de formar parte de las investigaciones que aún siguen en curso (Fundación para la justicia y el estado democrático de derecho, 2014). En suma, los familiares son quienes llevan los mayores impactos psicosociales, perjudicando a su vez la comunidad a la que pertenecen. A continuación se profundiza en los impactos, a partir del concepto de pérdida ambigua.

La pérdida ambigua, aprendiendo a vivir con la ambigüedad: Cuando se afronta una pérdida significativa, la realización de rituales que ayuden a avanzar en su comprensión y aceptación, como el ritual funerario, ayudan considerablemente en el proceso de duelo. Por el contrario, cuando no se pueden realizar este tipo de rituales y se prolonga alguna de las etapas del duelo (negación, rabia, tristeza y finalmente aceptación), el duelo puede complicarse, resultando en consecuencias emocionales perjudiciales tanto para la persona, como para los que la rodean. Según Depreizen (2001), en el caso de la desaparición de un familiar, se experimenta la sensación de estar detenido en el tiempo, se dificulta el asumir cambios significativos al interior de los vínculos familiares y prevalece la experiencia de temor ante posibles nuevas pérdidas.

La ambigüedad en la pérdida, según Boss (2001) se vincula con la falta de información general acerca de la persona, cuando ésta se encuentra ausente físicamente. A pesar del distanciamiento físico con el ser querido, los familiares lo sienten presente psicológicamente, puesto que se desconoce si está vivo, muerto y su condición real.

Cuando la pérdida se prolonga indefinidamente, se produce un agotamiento físico y emocional en las personas y se suele sufrir una confusión e inconsistencia entre lo que se piensa, siente y hace, debido a que las expectativas son diferentes a la realidad. A raíz de experimentar un dolor no solucionado, las personas pueden sentirse paralizadas y tener dificultades para tomar decisiones, se entremezclan con frecuencia el miedo, la rabia y la confusión. Cuando la incertidumbre se prolonga por años, se puede actuar como si nada hubiera ocurrido o por el contrario, como si la pérdida fuera definitiva (García y Suárez, 2007).

Debido a la particular experiencia de los familiares de migrantes desaparecidos, donde se transita permanentemente entre sentimientos de esperanza, incertidumbre y desesperanza, el abordaje debería ser diferenciado y sensible, realizando un análisis profundo que contacte con los sentimientos particulares de cada caso.

2.4. Personas migrantes retornadas con discapacidad física. El drama invisible.

Las personas migrantes que afrontan una discapacidad física, generalmente relacionada con amputaciones, representan un colectivo particularmente invisibilizado dentro de los múltiples afectados en el proceso migratorio. En cuanto a las cifras, el Comité Internacional de la Cruz Roja CICR (2013), en un primer “informe sobre personas migrantes amputadas, gravemente lesionadas o enfermas asistidas por la relegación regional del CICR en México y América Central”, hace evidente la dimensión y aumento progresivo de la condición.

En México y Centroamérica, en el 2013, el CICR tuvo conocimiento de 31 nuevas personas que sufrieron un accidente (tres de ellas eran mujeres y 1 menor de edad) en el tren denominado “la bestia”, cuando se encontraban en tránsito

migratorio. A consecuencia de dicho accidente, perdieron alguna extremidad (de 1 hasta 4). En el 2016 la cifra de personas atendidas por la CICR continuó en aumento, siendo setenta y dos migrantes amputados a los que se les dio rehabilitación y/o una prótesis u órtesis⁵⁴. Informan que además de la asistencia médica requerida desde el momento en que ocurre el accidente y los servicios de rehabilitación física requeridos, existe una carencia en la atención psicológica necesaria.

Honduras cuenta con una Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad del año 2005, que basándose en datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) asegura que en el país existen más de 177.000 personas con discapacidad, de las cuales 50,304 están en edad económicamente activa. Se reconocen las grandes dificultades en la oportunidad de inserción laboral de las personas, por lo que se enfatiza que es obligación del Estado garantizar que las personas con discapacidad “alcancen su máximo desarrollo y su plena participación social, así como el ejercicio de los derechos y deberes”, promoviendo y procurando con equidad su desarrollo integral dentro de la sociedad (Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad, 2005: p.1).

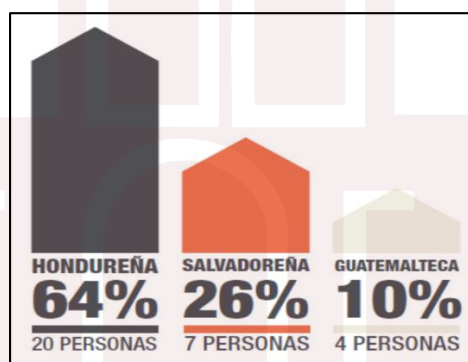
Además de enfatizar la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios públicos de salud en igualdad de condiciones y calidad en los diferentes centros hospitalarios y demás componentes del sistema de salud del país, menciona la importancia de atender la necesidad de inserción laboral, brindar servicios de apoyo, rehabilitación y hasta entrenamiento especial para docentes y familiares relacionados.

En contraste con las amplias garantías que se establecen en el marco legal de Honduras para las personas con discapacidad, la realidad reportada por las organizaciones, como la Comisión Nacional de Migrantes Retornados con Discapacidad Física CONAMIREDIS, es notablemente diferente y marcada por grandes limitaciones y vulneraciones de los derechos humanos fundamentales.

⁵⁴ Para mayor información de personas retornadas con discapacidad física, está disponible en: [discapacidadhttp://www.fronteralibre.com/articulo/blog/cruz-roja-el-cicr-con-migrantes-amputados/20](http://www.fronteralibre.com/articulo/blog/cruz-roja-el-cicr-con-migrantes-amputados/20)

Según el CICR, en su informe del 2013, en el cual reporta cifras de las personas a quienes brindó asistencia física durante ese año, se observa que la mayoría de personas afectadas provienen de Honduras. Para ese año, el CICR asistió a 75 personas migrantes provenientes de Honduras, mientras que fueron 14 los casos de Guatemala y 3 de El Salvador. En Honduras y en la región centroamericana CONAMIREDIS es la única organización de base que trabaja con la población objetivo.

Figura 1: Personas con amputaciones o lesiones graves en el 2013 según CICR



Fuente: Informe sobre personas migrantes amputadas, gravemente lesionadas o enfermas del CICR (2013).

De acuerdo con el gráfico, para el 2013 el 64% de las personas atendidas, con amputaciones o lesiones graves eran de nacionalidad hondureña. Lo anterior refleja la posibilidad de que, en comparación con El Salvador y Guatemala, la ruta migratoria de los hondureños pueda ser más larga y/o peligrosa, debido principalmente a todos los riesgos implícitos que trae el desplazarse en el tren denominado “La bestia”.

Hasta septiembre del 2017, son aproximadamente 546 personas migrantes retornadas con discapacidad las que han sido asistidas por CONAMIREDIS⁵⁵. Pero no son los únicos afectados, por cada persona migrante asistida se podría sumar,

⁵⁵ Según informa CONAMIREDIS, tienen entre sus miembros a personas que sufrieron el accidente en años anteriores al año 2000, mientras que el Estado sólo cuenta con datos estadísticos sobre los migrantes retornados con discapacidad para años posteriores al 2009.

al menos 4 familiares más que cuidan de la persona. Según CONAMIREDIS (2017), del total general de personas a las que asisten, un 5% son mujeres mayores de edad, madre soltera y jefa de hogar, pero la gran mayoría (95%) de los afectados han sido hombres jóvenes, un 16% de la población que ha estado directamente afectada era menor de 18 años cuando adquirió la discapacidad o lesión.

En su mayoría la persona perdió uno o más miembros de su cuerpo en un accidente de tren, pero hay algunas que fueron víctimas de disparos realizados por policías, militares, seguridad privada o criminales, accidente de trabajo o automovilístico. Aunque la principal discapacidad física viene generada por amputaciones, también hay personas que sufrieron lesión cerebral y medular, fracturas graves o desarrollaron enfermedades crónicas.⁵⁶

Según informa la CONAMIREDIS, basándose en los expedientes personales, por lo menos un 80% de los migrantes, antes del accidente habían sido víctimas de explotación laboral y algunas de las mujeres, de explotación laboral y sexual en la ruta migratoria. Y su sufrimiento no se limita únicamente a la condición de discapacidad y experiencias previas, el regresar a su país representa uno de los mayores retos a afrontar. Procurar reintegrarse a su grupo familiar, muchas veces disfuncional y con poca o nula disposición a asumir labores de cuidados en su condición, es una de las principales dificultades que se afrontan al regreso. Así mismo, se experimenta una profunda frustración, al sentir que es una carga adicional para sus seres queridos, en lugar de ser quien traía el sustento al hogar, como ocurría anteriormente. La persona y su grupo familiar se tienen que adaptar a un cambio de roles, en un contexto sumido en la más extrema pobreza y falta de oportunidades. Se regresa al lugar de origen, pero sin la posibilidad de recibir asistencia física y psicológica requerida, para pensar en reintegrarse en el área social y laboral.

⁵⁶ Información citada en nota de prensa, producto de entrevista realizada a colaboradora de CONAMIREDIS. Está disponible en: <https://hondudiario.com/2017/09/20/emigrantes-retornados-con-discapacidad-sin-oportunidades/>

Tal como lo afirma CONAMIREDIS (2017), el sistema de salud pública, especialmente en los tres últimos años, ha colapsado. No hay hospitales y centros de salud suficientes para la atención de la población y los que existen carecen de personal, equipo técnico, medicamentos, ambulancias y todo tipo de implementos necesarios para una asistencia de salud de calidad. La situación es todavía más precaria para las personas que viven en zonas rurales o en pequeños municipios donde ni siquiera hay centros de salud en funcionamiento. Según se informa, la mayoría de personas afectadas se encuentran en áreas rurales de diferentes departamentos del país.

Los cuidados físicos que requieren las personas son constantes, dependiendo de la gravedad de la condición, tal es el caso de quienes han tenido una lesión medular o cerebral, pues dependen diariamente de medicamentos, productos de higiene, pañales y alimentación especial. De igual forma la movilidad de las personas es muy limitada, pues la mayoría necesita prótesis o silla de ruedas, por lo que dependen igualmente de otras personas para realizar muchas de las actividades planteadas, es decir sus familiares cercanos, en su mayoría mujeres.

Por otra parte, la situación de inseguridad se incrementa en la mayoría de los casos para ellos mismos y sus familias. Se han registrado casos en donde las personas son asesinadas a pocos días de haber retornado al país, por lo que en oportunidades se genera un desplazamiento interno, junto con el grupo familiar, buscando así proteger sus vidas. Se han identificado riesgos particulares para las personas que se encuentran en silla de ruedas, pues muchas veces el crimen organizado los quiere utilizar para el tráfico de drogas, creyendo que no serán considerados sospechosos para la policía. Al igual que quienes viven en zonas de influencia de maras, pandillas u otros grupos delictivos, son víctimas de extorsión y amenazas a su vida y es muy alto el riesgo de reclutamiento forzado de los hijos de las personas migrantes.

En el complejo panorama descrito, se generan casi de forma inmediata otras condiciones de riesgo que mantienen el círculo de drama de las personas directa e indirectamente afectadas. Al respecto, CONAMIREDIS ha conocido casos de

personas que incluso con su discapacidad física se aventuran nuevamente a realizar el tránsito migratorio hacia el norte, con peores consecuencias que en el viaje anterior, pues retornan con más amputaciones. Así mismo, varios familiares cercanos consideran la posibilidad de realizar el peligroso viaje en un futuro cercano o ya lo han llevado a cabo, sin que se obtengan resultados satisfactorios. Detrás de cada grupo familiar se encuentran múltiples historias de niños, niñas y adolescentes que no tienen acceso a la educación, de jóvenes que no tienen acceso a oportunidades laborales, de adultos mayores en situación de indefensión y mujeres asumiendo doble o triple jornada para cumplir con los cuidados mínimos de su familiar y el sustento del hogar.

2.4.1. Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad Física CONAMIREDIS

Es una comisión que hace parte de la Pastoral de Movilidad Humana PMH de la iglesia católica de Honduras, coordinada por la Asociación de Hermanas Scalabrinianas AHS, de carácter ecuménico e interreligioso, organizada a inicios del año 2009, para asistir exclusivamente a las personas migrantes que retornaban de la ruta migratoria con algún tipo de discapacidad física: amputaciones, lesiones cerebrales o medulares u otro tipo de consecuencias graves a causa de un accidente o agresión en su camino hacia Estados Unidos.

Su misión es promover los derechos humanos y el desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes, hombres y mujeres migrantes retornados con discapacidad física de la ruta migratoria a través de la sensibilización, formación, información y la formulación y gestión de convenios de cooperación con los diferentes sectores sociales y de gobiernos, con el propósito de facilitar la asistencia integral a esta población y sus familiares. Su visión es ser una comisión vocera de las personas migrantes retornadas con discapacidad física, generadoras de respuestas integrales a sus necesidades.

La comisión procura ofrecer un acompañamiento integral a las personas migrantes retornadas con discapacidad física en diferentes líneas, por lo que se propone:

- “- Brindar primeros auxilios psicológicos y espirituales a los familiares de las personas migrantes antes de la recepción del caso.
- Acompañar a las personas migrantes en los aeropuertos en su recepción al país, gestionando asistencia inmediata en el tema salud y su traslado hacia su domicilio de forma digna y segura.
 - Realizar seguimiento domiciliario, orientado al tema de cuidado y auto cuidado tanto del migrante, como de su familia.
 - Indagar a nivel nacional casos de personas migrantes que han retornado al país en años anteriores, con el fin de brindar apoyo e incidir en su comunidad.
 - Gestionar y acompañar los procesos de rehabilitación física, la elaboración y recepción de las prótesis y la donación de otros implementos ortopédicos.
 - Procurar el fortalecimiento de los cinco comités de personas migrantes retornadas con discapacidad física que lo componen, ubicados en: Tegucigalpa, Cedros, Vallecillos, Camayagua y Zona Norte, a través de capacitación, información, educación y sensibilización.
 - Establecer lazos de coordinación con diferentes instituciones, organizaciones públicas y privadas interesadas en el tema.
 - Realizar acciones de incidencia ante el gobierno hondureño y las autoridades internacionales para que se promuevan, respeten y garanticen los derechos de las personas migrantes y sus familiares”⁵⁷.

En términos generales, la CONAMIREDIS busca brindar asistencia especial a los migrantes retornados que han sufrido una lesión grave o enfermedad durante el viaje, para atender sus necesidades físicas, así como apoyar la satisfacción de otras necesidades. Fue organizada para promover y organizar a las personas migrantes con discapacidad para el auto apoyo y en el conocimiento y defensa de sus derechos, así como lo confirma su lema: “para que las personas migrantes sean protagonistas de su propia historia”.

Actualmente la CONAMIREDIS sigue estando integrada a la Pastoral de Movilidad Humana, de la Asociación Hermanas Scalabrinianas AHS y en sus recursos humanos específicos, solamente cuenta con la labor realizada por una coordinadora de la comisión, quien realiza las tareas de campo con las personas, brindando primeros auxilios psicológicos y transmitiendo la información que sea solicitada o requerida de forma inmediata y directa, basada en conocimientos empíricos. Debido al incremento de casos de personas afectadas, a la gravedad de las lesiones y a que se deben compartir recursos con la Pastoral de Movilidad Humana, la coordinadora no puede llegar con regularidad a las personas, para realizar visitas domiciliarias y hacer seguimiento oportuno, por lo que se priorizan los casos, según su urgencia. Es tan demandante y urgente el trabajo de campo,

⁵⁷ Información disponible en el trifolio de CONAMIREDIS para el año 2017.

que no se han podido impulsar con fuerza las acciones de incidencia política deseadas.

Por otra parte, una de las líneas de acción prioritaria para CONAMIREDIS es brindar un acompañamiento psicosocial a las personas migrantes retornadas con discapacidad física, por medio del funcionamiento de grupos de autoayuda, la cual se encuentra contemplada incluso en el trífolio de presentación de la comisión, así: “Acompañar y coordinar procesos de atención psicológica a las personas migrantes con discapacidad física a través de la Red Nacional de Atención Psicosocial RENAPS”.⁵⁸ A pesar de reconocer la importancia del enfoque psicosocial, no cuentan con una estrategia que permita abordar el tema, para las personas integradas en la comisión, ni para la colaboradora que trabaja directamente con la población. Según informan, hace varios años, cuando estaba en funcionamiento la RENAPS⁵⁹, se estaban empezando a consolidar grupos de autoayuda, según el lugar de domicilio de las personas, pero al desintegrarse la red, también se diluyeron los colectivos. A pesar de lo anterior, en algunos casos, las personas buscan el apoyo social de sus compañeros más cercanos en momentos de crisis.

La comisión expresa abiertamente su preocupación debido a que aunque desde el año 2009, se empezaron a socializar con mayor visibilidad los casos de personas migrantes retornadas con discapacidad, hasta la fecha, no hay por parte de los gobiernos central, departamental o municipal, un programa que responda a las necesidades de salud de esta población y que garantice su reinserción integral. Así mismo, la Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad del 2005 no se está implementando en la realidad. Considera que es importante realizar seguimiento y sanciones para las personas, sectores, organizaciones e instituciones que se nieguen a aplicarla. Aunque se ha establecido

⁵⁸ Información descrita en el trífolio de CONAMIREDIS para el 2017. Así mismo, el énfasis en el apoyo psicosocial aparece en varias entrevistas y publicaciones de la CONAMIREDIS, como es el análisis realizado para la CIPRODEH (Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos). Disponible en: <http://ciprodeh.org.hn/comunicados/en-el-marco-del-foro-migrantes-retornado-con-discapacidad/>

⁵⁹ Hace algunos años el CICR impulsó la creación de la Red Nacional de Atención Psicosocial RENAPS que formó psicólogos voluntarios para que estuvieran brindando la atención requerida en diferentes zonas del país, pero dicha red está inactiva desde hace varios años, por lo que las personas no están recibiendo, ni llevando a cabo acciones en el área psicosocial en la actualidad.

contacto con muchas empresas, con el objetivo de hacer cumplir la ley en la generación de oportunidades de empleo para las personas migrantes retornadas con discapacidad física, no se han logrado estos acuerdos. Es por ello que se insiste en el cumplimiento de la ley, pues la empresa privada debería cumplir sus obligaciones, empleando a las personas, con un salario justo.

Aparte de Médicos del Mundo, es fundamental el apoyo que CONAMIREDIS recibe del CICR, sin embargo no es suficiente. El Comité Internacional de la Cruz Roja CICR, brinda asistencia gratuita a los migrantes en tránsito y retornados que durante su viaje han sufrido afectaciones físicas, principalmente amputaciones de una o más partes de su cuerpo y lesiones en la columna vertebral. Ofrece apoyo en el proceso de rehabilitación y donación de prótesis, materiales de osteosíntesis, sillas de ruedas y muletas, traslados en ambulancia y restablecimiento del contacto entre familiares en los casos necesarios. Hasta el 2013 el CICR proporcionó prótesis a sesenta y un personas (CICR, 2013).

Aunque la atención brindada por el CICR es vital para la condición física en que se encuentran las personas, la experiencia ha mostrado que no es suficiente suministrar apoyo en la rehabilitación y posteriormente en las prótesis de la persona. Incluso cuando la persona está capacitada y entrenada para hacer un uso adecuado de la prótesis, puede seguir experimentando dolor e incomodidad con el uso, por lo que muchas personas prefieren evitar usarlo y adaptar su cuerpo a la nueva condición de vida, en la medida de lo posible. La rehabilitación y la prótesis no son aptas para todos los casos, depende mucho del tipo de lesión(es) que la persona haya sufrido, el momento y la forma como se atendió. Adicional a lo anterior, en el área psicosocial no se está reportando alguna acción determinada. La atención psicosocial ha demostrado ser vital en los procesos de adherencia al tratamiento (Meingüer, Martínez, Cuellar, Galindo y Rojas, 2014).

2.4.2. El trabajo psicosocial con personas migrantes retornadas con discapacidad física

Todas las amputaciones generan un gran impacto a nivel físico, emocional, familiar y social y las pérdidas afrontadas repercuten en la salud psicológica de la

persona, en especial durante los 2 años siguientes, generando en gran parte de los casos, trastornos de ansiedad y depresión (Horgan & MacLachlan, 2004).

Cuando se sufre una amputación, los cambios en la apariencia física muchas veces influyen en la imagen corporal de sí mismo y en la forma como lo perciben los demás. Socialmente estar discapacitado suele tener connotaciones de insuficiencia, caridad, vergüenza, castigo, culpabilidad y humillación. Si la persona se observa a sí misma o siente que los demás le miran en estos términos, reaccionará de acuerdo a este estado, con afectaciones notables en su autoestima (Barrera, 2013).

El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad y pensamientos catastróficos ante su vida, su rol social y ocupacional. También se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general (Font-Jimenez, Llauredó-Serra, Pallarés-Martí, & García-Hedrerera, 2016).

Por otra parte, el duelo por pérdida corporal tiene particulares diferencias con otros tipos de duelo. Muchas veces se concibe la pérdida de una parte de sí mismo, como una pequeña o parcial muerte anticipada. Así mismo, el denominado “dolor del miembro fantasma” (sensación dolorosa originada en la porción amputada de la extremidad), que muchas veces se presenta en los primeros meses posteriores a la amputación, refuerza la respuesta de negación ante la pérdida. Posterior a la negación, paulatinamente aparecen sentimientos de desesperación y de ira por lo que ha sucedido, que estimulan la aparición de comportamientos regresivos, como el egocentrismo o auto compadecerse y exigencias de atención, cuidados y todo tipo de satisfacciones. A diferencia de otro tipo de duelos, como el que se afronta con la muerte de un ser querido, los estudios han mostrado una alta incidencia de pensamientos suicidas tras una amputación (Senra, 2013). En general, la vivencia emocional es que se ha cometido una gran injusticia con ellos, surgiendo en muchos casos un resentimiento hacia los que le rodean: familiares, personal sanitario, entre otros (Barrera, 2013).

Las consecuencias psicológicas de la amputación van a depender de muchas variables individuales, en especial la vulnerabilidad previa, que está relacionada con el procesamiento mental, cognitivo y emocional, así como de la edad y vivencias previas. Las dificultades dependen más de las características personales del individuo, que del tipo de amputación. Es así que una persona con una pérdida física delimitada, puede presentar problemas de adaptación mayores que otro individuo con una pérdida física más importante (Pérez, 2014).

Durante el proceso de adaptación psicosocial, la persona experimenta una pérdida de control sobre su situación de salud, para lo cual el apoyo recibido por otras personas amputadas y la experiencia compartida por los mismos, ha demostrado ser favorable. Adicionalmente, en estudios realizados con pacientes amputados ha sido clara la petición de que los profesionales expresen mayor empatía frente a su situación, brindando atención a su parte emocional, así como orientación clara y sensible sobre la discapacidad física y el dolor (Font-Jimenez et al., 2016).

Como se puede evidenciar, sumado a los duelos propios de la migración, la persona que sufre amputaciones se encuentra en un nivel superior y complejo de pérdidas que requerirá una respuesta particular. Por su parte, las personas que han sufrido graves lesiones medulares y cerebrales, van a experimentar un alto impacto emocional que guarda similitudes con el afrontamiento de enfermedades crónicas que impiden la movilidad, generando un ajuste adaptativo favorable o en algunos casos trastornos depresivos (Gala et al, 1996). En suma, la adaptación emocional, con las agravantes narradas, dependerá por un lado de las estrategias de afrontamiento y recursos personales y por otro, de la calidad del apoyo social, familiar y profesional suministrado.

2.4.3. La Discapacidad desde un enfoque diferencial e integral

Actuar oportunamente ante las diversas y singulares condiciones de grupos poblacionales con discapacidad física parece ser un reto, independientemente de los agravantes o factores protectores que se identifiquen. Frente a ello se han propuesto varios enfoques que buscan dar una respuesta oportuna a la particular

situación y que podrían tomarse de forma independiente o complementaria. Algunos de estos enfoques son el enfoque médico, biopsicosocial, de rehabilitación basado en la comunidad, el modelo ecológico o integral, entre otros (Céspedes, G., 2005).

Una de estas posturas es la del enfoque diferencial, el cual pretende focalizarse en la particular situación de vulnerabilidad que enfrenta la persona, como resultado de la interacción de diversas condiciones que experimenta a causa de su etnia, edad, género, lugar de origen, etc. Según esta perspectiva, dependiendo de las condiciones internas y externas circundantes, la forma como interactúen y los efectos que produzcan, se requiere una atención diferencial. El enfoque diferencial es a su vez un método de análisis y una guía para la acción. Exigiría por una parte hacer una lectura contextual de la situación, para así proponer respuestas pertinentes y necesarias a la situación. Y es precisamente la guía de acción la que equivaldría a un marco metodológico necesario para orientar las políticas, planes, proyectos y acciones a desarrollar (Cárdenas, 2015).

Pero adicionalmente, el enfoque diferencial se basa en un principio de equidad, que persigue una igualdad real y efectiva, que reconozca la diversidad de las personas y situaciones (ACNUR, 2011). Ante esta mirada las personas se asumirían como diferentes, pero se incluirían como iguales, responsabilizándose de su proceso de cambio, pero también comprometiendo a las entidades estatales en dicho proceso.

De forma complementaria se puede notar que el enfoque diferencial, además de ser dinámico y flexible para adaptarse a diversas necesidades y características, modos de vida y contextos socio culturales, económicos y políticos de una población, también puede ser integral en su concepción de salud, en concordancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que en su Artículo 25 establece para todos los Estados partes que:

“reconozcan que las personas con discapacidad tienen derecho a disfrutar del más alto estándar de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.” (UN, 2008: p. 20).

Siguiendo los elementos descritos, convendría adoptar un enfoque diferencial como eje de análisis y de acción, pero siempre teniendo presente un abordaje integral de la salud, donde los Estados reconozcan las particularidades existentes entre los grupos poblacionales, en este caso personas con discapacidad física generada durante el tránsito migratorio, para diseñar e implementar políticas que favorezcan por igual a la población objetivo.

A continuación se explorarán algunas características básicas de los denominados grupos de autoayuda, debido a que aportan en el análisis, la comprensión y posible futura orientación para las organizaciones de base comunitaria que componen los familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria y migrantes retornados con discapacidad física.

2.5. ¿Organizaciones de base comunitaria o grupos de autoayuda/ayuda mutua?

Tal como sugiere Aldwin (1994), cuando una la persona se encuentra atravesando situaciones de crisis suele verse forzada a salir de papeles sin sentido, de roles estereotipados y de reacciones automáticas, el evento altamente estresante puede fomentar la autoconsciencia, permitiendo desarrollar nuevas perspectivas y aumentar el autoconocimiento. Las personas pueden afrontar de múltiples formas los momentos críticos y el estrés experimentado, es así como, unas prefieren buscar apoyo social, mientras que otras optan por el aislamiento.

El estrés se produce cuando las personas se ven enfrentadas a diversos desafíos. El desafío puede ser interpretado como un reto o una oportunidad para llevar a cabo tareas nuevas y exigentes, o por el contrario, como una amenaza que pone en riesgo su propio bienestar. La persona realiza una valoración del desafío, determinando la naturaleza del mismo, la gravedad de la amenaza, y si tienen o no la capacidad y los recursos para dar una respuesta eficaz. A partir de estas valoraciones, se dará un afrontamiento al estrés experimentado (Comín, De la Fuente y Gracia, 2013).

Según Lazarus y Folkman (1984), se cuenta con dos estilos de afrontamiento ante el estrés: centrados en el problema y centrados en la emoción, que son

comprendidas como aquellas predisposiciones personales que se emplean para hacer frente a diversas situaciones que representan desafíos de diferente índole. Las personas pueden emprender una acción para enfrentarse directamente el desafío (afrontamiento centrado en el problema) o pueden actuar para protegerse a sí mismos de cualquier riesgo ajustando sus procesos cognitivos o emocionales (afrontamiento centrado en la emoción). Algunas estrategias de afrontamiento que pueden resultar benéficas para las personas, dependiendo de la valoración realizada en el momento, son: Solución de problemas, Apoyo Social, Autocontrol, Confrontación, Distanciamiento y Reevaluación Positiva.

A partir de las características de los colectivos de familiares de migrantes desaparecidos y migrantes retornados con discapacidad, se observa de forma clara una tendencia a buscar apoyo social en otras personas que han atravesado o atraviesan circunstancias similares. Esta estrategia de afrontamiento ha llevado a que se conformen, casi de forma natural y espontánea, colectivos de personas que comparten en su mayoría la misma condición de pérdida, sin que en muchas oportunidades se conozca el poder implícito de la unión establecida. Al adentrarse en las peculiaridades de dichos colectivos y en el potencial de los mismos, se encuentran numerosas características que coinciden de forma contundente con los grupos de autoayuda, por lo que a continuación se abordarán.

2.5.1. Los grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda surgen como alternativa al sistema tradicional de ayuda emocional, donde la dirección y responsabilidad del bienestar del otro corría a cargo de un profesional. El movimiento de la autoayuda no es nuevo, surgió y se empezó a desarrollar desde los años 40, con la creación de Alcohólicos Anónimos, suponiendo una estrategia de intervención centrada en el apoyo social. Según Sánchez Vidal (1991), algunos factores que originaron y mantuvieron dicho movimiento serían: la necesidad de afiliación social ante la desintegración social y ruptura de redes comunitarias e insuficiencias y fallos de los sistemas de ayuda profesional, que no responden de forma adecuada a las necesidades de las personas. Los grupos que más han ido en aumento son los formados por personas

con enfermedades físicas o mentales, por los familiares de éstos o incluso por otras personas que se encargan de su cuidado (Martín, Rivera, Morandé y Salido, 2000).

El objetivo sería consolidar, ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad y/o problema, cuando no puede recibir apoyo o cuando no es adecuado el apoyo que recibe de otros sistemas de su red social (Domenech, 1998). Pero también, tal como lo plantea Martín y colaboradores (2000) y Fried (2008), es fundamental que sean los mismos miembros que definan los propósitos del grupo, dotándolos de sentido en su actuar, pues dicha definición del sentido del grupo será el punto de partida que permitirá hacer seguimiento al proceso grupal y también a los alcances. Si los integrantes se sienten identificados con el propósito central, lo más probable es que se vea reflejado en la asistencia, el compromiso, las relaciones interpersonales y el nivel de satisfacción.

Es importante tener presente que los grupos de autoayuda cumplen diversos objetivos simultáneos, por ejemplo, en el caso de los comités de familiares de migrantes desaparecidos, no solamente pueden ayudar en el conocimiento y utilización de estrategias para la búsqueda de información referente a su ser querido, sino que también pueden favorecer el incremento de la autoestima, la integración social, la honestidad, la aceptación y la consecución de habilidades sociales, o el conocimiento de posibles mecanismos de respuesta ante eventos de violencia intrafamiliar, entre otros. En suma, se trataría de “cambiar el objeto de la intervención: de “persona en necesidad de ayuda” a “persona que puede ayudar”” (Martín y colaboradores, 2000:p.11).

Los grupos de autoayuda han sido aprovechados en diferentes oportunidades como una estrategia favorable de intervención en lo social, que cumple múltiples funciones y abarca un amplio abanico de posibilidades. Al hacer referencia a grupos de autoayuda se hace mención a la fuerza del apoyo mutuo, que trasciende a los mismos grupos y tiene un efecto en el trabajo comunitario y de redes (Beristain, 1999). La autoayuda tiene que ver con cómo las personas pueden mejorar su situación, mientras que comparten sus necesidades y problemas. Parte del valor que tiene la comunicación entre iguales y la construcción de significados

sociales, a partir de la interacción dada en el diálogo (Higuera, Orozco y Molina, 2012).

Se cimienta en los recursos propios de las personas, buscando desarrollar sus capacidades y respetando siempre la autonomía personal. Este enfoque considera que la creación de sentido, la experiencia y el conocimiento son procesos constructivos que en determinados acontecimientos y episodios tienen el potencial para transformar las pautas de las relaciones sociales (Fried, 2008).

En un principio se busca que el facilitador tenga un papel más activo, recogiendo experiencias, conclusiones o retroalimentando sensaciones expresadas en el grupo. A medida que transcurre el tiempo se espera que los mismos participantes vayan adquiriendo un papel más activo. El facilitador adoptaría una postura de no juicio y aceptación, sin críticas, buscando un punto de encuentro desde el cual empezar a establecer el diálogo (Goolishian & Anderson, 1996). El papel del facilitador, ha de ser de asesoramiento, formación y apoyo de líderes y no de liderazgo o coordinación de los mismos. Tal y como afirma Levin (1977), el beneficio real de los grupos de autoayuda está en su carácter no profesional, en su universalidad, en su accesibilidad, en su diversidad y en su aceptación.

Según Beristain (1999), dentro de los principales propósitos de los grupos de autoayuda están: Encontrar y/o otorgar sentido a la realidad, dándole significado a las vivencias propias y ajenas; Propiciar la interacción y la distensión de las personas, superando el aislamiento; Promover motivaciones y fortalecer capacidades para sostenerse mutuamente; Ayudar a mantener el control emocional de las personas, reduciendo la posibilidad de reacciones impulsivas; Facilitar el reconocimiento de sentimientos y emociones reprimidas o negadas, otorgando un significado positivo; Fomentar la generalización de experiencias al conocer similitudes con las vivencias y sensaciones del grupo; Movilizar la toma de decisiones y búsqueda de soluciones propuestas en el grupo. Ayuda a preparar a las personas para cambios o crisis futuras; Promover el aprendizaje y maduración de las personas y Desarrollar el poder colectivo a partir de las capacidades individuales del grupo.

De acuerdo con Gracia (1996) y Domenech (1998), otros posibles beneficios podrían ser:

- Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes. Se trata principalmente de los sentimientos similares acerca de ese problema. La información transmitida involucra diversos temas, va más allá del motivo principal que los mantiene reunidos (Domenech, 1998).
- El grupo proporciona apoyo emocional. El apoyo emocional hace referencia al hecho de sentirse acompañado y entendido por otros miembros del grupo. Este apoyo puede ayudar a la persona bien a ajustarse a la situación, o bien a cambiar esa situación, con una posición activa ante la dificultad (Richardson y Goodman, 1983).
- En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva. La interacción suele ampliar el rango de percepciones alternativas de los problemas y de las acciones disponibles para manejarlos. El grupo apoya el cambio, la persona comienza a percibirse capaz para manejar las circunstancias que le rodean, incrementándose, así, los sentimientos de valía personal (Domenech, 1998).
- El grupo cumple funciones de socialización y fortalece la participación de las personas. Como señala Katz (1993), es particularmente importante la función de ayudar a superar los sentimientos de aislamiento social. Estos grupos aportan nuevas perspectivas de futuro y capacitan para emprender acciones solidarias. Por ejemplo, ex-participantes se pueden convertir en voluntarios y seguir apoyando a las personas en el grupo.
- Las acciones se realizan conjuntamente. Se espera que se genere una participación activa de cada miembro, según sus posibilidades, evitando que la persona se conciba como un actor pasivo y receptivo de la ayuda. El grado de implicación personal en actividades colectivas sería un indicador importante (Domenech, 1998).

Otros beneficios identificados tienen que ver con que en los grupos de autoayuda, las personas que ayudan son las que en general obtienen más ayuda, al observar los efectos positivos que han tenido sobre otras personas. Riessman, (1965) asume esta condición como una competencia interpersonal con beneficios

individuales y sociales. Por otra parte, De Zayas (1995), habla de la autenticidad con la que se promueve la formación y aprendizaje en las personas. Se trata de una formación dada por la acción - participación, donde se propicia una “oportunidad de aprender enseñando y de ayudarse ayudando” (Martín y colaboradores, 2000:p.17).

Según Gracia (1996), la ayuda mutua, a diferencia de un tipo de ayuda descendente, al ser más horizontal, facilita el desarrollo de la autonomía y promueve la acción social. Por su parte, Katz (1993), afirma que una gran ventaja de los grupos de autoayuda es que se encuentran cercanos a la vida cotidiana de las personas, situándose más en el presente, en lugar de ahondar en el pasado.

Por otra parte, cabe mencionar que debido a las mismas características de los grupos de autoayuda, se pueden presentar algunos problemas prácticos, reflejados principalmente en la disminución o variabilidad de la asistencia. Algunas de estas características, según Martín y colaboradores (2000) son:

- No aclarar de forma realista los alcances de lo que el grupo puede ofrecer. Esta condición puede generar inconformidades y desmotivación de los miembros.
- Se puede generar dependencia al grupo, por lo que es necesario aclarar expectativas y establecer ciertos límites desde un comienzo.
- Los problemas de liderazgo, el rol de liderazgo centrado en una sola persona, la cohesión muy baja o muy alta de grupo, las dificultades para establecer un equilibrio entre formalidad e informalidad, pueden ocasionar actitudes defensivas, entre otras.
- Algunos participantes pueden recurrir al grupo como una ayuda transitoria, abandonándolo una vez vean cubiertas las necesidades por las que acudieron.
- Si el grupo sobrepasa las 20 personas, se puede limitar la posibilidad de comunicación y la calidad de la misma entre los miembros.
- La propia variabilidad o disminución de la asistencia puede generar sentimientos de frustración y desmotivación en los líderes y otros miembros del grupo.

En general, dentro de las principales limitaciones o dificultades reportadas por los autores se encuentran: la asistencia voluntaria, la heterogeneidad en la

composición y la ausencia de una única finalidad (Martín, Rivera, Morandé y Saludo, 2000).

Reflexiones finales del capítulo:

Honduras es actualmente un país prioritario para la cooperación internacional para el desarrollo, debido a las diversas e inminentes condiciones de vulnerabilidad descritas, en las esperas política, económica, social y ambiental. Estas mismas complejas condiciones representan un gran desafío para cualquier intervención de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

El trabajo con personas afectadas por la migración y el desplazamiento trae consigo numerosos retos para todos los actores interesados en realizar diferentes acciones en beneficio de la población. Son altos y diversos los impactos psicosociales que se han generado a nivel individual, familiar, comunitario y social en las personas, y por tanto, se requieren reflexiones profundas y análisis previos a cualquier intervención.

Dentro de las personas afectadas por la migración en Honduras se encuentran familiares de migrantes desaparecidos y personas migrantes retornadas con discapacidad física, aunque no son los únicos, ni necesariamente los más afectados. Las personas se encuentran afrontando duelos complejos y/o no resueltos, desde hace varios años, y en su mayoría están integrando organizaciones de base comunitaria, con diferentes debilidades y fortalezas en su funcionamiento.

Las organizaciones de base comunitaria de personas afectadas por la migración en Honduras, poseen características particulares que se asemejan fuertemente a los denominados grupos de autoayuda. Comprender el funcionamiento, las fortalezas y los riesgos de los grupos de autoayuda puede favorecer la identificación y puesta en práctica de estrategias de acción, que propicien el fortalecimiento personal y de las organizaciones.

CAPÍTULO 3. EL PROYECTO DE CID DE MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA EN HONDURAS. LA PERSPECTIVA DE MDM.

A continuación se realizará un recorrido documental por los aspectos centrales del proyecto de cooperación internacional para el desarrollo de MdM España en Honduras, con el objetivo de analizar el caso de estudio, desde la esencia del Enfoque Psicosocial, el cuidado de las personas y el Enfoque de Acción Sin Daño, tratados en el primer capítulo. Se describirá en qué consiste en términos generales el proyecto en Honduras, teniendo presente que hace parte de un proyecto regional de MdM España y Francia, que abarca el sur de México, Guatemala, Honduras y El Salvador.

La mayor parte de los documentos de MdM revisados fueron elaborados con una visión regional, por lo que se estudiará el proyecto regional, rescatando los aspectos que se consideran relevantes para analizar el proyecto de MdM España en Honduras. Inicialmente se dará un breve recorrido y síntesis del proyecto a modo de introducción. Se explorarán los cambios, permanencias y ausencias del contenido central del proyecto, desde antes de su concepción (antes y desde la misión exploratoria 2015), hasta el seguimiento que la misma organización realizó en el 2017 (Estrategia Plurianual MdM España y Francia 2017-2019).

A lo largo del capítulo se podrá analizar la situación de Honduras, en comparación con los otros países, especialmente al hacer referencia a los actores relevantes y contenidos específicos del proyecto. Se expondrá el análisis causal de MdM, los problemas colectivos de salud priorizados que dan lugar a la estrategia de intervención, los ejes de intervención y los contenidos específicos del proyecto.

Finalizando el capítulo se encontrará información particular del proyecto en Honduras, que fue recuperada de los documentos regionales y de una propuesta aprobada por el ayuntamiento de Valencia, España, específica para Honduras. Para cerrar, se incluirá un auto análisis crítico de MdM, que permite evidenciar la reflexión que realizan los equipos acerca de la gestión realizada.

Para lograr lo anterior, tomaré textualmente algunos fragmentos de los documentos revisados, analizando el peso otorgado a los temas que enfatiza MdM, las diferencias dadas entre los países (tanto en recursos y capacidades existentes, como en la población afectada) y las estrategias tenidas en cuenta para atender la problemática identificada.

Se intuye que los contenidos que permanecen con el transcurso del tiempo y la forma como se orientan dan cuenta del énfasis que se desea dar al proyecto, siendo fortalezas o prioridades, mientras que las ausencias pueden ser debilidades o amenazas que han afectado o pueden afectar el mismo. La participación de las personas en los análisis causales preliminares, el seguimiento y la toma de decisiones de las acciones a seguir, son factores fundamentales.

3.1. MdM España y Francia en el sur de México y Centroamérica. El proyecto regional del 2015 al 2017.

Todo comienza antes de la Misión Exploratoria realizada en octubre del 2015. Para ese entonces, estaban activos en la región los equipos de MdM México, Guatemala y El Salvador y con anterioridad MdM Honduras había estado presente, con proyectos de Salud Sexual y Reproductiva. Es gracias a lo reportado por estos equipos, que se identifica la necesidad (en la región) y la oportunidad (para MdM España y Francia), de abordar los impactos que el fenómeno migratorio tiene en la salud de las personas.

Es entonces cuando MdM España y Francia deciden unir esfuerzos y conocimientos para trabajar el tema, apoyándose en los equipos localizados en Centroamérica y en el Sur de México. Elaboran un documento de preparación de la misión exploratoria, basándose en investigaciones de organismos internacionales, y en conocimientos de los equipos, donde buscan aproximarse a la realidad migratoria de la región y a las posibles líneas de intervención, teniendo en cuenta que se centrarían en la etapa de tránsito y retorno de la migración.

La misión exploratoria del 2015 sería el principal insumo con el que se elaboraría el proyecto regional, que se centró en identificar los principales problemas que impactan en las personas afectadas por la migración, especialmente

en materia de salud. En términos generales, la misión exploratoria permite conocer cuáles son los grupos poblacionales más afectados en cada país y los recursos locales disponibles (humanos, organizativos, técnicos, locativos, redes, etc.), con los que se cuenta para hacer frente a dicha realidad. Es a partir de esta línea base que MdM España y Francia definen la intervención a seguir.

En el año 2016, se da inicio al proyecto: “Mejorando el acceso a salud y protección de personas migrantes en tránsito y retorno forzado en Honduras, Guatemala, El Salvador y México”. El proyecto tiene como principal objetivo “Contribuir a mejorar la protección de derechos y el acceso a salud de la población afectada por la migración y el desplazamiento en El Salvador, Guatemala, Honduras y sur de México”, y como objetivo específico: “Fortalecer las capacidades institucionales y de la sociedad civil para la atención, protección y acceso a salud de la población afectada por la migración y el desplazamiento forzado por violencia en el Triángulo Norte de América Central y sur de México” (MdM España y Francia, 2017:p.1).

Se decide iniciar el proyecto regional en el año 2016, bajo la modalidad de subvención financiera⁶⁰. En el 2017 se contrata personal local y extranjero para empezar a apoyar de forma presencial las acciones planteadas en los países. Honduras es el último país en integrarse, para agosto del 2017. Con la reapertura de la oficina de MdM en Honduras, se contratan dos personas locales (Referente migración y Administradora, éste último cargo por medio tiempo), con el fin de realizar un acompañamiento y apoyo cercano a las organizaciones de base comunitaria (comités de familiares de migrantes desaparecidos y comisión de migrantes retornados con discapacidad física). Como se verá a lo largo del capítulo, MdM España y Francia han realizado seguimiento al proyecto regional durante el 2016 y 2017, pero observando una imagen incompleta, debido a que Honduras empezó el proyecto en una temporalidad y condiciones diferentes.

A continuación se profundizará en los acontecimientos previamente narrados, centrándome en tres momentos concretos: antes de la misión exploratoria

⁶⁰ Se trata de un apoyo financiero directo de MdM a una organización con independencia legal, que permite la implementación de determinadas acciones. MdM utiliza esta modalidad en la fase inicial del proyecto, en el año 2016, especialmente para Honduras, con COFAMIPRO y AHS.

2015, en la misión exploratoria 2015 y después de la misión exploratoria (2016 y 2017). Para ello se citan textualmente fragmentos de los documentos del proyecto regional, a los que tuve acceso durante la práctica institucional. Los fragmentos citados procuran dar cuenta de la esencia del proyecto regional y del enfoque que se le ha dado al proyecto local de Honduras, a partir de la realidad y las condiciones particulares del país, narradas en el segundo capítulo. Para realizar la exploración y análisis documental del proyecto, realizaré una interpretación del contenido, inmediatamente después de citar los documentos. Es de resaltar la absoluta transparencia interna de MdM España en el manejo de la información de sus proyectos, por lo que me es posible realizar este análisis documental.

3.1.1. Antes de la Misión exploratoria

En el año 2015, antes de realizar la misión exploratoria, se proponían cinco líneas generales de acción, basadas en las necesidades identificadas por los equipos de MdM en la región. Subrayo los aspectos que considero importantes a resaltar:

“1. Subvención a socios: organizaciones de base de migrantes, retornados forzados y/o familiares (contactadas en los 3 países centroamericanos), para actividades y fortalecimiento organizativo:

- Acompañamientos a los deportados (temas administrativos, salud, etc...)
- Atención y orientación de casos (desaparecidos, etc...).
- Información y orientación en los puntos fronterizos de deportación.
- Difusión de información prevención de riesgos e informaciones útiles en el tránsito (casas de apoyo, albergues, etc...).
- Información y prevención en centros educativos, instituciones estado, etc...

Necesitan apoyo en salario, desplazamientos, formación en autocuidado y manejo emocional de los casos, material de difusión de información, inclusión en las redes de apoyo a migrantes.

2. Alianzas estratégicas

Enfoque necesario para el proyecto, que privilegia las alianzas y coordinaciones entre sociedad civil e instituciones de Estado. Creación de “rutas” de atención, protocolos de atención, compartidos entre todos los actores.

Para actividades programadas en las Mesas Nacionales de Migrantes (actividades de incidencia, creación de herramientas, difusión de protocolos, etc...).

Apoyos puntuales a Albergues y Centros de Atención a deportados (organización consultas, coordinaciones con personal de salud de los centros de salud estatales, con etc...).

Apoyos puntuales a personal centros de salud para atención a retornados forzados o en tránsito en zona mexicana.

3. Prevención riesgos migrantes

Estrategias de comunicación y difusión de información a los migrantes: radio, folletos, cartografías, aplicaciones.... Para difundir desde los albergues, zonas de concentración de migrantes, radios locales y regionales, etc...

4. Formación sensibilización a personal estatal (consulares, migración, salud)

Formaciones en autocuidado, manejo de crisis, identificación de casos, componente psicosocial y emocional, sistema de información sanitaria y registros, rutas de referencias de casos desde el punto consular hasta país de retorno, sensibilización tema migración...

5. Incidencia política

Intervención en espacios regionales (Foros, Mesas transfronterizas), con otras ONG, para influencia en políticas públicas, seguimiento acuerdos bilaterales de retornos forzados, etc... Eventos públicos de incidencia en coordinación con organizaciones de base migrantes y otras." (MdM España y Francia, 2015: p.2).

Como se puede notar, en el punto 1 y 4, se incluye la dimensión de autocuidado, vinculada a un componente psicosocial y emocional. Se pretenden utilizar estrategias informativas y de sensibilización para el personal estatal y de organizaciones que trabajan con la población afectada por la migración. Por ello, se puede inferir que, desde éste momento, se reconocen riesgos psicosociales laborales para las personas que trabajan con la población.

En términos generales, las líneas de acción trazadas desde un comienzo, han estado enfocadas en el establecimiento de alianzas estratégicas con actores claves de cada país, teniendo en cuenta sus necesidades específicas. Se propone brindar apoyos puntuales, tanto a personal, como a los insumos requeridos por las organizaciones. Se plantea de alguna forma servir de puente entre la sociedad civil e instituciones de Estado, promoviendo un diálogo efectivo que genere como resultado la creación o mejoramiento de rutas de atención o protocolos, en beneficio de las personas afectadas por la migración.

Así mismo, se enfatiza la promoción de actividades de incidencia política⁶¹, para que MdM en Centroamérica y México, en conjunto con las organizaciones de base y otras ONG, puedan influir en espacios de diálogo estatal y regional, ya sea realizando seguimiento a acuerdos efectuados o proponiendo acciones específicas en materia de políticas públicas.

⁶¹ Incidencia Política para Médicos del Mundo hace referencia a la participación de las organizaciones de base comunitaria en espacios de toma de decisiones, con el fin de hacer seguimiento e influir en políticas públicas.

3.1.2. Misión Exploratoria 2015

Como se mencionó al inicio del capítulo, la misión exploratoria del 2015 aporta información diversa del contexto regional donde se plantea llevar a cabo el proyecto. La misión exploratoria del 2015 es realizada por el equipo de MdM México, El Salvador, Guatemala y dos funcionarios de MdM España y Francia, durante tres meses consecutivos (octubre, noviembre y diciembre de 2015). Los colaboradores realizaron una serie de entrevistas con actores Estatales, organismos internacionales, organizaciones de apoyo y organizaciones de base comunitaria que tienen experiencia o potencial de trabajar con personas afectadas por la migración y que podrían ser socios estratégicos en el proyecto. MdM pudo acceder directamente a datos estadísticos registrados por las organizaciones que trabajan con la población, por lo que accedió a información que muchas veces los Estados no tienen contabilizada.

En términos generales, la misión exploratoria representa un insumo prioritario en el proyecto, debido a que analiza a profundidad el contexto regional y local, desde las voces de las personas directamente afectadas o quienes trabajan con ellas. Para el análisis de la Misión Exploratoria se tendrá en cuenta la identificación de actores claves, el análisis de causas y efectos realizado por MdM y la estrategia de intervención/proyecto propuesto para el 2016. Al igual que en el apartado anterior, después de citar la información documental, realizaré una interpretación de lo observado.

3.1.2.1. Actores Estatales, organizaciones de apoyo y organizaciones de base comunitaria en la región

En la Misión Exploratoria, MdM logró tener un acercamiento y diálogo directo con los actores que trabajan el tema migratorio en la región, en las etapas de tránsito y retorno. Se puso especial atención a organizaciones que estuvieran dando algún tipo de respuesta al tema de retorno, debido al aumento exponencial de retornos forzados, desde México y EUA.

Desde el sector estatal: Con el apoyo de OIM se han puesto en marcha los llamados Centros de Atención Integral al Migrante Retornado (CAIMR)⁶², gestionados por cada Estado, pero con varias diferencias entre los países. Por ejemplo, en México y El Salvador, el programa de atención a los retornados forzados, se traduce en servicios llevados a cabo por un equipo Estatal multidisciplinar (de salud, de cancillería y relaciones exteriores, DDHH, policial, Interpol, etc...). En contraste, en el caso de Honduras y Guatemala, la Asociación de Hermanas Scalabrinianas AHS y/o Cruz Roja tienen un rol protagónico en la gestión de los centros.

En general se trata de una atención inmediata y suele tener una duración de aproximadamente 2-3 horas por persona. Para los retornados, esta recepción es un requisito administrativo inevitable, y en general, desean que acabe lo antes posible, para volver de inmediato a sus lugares de origen.

Desde el sector civil: Se identificaron cuatro tipos de organizaciones de base que trabajan con población afectada por la migración: Asociaciones de familiares de migrantes desaparecidos (en Honduras y El Salvador), Asociaciones de retornados de EUA (en Guatemala y El Salvador), comisión que trabaja con personas retornadas con discapacidad física (Honduras) y otras asociaciones que han introducido el eje migrante en sus planes de trabajo (organizaciones indígenas en Guatemala). Según MdM, en general, los colectivos están encaminados hacia la incidencia política, pero las organizaciones de base comunitaria afrontan diversas limitantes, debido a la débil disponibilidad de recursos y madurez organizativa⁶³.

A continuación se relacionan varias de las organizaciones a las que MdM entrevistó y clasificó, como un primer panorama de los posibles aliados y colectivos. Se divide en tres grupos: Instancias Estatales, Organizaciones de apoyo y Organizaciones de base comunitaria.

⁶² MdM informa que hasta mediados del 2015 la recepción en cada país del TNAC se hacía en puntos determinados de llegada de los buses, con el apoyo de algunas ONGs y la presencia de funcionarios de algunos sectores, pero no existían espacios concretos organizados para esta recepción.

⁶³ La información de los actores clave descrita, ha sido tomada del informe de resultados de la Misión Exploratoria 2015.

Tabla 3. Instancias Estatales que tienen vínculo con el tema migratorio, según país:

Honduras	El Salvador	Guatemala	Sur de México
CONSEJO NACIONAL DE PROTECCIÓN AL HONDUREÑO MIGRANTE ⁶⁴ . Cuentan con un fondo propio para protección del migrante y sus familias.	PALACIO LEGISLATIVO: Referente de asuntos migratorios.	PDH (Procuraduría de DDHH): Apoya el tema de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria.	SECRETARÍA DE SALUD CHIAPAS: Acciones y vínculo entre el Estado y los albergues (Casas del Migrante).
COMISIONADO DE DDHH DE HONDURAS: Referente en el tema de migrantes desaparecidos, niñez migrante y desplazamientos por la violencia.	PDDH (Procuraduría de DDHH): Protección, promoción y educación de los derechos humanos Puede denunciar.	PGN (Procuraduría General de la Nación), SBS (Secretaría Bienestar Social) y MRE (Ministerio Relaciones Exteriores).	SECRETARIA FRONTERA SUR y Enlace para la Cooperación Internacional: sede en Tapachula.
	CONMIGRANTES: Consejo Nacional para la Protección y Desarrollo de la persona Migrante y su Familia.		GRUPO BETA: Hace parte de la Secretaria de Asuntos Migratorios.
	CAIM Santa Tecla: Centro de atención transitorio a personas migrantes.		COMISIÓN NACIONAL DE DDHH (CNDH)
	AEROPUERTO DE SAN SALVADOR: Recibe 3 vuelos semanales de EUA.		INM (Instituto Nacional de Migración) Estación Migratoria Siglo XXI Tapachula.
			FISCALÍA DE MIGRACIÓN Y FISCALÍA DE TRATA DE PERSONAS

Fuente: Elaboración propia basado en el informe de Misión Exploratoria MdM (2015).

⁶⁴ El Consejo Nacional de Protección al Hondureño Migrante es una instancia estatal formada por 14 Secretarías, incluido el sector salud y 2 organizaciones civiles (la iglesia y FONAMIH). Cuentan con un fondo de 5 millones de USD para protección del migrante y sus familias, establecido en la Ley de protección al hondureño migrante y sus familiares. De este fondo se ha comprado mobiliario para el CAMR (Centro de Atención al Migrante Retornado) de Omoa, y existen ya ciertas retenciones en torno al tipo de gastos que se están haciendo. Por otra parte, la Ley de Protección al Hondureño Migrante y sus familiares del 15 de Febrero del 2014 bajo Decreto N°106-2013, en su revisión, carece de la participación de salud pública. Sólo se hace mención de la seguridad social, pero no menciona a la Secretaría de Salud en sus 30 artículos que la conforman. Se evidencia la falta de una política pública sectorial en el marco de la Ley de Protección y la ausencia del sector Salud, existen algunas retenciones en torno al tipo de gastos que se están haciendo (Médicos del Mundo, 2015).

Como se puede evidenciar en la tabla, Guatemala y Honduras fueron los países en los que se identificaron menos instancias Estatales que atiendan o estén en la capacidad de atender el tema migratorio. Aunque encontrar un mayor número de instancias Estatales, no garantiza la calidad y efectividad de las acciones, son indicadores del interés y los aportes que el Estado le otorga a la condición en la práctica.

Al respecto, refiriéndose a Honduras, en el informe se recopila lo expresado por algunas organizaciones de base, quienes afirman:

“Existe la noción de un Estado ausente con el tema migratorio. Excesiva centralización en las decisiones, escasa autonomía y descrédito institucional. No hay personas de referencia para esta problemática, y aunque pueden haber funcionarios sensibles al tema, carecen de márgenes de actuación al respecto...Comentan que la pérdida de legitimidad es general para todas las instituciones”. (MdM, 2015: p.17).

Como se puede observar, en Honduras, las dos instancias estatales, gozan de un desprestigio generalizado a causa de la gestión realizada en el pasado. La deslegitimación de las instituciones estatales refleja la existencia de experiencias negativas, observadas o afrontadas directamente por las otras organizaciones que trabajan el tema. Esta condición representa un riesgo para los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo que procuran dar respuestas sostenibles a graves carencias presentes en la población. Si no se cuenta con una apropiación y real compromiso de las instancias estatales, es difícil lograr resultados sostenibles y favorables en el tiempo.

Tabla 4: Organizaciones de apoyo en el tema migratorio, según país.

Honduras	El Salvador	Guatemala	Sur de México
FONAMIH: Foro Nacional para las Migraciones en Honduras. ONG de defensa y protección del migrante.	GMIES: Grupo de Monitoreo Independiente de El Salvador. ONG que trabaja litigio estratégico, etc.	MENAMIG: Mesa Nacional para las Migraciones en Guatemala.	OIM: Con presencia en los países TNAC, apoyando el retorno y en territorio mexicano.
CAMPR Aeropuerto San Pedro Sula: coordinado por AHS, en convenio con Secretaria de Relaciones Exteriores, Migración y OIM.	CRISTOSAL: Fundación reconocida por su trabajo en el tema de desplazamiento forzado interno.	CASA MIGRANTE GUATEMALA: Gestionada por la AHS	CICR México: Apoyo en el eje humanitario de la asistencia al migrante, con personal de Cruz Roja local e insumos de primera necesidad.

CAMR Omoa: coordinado por Cruz Roja y CICR México, en convenio con la Cancillería y el Estado hondureño.	UCA: Universidad Centroamericana. Apoya el trabajo en red.	CASA MIGRANTE TECUN UMÁN. Gestionada por la AHS.	ALBERGUES: Casas con capacidad variable para personas en tránsito. Chiapas: 4 albergues visitados (Tapachula:2, Arriaga:1 y Palenque:1). Oaxaca y Veracruz: 2, Tabasco: 1.
	COLECTIVA FEMINISTA: Formación e incidencia política, apoyo enfoque de género.	HOGAR TEMPORAL HERMANAS CARIDAD DE QUETZALTENANGO.	
		PUENTE NORTE MIGRACIONES: Incidencia e investigación, enfoque étnico en migraciones.	
		UDEFEGUA: Apoyo a las y los defensores de derechos humanos en la gestión y autogestión de su seguridad.	

Fuente: Elaboración propia a partir del informe de Misión Exploratoria MdM (2015)

Según la tabla, Honduras es el país que reporta un menor número de organizaciones apoyando el tema de migración, comparado con los otros países involucrados en el proyecto regional. Principalmente estamos hablando de la AHS, como institución prioritaria en el tema y el CICR, como actor destacado en la atención sanitaria, que junto con la OIM, la Cancillería y la Secretaría de Relaciones Exteriores del Estado hondureño, están brindando asistencia a las personas retornadas en los puntos establecidos. La atención está más vinculada a acciones humanitarias inmediatas, que a estrategias coordinadas de largo alcance, que promuevan la inserción integral de la persona en las áreas familiar, laboral y comunitaria. Por otra parte, no se cuenta con algún tipo de mecanismo de atención o acompañamiento psicosocial para las personas que retornan y mucho menos para sus familias.

Con respecto al FONAMIH, se destaca el papel que ha tenido en el seguimiento del manejo de recursos del Consejo Nacional de Protección al Hondureño Migrante. Realiza monitoreo a centros de recepción de retornados, donde ha identificado una carencia de coordinación con el sector de salud (poca

implicación), falta de sensibilización y de protocolos para derivar efectivamente a las entidades correspondientes casos de embarazos, enfermedades terminales, VIH, lesiones físicas, entre otros. Debido a ello, las personas suelen afrontar de forma individual, alteraciones de diferente gravedad a su salud, sin el acompañamiento requerido, una vez retornen a sus lugares de origen. Aunque ha recibido varias solicitudes para apoyar los comités de familiares de migrantes desaparecidos, no ha accedido a las peticiones, debido a que cuenta con pocos recursos. Su aporte ha sido principalmente formativo y en temas específicos⁶⁵. (Informe Misión Exploratoria, 2015).

Tabla 5. Organizaciones de base comunitaria que podrían ser aliadas en el proyecto, según país.

Honduras	El Salvador	Guatemala	Sur de México
COFAMIPRO: Comité de Familiares de Migrantes desaparecidos de El Progreso ⁶⁶ .	COFAMIDE: Comité de Familiares de Migrantes Fallecidos y Desaparecidos de El Salvador.	ARG: Asociación de Retornados Guatemaltecos (todos de EUA).	CENTRO DE DERECHOS HUMANOS FRAY MATÍAS DE CÓRDOVA A.C.: Acciones en incidencia nacional y regional.
PASTORAL MOVILIDAD HUMANA PMH, ASOCIACIÓN DE HERMANAS SCALABRINIANAS AHS. Atención a desplazados internos y migrantes retornados con discapacidad (CONAMIREDIS) ⁶⁷ .	RENACER: Asociación de retornados de EUA.	COLECTIVO VIDA DIGNA: Asociación indígena que trabaja con menores indígenas retornados de los EUA	RED ATENCION INTEGRAL A MIGRANTES (RAIM): Atención psicosocial a migrantes en tránsito. Incidencia y prevención de riesgos.
		REFUGIO DE LA NIÑEZ: Atención a niñez migrante no acompañada.	

Fuente: Elaboración propia a partir del informe de Misión Exploratoria MmM (2015)

⁶⁵ El FONAMIH expresa su sospecha de una posible manipulación política de los fondos por parte del Consejo Nacional de Protección al Hondureño Migrante. El FONAMIH actualmente recibe apoyo financiero de Trocaire (70.000 Euros para 2 años). Trocaire es una agencia oficial de cooperación internacional para el desarrollo de la Iglesia Católica de Irlanda. En Honduras, en el 2017 se estaba iniciando un proyecto de cooperación de índole agrícola, dirigido a algunas familias en extrema pobreza de la Aldea La Guadalupe, en el municipio de Cedros. Para mayor información, está disponible en: <https://www.trocaire.org/about/how-we-work>

⁶⁶ Subvención financiera de MmM desde el 2016.

⁶⁷ Acuerdo de colaboración para iniciar con MmM desde el 2017.

Como se puede observar en la tabla, no se identifican diferencias significativas entre los países, en cuanto al número de organizaciones de base comunitaria que trabajan el tema de personas afectadas por la migración. Al tener en cuenta que se aprovecharía la modalidad de subvención financiera en el inicio del proyecto, MdM se centró en organizaciones que además de trabajar con algún grupo poblacional afectado por la migración, estuvieran legal e independientemente constituidas. Al considerar esta última variable, se redujo el número de organizaciones que podrían incluirse inicialmente en el proyecto, pues existen varios colectivos que no cuentan con esta característica.

En Honduras, COFAMIPRO, como un comité de familiares desaparecidos, está legalmente constituido y posee una amplia trayectoria en la región centroamericana. Por su parte, la AHS, tiene personería jurídica, mientras que CONAMIREDIS está integrada y depende de esta última. Inicialmente, MdM buscaría trabajar directamente con COFAMIPRO y AHS, e indirectamente con CONAMIREDIS. Hasta ese momento, no se consideraba aún incluir a los comités “Amor y Fe” y “LA Guadalupe”.

3.1.2.2. Análisis de causas y efectos a nivel regional

A partir de la información recabada y las reflexiones de las personas que llevaron a cabo la misión exploratoria, MdM listó los elementos causales y efectos, considerados relevantes para el proyecto. Parten del reconocimiento de una problemática común, las violencias experimentadas durante el tránsito y el retorno forzado, con fuertes impactos a nivel físico y psicosocial. Reconocen un escaso acceso a una atención sanitaria ajustada a las necesidades de las personas y carencia en la protección de sus derechos. Se enfocaron en problemas colectivos de salud, para poder identificar y priorizar las estrategias a adoptar (Informe de Misión Exploratoria, 2015). En seguida cito textualmente el análisis realizado:

Tabla 6. Causas y efectos de los problemas colectivos de salud de las personas afectadas por la migración.

Determinantes causales (contexto)	Efectos (epidemiológicos ⁶⁸ y percibidos)
<ul style="list-style-type: none"> - Desigualdad e inequidad social. - Falta de oportunidades (desarrollo de vida). - Violencia social (intrafamiliar, estatal, crimen organizado). - Corrupción. - Trata de personas. - Desplazamientos forzados, intra-país, hacia el norte y entre sur-sur. - Aumento de mujeres migrantes (22%) y mayor vulnerabilidad (también para menores, indígenas, LGTBI). - Estigmatización del migrante (criminalizado). - Estigma de fracaso en el retornado. - Clandestinidad y nuevas rutas de tránsito. - Descoordinación de actores y servicios de salud. - Autoridades y personal estatal poco sensibles. - Recurso humano poco capacitado (estatal y de organizaciones de apoyo). - Escaso diálogo entre los servicios estatales y las organizaciones de apoyo. - Carencia de referencias médicas por niveles y derivación al sector privado y/o caritativo. - Carencia de redes formales locales establecidas. - Pérdida del seguimiento de los casos, en el tránsito y en el retorno. - Escasa atención psicológica y acceso limitado a servicios de apoyo emocional. - Resistencias a la coordinación y al trabajo en red por parte de algunos albergues. - Carencia de información sanitaria, no hay registros compartidos, falta análisis. - Escasa participación de las organizaciones de base en la incidencia, prevención y atención de casos. Falta de recursos, competencias. - Carencia de red entre las organizaciones de retornados del TNAC. - Falta estrategia de información de riesgos y prevención en el origen y en el tránsito. - No aplicación de leyes de protección migratoria en México y carencia de ellas en TNAC. - Falta seguimiento a tratados bilaterales para el retorno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Homicidios, feminicidios. - Violencia sexual a mujeres 20% - Embarazos no deseados y abortos clandestinos. - Relaciones sexuales sin protección. - ITS/VIH/ TB. - Auto aplicación de MAC inyectable para prevención de embarazo en caso de violación. - Violencia verbal (43%), asaltos y robos (31%). - Heridas y fracturas (3,7%) - Pérdida de miembro (1,5%) - Incapacidades (accidentes, heridas arma de fuego). - Deshidratación (55%) - Dolores osteo-articulares, musculares, infecciones de piel, alergias, IRAs, EDAs. - Enfermedades crónicas previas (HTA, Diabetes, etc...), descompensación. - Esquemas incompletos de vacunación, carencias nutricionales. - En las capturas de migrantes: 100% tensión emocional, stress; frustración 36%; tristeza profunda y ansiedad 23%; agresividad 13%; soledad 16%. - Mitos y manipulación de la información. - Rechazo de asistencia sanitaria al migrante. - Cobro medicamentos y servicios - Espacios poco amigables para una atención psicosocial o carencia de ella. - Interrupción tratamientos - Diagnósticos incompletos

Fuente: Elaborado por MdM España y Francia, en informe de Misión Exploratoria 2015 (p.26).

⁶⁸ Datos que MdM recupera del Informe regional Migración y Salud de OIM/OPS, 2015. Disponible en Informe de Misión Exploratoria 2015



Como se puede notar, en el análisis se enuncian efectos en la salud de los migrantes durante el tránsito y en el retorno, pero no se incluyen consecuencias desfavorables en la salud física y emocional de las personas que trabajan con la población, ni de sus familiares y cuidadoras/es. Con relación a los impactos en la salud de los migrantes, se citan datos generalizados, posiblemente porque está elaborado para el proyecto regional. Al visualizar únicamente datos globales y principales efectos en la salud física y mental de las personas (patologías y psicopatologías), se corre el riesgo de hacer invisibles los impactos psicosociales específicos que sufren los diversos grupos poblacionales afectados por la migración.

A partir del análisis de causas y efectos, se priorizan los siguientes problemas colectivos de salud:

- “1) Impacto de las violencias en la salud física y psico-emocional de los migrantes y falta de acceso o disponibilidad de servicios de salud adaptados (tanto para la atención de los problemas de salud, como para la prevención de los riesgos a la salud).
- 2) Descoordinación de actores y ausencia de red efectiva para las respuestas de salud y protección en todos los niveles.
- 3) Desconocimiento de las leyes y tratados, no aplicación de leyes, ausencia de marco legal, leyes contradictorias” (Misión Exploratoria MdM, 2015: p.27).

Como se puede observar, el primer problema tiene que ver con las consecuencias físicas y emocionales que se producen en las personas, a partir de los riesgos existentes durante el tránsito y el retorno en la migración, donde no se tiene la posibilidad de cuidar de la salud personal.

El segundo problema da cuenta de una desconexión entre diferentes actores, ya sea estatales o de apoyo, que tienen la capacidad de atender las condiciones de salud de las personas, pero que no están generando respuestas efectivas en la región.

Y el tercer problema tiene que ver con condiciones propias del sistema de gobierno y de las instituciones de los Estados en la región. Se opta por negar la existencia de problemas sociales, evitando la creación de leyes; o por el contrario, se reconocen los problemas existentes en el país y se instaura un marco normativo

correspondiente, sin cumplirlo. Este último sería el caso de Honduras, donde el marco legal parece no llevarse a la práctica.

En suma, MdM identifica tres problemas de salud que tienen su origen en diversos escenarios: en un sistema de salud que no cuenta con los elementos necesarios para abordar las diferentes violencias que sufren las personas; una descoordinación de actores que podrían apoyar el tema sanitario y negligencia en la aplicación efectiva de la ley. En este aspecto, aunque el análisis realizado es global, no se encuentran grandes disparidades entre los países, debido a una débil institucionalidad y desconexión entre los diferentes actores que intervienen en el tema, dentro de la región.

3.1.3. Estrategia de intervención propuesta 2016

Siguiendo con el análisis, en el informe de resultados de la Misión Exploratoria del 2015, se propuso una estrategia de intervención para el 2016, basada en cuatro elementos centrales. A continuación se cita textualmente el sentido y justificación del proyecto. En el documento original, las palabras en mayúscula y negrilla se presentan de la misma forma:

1. “Se trata de una propuesta de proyecto **FACILITADORA de los vínculos y redes** ya existentes, con el fin de responder mejor a las necesidades de salud y protección de los migrantes en tránsito y en el retorno forzado” (...) “Se trata de hacer “más y mejor” con los actores y recursos que se tienen, a la vez que se sigue incidiendo en los derechos y leyes que corresponden” (MdM, 2015:p.31).

Como se puede notar, el inicial proyecto es ambicioso, guardando relación con el análisis causal realizado. MdM pretende servir de puente o facilitador en el funcionamiento de vínculos y redes ya existentes, que no están generando los mejores resultados, en pro del bienestar de las personas. Se les da el protagonismo a los actores locales, sean estatales, de apoyo o comunitarios, generando nuevos lazos con otros actores que puedan apoyar el tema.

2. “La estrategia que se propone privilegia la **participación de las organizaciones de base** de migrantes, familiares y retornados del TNAC, de las **organizaciones de apoyo** a los migrantes en el tránsito (Albergues...) y del **personal Estatal** de salud, migración, cancillerías (cónsules), autoridades nacionales y regionales (SICA⁶⁹, Mesas Transfronterizas), DDHH, etc. del sur de México y del TNAC. Se pretende trabajar en **coordinación con otras organizaciones** implicadas en la protección del migrante, desde

⁶⁹ SICA: Sistema de Información Centro Americana.

diferentes sectores: internacionales (OIM, CICR, UNFPA, OPS/OMS,...), de salud (Cruz Roja, MSF,...), de DDHH y juristas (Fray Matías, Sin Fronteras,...), Universidades (UCA, Universidad San Carlos, INS México, FLACSO,...), etc...

3. Las actividades propuestas tratan del **fortalecimiento de las organizaciones de base** (en sus acciones de prevención, acompañamiento de casos e incidencia), en formaciones a integrantes del sector estatal y organizaciones de apoyo (sobre todo en el eje de autoayuda, psicosocial y manejo de crisis, incidencia, registro de información sanitaria, etc...); en la creación de rutas de referencia médicas, sociales y legales entre los programas de apoyo y el sistema estatal (en TNAC y México); en la elaboración y difusión de información y prevención de riesgos; en la incidencia política para aplicación de leyes (en México), elaboración de leyes (TNAC) y monitoreo de los tratados bilaterales, especialmente promoviendo el rol de las organizaciones de base y defensores DDHH locales” (MdM, 2015:p.31).

Los ítem 2 y 3 se centran en las organizaciones de base comunitaria y tienen que ver con la participación y fortalecimiento de las organizaciones de base, previamente identificadas, aclarando los temas prioritarios o capacidades que requieren ser fortalecidas. Dicho fortalecimiento se daría principalmente en: “eje de autoayuda, psicosocial...registro de información sanitaria...rutas de referencia...en la elaboración y difusión de información y prevención de riesgos; en la incidencia política para la aplicación...elaboración de leyes...”. Una vez más se resalta el componente psicosocial, comprendido como la atención al tema de cuidado y ayuda de las personas. Sin embargo, se enfoca únicamente en una estrategia informativa para el cuidado o ayuda propia (autoayuda), sin considerar otras opciones de cuidado de las personas, como el mutuo apoyo o apoyo de pares.

4. “Como transversal, se prioriza el **componente psicosocial y emocional**, tanto de los migrantes víctimas de violencias como de sus cuidadores (personal de las organizaciones de apoyo y de las instituciones del estado, especialmente el personal de salud y DDHH).” (MdM, 2015:p.31).

El ítem 4 refleja una vez más la importancia que MdM le concede al tema psicosocial, proponiendo que sea un eje transversal en el proyecto. Considera importante atender a las personas que trabajan directamente con la población, ya sea del ámbito Estatal, organizaciones de apoyo u organizaciones de base comunitaria. Pero se presentan ausencias en la inclusión del enfoque. Por ejemplo, aunque se habla del riesgo psicosocial de los cuidadores, se equipara a los colaboradores que trabajan con la población desde una organización, mientras que

no se consideran otras cuidadoras/es, como son los familiares de migrantes retornados con discapacidad física o las líderes reconocidas en los colectivos.

En términos generales, se trata de un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, resumido por la organización, como sigue:

“Las necesidades de atención en salud y protección de las personas desplazadas forzadas y migrantes retornadas de EUA y México en el Triángulo Norte de Centroamérica -TNAC- (El Salvador, Guatemala y Honduras) son alarmantes. Se vulneran sus derechos por la falta de reconocimiento de la problemática, especialmente en las mujeres, en los niños/niñas y adolescentes no acompañados y en los migrantes retornados con discapacidad o enfermedades graves. Este proyecto incide directamente en la atención médica y psicológica a estas personas y en la restitución de derechos de acceso a protección y refugio en condiciones dignas de acogida, utilizando como estrategia el trabajo coordinado y el refuerzo a las organizaciones de la sociedad civil que están contribuyendo en incipientes programas de protección, a falta de respuestas oportunas de los Estados.” (Formulario de proyectos de acción humanitaria: crisis crónicas de larga duración o crisis olvidadas, 2017: p.2)

En ésta síntesis del proyecto, aunque no se hace mención al componente psicosocial, se considera como un elemento central la atención médica y psicológica de las personas. Así mismo, se reconoce la respuesta ineficaz de los Estados ante la problemática existente, por lo que desean centrarse en “el trabajo coordinado y el esfuerzo” de las organizaciones de base comunitarias. En este apartado parece que MdM percibe limitaciones en la posibilidad de llevar a cabo acciones conjuntas con las organizaciones de apoyo de la región, o que las considera ausentes, debido a que no hace especial mención a las mismas.

En seguida se citan los cuatro ejes de intervención que se proponen en el proyecto en la Misión Exploratoria 2015, para contrastarlo con modificaciones posteriores:

“1) Fortalecimiento de las organizaciones de base de migrantes, familias y retornados.

Seleccionar una organización en cada país del TNAC con capacidad para recibir una subvención financiera que les permita llevar a cabo actividades de:

- Acompañamiento de casos (recepción en el retorno, orientaciones, búsqueda desaparecidos, apoyo a familiares, etc...),
- Prevención de riesgos e información de contexto migratorio en sus comunidades.
- Incidencia política (encuentros con autoridades, participación en espacios de decisión política, etc...).

Básicamente se tratará de gastos relacionados con su logística, desplazamientos, etc..., y con la formación en autocuidado y el uso de herramientas para la escucha efectiva, el manejo de crisis y la identificación de problemas.

2) Fortalecimiento al personal de salud de primera línea (TNAC y México), al personal de los albergues (RAIM) y al personal institucional de migración, cancillerías (cónsules), fiscalías, autoridades.

- Formación de Referentes de Salud de migrantes en los estados del sur de México...y creación de la ruta de referencia.
 - Formación/sensibilización al personal de salud de los centros de salud/hospitales anexos a los CAIMR...Énfasis en registros sanitarios, referencias, protocolos, migración como determinante de salud, derechos.
 - Formación/sensibilización al personal institucional (priorizar cónsules y funcionarios migración). Énfasis en registros sanitarios y manejo de información médica, redes de referencias locales, protocolos, migración como determinante social de salud, derechos.
- 3) Componente de información, educación, comunicación. Prevención de riesgos.**
- Elaborar una estrategia de comunicación para información de contexto, de derechos, de riesgos y de medidas de protección y prevención.
 - Elaboración de materiales y difusión en los lugares pertinentes (Albergues, fronteras, o centros juveniles, escuelas, centros comunales en el TNAC, etc...).
- 4) Incidencia política y sensibilización a población general**
- Favorecer la presencia y participación de las organizaciones de base en los espacios de incidencia (nacional de cada país y regional): Mesas Transfronterizas... plataformas y foros de propuestas de leyes, etc...
 - Favorecer la presencia y participación del sector de salud en los espacios de toma de decisiones para procedimientos sanitarios transfronterizos: Mesa de Salud y Migración, reuniones de COMISCA⁷⁰, etc...
 - Campaña de sensibilización a población general en fechas emblemáticas (disminuir el estigma)" (Misión Exploratoria 2015:p.31-33).

A nivel general se observa una coherencia interna entre los ejes de intervención propuestos, especificando de forma concreta las acciones a seguir. La selección de una organización de base legalmente constituida en cada país, para comenzar el proyecto mediante subvención financiera. La formación y sensibilización del personal, de diferentes instancias Estatales y de otras organizaciones que trabajan con la población. Una estrategia de comunicación de sensibilización comunitaria y de prevención de riesgos para la población migrante. Y la incidencia política, vista como la participación de las organizaciones de base en espacios de influencia y toma de decisiones.

Cada eje busca atender, desde diferentes caminos, la compleja condición de salud de las personas afectadas por la migración, pero se observa un común denominador, que es el uso de una estrategia de formación de diferentes actores en temas específicos (cooperación técnica), ya sea para fortalecer capacidades o para sensibilizar en el tema. En el eje 1, enfocado en el fortalecimiento de las organizaciones de base, se hace mención a la formación en temas de autocuidado, de escucha efectiva, manejo de crisis e identificación de problemas. Según lo

⁷⁰ COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica.

descrito en la misión exploratoria del 2015, MdM vincularía el fortalecimiento de los colectivos, con un apoyo financiero y con el componente psicosocial.

3.2. Estrategia Plurianual MdM España y Francia 2017-2019

A partir del seguimiento que MdM realizó al proyecto regional, tomando el periodo de abril 2016 a abril 2017, se elabora el documento de la Estrategia Plurianual 2017 al 2019⁷¹. Con base en las experiencias y aprendizajes de los equipos de MdM, en lugar de cuatro líneas de acción, se establecen tres. A continuación se cita el contenido que pueda estar relacionado con el proyecto local en Honduras:

"1. Fortalecimiento institucional del Estado y de la sociedad civil.

- Formación y sensibilización al personal de salud y redes de protección **Estatales**. Localmente en El Salvador, Guatemala, Honduras y Chiapas (México). Y regionalmente a través de la metodología de FLACSO para la inclusión de la migración en los ministerios de salud.
- Formación y sensibilización al personal de la **Sociedad civil**. Sociedad civil de base en TNAC (personas retornadas y familiares de migrantes) y personas voluntarias de las Casas de Migrante en México: Formación en autocuidado, primeros auxilios psicológicos, acompañamiento de casos y fortalecimiento de las organizaciones de base". (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019: p.15)

Se integra en una sola línea de acción el fortalecimiento institucional, tanto de instancias Estatales, como de la sociedad civil. Se observa que el fortalecimiento institucional está enfocado en la formación y sensibilización de actores clave y básicamente en el componente psicosocial (autocuidado, primeros auxilios psicológicos, acompañamiento de casos). Infiero que este fortalecimiento abarcaría la capacidad organizativa, de incidencia y de gestión. A nivel Estatal se enfoca en el personal de salud y de redes de protección. Cuando se refiere a la sociedad civil, se centra en organizaciones de base comunitaria y personas voluntarias, reconociendo que Honduras se encuentra en una condición de desventaja en la región⁷².

"2. Atención médica y psicológica a colectivos más vulnerables en el TNAC albergados en un programa de protección o atendidos por asociaciones de base

⁷¹ Revisar Análisis FODA de MdM de abril del 2017. Está disponible en el primer apartado del cuarto capítulo.

⁷² En la Estrategia Plurianual MdM 2017-2019 TNAC-México: p.19) se establece: "En el componente de formaciones, se mantiene la misma lógica de creación de vínculos y rutas de referencia entre los programas de la sociedad civil de apoyo y las estructuras de salud y protección estatales, pero adaptadas a la situación de cada país (más precaria en Honduras y Guatemala; más compleja en México; más avanzada en El Salvador)".

...

- Provisión de recursos materiales para la atención médica y primeras necesidades a personas desplazadas forzadas en Honduras y para la atención médica a personas retornadas forzadas con discapacidad o enfermedad grave en Honduras (Programa AHS)
- Provisión de recursos materiales para acompañamientos de casos y orientación psicosocial a las personas retornadas forzadas, realizadas por las organizaciones de base de El Salvador, Guatemala y Honduras (acompañamiento de pares).” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.15)

La línea de acción establece la atención médica y psicológica a los grupos más vulnerables atendidos por las organizaciones de base y albergues. Para Honduras, en la parte médica se continuaría con la provisión de insumos médicos para la atención básica de emergencia de las personas en desplazamiento forzado y personas con discapacidad física. En la parte psicosocial, se suministrarían recursos materiales para el seguimiento de casos y se menciona la “orientación psicosocial”, mediante el acompañamiento de pares, lo cual se ajustaría muy bien a la estructura de las organizaciones de base comunitaria, que en su funcionamiento, se asemejan notablemente a los grupos de autoayuda. Es de anotar que para el 2017 el proyecto en Honduras no contaba con el apoyo de un psicólogo. A pesar de esta carencia, sin que se supiera explícitamente, las personas se estaban brindando un apoyo mutuo, especialmente en los comités de familiares de migrantes desaparecidos⁷³.

“3. Acciones de Incidencia y mejorar el conocimiento sobre la realidad migratoria/desplazamiento:

- Monitoreo y seguimiento del plan de seguridad de MdM en contexto migratorio y desplazamiento forzado por violencia....
- Diseño e implementación de una estrategia de Comunicación... que tratan el desplazamiento forzado y la migración.
- Elaboración de un protocolo de atención y derivación de casos de violencia hacia las mujeres en el contexto de la migración y el desplazamiento forzado.
- Apoyar la participación de organizaciones de base en espacios de incidencia: creación de una red regional de retornados y familiares de migrantes y apoyo en la Caravana transfronteriza de búsqueda de migrantes desaparecidos.
- Participación en Mesas Transfronterizas y Plataformas regionales de salud y protección.
- Realizar investigaciones: sobre barreras en salud que enfrentan las personas desplazadas internas en El Salvador;... impacto de la migración con enfoque étnico en Guatemala; y realidad de las mujeres en los procesos migratorios y desplazamiento forzado interno” en el Salvador.” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019: p.16).

⁷³ A pesar de las debilidades en el funcionamiento de varios de los comités de familiares de migrantes desaparecidos, es el único apoyo psicosocial que las personas estaban recibiendo.

En la tercera línea de acción, MdM busca promover la participación de las organizaciones de base en espacios de incidencia, como mesas transfronterizas y plataformas regionales. Así mismo, establece actividades concretas de diseño y seguimiento de documentos, de diversa índole: plan de seguridad, estrategia de comunicación y protocolo para casos de violencia hacia las mujeres. Se enlazan actividades de investigación con acciones de incidencia, planteando una investigación en Guatemala y dos en El Salvador. Se puede observar que se omite una investigación para Honduras⁷⁴.

Comparando con los ejes de intervención establecidos en el 2016, se reduce de cuatro a tres las estrategias a adoptar y estas se amplían en su contenido, especificando las actividades a realizar. El componente de información, educación, comunicación y prevención de riesgos propuesto en el informe de misión exploratoria (2015) se omite. La línea de acción tres, enfocada en la incidencia y mejora del conocimiento, es la más detallada en el proyecto, siendo posiblemente el campo en el que MdM identifica más fortalezas u oportunidades dentro de la región.

3.3. Contenidos específicos del proyecto regional: Población objetivo, Recursos Humanos, Mecanismos de intervención, Indicadores, Estrategia Mesoamericana, Estrategia de salida o continuidad.

A continuación se examinarán contenidos particulares del proyecto regional, que considero pertinentes en el análisis, para contar con una visión global de las condiciones particulares del proyecto en Honduras.

Población objetivo: Para el 2017 se diversificó el grupo de beneficiarios directos, incluyendo: juntas directivas de las organizaciones de base, personal de refugios y los grupos poblacionales atendidos por las organizaciones, personas afectadas por el desplazamiento forzado (Honduras y El Salvador), migrantes en tránsito en el sur de México, migrantes retornados forzados con necesidades de

⁷⁴ Aunque no se logra conocer con exactitud el motivo por el cual no se incluye una investigación para Honduras, puedo inferir que se debe a los costos que implicaría llevarlo a cabo. En Honduras los desplazamientos para acceder a las zonas donde está la población afectada, no solo es altamente peligroso, sino que también requiere una elevada inversión financiera y logística. Adicionalmente, no se cuenta con recursos humanos suficientes para realizarlo.

atención psicosocial (Guatemala y El Salvador) y retornados forzados con discapacidad o enfermedad grave de Honduras. De forma indirecta se mencionan los mismos grupos poblacionales, pero ampliando el porcentaje de personas abarcadas. A pesar de la importancia que en el discurso MdM le da a los cuidados, no se considera tácitamente a los familiares de migrantes retornados con discapacidad física o sus cuidadoras(es), como un grupo directa o indirectamente beneficiado con el proyecto⁷⁵.

Recursos Humanos: La siguiente tabla muestra un desequilibrio entre los países. Para El Salvador se realiza el requerimiento de 5 personas, en Guatemala 4 personas, en el Sur de México 3 y por último 2 en Honduras. A diferencia de los demás países en el 2017, Honduras no contaba con Logista, ni con Psicólogo. En el país, el proyecto cuenta con un referente de migración, que es médico de profesión y una administradora contable, que labora medio tiempo.

Tabla 7. Recursos humanos para el 2016 y 2017 en proyecto regional y por país

2016	2017			
	Regional	Honduras	Guatemala	El Salvador
Asistente administrativo* ⁷⁶	Coordinador de investigaciones (antropólogo para las investigaciones)			
Logista*	Referente Migración*	Referente Migración *	Referente Migración*	Referente Migración*
Coordinación proyecto regional (personal expatriado).	Contable Honduras* (tiempo parcial)	Médica Refugio de la Niñez ⁷⁷ *	Médica CRISTOSAL *	Administrador*
Coordinación general regional MdM Francia y España (personal expatriado)		Administrador *	Psicóloga CRISTOSAL *	Logista*
		Logista *	Administrador*	Logista*

Fuente: Elaboración propia a partir de información descrita en Documento de Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019 (p.21).

⁷⁵ Ver anexo 3. correspondiente a Perfil de los beneficiarios directos e indirectos 2016-2017. En el 2016 el proyecto regional incluía como beneficiarios directos a: las juntas directivas de organizaciones de base, coordinadores de refugios, personal de salud, cónsules de los diferentes países y personas migrantes víctimas de violencia/ solicitantes refugio/visa humanitaria. De forma indirecta, involucraba a: los miembros de las organizaciones de base, migrantes y personal de las casas del migrante y personal estatal de salud, derechos humanos y cancillerías.

⁷⁶ El símbolo * hace referencia a los cargos que contemplan personal local

⁷⁷ El Refugio de la niñez ya cuenta con una psicóloga.

Mecanismos financieros y de intervención: Para realizar la intervención regional, se basaron en: “Apoyo financiero directo (subvención a organizaciones de base); Colaboración técnica mixta con los socios (AHS, Asociaciones de base) y Atención directa a necesidades de salud, refuerzo de capacidades” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.19). Como se puede notar, las estrategias empleadas son diversas, pensando en complementar y reforzar las capacidades de las organizaciones y adaptándose a las necesidades de los grupos a los que desea apoyar.

Indicadores: Finalizando el 2016, MdM realiza un seguimiento a sus indicadores propuestos⁷⁸. Establecen 13 indicadores regionales, de los cuales 6 incluyen alguna de las poblaciones objetivo en Honduras. De estos, uno en particular contiene el componente psicosocial, por medio de capacitaciones a personal de las organizaciones de base en autocuidado y primeros auxilios psicológicos. De los 6 indicadores, 2 se cumplieron totalmente: acuerdos de colaboración con las organizaciones de base y presentación de propuestas de financiamiento a Junta Andalucía, Valencia y Extremadura, incluyendo investigaciones. Los otros 4 se cumplieron parcialmente: la elaboración de un plan de capacitación dirigido a personal estatal, actividades de sensibilización en México y TNAC, la preparación de la caravana de madres centroamericanas y la identificación de personal institucional intersectorial para recibir capacitaciones. Con lo anterior infiero que varias limitantes presentadas para el 2016, guardaron relación con una baja disponibilidad o disposición de personal estatal o del sector salud para recibir formación en los temas propuestos.

Estrategia Mesoamericana para Migración y Desplazamiento Forzado y Consejo Consultivo de Investigación: En Abril de 2017, a partir del seguimiento y análisis FODA realizado por los equipos de MdM México, Guatemala y El Salvador, se elabora un documento denominado “Estrategia Mesoamericana para Migración y Desplazamiento Forzado de Médicos del Mundo”⁷⁹. También se conforma un

⁷⁸ Revisar el anexo 4. de indicadores propuestos para el 2016.

⁷⁹ En la estrategia se describen las singularidades y principales aprendizajes del proyecto y se incluye un “Plan de Incidencia Política de Médicos del Mundo para Migración y Desplazamiento Forzado en la Región Mesoamericana”. Debido a la integración tardía de la oficina de MdM Honduras, el país no tuvo participación en el proceso.

“Consejo Consultivo de Investigación”, como una estrategia investigativa para llevar a cabo en la región⁸⁰. Se pretende aprovechar las investigaciones para lograr influir en la agenda política y social de la región, en las políticas públicas⁸¹.

Aunque se observan importantes beneficios con la estrategia, también se encuentran limitantes. Dentro de las posibles ventajas podrían estar: promover la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil, de actores Estatales y de apoyo en las investigaciones, visibilizar situaciones prioritarias en la región que están afectando de forma significativa a las personas e influir en las políticas públicas, con base en la información recopilada. Como principal limitante e interrogante está el hecho de no incluir algún tema de investigación para Honduras, por ejemplo para las personas retornadas con discapacidad física, el cual es un tema particularmente invisibilizado, tanto en el país, como en la región.

Estrategia de Salida o continuidad: MdM analiza las oportunidades existentes, tanto de financiamiento, como de sostenibilidad en los resultados alcanzados en la región, describiendo lo que sigue:

“A efectos de cofinanciación del Programa, cada propuesta puede presentarse aisladamente según las prioridades del financiador, y también las estrategias de salida tendrán elementos propios según cada lugar y objetivos (por ejemplo, la sostenibilidad de acciones dirigidas a retornados será diferente según país e implicación de los gobiernos locales, departamentales o nacionales).

En general, y para la visión integral de mejorar el acceso a salud y protección en la región mesoamericana, la implicación y aval de COMISCA (regional) en el tema migratorio es una garantía de continuidad desde la parte oficial centroamericana y facilita también las negociaciones con México en materia de protección (en lugar de cada país centroamericano de forma individual).

Se espera dejar capacidades instaladas en el sector estatal y en el civil que den continuidad a la atención y protección de los migrantes, específicamente en el área de salud mental y psicosocial, y en las referencias a otros niveles o sectores (hospital, legal, DDHH).

Finalmente, el fortalecimiento y participación de las organizaciones de base de migrantes, familiares y/o retornados en los espacios de decisión política y operativa, garantiza una adecuación de las soluciones propuestas a los problemas tratados”.
(López, P., 2016:p.9)

MdM prevé buscar cofinanciamiento, basándose en las prioridades de los posibles financiadores a nivel regional. Planea presentar varias propuestas que en

⁸⁰ Dicha instancia se encuentra especificada en un documento formal que describe los actores intervinientes, los mecanismos a llevar a cabo y hasta el procedimiento paso por paso para su implementación.

⁸¹ Revisar anexo 5. de investigaciones a llevar a cabo, donde está ausente alguna investigación para Honduras.

su conjunto puedan abarcar la población y objetivos propuestos. E identifica oportunidades de continuidad en la región: “De las cooperaciones bilaterales, la Cooperación Española está mostrando interés en el tema migración/desplazamiento interno en la región, tanto desde la línea de desarrollo como de la ayuda humanitaria. También la UE oficina regional de Managua está valorando la disponibilidad de fondos” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.8).

La organización explora en qué países puede tener más oportunidades de financiamiento: “Financieramente, de parte de MdM España, se tiene más posibilidades para el TNAC. Los fondos propios prever que sean para México y para las actividades no incluidas en los proyectos presentados.” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.14).

MdM cree que es necesario buscar estrategias de continuidad a nivel regional, como el COMISCA, para lograr la implicación de instancias Estatales en la problemática regional. Como se ha podido observar, en varios fragmentos citados, se presentan diferencias substanciales entre los países, como lo es la clara situación de desventaja en la que se encuentra Honduras, a nivel global y también en el proyecto. Se requeriría buscar estrategias de continuidad a nivel local que respondan a las características propias de cada país.

Adicionalmente, se menciona una vez más el tema del fortalecimiento de capacidades. Según MdM, si se fortalecen las capacidades en salud mental, psicosocial y en derivación a las personas, a nivel Estatal y de sociedad civil, se pueden dar resultados sostenibles con el proyecto. Por otra parte, MdM concibe como un elemento vital la participación de las organizaciones de base en los espacios de decisión política, pero no considera explícitamente lo que sería indispensable para llevarlo a cabo, es decir el proceso necesario para que las personas lleguen a este nivel de participación y de influencia.

3.4. El proyecto local en Honduras

Como se ha mencionado, MdM Honduras retoma su trabajo operativo en el 2016 y de manera presencial en el 2017. La visión regional concibe el proyecto en Honduras de la siguiente forma:

“Este proyecto busca mejorar la salud integral, enfatizando la salud mental y psicosocial de las personas, esto implica actuar con líneas de prevención de riesgos, acceso a formación e información en derechos para las personas en migración y desplazamiento forzado que se encuentran en tránsito o que se han visto forzadas al retorno, es importante destacar que esta acción, la desarrollaremos acompañando y fortaleciendo a nuestros socios locales: FONAMIH, AHS, CONAMIREDIS, COFAMIPRO”. (Estrategia Mesoamericana para Migración y Desplazamiento Forzado de Médicos del Mundo, 2017: p.6)

En el texto se recupera el componente psicosocial del proyecto, incluyéndolo en un abordaje de salud integral para las personas. Es interesante la distinción que MdM hace entre salud mental y psicosocial, por lo que se puede inferir que existe una diferenciación entre la existencia de trastornos mentales y los impactos o factores de riesgo psicosociales. Marcar esta diferencia abre la posibilidad de entender el componente psicosocial como un eje preventivo o de intervención comunitaria, donde no se requeriría de forma permanente la presencia de un psicólogo o profesional de salud mental. Así mismo, reitera la importancia de trabajar en el fortalecimiento de los socios locales, por lo que se podría pensar en un tipo de relación de posible complementariedad y horizontalidad.

Dentro de las principales necesidades identificadas/problemas de salud pública, MdM enuncia:

- “Carencia de insumos básicos de primera necesidad (medicamentos básicos, higiene) y albergue/refugio a las personas en situación de desplazamiento forzado Del programa de la AHS de Tegucigalpa.
- Carencia de atención médica de seguimiento y apoyo psicosocial a las personas retornadas con discapacidad que atiende la AHS de Tegucigalpa (único en el país). Identificadas personas con discapacidad (prótesis, lesiones medulares) y falta de seguimiento médico.
- Carencia de recursos y herramientas técnicas para el acompañamiento psicosocial a las familias de migrantes desaparecidos realizado por la organización de base COFAMIPRO. Debilidades en su participación en espacios de incidencia y falta de representatividad.
- Carencia de recursos y herramientas técnicas para el acompañamiento psicosocial a las personas retornadas con discapacidad que realiza la red de comités de la Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad (CONAMIREDIS). Carencia de formación a referentes de esta red para dar acompañamiento a personas retornadas con discapacidad en Honduras.

- Debilidad y falta de sensibilización del sector de salud y migración. Escasa vinculación entre ambos y falta de protocolos y procedimientos para las referencias. Reciente incorporación de un referente de salud en la estrategia de atención a migrantes de la Cancillería hondureña, pero sin herramientas y capacidad técnica”. (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019: p.10).

En concordancia con la misión exploratoria del 2015, en la Estrategia Plurianual se refieren diferentes carencias: insumos de atención básica, recursos financieros y técnicos, atención médica y apoyo psicosocial y falta de sensibilización del sector salud y migración. En 3 de las 5 necesidades identificadas, aparece el eje psicosocial como una necesidad latente para las personas afectadas por la migración en Honduras. A pesar de lo anterior, no se reconoce el riesgo psicosocial que afrontan las personas que trabajan con la población, como pueden ser las líderes de los diferentes comités⁸².

En la estrategia plurianual 2017-2019 aún no se incluían los comités de familiares de migrantes desaparecidos “Amor y Fe” y “La Guadalupe”. Es hasta finalizar el 2017 que se considera la posibilidad de admitirlos en el proyecto. Este cambio se empieza a generar a partir de la necesidad reportada por un psicólogo que apoya a COFAMIPRO, quien sugiere establecer contacto con los colectivos. El trabajo conjunto de MdM Honduras y COFAMIPRO desde el 2016 facilitó el establecimiento de nuevos vínculos con los comités “Amor y Fe” y “La Guadalupe”.

Para el proyecto en Honduras, MdM España ha recurrido a otras fuentes de financiamiento, además de los recursos propios. En el 2017, MdM España presentó una propuesta de solicitud de subvención para la realización de proyectos de cooperación internacional para el desarrollo al Ayuntamiento de Valencia, específica para Honduras, con el título: “Contribuir a mejorar el acceso a salud y protección de las personas afectadas por la migración y el desplazamiento forzado en Honduras.” La convocatoria, aprobada para un año, establece como requisito indispensable contar con una contraparte en Honduras, que en este caso es el Foro Nacional para las Migraciones en Honduras FONAMIH.

⁸² Revisar anexo 6. de actividades programadas para el 2017, elaborado para el proyecto regional. De las 28 actividades programadas, 8 incluyen a Honduras y 2 son específicos para Honduras.

A continuación se cita la descripción presentada por MdM, del trabajo llevado a cabo hasta ese entonces: (MdM Solicitud de Subvención, 2017: p.21)

“En Honduras, nuestra intervención ha sido en apoyo al sector civil (de base y ONGs hondureñas) que está ya implicado en la atención y protección de la población migrante, ante la ausencia (total o parcial) de programas de atención desde el sector de salud y de protección. Básicamente con tres acciones:

- Fortalecimiento de la organización de base... en sus capacidades organizativas, de atención psicosocial y de incidencia política.
- Trabajo coordinado con AHS para la atención en salud primaria de personas desplazadas internas por la violencia... y para el acompañamiento en salud de los casos de retornados con discapacidad o enfermedad grave (seguimiento médico, visitas, complementación de diagnósticos, citas médicas, etc...).
- Fortalecimiento de la organización CONAMIREDIS, concretamente en la conformación y seguimiento a sus comités, fortalecimiento organizativo y de capacidades en atención psicosocial, incluyendo a los núcleos familiares de estas personas.” (Solicitud de Subvención, 2017: p.13).”

Como se puede evidenciar, al igual que en el proyecto regional, se sigue destacando la importancia del fortalecimiento de las organizaciones de base, en sus capacidades organizativas, a nivel psicosocial y de incidencia política. Como elemento adicional y central, es interesante notar cómo en este apartado se incluyen los núcleos familiares de las personas con discapacidad física que integran CONAMIREDIS, el cual ha sido un tema ausente en los demás documentos revisados. De los tres resultados esperados, el resultado 2 y también 5 de 12 actividades propuestas, incluyen directamente la palabra psicosocial⁸³.

Con relación a la participación de la población, MdM afirma:

“... los talleres planteados con sociedad civil y las organizaciones de base que trabajan directamente con la población, vendrán a reforzar los objetivos que se quieren alcanzar, considerando a la población meta como protagonistas en el proceso para la identificación de las necesidades que tienen en su salud. Ejemplo de esto es CONAMIREDIS..., el tomarlos en cuenta para la elaboración de los talleres y las consultas que se desarrollarán encaminadas al diagnóstico de la Secretaría de Salud SESAL, los convertirá en personas que reclaman sus derechos ante la organización estatal que es garante de los mismos... Al final de la vida del proyecto, para la primera fase, se espera que las organizaciones de base o de la población objeto, hayan posicionado el tema dentro de la agenda pública y que sean

⁸³ Los resultados planteados en la propuesta de subvención con el Ayuntamiento de Valencia son: Resultado 1: Fortalecida la implicación y rectoría del sector de salud para avanzar en una propuesta de atención integral a las personas afectadas por la migración. Resultado 2: Acompañado el sector de DDHH para la elaboración de una estrategia de atención psicosocial a las personas afectadas por el desplazamiento forzado Resultado 3: Fortalecidas las propuestas de incidencia para generar cambios positivos institucionales y sociales en relación a la situación de la migración y desplazamiento forzado.

El abordaje psicosocial se centra en talleres de: diagnóstico situacional, elaboración de una estrategia de intervención y sensibilización acerca de la misma

ellos los que incidan y empoderen a las personas que tienen el poder de decidir.” (Solicitud de Subvención, 2017: p. 38)

Según lo expresado, para MdM es fundamental que las personas participen en la elaboración de los talleres y consultas diagnósticas, es decir que considera importante que sean tenidas en cuenta y escuchadas en el inicio de la intervención. Cree que sólo si se promueve la participación de las personas desde un comienzo, podrán ser ellos mismos quienes logren incidir en política pública al final del proyecto. A pesar de ello, no se menciona cuál sería la participación de las personas en otras fases de la intervención.

En cuanto a la continuidad y sostenibilidad del proyecto, MdM refiere:

“La duración del proyecto (un año) plantea algunos retos en la consolidación de la estrategia de acceso a salud y protección por parte del sistema público. El proyecto desarrolla capacidades técnicas e implementa herramientas para atender mejor, y tiene también un componente de sensibilización a lo interno de la Secretaría de Salud ... El componente de incidencia pretende dar un impulso a la implementación de los programas por parte del Estado, y concretamente se ha previsto la abogacía para la adjudicación de presupuestos acordes a lo estipulado en la Ley de Desplazamiento ya emitida en Honduras”. (Solicitud de Subvención, 2017: p. 39).

Según se afirma, la sostenibilidad del proyecto está basada en el desarrollo de capacidades técnicas de instancias Estatales implicadas con la población y con el tema de salud, como la SESAL. Para lograr ello, la incidencia política sería un factor clave, ejerciendo presión, para que los programas que ya se han aprobado en Honduras, se lleven a la práctica.

Se puede evidenciar que en la formulación del proyecto, siguen siendo abstractos algunos conceptos, como es el caso del fortalecimiento de capacidades. Tal como ocurre con el proyecto regional, se describen los resultados a los que se desea llegar, con sus actividades correspondientes, pero no se reconocen los procesos e implicaciones en los que las personas transitarían para llegar a tales fines.

3.5. Análisis crítico realizado por MdM

Para finalizar, a continuación se citan textualmente algunos análisis críticos de MdM ante su gestión realizada durante el primer año de proyecto:

“Al analizar las necesidades particulares en colectivos más vulnerables (niñez, desplazados forzados y retornados con discapacidad), el proyecto ha introducido actividades de atención directa (médica y psicológica), ya que es la sociedad civil la que está apoyando en la parte

de protección (espacio seguro), pero no tiene capacidad para la atención en salud, y los estados no están todavía organizados para dar esta respuesta inmediata. El proyecto MdM sigue siendo de desarrollo en su concepción, pero con un eje de asistencia directa a colectivos vulnerables albergados en programas de protección identificados (Refugio de la Niñez en Guatemala, Cristosal en El Salvador, Scalabrinianas en Honduras).” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.13).

MdM reconoce que está realizando atención médica y psicológica directa con los colectivos más vulnerables, en Guatemala y El Salvador. En Honduras el apoyo financiero es el que permite cubrir insumos o necesidades básicas de las personas migrantes. Lo anterior podría ser un riesgo si se desea fortalecer las capacidades de instancias Estatales, para lograr una atención integral y de calidad en salud.

“En México, el eje previsto de formación y sensibilización a los Referentes de Salud y Migración de las Secretarías de Salud de Chiapas, Oaxaca, Tabasco y Veracruz, es inviable en esta primera fase del proyecto. MdM es reconocido únicamente en Chiapas y la amplitud de la zona (4 estados) dificulta una real presencia de MdM para hacer las coordinaciones y acuerdos. Hemos identificado claramente la necesidad de fortalecer el Componente de Atención a Migrantes de la Secretaría de Salud de Chiapas, a través de las lecciones aprendidas de este Componente en Tapachula.... En cambio, la formación en autocuidado y primeros auxilios psicológicos del personal de las Casas de Migrante en el sur de México, si se continuará como previsto en los albergues identificados de los 4 estados (en curso).” (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019:p.13).

Se replantean los alcances del proyecto en el sur de México, debido a la amplitud de la zona y el limitado posicionamiento de MdM, pero es claro el énfasis que le otorga a la estrategia de formación, vinculándola con el tema de autocuidado y primeros auxilios psicológicos. Se observa, una vez más, el protagonismo que tiene el componente psicosocial en la intervención.

“La atención directa de salud realizada por MdM solamente está prevista en Guatemala y El Salvador. En Honduras se hará a través de la Asociación Scalabriniana (que cuenta con personal de salud), aunque MdM estará acompañado para refuerzo de protocolos de atención y canales de derivación, además de un monitoreo permanente ante nuevas necesidades...”. (Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019: p.14).

Mientras que MdM brinda atención directa en Guatemala y El Salvador, en materia de salud, en Honduras se apoya principalmente con recursos económicos e insumos. En el caso de CONAMIREDIS, la AHS actúa como intermediario en la recepción, priorización y direccionamiento de los recursos, por lo que no se está promoviendo la autonomía de la comisión. Por otra parte, aunque CONAMIREDIS cuenta con una enfermera voluntaria, su disponibilidad de tiempo es mínima, lo que hace que la atención a la salud de la población siga siendo insuficiente.

“Las acciones en cada país están más concretadas y con socios identificados, pero se mantiene fuertemente el enfoque regional (sentido como necesidad por todos los socios), especialmente el eje de incidencia y elaboración de protocolos a lo interno del TNAC y transfronterizos de atención en salud y protección.” Estrategia Plurianual MdM TNAC México 2017-2019: p.14).

Al parecer MdM y sus aliados consideran provechoso el seguir adoptando un enfoque regional del proyecto, creyendo que así se puede lograr un impacto de mayor alcance a nivel de incidencia. El aferrarse únicamente a esta postura, puede generar diversos riesgos. Entre los países, a nivel local, se presentan grandes diferencias en aspectos como: tipo de población afectada por la migración, recursos materiales, locativos y humanos con los que cuentan, estar legalmente constituidas o no, impactos psicosociales de la experiencia migratoria, condiciones sociopolíticas del país, entre otras. De esta forma, para obtener resultados favorables a nivel global, se hace necesario atender oportunamente los requerimientos de los países.

Adicional a la visión regional, se estima pertinente examinar a profundidad la situación de cada proyecto local y de cada comité o comisión a la que se está apoyando. En el caso de Honduras, a partir del apoyo brindado en la parte psicosocial, se pudo evidenciar la necesidad de conocer y explorar las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas de los comités y de la comisión, escuchando y teniendo en cuenta las necesidades de fortalecimiento de los colectivos, a partir de sus propias voces.

Reflexiones finales del Capítulo

Tras la revisión documental se puede concluir que MdM es un actor de cooperación internacional para el desarrollo con diversas fortalezas y oportunidades en la región. Esto se debe en parte al conocimiento y experiencia que ha generado su trayectoria en el sur de México, Guatemala, El Salvador y Honduras.

A pesar de ello, el proceso y la formulación del proyecto evidencian un desbalance entre los países, que puede reforzar debilidades ya existentes en cada contexto local. Se podría tender a aportar con mayores esfuerzos a países con mejores recursos, mientras que se desatienden las necesidades de países que tienen fuertes debilidades locales, como lo es Honduras.

Es de resaltar la gran flexibilidad y adaptación que el proyecto procura tener en su formulación regional y local, lo cual es un aspecto fundamental a la hora de

intervenir en lo social. A pesar de ello, el que se formule de forma global puede traer dificultades a la hora de establecer actividades específicas para cada país, que apunten al cumplimiento de los objetivos propuestos. Según la población beneficiaria y condiciones locales, los objetivos o resultados esperados podrían centrarse en un país u otro.

El pretender ver el proyecto únicamente con un enfoque regional puede generar obstáculos a nivel interno, no solo entre los países, sino también entre las organizaciones de base comunitaria que se desean apoyar. Es así que si se desconocen o desatienden las necesidades de las bases o del equipo local, se corre el riesgo de estar respondiendo a condiciones no prioritarias de las organizaciones, incluso mediante acciones con el potencial de generar daño.

El hecho de realizar seguimiento regional con los equipos de MdM e incluir nuevos colectivos al proyecto, como los comités de “Amor y Fe” y “La Guadalupe”, marca una diferencia importante con otros proyectos de cooperación internacional para el desarrollo, que sólo apoyan organizaciones legalmente constituidas. De esta forma se pueden estar fortaleciendo las capacidades de quienes más lo necesitan.

Sobresale la centralidad que MdM le otorga al componente psicosocial en el proyecto regional y en Honduras. Sin embargo, su inclusión parece estar limitada únicamente a la formación y sensibilización del tema de autocuidado y acompañamiento de casos. Es posible que exista un desconocimiento de los alcances y beneficios que puede traer el enfoque psicosocial en las diferentes etapas y en las personas involucradas en el proyecto.

Por otra parte, el enfoque de acción sin daño no parece ser considerado de forma explícita en el proyecto regional y local. A pesar de ello, el seguimiento periódico que se realiza, si se fortalece la participación de las personas, puede ser un elemento fundamental para prevenir diversos efectos perjudiciales.

CAPÍTULO 4. EL PROYECTO DE CID DE MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA EN HONDURAS. LO QUE LAS PERSONAS DICEN.

Este capítulo final pretende recoger elementos vivenciales de la experiencia que tuve como practicante de CID con MdM Honduras, del 6 de noviembre al 6 de diciembre de 2017, en el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo con enfoque psicosocial analizado. El principal objetivo es reflejar lo expresado por las voces de varias personas y grupos involucrados en el proyecto, resaltando la importancia de escuchar y atender a sus percepciones, necesidades e intereses.

A partir de lo dicho por las mujeres y hombres participantes, se podrán dimensionar y nombrar mejor los posibles efectos de la intervención social, así como las estrategias o caminos a seguir, para transitar hacia un desarrollo que pueda ser importante para las personas. Cuando menciono a *las personas*, me refiero no sólo a los beneficiarios directos o indirectos del proyecto, sino también a los colaboradores de MdM, a todos los ausentes o presentes en proyecto y a mí misma como practicante de CID. Es de considerar que durante un mes, estuve inmersa en el proyecto objeto de estudio, y que como mujer, colombiana, psicóloga y estudiante de cooperación internacional para el desarrollo, hice parte de la intervención social.

En una investigación no se puede dejar de lado nuestra parte más humana, precisamente porque estamos trabajando con seres humanos y porque en últimas, se espera que la cooperación internacional para el desarrollo esté al servicio de las personas. Por esta razón, me basaré principalmente en información recopilada de algunas entrevistas individuales, entrevistas a grupos focales, observación participante y diario de campo.

En el capítulo, se transitará de lo general a lo particular, desde una visión global y local del proyecto, hasta llegar a la voz de las personas en los colectivos, que con sus palabras dieron vida y sentido a las voces de quienes no se pudieron escuchar. Se analizarán algunas valoraciones del proyecto regional y en Honduras, tres diferentes visiones ante el fortalecimiento de capacidades del proyecto y finalmente se abordará el cuidado de las personas, como pilar fundamental en el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, del caso de estudio.

4.1. La visión regional del proyecto

En este apartado hablarán las voces de los equipos de MdM en Guatemala, El Salvador y México en abril de 2017 (contenido recuperado del documento de la estrategia Plurianual 2017 – 2019) y la voz del referente de MdM España para América Latina en julio de 2017 (Arias, J., entrevista, 17 de octubre de 2017). El contenido del mensaje se basa en un análisis FODA⁸⁴ realizado por las personas.

Se dividirá la matriz en puntos en ventaja (fortalezas y oportunidades) y posteriormente en puntos en desventaja (debilidades y amenazas), debido a que así se puede facilitar la comprensión de aquellos aspectos que MdM España puede potenciar, prevenir y mitigar en el proyecto. Analizaré en conjunto lo dicho por al menos dos posturas, partiendo de la premisa de complementariedad entre las percepciones expresadas. Las ideas citadas en los cuadros fueron organizadas bajo una idea de causalidad, donde las fortalezas u oportunidades iniciales pueden desencadenar otras, y así sucesivamente.

Tabla 8: Fortalezas y Oportunidades del proyecto regional según los Equipos de MdM (Guatemala, El Salvador, Sur de México) y Referente MdM España para América Latina.

■ Equipos de MdM (Guatemala, El Salvador, Sur de México) □ Referente MdM España para América Latina

Fortalezas	Oportunidades
“MdM E en Honduras, representación vigente y reconocimiento”.	“Posibilidad fuerte de cofinanciamientos”.
“Presencia real con proyectos en El Salvador, Guatemala, y Chiapas, México”.	“Interés por parte de la cooperación española hacia el proyecto, el tema y la estrategia”.
“Estrategia compartida MdM Francia y España”.	“Organizaciones internacionales (ACNUR) reconocen el contexto de crisis humanitaria”.
“Única organización de salud con visión de desarrollo en el eje salud migración”.	“Sociedad civil organizada y motivada para ser socio de MdM”.
“Reconocido por las instancias internacionales IOM, CICR, ACNUR como actor que trabaja migración y salud en la región”.	“Acceso a los colectivos vulnerables”.

⁸⁴ La matriz FODA es una herramienta de análisis estratégico diseñada para realizar un análisis interno (Fortalezas y Debilidades) y externo (Oportunidades y Amenazas) de una organización, territorio, sector o proyecto, con el objetivo de definir una estrategia de desarrollo, que maximice el potencial de las fortalezas y las oportunidades y minimice los efectos de las debilidades y las amenazas. Disponible en: https://europa.eu/capacity4dev/evaluation_guidelines/minisite/es-bases-metodo/C3%B3gicas-y-enfoque/herramientas-de-evaluaci%C3%B3n/an%C3%A1lisis-dafo-debilidades-amena.

La matriz FODA es un mecanismo utilizado por MdM en el seguimiento al proyecto regional.

“Reconocido en el sector de salud de TNAC y Chiapas México”.	“Hay muy pocas organizaciones trabajando el tema a nivel Estatal y regional”
“Conocimiento de las redes y actores locales y regionales”.	“Se puede con el menor costo posible, producir un impacto mayor”
“Capacidad de realizar investigaciones para análisis de brechas”.	“Complementariedad con las organizaciones de base”.
“Se basa en una estructura ya existente en la región”.	“Se fortalece la red entre las organizaciones para retroalimentarse y enfocar mejor las acciones”
“Las personas de las organizaciones ya son referentes”	“Inclusión en espacios de incidencia claves (incluido para el tema de seguridad y DDHH)”.
“Busca fortalecer capacidades de personas y organizaciones”	“Apertura a la temática en el sector de salud de cada país y a nivel regional de COMISCA”.
“Mejora la capacidad de permanencia y protección de las organizaciones”	

Fuente: Elaboración propia con base en Estrategia Plurianual 2017 a 2019 MdM España y Francia (2016) y entrevista a referente MdM España para América Latina.

Fortalezas: La labor conjunta de MdM España y Francia ha sido ininterrumpida en el sur de México, Guatemala y El Salvador. En Honduras, ha significado varios reconocimientos de diferentes instancias. Debido a ello, es valorado como un actor clave en el sector salud y un referente para otros organismos internacionales. Cuenta con un amplio conocimiento de las redes y actores claves con quienes llevar a cabo un trabajo conjunto, por ejemplo investigaciones. Es uno de los pocos actores que trabaja el tema de la salud y la migración, desde una perspectiva de desarrollo y tiene amplia experiencia en varias regiones del mundo. MdM busca apoyar una estructura de organizaciones ya existente, donde las mismas personas ya son reconocidas y tienen una trayectoria. Para que los objetivos propuestos se mantengan en el tiempo, considera esencial apostar por el fortalecimiento de las capacidades las organizaciones y de las personas.

Oportunidades: Altas posibilidades de cofinanciamientos, provenientes de diferentes fuentes, como la cooperación española o de otros organismos internacionales que reconocen el contexto de crisis humanitaria en la región. Además, es la única organización que trabaja el tema salud desde la cooperación

internacional para el desarrollo, enfocándose en organizaciones de base comunitaria con poblaciones en condición de vulnerabilidad. El apoyarse en estas organizaciones, trae como consecuencia una menor inversión financiera de MdM en recursos humanos o materiales y una complementariedad de capacidades o experiencias con los actores implicados. Partiendo de las capacidades locales existentes, el trabajo se centra en fortalecer las redes entre las organizaciones y lograr así los efectos deseados. Apuesta por mejorar la participación de las organizaciones de base comunitaria y de MdM en espacios de incidencia política regionales, como el COMISCA.

Tabla 9: Debilidades y Amenazas del proyecto regional según Equipos de MdM y Referente MdM España para América Latina

■ Equipos de MdM (Guatemala, El Salvador, Sur de México) ■ Referente MdM España para América Latina

Debilidades	Amenazas
“Lleva poco tiempo y por eso se está aprendiendo cómo hacer las cosas”	“Organizaciones de base débiles”.
“Redefinición de la sede administrativa del proyecto (Guatemala no es el centro para los desplazamientos regionales)”	“Normativa de los países”
“MdM no tiene identificados referentes estatales de salud en Oaxaca, Veracruz y Tabasco (solo en Chiapas)”	“Ocultamiento de la realidad migratoria / desplazamiento en Guatemala y poco reconocimiento político en El Salvador y Honduras”.
“Sobredimensionada la parte mexicana del proyecto (gran extensión territorial)”	“Presencia débil del sector de salud en el sector de migración”.
“Carencia de recurso humano”.	“Resistencias al cambio por parte de los funcionarios operadores de servicios de salud”.
“Complejidad administrativa, financiamientos externos atomizados”	“Contexto de violencia organizada regional”.
“Complejidad financiera y contable (4 monedas)”	“La inseguridad (actores de crimen organizado, trata de personas)”.
	“Contexto cambiante, puede cambiar política de EUA”.

Fuente: Elaboración propia con base en Estrategia Plurianual 2017 a 2019 MdM España y Francia (2016) y entrevista a referente MdM España para América Latina.

Debilidades: El corto periodo de tiempo que lleva el proyecto, incide en que se esté ajustando la ubicación de la sede administrativa y los alcances del proyecto

en el sur de México. MdM sólo ha estado presente en Tapachula (Chiapas) y no cuenta con las capacidades humanas y financieras para trabajar en los tres estados restantes (Oaxaca, Veracruz y Tabasco). En general se cree que el reducido recurso humano con el que cuentan es una limitante. Se da un fraccionamiento del cofinanciamiento, debido a que se buscan recursos de diferentes actores. Es improbable que un solo actor le otorgue financiamiento al proyecto regional. El manejo de cuatro monedas nacionales aumenta el grado de complejidad en la parte financiera y contable.

Amenazas: Diferentes debilidades en las organizaciones de base comunitaria (condiciones locales) y en la formulación - aplicación del marco legal de los países y/o no reconocimiento de la situación (Condiciones de los Estados). Existe débil participación y resistencias al cambio del sector salud en decisiones que involucran el tema migratorio. A nivel macro, un contexto internacional cambiante, especialmente con EUA y una peligrosidad latente, que genera el crimen organizado nacional y transnacional.

En general, se evidencia una valoración primordialmente positiva del proyecto regional, con predominancia de aspectos favorables (12 fortalezas, 11 oportunidades), en comparación con puntos de desventaja (7 debilidades, 8 amenazas). Sin incluir a Honduras en el análisis, se observa un conocimiento global de la situación interna y externa de las organizaciones de base comunitaria, de los actores claves, de las instituciones y de los Estados.

Aunque en número predominan los puntos en ventaja, la mayoría de las amenazas hacen referencia a condiciones propias de los Estados, instancias estatales y al crimen organizado transnacional. La magnitud y posibles impactos de estas amenazas son altos y pueden sobrepasar las capacidades de influencia de MdM, en especial, por la situación de inseguridad e impunidad reinante en el territorio. El conocimiento profundo de las posibles consecuencias de los riesgos puede favorecer la sobrevivencia del proyecto y de MdM en la región, respondiendo oportunamente ante un contexto cambiante e impredecible.

4.2. La visión local del proyecto en Honduras

A continuación se presenta el análisis realizado por el referente de migración de MdM Honduras del proyecto local (Alvarado, D, entrevista, 16 de noviembre de 2017). Como complemento, incluyo las observaciones que como psicóloga y practicante de CID, pude aportar para el proyecto en Honduras.

Tabla 10: Fortalezas y Oportunidades del proyecto en Honduras según Referente migración Honduras y Practicante CID en Honduras.

■ Referente de Migración Honduras ■ Practicante CID Honduras

Fortalezas	Oportunidades
“Somos los únicos que trabajamos el tema migratorio desde el acceso a la salud”.	“Las demás organizaciones abordan la salud desde una perspectiva humanitaria, nosotros procuramos incidir en política pública”.
“El proyecto ha sabido agrupar en un mismo proyecto organizaciones de diferente naturaleza, experiencia e incidencia, sin perder los objetivos que lo enmarcan”.	Al enfocar las acciones en el fortalecimiento de las personas de los colectivos, se pueden promover cambios significativos y deseados en los mismos (ej: autonomía de los comités “La Guadalupe”, “Amor y Fe” y CONAMIREDIS).
“Buscamos el trabajo en conjunto entre organizaciones de base y el interlocutor en materia de salud”.	Si se responde oportunamente a los riesgos psicosociales de las líderes de los comités, se pueden promover efectos positivos en el proyecto.
“Nuestro trabajo busca que se vayan adquiriendo compromisos, sobretodo de los entes Estatales”.	Si se logra establecer un trabajo coordinado con organizaciones de apoyo en la región, como CICR y con instancias estatales, se podría lograr sostenibilidad en los resultados favorables del proyecto.
MdM ha sido flexible con organizaciones y ha incluido en el proyecto a organizaciones que no están legalmente constituidas (“Amor y Fe” y “La Guadalupe”). Única organización en el país que trabaja el tema de salud con estos colectivos.	
Se prevé incluir el componente psicosocial, según las necesidades particulares de la población.	
Se considera el enfoque psicosocial un mecanismo efectivo para el fortalecimiento de capacidades en incidencia política.	

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a Referente de migración Honduras y Practicante CID en Honduras.

Fortalezas: Se resalta la singularidad del trabajo de MdM en Honduras. MdM es el único actor que plantea trabajar con poblaciones afectadas por la migración, mediante un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo. Abarca

grupos sociales excluidos e invisibilizados, como familiares de migrantes desaparecidos, migrantes retornados con discapacidad física y ha empezado a incluir a sus familiares/cuidadores, considerando los riesgos psicosociales que afrontan las personas involucradas. Conociendo la diversidad de las poblaciones, enfoca sus esfuerzos en un trabajo mancomunado con las organizaciones de base, que finalmente genere compromisos claros de los entes Estatales. MdM en Honduras ha mostrado flexibilidad en los criterios de selección de las organizaciones de base comunitarias, por lo que se están apoyando las que tienen mayores carencias internas, sin que se dupliquen acciones de otras organizaciones de apoyo, como el CICR. El proyecto ha buscado incorporar un enfoque psicosocial en el diagnóstico de necesidades de los colectivos y considera necesario incluirlo a lo largo de la intervención social. En el proyecto, el componente psicosocial se convierte en un eje o puente facilitador de procesos: en la atención de impactos psicosociales, en la prevención de efectos perjudiciales en la salud física y emocional de las personas, en el fortalecimiento del tejido comunitario y social y como se verá en el siguiente apartado, en el fortalecimiento de capacidades.

Oportunidades: La experiencia en incidencia política de MdM es una fortaleza en potencia y una particularidad que los distingue de otros actores con presencia en el país. Además, el fortalecimiento de capacidades de las organizaciones de base implicadas y el trabajo en red que se desea lograr con organizaciones de apoyo (como el CICR), puede generar progresos importantes en la atención a personas afectadas por la migración en Honduras, ampliando el rango de poblaciones beneficiadas y mejorando la calidad en la atención. Un enfoque psicosocial ajustado a las condiciones y necesidades de las personas, podría ser un punto clave para lograrlo.

Tabla 11: Debilidades y Amenazas del proyecto en Honduras según Referente migración y Practicante CID en Honduras.

■ Referente de Migración Honduras

□ Practicante CID Honduras

Debilidades	Amenazas
“Recurso humano escaso, somos pocos y queremos hacer mucho”.	“Contexto político de incertidumbre”.
No cuentan con un psicólogo permanente que pueda fortalecer las capacidades y atender las necesidades manifestadas por las personas en los colectivos.	“Inseguridad donde se llevan a cabo las actividades”.
El recurso humano con el que cuenta el proyecto tiene una percepción limitada de los alcances que puede tener un componente psicosocial en el proyecto.	Poco involucramiento de funcionarios y de instancias Estatales en los procesos.
“Hay tantas necesidades en las organizaciones de base y los fondos no son muchos, no podemos hacer tanto como quisiéramos”.	“Se podría causar conflicto o resistencia entre las organizaciones que ya están instaladas, considerando que se están duplicando esfuerzos, sin que comprendan de fondo el objetivo del proyecto”.
“Hasta hace poco empezamos el trabajo, apenas hace unos meses (2017)”	Que otras organizaciones de apoyo apliquen de forma inflexible un enfoque psicosocial en el trabajo con las personas, generando incluso acciones con daño.
	“Sostenibilidad de los procesos, cofinanciamiento, que nos aprueben las propuestas”.

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a Referente de migración Honduras y percepción de Practicante CID en Honduras.

Debilidades: Tanto el proyecto, como MdM en Honduras, presentan carencias, como: falta de personal (como mínimo psicóloga/o y logista), desconocimiento de los alcances, implicaciones y beneficios que puede traer el incluir oportunamente el componente psicosocial en la intervención, fondos insuficientes para cubrir las necesidades identificadas en las poblaciones y reciente apertura de la oficina en Honduras, por lo que hasta ahora se está posicionando MdM con algunas instancias estatales.

Amenazas: Las condiciones de riesgo del contexto social, político y económico de Honduras, como la inseguridad reinante a nivel nacional, la inestabilidad e incertidumbre política y la resistencia o apatía de funcionarios e instancias Estatales con las que desea trabajar, son obstáculos a afrontar. De igual

manera, la desconfianza y/o poca cooperación de otras organizaciones que trabajan el tema salud en el país, como el CICR.⁸⁵ La posibilidad de no cofinanciamiento del proyecto a futuro, también es visto como un riesgo.

Aunque los puntos ventajosos (11) equivalen al mismo número de puntos en desventaja (11), a nivel interno se identifican más fortalezas (7) que debilidades (5). En la esfera externa, ocurre lo contrario, se evidencian más amenazas (6) que oportunidades (4). Ante tal panorama, convendría reforzar las fortalezas internas del proyecto y de la organización en Honduras, mientras que paralelamente se realiza una previsión exhaustiva de los riesgos y las estrategias necesarias para prevenir y mitigar posibles consecuencias desfavorables en el proyecto, pero sobretodo en las personas.

Es importante considerar que existe la posibilidad de que en el pasado se hayan realizado acciones con daño desde organizaciones y personas que han trabajado un enfoque psicosocial con las poblaciones⁸⁶. Ante tal situación, se espera que MdM extreme sus precauciones, para que con su intervención beneficie a todas las personas involucradas, previniendo posibles daños en los procesos y en las personas.

4.3. La visión del fortalecimiento de capacidades desde las personas

En seguida se presentará un análisis del fortalecimiento de capacidades, con base en la propuesta realizada por Fernández-Baldor y Boni, (2011), donde se examina cómo se pueden estudiar cuatro principios del enfoque de capacidades, en un proyecto de cooperación internacional para el desarrollo.

Como se expuso en el primer capítulo, los principios se recuperan y fundamentan en el paradigma del Desarrollo Humano y son:

⁸⁵ A partir de las entrevistas realizadas a psicólogos del CICR, se percibió suspicacia en cuanto al enfoque psicosocial que deseaba implementar MdM en Honduras. Según la comunicación mantenida con las juntas de los comités de familiares desaparecidos “Amor y Fe” y “La Guadalupe”, el CICR no ha respondido a las solicitudes de apoyo psicosocial realizadas y está apoyando exclusivamente a los comités COFAMIPRO y COFAMICENH, los cuales sí están legalmente constituidos.

⁸⁶Un ejemplo de ello puede ser la desintegración abrupta de la Red Nacional de Atención Psicosocial RENAPS que había realizado valoraciones individuales en CONAMIREDIS, sin que se dieran a conocer los resultados a las mismas personas o de forma global a la comisión.

- Equidad y diversidad: Acceso equitativo a oportunidades, reconociendo la diversidad de las personas.
- Sostenibilidad: Preservar el bienestar de las personas
- Productividad: Facilitar un entorno para que las personas se puedan asegurar unos medios de vida sostenibles.
- Participación y Empoderamiento: Lograr que las personas puedan influir en las decisiones que afectan a sus vidas. (Fernández-Baldor y Boni, (2011) a partir de Ul Haq (1995) y Sen (1999).

Se expondrán y analizarán las percepciones de tres visiones particulares en el proyecto: Referente de MdM España para América Latina (Arias, 2017), Referente migración Honduras (Alvarado, 2017) y Coordinadora de CONAMIREDIS (Nuñez, K, entrevista personal, 4 de diciembre de 2017). Se toman estas tres posturas para comprender cómo se concibe el proyecto desde una perspectiva regional, nacional y desde una organización de base comunitaria beneficiada (CONAMIREDIS).

En las tablas se presentará el texto como si se quisiera plasmar una imagen. Cuando se observa una imagen, una figura no puede identificarse, si no hay un fondo que la acompañe. Siguiendo este planteamiento, en el texto aparecerá en cursiva y subrayado, como “figura”, el contenido que considero clave de lo expresado por las personas. La parte no resaltada del contenido, el “fondo”, también se considera muy importante, puesto que le da sentido al mensaje expresado. Inmediatamente después de presentar las palabras expresadas por las tres personas, se acentuará el mensaje que considero principal con mis palabras.

4.3.1. Principio Equidad y Diversidad

Tabla 12: Principio Equidad y Diversidad según visión regional, local y de CONAMIREDIS.

EQUIDAD Y DIVERSIDAD		
<p>Implicaciones prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir el enfoque de equidad de género como eje transversal en el análisis. - Debatir distribución intrafamiliar de los recursos o medios disponibles - Considerar la diversidad de puntos de vista e intereses dentro de una comunidad (etnia, edad) - Cuestionar las relaciones de poder establecidas. 		
Visión Regional MdM	Visión Local MdM	CONAMIREDIS
<p>“...Tanto el enfoque de género como de derechos humanos <u>se incorpora de forma transversal</u> en nuestros proyectos (...)”</p> <p>No se da a conocer la forma como se incorpora el enfoque transversal de género.</p>	<p>“Más que lograr una transversalización, se quisiera lograr <u>que el género sea un pilar...El proyecto tiene el enfoque de género dependiendo de las particularidades de cada país.</u></p> <p>El género se concibe como un eje central, pero no se expresa su aplicación en la práctica.</p>	<p>“Por la falta de acceso a la salud, su condición va empeorando cada vez más. Por ejemplo, a una señora la llevé al ginecólogo, hacía años que no iba y salió que tenía VIH, con 31 años. No le dieron un documento, ni nada que le dijera qué era lo que tenía... <u>Ellas no se cuidan, por el mismo miedo que tienen. Todas las mujeres no han ido a ese tipo de consultas y sienten mucho miedo de lo que puedan encontrarle o de revivir experiencias traumáticas que vivieron con su salud en México, por ejemplo, recuerdan esos momentos cuando las amputaron o de abusos..... solamente con acostarse en una camilla.....Tenemos casos complicados y largos...por ejemplo las enfermedades crónicas, en muchos casos la diabetes genera amputación de otro miembro...</u></p> <p>Hace poco murió una persona, él no sabía, ni sabíamos que tenía cáncer. <u>Al parecer por su misma condición, no se atienden otros problemas de salud, no se dan cuenta. Sienten malestar y no le prestan importancia, ... El tema de salud es fundamental”.</u></p> <p>Las mujeres afrontan dificultades y condiciones particulares, diferentes a las de los hombres, especialmente en materia de salud. Las violencias y eventos traumáticos del pasado afectan los cuidados actuales a su salud.</p>
<p>“Buscamos fortalecer directamente las capacidades de las organizaciones, pero <u>también se benefician indirectamente los migrantes en general.”</u></p> <p>Se expresa una postura indeterminada, ante una inequidad intrafamiliar en la distribución de los recursos disponibles,</p>	<p>“<u>Nos cuestionamos ese posicionamiento dañino de que “la mujer debe estar solamente en la casa... no es un objeto. Al verla como un objeto, es que se dan tantas situaciones de violencia”.</u></p> <p>Se cuestiona la violencia doméstica, pero no la inequidad en la distribución intrafamiliar de los recursos:</p>	<p>“(...) Muchas personas vienen con el trauma, vienen enojados, especialmente consigo mismas, <u>cuando llegan a sus casas, todo les enoja, todo les molesta, ni ellos solos se comprenden, entonces ahí</u></p>
<p>“<u>Se analizaron los diferentes perfiles del migrante y familiares, dentro y fuera de las organizaciones de base.</u> Estamos trabajando con organizaciones de base, el Estado y</p>	<p>“<u>Se debe tener una atención diferenciada según las necesidades de las poblaciones... Estos comités tienen en común necesidades en salud no atendidas. Y debe ser una salud integral, no solamente la parte de</u></p>	

<p>diferente perfil de migrantes. El diálogo se dio con los principales interesados”.</p> <p>Las poblaciones directamente afectadas se identifican, pero no se genera un análisis profundo de las diferencias según género, etnia, edad, etc.</p>	<p><u>atención básica...</u> La salud, la pobreza y la falta de empleo, son carencias que el mismo pueblo hondureño vive, pero <u>con mayores riesgos en la población</u>”.</p> <p>Se cree necesaria una atención diferenciada, debido a los riesgos a los que está expuesta la población. Pero no se hace una diferenciación de los riesgos según etnia, edad, lugar de origen, etc.</p>	<p>hay un choque, <u>la esposa se va con los hijos, la esposa se va y deja los hijos, ellos se vuelven más agresivos</u>, sobretodo al principio... Es otra necesidad de trabajar también en grupo como familia (...) porque ellos mismos no sienten que tienen la capacidad de expresarse, lo que sienten, sin enojo... pero es verdad, las emociones se revuelven y llega el momento que explotan, <u>es la falta de atención psicológica...ellos se desquitan con los primeros que encuentren, la esposa, los hijos...</u>”</p> <p>Es importante incluir a las familias en la intervención, todo el grupo familiar se ve afectado (niñas, niños, adolescentes), aunque especialmente las mujeres.</p>
<p>“Se quiere fomentar y promover una normativa regional que beneficie a las personas que se desplazan, <u>fortaleciendo a las OSC, para que se contacten con actores clave. Se busca influir en políticas públicas</u>”.</p> <p>El proyecto pretende transformar las relaciones de poder establecidas, fortaleciendo las capacidades de las personas de las organizaciones de base comunitaria.</p>	<p>“Nosotros buscamos <u>que las mujeres tengan un papel protagónico</u> en la defensa de sus derechos y en la promoción de los mismos, y también <u>los colectivos que han sido excluidos durante años. Las personas en CONAMIREDIS vivieron la ruta migratoria, retornaron con su sueño frustrado, volvieron con deudas, vienen con un trauma físico que le va a marcar su vida y con la etiqueta de persona discapacitada</u>”.</p> <p>Las mujeres y las personas en CONAMIREDIS, son las principales poblaciones que se desean fortalecer, con el fin de alterar las relaciones de poder establecidas.</p>	<p>“(…) <u>Todos tienen su crisis, donde ellos dicen: “el gobierno no me ayuda, el gobierno no hace nada”</u> (...) pero yo he notado que ellos mismos pueden discutir, pueden enojarse, pueden hablar pero llegan a la conclusión de que ellos fueron los que tomaron la decisión... <u>no es fácil, hay momentos de crisis....hasta a nosotros nos reprochan: ¿ustedes reciben el dinero y qué hacen? Me han dicho de todo, después les pasa y se disculpan, yo los entiendo</u>”.</p> <p>“(…) <u>algunos se han ido otra vez y han fallecido, algunos se fueron con la amputación de una pierna y vuelven con otra amputación, pero es la misma situación, aquí no hay nada para hacer, dicen: “al menos allá en México voy a un albergue, hago un trabajito sencillo y pido dinero y me regreso”, ese es su trabajo, porque aquí no hay..... yo no puedo juzgar tampoco porque aquí no hay trabajo</u> (...)”.</p> <p>Tener presente que las personas viven en un entorno hostil y carente de oportunidades, cada caso es diferente (impactos psicosociales, familia, comunidad, etc.) y la intervención tendría que ser diferencial.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a referente de MdM España para AL, Referente Migración Honduras y Coordinadora de CONAMIREDIS.

Entre las tres visiones citadas, existe una concepción diferente, pero no excluyente de lo que significa Equidad y Diversidad. La visión regional mantiene una percepción general del proyecto, aún refiriéndose a Honduras. La mirada local refleja un mayor conocimiento de las condiciones de las poblaciones, con análisis más profundos. Pero es la visión de CONAMIREDIS, la que logra expresar en detalle las necesidades o los requerimientos que se esperaría que el proyecto alcance, para fomentar el desarrollo de las personas.

A nivel local parece darse una comprensión más profunda que a nivel regional, en cuanto a las inequidades sociales e intrafamiliares que experimentan las mujeres directa o indirectamente beneficiadas. Sin embargo el análisis pareciera quedarse en un discurso superficial de la equidad y diversidad, pues no se profundiza en las características diferenciales de las personas, como el género, la edad, la etnia, condición de salud, ubicación geográfica, entre otras, las cuales son variables necesarias a tener en cuenta, cuando se busca realizar un análisis de intersecciones, que facilite la comprensión de la población. Así mismo, desde la perspectiva regional y local, se refleja una concepción limitada de lo que implica la transversalización del enfoque de género en el proyecto de cooperación internacional para el desarrollo, del caso estudiado. Da la impresión que cuando hacen mención a la palabra género, están refiriéndose únicamente a las mujeres en el proyecto.

En cuanto a CONAMIREDIS, se hace referencia a los efectos psicosociales de eventos traumáticos (diferentes violencias en el tránsito y retorno), experimentados en el pasado, que no han sido atendidos hasta el momento y que afectan de forma diferencial a hombres y mujeres. Se expresan las profundas inequidades a nivel intrafamiliar (debido principalmente al tema de los cuidados, que realizan en especial las mujeres) y en el acceso y calidad de los servicios de salud disponibles. Se considera importante que se implementen estrategias oportunas que respondan a la diversidad de cada caso, por medio de una verdadera atención diferencial que considere las condiciones, necesidades y riesgos de todas las personas afectadas.

4.3.2. Principio Sostenibilidad

Tabla 13: Principio Sostenibilidad según visión regional, local y de CONAMIREDIS.

SOSTENIBILIDAD		
<p>Implicaciones prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer procesos y tendencias, realizar sistemas de monitoreo y evaluación de capacidades - Aprender de la práctica e incorporar los aprendizajes. - Analizar cómo las elecciones actuales pueden afectar a las opciones en el futuro - Buscar la sostenibilidad de todos los recursos de la comunidad así como en las estrategias de intervención, habilidades y responsabilidades. 		
Visión Regional MdM	Visión Local MdM	CONAMIREDIS
<p><u>“Tomamos como base la misión exploratoria y hemos hecho algunas reuniones regionales de seguimiento con los equipos. El seguimiento es más fácil cuando son recursos propios. Cuando es financiación pública, el seguimiento se hace dependiendo de los donantes, con las rendiciones de seguimiento”.</u></p> <p><u>“Cada Referente de migración va reportando periódicamente cómo va avanzando el proyecto, según las actividades que se hayan asignado a cada país”.</u></p> <p>El seguimiento con los equipos ha sido una estrategia esencial de mejoramiento continuo. El seguimiento también ha dependido de los criterios establecidos por los donantes.</p>	<p><u>“Las organizaciones construyeron sus propias actividades, según sus necesidades, obviamente con el acompañamiento técnico y financiero nuestro. Cada organización lo plantea desde su mirada. Y nosotros también nos cobijamos a las actividades del proyecto regional, hay indicadores bien definidos por país que hay que cumplir”.</u></p> <p><u>“Nosotros acompañamos y hacemos seguimiento a las actividades programadas por las organizaciones, para que se cumplan y apoyar si se necesita”.</u></p> <p>Se monitorea el proyecto local desde el proyecto regional y el proyecto local hace seguimiento a las actividades programadas por las organizaciones de base comunitaria. Se percibe una flexibilidad con límites, mayor en las organizaciones de base comunitaria y más limitada en el equipo de MdM Honduras.</p>	<p><u>“En los comités también se capacita para que ellos puedan hacer incidencia. En este momento se les está empezando a capacitar. En la parte psicosocial desde el año ante pasado (2015) se le ha prestado más atención, porque realmente es muy importante, para que haya buenos resultados, con los proyectos productivos, para que sigan el tratamiento y se cuiden”.</u></p> <p>Para lograr sostenibilidad en los procesos se considera necesario capacitar a las personas para que logren incidir en política pública. Se está iniciando a formar a los líderes en los comités. El componente psicosocial se considera como un medio necesario para llegar a varios fines deseados.</p>
<p><u>“De los análisis realizados y del cumplimiento de indicadores hemos hecho ajustes al proyecto, sobretodo a las actividades. El proyecto es maleable. Se consultan los equipos y las OSC. Además MdM Francia tiene mucha</u></p>	<p><u>“Intentamos mantener comunicación entre los equipos, pero sobretodo es con la coordinación regional. Desde la postura de MdM no podemos asumir un papel que le compete al Estado, pero sí podemos tratar de cumplir con</u></p>	<p><u>“.... También hay personas que se adaptan mucho a la amputación, y procuran seguir con su vida (...) ellos (mostrando fotografías) por ejemplo no usan zapatos, él camina descalzo y no quiere prótesis porque por el tipo de</u></p>

<p>trayectoria trabajando en temas de migración”.</p> <p>Del seguimiento realizado con los equipos y la experiencia de MdM Francia, se han ajustado las actividades iniciales. Se concibe ventajoso que el proyecto sea flexible.</p>	<p>necesidades básicas desatendidas”.</p> <p>Los principales canales de comunicación son verticales y se dan directamente con la coordinación regional.</p>	<p>amputación no se puede...no le sirve”</p> <p>Tener en cuenta las fortalezas de las personas es clave para lograr la sostenibilidad de los procesos, un ejemplo es la capacidad de adaptación. Las personas se adaptan a diferentes condiciones, dependiendo de sus recursos y sus necesidades.</p>
<p>“Sabemos que tenemos una realidad compleja, pero <u>existen organizaciones con mucha experiencia en la región. Se quieren promover las capacidades necesarias, para dejarlas instaladas a futuro (...). Los impactos en las OSC se van a dar a mediano y largo plazo, los resultados no son inmediatos. Se busca que a mediano – largo plazo el Estado se haga cargo de sus responsabilidades, como titular de obligaciones”.</u></p> <p>A mediano y largo plazo, se confía en el papel clave que puedan tener las organizaciones de base comunitaria en el cumplimiento de objetivos sostenibles.</p>	<p>“La estrategia está proyectada para 4 años aproximadamente, buscamos un trabajo articulado entre la sociedad civil, la cooperación, el gobierno, las secretarías y ministerios de salud, para que sobretodo el gobierno cree un programa que atienda a la población beneficiaria directa. <u>Es un proceso que puede llevar tiempo</u>” (...). “<u>La sostenibilidad en últimas le compete a los Estados, nosotros somos un ente externo que venimos a facilitar los procesos. Lo que sí podemos y queremos es dejar instaladas las habilidades necesarias</u>”.</p> <p>Para lograr los objetivos sostenibles se considera indispensable lograr un trabajo en red, donde el Estado brinde las garantías necesarias. El proceso se concibe a largo plazo, pero parece posible.</p>	<p>“sin salud nada se puede... por ejemplo él tiene una gran infección (mostrando fotografías), más de 2 meses curándolo todos los días, <u>se requiere mucha paciencia de ellos y de uno, no es fácil, hay casos muy tristes (...)</u> son fuertes las imágenes, pero es la realidad, yo no exagero, vamos a las casas para que conozcan la realidad (...) <u>es muy triste ver tanta necesidad, que siempre va a existir y saber que no hay apoyo...</u>”</p> <p>Si se desea sostenibilidad, se requiere entender que las personas afrontan constantes situaciones difíciles. Por la permanencia y gravedad de la lesión, se requieren cuidados a largo plazo, tanto de la familia, como de quienes trabajan con ellos, lo cual genera riesgos psicosociales adicionales. No sólo se deberían atender los nuevos casos, sino también los que han ocurrido en años anteriores, quienes pueden estar aún más afectados.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a referente de MdM España para AL, Referente Migración Honduras y Coordinadora de CONAMIREDIS.

Se evidencia una percepción complementaria y no contradictoria entre las tres visiones, al referirse a la sostenibilidad. La mirada local complementa los elementos descritos a nivel regional, debido a un mayor conocimiento de la población y del contexto. Por su parte, CONAMIREDIS concreta más las particularidades y las estrategias que MdM debería tener en cuenta durante el proceso, para llegar a cumplir unos objetivos sostenibles en el proyecto.

Se observa que el seguimiento, con la participación de los equipos de MdM en la región, es una estrategia fundamental para realizar ajustes y mejoras a las actividades del proyecto. Aunque se reconoce flexibilidad en la formulación del proyecto, desde MdM Honduras se percibe rigidez en cuanto al cumplimiento ineludible de algunas actividades que son establecidas a nivel regional. La comunicación más sobresaliente es la vertical, por lo que se podría inferir que la comunicación horizontal se presenta especialmente cuando hacen seguimiento regional al proyecto, donde se podría caer en el riesgo de enfatizar las prácticas exitosas en cada país, mientras se minimizan las dificultades presentadas en el proyecto. La sostenibilidad se relaciona con los cambios favorables que se han generado a partir de la participación organizada e interconectada de los diferentes equipos en el proceso.

Para CONAMIREDIS la sostenibilidad tiene que ver principalmente con el estado emocional de las personas y sus familias. Según esta visión, se trata de rescatar y aprovechar los recursos o fortalezas de cada persona involucrada, para que logren afrontar las condiciones adversas que se presentan y puedan presentarse a futuro. Implica reforzar la capacidad de adaptación de las personas y las habilidades que pueden ayudar a encontrar un sentido a su realidad, especialmente cuando se afrontan situaciones que no se pueden transformar. En términos generales, se considera indispensable brindar una atención psicosocial a todos los afectados, para lograr objetivos sostenibles.

4.3.3. Principio Productividad

Tabla 14: Principio Productividad según visión regional, local y de CONAMIREDIS.

PRODUCTIVIDAD		
Implicaciones prácticas:		
<ul style="list-style-type: none"> - Invertir en las personas. - Crear un ambiente macroeconómico que permita a las personas explotar su potencial creativo y productivo. - Relacionar los diversos actores, sus estrategias de subsistencia y los resultados deseados.⁸⁷ 		
Visión Regional	Visión Local	CONAMIREDIS
<p>“(…) el interés está puesto en las personas. <u>Las organizaciones conocen y viven la situación, están comprometidos con lo que hacen, le dedican los recursos y tiempo a sus objetivos, tienen mucha experiencia. Se busca que ellos mismos puedan hacer valer sus derechos</u>”.</p> <p>En el proyecto se decide invertir en las personas que conforman las organizaciones de base comunitaria, debido a que poseen las habilidades necesarias para lograr los objetivos del proyecto, especialmente en materia de incidencia política.</p>	<p>“<u>Si la población está sana, desde el equilibrio físico, emocional y social, pues van a estar conscientes de los derechos que deben reclamar. En el 2016 fue modalidad de subvención con líneas específicas en materia de salud, pero siempre buscando el fortalecimiento de las bases</u>”.</p> <p>La inversión en las personas se vincula con una mirada de salud integral o biopsicosocial, necesaria en el proceso del proyecto. Para que las personas/organizaciones puedan alcanzar los objetivos propuestos, por ejemplo, de incidencia política, es necesario que experimenten un bienestar general.</p>	<p>“...si ya tiene su prótesis, se evalúa si la persona ya tiene un “<u>emprendimiento</u>”, <u>dedicación anterior de su labor, se intentan buscar recursos para que con un capital semilla puedan emprender el negocio. A veces se buscan programas de becas escolares para los niños. El padre ya no puede trabajar en la montaña como obrero, porque tiene su discapacidad (…)</u>. Se busca ayudar para que los niños al menos terminen su educación primaria. Buscamos esos proyectos, por ejemplo: venta de zapatos, <u>se les da la materia prima, de acuerdo a un perfil de negocios. La mayoría de los proyectos que se han apoyado, ellos ya tenían su negocio previo al accidente, por ejemplo, un jovencito que tuvo accidente a los 14 años, ahora a sus 24 años pinta muy bien (…)</u>. Pero muchos se tiran al abandono, <u>a la bebida...por eso la necesidad de la parte psicosocial, del apoyo y por eso estamos esperando a ver si esta vez se puede conseguir...</u>”</p> <p>Podría traer varios beneficios el fortalecer el enfoque productivo que ha gestionado CONAMIREDIS en el pasado, apoyando a las personas que quieren retomar ocupaciones previas a la migración, pero teniendo en cuenta las condiciones psicosociales en las cuales las personas asumen dicho reto.</p> <p>“<u>Eso les ayuda a ellos a explotar las habilidades que tienen. No se pueden quedar sin hacer nada. Tenemos personas con discapacidad que para este momento no han salido nunca de sus casas. Personas que se han tratado de suicidar. Por ejemplo, hemos visto el caso de líderes (...), que se han intentado suicidar repentinamente (...). No se ha dado el tratamiento psicológico que ellos requieren para de verdad vaciarse de todo. Siempre queda aquel recordito, que al activarse otra vez se detona y recaen</u>”.</p> <p>Se encuentra relación directa entre la ocupación de las personas, la realización de actividades en su tiempo disponible y el bienestar psicosocial. Se enfatiza en la</p>

⁸⁷ La entrevista se centra principalmente en la inversión que se ha dado en las personas, debido a que el proyecto no posee directamente un enfoque productivo o económico.

		importancia de atender los impactos en la salud mental de las personas.
--	--	---

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a referente de MdM España para AL, Referente Migración Honduras y Coordinadora de CONAMIREDIS.

Una vez más se presenta complementariedad entre las percepciones de las tres visiones expuestas. En especial la mirada de CONAMIREDIS expresa y aporta elementos de alta importancia que no fueron contemplados en la formulación del proyecto, ni en la visión regional y local. Si se toman en conjunto los elementos señalados por las tres miradas, se estarían integrando los elementos que engloban el principio productividad.

Aunque las visiones regional y local se integran, la mirada de CONAMIREDIS trae a colación un elemento central, que es la salud biopsicosocial, al hacer referencia a la prioridad de invertir en las personas/organizaciones involucradas. Para que las personas puedan influir en cualquier escenario político, es necesario que previamente se lleve a cabo un proceso particular con cada persona, (con posibles avances y retrocesos), centrado en promover un bienestar individual, familiar y social.

Por su parte, CONAMIREDIS incluye la necesidad de promover el desarrollo ocupacional de las personas en el proyecto. Debido al contexto de pobreza y pobreza extrema que caracteriza la región y la particular condición de vulnerabilidad de la población, se considera necesario fortalecer las capacidades ocupacionales de las personas y los recursos monetarios o físicos requeridos para llevarlo a cabo. Si este proyecto de cooperación internacional para el desarrollo tuviera en cuenta un enfoque productivo, aparte del psicosocial, se podrían generar beneficios en cadena, a nivel individual, familiar y social, que favorecerían a su vez los fines últimos que persigue el proyecto.

4.3.4. Principio Participación y empoderamiento

Tabla 15: Principio Participación y empoderamiento según visión regional, local y de CONAMIREDIS.

PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO		
Implicaciones prácticas: <ul style="list-style-type: none"> - Participación de todos los actores en todas las etapas (toma de decisiones) - Espacios de deliberación democrática (consensos vs. mayorías) - Descentralizar recursos - Prestar especial atención a colectivos que puedan sufrir exclusión (mujeres, jóvenes, etc). - Indagar sobre las posibles “ataduras” que impidan a las personas ejercitar su agencia 		
Visión Regional	Visión Local	CONAMIREDIS
<p>“En la misión exploratoria <u>se entrevistaron organizaciones que nos interesaban para el proyecto.</u> (...) se habló con líderes de las organizaciones. Ahora ya estamos en la implementación del proyecto”.</p> <p>La participación se enfoca en la percepción de los líderes de las organizaciones de base comunitaria y exclusivamente en el momento de planeación del proyecto.</p>	<p>“Por ejemplo, <u>las mismas cabezas de AHS y CONAMIREDIS participaron en la elaboración de una propuesta para Andalucía.</u> Se busca el empoderamiento de ellos como sujetos de derechos, tienen que reclamar, exigir una respuesta ante los gobiernos, no la tienen”.</p> <p>La participación de las líderes de algunas organizaciones de base comunitaria se ha enfocado en el suministro de información clave para la realización de una propuesta de cooperación internacional para el desarrollo.</p>	<p>“<u>En este momento para empezar tenemos identificados a 70 líderes. Los 70 son personas que estaban más comprometidas con los comités, que de alguna manera habían apoyado también a otros (...) y esperamos que si Dios lo permite el otro año ya podamos involucrar más gente, todo depende del recurso que tengamos...</u>”</p> <p>CONAMIREDIS, con el apoyo de MdM, se está enfocando en estrategias que fortalezcan las habilidades de liderazgo, en personas identificadas, para que sean multiplicadores de la información con otras personas, a las que no es fácil llegar, por su ubicación geográfica.</p> <p>“¿Cooperación internacional? Si se ha hecho, pero a la hermana <u>le gusta trabajar más con organizaciones religiosas, que tengan que ver con la iglesia, hubiéramos podido aplicar a algunos proyectos, pero somos muy pocos recursos humanos (...). Yo soy la única que trabaja con los migrantes con discapacidad.</u>”</p> <p>Se expresa la necesidad de promover la participación y la autonomía de la Comisión y de las personas, aumentar los recursos humanos, para ampliar las posibilidades de apoyo internacional.</p> <p>“<u>Ellos se motivan con reunirse, por lo menos una vez al año (...), me dicen: ¿cuándo hacemos un taller?, haga una reunión (...), conocen otra gente, al momento va a ser un golpe, porque pensaban que eran los únicos...pero el ver cómo asumen la situación otras personas, ver cómo ríen, eso los ayuda mucho ... por ejemplo, hay una Sra. de 62 años, tuvo el accidente a los 60 años. Una vez que fue a un taller me contaba que se había puesto a llorar mucho, porque no se imaginó que tantas personas estuvieran en esa situación, en esa ruta de dolor...de una u otra manera esto los fortalece, ellos se entienden, se conocen.... Una señora le mandó un papelito a otra en el que decía: ¿quiere ser mi amiga? ...de la soledad</u></p>
<p>“En las reuniones estratégicas, <u>para tomar decisiones se le da igual importancia a todos nuestros equipos, ellos son los que</u></p>	<p>“Nosotros como <u>MdM Honduras estamos invitados y participamos en las reuniones regionales que se programen, ya sea de la parte técnica o financiera.</u>”</p>	<p>“<u>Ellos se motivan con reunirse, por lo menos una vez al año (...), me dicen: ¿cuándo hacemos un taller?, haga una reunión (...), conocen otra gente, al momento va a ser un golpe, porque pensaban que eran los únicos...pero el ver cómo asumen la situación otras personas, ver cómo ríen, eso los ayuda mucho ... por ejemplo, hay una Sra. de 62 años, tuvo el accidente a los 60 años. Una vez que fue a un taller me contaba que se había puesto a llorar mucho, porque no se imaginó que tantas personas estuvieran en esa situación, en esa ruta de dolor...de una u otra manera esto los fortalece, ellos se entienden, se conocen.... Una señora le mandó un papelito a otra en el que decía: ¿quiere ser mi amiga? ...de la soledad</u></p>

<p>conocen a fondo lo que pasa en su país”.</p> <p>En el seguimiento al proyecto regional y local, es central la participación de los equipos de MdM, no son convocadas las organizaciones de base comunitaria.</p>	<p>Los colaboradores de MdM Honduras participan en las reuniones regionales desde el 2017, no participan líderes o integrantes de las organizaciones de base comunitaria.</p>	<p>que ella vive...son muy importantes las reuniones realmente...”</p> <p>En los migrantes retornados con discapacidad física se identifica una tendencia hacia la búsqueda de apoyo social. Se identifican varios beneficios emocionales cuando se reúnen, como: sentir que comparten una condición, sentirse comprendidos, adopción de otras estrategias de afrontamiento, disminución del aislamiento, fortalecimiento comunitario, entre otros.</p> <p><u>“Se han reunido espontáneamente, por ejemplo, en una comunidad, si hay uno enfermo, ellos se reúnen y los van a ver, buscan la manera ... aquí en “Tegus” decayó mucho por el tema de inseguridad, muchos tuvieron que huir, pero había una persona muy querida por ellos que tenía un carrito viejito, él transportaba a los mismos migrantes (...), cada domingo habían tomado la costumbre de ir a la casa de alguno de ellos, a visitarse... hay bastante compañerismo entre ellos mismos todavía y ahorita se formó una junta directiva de CONAMIREDIS a nivel nacional, donde ellos mismos la conforman. Cada comité tiene su junta directiva, pero de su zona.... la idea es que se puedan reunir al menos dos veces al año. Es complicado porque como es a nivel nacional, implica mucho gasto, pero ellos están con la disposición de querer organizarse...”</u></p>
<p><u>“Si hemos decidido descentralizar los recursos económicos, las transferencias, porque todo estaba llegando a Guatemala y de ahí se distribuía. Ahora se va a transferir a cada país”.</u></p> <p>Como resultado de la experiencia y el seguimiento al proyecto, se ha promovido la descentralización de recursos económicos para los países.</p>	<p><u>“Si se va a hacer, porque hemos dependido de Guatemala o de Nicaragua y eso retrasa más los procesos. La subvención financiera se está dando a COFAMIPRO y a la AHS, que a su vez lo hace llegar a CONAMIREDIS”.</u></p> <p>A diferencia de COFAMIPRO, la AHS es quien maneja los recursos de CONAMIREDIS, decidiendo cómo, cuándo y en qué se destinan.</p>	<p>Se han conocido casos en los que las personas migrantes retornadas con discapacidad física se han reunido por iniciativa propia, procuran brindar y recibir apoyo social, a pesar de las dificultades económicas, de desplazamiento e inseguridad. CONAMIREDIS desea fomentar estas estrategias de afrontamiento y los vínculos sociales entre las personas, a través de la conformación reciente de una junta directiva nacional, integrada por líderes.</p> <p><u>“...yo voy aprendiendo lo que dice la fisioterapeuta, de cuales ejercicios hacer y les digo cuando tengo la oportunidad ...entre ellos también se orientan y así es más llevadera la situación...”</u></p>
<p><u>“El programa atiende muchos tipos de perfiles de organizaciones y migrantes, pero en todos los casos ha habido una vulneración a sus derechos. Es una crisis olvidada y normalizada la</u></p>	<p><u>“La mayoría de estas poblaciones viven en condición de pobreza, porque son personas que no tienen un empleo. Sin empleo se genera el círculo vicioso de la pobreza. La salud es otra de las carencias principales que sufren estos</u></p>	<p>La comunicación interpersonal genera beneficios. Se pueden compartir aprendizajes y experiencias que van teniendo los migrantes y la colaboradora, que contribuyen a mejorar la situación de diversos casos.</p> <p><u>“Muchos migrantes no quieren llegar a su casa, dicen que prefieren volverse a ir, otros casos, los familiares no los quieren recibir. Todo es un conflicto, familiar, de emociones, no saben cómo se va a manejar todo.</u></p>

<p>que se vive en la región”.</p> <p>Aunque se reconoce la gravedad de la situación, se generaliza la condición de vulnerabilidad de las poblaciones atendidas, no se priorizan grupos en riesgo de exclusión.</p>	<p>colectivos, <u>especialmente CONAMIREDIS</u>, donde la población vive con un sentido de no pertenencia. <u>En general toda esta población está muy desempoderada</u>. En cambio, los comités de familiares están organizados y tienen un posicionamiento grande”.</p> <p>Además del conocimiento cercano de la realidad del país y de las poblaciones, se reconoce a CONAMIREDIS como una población en mayor riesgo de exclusión, en comparación con los comités de familiares de migrantes desaparecidos:</p>	<p>Por ejemplo: un adolescente tuvo accidente a los 14 años, desde que se acuerda estuvo vendiendo pan, el padre se fue para EUA y la mamá tuvo muchos hijos y él tuvo muchos padrastros. El padrastro le pegaba y a la mamá no le importaba. Él por eso se fue, después de acabar su primaria, perdió las dos piernas arriba de la rodilla y cuando él volvió en el 2012.....<u>la mamá no lo quería recibir “para qué me va a servir, ahora sin sus dos piernas”... yo hablé con ella, decía que ella tenía otros hijos por los que luchar....busqué al papá</u>, había retornado, pero tenía otra familia, otros hijos, lo abandonó cuando era niño.....<u>hablé hasta con la abuelita.....el papá al menos lo recibió un tiempo.....el muchacho hizo su cuartico ahí donde el papá, “se independizó” y tiene una pulpería chiquita (...). Es tan duro, incluso la mamá, ahora que tiene su pulpería, llega a pedirle dinero, ella no entiende la situación de él, pero él dice:” ¿qué voy a hacer si es mi mamá?” (...), otras personas al no tener familia, dicen me voy, o me voy a suicidar, muchos están en peligro, cada uno tiene su historia, algunos familiares le dicen “así como se fue, que así se venga”</u></p> <p>El mayor grado de vulnerabilidad que se encuentra en la población está determinado principalmente por la gravedad e impactos de las lesiones y por los acontecimientos que siguen a la(s) pérdida(s). Se encuentra un alto grado de vulnerabilidad en las personas que no quieren ser acogidas por sus familias, al retornar y quienes han migrado por amenazas a su vida.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a referente de MdM España para AL, Referente Migración Honduras y Coordinadora de CONAMIREDIS.

Las tres visiones coinciden en algunos puntos concretos, en especial cuando se refieren a las reuniones generales programadas y los aportes que la interacción ha generado en el proceso. Confirman cuáles han sido los mecanismos de convocatoria y la asistencia y participación de actores, pero difieren en la forma como perciben la población objetivo (comités de familiares desaparecidos y CONAMIREDIS), específicamente por el grado de vulnerabilidad y el riesgo de exclusión. La visión regional generaliza el grado de vulnerabilidad de las poblaciones atendidas, lo cual es una muestra del desconocimiento de las condiciones de riesgo que afronta la población y sus familias.

La Visión regional y la local confirman que la participación de las líderes de las organizaciones de base comunitaria se ha dado en el momento inicial del proceso, suministrando información necesaria para la elaboración de una propuesta de cooperación internacional. Lo anterior muestra que no ha existido una participación clara de los líderes en otros momentos del proyecto, por ejemplo en el seguimiento y ajustes a las actividades. Adicionalmente, se evidencia que no han participado directamente los integrantes de los comités o comisión en decisiones que involucren el proyecto (por ejemplo en la identificación de necesidades y planeación), sino que MdM se basó únicamente en lo expresado por las líderes.

CONAMIREDIS enfatiza la importancia de promover la participación y la autonomía de todas las personas de la comisión. Para ello sería necesario que la comisión lograra ser autónoma en su funcionamiento, pudiendo establecerse de forma independiente a la AHS. Que fueran las mismas personas, con una formación oportuna, quienes decidieran acerca de la forma como se destinan los recursos existentes, en términos generales se hablaría de autogestión y autorregulación.

Desde la organización de base comunitaria, se identifican los múltiples beneficios que genera el apoyo social que se brindan mutuamente las personas en cada reunión. La interacción y la comunicación interpersonal ha permitido: prevenir el aislamiento, fortalecer estrategias de afrontamiento para la solución de problemas, promover la iniciativa para realizar trabajo en equipo y con objetivos comunes y compartir aprendizajes en beneficio de su salud física y emocional. Finalmente, según la mirada de CONAMIREDIS, no se puede homogeneizar el grado de vulnerabilidad y riesgo de la población. Dentro del colectivo total, se identifican mayores riesgos para algunos subgrupos poblacionales. Se ha observado que las personas que se encuentran en mayor riesgo de exclusión son quienes no cuentan con redes de apoyo familiar y social que los acojan oportunamente al retornar al país. También depende de los factores de riesgo que hayan propiciado la migración de la persona, al retornar los riesgos se pueden incrementar e incluso materializar.

4.4. El cuidado de las personas en el proyecto

Este apartado final tiene como objetivo mostrar los resultados de la interacción mantenida con las personas, escuchando sus voces y con ellas, sus necesidades, intereses y expectativas, de cara al proyecto. Es a través de lo expresado por sus voces, que se reconoce la importancia de establecer mecanismos que promuevan el cuidado de todas las personas, de forma inmediata y diferenciada.

Contextualizando, en el 2017 MdM continuó apoyando a las organizaciones COFAMIPRO Y CONAMIREDIS, pero adicionalmente se planteó la posibilidad de incluir en el proyecto a los comités “Amor y Fe” y “La Guadalupe”, a partir del 2018. Para ello, MdM tendría que establecer contacto con los colectivos, identificando las necesidades de fortalecimiento reportadas por ellos mismos.

Con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de necesidades colectivas de los dos comités y como parte de la cooperación técnica que consideré primordial, realicé un taller de dos días con los integrantes de las juntas directivas de los comités de familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”. Los talleres tuvieron dos objetivos: Brindar un apoyo emocional básico a los integrantes de las juntas directivas e identificar las necesidades de fortalecimiento de los comités, en las que MdM pudiera dar una respuesta oportuna.

En el caso de CONAMIREDIS se llevó a cabo una única sesión con la coordinadora de la Comisión. No fue posible reunirme con los integrantes de la junta directiva, debido a que tuve que abandonar el país dos semanas antes del tiempo programado, dada la difícil situación de orden público que se registraba en Honduras durante noviembre y diciembre del 2017, a raíz de las irregularidades presentadas en el proceso electoral.

Como resultado de la interacción dada, se elaboró de forma conjunta un árbol de problemas y de objetivos ⁸⁸y se realizó una exploración de síntomas asociados

⁸⁸ El árbol de problemas es “una técnica participativa que ayuda a desarrollar ideas creativas para identificar el problema y organizar la información recolectada, generando un modelo de relaciones causales que lo explican”. El árbol de objetivos es “El Árbol de Objetivos es la versión positiva del Árbol de Problemas. Permite determinar las áreas de intervención que plantea el proyecto.” (Martínez y Fernández, 2008).

al estrés, fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas, a nivel individual y/o colectivo. Estas mismas condiciones fueron exploradas en las líderes de los comités y de la comisión. De esta forma se pudieron conocer los principales factores protectores y de riesgo en las poblaciones. A continuación se recuperan fragmentos de palabras expresadas por varias personas (incluyéndome a mí misma), así como algunas reflexiones sobre el tema.

4.4.1. El cuidado en los Comités/Juntas directivas de Familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”⁸⁹

4.4.1.1. Junta directiva “La Guadalupe”:

Está conformada por 7 personas. El primer día asisten 6 personas, de las cuales 4 son mujeres y 2 son hombres (uno de los fundadores, quien es migrante retornado con discapacidad física y un voluntario que asiste al comité desde hace 4 años). El segundo día asisten las 4 mujeres que estuvieron el día anterior (dos de ellas tienen un familiar desaparecido, una es la líder fundadora y otra es voluntaria). Aparte de los fundadores (18 años), los demás asistentes llevan de 1 a 6 años vinculados al comité. Según informan, los dos días, no asistió una integrante, debido a que no contaba con los recursos económicos para el desplazamiento.



A partir de la primera jornada con los integrantes de la junta (24/11/2017), registré en el diario de campo:

“Todo el tiempo la conversación se desvía. Necesitan mucho hablar y ser escuchados. Tuve que ceder en mi planeación. Disfrutan y buscan espacios para reír entre ellos mismos. Una persona dice: “estos momentos distraen mucho, me ayuda venir y salir de mi casa”.

⁸⁹ Como se mencionó en el segundo capítulo, los comités de familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”, son dos de los cuatro comités activos en la actualidad, los cuales no están legalmente constituidos.



En el segundo día (25/11/2017), cuando todas éramos mujeres, registré en el diario de campo:

“Siempre llegamos al tema de la violencia intrafamiliar, a veces sólo me siento espectadora y no facilitadora. Entiendo que para ellas el hablar es sanador. Llegan a la conclusión de no haber sido cuidadas en su vida”. Una persona refiere: “A las mamitas les falta mucho una recreación, salir de la rutina, hacer lo que estamos haciendo aquí”.

La interacción mantenida con las personas hizo evidente una inminente necesidad de expresarse, de sentirse escuchadas(os) y comprendidas(os), procuran reevaluar de forma positiva lo que experimentan y utilizan el humor como estrategia para sobrellevar las dificultades. Se percibió un clima de confianza y comunicación entre los integrantes.

Tabla 16: Causas principales de las debilidades de funcionamiento del comité “La Guadalupe”.

Pobreza / muy pocas oportunidades	Variabilidad en la asistencia de los integrantes	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Bajos recursos económicos</u> para desplazamiento/zonas rurales lejanas - Alta incidencia de <u>Violencia intrafamiliar</u> - Riesgo de otras posibles <u>violencias en el tránsito</u> - <u>Enfermedades</u> físicas y psicológicas de sus integrantes - Bajo acceso a <u>servicios de salud/ medicamentos</u> - <u>Muerte</u> de algunos integrantes - <u>Edad avanzada</u> de varias integrantes
	Dificultad en seguimiento y atención de los casos	<ul style="list-style-type: none"> - Escasos recursos económicos para llamadas o visitas domiciliarias /difícil acceso - Limitadas <u>redes de apoyo</u> institucionales para los casos - Personas suministran información incompleta por <u>temor</u> - <u>Abandono del comité</u> por baja tolerancia a la frustración (<u>proceso largo e incierto</u>) - <u>Negación/temor</u> ante la posibilidad de muerte del familiar - Bajos recursos económicos/ Depende de UNCOMIDEH, no cuenta con personería jurídica

	Falta de conocimiento en el área Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de <u>asesoría</u> /formación/acompañamiento en <u>Primeros Auxilios Psicológicos</u>/ talleres grupales - Casos <u>sin atención psicosocial</u> requerida - Sospecha de <u>trastornos mentales</u> de varios integrantes (atención individual) - Algunos integrantes con signos/señales de <u>desgaste emocional (líder)</u> - Ausencia de <u>actividades recreativas</u> para sus integrantes.
--	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de árbol de problemas construido con la junta directiva “La Guadalupe”⁹⁰.

Los principales problemas reportados por el comité tienen que ver con las carencias económicas del total de la población, localización geográfica, difícil acceso en el área rural y el desconocimiento en la forma como se puede mejorar el funcionamiento del comité/ grupo de autoayuda (comprensión y aplicación de un enfoque psicosocial). La preocupación primordial tiene que ver con la inasistencia de las personas al comité, que a su vez se relaciona con múltiples causas, donde sobresale la violencia intrafamiliar, otras violencias en el tránsito y enfermedades/ síntomas físicos y emocionales (difícil acceso a servicios de salud y a medicamentos, edad avanzada de los integrantes).

Aunque se identifican varias dificultades relacionadas con la carencia de recursos económicos de las personas y del comité, diversas causas están conectadas con debilidades en el funcionamiento interno del comité/ grupo de autoayuda. Parece que el grupo carece de una metodología o procedimiento para llevar a cabo las reuniones y para la incorporación de nuevas personas. Esto genera que no se unifiquen expectativas, reglas de funcionamiento y que se carezca de un objetivo común y realista de los alcances del comité. Aunque las personas entrevistadas reconocen la importancia de tener en cuenta un enfoque psicosocial y los múltiples beneficios que trae para todas las personas, no siempre dimensionan los aportes que puede traer en el proceso llevado a cabo a nivel individual y grupal (por ejemplo en la violencia intrafamiliar). Si en el comité se clarifican las expectativas y se fortalecen las capacidades de las personas, para brindarse un apoyo psicosocial mutuo, se podría dar una mejora en la permanencia y

⁹⁰ Revisar anexo 7.de árbol de problemas y árbol de objetivos del comité “La Guadalupe”.

participación de los integrantes, así como la integración de nuevas personas. También es indispensable una distribución adecuada de las cargas en el grupo.

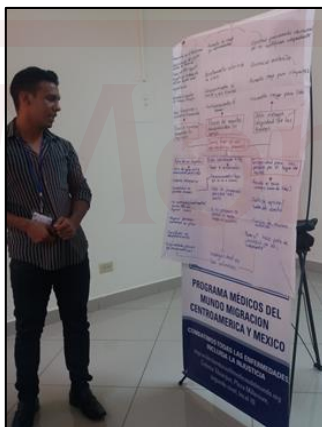
4.4.1.2. Junta directiva “Amor y Fe”:

Está conformada por 5 personas. Los dos días consecutivos, asistieron los cinco integrantes, dentro de los que se encontraba la líder principal del comité, dos personas voluntarias y dos familiares de migrantes desaparecidos. Los dos voluntarios acompañan el comité desde hace 11 años y 2 años, respectivamente. En cuanto a los dos familiares de migrantes desaparecidos, llevan 4 y 3 años de estar vinculadas al comité.



El primer día (22/11/2017), en el grupo focal, una de las participantes afirmó:

“El dolor nos unió, yo creo que todo esto no es casualidad.” “Esto no es nada fácil, pero aquí nos mantenemos.” En el diario de campo registré: “Van de la esperanza a la desesperanza constantemente, se observan cambios bruscos en el estado de ánimo”.



Otra participante, cuando se estaba construyendo el árbol de problemas (23/11/2017), enfatizó:

“Yo creo que las organizaciones deberían venir a las comunidades donde pasan las cosas, para que conozcan de verdad qué es vivir así. Hay muchas organizaciones que dicen hacer mucho, que trabajan para los migrantes, pero son organizaciones de escritorio, de oficina, que no van donde están las personas. Falta mucha sensibilidad. Hay mucho desinterés”.

Durante las jornadas realizadas, se observó en las personas una alta disposición para aprender y aprovechar el encuentro. Las personas tomaban notas de los hallazgos de los árboles de problemas y objetivos y expresaban agrado al sentir que existían posibilidades de actuar, ante la difícil situación. A pesar de las amenazas del entorno y la carencia de recursos, la metodología de árbol de problemas y objetivos les permitió comprender mejor el problema e identificar varios caminos que se podrían tomar como grupo.

Tabla 17: Causas principales de las debilidades de funcionamiento del comité “Amor y Fe”

Inseguridad en las colonias	Retiro o asistencia variable de sus integrantes	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de <u>apoyo familiar</u> (descalificación de pareja/hijos) - <u>Violencia intrafamiliar</u> - Encuentran su familiar y <u>dejan de asistir</u> - <u>Incredulidad/ crítica/ desesperanza</u> / el proceso es largo - Desconocimiento de <u>Primeros Auxilios Psicológicos</u> - Falta de <u>Atención Psicosocial</u> para los casos - <u>Enfermedades</u> físicas y/o psicológicas sin atención - Dificultades en el <u>desplazamiento</u> - Señales de <u>desgaste emocional (líder)</u>
	Falta de reporte / comunicación de nuevos casos	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Temor / Afrontamiento solitario</u> de las crisis - <u>Desconocimiento</u> del comité - Poca <u>sensibilidad social</u> ante el tema de las desapariciones
	Múltiples Riesgos para las personas que integran el comité	<ul style="list-style-type: none"> - Reunión en <u>zona insegura</u> (casa de la líder) - <u>Limitados recursos económicos</u> para invertir en las personas - El comité depende de UNCOMIDEH/ no está legalmente constituido

Fuente: Elaboración propia a partir de árbol de problemas elaborado con la junta directiva “Amor y Fe”⁹¹.

Uno de los principales problemas es la variabilidad o inasistencia de los integrantes, condición relacionada con múltiples causas, dentro de las que se

⁹¹ Revisar anexo 8. de árbol de problemas y árbol de objetivos del comité “Amor y Fe”



encuentran condiciones familiares de alto riesgo, afectaciones en la salud física y emocional y desconocimiento/ falta de apoyo psicosocial para los casos (Primeros Auxilios Psicológicos/ Atención psicosocial). También se reconoce la importancia de invertir en las personas, ya sea por medio de capacitaciones o con actividades de esparcimiento que fomenten el bienestar emocional, lo cual se ve afectado en gran medida por la carencia de recursos económicos disponibles.

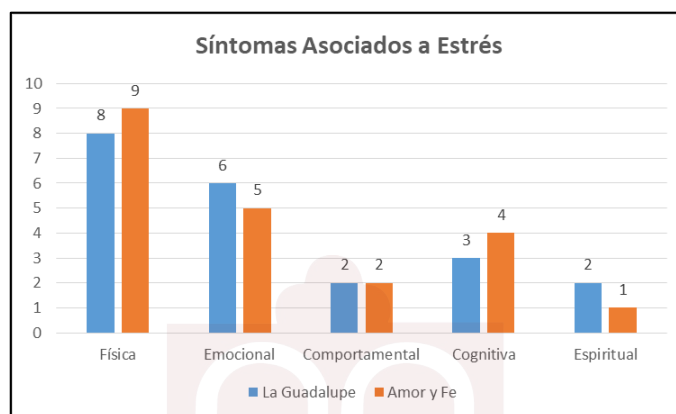
A pesar de la existencia de condiciones ambientales de riesgo, como la alta inseguridad de la zona, muchas de las dificultades reportadas tienen que ver con falencias en el funcionamiento del comité/ grupo de autoayuda. Todo indica que una vez se integran las personas al comité, no se clarifican oportunamente las expectativas. Algunas participan con la única expectativa de encontrar con prontitud a su familiar, sin concebir los diversos beneficios (emocionales, sociales, etc.) que puede traer el participar activamente en el grupo. Ante ello, si el mismo comité estableciera de forma conjunta el objetivo principal que persiguen, se podría promover la permanencia y participación activa de sus miembros. Pero también es importante que se definan y distribuyan oportunamente los roles que pueden desempeñar las personas, según sus habilidades e intereses, evitando que se continúe aumentando la sobrecarga laboral de la líder del comité.

4.4.1.3. Síntomas asociados al estrés, fuentes de estrés, estrategias de afrontamiento Comités “La Guadalupe” y “Amor y Fe”

Además de los árboles de problemas y objetivos, se realizaron entrevistas de grupo focal, con el fin de explorar síntomas generales asociados al estrés⁹², fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento en los comités. Para ello se utilizó un “Cuestionario de cuidado en el trabajo” de MdM España, el cual es aplicado en proyectos con personas migrantes, refugiadas y desplazadas en Europa. Se realizó una adaptación según las condiciones locales y se indagaron los siguientes aspectos:

⁹² Los síntomas hacen referencia a las manifestaciones físicas, emocionales, comportamentales, cognitivas y espirituales que experimentan las personas y que pueden estar asociadas a condiciones o fuentes de estrés.

Figura 2: Síntomas Asociados a Estrés según las Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”.



Fuente: Elaboración propia, a partir de información suministrada por los participantes en los grupos focales.

A nivel general se evidencian 21 síntomas asociados al estrés para los dos comités de familiares de migrantes desaparecidos. Se observan similitudes en los dos comités, con una mayor presencia de síntomas físicos, seguidos de síntomas emocionales y cognitivos. Las áreas menos afectadas, serían la comportamental y la espiritual. Dichos síntomas se presentarían en el comité y en la junta directiva⁹³.

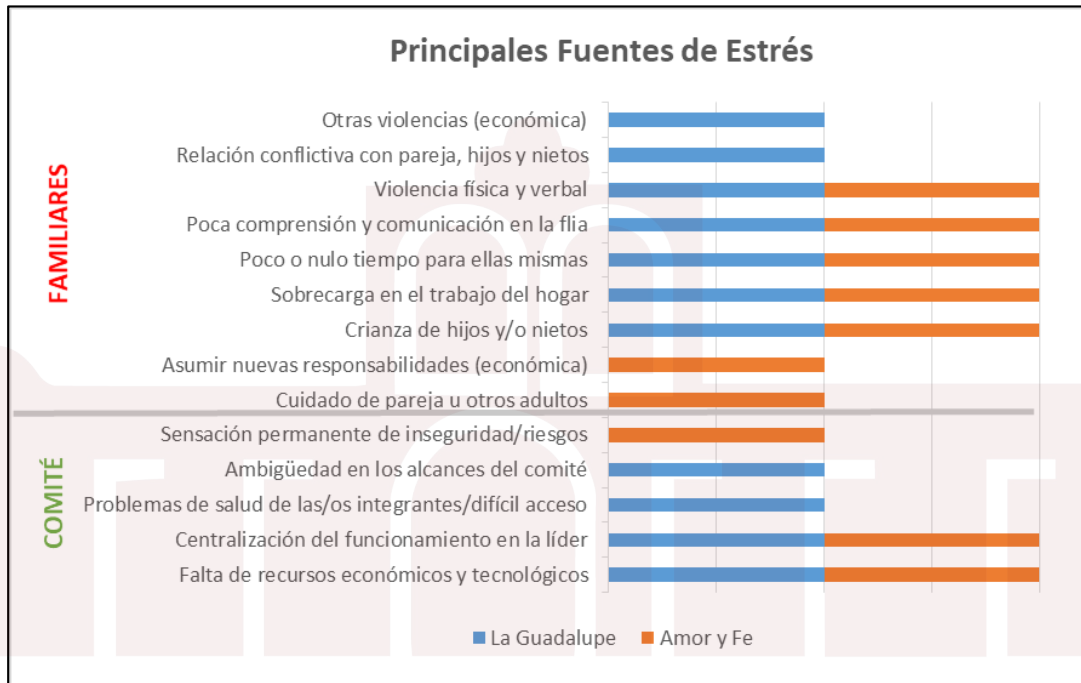
Las semejanzas que se observan entre los comités, dan cuenta de efectos similares en la salud de las personas, a pesar de encontrarse ubicados en localidades y condiciones ambientales diferentes. Ante esta tendencia se puede inferir que los efectos perjudiciales en la salud provienen principalmente de la

⁹³ *Comité “la Guadalupe”*: A nivel físico los principales síntomas reportados son: Agotamiento, dolor de cabeza, problemas para dormir, alteraciones gastrointestinales (gastritis), dolor muscular, debilidad, dificultades para respirar. A nivel emocional: ansiedad, irritabilidad, frustración, aflicción, tristeza, cambios en el estado de ánimo. A nivel de comportamiento: Algunas veces impulsividad y aislamiento de algunas personas que dejan de asistir al comité. A nivel cognitivo: Problemas de concentración, pensamiento lento, problemas de memoria. A nivel espiritual: las personas en algunos momentos experimentan una pérdida de dirección y del sentido del trabajo, sin embargo manifiestan haber fortalecido sus creencias a nivel espiritual, que les ayuda a soportar momentos de crisis.

Comité “Amor y Fe”: A nivel físico los principales síntomas reportados son: agotamiento, dolor de cabeza, problemas para dormir, problemas del apetito, dolor muscular (dolor de piernas), aumento del ritmo cardiaco, sudoración, problemas gastrointestinales (gastritis). A nivel emocional: Ansiedad, irritabilidad, aflicción, angustia, culpa (especialmente si el familiar pagó un dinero para un coyote). Nivel comportamiento: aislamiento en los que no asisten al comité, disminución de desempeño en el trabajo. Nivel cognitivo: problemas de concentración, dificultad en la toma de decisiones, lucha entre pensamiento negativo y positivo y problemas de memoria. A nivel espiritual: se informa un fortalecimiento del área espiritual que les ha ayudado a sobrellevar la pérdida y encontrar un sentido al dolor, pero en varias oportunidades experimentan una pérdida de dirección.

condición de pérdida compartida, de tener un(os) familiar(es) desaparecido(s) y de otras circunstancias individuales y familiares que los están afectando.

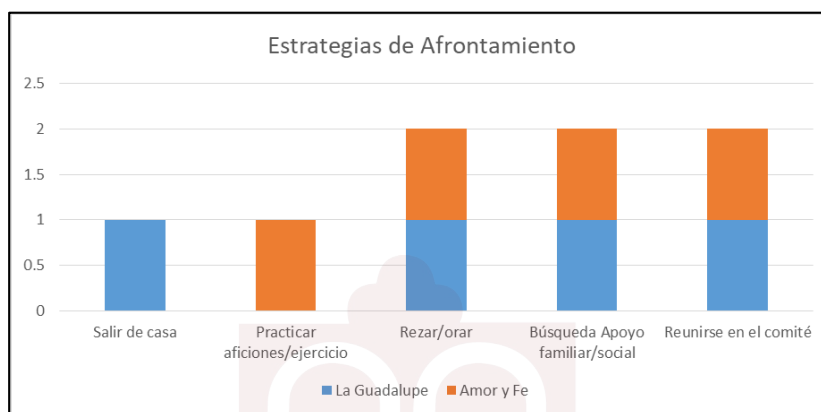
Figura 3: Principales fuentes de estrés según las Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”.



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por los participantes en los grupos focales.

De las 14 principales fuentes de estrés referidas, 9 se relacionan con condiciones familiares y 5 con condiciones de los comités. A nivel familiar, los dos comités comparten siete fuentes generadoras de estrés, varias de estas tienen que ver con las labores de los cuidados. En los dos comités, las líderes son quienes realizan el principal trabajo de cuidados.

Figura 4: Principales estrategias de afrontamiento según Juntas directivas de Familiares de Migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”.



Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por los participantes en los grupos focales.

Se reportan solamente cinco estrategias de afrontamiento, de las cuales dos están directamente relacionadas: la búsqueda de apoyo social y la participación en los comités. Se evidencia que el área espiritual es una esfera importante para las personas, por lo que puede ser un factor protector para sobrellevar la pérdida. A pesar de ello, se llevan a la práctica pocas estrategias de afrontamiento. Muy probablemente las personas cuentan con poca disponibilidad de tiempo, de recursos económicos o condiciones ambientales necesarias para llevar a cabo otras actividades que generen bienestar.

4.4.2. El cuidado de las personas migrantes retornadas con discapacidad física



A diferencia de los comités de familiares de migrantes desaparecidos, no logré identificar los principales síntomas, fuentes de estrés y estrategias de afrontamiento de las juntas directivas de la comisión. A pesar de ello, se encontraron varios aspectos relacionados con el tema de los cuidados, que van más allá de los cuidados físicos y emocionales que demanda la población.

Es importante tener en cuenta los inminentes y extremos riesgos a los que están expuestos los migrantes retornados con discapacidad física y sus familias. Es muy probable que experimenten un permanente estrés, debido a la percepción de peligro e inseguridad, que está generalizada en el país, con diferentes matices de gravedad, dependiendo de la zona:

“(…) es bien triste porque las personas con discapacidad física son presa fácil para el crimen organizado, o sus hijos... por ejemplo: hay un caso de una señora con doble amputación, los hijos tienen que asumir la responsabilidad de la casa y las maras se aprovechan de eso para “ayudar a la mamá” y es peor”.

A nivel comunitario y en ocasiones en el entorno familiar, se identifica la existencia de un estigma de minusvalía e inhabilidad dirigido hacia las personas migrantes retornadas con discapacidad física, el cual se suma al frecuente estigma del migrante retornado, que se reproduce socialmente, afectando de forma notoria a las personas implicadas. Ante ello, se hace necesario establecer mecanismos que permitan sensibilizar a las comunidades y familias de aquellos que son directa o indirectamente afectados:

“En la comunidad también hay mucha discriminación, personas por falta de conocimiento, ignorancia, dicen cosas que afectan emocionalmente a las personas con discapacidad (...) me han contado que les dicen (...)” Mejor te hubieras muerto, para qué vuelves así como estás, Yo mejor me tiro al tren (...)”_Qué triste, si supieran el daño que ocasionan (...) y a veces es la misma familia (...).”

Tabla 18: Causas principales de las debilidades de funcionamiento de CONAMIREDIS

Baja presencia del Estado	Recursos económicos limitados	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de cubrir económicamente <u>medicamentos y emergencias médicas</u> - Personas con <u>enfermedades crónicas o incapacidades</u> a largo plazo - <u>Incremento</u> permanente del número de <u>personas</u> en condición de discapacidad - Limitados recursos para <u>desplazamientos</u> requeridos - CONAMIREDIS no está legalmente constituido/ depende de la gestión de recursos de AHS/
	Recursos humanos limitados	<ul style="list-style-type: none"> - Se <u>prioriza atención</u> de necesidades médicas y de protección - Dificil acceso a las personas (<u>condiciones geográficas</u>) - <u>Localización dispersa</u> a nivel nacional de las personas - <u>Sobrecarga laboral</u> en una sola persona (coordinadora) - Bajas posibilidades de <u>incidencia política</u>
	Personas con condiciones psicosociales desatendidas	<ul style="list-style-type: none"> - Personas con baja autoestima/duelos no resueltos/desesperanza generalizada/ trastornos mentales/ <u>demandan cuidados</u> - Tendencia al <u>aislamiento</u> de las personas/ núcleo familiar. - Familiares de las personas y líder de la comisión están asumiendo las <u>labores de cuidado</u> - Ausencia de <u>PAP</u> y <u>APS</u>/ Carencia de formación/acompañamiento a líderes a nivel psicosocial - Reducida <u>red de apoyo institucional</u> para atención médica, psicosocial y colocación laboral o educativa

Fuente: Elaboración propia a partir de árbol de problemas construido con la coordinadora de CONAMIREDIS⁹⁴.

Los problemas identificados abarcan una clara carencia de recursos económicos y personas necesarias para brindar una atención oportuna a la población en alta condición de vulnerabilidad, la cual está aumentando constante y rápidamente. La localización dispersa a nivel nacional y en áreas rurales de un gran número de personas afectadas, son condiciones prácticamente imposibles de cubrir para una sola colaboradora. Debido a estas carencias y a la reducida o deficiente red de apoyo que podría asistir a la organización, las personas afectadas directa e indirectamente (migrantes retornados con discapacidad física, sus familiares y la líder/coordinadora), se encuentran aislados y con condiciones psicosociales desatendidas.

⁹⁴ Revisar anexo 9. de árbol de problemas y árbol de objetivos de CONAMIREDIS y Matriz FODA

Debido a la desintegración de la RENAPS en el pasado y a las dificultades para establecer una estrategia psicosocial que pueda llegar a todas las personas, no se encuentran funcionando con regularidad algunos comités o grupos de autoayuda que brinden algún tipo de ayuda psicosocial. A pesar de ello, se está empezando de nuevo a atraer líderes identificados, que en el pasado han brindado un apoyo emocional a sus compañeros. Teniendo en cuenta las condiciones de localización de las personas y la carencia de recursos humanos (profesionales de salud mental disponibles en los departamentos), podría pensarse en los beneficios múltiples que podría traer la formación psicosocial de los líderes, para que posteriormente sirvan de puente en la conformación y funcionamiento de los grupos de autoayuda, en sus zonas de influencia. Es importante considerar que aún asumiendo esta estrategia, se requiere el acompañamiento de al menos un profesional de la salud mental, que esté realizando seguimiento a los grupos, brindando idealmente atención psicológica individual y/o familiar a quienes por su condición lo requieran.

Por otra parte, no se puede olvidar la elevada condición de riesgo de los familiares de los migrantes retornados con discapacidad y de la líder de la comisión (coordinadora). Sería oportuno establecer grupos de autoayuda también para los familiares, junto con relevos de los cuidadores, o promover una distribución equitativa del tiempo destinado a los cuidados, a nivel intrafamiliar. Así mismo, se requeriría como mínimo incluir más recurso humano exclusivamente para apoyar la comisión, de forma que se pudieran distribuir oportunamente las cargas laborales.

4.4.3. El cuidado de las personas para lograr Acciones Sin Daño

Concibo el tema de cuidados como un pilar fundamental en el proyecto. No sólo es un aspecto prioritario para las poblaciones objetivo del proyecto, las líderes de los colectivos y los familiares de migrantes retornados con discapacidad, sino que también involucra a los colaboradores, incluso a los que temporalmente realizan aportes al proyecto, como es el caso de practicantes/voluntarios que proveen cooperación técnica⁹⁵.

⁹⁵ Revisar anexo 10. El cuidado de los colaboradores/cooperantes

En las entrevistas realizadas a las líderes, se pudieron evidenciar los numerosos y perjudiciales factores de riesgo a los que están expuestas. Si no se mitigan o controlan inmediatamente, no sólo se seguirá sobrecargando y afectando la salud de las mujeres, sino que con ello se pueden ver en serio riesgo los alcances de los comités, el apoyo emocional que brindan y las posibles acciones de incidencia política que puedan realizar. Ante ello se infiere que la acción con daño no sólo tiene que ver con prácticas inadecuadas, sino también con acciones omitidas o no realizadas⁹⁶.

Al respecto, se rescatan dos fragmentos de la entrevista realizada a la colaboradora de CONAMIREDIS, donde se hace evidente su preocupación frente a que se generen acciones que perjudiquen a la población, debido a que ya ha ocurrido en el pasado.

Se considera necesario que los proyectos de cooperación internacional para el desarrollo identifiquen previamente los riesgos a los que pueden estar expuestas las personas y sus familias⁹⁷:

“A un jovencito lo mataron el año pasado, él andaba en muletas por el tipo de moñón que tenía. En México le hicieron una mala operación y no podía usar prótesis. Vive en una zona marginal, le propusieron que vendiera droga, él no quería, tenía sus hijos, igual era muy pobre, trabajaba en un bus...tras las amenazas, dos de sus hijos fueron baleados, en el hospital... se fue a México a pedir asilo político, se lo negaron y él se regresó porque una abogada le dijo para que llevara a toda la familia, para verificar que sí era cierto, aunque él llevaba certificados de denuncia, fotos...cuando él vino, los mareros se dieron cuenta y lo mataron...”

Las personas no sólo afrontan las consecuencias del accidente y los acontecimientos posteriores, también llevan el peso de una inadecuada intervención médica (Acción con daño):

“...Por ejemplo el tipo de amputación que le hicieron en México no les permite estar bien, los afectó aún más... por ejemplo, dicen: “En México me dijeron que me iba a salir carne...” y terminan con infecciones de por vida.... También se da el caso de que no los amputan, cuando sí lo requieren...por ejemplo, esta señora está muy mal (mostrando fotografía). Es bien triste, mucha negligencia médica...”

⁹⁶ Revisar anexo 11.de El cuidado de las líderes

⁹⁷ Revisar anexo 12. de El cuidado en los familiares/cuidadoras/es de migrantes retornados con discapacidad física

En un grupo focal, con la junta directiva de un comité de familiares de migrantes desaparecidos, una de las personas, refiriéndose a la atención psicosocial que han recibido en el pasado y a la forma como percibe a las organizaciones que les han brindado este apoyo, afirmó:

“¿Sabe que opino yo? No estoy nada de acuerdo con la ayuda psicosocial que dan... nos recuerdan siempre y una y otra vez nuestro dolor, nosotras ya sabemos cuál es nuestra situación, no necesitamos que vengan a revivirnos el sufrimiento, así no nos ayudan, necesitamos otra ayuda. Hemos tenido charlas, pero son pocas, de vez en cuando y ahí quedan, van pocas personas”.

Reflexiones finales del capítulo

A nivel global, se observa que los equipos de MdM en Centroamérica y el Sur de México poseen un conocimiento amplio de sus recursos internos y factores externos que pueden favorecer o dificultar el proceso y el resultado deseado que se pretende alcanzar con el proyecto. En comparación con los análisis realizados por los referentes locales en la región, la visión externa del proyecto se encuentra más restringida. A pesar de ello, los análisis se complementan y no se contradicen.

El análisis FODA del proyecto en Honduras hace visibles unas condiciones internas y externas diferentes a las identificadas en el análisis regional. Esto refleja que Honduras posee necesidades y características distintas a las establecidas a nivel regional y por tanto requiere un tratamiento particular, así como posiblemente pasa con los demás países. Se evidencia que a medida que se atiendan las debilidades del proyecto y de la organización en Honduras, se va a poder responder mejor a las oportunidades existentes, previniendo y mitigando los riesgos que puedan afectar la ejecución del proyecto.

Tanto a nivel regional, como en Honduras, se identifican amenazas de diferente impacto que pueden afectar negativamente el contexto de la región y por tanto el proyecto. Sin embargo, las fortalezas del proyecto y de MdM parecen enfocarse en los recursos de las personas en las organizaciones de base, de tal forma que aunque existan condiciones amenazantes a nivel macro, las personas cuentan con las herramientas necesarias para seguir adelante con sus propósitos.

Con relación al fortalecimiento de capacidades, se observan percepciones complementarias entre las visiones: regional, del proyecto local y de las bases. Se

evidencia mayor profundidad en el conocimiento y necesidades del proyecto, a medida que se indagán desde las bases los principios del enfoque de capacidades. Mientras no se consiga responder a los requerimientos expresados por las bases, el proyecto difícilmente podrá fortalecer las capacidades de las personas.

El cuidado de las personas aparece como un pilar prioritario en el proyecto, debido a que es una condición que incluye a todas las personas directa e indirectamente involucradas en el proyecto. Los impactos psicosociales dependen principalmente de factores como: los recursos personales y familiares con los que se cuenta, el rol desempeñado, lugar de origen, factores protectores y de riesgo a los que se está expuesto, tiempo de exposición y redes de apoyo social e institucional en las que se pueda apoyar, entre otros. Si se desea responder a las condiciones psicosociales de las personas y lograr progresos y resultados favorables en el proyecto, es necesario promover el cuidado de todas y todos, en diferentes niveles (organizacional, de pares e individual) y momentos (antes, durante y después), escuchando y respondiendo a lo expresado por las personas desde las bases.

Instituto

Mora

5. CONCLUSIONES

La cooperación internacional para el desarrollo abarca una amplia gama de concepciones, que se amplían o reducen, dependiendo del lugar desde el que se enuncian. Guarda relación con el tipo de desarrollo que se persigue: desarrollo económico, sostenible, humano, desarrollo de los objetivos de un proyecto, desarrollo de las necesidades de algunas o todas las personas, desarrollo de una organización, etc. Depende de los actores implicados y sus intereses, así como del tipo de relaciones que se entretengan en los diferentes momentos de la interacción: antes, durante, después. Es un resultado, pero también y principalmente es un proceso, valorado desde la mirada de quienes participaron o no en el mismo. Obedece a los aprendizajes recuperados, a las reflexiones autocríticas y a las decisiones tomadas por las mismas personas en el camino de la propia intervención social.

Médicos del Mundo España y el Proyecto de Cooperación Internacional para el Desarrollo en Honduras:

A nivel regional y en Honduras, MdM ha procurado aprovechar sus fortalezas en beneficio de los objetivos, necesidades, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de las organizaciones de base comunitaria en las que se apoya para lograr sus objetivos. La amplia y variada experiencia que MdM ha tenido en temas de incidencia política con personas afectadas por la migración, puede brindar aportes importantes en el proceso y resultados favorables sostenibles.

Honduras es un país prioritario para la cooperación internacional para el desarrollo, por las claras condiciones de desventaja que refleja en las diferentes esferas: política, económica, social y ambiental. Posee el IDH más bajo de América Latina y en su limitado territorio confluyen numerosas y crónicas problemáticas desatendidas y agravadas a lo largo del tiempo. Uno de los principales retos para los actores de la CID es precisamente propiciar las condiciones favorables para propender por un desarrollo de interés para las personas.

La profunda complejidad de las condiciones del país representa un desafío para cualquier intervención social que se pretenda realizar, pues muchas de las circunstancias amenazantes sobrepasan las capacidades limitadas de organismos nacionales e internacionales. A pesar de ello, la experiencia en ambientes hostiles, un exhaustivo análisis de riesgos, la capacidad de adaptación y los vínculos sociales establecidos con actores clave, pueden ser factores protectores que garanticen la permanencia y éxito de la intervención de MdM España en Honduras.

El fenómeno migratorio produce diversos impactos en las personas que se movilizan, en quienes se quedan y en quienes acogen. En el mejor de los casos se ocasiona una transformación en la identidad, en la manera de concebir a las personas y experiencias y en la confianza en su entorno. Implica afrontar contantes pérdidas y ganancias, así como estigmas sociales y familiares, envuelve una serie de variables favorables y desfavorables que no pasan sin dejar huella en la persona, situaciones que en ningún caso se deberían obviar.

Independiente del ámbito de acción, en una intervención social que involucre el trabajo con personas afectadas por la migración, es indispensable considerar los impactos psicosociales de las personas directa e indirectamente afectadas, considerando los factores de riesgo y factores protectores a los que están expuestos, pero sobretodo escuchando y respondiendo a sus necesidades, inquietudes e intereses, algunas veces incluso cambiantes.

El proyecto de cooperación internacional para el desarrollo de Médicos del Mundo España en Honduras está principalmente encaminado en fortalecer las capacidades de las organizaciones de base comunitaria, para que logren incidir en política pública, especialmente en temas de salud/ salud mental y vulneración de derechos humanos. Aunque parecen estar demarcados los alcances y propósitos del proyecto, los objetivos pueden ser ambiciosos, con el riesgo de caer en la ambigüedad al momento de materializar las acciones definidas.

Se trata de un proyecto de cooperación que evidentemente ha estado respondiendo a un proceso, con diversos ajustes que se van considerando pertinentes o que se tuvieron que se van adoptando, debido a la disponibilidad de

recursos, parámetros establecidos por los actores donantes o condiciones internas y externas cambiantes.

Desde antes de tener un contacto directo con los actores implicados, Médicos del Mundo mostró tener un conocimiento cercano de la realidad de los países, gracias a que atendió a lo percibido y expresado por los equipos localizados en la región. Esta previsión coadyuvó en el proceso de recopilación de información, en la misión exploratoria del 2015 y en las estrategias propuestas, debido a que la planeación permitió identificar actores claves, junto con conocimientos previos de la situación, como lo son prácticas con potencial de generar daño.

La misión exploratoria del 2015 permitió confirmar información disponible y ahondar en las necesidades y fortalezas de las diferentes instancias u organizaciones disponibles. La amplitud y profundidad del documento resultante, refleja la riqueza de la información recabada, pero a su vez la complejidad del contexto que se pretendía atender. Desde este momento se pudieron vislumbrar claras diferencias entre las capacidades disponibles de los países y de Médicos del Mundo.

El proceso que ha llevado a cabo Médicos del Mundo ha sido sumamente interesante, puesto que en la intervención ha involucrado directamente a sus colaboradores, es decir a los equipos de cada proyecto local. Los documentos de la estrategia de intervención definida para el 2016 y la posterior estrategia plurianual 2017-2019 da cuenta de los avances del proyecto, pero sobretodo de la permanencia de temas centrales (incidencia política, fortalecimiento de capacidades, enfoque psicosocial, cuidado de las personas) y la ausencia de otros (alianza con organizaciones de apoyo, capacitación a actores estatales), reflejada en los ajustes realizados en el proceso.

Si se compara a Honduras y los tres países restantes, con relación a instancias estatales, organizaciones de apoyo y organizaciones de base comunitaria, se observa un mayor grado de desventaja para Honduras. Como se observó, la mayor parte de las instancias estatales se encuentran notablemente deslegitimadas y algunas organizaciones de apoyo con las que Médicos del Mundo

se podría articular, se encuentran resistentes al cambio o predispuestas. En lugar de ello, aunque con diversas debilidades, las organizaciones de base comunitaria se encuentran dispuestas, motivadas y en algunos casos organizadas. Es de resaltar que la demanda de una intervención y apoyo a nivel psicosocial surgió de las mismas organizaciones de base, lo cual por sí mismo ya es un indicador favorable para el proyecto.

Al examinar los contenidos específicos del proyecto, se puede identificar nuevamente la situación de desventaja que presenta Honduras en la región. El proyecto en Honduras para el 2017 contaba con un personal significativamente menor, en comparación con los otros países y los indicadores de seguimiento, al ser diseñados de forma regional, evalúan sólo una parte de las condiciones que necesitarían ser valoradas en Honduras (población beneficiada directa e indirectamente, capacidades en fortalecimiento de cada comité o comisión, etc.).

Es de considerar que parte de las desventajas que presentó Honduras como proyecto local, tienen que ver en gran parte con su integración tardía al proyecto. Su voz no fue escuchada en la planeación de la estrategia plurianual 2017-2019, por lo que se observan las consecuencias. La situación de desventaja de Honduras en el proyecto también se observó en la estrategia mesoamericana para migración y desplazamiento forzado que elaboró MdM España y Francia del 2017, donde las investigaciones que se planearon, para realizar incidencia política, omitieron una investigación para Honduras.

Observar tantas diferencias entre los países, hace revivir una reflexión de los beneficios y riesgos que puede traer el hablar principalmente del triángulo norte de América Central TNAC (término utilizado permanentemente por MdM España en sus documentos), en lugar de abordar una concepción mixta, que incluya un análisis regional y a la vez local. Al referirse en repetidas oportunidades al TNAC, se tiende a homogeneizar a los países y se hacen invisibles las múltiples diferencias existentes entre los mismos.

Dentro de los posibles beneficios de tomar una perspectiva regional del proyecto estarían: reforzar la idea de que se trata de un problema regional y no

solamente local, generar alianzas entre las organizaciones de base comunitaria para su fortalecimiento en conjunto e incidencia política regional, unir diversos esfuerzos y capacidades locales en la búsqueda de un objetivo común, aprovechar el diálogo entre actores, para aprender de las experiencias y conocimientos en el proceso.

Dentro de los riesgos o posibles desventajas de adoptar únicamente una perspectiva regional estarían: Homogeneizar la situación y necesidades de los países y por tanto las estrategias de intervención, distribuir inequitativamente los recursos disponibles, que se realice seguimiento sólo a algunos factores de los proyectos locales (actividades e indicadores que abarquen sólo una parte de la realidad), que los referentes de los diferentes países den a conocer únicamente las fortalezas y avances del proyecto y no las debilidades o dificultades afrontadas, que se hagan invisibles u omitan las necesidades e intereses de las organizaciones de base comunitaria.

Una de las varias fortalezas de Médicos del Mundo España tiene que ver con su práctica autoreflexiva, la cual se evidencia en el análisis autocrítico que expone en uno de sus documentos y en las matrices FODA, elaboradas en conjunto con sus colaboradores. La autoobservación es un elemento clave para reajustar procesos y acciones y a la vez es un mecanismo de consulta que permite hacer sentir escuchados y comprendidos a sus colaboradores.

Producto del seguimiento realizado en Honduras, se han llevado a cabo cambios que benefician a poblaciones desatendidas por otras organizaciones y por el Estado, como es el caso de incluir a los comités “Amor y Fe” y “La Guadalupe”. El incluir organizaciones de base que no están legalmente constituidas y que tienen grandes debilidades en su funcionamiento, es un reto y oportunidad para MdM, que lo diferencia de otros actores de la cooperación internacional para el desarrollo, que condicionan de formas variadas la cooperación que pretenden otorgar.

FODA Regional: El análisis FODA regional guarda relación con hallazgos encontrados en el FODA de Honduras. Varias de las fortalezas y oportunidades identificadas tienen que ver con características particulares de MdM como actor

reconocido en el tema de salud, salud mental y enfoque psicosocial con personas afectadas por la migración. Así mismo, los términos de referencia del proyecto se ajustan en general a las condiciones y necesidades de las poblaciones, mostrando además flexibilidad en su redacción y conformación.

En cuanto a las amenazas que se pueden tener como región, sobresalen los riesgos e impactos del crimen organizado transnacional y la política cambiante de los EUA. La previsión que realiza MdM de la realidad cambiante de la región de por sí lo está conduciendo a tomar medidas pertinentes para prevenir y mitigar el daño. Similar situación se presenta con el proyecto de Honduras.

FODA Honduras: En el análisis FODA de Honduras, se evidencia una predominancia de fortalezas tanto de MdM, como del proyecto. Es de resaltar la elevada flexibilidad que ha tenido el proyecto en el proceso y es una importante oportunidad el contar con organizaciones de base comunitaria que están dispuestas y motivadas en generar nuevos procesos. La mayor parte de las debilidades para el proyecto en Honduras tienen que ver con su incorporación tardía al proyecto regional, por lo que se espera que al equilibrar los recursos suministrados, también se favorezca su funcionamiento y alcances, a pesar de las amenazas presentes tanto en Honduras, como en la región.

En cuanto a las amenazas y pensando en uno de los objetivos o líneas de acción principales del proyecto, que es la incidencia política, unos riesgos parecen presentar mayor potencial de afectación que otros. Un ejemplo de ello es la baja disposición que pueden tener las entidades estatales con las que MdM desea mantener un diálogo e influencia. Si no existe compromiso e implicación del Estado en los procesos y resultados que persigue el proyecto, difícilmente se pueden alcanzar los fines deseados.

Fortalecimiento de capacidades:

Con relación al fortalecimiento de capacidades, en general se evidencia una complementariedad de las tres visiones registradas (visión externa y regional, visión local de Honduras y visión de organización de base comunitaria/CONAMIREDIS).

En los cuatro principios valorados, la visión regional reflejó un conocimiento superficial de la realidad de las poblaciones a beneficiar con el proyecto, así como de los mecanismos o estrategias a llevar a cabo para materializar el proyecto en el contexto. La visión local mostró un conocimiento cercano de las condiciones en las que se encuentran las poblaciones objetivo, sin embargo no expresó de forma clara las actividades o estrategias que se podrían implementar para realizar la intervención.

Con la visión de CONAMIREDIS se pudo evidenciar en detalle la realidad de toda la población que requiere ser atendida, el grado de afectación o de vulnerabilidad y los mecanismos oportunos para responder a las necesidades identificadas. A pesar de ello, ésta mirada parecía conocer de forma superficial el contenido del proyecto, antecedentes y donantes u otros actores intervinientes en el proceso.

- *Principio equidad y diversidad:* En la mirada regional y local, parece estar ausente un conocimiento práctico acerca de cómo materializar el enfoque de género en el proyecto, siguiendo un análisis de intersecciones, que considere diferentes variables individuales, como edad, etnia, lugar de origen, etc. Se cuestionan en el discurso algunas inequidades y relaciones de poder presentes en escenarios familiares y sociales, sin embargo, no se identifican de forma clara elementos constitutivos del proyecto, que estén respondiendo a estas condiciones. CONAMIREDIS aporta los elementos prácticos de éste principio, haciendo énfasis en la necesaria intervención ante las diversas violencias de origen interno y externo al grupo familiar, inequidad en la distribución de cargas y del tiempo como recurso invaluable de las mujeres. Recuperando lo dicho desde CONAMIREDIS, el principio de equidad y diversidad tendría que ver con lograr una atención diferencial de las personas, a partir de sus condiciones particulares.

- *Sostenibilidad:* La visión regional y local dan cuenta de la importancia de realizar seguimiento al proyecto, durante el proceso, para verificar y ajustar, si es necesario, las actividades orientadas a la consecución de objetivos propuestos. Las dos visiones le otorgan igual relevancia a la participación de los equipos de los

colaboradores, pero responsabilizan en primer lugar a los Estados del mantenimiento de los logros alcanzados. Para CONAMIREDIS, la puesta en práctica de un enfoque psicosocial, sería el prerrequisito ineludible para lograr sostenibilidad en el proyecto. Se trata de rescatar y fortalecer los recursos de todas las personas: capacidades de adaptación ante lo que no se puede cambiar, pero también capacidades de transformación de su entorno, en el presente y en el futuro.

- *Productividad*: La mirada regional y local entienden la productividad como inversión en las personas y a su vez, como el fortalecimiento de sus capacidades para incidir en políticas públicas. La visión local vincula dicho fortalecimiento con el bienestar biopsicosocial de cada persona implicada. CONAMIREDIS amplía la concepción de lo requerido por las personas. Para que las personas puedan incidir en políticas públicas, además de un bienestar psicosocial, necesitarían desarrollar sus capacidades creativas y productivas. Si las personas no cuentan con los recursos económicos y físicos para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vivienda, etc.), difícilmente estarán motivadas en desarrollar las habilidades personales y grupales (liderazgo, trabajo en equipo, etc.), necesarias para influir en otros escenarios de política pública.

- *Participación y empoderamiento*: Las visiones regional y local conciben la participación como la contribución que hacen los líderes de las organizaciones de base comunitaria, en la fase inicial de planeación del proyecto, así como los aportes que los equipos de MdM puedan realizar en el proceso. En contraste, para CONAMIREDIS, la participación implicaría la autonomía y posibilidad de autodeterminación de la comisión para tomar decisiones sobre su propio funcionamiento. Dicha autonomía estaría encaminada a promover la participación de todas las personas, para agruparse y apoyarse mutuamente en la búsqueda de objetivos comunes. En conclusión, la participación favorece el empoderamiento de las personas y está íntimamente relacionada con los múltiples beneficios que generan la interacción, la comunicación y el apoyo social en grupos de autoayuda/ayuda mutua.

Con los análisis expresados por las tres visiones, en la forma de concebir el fortalecimiento de capacidades, se confirma el alto grado de importancia que tiene el consultar y actuar en concordancia con lo expresado por las organizaciones de base comunitaria. Pero para comprender y responder oportunamente a la realidad de las personas, también se requiere de un conocimiento local y regional de la situación y del proyecto.

Si se desea obtener un cambio sustancial en la vida de las personas, no es suficiente con fortalecer sus capacidades. En primer lugar sería necesario promover las condiciones mínimas para que las personas puedan atender y garantizar sus necesidades básicas, para que posteriormente, esas mismas personas puedan realizar acciones concretas, dirigidas a incidir en su propio entorno.

El enfoque psicosocial:

Como se pudo evidenciar, el enfoque psicosocial se desea incorporar de forma transversal en el proyecto regional y en Honduras. A pesar de ello, la mayor parte de las actividades que procuran materializarlo, se limitan a actividades de capacitación, para actores estatales, del área de la salud y colaboradores que trabajan con la población. A raíz de ello, se evidencia que existe una concepción restringida de los alcances que puede tener el enfoque psicosocial al ser aplicado en contextos como el hondureño, especialmente en el proceso del proyecto.

El enfoque psicosocial se vincula directamente con el fortalecimiento de capacidades de las personas. Solamente si se promueve el bienestar de las personas en sus diferentes áreas de funcionamiento: personal, familiar, social, ocupacional, ellas mismas pueden tener mayor posibilidad de organizarse y apoyarse en la búsqueda de estrategias que favorezcan la transformación de su realidad.

En una organización como médicos del mundo, es fundamental que se realice una identificación oportuna de los riesgos a los que están o pueden estar expuestos todos sus colaboradores y en los diferentes proyectos y misiones. Esta sería una valoración cuidadosa que contemplaría diversas variables personales,

como el origen nacional o internacional, el tiempo de exposición, las condiciones externas al trabajo y condiciones individuales que puedan afectar su salud física o emocional, entre otras.

Los cuidados de las personas:

El tema de los cuidados aparece como prioridad en la práctica y también reiteradamente en los documentos del proyecto. En la información documental, MdM España lo enfoca únicamente en capacitaciones de promoción del autocuidado. En la práctica se pudieron evidenciar los múltiples beneficios que puede traer el apoyo de pares (grupos de autoayuda, grupos de contención emocional) en el cuidado de las personas, por lo que convendría ampliar la mirada de los mecanismos de intervención.

Se trata de un tema central y visible en todas las observaciones y análisis realizados. En los comités de familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe” y “Amor y Fe”, las personas manifestaron una clara demanda de apoyo psicosocial, tanto para las líderes, como para todo el comité. Contemplar el enfoque psicosocial significaría identificar los factores de riesgo y los factores protectores en la población, para posteriormente diseñar e implementar acciones encaminadas a favorecer la participación, autonomía y empoderamiento de la población. En términos generales, se trata de recuperar y desarrollar conjuntamente las habilidades de liderazgo, autorregulación, comunicación, resolución de problemas y trabajo en equipo, teniendo en cuenta las fortalezas y capacidades de todas las personas, para hacer posible un efectivo apoyo mutuo.

Si los cuidados fueran abordados antes, durante y después y en los niveles de autocuidado, cuidado de pares y cuidado institucional, tendrían beneficios múltiples y concretos para todas las personas implicadas en el proyecto y no sólo para los beneficiarios directos e indirectos. Estaríamos hablando de beneficiar de forma específica a líderes de comités y comisión, a líderes, a familiares de migrantes desaparecidos, a familiares de migrantes retornados con discapacidad física y a los mismos colaboradores y voluntarios de MdM.

Es necesario tener presente que la labor de los cuidados ha sido un rol socialmente asignado a las mujeres, el cual se ha reproducido y mantenido a lo largo del tiempo. Esta condición se observa claramente en el proyecto, tanto en la conformación de las organizaciones de base, donde la mayoría son mujeres, como en el papel de cuidados que asumen las líderes de los colectivos de familiares de migrantes desaparecidos y familiares de migrantes retornados con discapacidad física. Si el proyecto desea transformar las realidades de las personas, en la búsqueda de su bienestar y desarrollo, es importante tomar las previsiones necesarias, para no seguir reproduciendo estereotipos de género que continúen profundizando en las desigualdades y aumentando el riesgo psicosocial de las mujeres.

Los grupos de autoayuda/ayuda mutua:

Los familiares de migrantes desaparecidos y los migrantes retornados con discapacidad física están integrados en organizaciones de base comunitaria de diferente naturaleza, mientras los primeros se han motivado a agruparse, con un funcionamiento de grupos de autoayuda, los segundos se encuentran dispersos, en parte, porque sus impactos psicosociales no han sido atendidos y en parte, por su mayor grado de vulnerabilidad.

Para el caso de las organizaciones de base comunitaria en Honduras, considero que fortalecer y consolidar los grupos de autoayuda es una estrategia con múltiples ventajas, teniendo en cuenta las condiciones en las que se encuentran las poblaciones (están localizadas en zonas de difícil acceso, se conocen y se han apoyado en el proceso, no cuentan y con poca probabilidad contarán con la presencia de un psicólogo en las zonas de influencia).

Para que los grupos de autoayuda puedan generar múltiples beneficios, dentro y fuera de la organización, es necesario primero atender diversas debilidades de funcionamiento de los comités y la comisión. Es primordial el papel que puede desempeñar un profesional de salud mental, para que actúe como facilitador y puente, posibilitando progresos en los colectivos, especialmente al comienzo de la

intervención. Su papel fundamental sería facilitar las condiciones óptimas para un adecuado funcionamiento interno del grupo.

Dentro de los ajustes más urgentes que se requieren está el promover la distribución equitativa de funciones y cargas al interior de los comités y la comisión. Llevar a cabo esta medida permitirá: Reducir significativamente el riesgo psicosocial de la líder, promover la participación y el empoderamiento de las personas que integran el comité, hacer posible que se multipliquen/transmitan diversos conocimientos y experiencias que con los años la líder ha adquirido, tanto en el manejo del comité, como en el conocimiento de redes institucionales de apoyo y mecanismos de atención a cada caso reportado.

Especialmente en CONAMIREDIS, se hace indispensable que se promueva la preparación y participación de las personas en las decisiones que se pueden adoptar dentro de la comisión. Si no se fomenta la autonomía de la comisión y de todas las personas que lo integran, se podría estar profundizando en una acción con daño, que es el paternalismo y la sobreprotección. Este comportamiento no solamente impediría el fortalecimiento de capacidades de las personas, sino que también puede generar mayores efectos negativos sobre los impactos psicosociales de las personas.

Es importante que desde la líder de los comités y comisión, se clarifiquen las expectativas de los posibles alcances de los colectivos. Especialmente en los comités de familiares de migrantes desaparecidos, las líderes y demás integrantes están lidiando permanentemente con la frustración, la desesperanza de las personas y muchos más impactos psicosociales. Si en el comité el único objetivo que se persigue es acceder a información sobre su ser querido, se limitan los numerosos beneficios que trae la interacción, debido a que las personas, al no alcanzar dicho propósito en un periodo de tiempo, pueden desmotivarse y desvincularse del grupo.

En cambio, si además de la meta final, se incluye el objetivo de brindarse apoyo mutuo y fortalecerse en el transcurso de la búsqueda de información de su ser querido, se podría mejorar la adherencia a los grupos y los beneficios que

pueden traer en temas como: reducción del aislamiento, apoyo social, violencia intrafamiliar, entre otros. Se trata de fortalecer la idea de que quienes ayudan son los que más resultan beneficiados (Martín y colaboradores, 2000), y notar cómo se puede mejorar la propia situación, mientras se comparten las necesidades y problemas con otras personas (Higuera, Orozco y Molina, 2012).

Debido a la localización dispersa de las personas y los escasos recursos humanos con los que cuenta el proyecto e incluso el país, los grupos de autoayuda tienen el potencial de favorecer las condiciones psicosociales a nivel grupal e individual, reduciendo los costos y desarrollando las habilidades de las mismas personas en su proceso de cambio.

Sin embargo, es importante tener presente que aunque los grupos de autoayuda pueden ser una herramienta de acompañamiento psicosocial con diversas ventajas, lo ideal sería que las personas recibieran una intervención más especializada. En las organizaciones de base comunitaria se identifican altos impactos psicosociales desatendidos y agravados a lo largo del tiempo, por lo que la intervención individual o familiar es lo más recomendable.

La violencia, en sus diversas manifestaciones, es un tema recurrente y latente en la vida de las personas involucradas directamente en el proyecto. Es por ello que sería oportuno establecer grupos de contención, principalmente para las líderes de las organizaciones, que permitan: estar atentas al efecto que produce en la propia persona y en la vida la problemática que atienden y para que eviten reproducir la violencia con familiares, compañeras y compañeros u otras personas. Los grupos de contención ayudarían a reducir el riesgo de depresión, de síndrome de burnout y a evitar la rotación de personal, entre otros beneficios.

Acción Sin Daño: Se puede evidenciar que la acción con daño no necesariamente hace referencia a prácticas que afecten la integridad de las personas, a quienes se pretende beneficiar, también implica omisiones de lo que sería necesario llevar a cabo para mejorar determinadas situaciones que involucran la vida de las personas.

Si se analizan los parámetros que establecen diferentes donantes en la cooperación internacional para el desarrollo, que priorizan unos países y temas sobre otros, condicionando y fragmentando las intervenciones sociales, se podría estar hablando de acciones con daño, debido a que en varias oportunidades los sistemas de financiación son dominantes e impositivos, omitiendo las necesidades y las condiciones locales que requieren ser atendidas.

Otra acción que implicaría daño es la rivalidad entre diferentes actores institucionales en una zona determinada. La competencia, desconfianza y débil comunicación entre dos o más actores que podrían apoyarse en la consecución de un objetivo común y en la búsqueda de beneficios para un grupo poblacional, no solamente dificulta la consecución de resultados, sino que también puede debilitar las capacidades de las personas, su confianza y participación.

El enfoque de ASD pone en evidencia los profundos efectos que puede tener el comportamiento de las personas vinculadas a una organización, sobre una población particular. Dichos efectos no necesariamente son desfavorables, es esperanzador conocer que todas las personas, independientemente de la posición ocupada, pueden impactar con sus propias decisiones en beneficio de las personas que se desea favorecer. Es decir, las personas contamos y tenemos una elevada influencia, independientemente de la posición que ocupemos en la sociedad o en una organización.

El desafío de la interdisciplinariedad:

Para atender una realidad tan compleja como lo es la de las personas afectadas por la migración, se hace necesario realizar una lectura profunda y amplia de dicha condición y desde diferentes puntos de vista. Pero también es importante establecer un diálogo entre las diversas posturas, para comprender globalmente la situación y actuar en coherencia.

La migración no es un tema nuevo, pero si un tema que adquiere cada vez mayor relevancia en el cambiante escenario internacional. Son numerosos los estudiosos del tema y también de quienes trabajan de cara a la realidad, atendiendo

a las personas directa o indirectamente afectadas. Muchas veces los conocimientos y experiencias no se comparten oportunamente, o se comunican de forma limitada. Hasta que no se produzca un diálogo consiente entre las disciplinas que trabajan el tema, no va a ser posible realizar aportes que generen impactos positivos y duraderos en las poblaciones.

Es el momento de facilitar puentes entre las disciplinas, pero también es necesario establecer caminos entre los académicos y la sociedad civil, si se desean lograr cambios sustanciales en la sociedad y en las personas. No sólo el diálogo es suficiente, es imprescindible comunicar mensajes claros y concretos, obtener retroalimentación de lo expresado y lograr congruencia entre lo exteriorizado y la acción.

Si se desea aportar a la sociedad, es indispensable dejar a un lado los prejuicios existentes ante las disciplinas que se desconocen, reconocer que nadie es dueño de un conocimiento absoluto de la situación y que por lo tanto siempre se puede aprender de otras miradas. Es preciso liberar los temores a la crítica y reconocer frente a otros las dificultades o fallas cometidas, ya sea por acción u omisión. Es necesario transmitir las acciones con potencial de daño y no solo las experiencias de éxito.

En el caso estudiado, la psicología y la cooperación internacional para el desarrollo reflejaron que sí es posible aportarse y retroalimentarse entre disciplinas distantes y diversas, debido a que el interés y el fin último de todos los esfuerzos realizados, siempre serán las personas. Es así como la psicología puede aportar en la lectura de las personas, mientras la cooperación internacional para el desarrollo amplía la mirada hacia lo macro.

Futuros temas de investigación:

Migración y Discapacidad. Uno de los posibles temas a investigar en la región centroamericana, pero principalmente en Honduras, es la relación existente entre la migración y la discapacidad, sus causas y efectos a nivel individual, familiar, social,

económico y político. Aunque es un tema de acelerado crecimiento y muy altos impactos psicosociales, ha sido altamente invisibilizado a lo largo de los años.

Migración, Desarrollo y Discapacidad. Así como la discapacidad aparece como una de las múltiples causas y consecuencias de la migración, puede ser muy beneficioso indagar sobre las posibilidades que pueden traer el relacionar la migración y el desarrollo a favor de las necesidades de población, principalmente en los países de origen.

Los familiares de migrantes desaparecidos en la ruta migratoria y las oportunidades desde la cooperación internacional para el desarrollo. Partiendo de un análisis exhaustivo de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de los comités, sería de gran aporte explorar los alcances y posibilidades que puede tener la CID en un contexto como el hondureño, generando propuestas precisas de las condiciones requeridas para llevarlo a cabo.

Las mujeres y los trabajos de los cuidados en las personas afectadas por la migración. Se ha estudiado acerca de las causas e impactos biopsicosociales de las mujeres en la migración, principalmente en el lugar de origen y en el tránsito, pero poco se conoce acerca de la migración de retorno o de los impactos que sufren las mujeres cuidadoras que no han migrado. Principalmente en el caso de los migrantes retornados con discapacidad física, en su mayoría hombres, al retornar a sus lugares de origen, son las mujeres quienes asumen la labor de los cuidados y demás responsabilidades del hogar, como la crianza de los hijos y la aportación económica.

Acciones con daño en proyectos de Cooperación Internacional para el Desarrollo de personas afectadas por la migración. No solamente se genera aprendizaje y conocimiento de prácticas de éxito, sino también y especialmente de las fallas cometidas en una intervención. Conociendo los riesgos y prácticas inadecuadas con potencial de generar daño, se pueden prevenir nuevos o mayores daños en la población.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AACID, (2017). Formulario de proyectos de acción humanitaria: crisis crónicas de larga duración o crisis olvidadas. Fortalecida la atención en salud y protección de personas Migrantes y desplazados forzados por violencia reforzando las Respuestas de sociedad civil en Guatemala, El Salvador y Honduras. Diligenciado por Médicos del Mundo España y Francia.
- Abriendo Fronteras con el Corazón, (2014). Guías para la aplicación del enfoque psicosocial en contextos migratorios. Ciudad de Guatemala, Guatemala. p. 29.
- Acevedo M., Argueta, J. y Ortega C., (2012). El Papel de los Observatorios Económicos y de Emprendimiento desde la Academia, caso Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Tenth LACCEI Latin American and Caribbean Conference (LACCEI'2012).
- ACNUR, (2011). Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. Ministerio de la Protección Social Colombia. Dirección general de promoción social.
- Aldwin, C.M. (1994) Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective. New York: Guilford Press.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. (Ed.). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós
- Anderson, M., (1999). Do no harm How aid can support peace or war. Boulder London: Lynne Rienner Publishers. p.164.
- Anderson, M., (2009). Acción sin daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. 2 Ed. Bogotá: Ántropos. p. 13.
- Antares Foundation (2012).Gestión del estrés en trabajadores humanitarios. Guía de buenas prácticas. Tercera edición.
- Ayala, C. (2012). Aspectos teóricos conceptuales de la cooperación internacional para el desarrollo. En Citlali Ayala y Jorge A. Pérez Pineda. Coords., Manual de cooperación interna para el desarrollo: sus sujetos e instrumentos. Instituto Mora, pp. 11-38.
- Ayuntamiento de Valencia, (2017). Modelo de solicitud de subvención para la realización de proyectos de cooperación internacional para el desarrollo. Título:

Contribuir a mejorar el acceso a salud y protección de las personas afectadas por la migración y el desplazamiento forzado en Honduras. Diligenciado por MdM España.

Barrera, E. (2013). Dolor Fantasma, Impacto Emocional Y Abordaje Tanatológico. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

Beristain, C. y Dona, G., (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Grupo de Acción Comunitaria.

Boss, P. (2001). La "pérdida ambigua". Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado. España: Gedisa.

Cámara, L. (2009). Cooperación técnica para el fortalecimiento institucional. Asistencia Técnica y Capacitación, CIDEAL. ISBN 978-84-87082-40-5, págs. 77-108

Cámara, L., (2002). La cooperación técnica española para el refuerzo institucional: elementos para la definición de una estrategia". En Gestión y Análisis de Políticas Públicas (GAPP). N°23, paginas 67-78. Instituto Nacional de Administración Pública. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid.

Cárdenas, A., (2015). Enfoque diferencial y discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. MSPS. Oficina de Promoción Social.

Cardozo, B., Sivilli, T. I., Crawford, C., Scholte, W. F., Petit, P., Ghitis, F., . . . Eriksson, C. (2013). Factors affecting mental health of local staff working in the Vanni region, Sri Lanka. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy: p.581-590.

Cardozo, B.L., Crawford, C.G., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olf, M., Rijnen, B. & Simon, W., (2012). Psychological Distress, Depression, Anxiety, and Burnout among International Humanitarian Aid Workers: A Longitudinal Study. Public Library of Science One. p 7.

Céspedes, G., (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Universidad de la Sabana. Colombia.

Checa Gutiérrez, Marcia Itzel (2006), "La cooperación internacional para el desarrollo en Chiapas. Hacia un enfoque de género culturalmente situado", tesis de Maestría en Cooperación Internacional para el Desarrollo, México, Instituto Mora.

CICR, (2013). Informe sobre personas Migrantes amputadas, gravemente

- lesionadas o enfermas asistidas por la delegación regional del comité internacional de la cruz roja. Casos individuales en México y América Central.
- CICR, (2014). Acompañar a los familiares de las personas desaparecidas guía práctica. Comité Internacional de la Cruz Roja. Desaparecidos el derecho a saber.
- COFAMICENH y COFAMIPRO (2015). Informe presentado al comité para la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares en vista de la adopción de las cuestiones previas a la presentación del informe inicial de honduras durante la 22ª sesión del 13 al 24 de abril de 2015.
- Collaborative for development action, CDA, (2018). Practical Learning for international action. Disponible en: www.cdainc.com.
- Collier, P., (2013). Exodus: How Migration is Changing Our World. Nueva York, Oxford University Press, p: 309.
- Comín, E; Fuente, I y Gracia, A. (2013). El estrés y el riesgo para la salud. Recuperada de: www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf
- Comisión Europea, (1992). Decentralized Cooperation. Objectives and Methods, Bruselas, 26-11.
- Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales (2005), Las migraciones en un mundo interdependiente: nuevas orientaciones para actuar. Informe de la Comisión Mundial sobre las Migraciones Internacionales, CMMI, Suiza, SRO-Kundig.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC), (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC.
- CONAMIREDIS, (2017). Migrantes retornados con discapacidad en honduras y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Examen de Honduras al 31 de marzo de 2017. Pastoral de Movilidad Humana.
- Corporación AVRE, (2006). Módulo Aspectos psicosociales de la reparación integral. En: Voces de Memoria y Dignidad. Material Pedagógico sobre Reparación Integral. Pág. 24.
- Dayal, A., (2014). El Cuidado de la Salud en Peligro Recomendaciones respecto al apoyo psicosocial para el personal del cuidado de la salud que trabaja en contextos peligrosos. Movilización Comunitaria, Cruz Roja Americana. De Lellis, M., Interlandi, C. y Martino, S. (2015). Perspectivas en salud pública y salud mental (Primera). Buenos Aires: Nuevos Tiempos. Colección Salud

Comunitaria.

De Zayas, I. (1995). Los grupos de mutua ayuda y las Asociaciones de voluntariado, núcleos de apoyo y participación social organizada. *Ayuda Mutua y Salud*, 1, 34-42.

Delgado, R., Márquez, H. y Rodríguez, H. (2009). Seis tesis para desmitificar el nexo entre migración y desarrollo. Disponible en: [http://maremival.sociales.unam.mx/~migracion/Seminario/mesa8/Desmitificando% 20la%20relacion%20entre%20migracion.pdf](http://maremival.sociales.unam.mx/~migracion/Seminario/mesa8/Desmitificando%20la%20relacion%20entre%20migracion.pdf)

Depreizen, B. (2001). Los tiempos del duelo. Colección la clínica de los bordes. Argentina: Mono Sapiens.

DGPOLDE. 2007. Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española. Aprender para mejorar. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas Públicas. Madrid.

Díaz D., Fernández, A., González F., Ibáñez V., Massip, I., Rodríguez, A., (2002). Los programas de salud mental de Médicos del Mundo en los conflictos Balcánicos. Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria, Vol.2, N.º 1, pp. 18 - 26.

Domenech, Y., (1998) Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Cuadernos de Trabajo Social* (6) 179-195. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5802>

El País, (2015). España, el país de la OCDE que más recortó en ayuda al desarrollo. Informe OCDE. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/04/08/planeta_futuro/1428509093_127822.html

Eriksson, C. B., Holland, J. M., Currier, J. M., Snider, L. M., Ager, A. K., Kaiser, R. E. R., & Simon, W. S., (2014). Trajectories of Spiritual Change Among Expatriate Humanitarian Aid Workers: A Prospective Longitudinal Study. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037703>

Eriksson, C. B., Lopes Cardozo, B., Foy, D., Sabin, M., Ager, A., Snider, L., Scholte, W.F., Kaiser, R., Olf, M., Rijnen, B., Gotway Crawford, C., Zhu, J. & Simon, W., (2016) "Predeployment Mental Health and Trauma Exposure of Expatriate Humanitarian Aid Workers Risk and Resilience Factors". *Traumatology*. P: 41-48.

Fajnzyber, P. y López, J., (2007). Closet or Home: The Development Impact of Remittances in Latin America, Washington, Banco Mundial.

Fernández-Baldor, A; Boni, A. (2011). Evaluación de proyectos de cooperación para

el desarrollo. Una contribución desde el enfoque de capacidades. Ponencia presentada en el V Congreso de Universidad y Cooperación al Desarrollo. Cádiz, 6-8 de abril.

Ficha estadística de Honduras del Gobierno español, recoge información de fuentes como el INE. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/HONDURAS_FICHA%20PAIS.pdf

Ficha país Honduras del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación del Gobierno de España. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/HONDURAS_FICHA%20PAIS.pdf

Font-Jimenez, Llauradó-Serra, Pallarés-Martí, & García-Hedrerá, (2016). Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura. Atención Primaria. Volumen 48. P: 207-210.

Fried, D., (2008). Diálogos generativos. En Diálogos Appreciativos: el socioconstruccionismo en acción, comp. Gabriela Rodríguez Fernández, 17-48. País Vasco-Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica Oñati-Editorial Dykinson

Fundación para la justicia y el estado democrático de derecho, (2014). Migrantes desaparecidos: la tortura permanente. Informe dirigido al Relator especial de las Naciones Unidas sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes con motivo de su visita oficial a México en Abril y Mayo de 2014

Gala, f., Bas, P., Lupiani, M., Díaz, M., Cano, M. & Paublete, M., (1996). Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de medula espinal. Un análisis sobre la presunta depresión obligada en los lesionados medulares. En: i jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Libro de actas. Salamanca (e): ministerio de asuntos sociales.

García, A., (2008). Identidades y representaciones sociales: la construcción de las minorías. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas 18. Universidad de Murcia.

García, R. y Suárez, M., (2007). La pérdida ambigua: una prolongada aflicción de la familia. Psicología y Ciencia Social, vol. 9, núm. 2, pp. 32-41. Universidad Nacional Autónoma de México.

González, M. (2014). Migración y codesarrollo: una forma de cooperación internacional en el siglo xxi. Caso Ecuador – España. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad De Relaciones Internacionales.

Bogotá D.C.

- Gracia, E. (1996). ¿Por qué funcionan los grupos de autoayuda?. *Información Psicológica*, 61, 4-11.
- Higuera, J.; Orozco, J.; Molina, N. (2012). Evaluación de Grupos de Autoapoyo con Enfoque Generativo en Personas Afectadas por el conflicto Político Armado Colombiano. *Revista de Psicología*, 4, 1, 21-33.
- Hillermann, W., (2012). Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades. Asociación EntreMundos, Quetzaltenango, Guatemala.
- Horgan O, MacLachlan M., (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disabil Rehabil.* 32:837---50.
- Jubeto, Y. & Larrañaga, M., (2014). *El Desarrollo Humano Local desde la equidad de género: Un proceso en construcción*. ISBN: 978-84-89916-88-3. Hegoa. Universidad del País Vasco.
- Katz, A.H. (1993). *Self-help in America: a social movement perspective*. New York: Twayne.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984 / 1986). *Stress, appraisal and coping / Estrés y procesos cognitivos*. Nueva York / Barcelona: Springer / Martínez Roca.
- Le Clercq, J. y Rodríguez, G., (2015). Índice Global de Impunidad, IGI. Centro de Estudios sobre impunidad y justicia CESIJ. Universidad de las Américas Puebla. Disponible en: http://www.udlap.mx/igi/2015/files/igi2015_ESP.pdf
- Levin, L. (1977). Forces and issues in the revival of interest in self-care ímpetus for redirection in health. *Health education monographs*, 5: 110-124.
- López, P. (2016). Nota de síntesis del proyecto “Mejorando el acceso a salud y protección de los migrantes en tránsito por México y de los retornados forzados a Honduras, Guatemala y El Salvador”. MdM España y Francia.
- Malgesini, G., (2001). Reflexiones sobre migraciones, cooperación y codesarrollo. *Arxius*, núm. 5, noviembre 2001, p. 123-146.
- Martín, L.; Rivera, A.; Morandé, G.; Salido, G. (2000). Las aportaciones de los grupos de autoayuda a la salud mental. *Clínica y Salud*, vol. 11, núm. 2, 2000, pp. 231-256 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Madrid, España.
- Martínez, E., Rivero, J., Serón, G. y Jolivel, A., (2017). Una revisión de la cooperación internacional para las migraciones y las economías locales. Disponible en: <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Dialnet-UnaRevisiónDeLaCooperaciónInternacionalParaLasMigr-3245105.pdf>

- Martínez, I. y Sanahuja, J.,(2009). La agenda internacional de eficacia de la ayuda y la cooperación descentralizada de España. Documento de Trabajo n° 38. Fundación Carolina CeALCI. Madrid.
- Martínez, R., y Fernández, A., (2008), “Árbol de Problema y áreas de intervención”, México: CEPAL
- McPherson S, Dayle J, Sullivan E., (2004). The benefits of peer support with diabetes. Nurs Forum. p:5–12.
- MdM España y Francia, (2016). Estrategia Plurianual 2017 a 2019 Proyecto Migrantes TNAC México. Estrategia de País/Región.
- MdM España y Francia, (2017). Balance año 1 Proyecto regional migrantes en la región mesoamericana Médicos del Mundo España y Médecins du Monde France. 1 de Mayo 2016 – 30 de abril 2017. p.1.
- MdM España y Francia, (2017). Estrategia Mesoamericana para Migración y Desplazamiento Forzado de Médicos del Mundo: p.6
- Médicos del Mundo, (2015). Informe Misión Exploratoria Migrantes Triángulo Norte de América Central (TNAC) – México. Médicos del Mundo Francia y España.
- Médicos del Mundo, (2016).La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2016. Médicos del Mundo, medicusmundi.
- Médicos del Mundo, (2017). Campaña: La historia de la humanidad es la historia de personas que se mueven. Disponible en: <http://personasquesemueven.org/personasquesemueven-medicos-del-mundo/>
- Médicos del Mundo, (2018). Programas Nacionales, Nuestras sedes. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/como-trabajamos>
- Médicos del Mundo, (2018). Quiénes Somos, Qué hacemos, con quién trabajamos. Disponible en: <http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/idcont.1183/menu.1/recategoria.9871/reلمenu.153>
- Médicos Sin Fronteras, (2018). Nuestro trabajo. Disponible en: https://www.msf.mx/?gclid=Cj0KCQIAzMDTBRDDARIsABX4AWxOt1ZXUx-TUtZZvbkQIdj6_yev9jCrwmsrl-NLBC9ixCQi0O4G3KUaAj7UEALw_wcB
- Meingüer, Martínez, Cuellar, Galindo y Rojas, (2014). Aspectos psicológicos en el paciente amputado. Artículo de revisión. Instituto Nacional de Cancerología, Servicio de Psicooncología. Recuperado en: <http://incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20psc%20Meingüer%20Cuevas.pdf>

- Mejía, J., (2014). Migrantes Desaparecidos: Una Búsqueda Interminable. Tesis de Maestría en estudios de población. Tijuana. México
- Melero, L., (2010). La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migrantes. Fundación CeiMigra. Compromiso social Bancaja. Provincia de Aragón.
- Moreno, B. y Báez, C., (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid, España.
- Navarrete, B., (2012). The Kino Border Initiative. Manual de atención a personas migrantes: Estrategias de apoyo en situaciones de violencia OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.
- Nyberg-Sorensen, N., Van Hear, N. y Engberg-Pedersen, P., (2002). The Migration-Development Nexus Evidence and Policy Options. IOM Migrations Series, núm. 8, julio 2002. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-2435.00210>
- OECD, (2002). Principios para la evaluación de proyectos de desarrollo. Comité de Ayuda al Desarrollo. OECD
- OECD, (2005). Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda.
- OIM, (2015). Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras. Fondo de la OIM para el Desarrollo. Fomento de capacidades en gestión de la migración. Disponible en: http://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/condicion_de_salud_honduras.pdf
- OMS, (2017). Programa de Salud Mental. Publicaciones y recursos destacados: salud mental Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=281:2008-proyecto-salud-mental&Itemid=353&lang=es
- OMS/OPS, (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación científica y técnica No. 588. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Internacional del Trabajo, (2016). La migración laboral en América Latina y el Caribe. Diagnóstico, estrategia y líneas de trabajo de la OIT en la

- región. Informes técnicos. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Organización Internacional para las Migraciones, (2015). Condición de Salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras. Fondo de la OIM para el Desarrollo Fomento de capacidades en gestión de la migración.
- Pérez, B. (2014). "Musicoterapia: Escuchando El Duelo De Los Pacientes Amputados". . Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.
- PNUD, (2007). Migración y desarrollo humano. Resumen ejecutivo. Aportes, Revista de la Facultad de Economía, BUAP, Año XII, Número 35, Mayo - Agosto de 2007.
- PNUD, (2016). Informe de Desarrollo Humano. Desarrollo Humano para todas las personas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Propiedad del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York.
- Project Counselling Service PCS, (2015). Misión internacional de verificación sobre la situación de los derechos humanos de la población migrante hondureña y su derecho a la protección internacional. Informe Final. Project Counselling Service. Consejería de Proyectos.
- Revista del Observatorio de la Cooperación Descentralizada Unión Europea-América Latina (2014). Los nuevos retos de la cooperación descentralizada. Observa. Noviembre de 2014/Número 11.
- Richardson, A. y Goodman, M. (1983). Self-help and Social Care: Mutual Aid Organizations in Practice. London: Policy Studies Institute.
- Riessman, F (1965). The helper therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32
- Rodríguez, A., (2008). El enfoque ético de la acción sin daño. Especialización en acción sin daño y Construcción de Paz. Universidad Nacional de Colombia. p.16.
- Salcedo, G., Angulo, A. y García, S., (2015). Manual de aproximaciones psicológicas para voluntarios que trabajan con personas migrantes. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.
- Sánchez Vidal, A. (1991). Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: PPU Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- Sandi, C. & Calés, J. M. (2000). Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y

clínicas. Madrid: Sanz y Torres.

Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 27(1):p. 2.

Secretaría General Ibero-Americana, (2016). La cooperación Descentralizada en Iberoamérica. Una mirada desde la Cooperación Sur – Sur. Serie documentos de trabajo DT 11. Programa Iberoamericano para el fortalecimiento de la cooperación sur-sur. Sen, A. , (1999). *Development as freedom*. New York: Oxford University Press.

Senra, (2013). How depressive levels are related to the adults' experiences of lower-limb: A mixed methods pilot study. Int J Rehabil Res. 2013. p. 13---20.

Serrano, M. (2008). Migraciones y codesarrollo en la crisis financiera internacional. Fundación Carolina. Disponible en: <http://www.fundacioncarolina.es/esES/nombrespropios/Documents/Art%C3%ADculo%20M%20Serrano%2012-08.pdf>

Ul Haq, Mahub. (1995). Reflections on human development. USA: Oxford University Press.

UN, (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD. Oficina del alto comisionado para los Derechos Humanos. Nueva York y Ginebra.

UNCOMIDEH, (2016). Nota de prensa 30 de agosto Día Internacional de las Desapariciones Forzadas. Migrantes desaparecidos en la Ruta Migratoria. p.1

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) por medio del Observatorio Nacional de la Violencia (ONV), boletín de septiembre de 2017. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/365384907/Informe-Enero-Junio-2017-Observatorio-de-la-Violencia-Honduras>

Urbano, J., Hidalgo, M., López, V., Núñez, A., Salcedo, A. y Valenzuela, K. (2015). Manual de buenas prácticas en la atención a grupos en situación de vulnerabilidad en tránsito migratorio por México. Mujeres, niñas, niños y población LGBTTTI. 5ª Convocatoria UIA-FICSAC para proyectos de investigación con proyección social. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.

Uriarte, C., (2008). Pasos para establecer un programa de cuidado de equipos. I jornada de cuidado a cooperantes. Médicos Sin Fronteras. Unidad Apoyo Psicosocial a Equipos Terreno. Madrid.

- Varela, A., (2015). Caravana de Madres Centroamericanas, un ejemplo de las nuevas luchas migrantes. Academia de Comunicación y Cultura, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Villa, J., (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos Sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, Epistemológica y metodológica? EL ÁGORA USB, vol. 12, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 349-365 Universidad de San Buenaventura Seccional Medellín, Colombia.
- Villar, R., (2009). El fortalecimiento de capacidades y el apoyo al desarrollo desde las bases: la experiencia de RedEAmérica. CEU Instituto Universitario de Estudios Europeos. Universidad San Pablo. Fundación CODESPA. Documento de Trabajo. Serie CECOD. Número 6.



Entrevistas individuales realizadas:

- Javier Arias, Referente MdM España para América Latina (17 de octubre de 2017)
- Darlan Alvarado, Referente Migración MdM Honduras (16 de noviembre de 2017)
- Karen Núñez, Coordinadora CONAMIREDIS (04 de diciembre de 2017)
- Eva Ramírez, Líder del Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos “Amor y Fe” (24 de noviembre de 2017)
- Reyna Cruz, Líder del Comité de Familiares de Migrantes Desaparecidos “La Guadalupe” (25 de noviembre de 2017)
- Allang Rodríguez, Psicólogo Apoyo a Comité de Familiares de migrantes desaparecidos del Progreso COFAMIPRO (10 de octubre de 2017)

Anexo 1. FODA Comité de familiares de migrantes desaparecidos “La Guadalupe”

Fortalezas	Oportunidades
El que las madres estén unidas, genera más fortalezas en ellas mismas.	Pueden fortalecerse las habilidades de las personas en la zona, para proyectos productivos o de otro tipo.
Es un espacio para compartir muchas experiencias	Se puede mejorar la participación del comité en espacios radiales o televisivos.
Se puede aprender de otras personas	Puede ser un momento de distracción
Se siente que no estamos solas	
Debilidades	Amenazas
Las cargas no están equilibradas y la líder puede enfermarse por sobrecarga	Abandono del comité por situaciones familiares, inseguridad (amenazas de pandillas) o recursos insuficientes para llegar.
En general existe poco compromiso de las personas	Inasistencia por enfermedades de las mujeres.
Puede existir un desconocimiento de lo que puede lograr el comité y el tiempo que se necesita	

Fuente: Elaboración conjunta con los integrantes de la junta directiva del comité “La Guadalupe”

Anexo 2. FODA Comité de familiares de migrantes desaparecidos “Amor y Fe”

Fortalezas	Oportunidades
Voluntad, interés que tienen las madres (mujeres) en la búsqueda de sus hijos (familiar).	Organizaciones de apoyo en países, como México (Movimiento Migrante Mesoamericano, casas del migrante, Fundación Justicia, paz y reparación, Fundación para la Justicia y el Estado democrático de Derecho)
Confianza que se siente hacia el grupo, se cree en el grupo.	El apoyo en Honduras de la Asociación de Hermanas Scalabrinianas AHS
Las personas sienten un apoyo grande de la líder.	Periodistas que apoyan en la visibilización de los casos, especialmente en las caravanas de las madres centroamericanas.
Se brinda mutuo apoyo, especialmente cuando llega una nueva integrante.	La continuidad que ha tenido la caravana de madres centroamericanas.
Debilidades	Amenazas
El conocimiento y experiencia está concentrado en la líder principal.	Que la(s) madre(s) no quieran seguir en el grupo
No existen unos roles establecidos en el comité, que mejore su funcionamiento.	Las personas sienten miedo de ir a la colonia donde vive la líder.
Carencia de apoyo técnico (otro aprendizaje manual que puedan aprender las mujeres)	Sensación de inseguridad generalizada, violencia.
Se desconoce cómo brindar un apoyo psicosocial a las personas nuevas o quienes ya integran los comités. El comité no ha tenido algún tipo de apoyo psicosocial.	Las personas pueden abandonar el grupo si no ven beneficios (cambios, aprendizajes)
Muchas veces no se tiene un plan para las reuniones realizadas.	Que problemáticas o condiciones familiares hagan que las mujeres dejen de asistir

Fuente: Elaboración conjunta con los integrantes de la junta directiva del comité “Amor y Fe”

Anexo 3. Perfil de los beneficiarios del proyecto / población meta

2016	2017
Directo	Directo
<p>Juntas directivas de las Organizaciones de base de familiares de migrantes desaparecidos: (1 por país del TNAC) y de retornados (1 por país del TNAC): 60</p> <p>- Personal de salud de los centros cercanos a los CAIMR en TNAC y de los centros cercanos a las Casas del Migrante en Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Tabasco: 150</p> <p>- Consúles de Honduras, Guatemala y El Salvador y de 4 estados del sur de México: 20</p> <p>- Migrantes víctimas de violencia/solicitantes refugio/visa humanitaria: 50</p>	<p>5 organizaciones de base TNAC: 25 personas (60% hombres)</p> <p>440 personas afectadas por el desplazamiento forzado por violencia en Honduras y El Salvador (70% mujeres)</p> <p>375 retornados forzados de Honduras con discapacidad o enfermedad grave (78% hombres)</p>
Indirecto	Indirecto
<p>Miembros de las Organizaciones de base de familiares de migrantes desaparecidos y de retornados: 1.500</p> <p>Personal estatal de salud, DDHH, cancillerías, migración, fiscalías: 200</p>	<p>450 retornados forzados de Honduras con discapacidad o enfermedad grave (80% hombres)</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de documentos de MdM E y F Síntesis proyecto migrantes TNAC y Mx (2016) y Estrategia Plurianual de MdM E y F (2017-2019)

Anexo 4. Indicadores 2016

Indicador	Alcanzado diciembre 2016
% Acuerdos de colaboración con organizaciones de base que han ejecutado el 100% de la subvención	COFAMIDE 100 % ejecutado RENACERES 100 % ejecutado COFAMIPRO 100 % ejecutado ARG 100 % ejecutado
Elaborado un plan de capacitación dirigido a personal estatal (salud, migración, fiscalías, cancillerías, red consular y organizaciones de base) en derechos de protección al migrante.	En curso preparación con FLACSO a nivel regional. Guatemala: identificados 9 departamentos y en curso preparación con Ministerio de Salud y MENAMIG. El Salvador: identificadas “ventanillas” con CONMIGRANTE Honduras, pendiente México: capacitación a trabajadores sociales de Tapachula. Se prevé la realización de un proceso formativo sobre migración y salud en conjunto con la secretaría estatal de salud de Chiapas.
N° personal de organizaciones de base capacitados en autocuidado y primeros auxilios psicológicos	En fase de preparación del Taller de Autocuidado (identificación del facilitador, previstas 5 personas por asociación -25-). Para esta acción se ha decidido incluir al Comité Nacional de Migrantes Retornados con Discapacidad. Se ha establecido contacto con ECAP para la realización de este proceso. Se ha planteado que no sea solamente una capacitación sino que además incluya un diagnóstico por cada organización y plan de autocuidado institucional.
N° personal institucional intersectorial identificado para recibir capacitaciones	No realizado. En fase de identificación en el sector de salud.
N° actividades de sensibilización general realizadas en Mexico y TNAC	Ninguna. En fase de preparación de Caravana de búsqueda por parte de COFAMIDE y COFAMIPRO. COFAMIPRO prepara cuñas radiales para sensibilizar sobre los riesgos de migrar. Participación y co-ejecución en Misión de Observación de Derechos Humanos –MODH.
Numero de propuestas presentadas a financiadores que incluyan en su formulación la realización de investigaciones sobre desplazados forzados por la violencia dentro del TNAC; y de los niños, niñas y adolescentes	3 propuestas presentadas a Junta Andalucía, Valencia y Extremadura con inclusión de las investigaciones. 1 propuesta al BID, pero descartada en la primera fase.

Fuente: Elaboración propia a partir de documento de seguimiento de indicadores del 2016.

Anexo 5. Investigaciones propuestas para llevar a cabo en la región, según documento de “Consejo Consultivo de Investigación” y “Marco Lógico 2017”

Resultado	Actividades
Mejorado el conocimiento sobre barreras de acceso de las personas desplazadas forzadas, de las mujeres y personas indígenas migrantes/desplazadas	Investigación Acción Participación “abordaje de las barreras en salud que enfrentan las personas desplazadas internas en El Salvador”
	Realización de una investigación para conocer el impacto de la migración con enfoque étnico en Guatemala
	Realización de una investigación sobre la realidad de las mujeres en los procesos migratorios y desplazamiento forzado interno en El Salvador

Fuente: Elaboración propia con base en los documentos “Consejo Consultivo de Investigación” y “Marco Lógico 2017”.

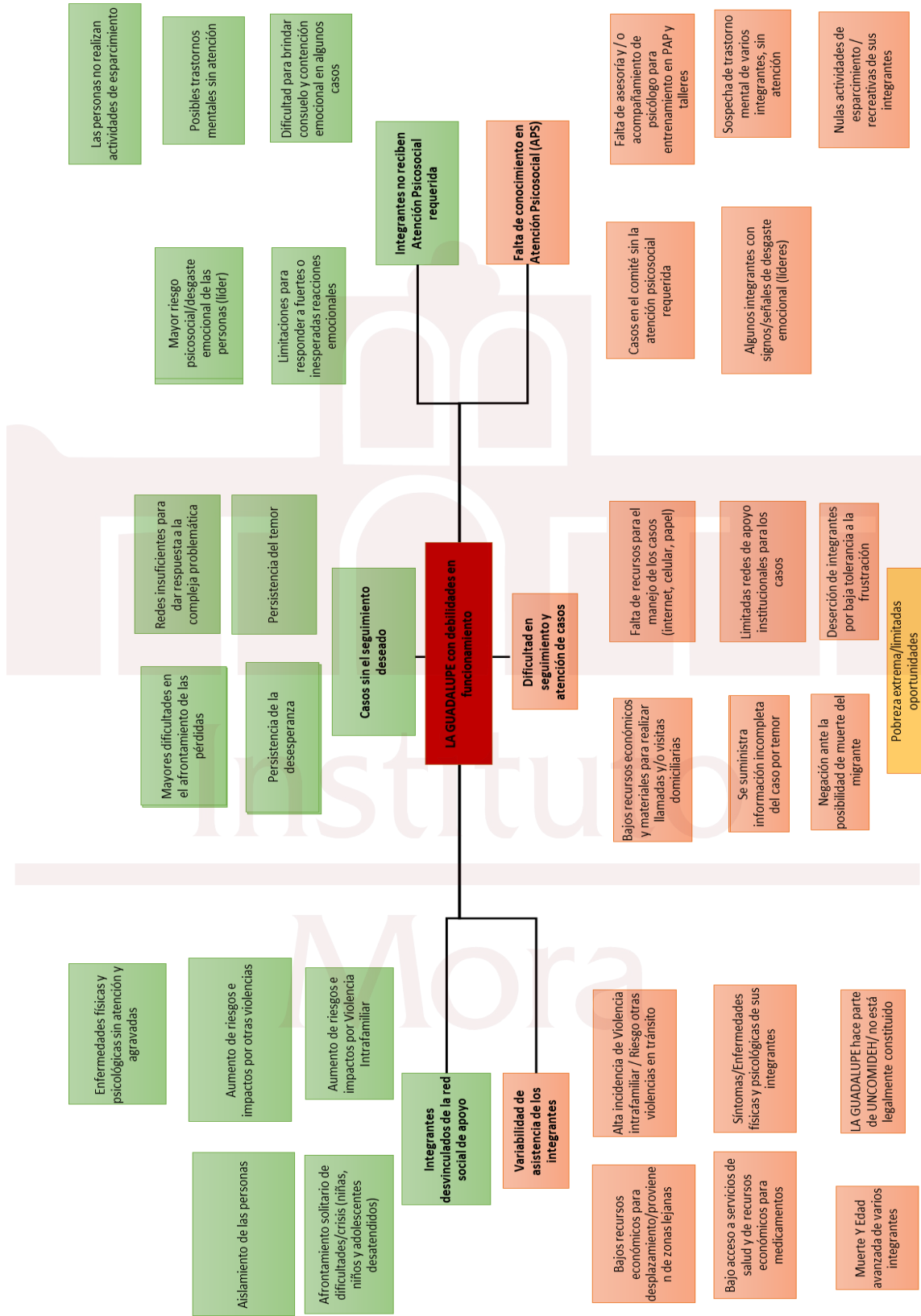
“El Consejo Consultivo de Investigación es una estrategia de los procesos investigativos que está llevando a cabo Médicos del Mundo en la Región Mesoamericana. Cada investigación que estamos o vamos a realizar, para que cuenten con un piso mínimo de participación, deberán formar un equipo ad-hoc externo a la organización compuesto por personas que representan instituciones, organizaciones, academia o que tienen una vasta trayectoria en investigaciones” (MdM, 2016).

Anexo 6. Actividades programadas para el 2017.

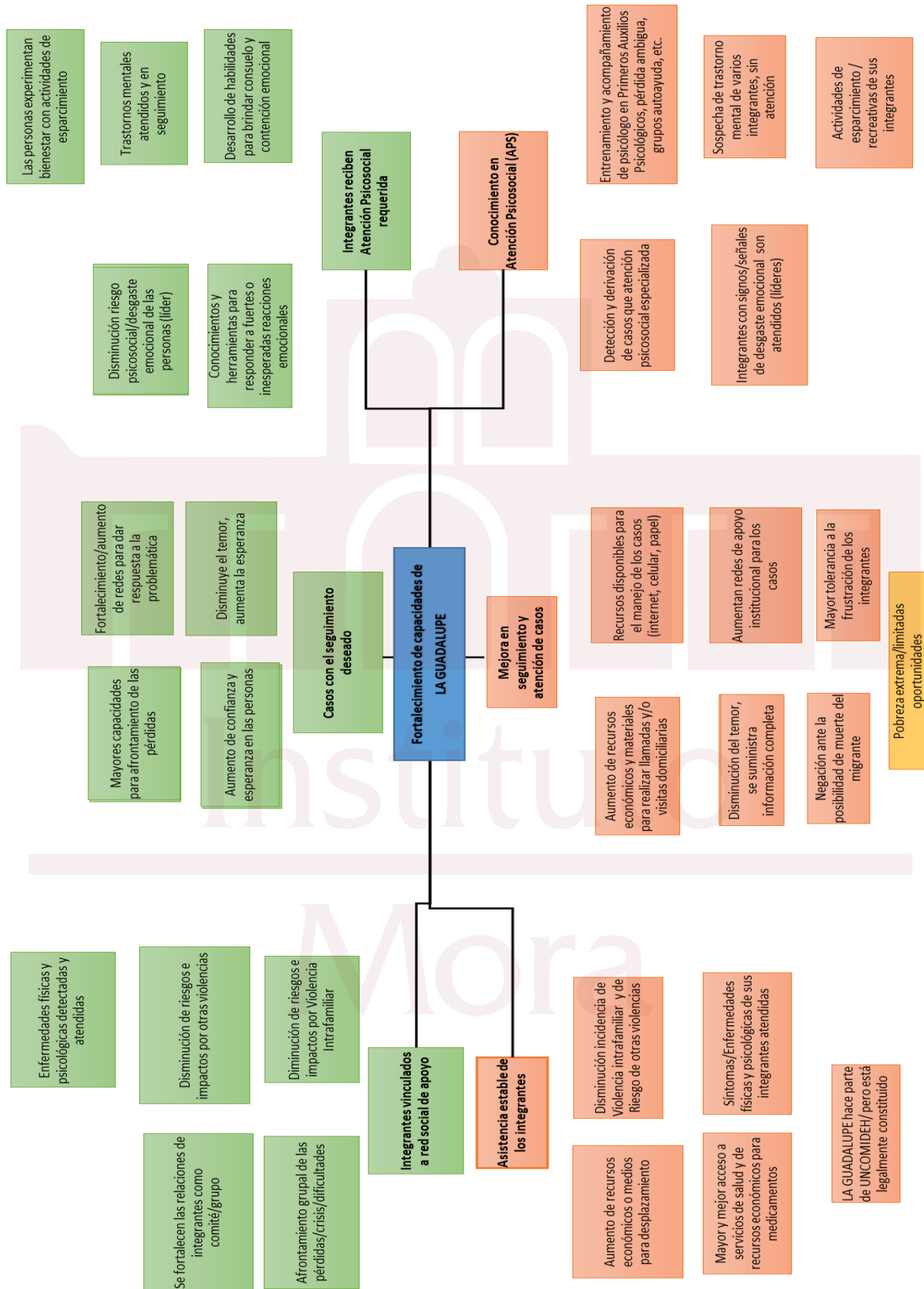
ACTIVIDADES
A.1.1. Formación psicosocial a organizaciones de base TNAC (autocuidado, primeros auxilios psicológicos)
A.1.2 Elaboración Planificación estratégica de organizaciones de base TNAC
A 1.3 Elaboración y distribución de material informativo para difusión de las organizaciones de base (provisión de insumos)
<i>A2.3 Acompañamiento de casos y atención psicosocial realizada por organizaciones de base en la recepción de personas retornadas y familiares migrantes desaparecidos (provisión de insumos)</i>
<i>A2.4 Apoyo a Asociación de Hermanas Scalabriniana para la protección y atención de personas desplazadas forzadas por violencia y personas retornadas forzadas con discapacidad o enfermedad grave en Honduras (provisión de insumos)</i>
A3.3 Monitoreo y seguimiento del plan de seguridad de MdM en contexto migratorio y desplazamiento forzado por violencia (Formación, provisión de insumos)
A3.4 Participación MdM en Redes Nacionales y Regionales que tratan la migración y el desplazamiento forzado: Mesa Transfronteriza, Plataforma Técnica Regional de Salud, Migraciones y Desplazamiento, Mesa de Protección. (provisión de insumos)
A3.5 Apoyar la participación de organizaciones de base en espacios de incidencia: Caravana de búsqueda de migrantes desaparecidos (provisión de insumos)
A3.6 Apoyar la participación de organizaciones de base en espacios de incidencia: Creación de red regional de migrantes de Centroamérica (provisión de insumos)
A3.7 Subvención a organizaciones de base

Fuente: Elaboración propia a partir del cronograma de actividades 2017 y Marco Lógico 2017 de MdM

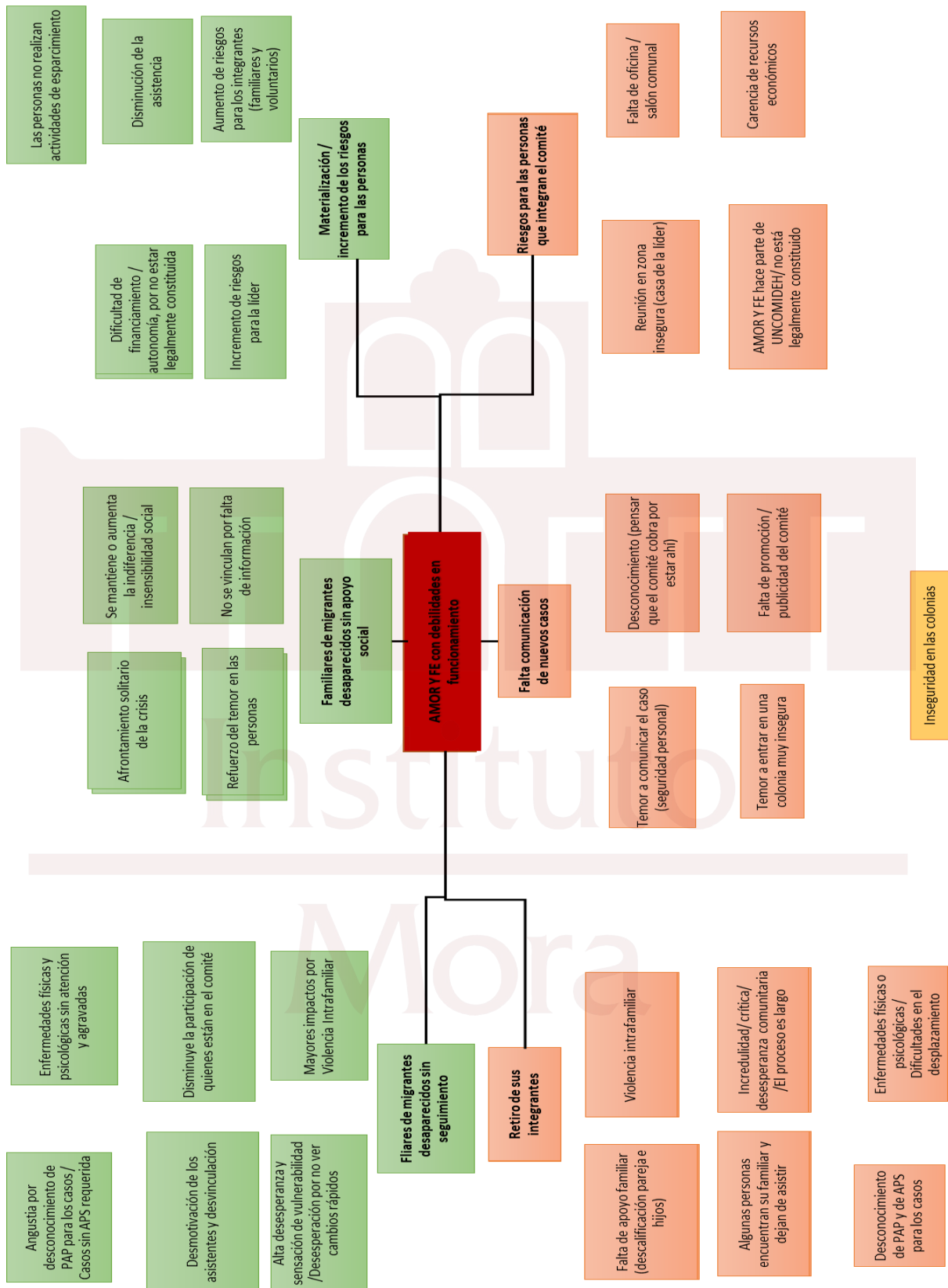
Anexo 7. Árbol de problemas Comité “La Guadalupe”



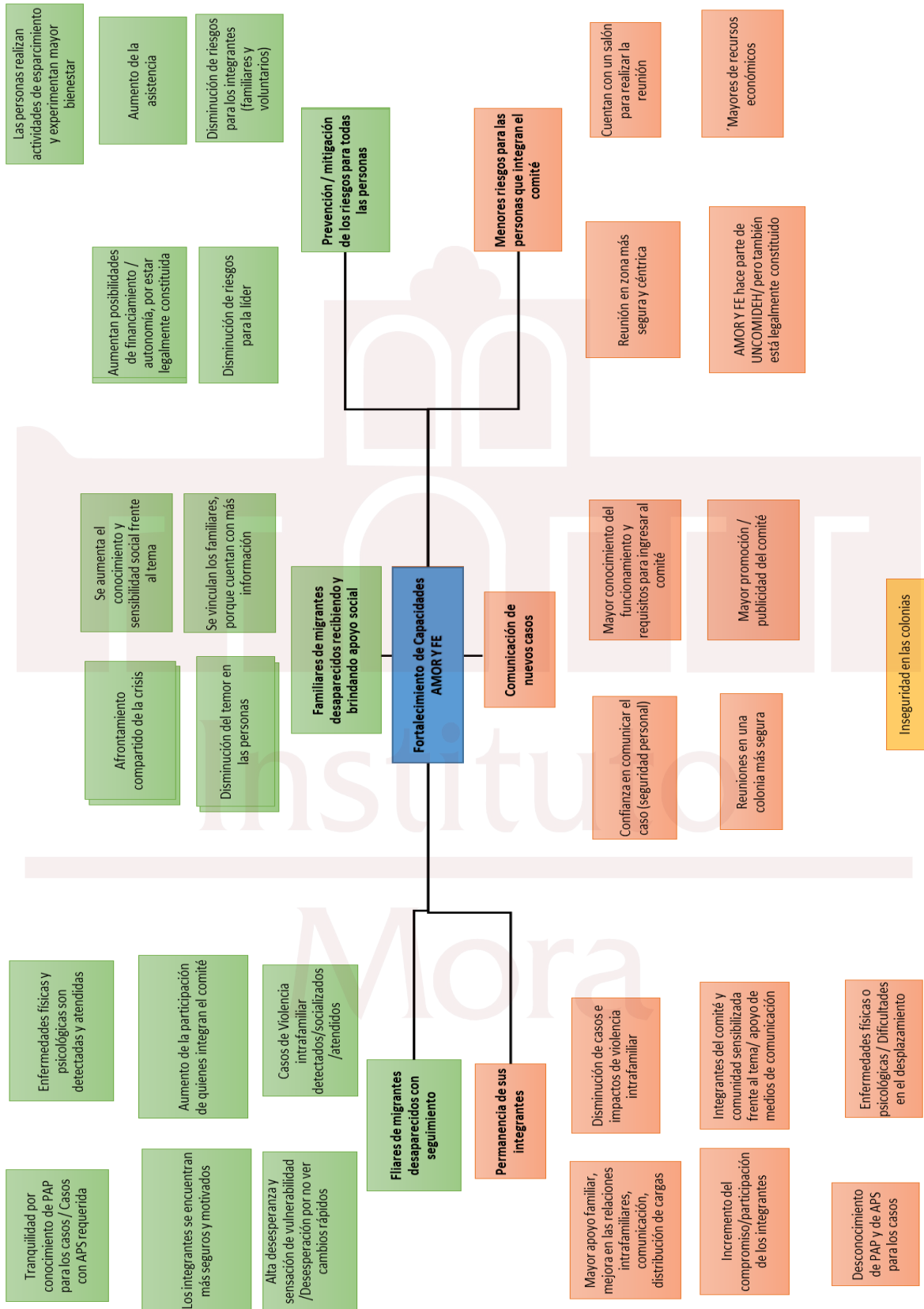
Árbol de objetivos Comité “La Guadalupe”



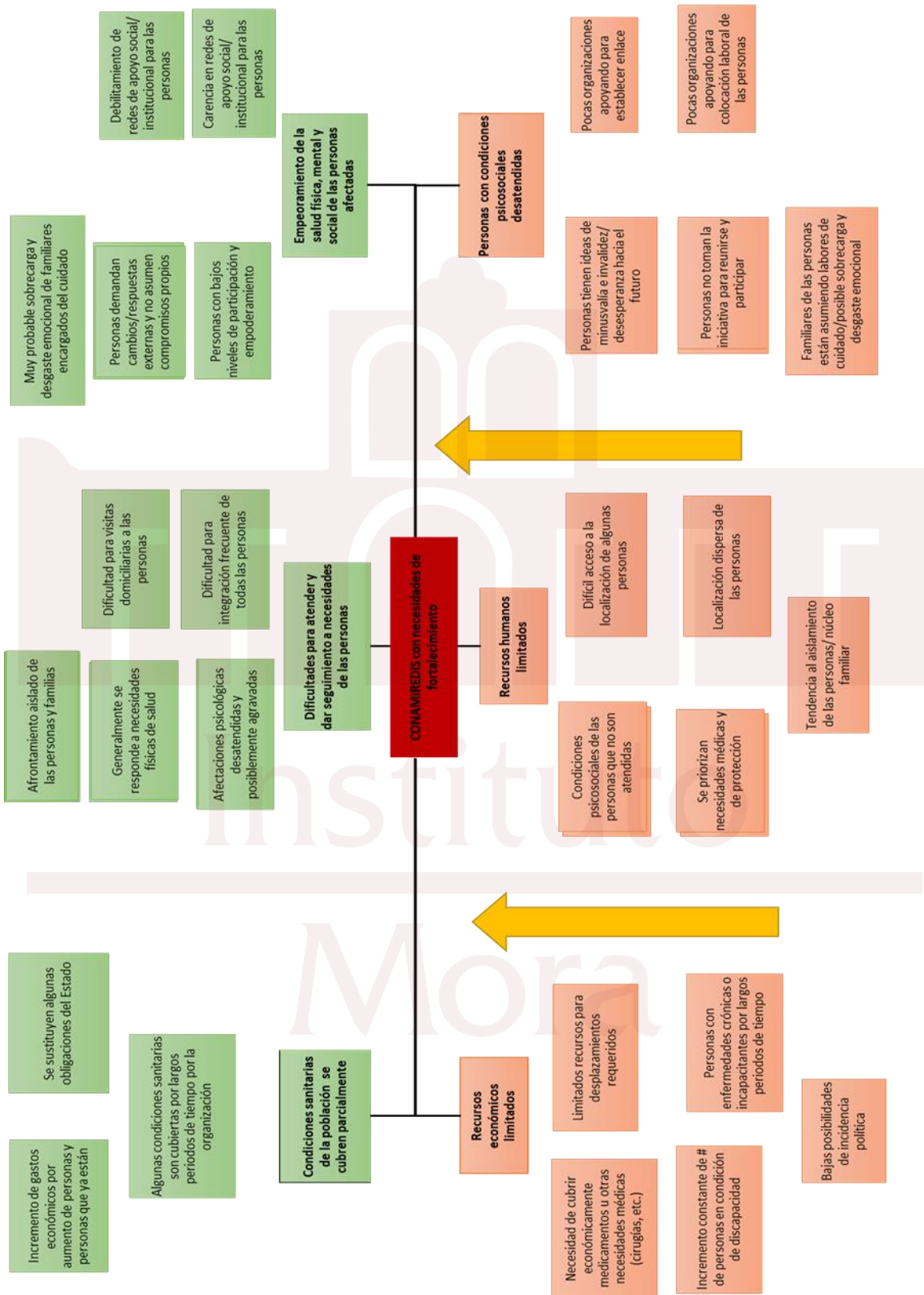
Anexo 8. Árbol de problemas Comité “Amor y Fe”



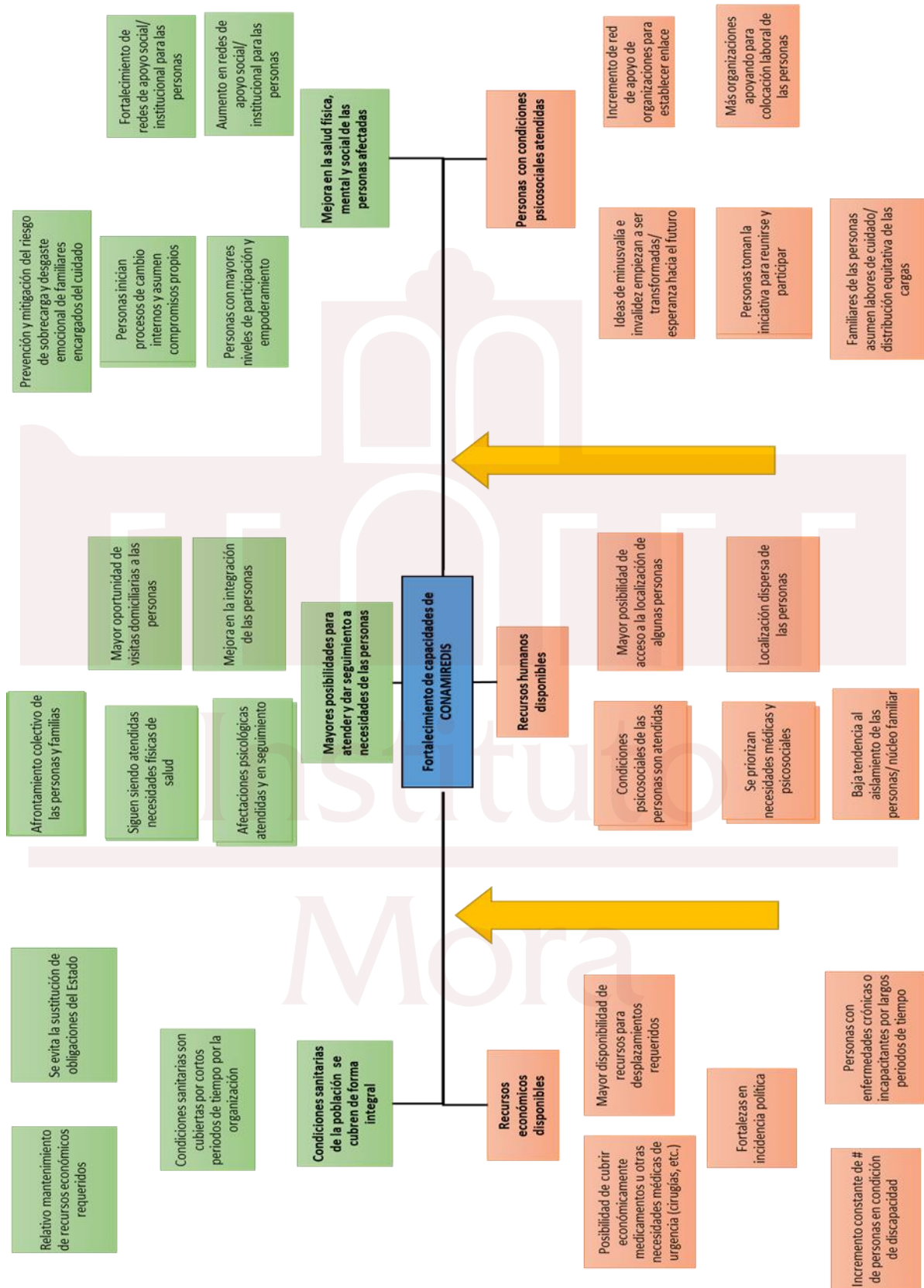
Árbol de objetivos Comité “Amor y Fe”



Anexo 9. Árbol de problemas CONAMIREDIS



Árbol de objetivos CONAMIREDIS



Anexo 10. Cuidado de colaboradores/voluntarios de MdM.

La obstaculizada y limitada interacción que pude sostener con las personas en Honduras, fue a su vez fructífera y enriquecedora, por lo que la mayor parte de las reflexiones y condiciones que serán narradas, fueron registradas en su momento en un diario de campo.

Antes de Honduras: Cuando faltaba un mes para finalizar mi estancia de tres meses en Madrid, me comunican que han decidido enviarme a Honduras, debido a una necesidad estratégica que identifican en el proyecto⁹⁸. Recibo una capacitación detallada sobre los riesgos (ambientales, físicos, de seguridad, sociales, sexuales, etc.) a los que puedo estar expuesta en Honduras y los mecanismos y precauciones que puedo llevar a cabo para prevenirlos o mitigarlos. Percibo claramente que me dirigiré a un entorno considerado hostil y por eso empiezo a tener en cuenta las recomendaciones, tenía claro que no podía arriesgarme, si yo no me cuidaba no podría cuidar de otros.

Primera planeación: Con base en la revisión de investigaciones sobre los riesgos e impactos psicosociales de familiares de personas desaparecidas y personas con discapacidad física (principalmente amputación), elaboro un plan de trabajo y cronograma de actividades, el cual es aprobado por la referente de SMAPS, referente para América Latina de MdM España y referente de migración de Honduras⁹⁹.

Rumbo a Honduras: En el último vuelo, para llegar a Tegucigalpa, intercambio algunas palabras con un hombre hondureño joven, que había migrado a Perú tres años atrás y estaba retornando nuevamente a Honduras. Se veía

⁹⁸ Desde un comienzo se tenía claro que durante un mes iba a estar apoyando el proyecto en algún país de la región. Se inician conversaciones vía Skype con referente de migración en Honduras, con psicólogo de apoyo en COFAMIPRO y comienzo una revisión documental más precisa de lo planteado en el proyecto para Honduras.

⁹⁹ Las actividades propuestas estaban dirigidas a dos grupos: Uno eran los colaboradores que trabajaban directamente con las personas, la intervención en este caso buscaba promover el cuidado psicosocial de las personas. El otro eran líderes de los colectivos (familiares de migrantes desaparecidos y migrantes retornados con discapacidad física), también había incluido el trabajo con algunos familiares de migrantes retornados con discapacidad física. Con este grupo buscaba proponer y sentar las bases para “iniciar” una estrategia psicosocial de grupos de autoayuda, donde se pudiera formar a líderes identificados como facilitadores, para que ellos posteriormente multiplicaran la información y coordinaran actividades de apoyo mutuo en sus comunidades.

notablemente temeroso y triste, expresaba abiertamente la dualidad en sus emociones, por un lado quería regresar a estar con su familia, pero por otra parte sentía miedo de retornar, se preguntaba a él mismo: “¿Qué voy a hacer ahora?, aquí la cosa está fea, ¿será que sí me puedo acostumbrar?”.¹⁰⁰



¹⁰⁰ Mientras decía estas palabras, nos acercábamos al suelo hondureño. En el diario de campo escribí: “Me impacta lo verde de la ciudad, en medio de la pobreza generalizada”.

Anexo 11. El cuidado de las líderes

A partir de la información suministrada por las juntas directivas y las entrevistas a las líderes, se pudo evidenciar nítidamente la afectación física y emocional generada por la labor de cuidados, que se agrava con el tiempo.

En entrevista individual, la líder principal de uno de los comités expresa una sensación de sobrecarga de trabajo y bajo compromiso de las personas que lo integran. Manifiesta no sentirse apoyada durante la mayor parte del tiempo, es ella quien recibe y registra los casos que van llegando al comité, historias traumáticas en su mayoría, por lo que se siente emocionalmente agotada. A veces la carga de trabajo parece interminable y en oportunidades siente que empieza a perder la empatía hacia las personas con las que trabaja. Muchas veces no sabe cómo actuar ante el llanto y emociones de las personas que comunican nuevos casos. Le preocupan cuatro o cinco madres que emocionalmente se ven muy afectadas, reporta el caso de una madre que murió, sin que pudiera hacerle alguna visita domiciliaria. Comenta que varias mujeres dejan de asistir, debido a que creen que su proceso va a ser más rápido, por la desesperación de no obtener una respuesta pronta a su caso o incluso por el temor de tener noticias negativas acerca de su familiar. Afirma: “Me preocupa mucho cuando no vuelve una mamá y yo no la puedo ir a visitar”.

Otra líder de comité expresa frente a la junta el agotamiento emocional que experimenta a causa de su labor, comunicando incluso su intención de dejar el comité. Expresa: “Yo ya necesito nuevos aires”. Sus fuentes principales de estrés están relacionadas con condiciones propias del funcionamiento del comité, menciona: Dificultades para separar la vida personal y profesional, falta de espacio adecuado para realizar reuniones, alta carga de trabajo, no hay recesos periódicos, no hay tareas y roles claros, tensiones relacionadas con la falta de recursos, falta de equipo de trabajo, sentir que no tiene la energía para ayudar a las personas con las que trabaja. Experimenta que está asumiendo toda la responsabilidad del colectivo y se siente sobrecargada. Les expresa a los demás integrantes de la junta

la necesidad de que se involucren en las funciones que ella realiza, para que se equilibren las cargas.

Por su parte, a continuación se citarán textualmente algunos fragmentos de la entrevista realizada a la colaboradora de CONAMIREDIS:

Importancia de atender con prontitud las necesidades de cuidados de la colaboradora que trabaja directamente con la población. Así mismo, importancia de aumentar y mejorar los recursos (humanos y técnicos) disponibles:

“Llevo 7 años, desde el 2010...no ha sido nada fácil... hay momentos que ya no quiero...ellos siempre me buscan porque soy la única.....y yo también ya les agarré cariño.....pienso en estar en otro trabajo y dejarlos a ellos...no cualquiera se va a arriesgar como yo...debe tener misión de servicio y de verdad estar enfocada con la labor.....El motorista trabaja con todas nosotras, yo lo tengo cuando me lo prestan...casi no puedo...porque las visitas que yo hago son a nivel nacional, son trayectos largos, montañas, áreas rurales y hago lo que puedo, hay lugares a los que no alcanzo a llegar ...”

En la colaboradora que trabaja con la población, se identifican 11 síntomas físicos y 5 síntomas emocionales relacionados con el estrés y el desgaste emocional, debido a factores de riesgo internos (sobre identificación con los casos) y externos al trabajo:

“Tengo esposo y un hijo, también tengo un hermano con una amputación, se intentó suicidar varias veces, me identifico y me reflejo en los casos de los migrantes. Varios días trabajo desde la casa, para evitarme el viaje de más de una hora hasta la oficina, contraté internet en la casa y trabajo los fines de semana. Sé que tengo que ir al médico, pero no me queda tiempo. Tengo que dar respuesta a tres proyectos: Cruz Roja, Pan para el Mundo y Médicos del Mundo. Yo no creo que pueda aguantar estar aquí siempre, mi esposo ya se está cansando y lo más seguro es que tenga que buscar otro trabajo y ¿qué va a pasar con ellos?...”

En una reunión sostenida con referente de migración de MdM Honduras y una funcionaria de FONAMIH. Refiriéndose al tema de cuidados y desgaste emocional afirma:

“Toda nuestra vida estamos viviendo en una caja, nuestra casa es una caja, el carro es una caja, la oficina es una caja, parecemos encarcelados. Necesitamos espacios diferentes, otros momento para sentirnos mejor.”

Anexo 12. El cuidado de los familiares/cuidadoras/es de migrantes retornados con discapacidad física

Es de considerar que en la entrevista realizada a coordinadora de CONAMIREDIS, se menciona en 30 oportunidades la palabra familia, refiriéndose a la importancia de tener en cuenta a los familiares de migrantes retornados en la atención psicosocial y en el tema de cuidados. Cito a continuación los fragmentos donde el tema de cuidados sobresale claramente:

Se identifica la necesidad y posibilidad de establecer grupos de autoayuda para los familiares (cuidadoras/es) de los migrantes retornados con discapacidad física:

“Muchas personas vienen con el trauma, vienen enojados, especialmente consigo mismos, cuando llegan a sus casas, todo les enoja, todo les molesta, ni ellos solos se comprenden, entonces ahí hay un choque, la esposa se va con los hijos, la esposa se va y deja los hijos, se vuelven más agresivos, sobretodo al principio, ahí está la necesidad de trabajar en grupo como familia también....ellos se desquitan con los primeros que encuentren, la esposa, los hijos...”

Los familiares de los migrantes retornados con discapacidad física no han sido considerados como un grupo en riesgo físico y emocional, por su labor de cuidadoras/es. Es imprescindible que se diseñe una estrategia de atención psicosocial que considere los riesgos directos de las labores de cuidados al interior del grupo familiar:

“Hay personas que llegan muy mal, prácticamente llegan a morir, lo ideal sería prestarle atención a la familia porque su ser querido llega muy mal. Todo su entorno familiar se ve afectado, no solo la persona”.

“...y es muy triste la situación de las mamás, las cuidadoras, porque realmente estas mujeres se entregan por completo, las señoras también se enferman, no sé cómo ellos han sobrevivido tantos años (...) viven en mucha pobreza...”