

Reforzar el sistema de salud público palestino como forma de intervenir en emergencias y conflictos armados. Un programa de Médicos del Mundo España en los territorios palestinos ocupados.

Strengthening palestinian public health system as to intervene in emergency and armed conflict. A program of Medicos del Mundo España in the Occupied Palestinian Territories.

Susana de Val D' Espaux

Psicóloga, Médicos del Mundo, Salfeet TPO.

Bassam Saeed Madi

Médico y Director de atención Primaria de Salfeet, Salfeet TPO.

Jamil Yousef Saleh Nasif

Psicólogo, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Mohamad Fathi Abd AL-Latif Arabasi

Psicólogo, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Sa'eda Sami Yousef Raddad

Trabajadora Social, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Amal Madi

Trabajadora Social, Centro de Salud Mental Comunitario, Salfeet TPO.

Noha Amin Amin Abu-Alrob

Terapeuta Ocupacional, Salfeet TPO.

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra, Médicos del Mundo Madrid, España.

RESUMEN

Los autores describen el programa aplicado por médicos del mundo en Palestina con el fin de reforzar el sistema de salud público para el trabajo en la emergencia humanitaria creada por el conflicto armado. MdM basa su programa en fortalecer un sistema de salud mental basandose en la atención primaria de salud y en la participación de la comunidad. El programa implica una capacitación de los profesionales de salud en intervenciones de salud mental.

Palabras Clave: *Palestina, emergencia, médicos del mundo, salud mental.*

ABSTRACT

The authors describe the program implemented by Médicos del Mundo in Palestine in order to strengthen the public health system to work in the humanitarian emergency created by the armed conflict. MdM bases its program to strengthen mental health system based on primary health care and community participation. The program involves training of health professionals in mental health interventions.

Keywords: *Palestine, emergency, medicos del mundo, mental health.*

ANTECEDENTES: LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL DE MÉDICOS DEL MUNDO EN PALESTINA

Médicos del Mundo (MdM) puso en marcha sus primeros programas de salud mental durante la guerra de Bosnia en 1994 (Díaz del Peral, et al., 2002; Fernández Liria & González Aguado, 1995). En ese momento no era frecuente que las intervenciones en salud mental se incluyeran en los programas de emergencias. Desde este primero, los programas de salud mental de MdM han tenido como características:

1. Orientarse al fortalecimiento de los recursos propios de las comunidades afectadas y no a la provisión de ayuda directa a través de recursos externos.
2. Orientarse a la reconstrucción de los sistemas públicos de atención de un modo que puedan funcionar autónomamente y puedan ser adecuados y sostenibles durante la emergencia y en el panorama previsible tras ésta.
3. Implicar a todos los posibles agentes de salud (Y muy especialmente a la atención primaria de salud) y no sólo a los profesionales del nivel especializado.
4. Tener en cuenta las necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves y de sus convivientes y no sólo las de los que padecen trastornos que pueden ser vinculados a las experiencias debidas a la situación de emergencia.
5. Trabajar siempre con una perspectiva comunitaria, una visión de salud pública y un enfoque psicosocial.

Para ello, se han desarrollado distintas estrategias que se han aplicado en mayor o

menor medida en función de las necesidades y características de cada uno de los contextos en los que se ha trabajado. Estas incluyen:

1. Actuaciones orientadas a la capacitación de agentes de salud como personal sanitario de atención primaria y especializada en salud mental y otros posibles agentes propios de cada contexto.
 - 1.1. Dotación de recursos e infraestructuras necesarias para la actuación.
 - 1.2. Actividades regladas de formación.
 - 1.3. Acompañamiento e in service training (Formación en servicio) para los profesionales de salud mental a nivel clínico y organizativo.
 - 1.4. Supervisión y tutoría.
2. Actividades orientadas a la sensibilización de las comunidades.
 - 2.1. Actividades de sensibilización y educación sanitaria para la población general o grupos diana determinados por el contexto.
 - 2.2. Actividad

2009 y cuya implementación continua desarrollándose en este momento.

CONTEXTO

Una población de aproximadamente 3.8 millones de personas viven en los TPO. Están inmersos en un conflicto crónico que ha llevado al aislamiento de la Franja de Gaza. Cisjordania se divide en 11 regiones, incluyendo el Gobernado de Jerusalen (5600m²) y la Franja de Gaza sigue siendo el área mas poblada del mundo con aproximadamente 1,5 millones de personas viviendo en 360 Km². El conflicto entre Israel y los TPO ha sido continuo desde 1948. La vida diaria está enmarcada dentro del contexto de la ocupación militar israelí. En 2009, el Programa Mundial de Alimentos estimó que había un 25% de inseguridad alimentaria en Cisjordania. Aproximadamente 350.000 personas viven en las colonias que Israel ha ido construyendo en Cisjordania y Jerusalén. Un 15% de la población vive en campos de refugiados donde las tasas de desempleo y pobreza son altas. Israel controla el espacio aéreo, las aguas territoriales, los recursos naturales, los movimientos de personas y de productos y los instrumentos macro-económicos que permiten la autonomía económica (PNUD,2010).

El tejido social ha sido minado por los check points (controles del ejército israelí), la construcción del muro de separación entre Cisjordania e Israel, el bloqueo a Gaza, la fragmentación del territorio y la anexión de Jerusalén Este por Israel. Estas características de la Ocupación han tenido devastadoras consecuencias en el bienestar psicológico de la población. Junto a la demolición de casas, la construcción de las colonias dentro y fuera de los TPO, las incursiones militares y la polarización política entre los palestinos están traumatizando a la comunidad. La mayoría de los palestinos han experimentado violencia física

y psicológica y los derechos humanos se han visto recortados. La condiciones económicas empeoran, directa o indirectamente por los costes en salud mental, estableciendo un círculo vicioso entre la pobreza y los trastornos mentales (Patel y Kleiman, 2003). En definitiva se conjugan una colección de factores que sabemos que se asocian a un aumento de la incidencia de los trastorno depresivos y ansiosos, así como de otros problemas de salud mental asociados a las situaciones traumáticas. En los TPO nos encontramos con situaciones potencialmente traumáticas que llevan durando décadas. Otro dato importante es que la población menor de 30 años representa el 75% de la población, siendo sólo un 3% mayor de 65 años. Esto hace que la prevalencia de trastornos mentales de inicio temprano sea alta, y que los menores sean uno de los grupos más vulnerables en el inicio de la psicosis o de los problemas relacionados con las situaciones políticas en contextos de conflicto armado. En los TPO casi el 50% de los menores mencionan haber vivido experiencias violentas relacionadas con el conflicto armado o haber sido testigos de la misma en algún miembro de la familia (Programa de Salud Mental Comunitario de Gaza, 2003).

MISIÓN EXPLORATORIA DE MÉDICOS DEL MUNDO (MDM)

La primera misión se llevo a cabo en el año 2004. Se vio que había una distribución desigual de los servicios de salud dentro de Cisjordania y entre Cisjordania y la Franja de Gaza (OMS, 2003). Los servicios de salud mental estaban compuestos por dos hospitales psiquiátricos, uno en Cisjordania y otro en la Franja de Gaza, y Centros de Atención Primaria que albergaban un a pequeña clínica de salud mental para uno o dos distritos, con falta de recursos humanos y materiales que mayormente ofrecían tratamientos farmacológicos. En Cisjordania existe un hospital psiquiátrico

y nueve clínicas de salud mental pertenecientes al Ministerio de Salud palestino, y unas 20 Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Desde estas estructuras se facilitaba cuidado psicosocial a personas con trastornos de salud mental y a sus familias, las cuales sufren de aislamiento social, desestructuración familiar y bajos logros educativos (OMS, 2004). Un Comité Directivo para la Salud Mental formado por el Ministerio de Salud palestino, ONG locales e internacionales, Naciones Unidas y la comunidad de donantes internacionales, desarrolló un Plan Estratégico Operacional (PEO 2004).

Se realiza una segunda misión exploratoria en el 2005 donde desde las clínicas de salud mental se informa que hay 2.261 nuevos casos durante ese año (Ministerio de Salud, 2005). Tras una evaluación la OMS y el Ministerio de Salud Palestino, coordinan una estrategia conjunta para apoyar el PEO y Médicos del Mundo España firma un acuerdo con el Ministerio de Salud para trabajar en Salfeet. El acuerdo era llevar a cabo un proyecto piloto para mejorar la calidad del servicio de salud mental integrándolo en primaria y mejorar la estructura física de la clínica de salud mental. Los objetivos eran transformar la clínica en un Centro de Salud Mental Comunitario; contratar nuevos recursos humanos que el Ministerio de Salud Palestino pudiera absorber para que formaran parte permanente del centro y aumentar las capacidades técnicas y organizativas del Equipo de Salud Mental (ESM) del Ministerio de Salud. Todo esto mediante la formación a los médicos y enfermeras de Atención Primaria para detectar problemas de salud mental y la "Formación en servicio" al ESM dándoles apoyo técnico (clínico y organizativo) junto a ellos en su trabajo diario para mejorar la atención en salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad, de modos que esto pudiera llevar a un modelo de intervención en salud mental comunitario.

RECURSOS DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE IMPLEMENTACIÓN.

El Gobernorado de Salfeet en un área fragmentada por los check points, tanto los fijos como los itinerantes y las carreteras cortadas. Además tienen 16 colonias y más de 10 outposts (colonias ilegales para el Estado israelí), habitando en ese gobernorado 62.125 palestinos y 35.000 colonos. La construcción del muro de separación continúa y de acuerdo al ministro palestino una vez completo recortará una zona de aproximadamente un 45.3% del área de Salfeet. Este área es predominantemente rural y está expuesto a la confiscación de tierras y a la violencia derivadas de la ocupación y el conflicto interno. En lo que respecta a la salud mental, en el año 2006 en el Directorado de Atención Primaria de Salfeet había una trabajadora social a tiempo completo, un psicólogo a tiempo parcial, y un psiquiatra una vez por semana. Tenían un solo despacho para los servicios de salud mental, lo que dificultaba enormemente mantener la confidencialidad así como definir claramente los roles.

Desde la Segunda Intifada (2000-2004), comenzó a haber problemas de movilidad, muchos casos fueron tratados a un nivel muy básico y muchos quedaron simplemente sin tratamiento. El modelo tradicional era médico-psiquiátrico, basado en la prescripción de medicamentos. Los ESM a nivel de Atención Primaria no tienen establecido un sistema de citas, los médicos de familia y personal de enfermería raramente referían los casos al ESM. Aún así, la sociedad palestina tiene muchos factores protectores que les ayuda a tener una buena salud mental, como el apoyo de la familia extensa, la importancia de la religión, un profundo sentimiento nacional y una tasa de personas que han recibido educación muy alta (OMS, 2004)

•¿POR QUÉ TRABAJAR CON EL SISTEMA PÚBLICO EN LUGAR DE CON ONG LOCALES?

Los conflictos armados tienen un impacto psicológico y psicosocial a largo plazo, que afecta a los individuos y las comunidades, así como a los vínculos entre los mismos. Por otro lado, la resiliencia y la capacidad para superar los eventos negativos juegan un papel muy importante. El compromiso de las comunidades y de las autoridades locales es crucial para el éxito de acciones coordinadas a nivel multisectorial y la sostenibilidad de las acciones llevadas a cabo en los contextos de emergencias (IASC, 2007).

Cuando se adoptan modelos emergencistas las desventajas son las siguientes: por un lado la mayor parte de las acciones llevadas a cabo son temporales y terminan una vez que la emergencia ha pasado, además suelen estar diseñadas para atender sólo a los problemas de salud mental que tienen relación directa con la emergencia y no a las personas que tienen trastorno mental grave y que son una de las poblaciones más vulnerables en estas situaciones; finalmente no suelen trabajar con el sistema público y a menudo compiten con el mismo por los pocos recursos humanos que suelen existir.

El marco de trabajo de MdM España ha sido adoptar un sistema de partenariado con el Ministerio de Salud para mejorar la provisión de servicios públicos y desde ahí coordinar las acciones con las ONG locales y otras instituciones. Esto permite una continuidad en la atención a los usuarios de los servicios de salud mental una vez que el proyecto finaliza. El alcance además es mayor ya que la población diana serían tanto personas con problemas de salud mental relacionadas con el conflicto como aquellas con trastorno mental grave que en situaciones de violencia y conflicto son más

vulnerables, incluyendo a niños y adolescentes. Colaborar junto al Ministerio de Salud hace que se trabaje con el sistema de salud que normalmente es más accesible a la población. se trabaja reforzándolo a través del empoderamiento de los profesionales locales, la mejora de sus capacidades y el desarrollo de intervenciones comunitarias que permitan restaurar mecanismos de resiliencia tanto nivel individual como social. El papel de la OMS es fortalecer la capacidad técnica del ministerio de Salud para elaborar políticas públicas, mejorar la planificación y coordinar la ayuda internacional (OMS, 2004). MdM apoya esa tarea a través del trabajo en los Centros de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental de los mismos. A menudo los centros de primaria son el primer lugar desde donde se ayuda a las personas con problemas de salud mental o psicosociales (IASC, 2007). Los problemas que la violencia política y los conflictos armados dejan en la población no pueden ser, a menudo, resueltos en programas a corto plazo. Se necesita un mejor sistema público que tenga la capacidad de intervenir a largo plazo con las personas que tienen trastornos mentales y que sensibilicen a las comunidades sobre los mismos tanto para involucrarlas en el proceso de recuperación como en el de prevención.

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La implementación del programa se hace en el marco de la integración de los servicios de salud mental en los centros de atención primaria promovido por la OMS y contemplado en la Estrategia Nacional de Salud Mental Palestina desarrollado en el PEO. El objetivo del proyecto era reforzar los servicios de salud mental provistos por las estructuras de atención primaria.

La estrategia que se desarrolla incluye: desarrollar un Centro de Salud Mental Co-

munitario (CSMC); mejorar el acceso y la calidad del CSMC de Salfeet; realizar intervenciones individuales, familiares y comunitarias; realizar sensibilización y ser culturalmente apropiado. Estos componentes son necesarios para enfrentarse al reto que supone prevenir e intervenir sobre los trastornos de salud mental así como los problemas psicosociales que se derivan del conflicto. Este modelo de trabajo se diseñó para dar una respuesta tanto a la situación actual como para preparar a los servicios de salud mental para intervenir ante una posible escalada de la tensión y la violencia.

Los principales componentes del proyecto se desarrollaron en coordinación con la OMS y el Ministerio de Salud Palestino y fueron tomados del PEO:

1- A nivel de CSMC:

Proveer de las infraestructuras necesarias para desarrollar un CSMC; dar apoyo técnico a nivel clínico y organizativo; formar a los profesionales; incrementar en número de recursos humanos en el CSMC del Ministerio de Salud.

2- A nivel de Atención Primaria:

Sensibilizar a los profesionales de salud (médicos, enfermeras, educadores y trabajadores sociales); formar a los profesionales de atención primaria para mejorar su capacidad para detectar, manejar y referir a las personas con trastornos de salud mental; crear materiales de apoyo.

3- A nivel comunitario:

Sensibilizar a la comunidad, a los medios de comunicación, a los políticos; fortalecer el partenariado y la coordinación con otras ONG y las organizaciones de Naciones Unidas que trabajan en el campo de la salud mental; construir una forma de trabajo integral que promo-

cione la participación de las organizaciones e instituciones locales en la prevención y el proceso de recuperación de la población afectada; vincular las actividades con los colegios; y proporcionar apoyo para las familias y cuidadores.

METODOLOGÍA

La metodología usada fue participativa, desde el principio se trabajó con el ESM del Ministerio de Salud, con el Director y los profesionales de atención primaria del distrito. Se utilizó con el ESM la "Formación en servicio" (trabajar diariamente con ellos, supervisarles y darles apoyo organizativo y clínico), acompañamiento en las visitas domiciliarias, formación con formadores locales e internacionales, participación conjunta en programas de sensibilización y se crearon y tradujeron materiales en árabe. Todo esto requirió de un psicólogo expatriado que trabajaba con el ESM todos los días en la coordinación e implementación técnica del proyecto así como un equipo de profesionales locales y expatriados que trabajaban en la gestión, elaboración de materiales y logística del proyecto.

La implementación se realizó en dos fases. La primera desde finales del 2006 hasta septiembre del 2008 y la segunda desde septiembre del 2008 hasta octubre del 2009, con seguimiento hasta septiembre del 2010. Los mismos componentes fueron desarrollados en las dos fases, la principal diferencia fue el énfasis en intervención en crisis durante la segunda. La Tabla 1 muestra el proceso de implementación y la Tabla 2 algunos factores políticos relevantes que influyeron en el desarrollo del proyecto.

Tabla 1. Desarrollo de los servicios en el CSMC, médicos y enfermeras de atención primaria y a nivel comunitario.

2007
"Formación en servicio" a nivel técnico y organizativo con el ESM.
Formaciones para los profesionales de salud mental.
Comienzo de la construcción del CSMC.
Provisión de una unidad móvil al ESM.
Desarrollo del Programa de visitas domiciliarias.
A finales de año MDM contrata a una trabajadora social, una terapeuta ocupacional y un psicólogo con el objetivo de transferirlos al Ministerio de Salud al cabo de unos meses.
Evaluación de la actitud de los profesionales de la salud hacia los problemas de salud mental.
Formación a los médicos y personal de enfermería de atención primaria.
Comienzo de la traducción de dos libros: "ICD 10 PC" de la OMS y "Habilidades de psicoterapia".
Mejora de la comunicación entre el ESM y atención primaria.
Realización de una guía de recursos comunitarios.
2008
Continuación de la "Formación en servicio".
Formación a los profesionales de atención primaria.
Termina la construcción del CSMC.
Consolidación del Programa de visitas domiciliarias.
En octubre de 2008 los profesionales de salud mental contratados por MDM pasan a formar parte y ser contratados por el Ministerio de Salud.
Creación de una base de datos para localizar a aquellos usuarios que no acuden al CSMC.
Comienzo de atención psicológica una vez a la semana en la segunda mayor ciudad del distrito.
Mejora del sistema de registro.
Comienzo del desarrollo de un sistema de citación de usuarios.
Comienza un programa de rehabilitación.
Edición de la versión en árabe del "ICD 10 AP" acompañado de una formación a médicos y personal de enfermería para aprender a usarlo.
Edición de la versión árabe de "Habilidades de entrevistas para psicoterapeutas" acompañado por una formación en las mismas a la que se le da seguimiento en la "Formación en servicio".
Formación en "Comunicación como una herramienta de salud" realizada por el ESM a los profesionales de atención primaria.
Presentación a la comunidad de la guía de recursos y distribución de la misma.
Programa de sensibilización con charlas informativas a los líderes religiosos, organizaciones locales, orientadores escolares, distribución de dípticos y actividades de voluntariado en la comunidad con los usuarios.

Tabla 2. Factores políticos generales que han influido en desarrollo del proyecto.

<p>2007</p> <p>En enero de 2006 Hamas fue democráticamente elegido en las elecciones palestinas. En marzo la ayuda internacional fue congelada hasta julio del 2007 empeorando la situación humanitaria. Los trabajadores del ministerio de Salud no recibieron los salarios y se pusieron en huelga en agosto de 2006 (Ministerio de Salud, el , 2008). Esto llevó a un aumento de la división entre las dos facciones: Hamas y Fatah. La situación empeoró el cuidado hacía las personas con trastorno mental. También hubo un decremento en la provisión de medicamentos psicotrópicos durante el 2007.</p>
<p>2008</p> <p>La situación de la Franja de Gaza empeoró debido a la falta de gas y de gasolina. Muchos pacientes tenían familiares en Gaza y estaban preocupados por su situación así como por las incursiones que el ejército israelí realizaba en Salfet.</p>
<p>2009</p> <p>La "Operación Plomo Fundido" entre el 27 de diciembre de 2008 y el 19 de enero de 2009 dejó en la franja de Gaza: 1380 muertos de los cuales 431 eran menores. Otros 1872 menores fueron heridos (OMS, 2009).</p>

DIFICULTADES ENCONTRADAS DURANTE LA IMPLEMENTACIÓN

Algunos problemas surgieron durante la implementación del proyecto. Referidos al contexto político, la huelga de los profesionales de salud y la Operación Plomo Fundido en Gaza, otro problema fue la resistencia de los profesionales del ESM y les costaba involucrarse en algunas actividades aunque estaban consensuadas con ellos. También afectó el cambio del psicólogo de MdM a principios del 2008 tras un año de trabajo creando un vacío de mes y medio hasta la incorporación de otro psicólogo expatriado. Finalmente porque los fondos se obtenían año por año debido a los tipos de convocatorias de los donantes, aunque proyectos de este tipo necesitan una implementación mínima de 3 años para poder no sólo comenzar los procesos sino para que se de la generalización de los mismos.

LOGROS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO Y DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

El ESM en el CSMC se sitúa como referente en Cisjordania como un modelo de intervención comunitaria. Uno de los principales retos fue promover cambios sobre la actitud del cuidado hacia las personas con problemas de salud mental. Además el ESM y los profesionales de atención primaria apoyaron la estrategia de integración de salud mental en primaria. Los informes anuales del ESM comenzaron en 2008 y las mejoras en el proceso de documentación han promovido un compromiso con el servicio y la mejora de la atención a los usuarios, familiares y comunidad.

La desestigmatización del servicio es otro logro, con el apoyo del ESM los líderes religiosos hablan de la salud mental y la importancia de recibir un tratamiento adecuado.

También los estudiantes y líderes de organizaciones locales apoyan mediante actividades en la comunidad.

Las habilidades de comunicación mejoraron entre los profesionales de primaria, así como su sensibilización hacia los usuarios debido a la formación sobre como reconocer trastornos mentales comunes. La OMS continua desarrollando estos programas y trabajando con las personas del distrito. MdM pudo planificar y proveer de formaciones sin tener que cerrar el servicio en los diferentes centros de primaria, dando a todos la oportunidad de participar mediante la creación de grupos. El proyecto además reforzó el vínculo con los orientadores escolares y profesores que había comenzado a establecer el programa de salud mental en escuelas del Ministerio de Salud.

Finalmente la salud mental se ha convertido en un componente importante en los centros de atención primaria y el directorado de atención primaria ha tomado un rol muy activo en la diseminación de información promoviendo la participación de médicos y enfermeras en la detección de casos así como la mejora en el trato que los usuarios reciben.

¿QUÉ NO HA SIDO POSIBLE LOGRAR?

MdM comenzó fortaleciendo al ESM y desarrollando el servicio en el CSMC, como forma de empoderar al equipo y prepararles para liderar y continuar con la integración del servicio. Por eso mismo algunos de los componentes que apoyan la integración de salud mental en atención primaria no estuvieron presentes al termino del proyecto. Por ejemplo, el que el ESM y los médicos y enfermeras tuviesen reuniones regulares para revisar o discutir posibles casos no se ha implementado. El sistema de referencia necesita mejoras. Documentos existentes deberían de ser usados

sistemáticamente. Al finalizar el proyecto la base del sistema estaba pero necesita ser desarrollado. Tampoco ha sido posible tener un psiquiatra que trabajará al menos dos días completos a la semana o involucrarle el aspectos diferentes a la prescripción de medicamentos salvo en una formación del ICD 10 PC. Tratamos de implementar reuniones familiares para involucrarles en el proceso de recuperación y apoyarles para que entiendan la enfermedad, las recaídas y su papel durante este proceso. Sin embargo no fue posible mantenerlas regularmente hasta 2010 año en que recibieron apoyo de la OMS. Se les dio fondos para realizar actividades de ocio para fomentar que los familiares de distintos usuarios se conocieran y facilitar la articulación de reuniones entre ellos, así como asesoría técnica basada en la experiencia previa en otros distritos.

¿QUÉ SE PUEDE APRENDER DE ESTA EXPERIENCIA?

En un contexto humanitario, conflicto y crisis, el reto de desarrollar el sistema de salud y hacerlo accesible a la mayor parte de la población recae en los profesionales que viven en los TPO, especialmente en los profesionales que trabajan en el sistema público. Las ONG, s internacionales deberían de ser sólo facilitadores de este proceso porque una vez que la crisis pase la comunidad internacional dejara la zona. La ayuda internacional debe de ser vista como una oportunidad para mejorar o transformar las estructuras existentes en el sistema de salud, haciéndoles capaces de manejar los problemas y las situaciones predecibles tras una situación de crisis ya sea crónica como en este caso como crisis agudas que se puedan dar dentro de la crónica. Esta ha sido la idea central de MdM España desde 1994 (durante la guerra en Bosnia), y ha sido aplicada en Kosovo, Sri Lanka, Peru y otros lugares antes de ponerse en marcha en los TPO.

Combinando la acción de formadores altamente especializados y los profesionales expatriados que son expertos en la acción en terreno permite a MdM poder dotar de las herramientas y elementos necesarios para contribuir al desarrollo de los servicios de salud mental. Esto asegura que las habilidades y conocimientos aprendidos en las formaciones se aplican al darse un seguimiento durante la "Formación en servicio". De acuerdo a esta filosofía de trabajo el papel de la ayuda internacional debe llevarse a cabo con respeto, teniendo en cuenta que uno de los elementos más dañados durante los conflictos armados es la pérdida de la dignidad, que ha de ser diseminada y trabajada por los profesionales que viven en la misma zona de conflicto que el resto de la población, además en los usuarios no sólo el conflicto mina su dignidad sino también los estereotipos y prejuicios generados por conceptos erróneos y falta de información sobre la enfermedad (Corrigan y Watson 2002) que alimentan el estigma e influye negativamente en la recuperación del paciente.

El desarrollo de los servicios de salud mental ha de ser constante y la única forma de hacerlo posible es trabajar dentro de las estructuras existentes y que son las que permiten el acceso a un tratamiento adecuado para la mayoría de la población. El proyecto des-

arrollado en Salfeet en realidad no tiene un punto final ya que la estructura y la capacitación necesaria de los profesionales para desarrollar intervenciones comunitarias, mejorar los tratamientos y promover la resiliencia de la población se ha desarrollado y continuara presente durante los próximos años siendo ellos los que continúen mejorando el servicio. El compromiso, apoyo y comprensión de la salud mental por los directores de atención primaria son esenciales. El desarrollo organizativo debe de ser paralelo a la mejora de las habilidades de intervención individual, familiar y comunitaria. Trabajar por los usuarios y tener esto como objetivo común por el Ministerio de Salud, el ESM y MdM ha ayudado a resolver las dificultades cuando estas surgían. Esta experiencia ayudó a desarrollar la respuesta a la Operación Plomo Fundido en 2009 y los componentes están presentes en el proyecto que se desarrollo en Gaza y Jericó durante 2010 y que continúan en 2011.

Lo que dará sostenibilidad a los servicios de salud mental en los PTO serán las acciones políticas, ya que de ellas depende que el sistema de salud en general y de salud mental en particular pueda superar su fragilidad, ya que hay una dependencia de los donantes. Trabajar para restaurar una vida normal, la dignidad y por un contexto libre de violencia política es trabajar por la salud mental.

REFERENCIAS

Batniji, R., Rabaia, Y., Nguyen–Gillham, V., Giacaman, R., Sarraj, E., Punamaki, R., Saab, H., & Boyce, W. (2009). Health as human security in the occupied Palestinian territory. *The Lancet*, 373 (9669), 1133-1143.

Díaz del Peral, D., Fernández Liria, A., González Aguado, F., Ibañez Rojo, V., Massip Amorós