

# El Servicio de Sanidad del Destacamento Español en Namibia con la ONU. (1989-1990)

Manuel González Calvo\*

## RESUMEN

Se analiza la actuación del Servicio de Sanidad del Destacamento que España envió a Namibia entre 1989-1990, colaborando con la ONU y que estaba formado por unos 85 miembros permanentes que permanecieron en aquel país en períodos rotatorios de cuatro a seis meses. La misión que tenían allí era la de efectuar el transporte aéreo durante el período transitorio de la Independencia de Namibia. Se describen la situación socio-económica y sanitaria de Namibia así como la organización de los Servicios Médicos de UNTAG (United Nations Transition Assistance Group).

Se comenta el resultado del Programa Preventivo aplicado al personal allí destinado que fue muy efectivo. No hubo ningún caso de malaria. La patología más frecuente se debió a enfermedades respiratorias de vías altas.

Hubo tres casos que fueron repatriados a España por motivos de salud, entre ellos un accidente de tráfico que fue la causa de la mayoría de las bajas entre todo el personal UNTAG.

Por último, se considera como conclusión la conveniencia de tener formados equipos sanitarios, para actuar de forma inmediata en misiones de este tipo, integrados por personal con una formación profesional y con conocimientos de idiomas especialmente de inglés, lo que exige mantener unos programas de formación continuada.

## SUMMARY

First of all, we analyzed the task of the medical Service of the Spanish Air Unit in Namibia, where Spain, collaborated with the United Nations (U.N.) in 1989-90.

The Spanish contingent was formed by about 85 members of the Spanish Air Force, who rotated every 4 to 6 months. Their mission, was to transport by air, materil and pesonnel, during the transitory period of the Independence of Namibia.

Moreover, we described the Socioeconomic and the Sanitary situation in Namibia and the organization of the Medical Services of UNTAG (UNITED NATIONS, TRANSITION ASSISTENCE GROUP).

The result of our Preventive Program was very succesful. No cases of malaria were observed. The most frequent pathology, was found to be, connected with the upper Respiratory tract diseases. We had 3 cases, which have to be repatriated to Spain for medical reasons, one of these cases, because of a car accident, such accidents were the most important cause of casualties among the UNTAG personel.

The conclusion is that, we should have special units, for these missions, formed by persons with good medical training and a good working knowledge of foreign languages, particularly English.

## INTRODUCCION

Según la Resolución 435 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, adoptado en 1978, se estableció que el Proceso de Independencia de Namibia, debía llevarse a cabo bajo el control de dicha organización. (ONU)

\* Teniente Coronel Sanidad (Med.) Hospital del Aire. Ex Jefe de Sanidad Destacamento Español en Namibia.

NOTA DE REDACCION: Este trabajo tuvo entrada en M.M. a finales de 1992. Por eso algunas de las personas citadas en el recuadro anterior no ocupan actualmente esos cargos.

## AGRADECIMIENTOS

Al Excmo. Sr. D. Julio Mezquita Arroniz, General Médico Asesor del Ejército del Aire. Al Excmo. Sr. D. Dionisio Herrero Albiñana, General Director del Hospital del Aire. Al Excmo. Sr. D. Manuel Fernández Fernández, General Médico de la SESAN del E.A. Al Coronel Médico D. Vicente Pérez Ribelles. A D. Ignacio Peralba Baño, Capitán Médico del EA., que con su gran preparación y ayudado por el Teniente Auxiliar D. José Caro García nos facilitaron el desempeño de nuestra misión en Namibia. Al Teniente Auxiliar D. Jesús Fernández Vaca que nos ayudó en el Servicio de Sanidad, así como al Cabo 1º D. José V. García García al final de la misión. Al Coronel D. Juan Real, Jefe del Contingente español y al Teniente Coronel D. Pedro Bernal Gutiérrez, Jefe de la Unidad Aérea española. Al Tte. Col. Ferrus. A la Col. M. Desaulés, Jefe de los Servicios Médicos UNTAG. Al Gral. Dewan Prem Chand, Jefe de las Fuerzas de Naciones Unidas en Namibia.

Se acordó también que la Resolución 435 podría implementarse el 1 de abril de 1989 y que las tropas que la ONU enviara a ese país, se retirarían un año más tarde tras independizarse de Sudáfrica.

### UNTAG ENTRA EN ACCION

El Grupo de Asistencia Transitorio de Naciones Unidas para el Período de independencia de Namibia (United Nations Transition Assistance Group), estaba formado por fuerzas mixtas de Policías, militares y civiles que permanecieron en Namibia desde abril de 1989 hasta el 21 de marzo de 1990 Día de la Independencia, para garantizar unas elecciones libres y una transición pacífica. Las fuerzas militares estaban integradas por contingentes de 11 países y pequeños grupos de monitores militares de Policía y civiles de más de 100 países, con el fin de evitar enfrentamientos armados. UNTAG llegó a disponer de unos 7.100 miembros permanentes con un grupo adicional de unas 1.283 personas durante el período electoral (noviembre 90).

### EL CONTINGENTE ESPAÑOL

España se comprometió en 1988, con las Naciones Unidas, a participar, en el proceso de Independencia de Namibia. Para ello el Mando Aéreo de Transporte del EA, encargó al Ala 35 ubicada en Getafe cumplir dicha misión, es decir la del transporte aéreo. El Ala 35 disponía de una Flota de Aviones T-12 CASA 212 (Aviocar), que eran las aeronaves españolas que mejor se adaptaban a las características geográficas y climatológicas de aquel país. También participaron en el apoyo logístico de la misión, el Ala 37 ubicada en Zaragoza con los Hércules C-130. El 21 de marzo de 1989 los primeros aviocares españoles emprendieron vuelo desde la Base de Getafe con destino a Namibia, permaneciendo operativos allí, hasta el 21 de

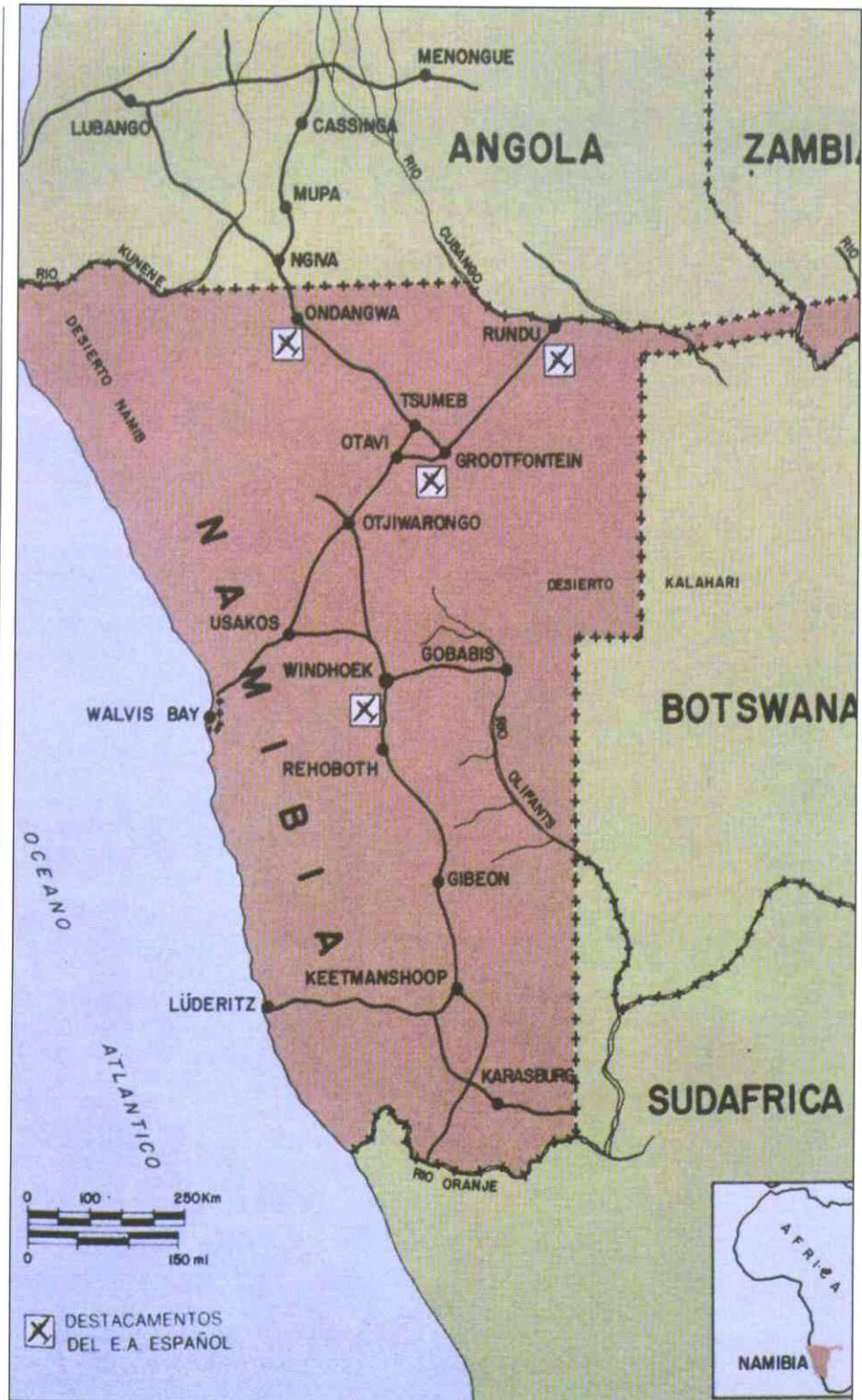


Figura 1. Localización de los Destacamentos de la Unidad Aérea Española (E.A.).

marzo de 1990, día de la Independencia del naciente país. Alrededor de unos 214 miembros del EA, han participado en esta operación, en períodos de rotación de 4-6 meses. El contingente español, estuvo formado por unos 85 miembros permanentes, que ascendieron hasta más de 100 durante el período electoral.

Estaba integrado mayoritariamente por personal de vuelo con apoyo de los Cuerpos de Ingenieros Aeronáuticos, Intendencia, Jurídico, Eclesiástico y Sanidad. Durante su estancia en Namibia la Unidad Aérea española tuvo su Base principal en el Aeropuerto Nacional de Eros en Windhoek con 4 aviocares, aparte de los

Getafe a los últimos militares españoles que habían participado en aquella misión, despegó del Aeropuerto Internacional de Strydhorn, el 30 de marzo de 1990.

### LA SELECCION DEL PERSONAL Y PRIMERAS MEDIDAS SANITARIAS

La Oficina de Namibia en España se encargó de seleccionar a los componentes del Destacamento español en aquel país. Antes de la partida, el Servicio de Sanidad de la Base Aérea de Getafe estableció unas normas a seguir por el personal militar del EA destacado en Namibia, que consistían en: 1.-Reconocimiento médico. 2.-Estudio analítico, incluyendo marcadores de Hepatitis B. 3.-Programas de vacunaciones contra el Cólera, T.A.B., Tétanos, Hepatitis B y Fiebre amarilla. 4.-Quimioprofilaxis contra el Paludismo. 5.-Educa-

ción sanitaria sobre enfermedades tropicales.

### EL GRAN PAIS DE AFRICA DEL SUROESTE

**Geografía:** Namibia es un país de 823.293 Km<sup>2</sup> en su mayor parte árido (a excepción del Extremo Norte) con una densidad de población muy baja de 1.77 h/km<sup>2</sup>. La altitud de la meseta interior varía entre 1.000-1.500 m. **Climatología:** Los meses más calurosos varían con la zona. En el Norte del país, en el mes de octubre, el más caluroso, la temperatura máxima es de alrededor de 42.7° C. En diciembre, en la región central es de 36.6° C. En el Sur, en enero, es de 41.3°. A lo largo de la Costa el mes más frío es agosto, mientras que en el resto del país las temperaturas más bajas se registran en julio (-9.9° C.). **Condiciones socioeconómicas:** Hay una red de carreteras asfaltadas de 4.318 Km. de longitud. La población estimada es de

destacamentos de Rundu y Ondanwa, con 2 aviones cada uno, cuyas tripulaciones, se rotaban todas las semanas. El número de misiones aéreas realizadas fue alrededor de 1.000 con cerca de 4.000 horas de vuelo. El 15 de diciembre de 1989 los destacamentos del Norte (Rundu y Ondanwa), se trasladaron a la Base de Grootfontein, donde quedaron estacionados 3 aviones; incorporándose el avión restante al aeropuerto de Eros. Los primeros aviocares españoles que volvieron a España, tras haber prestado servicio en Namibia lo hicieron el 18 de febrero de 1990. Los restantes partieron de Windhoek con destino Getafe el día 29 de marzo de 1990. El Hércules C-130 que transportaba a

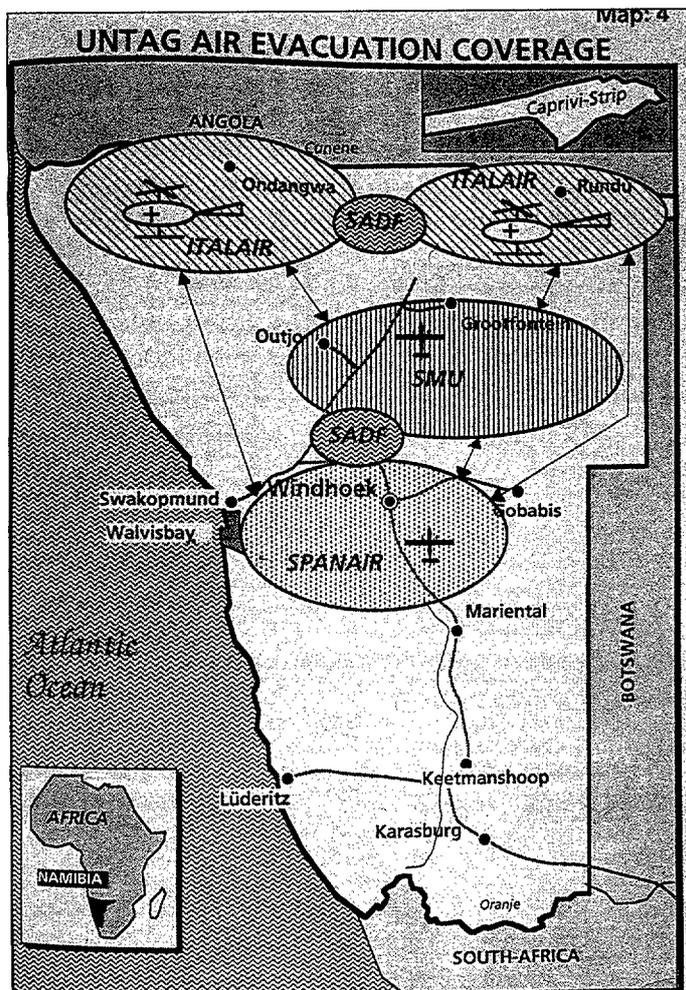
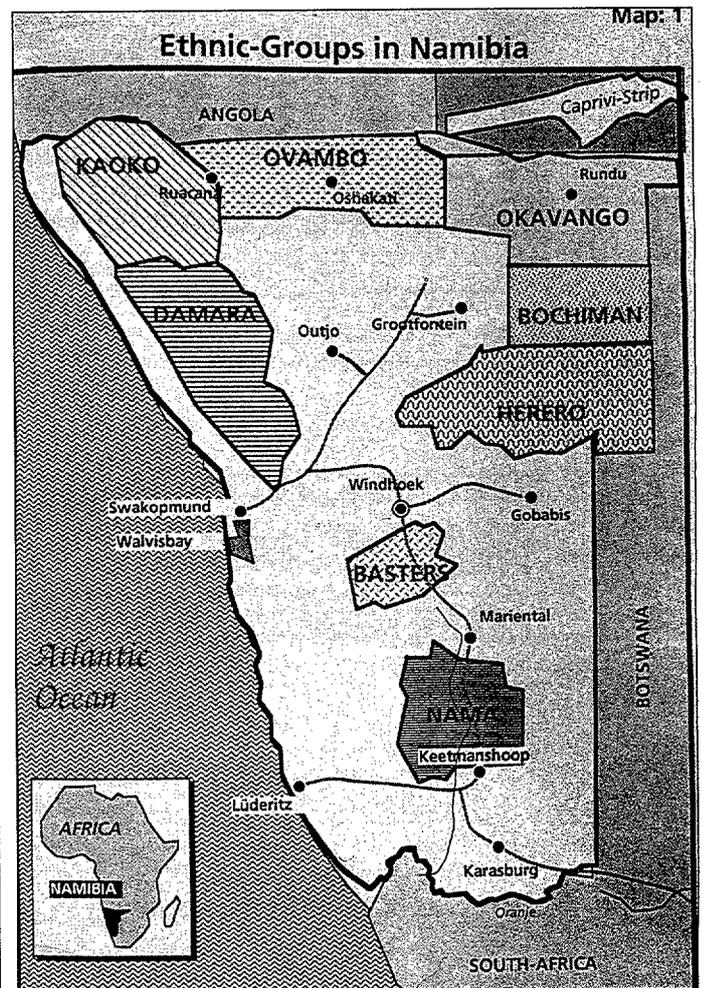


Figura 2. Zonas de Evacuación aérea que cubría la Unidad A. Española. 2a) (SPANAIR).



2b) Grupos étnicos en Namibia.

1.215.000 hab. Más de la cuarta parte, vive en zonas urbanas (Windhoek, la capital tiene unos 110.000 hab.) En el censo de 1970-1981, es de 3% año. La raza negra es la predominante. El 50% corresponde a la etnia de los Ovambo, otros grupos étnicos menos numerosos son los Hereros, los Domara, los Bosquianos, los Nama, los Basters y los Kaokos. El producto interior bruto es de 1.660 millones de dólares y la renta per cápita es de 520\$ en 1984. La masa trabajadora (18 a 65 años) es de 385.000. El 22% está en paro y un 13% en subempleo. Se estima que la tasa de analfabetismo es del 25%. *El Servicio de Salud Pública: Las infraestructuras médicas que encontramos en*

Namibia, tenían un alto nivel en relación a la situación media de Africa. El sistema sanitario dependía del Ministerio de Salud y Bienestar Social y es el responsable de la Asistencia Médica y de Medio Ambiente. Dos factores reducían su eficacia, la escasez de medios de comunicación y la baja densidad de población, sobre todo en el Norte del país. Había un médico por cada 1.000 hab. y cama hospitalaria por cada 130/hab. La tasa cruda de natalidad era de 45.1/1.000 hab. y la tasa cruda de mortalidad es de 17.3 y la de mortalidad infantil era de 116. En 1980-85 la esperanza de vida era de 47 años para los hombres y de 50 para las mujeres. Las medidas de vacunación en el primer año contra la DPT., Polio y Sarampión cubrían alrededor del 30% de la población y la causa más frecuente de mortalidad infantil era debida a diarreas y a enfermedades entéricas. Las enfermedades de transmisión

sexual (ETS). eran endémicas en la mayor parte de las zonas y la segunda causa de morbilidad, tras la malaria. La incidencia anual de esta enfermedad se estima en 6.880/100.000 hab. en mayores de 15 años. El primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1986. En 1989 se registraron 189 nuevos casos, localizándose el 52.6% en la franja de Caprivi. La TP es otro gran problema epidemiológico. Es la cuarta enfermedad en la lista de declaración obligatoria, después de la malaria, ETS y Sarampión. Afecta más a los grupos étnicos Busnem y Basters. La tasa total de T.P. en 1987 fue de 299/100.000 hab. La rabia, peste bubónica, esquistosomiasis (mansoni y hematobium), tripano-somiasis y fiebre hemorrágica, se refieren casi exclusivamente al norte del país. Hasta ahora el Servicio de Salud está enfocado más en el aspecto curativo que en el preventivo de las enfermedades descritas.

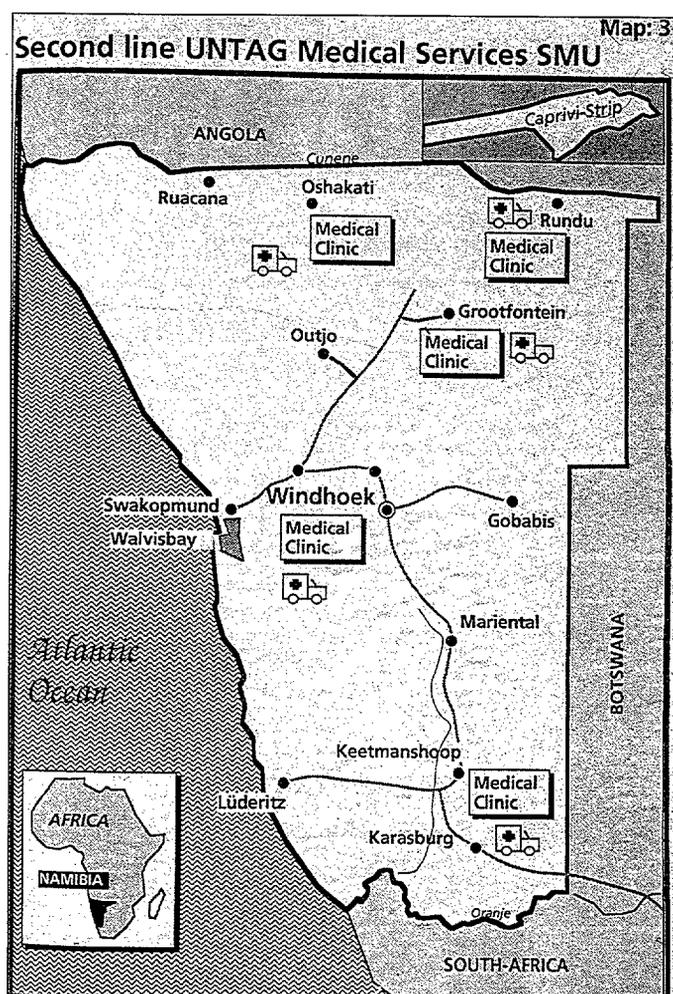
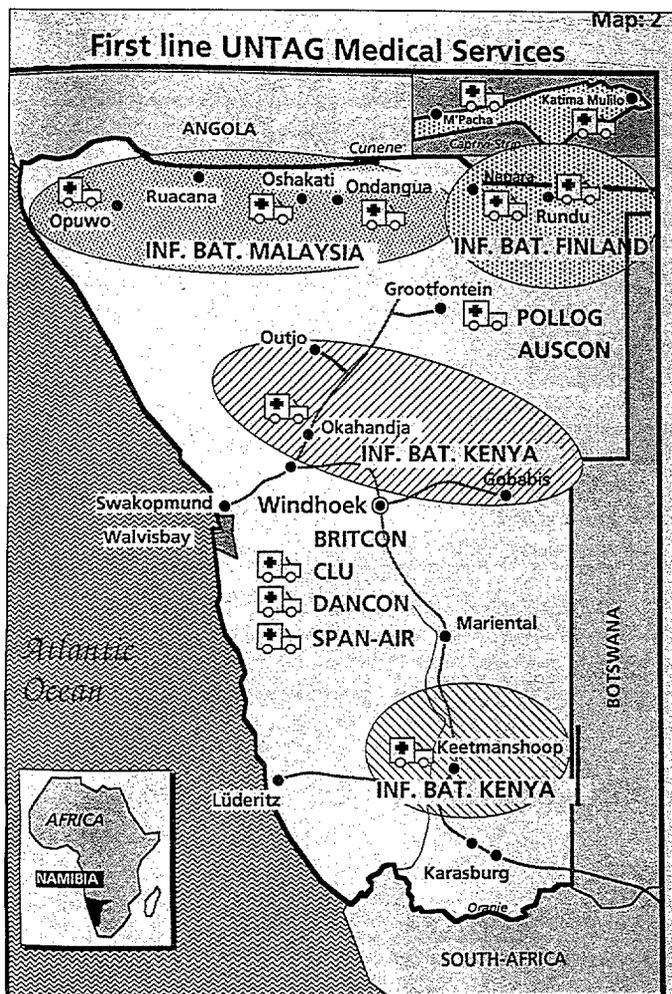


Figura 3: Servicios Médicos UNTAG. Primera Línea. España (SPAN-AIR).

Figura 4: Servicios Médicos UNTAG. Segunda Línea. Clínicas Unidad Médica Suiza (S.M.U.).

## EL SERVICIO DE SANIDAD DEL EJERCITO DEL AIRE

El Servicio de Sanidad de la Unidad Aérea española estaba formado por un Oficial Auxiliar de Sanidad que prestaban su servicio en el botiquín de la Unidad Aérea en el Aeropuerto de Eros. Las misiones que el Servicio de Sanidad prestó en Namibia consistieron en: 1.-Servicio médico de vuelo, cuidando de mantener un satisfactorio estado psicofísico del personal de vuelo. 2.-Medicina asistencial: Reconocimiento médico diario en el botiquín de la Unidad Aérea y asistencia a domicilio a los enfermos en la Base de Suiderhof o Clínica suiza. Hospital del Estado (State Hospital de Windhoek) etc. 3.-Medicina preventiva: Reconocimiento en salud del personal destinado en el Destacamento a su llegada a Namibia así como el seguimiento de las campañas de inmunización activa y prevención de las enfermedades tropicales. 4.-Informe bise-manal de morbilidad a la Jefatura de Sanidad de UNTAG. 5.-Transporte de enfermos y heridos por vía aérea o terrestre a los distintos Centros sanitarios. 6.-Repatriación de los miembros españoles de la Unidad Aérea que necesitaron ser evacuados a España por razones de salud. 7.-Asistencia a los Cursos de Medicina Tropical, organizados por la Jefatura de Sanidad de UNTAG que tuvieron lugar en Namibia para los médicos de los distintos contingentes allí destinados. 8.-Participación en el reconocimiento médico de los aspirantes a formar el nuevo Ejército de Namibia. 9.-Servicio Médico de guardia localizado por radio durante las 24 horas del día para el personal del contingente español, que se hizo extensivo para todo el personal UNTAG durante el último mes de la misión por ser clausurada la Clínica suiza de Windhoek, que atendía este Servicio. 10.-Labores humanitarias de asistencia al personal local, no UNTAG así

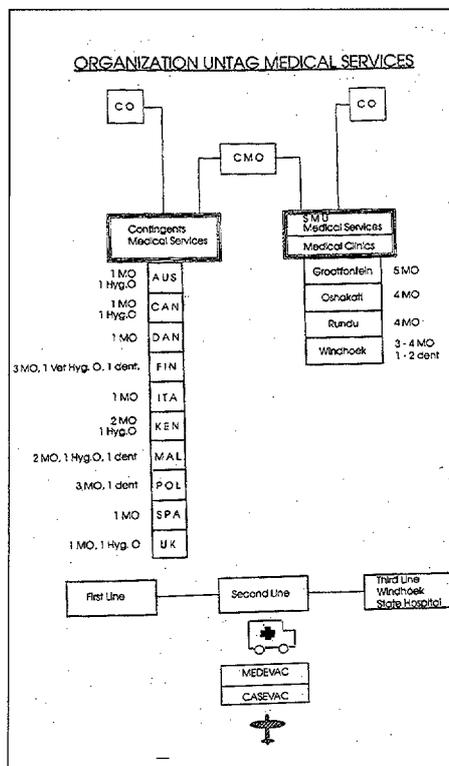


Figura 5: Organización de los Servicios Médicos UNTAG.

Abreviaturas: CO: (Commanding Officer) Jefe de las Fuerzas UNTAG.

CMO: (Chief Medical Officer) Médico Jefe UNTAG.

MO: (Medical Officer) Oficial Médico.

HYG.O: (HYG Officer) Oficial Higienista.

como colaboración en las campañas de donación de sangre y educación sanitaria en la clínica de Katutura y otros centros sanitarios locales.

## RESULTADOS

Durante nuestra permanencia en Namibia, el Servicio de Sanidad atendió a más de 1.000 consultas en total. El motivo de todas las consultas que se realizaron entre todo el personal UNTAG fue: enfermedades no transmisibles, 41%; enfermedades transmisibles, 24%; consultas por medicina preventiva y vacunaciones, 23%; traumatismos, 7%; otras causas, 5%. En cuanto a los motivos de la primera consulta por parte del contingente español, tanto en primera como en segunda línea, fueron los siguientes: enfermedades de las vías respiratorias altas, 97; enfermedades dermatológicas, 38; enfermedades dentales, 35; enfermedades oculares, 28; gas-

tritis, dispepsias, 46; traumatismos por deporte, 32; accidentes de trabajo, 27; diarreas no complicadas, 39; picaduras, 9; otorriño, 41; accidentes de tráfico, 6; enfermedades vasculares periféricas, 11; ETS, 1; SIDA, 0; malaria, 0. Lo que sumó un total de 587 como motivos de primera consulta. Como puede observarse, la mayoría de las consultas se debieron a enfermedades respiratorias de vías altas, relacionadas en gran parte con las condiciones climatológicas del país, que consistían en un bajo grado de humedad, y la existencia de gran cantidad de polvo en suspensión atmosférica. Otro aspecto que conviene comentar es la relativa a los accidentes de tráfico, que supusieron la mayor causa de muertes y secuelas postraumáticas graves en gran número de miembros del personal UNTAG. Hubo tres casos de repatriación a España por razones de salud, a saber: Un caso por herida incisa en región cervical que fue intervenido de urgencia en el Hospital de Windhoek, recuperando tras tratamiento en el Hospital del Aire. Un caso de fractura de maxilar inferior y luxación de muñeca fue intervenido en el Hospital del Aire donde ha seguido rehabilitación. Un caso de rabdomiosarcoma de psoas izquierdo. Tras reseccarse parcialmente el tumor y tratamiento con radio y quimioterapia, murió en agosto de 1990, en el Hospital del Aire. Los tres enfermos mencionados fueron trasladados desde Windhoek al Hospital del Aire acompañados de un Auxiliar Sanitario por vía aérea regular donde continuaron su tratamiento. El primer caso fue evacuado en octubre de 1989 y los otros dos en enero de 1990.

## LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS UNTAG

Nuestro Servicio de Sanidad de la Unidad Aérea constituía el Primer Escalón de la Asistencia Sanitaria que en el Organigrama global se denominaba Primera Línea y que a su vez representaban los Servicios Médicos de los contingentes de los distintos países. El personal de cada uno variaba en cada país según el volumen del contingente. El Segundo Escalón o Segunda

Línea estaba formado por las Clínicas suizas repartidas por toda la geografía de Namibia (Windhoek, Oshakati, Rundu, Grooffontein y Keetmanshoop). En estas Clínicas atendidas por personal médico y sanitario suficiente para absorber la demanda de atención médica incluso ante una eventual situación de crisis. Se disponía además del personal médico o enfermería, de especialistas en Medicina Tropical, con dotación de laboratorio clínicos aparatos de Rayos X y Gabinete Odontológico. El Tercer Escalón o Tercera Línea lo constituía el Hospital del Estado de Windhoek (State Hospital), que representaba un Hospital General de tipo medio de unas 500 camas con un nivel aceptable de calidad asistencial en el que se contaba con casi todas las especialidades médico quirúrgicas a excepción de Cirugía Cardiovascular y Neurocirugía. En caso de necesitarse tratamiento en estos Servicios, los enfermos eran enviados a un Centro hospitalario de Ciudad del Cabo, si los casos requerían un tratamiento urgente, o bien repatriados a sus respectivos países, siempre financiados totalmente por UNTAG. La Jefa-



Figura 7: El Ministro de Defensa impone la Corbata de Isabel la Católica al Ala 35.

tura de los Servicios Médicos UNTAG, la desempeñaba un Coronel Médico (CMO), del Contingente suizo. Ya que aparte de los servicios de cada contingente, Naciones Unidas encargó a Suiza que organizara unos Servicios Médicos para todo el personal



Figura 6: Uno de los Aviadores, españoles antes de iniciar un vuelo de transporte de personal.

UNTAG, que constituyó la SMU (Swiss Medical Unit) Unidad Médica Suiza, que actuó en Namibia durante toda la misión.

## CONCLUSIONES

A pesar de que se contó con muy poco tiempo para la selección y preparación del personal de la Unidad Aérea, que España envió a Namibia, del mismo modo que la misión del Contingente español, constituyó un éxito para nuestro país, en el aspecto sanitario tanto el programa preventivo, como la asistencia prestada durante la misión en Namibia, fueron plenamente satisfactorias, incluso en el seguimiento posterior de todos los miembros que fueron destacados a aquel país. A pesar de todo el Programa de selección, se hubiera podido complementar con estudios individuales más completos, incluyendo un estudio psicológico previo. Para evitar que se imponga la improvisación, en futuras misiones de este tipo, se aconseja la creación de Unidades de Acción Inmediata, con personal con un perfil, primero de aptitud psicofísica, segundo, con una preparación técnica profesional adecuada, tercero, con conocimiento de idiomas con preferencia de inglés. Esto, exige obviamente una activa formación continuada.

## BIBLIOGRAFIA

- Namibia: Peace Plan Study an Contact Group. The Choice, Po Box. 159. Publisher. Windhoex. Año 1987. — Alonso Ibáñez A. "Adios amigo y buena suerte". (Regreso de los aviadores de Namibia). Revista Aeronáutica. Núm. 543. Págs. 431 a 440. Año 1990. — "El Ejército del Aire cumplida su misión regresa de Namibia". Noticiario Revista Aeronáutica núm. 600. Págs. 60 a 63. Febrero 1991. — M. Desales "Medical report from the UNTAG Chief Medical Officer". 1989-1990. — González Calvo, M. "La selección del personal militar para misiones internacionales. Experiencia en la misión con la ONU en Namibia". Libro resumen IV Simposio de Sanidad Militar. Pág. 206. 1991. — Ministerio de Defensa. "Militares españoles en el Mundo UNTAG". Pág. 80-95. 1991. — G. Cubitt y Richter J. "South West". Struik Publishers sixth impression. Cape Town. 1988. — Serrano A. "The Spanish Air Unit". UNTAG Journal. Volume II. Pag. 35. January 1990. — United Nations Publication. "UNTAG in Namibia a New Nation is born". United Nation. Windhoek. Marzo 1990.