

## Misiones ONU de Mantenimiento de Paz. Apoyo Sanitario

J. Alsina Alvarez<sup>1</sup>, Fco. Martín Sierra<sup>2</sup>, LM. Villalonga Martínez<sup>3</sup>

*Sanid. mil. 2007; 63 (2): 150-156*

### RESUMEN

En este artículo se describen las misiones de mantenimiento de paz de las Naciones Unidas con especial referencia a su apoyo sanitario. Se expone la organización del Departamento de Operaciones de Mantenimiento de Paz y los organismos sanitarios en las Naciones Unidas. La planificación del apoyo sanitario de estas misiones presenta unas características peculiares dada la diversidad de los países contribuyentes, lo que exige una rigurosa coordinación en la ejecución del apoyo. Esta coordinación se logra fundamentalmente mediante una doctrina sanitaria específica y una estructura de mando y control claramente definida.

**PALABRAS CLAVE:** Naciones Unidas, apoyo sanitario, misiones de mantenimiento de paz.

### ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LAS MISIONES

En 1948 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desplegó por primera vez una misión de mantenimiento de paz (MP). Este tipo de misiones tuvo un desarrollo muy lento ya que en los primeros cuarenta años sólo se ejecutaron 13 misiones. Pero a partir de este momento su número fue aumentando rápidamente, y fue este incremento el que hizo necesario, en 1992, crear el Departamento de Operaciones de Mantenimiento de Paz (Department of Peacekeeping Operations –DPKO–) para tratar de dar una respuesta adecuada a la creciente demanda de misiones MP, cuya relación actualizada se puede consultar en la página web de la ONU, y en la del Ministerio de Defensa español en caso de participación española.

Ahora bien, no solo aumentó el número de misiones sino que, tras la época de la guerra fría, se produjo además un cambio importantísimo en estas misiones. Así en la actualidad las partes en conflicto ya no suelen ser dos estados, sino dos partes dentro de un mismo estado, es decir, las misiones MP han evolucionado claramente desde los clásicos despliegues de «cascos azules» interpuestos entre dos ejércitos a otras misiones de una gran diversidad. De hecho, al ocuparse generalmente de conflictos internos dentro de un mismo estado, suelen incluir aspectos puramente políticos (cosa que no ocurría en las misiones clásicas) lo que cada vez las convierte en más complejas y difíciles de ejecutar. Mientras que las misiones tradicionales solían limitarse a separar a los contendientes mientras se solucionaban los problemas, políticos o de otra índole, hoy en día se incluye a menudo en la misión la ayuda necesaria para solucionar los problemas más importantes, así se facilita alcanzar la estabilidad necesaria para que funcionen las instituciones de una manera prác-

ticamente normal y que disminuyan las tensiones y recelos entre las partes.

De esta forma se establece un «continuo» entre los diferentes tipos de operaciones de paz como son el «peacemaking», «peacekeeping» y «peacebuilding» («imposición de la paz», «mantenimiento de la paz» y «construcción de la paz» respectivamente) caracterizándose este último tipo por investigaciones de derechos humanos, mantener el orden público, desarme voluntario, desmovilización de combatientes y su reintegración en la sociedad civil, apoyo para las elecciones y para las instituciones democráticas. Por eso si antes las misiones eran casi exclusivamente militares ahora incluyen policía, tanto militar como civil, juristas, técnicos y expertos en los más variados campos.

Las misiones por tanto han aumentado en número, en complejidad y también en tamaño, lo que hace que los apoyos precisos sean cada vez más complejos, y dentro de estos apoyos se encuentra el sanitario, que naturalmente de acuerdo con las exigencias sociales actuales, es también cada vez más sofisticado y de un mayor nivel de calidad. Lo que a su vez requiere un personal sanitario muy cualificado para planificar, gestionar y ejecutar este apoyo.

El enfoque ONU de operaciones de paz experimentó una crisis muy seria al sufrir los fracasos que representaron el genocidio de Rwanda en 1994 y la matanza de Srebrenica (Bosnia) en 1995. Y esto llevó a un punto de inflexión muy importante: el Informe Brahimi. En marzo de 2000 Kofi Annan constituyó un panel de expertos internacionales (Panel on United Nations Peace Operations) presidido por Lakhdar Brahimi, antiguo asesor suyo, para examinar las operaciones de paz de la ONU y determinar qué se podía mejorar y donde y cuando serían más eficaces estas operaciones. El informe de este Panel, llamado «Informe Brahimi» propuso unos requerimientos mínimos para alcanzar el éxito, y como resultado de este informe la ONU implantó una serie de mejoras, como son unos mandatos más precisos y realistas para las misiones, disponer de recursos adecuados (el aumento de personal en el cuartel general, mejoró la financiación de las nuevas misiones así como la instrucción del personal, propuso la creación de una capacidad de respuesta rápida en los primeros 30 a 90 días de una operación) creó una «Unidad de Buenas Prácticas» para analizar lecciones aprendidas, mejo-

<sup>1</sup> Col. Médico. Instituto de Medicina Preventiva.

<sup>2</sup> TCol. Médico

<sup>3</sup> Gral. División Médico

Inspección General de Sanidad. Glorieta del Ejército s/n. Madrid 28047

**Dirección para correspondencia:** [alsina@oc.mde.es](mailto:alsina@oc.mde.es), [javiersina@hotmail.com](mailto:javiersina@hotmail.com)

Recibido: 25 de septiembre de 2006

Aceptado: 20 de diciembre de 2006

## Misiones ONU de mantenimiento de paz. Apoyo sanitario

rar la conducta del personal, etc. En resumen, el Informe Brahimi afirmaba que no se alcanzaría el éxito a menos que los estados miembro manifestaran la voluntad política de proyectar una fuerza creíble y adecuada a la misión, aunque evidentemente no para luchar una guerra. Como dice el mismo informe refiriéndose a una misión: «*res, non verba*», es decir, acciones y no palabras.

La Cumbre Mundial celebrada en el Cuartel General de la ONU (Nueva York) en septiembre de 2005, manifestó que las misiones MP juegan un papel vital y que es necesario montar las operaciones con una capacidad adecuada para enfrentarse a posibles hostilidades y cumplir su mandato, y subrayó la importancia de establecer «asociaciones» entre las diversas organizaciones y actores regionales para afrontar crisis surgidas en su región geográfica. Asimismo es indispensable disponer de un enfoque coordinado, coherente e integrado en la situación post-conflicto y al consiguiente «peacebuilding». De esta forma se evitaría ver como países que salen de un conflicto enormemente costoso en vidas y recursos materiales, recaen poco después en la misma dramática situación al haber cesado el apoyo internacional demasiado pronto para atender a otra crisis.

Para facilitar el mantenimiento de la ayuda se acordó en la citada Cumbre Mundial establecer una «Peacebuilding Commission». Esta Comisión, que ya ha tenido su primera reunión en 2006, actuará como un organismo asesor intergubernamental, permitiendo reunir a todos los actores importantes para organizar los recursos y proponer y asesorar sobre estrategias integradas para la recuperación tras el conflicto y la creación de las condiciones necesarias para la paz.

### RENTABILIDAD DE LAS MISIONES MP

Las misiones MP constituyen el grueso de las actividades ONU en las operaciones de paz, incluyendo en estas no solo el «peacekeeping» sino también el «peacemaking» y el «peacebuilding» (que a la postre no es más que la «estrategia de salida» del «peacekeeping»).

Para desarrollar estas misiones la ONU ha tenido un presupuesto, de julio de 2005 a junio de 2006, de cinco mil millones de dólares (un dato curioso que proporciona la documentación publicada por la propia ONU es que esta cantidad es inferior al presupuesto del Dpto. de Policía de Nueva York) por lo que es claro que la relación costo-beneficio es muy ventajosa. El presupuesto de estas misiones se cubre entre todos los estados miembro, estando sus cuotas determinadas por una fórmula acordada entre todos. En lo que respecta a España merece destacarse que, a 1 de enero de 2006, nuestro país estaba entre los diez primeros contribuyentes que, por orden decreciente de aportación económica, son: EE.UU., Japón, Alemania, Gran Bretaña, Francia, Italia, Canadá, España, China y Holanda.

La contrapartida de los costes son los beneficios que se obtienen, y a este respecto hay que señalar que, de acuerdo con un estudio de la RAND Corporation en el que se comparaban diferentes procedimientos para la reconstrucción de una nación, la ayuda ONU es el marco institucional más adecuado para estas tareas, ya que combina unos costes comparativamente bajos con una tasa de éxitos bastante alta.

Igualmente hay que subrayar la notable eficiencia del sistema ONU, ya que por cada 130 personas desplegadas hay solo una en los cuarteles generales; proporción tan baja que, a decir verdad, a veces

preocupa a las autoridades correspondientes por el temor de que se planteen problemas de mando y control.

Además de la excelente relación costo-beneficio y la eficiencia del sistema, hay un aspecto muy importante que es la legitimidad de estas misiones reconocida en todo el mundo, y que se basa en ser una decisión de una organización global con 191 estados miembro, como es la ONU, y la manifestación del compromiso de la comunidad internacional para resolver la crisis en cuestión. Fig. 1.



Figura 1. Monumento a la paz en la sede de la ONU en Nueva York.

### CONTRIBUCIÓN EN PERSONAL DE LOS ESTADOS MIEMBRO

Desde la primera misión en 1948, más de 130 naciones han contribuido a las operaciones de paz con personal militar. La mayoría de los cascos azules son proporcionados por países en vías de desarrollo siendo, a 31 de marzo de 2006, los diez primeros contribuyentes en personal: India, Bangladesh, Pakistán, Jordania, Nepal, Etiopía, Ghana, Nigeria, Uruguay y Sudáfrica. Estos países proporcionan aproximadamente el 67 % del personal, en tanto que la Unión Europea y los EE.UU. aportan solamente alrededor del 6 %. El Subsecretario General para Operaciones de Paz, Jean-Marie Guéhenno, en repetidas ocasiones ha recordado a los estados miembro que «proporcionar personal militar o policial bien equipado, instruido y disciplinado, para las misiones MP es una responsabilidad colectiva de los estados miembro. Las naciones del Sur no pueden, y no se debe esperar, que afronten esta carga solas».

Probablemente este desequilibrio Norte / Sur tiene su raíz en que estos países, en general de bajo potencial político y económico, encuentran en esta contribución una forma de mantener la preparación de sus ejércitos y una fuente de financiación para la adquisición de materiales. Otro punto que no conviene olvidar es que un porcentaje alto de las misiones ONU se desarrolla en el continente africano y puede ser conveniente desplegar fundamentalmente fuerzas de naciones con vínculos culturales o con intereses en las mismas.

Una de las conclusiones del célebre «Informe Brahimi» era precisamente la necesidad de disponer de unas unidades preparadas, rápidas, flexibles y permanentemente a disposición de la ONU. Como consecuencia de esto se creó la Brigada de Alta Disponibilidad de

las Fuerzas en Standby de Naciones Unidas (Standing High Readiness Brigade –SHIRBRIG-). La SHIRBRIG es una brigada multinacional que, con un tiempo de reacción inferior a 30 días, o 90 días para misiones complejas, puede ser empleada en misiones de paz de acuerdo con el capítulo VI de la Carta de las Naciones Unidas durante un período de hasta seis meses. España firmó el Memorandum de las Standby Forces el 5 de noviembre de 1999, poniendo a disposición de la SHIRBRIG un EMAT (con participación temporalmente suspendida desde 2004), un escuadrón de caballería ligero acorazado y hasta cinco oficiales para integrarse en el Estado Mayor no permanente. Fig. 2.



Standby High Readiness Brigade for United Nations Operations

Figura 2. Escudo de la SHIRBRIG.

## ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL DPKO

Una vez que el Consejo de Seguridad ha autorizado una misión, el DPKO inicia la planificación de dicha misión. En el DPKO existe una Unidad de Apoyo Sanitario (Medical Support Unit –MSU-), responsable de la planificación, coordinación y control del apoyo sanitario en operaciones. Podríamos decir que la MSU es el brazo ejecutor de la política sanitaria ONU, que a su vez es definida por la División de Servicios Sanitarios (Medical Services Division –MSD -), que es quien desarrolla y promulga las directrices del apoyo sanitario. Evidentemente hay una relación muy estrecha entre ambas, teniendo cada una sus funciones muy claramente definidas, para conseguir mantener la coordinación que permite un apoyo sanitario de calidad. La dependencia de MSD y MSU se expone en la fig. 3.

La MSU asesora al Mando del DPKO, y a las diferentes misiones desplegadas en todo lo referente a las cuestiones de sanidad operativas, desarrolla la doctrina sanitaria, efectúa la planificación, controla los

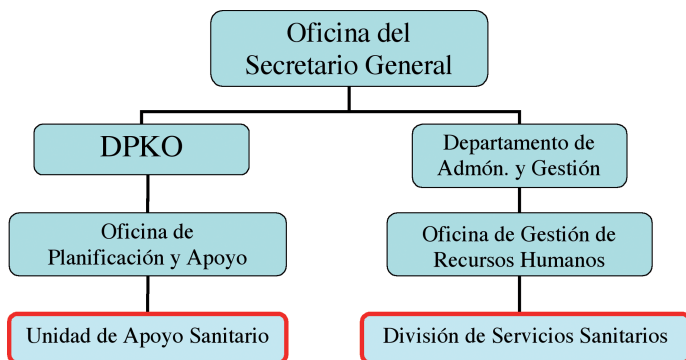


Figura 3.

estándares sanitarios de las unidades sanitarias desplegadas y efectúa las labores de inteligencia sanitaria en las zonas de despliegue.

La MSD por su parte se ocupa de apoyar a todo el aparato de la ONU, incluyendo al personal que trabaja en el Cuartel General (CG) en Nueva York, a las diferentes agencias y órganos administrativos como UNICEF, UNDP, etc. Además, en relación con las misiones MP, desarrolla y actualiza periódicamente las directrices sanitarias, los estándares sanitarios y de aptitud física del personal a desplegar, asesora sobre inmunizaciones y quimioprofilaxis, contribuye a los briefings que se dan al personal de las misiones, efectúa las funciones periciales relativas a las reclamaciones por lesiones en acto de servicio, secuelas de dichas lesiones, etc.

Se podría decir que, con las reservas lógicas, MSU equivaldría aproximadamente a la Sección de Sanidad del Mando de Operaciones (CMOPS) mientras que MSD sería la Inspección General de Sanidad, es decir, mientras la MSU se ocupa de las funciones operativas, la MSD se encarga de las técnicas.

El personal que integra estos organismos sanitarios es multinacional y puede proceder de cualquier país de la ONU, siendo la lengua habitual de trabajo el inglés. Así, por ejemplo, en la actualidad en la MSU, integrada por 8 personas y cuyo organigrama se muestra en la fig. 4, hay 8 nacionalidades distintas, desde Singapur hasta Nigeria pasando por EE.UU. y Alemania.

## PLANIFICACIÓN DEL APOYO SANITARIO

Para alcanzar la necesaria unidad de doctrina, o como a menudo se dice en inglés, tener una «visión común», MSD y MSU en un esfuerzo coordinado han elaborado un Manual de Apoyo Sanitario denominado «Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations». La primera edición de este Manual es de 1995, y en 1999 se publicó la segunda edición.

La doctrina sanitaria planteada en este documento es totalmente compatible con la doctrina OTAN y con la de la Unión Europea, y evidentemente respeta los principios establecidos en los Convenios de Ginebra y del Derecho Humanitario. Se podría pensar que no es necesario elaborar un manual de apoyo sanitario ONU, sin embargo las peculiaridades de las misiones ONU hacen que sea imprescindible acordar unas directrices específicamente ONU. Así debe destacarse que las misiones ONU son esencialmente multinacionales, con la participación de muchos países que no pertenecen a la OTAN ni a la Unión Europea, por lo que se encuentran grandes diferencias en estándares, procedimientos y material, así como di-

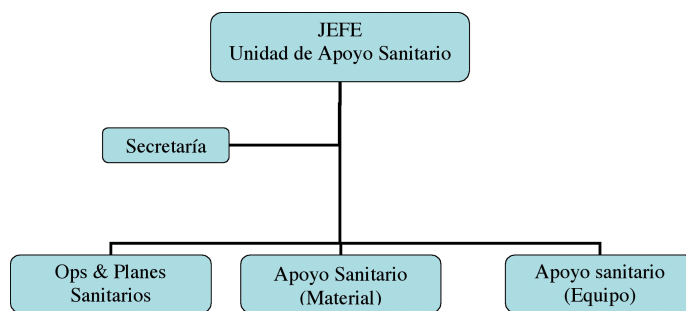


Figura 4.

ferencias lingüísticas y culturales. Esto hace que la coordinación sea aún más esencial para lograr una organización sanitaria coherente y del nivel de calidad deseable.

Los principios generales del apoyo sanitario ONU son los siguientes:

- Estándares internacionalmente reconocidos, en lo posible los mismos que en tiempo de paz,
- Disponibilidad en forma oportuna en tiempo y lugar,
- Continuidad entre los diferentes niveles de apoyo sanitario mediante un sistema de evacuación eficaz,
- Integración y preservación de la infraestructura y sistemas sanitarios locales, nacionales y de la ONU, para maximizar la utilización de los recursos sanitarios con la mejor relación costo-eficacia.

**Consideraciones GENERALES de Planeamiento**

Cada misión tiene unos requerimientos sanitarios muy diferentes según sus propias características. Y a esto hay que añadir el hecho clave de la necesidad de integrar, en un sistema sanitario coherente, a unidades sanitarias procedentes de países muy diversos, en un área de operaciones a menudo hostil y con una infraestructura sanitaria limitada.

El alcance del despliegue sanitario es fundamentalmente determinado por la entidad de la fuerza en la zona de operaciones, necesitando evidentemente un mayor apoyo sanitario las misiones más complejas, aunque tampoco se puede olvidar que precisamente las misiones de menor tamaño, precisamente por sus limitaciones de autodefensa, pueden presentar un mayor riesgo.

El tipo de operación tiene también su impacto sobre el apoyo sanitario requerido por el mandato, la naturaleza de las actividades a desarrollar y los riesgos de seguridad en el área de operaciones. Así, en principio, las misiones de observador requerirán relativamente menos apoyo que las de mayor riesgo como pueden ser las de «imposición de la paz» o desminado.

También los factores geográficos o de infraestructura de transporte tienen su repercusión, ya que donde haya buenas comunicaciones terrestres o aéreas se podrán utilizar las instalaciones sanitarias locales, o las de una zona vecina, en lugar de desplegar unidades sanitarias ONU. En cambio si dichas instalaciones no son fácilmente accesibles será necesario estudiar el despliegue de unidades de diferentes tamaños y capacidades para apoyar toda el área de operaciones.

Otro factor a tener en cuenta el estándar de la infraestructura sanitaria local. Si los hospitales locales no cumplen los estándares ONU, o no son fácilmente accesibles, es necesario desplegar un nivel más alto de apoyo sanitario, independientemente de la entidad de la fuerza o de su despliegue.

**Estimación de la Amenaza Sanitaria**

Es indispensable hacer siempre una evaluación de la inteligencia sanitaria disponible, junto con un reconocimiento sanitario del área de operaciones. En esta fase los aspectos preventivos son de gran importancia para llegar a determinar las inmunizaciones necesarias, quimioprofilaxis, medidas preventivas generales, etc.

Un dato fundamental para la estimación de la amenaza es el cálculo de bajas. Aquí hay que distinguir evidentemente entre las bajas de combate y las debidas a la enfermedad y lesiones no de combate (Disease and Non-Battle-Injury –DNBI-). En lo que respecta a las bajas DNBI una aproximación, que se basa en la experiencia de misiones anteriores, y que resulta muy útil como orientación sobre los recursos necesarios para el despliegue, es de 1.34% de todo el personal desplegado / día, y de los cuales se estima que un 10% requeriría hospitalización.

En el caso de las misiones MP no suelen producirse bajas de combate, pero pudieran ocurrir dependiendo del escenario, por lo que hay que efectuar una estimación para desplegar, si fuera necesario, los recursos apropiados, que serían esencialmente quirúrgicos. También se expresan como un porcentaje diario del personal e incluyen a los heridos (Wounded in Action –WIA-), muertos (Killed in Action – KIA -), prisioneros o desaparecidos (Taken hostage or Missing in Action – MIA-) y bajas psicológicas (Combat Stress). Aquí se debe señalar que, aunque en la doctrina sanitaria ONU se citan estas bajas en la estimación de la amenaza sanitaria, los prisioneros y desaparecidos no tienen obviamente ninguna repercusión sobre las necesidades de apoyo sanitario.

Otro punto que puede discutirse es que, aunque no se afirme expresamente en el Manual, parece atribuirse a la Sanidad el cálculo de bajas dentro del Proceso de Planeamiento Operativo. El cálculo de bajas, según la doctrina OTAN, es responsabilidad de G3 (Operaciones) con la colaboración de otras divisiones del Estado Mayor, como es fundamentalmente G2 (Inteligencia), y por supuesto con participación sanitaria, pero sin ser de responsabilidad esencialmente sanitaria.

Un esquema del proceso de la planificación sanitaria se muestra en la fig. 5 donde se aprecian los componentes básicos del plan.

**Mando y Control (Arquitectura C2)**

En toda operación militar es fundamental establecer una estructura de mando que permita a todos los actores tener una visión clara de cual es su lugar en el organigrama de la operación. Así en una

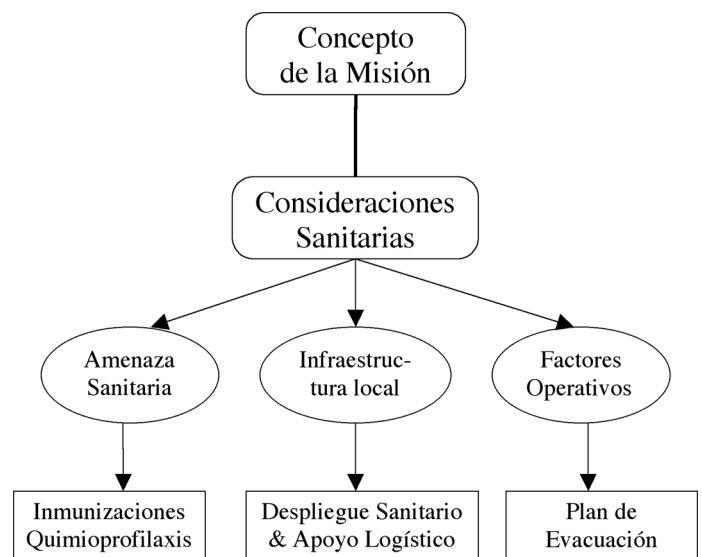


Figura 5.



misión MP la arquitectura de mando y control (C2) sanitario es la que se muestra en la Fig. 6.

El oficial médico que actúa como jefe de sanidad de la misión es el denominado Force Medical Officer (FMedO), y está directamente subordinado al Comandante de la Fuerza (Force Commander – FC-) o al Jefe de la Misión, si no hubiera una autoridad militar. El FMedO es por tanto el asesor sanitario del FC y supervisa técnicamente todo el personal sanitario de la misión.

El FMedO controla todas las unidades sanitarias ONU y tiene la dirección técnica sobre todas las unidades sanitarias que forman parte orgánica de los diversos contingentes nacionales que, por supuesto, permanecen bajo el mando táctico de sus respectivos jefes de contingente. El FMedO a su vez recibe directrices del MSD y MSU, técnicas y operativas respectivamente.

A su vez, en cada contingente nacional el oficial médico más caracterizado es el Senior Medical Officer (SMedO) y subordinados a él se encuentran los jefes de las diferentes unidades sanitarias del contingente.

### Briefing de inicio y fin de misión

Al iniciarse una misión MP el Director del MSD y el Jefe del MSU dan un briefing en el CG ONU al que asiste el FMedO de la nueva misión para recibir toda la información precisa sobre dicha misión, como es el Manual de Apoyo Sanitario ONU, informes epidemiológicos, instrucciones sobre prevención del SIDA y del estrés, modelos de informes periódicos a rendir, etc.

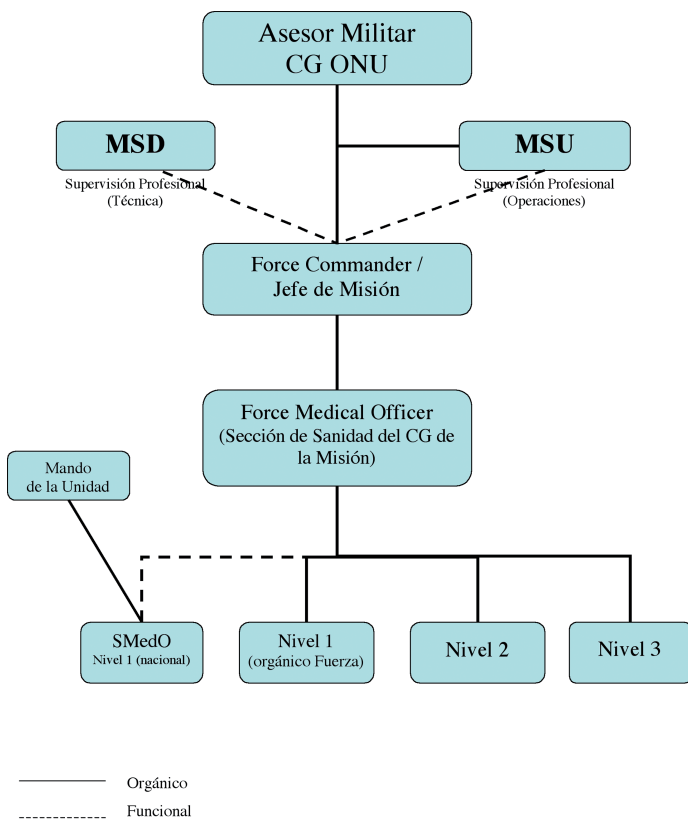


Figura 5.

Cuando el FMedO finaliza su misión elabora un informe final para el MSU y MSD y además, si es posible, se celebra una reunión en el CG ONU para recoger toda la información, que se analiza después y se distribuye el informe a todos aquellos que puedan estar implicados.

### Niveles de apoyo sanitario

En el sistema ONU el apoyo sanitario se presta mediante un escalonamiento clásico de los medios para proyectar a vanguardia una capacidad de atención médica urgente y, en caso necesario, poner a las bajas en estado de evacuación para su transporte a instalaciones sanitarias de mayor entidad a retaguardia. En todo caso, como establecen todas las doctrinas sanitarias, tanto ONU como OTAN o española, hay una necesidad de equilibrar la capacidad de evacuación con la de tratamiento en cada nivel de apoyo.

Como una consideración general merece la pena destacar que la evacuación se ejecuta de forma diferente a la habitual, ya que se efectúa con los medios de un escalón hacia el superior, en lugar de ser el escalón superior el responsable de la evacuación desde el escalón inferior. Este enfoque tiene sentido en el despliegue ONU, donde el apoyo sanitario suele descansar sobre la infraestructura de la nación anfitriona, y por tanto consiste normalmente en los niveles más bajos, que deben ser capaces de evacuar sus bajas con sus propios medios.

El escalonamiento es similar al descrito en la doctrina española y OTAN, si bien a los cuatro escalones, o niveles en terminología ONU, se añade un **Nivel Básico**, presente en la unidad aislada más pequeña, y en el que únicamente se prestan primeros auxilios y se ejecutan las medidas preventivas básicas, ya que no hay oficial médico sino tan solo un enfermero o paramédico.

Existe además una «célula» sanitaria pequeña y muy móvil, denominada **Equipo Médico Avanzado** (Forward Medical Team –FMT-) integrada por 3 personas y que está equipada para proporcionar un apoyo sanitario de corta duración. Cuando éste FMT es requerido generalmente se constituye a partir de unidades sanitarias en la zona de operaciones (incluyendo personal, equipo y material) pero puede también ser desplegado a partir de las diferentes naciones y tener su propia misión. El FMT puede apoyar a una pequeña unidad de 100-150 personas durante un corto período de tiempo, así como también se puede utilizar para prestar apoyo durante la evacuación de bajas graves o evacuaciones de larga duración.

**Nivel Uno:** es el primer nivel donde hay un oficial médico y corresponde aproximadamente al puesto de socorro de batallón, disponiendo de funciones y capacidades similares, si bien hay que destacar que es responsable de la evacuación de las bajas hacia el Nivel Dos. El Nivel Uno dispone dos oficiales médicos, 6 enfermeros o paramédicos y 3 sanitarios. Este nivel puede desdoblarse en dos Equipos Médicos Avanzados, cada uno con 1 médico y 2-3 paramédicos.

**Nivel Dos:** es el primer nivel donde se presta asistencia quirúrgica, además naturalmente de disponer de todas las capacidades del Nivel Uno, pudiendo apoyar hasta 1000 personas. Está integrado por unos 35 miembros, entre los que hay un equipo quirúrgico y capacidades básicas odontológicas, radiológicas y de laboratorio. Además tiene los medios de evacuación necesarios para transportar las bajas al nivel superior.

**Nivel Tres:** este nivel, que dispone de hospitalización, cirugía y diversas especialidades, presta la atención sanitaria más sofisticada que se puede encontrar desplegada en una misión ONU. Lo componen unas 90 personas y puede apoyar hasta una brigada reforzada, es decir unos 5000 hombres. La ONU raramente despliega este nivel por lo que este tipo de apoyo sanitario lo suele prestar la nación anfitriona o una nación vecina.

**Nivel Cuatro:** en este nivel se presta la asistencia médica definitiva, incluyendo todas las especialidades médico-quirúrgicas. Este tratamiento es costoso, muy especializado y a menudo de larga duración, por lo que la ONU no lo despliega nunca. Las bajas que requieren este tipo de asistencia son evacuadas a instalaciones de su país de origen, o bien de la nación anfitriona si constituyen una urgencia médica o si el tratamiento es de corta duración y se prevé que puedan volver a su puesto en menos de 30 días. En todo caso, por motivos de posibles reclamaciones o pensiones, la ONU continúa informándose de la evolución del paciente, aunque haya sido devuelto a su país de origen.

### INSTRUCCIÓN SANITARIA

En primer lugar hay que señalar que la instrucción del personal sanitario es evidentemente responsabilidad del país de origen, así como la educación sanitaria del contingente nacional, aunque el programa que se imparte al personal se coordina antes y durante la misión bajo la supervisión del FMedO y SMedO. En dicho programa hay que tratar las lesiones por frío y calor, las enfermedades transmitidas por artrópodos, por agua y alimentos, infecciones de transmisión sexual, con especial referencia al SIDA, estrés, prevención de accidentes, y todas aquellas amenazas sanitarias propias de la zona.

Asimismo antes del despliegue se proporciona al personal una instrucción específica en lo que respecta a la situación política y militar en la zona de operaciones, el Mandato ONU, inteligencia sanitaria, epidemiología, procedimientos (Standing Operating Procedure -SOP-) establecidos o a establecer, e incluso de familiarización con equipos y materiales que pudieran proceder de otros países.

Dado que la faceta sanitaria de los despliegues es cada vez más de mayor importancia, por motivos éticos y humanitarios, el DPKO ha estudiado la posibilidad de organizar un curso para oficiales médicos. En este curso, de una duración prevista de 2 semanas y con un máximo de 20 participantes, se formará a oficiales médicos, de comandante a coronel, particularmente en las áreas de administración, coordinación y logística sanitaria, facilitando así a los participantes un conocimiento en profundidad de los procedimientos ONU y la capacidad de planificar y dirigir el apoyo sanitario de las misiones MP. Está previsto celebrar un curso por año, rotando por continentes diferentes, con lo que los estados miembro tendrán más posibilidades de intervenir en este curso. Si finalmente este curso llega a ver la luz constituirá una importante ayuda para mejorar el apoyo prestado en las misiones MP.

### COORDINACIÓN

La coordinación necesaria entre los diferentes participantes tiene un pilar básico en el Manual de Apoyo Sanitario ONU, pero

este no es el único recurso para lograrla. En Ginebra, en 1997, y patrocinada por el gobierno suizo, se celebró la «Primera Conferencia ONU sobre Apoyo Sanitario en Operaciones de Mantenimiento de Paz». En esta Conferencia se debatieron temas como la logística sanitaria en misiones MP, la prevención de enfermedades transmisibles en la zona de operaciones, la prevención de accidentes de tráfico, los estándares de calidad en el apoyo sanitario ONU, etc. La participación masiva, con representantes de más de 30 países, ONGs y personal de misiones ONU, así como el fluido intercambio de ideas, hizo que la Conferencia fuera un éxito, plasmado en la propuesta de diversas mejoras en la doctrina y procedimientos a emplear.

El éxito de la Conferencia de 1997 animó a organizar otra conferencia, si bien a menor escala, en el año 2005 cuando el DPKO celebró otra conferencia sanitaria en su sede de Nueva York, en la que participaron representantes del MSU y de diversas misiones MP y se trataron temas de logística sanitaria y clínicos, como por ejemplo el SIDA y la fiebre de Lassa.

Dentro de la faceta de la coordinación otro factor que, en el futuro, contribuirá indudablemente a incrementarla es la recientemente aprobada relación del MSU, como organismo responsable de la gestión del apoyo sanitario en las misiones MP, con el Comité de los Jefes de los Servicios Sanitarios Militares de la OTAN (COMEDS).

### CONCLUSIONES

Las misiones MP se desarrollan normalmente en condiciones difíciles ya que, además de los peligros inherentes a la misma misión, el despliegue se efectúa a base de personal y material procedente de países muy diversos, lo que plantea diferencias culturales, lingüísticas, de equipamiento, de procedimiento y hasta de nivel de estándares sanitarios.

Todo esto representa un esfuerzo de coordinación muy notable, y que no es favorecido por las circunstancias de la misión desde el punto de vista de la diplomacia, de la imprescindible imparcialidad en situaciones a menudo de gran tensión psicológica y de la repercusión mediática de unas misiones en las que la opinión pública encuentra difícil aceptar hasta una sola baja. Por todo esto se puede afirmar que una misión MP representa un desafío único y peculiar, y concretamente la planificación y ejecución del apoyo sanitario requiere un altísimo nivel de cualificación y experiencia para alcanzar el estándar de calidad que hoy día se requiere. Se podría decir para finalizar que, si la ONU es imprescindible para evitar o solucionar una crisis, el apoyo sanitario juega un papel esencial para conservar la salud del personal desplegado y por consiguiente garantizar su operatividad y el éxito de la misión.

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Jean-Marie Guéhenno (Under Secretary General for Peacekeeping Operations). «The United Nations at 60; too old to reform?» (Toronto, Canada, 9 November 2005)
2. Página web de la Organización de las Naciones Unidas ([www.un.org](http://www.un.org))
3. Página web Ministerio de Defensa de España ([www.mde.es](http://www.mde.es))
4. Report on the Panel on United Nations Peace Operations («Brahimi Report») (A/55/305 - S/2000/809)

5. UN Peace Operations and the «Brahimi Report» (October 2001 revision). William J. Durch (Senior Associate and Project Director for the Panel on UN Peace Operations).
6. Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (2nd Edition) Department of Peacekeeping Operations/ Office of Planning&Support/ Medical Support Unit, New York, 1999.
7. Human Security Report 2005, «War and Peace in the 21st Century», Human Security Centre, University of the British Columbia, Canada, 2005.
8. James Dobbins et al, «The UN's role in Nation-Building: from the Congo to Iraq», Rand Publications, 2005.