



ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2017/18

DOCTORANDO: MUÑOZ DE LA FUENTE, ALICIA
D.N.I./PASAPORTE: ****178N

PROGRAMA DE DOCTORADO: D420-CIENCIAS DE LA SALUD
DPTO. COORDINADOR DEL PROGRAMA: BIOLOGÍA DE SISTEMAS
TITULACIÓN DE DOCTOR EN: DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

En el día de hoy 30/10/2017, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de JOSÉ IGNACIO DE GRANDA ORIVE.

Sobre el siguiente tema: PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA SANIDAD MILITAR EN EL NUEVO CONCEPTO DEL CONFLICTO BÉLICO: LA RECONSTRUCCIÓN DEL PAÍS OCUPADO

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL¹ de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 30 de octubre de 2017

EL PRESIDENTE

Fdo.: M. RODRÍGUEZ ZORRITA

EL SECRETARIO

Fdo.: M. GRANDA ORIVE

EL VOCAL

Fdo.: J. GRANDA ORIVE

Con fecha 28 de noviembre de 2017, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
- No conceder la Mención de "Cum Laude"

La Secretaria de la Comisión Delegada

FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: A. MUÑOZ DE LA FUENTE

¹ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

En aplicación del art. 14.7 del RD. 99/2011 y el art. 14 del Reglamento de Elaboración, Autorización y Defensa de la Tesis Doctoral, la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado, en sesión pública de fecha 28 de noviembre, procedió al escrutinio de los votos emitidos por los miembros del tribunal de la tesis defendida por *MUÑOZ DE LA FUENTE, ALICIA*, el día 30/10/17, titulada *PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA SANIDAD MILITAR EN EL NUEVO CONCEPTO DEL CONFLICTO BÉLICO: LA RECONSTRUCCIÓN DEL PAÍS OCUPADO*, para determinar, si a la misma, se le concede la mención "cum laude", arrojando como resultado el voto favorable de todos los miembros del tribunal.

Por lo tanto, la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado **resuelve otorgar** a dicha tesis la

MENCIÓN "CUM LAUDE"

Alcalá de Henares, 7 de diciembre de 2017
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ESTUDIOS
OFICIALES DE POSGRADO Y DOCTORADO



Juan Ramón Velasco Pérez

Copia por e-mail a:

Doctorando: MUÑOZ DE LA FUENTE, ALICIA

Secretario del Tribunal: MANUEL QUINTANA DÍAZ. Prof. Asociado de Medicina. Dpto. Medicina.
Univ. Autónoma de Madrid

Director/a de Tesis: JOSÉ IGNACIO DE GRANDA ORIVE



Universidad
de Alcalá

ESCUELA DE DOCTORADO
Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado

DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, y habiendo
presentado la misma en formato: soporte electrónico impreso en papel, para el depósito de la
misma, en el Servicio de Estudios Oficiales de Posgrado, con el nº de páginas: _____ se procede, con
fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis.

Alcalá de Henares a _____ de _____ de 20 _____



Fdo. El Funcionario



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA SANIDAD
MILITAR EN EL NUEVO CONCEPTO DEL
CONFLICTO BÉLICO: LA RECONSTRUCCIÓN
DEL PAÍS OCUPADO**

**Tesis Doctoral presentada por
DOÑA ALICIA MUÑOZ DE LA FUENTE**

Director:

Tcol. (Exc.). DON JOSÉ IGNACIO DE GRANDA ORIVE

Alcalá de Henares, 2017



Universidad
de Alcalá

Dr. D. Pedro de la Villa Polo, Coordinador de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

INFORMA que la Tesis Doctoral titulada **PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA SANIDAD MILITAR EN EL NUEVO CONCEPTO DEL CONFLICTO BÉLICO: LA RECONSTRUCCIÓN DEL PAÍS OCUPADO**, presentada por Dña. **ALICIA MUÑOZ DE LA FUENTE**, bajo la dirección del Dr. D. Luis Miguel Callol Sánchez y del Dr. D. José Ignacio de Granda Orive, reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos para ser defendida ante un tribunal. Esta Comisión ha tenido también en cuenta la evaluación positiva anual del doctorando, habiendo obtenido las correspondientes competencias establecidas en el Programa.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma el presente informe en Alcalá de Henares a 18 de julio de 2017.




Fdo.: Pedro de la Villa Polo

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada: " Participación activa de la sanidad militar en el nuevo concepto del conflicto bélico: la reconstrucción del país ocupado" que presenta doña Alicia Muñoz de la Fuente para optar al Grado de Doctora por la Universidad de Alcalá, ha sido realizada bajo mi tutoría y reúne todos los requisitos legales para proceder a su defensa pública.

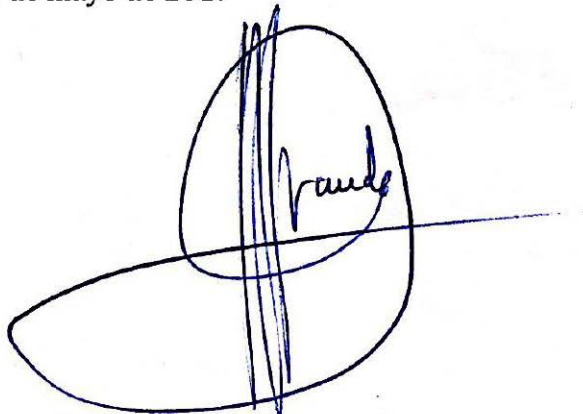
Y para que conste se expide el presente certificado en Madrid a 25 de mayo de 2017

A handwritten signature consisting of a long vertical line with a small flourish at the bottom.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada: " Participación activa de la sanidad militar en el nuevo concepto del conflicto bélico: la reconstrucción del país ocupado" que presenta doña Alicia Muñoz de la Fuente para optar al Grado de Doctora por la Universidad de Alcalá, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne todos los requisitos legales para proceder a su defensa pública.

Y para que conste se expide el presente certificado en Madrid a 25 de mayo de 2017



*A mis padres,
"Recuérdame que te diga una cosa"*

"Fé ciega en la victoria"

AGRADECIMIENTOS

Al General Don Luis Callol Sánchez por creer en mí y en este proyecto desde el principio con un entusiasmo que me ha impulsado en tantos momentos de oscuridad. Gracias por su sabiduría y experiencia puestas al servicio de este trabajo con una generosidad digna de mención.

Al Teniente Coronel Don José Ignacio de Granda Orive cuya experiencia, serenidad y paciencia le hacen el gran sabio que no quiere serlo a la sombra de un reto arriesgado. Gracias por esa confianza extrema que me dio luz.

A mis padres, Don Aníbal Muñoz García y Doña Emiliana de la Fuente Herráiz que me han dado las dos cosas más valiosas que poseo: la capacidad de trabajo aprendida en su ejemplo y la libertad para poder desarrollarlo a pesar de las dificultades. Gracias por vuestro ejemplo y vuestro amor infinito. Nunca el agradecimiento podrá ser suficiente.

A mis compañeros caídos en Irak en 2003 durante el desarrollo de la misión que recoge este trabajo. Gracias especialmente a Alfonso y José Antonio que me protegieron y me enseñaron. Gracias por entregar vuestras vidas por hacer que las nuestras fuesen un poco mejores.

Gracias a todos los iraquíes con los que trabajé y que con tanta generosidad me acogieron y ayudaron. Gracias especialmente a mi amiga Aws con quien tengo el honor de seguir compartiendo amistad.

Gracias a M^a Ángeles por la valiosísima y desinteresada ayuda que presta a tantos alumnos (yo entre ellos) siempre con la mejor predisposición, magnífica experiencia y una sonrisa.

Gracias a amigos como Juan (la brújula que siempre me dirige al norte, sigue recordándome siempre lo que de verdad importa), Beatriz y José (la familia que se elige) y los consejos y ánimos de Alejandra.

In memoriam

CARTAS AL DIRECTOR. ABC. Diciembre 2003

Irak a 6 de Diciembre de 2003

Cap. A.M.F.

“HASTA SIEMPRE”

Soy una capitán médico comisionada en Irak desde el 14 de agosto de este año, a punto de finalizar mi misión. Mi labor aquí no ha sido médica asistencial como la que realicé 4 años atrás en Bosnia, sino que junto con otros 21 compañeros (repartidos entre Najaf y Diwaniya) formo parte de los equipos G.S.T., equipos de apoyo a la autoridad territorial Iraquí en sus labores de Gobierno, en mi caso en el área de sanidad. Nuestro trabajo ha consistido en participar activamente en la reconstrucción del país gestionando proyectos y necesidades con diversos fondos, así como apoyar el funcionamiento y asunción de competencias y responsabilidades por parte de las autoridades a nivel provincial.

Las muertes de todos los españoles (militares y periodista) que se han producido en esta tierra nos hacen reflexionar sobre el sentido de nuestra presencia y nuestro cometido, sobre todo cuando se está invirtiendo mucha ilusión y dinero en tratar de sacar adelante este país terriblemente castigado por guerras sucesivas y 35 años de dictadura. Pasada la primera fase, necesariamente de rabia e impotencia, uno advierte la realidad y se da cuenta de que si se han elegido profesiones como la de militar o periodista, uno puede hacerse determinadas preguntas pero hay algo que está por encima de las respuestas, que es el compromiso adquirido de servicio a los demás y el sentido del deber. Ambos valores son elevados al grado extremo cuando además se pierde la vida por desempeñarlos.

Vaya nuestra máxima admiración y nuestro más profundo agradecimiento a todos aquellos que han dado su vida por hacernos un servicio a los demás, a todos aquellos a quienes hacerse preguntas inherentes a su condición humana les lleva a contestarlas sólo con una mayor entrega y dedicación a su misión. Vaya toda nuestra solidaridad y admiración también para con las familias, que siempre son quienes más sufren nuestra ausencia (si lee estas letras la mía en Cuenca, vaya además mi agradecimiento de corazón por ser magníficos y estar llevando más que dignamente la estancia de su única hija en este país de crispación y contradicciones).

Vaya particularmente mi abrazo más sincero para quienes, de los desaparecidos en esta misión, cuidaron de mí y me enseñaron todo mientras estaban aquí y a buen seguro seguirán haciéndolo desde el cielo en el que se encuentren. HASTA SIEMPRE,

Alicia

ABREVIATURAS

(Indexado por orden alfabético)

a.C.: Antes de Cristo

AECI/AECID: Agencia Española de Cooperación Internacional

ACNUR: Alto comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados

BCG/TBC: Tuberculosis

BMNPU: Brigada Multinacional Plus Ultra

CA/AC: Civil Affairs/ Asuntos Civiles

CERP: Commander's Emergency Response Program

CIA: Central Intelligence Agency (Agencia Central de Inteligencia Americana)

CICR/ICRC: Red Cross Internacional Committee (Comité Internacional de Cruz Roja)

CIMIC: Civil Military Cooperation

CMI: Civil Military Interaction

CMO: Civil Military Operations

CMOC: Civil Military Operations Center

CPA/OCPA: Autoridad Civil Provisional (Civil Provisional Authority)

d.C.: Después de Cristo

DDD: Desinfección, Desinsectación, Desratización

DMN: División Multinacional

DT: Tétanos + Difteria

EI/ISIS/Dáesh/Daish: Estado Islámico/Islamic State of Irak and Syria/Otras denominaciones del mismo concepto

EIIL: Estado Islámico de Irak y el Levante (se corresponde con EI/ISIS/Dáesh/Daish)

EMAT: Escalón Médico Avanzado del Ejército de Tierra)

ESS: Estrategia Española de Seguridad

FSP: Facility Protective Services

FINUL: Fuerza de Interposición de Naciones Unidas en el Líbano

FF.AA.: Fuerzas Armadas

GC: Governorate Coordinator

GST/G.S.T./GSTs/GST's: Government Supporting Team(s)

G.U.: Gómez Ulla

G-9/G9: Sección de Asuntos Civiles de la BMNPU

HACC: Humanitarian Assistance Coordination Center

HC: Hospital de Campaña

HCD: Hospital Central de la Defensa

HE: Hospital de Evacuación

HEC: Health Insurance Clinics

HG/H.G.: Hospital General

ICISS: International Commission on Intervention and State Sovereignty (Comisión Internacional de Intervención y Soberanía Estatal)

IDH: Informe de Desarrollo Humano

ISAF: International Security Assistance Force

KFOR: Kosovo Force

LD: Libertad Duradera

LGT: Local Governorate Team (Equipo Local de Gobierno; Gobierno Local)

LTC: Lieutenant Colonel (Teniente Coronel)

MOH: Ministry of Health (Ministerio de Sanidad/Ministerio de Salud)

NBQ: Defensa Nuclear, Biológica y Química

NE: Noreste

ONG's/ONGs: Organización(es) no Gubernamental(es)

ONU/UN: Organización de Naciones Unidas/United Nations

ORL: Otorrinolaringología

OTAN: Organización para el Tratado del Atlántico Norte

P.B.: Países Bajos

PCLA: Puesto de Clasificación

P.G.: Primera Guerra

PHC's/PHCs: Public Health Centers (Centros de Salud)

PIB: Producto Interior Bruto

PQA: Puesto Quirúrgico Avanzado

PRB: Program Revision Board

PRT's/(s): Provincial Reconstruction Team(s)

PS: Puesto de Socorro

QIP: Quick Impact Project

ROLE: El término Role describe la capacidad de asistencia sanitaria que posee una instalación sanitaria militar desplegada en zona de operaciones (Z.O.)

Se describen cuatro roles, de menor a mayor capacidad de atención especializada de 1 (puesto de socorro compuesto de equipo básico de médico y enfermero) a 4(hospital militar de referencia en territorio nacional con plena capacidad de atención y todas las especialidades).

R.T.I./RTI: An independent nonprofit research institute dedicated to improving the human condition (Instituto independiente sin ánimo de lucro dedicado a la mejora de la condición humana)

Rx: Rayos X

SEAE: Servicio Europeo de Acción Exterior

S.G.: Segunda Guerra

SIGIR: Special Inspector General for Irak Reconstruction (Inspector General Especial para la Reconstrucción de Irak)

SRO: Special Reconstruction Operations (Operaciones Especiales de Reconstrucción)

TBC: Tuberculosis

UE: Unión Europea

UFD: Unidad de Farmacia Divisionaria

UCI/U.C.I.: Unidad de Cuidados Intensivos

UNOPS: United Nations Office for Project Services (Oficina para proyectos de las Naciones Unidas)

UNFPA: United Nations Fund Population Agency (Agencia de fondos para la población de Naciones Unidas)

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund (fondo de Naciones Unidas para emergencias infantiles)

UVI/U.V.I.: Unidad de Vigilancia Intensiva

Z.O.: Zona de Operaciones

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

ABREVIATURAS

ABSTRACT

RESUMEN

A. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

B. INTRODUCCIÓN

1. Sanidad militar en el conflicto bélico a lo largo de la historia

1.1. Primeros pasos

1.2. Grecia y Roma

1.3. Transición hacia Bizancio y llegada de los árabes.

1.4. La Sanidad Militar en la Edad Media

1.5. La Sanidad Militar española en los tercios de Flandes

1.6. La Ilustración. Creación de los colegios de cirujanos. Inicio del Cuerpo Militar de Sanidad.

1.7. La Sanidad Militar durante la revolución industrial.

1.8. La Sanidad Militar española en la primera mitad del siglo XX:

1.8.1. La “Gran Guerra”. Campañas de Marruecos y Cuba.

1.8.2. Guerra Civil. Segunda Guerra Mundial.

1.9. Misiones actuales de la Sanidad Militar española: desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.

1.9.1. De 1960 a 1992

1.9.2. De 1992 hasta 2017

2. Nuevo concepto del conflicto: la reconstrucción como parte de la

intervención militar. Escenario: misión “Iraq Freedom”. Nuevos cometidos para la sanidad militar

HIPÓTESIS

C. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Conocer la utilidad de la acción la sanidad militar española en la reconstrucción post-bélica en Irak tras la intervención de 2003.

SECUNDARIOS:

- 1. Contribuir a la gestión en la Sanidad Pública post-bélica en Irak**
- 2. Contribuir a la seguridad nacional del país intervenido**
- 3. Contribuir a la seguridad a nivel internacional**

D. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Población a estudiar

2. Fase de recogida de datos

- 2.1. Fase previa de preparación general
 - 2.1.A. Estructura jerárquico-organizativa. Nivel civil y militar
 - 2.1.B. Directrices concretas para el trabajo de los equipos Government Supporting Teams (GSTs)
- 2.2. Transferencia de la información.
- 2.3. Delimitación de responsables.
- 2.4. Reuniones
- 2.5. Encuestas
- 2.6. Entrevistas personales
- 2.7. Informes con directrices generales
- 2.8. Informes CIMIC

3. Manejo de datos:

- 3.1. Verificación de la información solicitada
- 3.2. Filtración de la información
- 3.3. Priorización
- 3.4. Solicitud de financiación y gestión de fondos
- 3.5. Coordinación de intervinientes
- 3.6. Supervisión de desarrollo

E. RESULTADOS

1. Estudio de las características de la población

- a. Datos relevantes de su historia
- b. Características poblacionales
 - b.1. Religión
 - b.2. Etnias
 - b.3. Lenguas
- c. Configuración social: sistema tribal
- d. Economía y empleo
- e. Estructura política y gubernamental

2. Estudio de área

1. Generalidades:
 - Plano, organigrama y responsables
 - Funcionamiento de la sanidad pública
 - Procedencia y distribución de los medicamentos en Irak
2. Desarrollo del Organigrama:
 - 2.1. Entidades dependientes de la delegación de sanidad (MOH provincial):**
 - 2.1.1. Hospitales
 - 2.1.2. Departamentos y ambulatorios (PHCs: Public Health Centers)
 - 2.2. Entidades dependientes directamente de MOH central en Bagdad:**
 - 2.2.1. Clínicas shabia
 - 2.2.2. Depósito de farmacia (kimadia regional)
3. Resumen de información sanitaria sobre los pueblos.
4. Principales problemas observados.

3. Proyectos e intervenciones en área de salud

F. DISCUSIÓN

- 1. Enfoque integral en la gestión de crisis internacionales**
- 2. Cooperación cívico-militar**
- 3. Legitimidad de la intervención. Irak 2003**
- 4. Autoevaluación/Lecciones aprendidas**
- 5. Actualidad: los datos, las personas**
- 6. Comparación con equipos Provincial Reconstruction Teams (PRTs) en Afganistán.**

G. CONCLUSIONES

H. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSTRACT

A. STUDY JUSTIFICATION

Spanish military health contribution to the new concept of war conflict.

This new concept is based on civil-military cooperation from the beginning of great international crisis management.

Another important element of this concept is to initiate reconstruction also from the beginning of the occupation.

The new concept considers that reconstruction of “fragile States” or “failed States” would contribute to minimize insurgency on them and so, would contribute to local and world security improvement either.

B. INTRODUCTION

1. Spanish military health history

This section explores military health operations through centuries to establish their mainly caring roll.

2. New concept of war conflict: reconstruction as part of the military intervention. Stage: “Iraqi Freedom”. New challenges for military health.

Main topics of the concept:

- Definition of **failed States** and their roll on actual world.
- Actual geopolitical strategy. **Heartland**.
- **Asymmetrical war** and its relation with State’s socio-political situation.
- **Democratization** as a strategy for minimizing insurgency.
- **Reconstruction** as part of military intervention.
- **Civil-military cooperation**. Government Supporting Teams (GSTs). General.
- **GSTs** work for health.

C. TARGETS

PRINCIPAL:

To determine Spanish military health utility for post-war reconstruction in Iraq after 2003 occupation.

SECONDARY:

1. To contribute to post-war Public Health management in Iraq
2. To contribute to national security (occupied country)
3. To contribute to international security

D. MATERIAL AND METHOD

1. Population study:

Qadisiyah province (Iraq) population after 2003 intervention.

2. Data collection phase:

This is a crucial phase on our work because let us establish priorities about real needs at the end of the conflict.

- 2.1. Previous phase. General:

Our team received information about general guidelines for our mission. First, we analyze our placement and dependencies inside the complex civil-military structure where our team was integrated. Afterwards, we study general guidelines of work and situation of the country at our arrival. Finally, we study some general information about public health in Iraq and Qadisiyah province.

2.1.A. Hierarchical structure. Civil and military level.

2.1.B. Government Supporting Teams (GSTs) work guidelines.

2.1.C. Health situation at our arrival.

The specific work of our team starts at this point after our relief with previous American team.

- 2.2. Information transmission.

- 2.3. Responsible people in charge.
- 2.4. Meetings.
- 2.5. Surveys.
- 2.6. Personal interviews.
- 2.7. General guidelines reports.
- 2.8. Civil-military cooperation teams (CIMIC) reports.

3. Data management:

Processing the great amount of information collected by our team by means written above, it was a comprehensive work before we were able to use it for reconstruction assignment. It was done following the next steps.

- 3.1. Information leakage.
- 3.2. Priorities establishment.
- 3.3. Funding request and management.
- 3.4. Participants coordination.
- 3.5. Development surveillance.

E. RESULTS

1. POPULATION CHARACTERISTICS STUDY

The study of some defining elements of Iraqi population is important because they shape its particular identity and influence, to a large degree, on the rest of the results of our work.

- a. Iraqi history relevant data.
- b. Demographic characteristics:
 - b.1. Religion.
 - b.2. Gender.
 - b.3. Language.
- c. Social organization: tribal system.
- d. Economy and employment.
- e. Political and governmental structure.

2. AREA STUDY

This study is the result of an investigation about real health situation and its structure in Qadisiyah province at our arrival. It collects not only the different elements of the structure but also the initial needs, which helped us to focus our work on the more urgent ones.

1. General information:

- a. Plane, organization chart, responsible people.
- b. Public health performance.
- c. Medicines source and distribution

2. Organization chart development:

1. Provincial Ministry of Health (MOH-Qadisiyah) dependent entities:

- 2.1. Hospitals
- 2.2. Public Health Centers (PCHs) and departments

2. MOH (Bagdad) dependent entities:

- 3.1. Shabia clinics
- 3.2. Pharmacy warehouse (regional Kimadia)

3. Health information about villages (summary).

4. Main problems observed.

3. PROJECTS AND GOALS IN HEALTH AREA

This section gathers reconstruction specific results, which could be carried out because of the previous study and investigation about the population and sanitary situation in Qadisiyah province.

All projects and relevant public health interventions completed by our team are shown.

F. DISCUSSION

Main controversial elements are discussed here: new conflict perspective, international crisis management, legitimacy of Iraq intervention in 2003, recent data about the country and Iraqi people's opinion about the occupation.

1. Comprehensive approach in crisis management
2. Civil-military cooperation
3. Iraq 2003. Legitimacy of intervention
4. Self assessment, learnt lessons
5. The present: data, people.
6. Provincial Reconstruction Teams (PRTs) in Afghanistan vs GSTs (Iraq)

G. CONCLUSIONS

1. Wide previous information is necessary in any international intervention. This was a great lack in our mission.
2. Our team developed 21 original projects, 14 of them finished before the mission ended. Besides, 10 previous projects initiated were finished.
3. Immediate action taken place by Spanish military health on a Cholera outbreak in Qadisiyah province (Iraq) controlled it completely. Afterwards, a definitive solution to a current problem in public health was established.
4. During "Iraqi Freedom" a new systematic communication system was created among the different health elements at a provincial level. It stimulated corporative attitude instead of individual behavior.
5. During Spanish military health action on "Iraqi Freedom" mission, fluid communication ways were established between provincial sanitary institutions and central sanitary administration (MOH-Bagdad).
6. Military health favored cooperation with nongovernmental organizations. It also established a narrow relationship with Spanish International Cooperation Agency (AECID).

Abstract

7. During “Iraqi Freedom”, sanitary logistics showed its fortress in a specially complicated operations theater.
8. Post-war reconstruction and rehabilitation sanitary work developed by our team in Qadisiyah between August and December 2003, was useful but short.
9. International o Iraqi security improvement was not achieved with reconstruction programs.

RESUMEN

A. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El trabajo recoge el estudio de la aportación de la Sanidad Militar española al nuevo concepto del conflicto bélico.

Este nuevo concepto se basa en la cooperación cívico-militar para la gestión de grandes crisis internacionales desde el inicio de las mismas.

Otro de los elementos fundamentales de este concepto es la reconstrucción desde el inicio de la participación en el conflicto.

El nuevo concepto contempla de forma ideal el hecho de que las labores de reconstrucción (literal y gubernamental) de los denominados “estados fallidos” o “estados frágiles” contribuirá a minimizar la insurgencia que nace de ellos y así se conseguirá una mejoría de la seguridad a nivel local y mundial.

B. INTRODUCCIÓN

1. Sanidad militar en el conflicto bélico a lo largo de la historia

Recorrido histórico por las misiones de la Sanidad Militar para establecer su carácter (hasta 2003) básicamente asistencial.

2. Nuevo concepto del conflicto: la reconstrucción como parte de la intervención militar. Escenario: misión “Iraqi Freedom”. Nuevos cometidos para la sanidad militar

Introducción de los principales aspectos del nuevo concepto del conflicto bélico:

- Definición de **estados fallidos** y su papel en el panorama actual mundial.
- Estrategia geopolítica actual. **Heartland** y su relación con los anteriores.
- **Guerra asimétrica** y su relación con la situación político social de estos estados.
- **Intervención** sobre estos países para su democratización como estrategia para minimizar los grupos insurgentes responsables de la guerra asimétrica.
- **Reconstrucción** como parte de la intervención militar.
- Cooperación **cívico-militar**. Government Supporting Teams (GSTs).

Generalidades sobre nuestros equipos.

- Generalidades sobre la labor de **GST** para **sanidad**.

C. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Conocer la utilidad de la acción la sanidad militar española en la reconstrucción post-bélica en Irak tras la intervención de 2003.

SECUNDARIOS:

4. Contribuir a la gestión en la Sanidad Pública post-bélica en Irak
5. Contribuir a la seguridad nacional del país intervenido
6. Contribuir a la seguridad a nivel internacional

D. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Estudio Poblacional:

Población iraquí de la provincia de Qadisiya tras la intervención bélica de 2003.

2. Fase de recogida de datos:

Esta fase fue crucial para el desarrollo de nuestro trabajo posterior ya que nos permitió establecer prioridades adecuadas sobre las necesidades reales al término del conflicto.

2.1. Fase previa de preparación general:

En este periodo se nos informa sobre las directrices generales de nuestra misión. Para ello analizamos primero nuestra ubicación y dependencias dentro de la compleja estructura cívico-militar en la que nuestro equipo se integra. Posteriormente las líneas generales de trabajo y situación del país que se indican a nuestra llegada. Finalmente se nos indican algunas directrices más concretas sobre nuestra provincia de acción.

2.1.A. Estructura jerárquico-organizativa. Nivel civil y militar

2.1.B. Directrices concretas para el trabajo de los equipos Government

Supporting Teams (GSTs)

2.1.C. Situación sanitaria de partida

Desde este apartado en adelante comienza nuestro trabajo una vez realizado el relevo con el equipo americano que nos precedió.

2.2. Transferencia de la información.

2.3. Delimitación de responsables.

2.4. Reuniones

2.5. Encuestas

2.6. Entrevistas personales

2.7. Informes con directrices generales

2.8. Informes CIMIC

3. Manejo de datos:

La gran cantidad de información recopilada por nuestro equipo por las vías anteriormente relacionadas precisó de una labor intensa de procesamiento antes de poder ser utilizada para fines de reconstrucción. Se llevó a cabo según los siguientes ítems:

3.1. Filtración de la información

3.2. Priorización

3.3. Solicitud de financiación y gestión de fondos

3.4. Coordinación de intervinientes

3.5. Supervisión de desarrollo

E. RESULTADOS

1. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Es importante la investigación de algunos elementos definitorios de la población a estudio dado que configuran su particular idiosincrasia y por lo tanto influyen considerablemente en los restantes resultados del estudio.

- a. Datos relevantes de su historia
- b. Características poblacionales
 - b.1. Religión
 - b.2. Etnias
 - b.3. Lenguas
- c. Configuración social: sistema tribal
- d. Economía y empleo
- e. Estructura política y gubernamental

2. ESTUDIO DE ÁREA

El estudio de área es el resultado del estudio de la situación sanitaria sobre el terreno tal y como estaba estructurada a nuestra llegada. Junto con los componentes de su estructura también se realiza un estudio de las necesidades de partida que sirvió para ir focalizando nuestro trabajo sobre las más urgentes.

1. Generalidades:

- a. Plano, organigrama y responsables
- b. Funcionamiento de la sanidad pública
- c. Procedencia y distribución de los medicamentos

2. Desarrollo del Organigrama:

1. Entidades dependientes de la delegación de sanidad (MOH provincial):

- 1.1. Hospitales
- 1.2. Departamentos y ambulatorios (PHCs: Public Health Centers)

2. Entidades dependientes directamente de MOH central en Bagdad:

- 2.1. Clínicas shabia
- 2.2. Depósito de farmacia (kimadia regional)

3. Resumen de información sanitaria sobre los pueblos.

4. Principales problemas observados.

3. PROYECTOS E INTERVENCIONES EN ÁREA DE SALUD

Este apartado recoge los resultados específicos del trabajo de reconstrucción que pudieron llevarse a cabo gracias a los resultados anteriores obtenidos del estudio e investigación sobre la población y la situación sanitaria de la provincia de Qadisiya.

Se recogen aquí todos los proyectos realizados por nuestro equipo junto con intervenciones relevantes en sanidad

F. DISCUSIÓN

Se debaten en este punto los principales elementos de controversia en torno a esta nueva visión del conflicto, la gestión de crisis internacionales, la intervención en Irak en 2003 y la actualidad de los datos y de las opiniones de los iraquíes sobre la ocupación.

1. Enfoque integral en la gestión de crisis internacionales
2. Cooperación cívico-militar
3. Legitimidad de la intervención. Irak 2003
4. Autoevaluación/Lecciones aprendidas
5. Actualidad: los datos, las personas
6. Comparación con equipos Provincial Reconstruction Teams (PRTs) en Afganistán.

G. CONCLUSIONES

1. La información previa a cualquier misión de reconstrucción es imprescindible, siendo una carencia evidente en nuestro caso.
2. En la misión de reconstrucción en la provincia de Qadisiya, (Irak) la sanidad militar española realizó e inició el diseño de 21 proyectos propios, catorce de los cuales concluidos antes de finalizar la misión. Se terminaron 10 proyectos previos iniciados por el ejército americano.
3. La intervención inmediata de la sanidad militar española sobre un brote de cólera en la provincia de Qadisiya(Irak) consiguió su control y la solución definitiva de un problema recurrente de salud pública.

4. En el desarrollo de la misión “Iraqi Freedom” se creó un modelo de comunicación sistemática entre los diferentes estamentos sanitarios a nivel provincial, favoreciendo la actitud colaborativa frente a la individualizada.
5. Durante la actuación de la sanidad militar en la misión “Iraqi Freedom”, se establecieron vías de comunicación fluidas entre las instituciones sanitarias provinciales y la administración sanitaria central (MOH).
6. La sanidad militar favoreció la colaboración con ONGs, y la estableció con AECID.
7. Durante la misión “Iraqi Freedom” la logística sanitaria mostró su fortaleza en un medio especialmente complicado.
8. El trabajo de reconstrucción y rehabilitación sanitaria post-bélica, desarrollado por nuestro equipo en Qadisiya (Irak), en el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2003, fue útil pero limitada en el tiempo.
9. No se ha conseguido una mejora de la seguridad internacional y nacional en Irak con el programa de reconstrucción realizado.

A. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Múltiples han sido las reflexiones llevadas a cabo sobre una intervención como la de Irak en 2003, especialmente fuera de nuestro país.

A nivel internacional ha supuesto mucho más que una simple ocupación, representa la base inicial sobre la que se asienta el concepto del conflicto bélico en el futuro.

Dejando atrás el periodo pre-globalización en que la ocupación de un país era una cuestión exclusivamente de poder territorialista y económico, y estableciendo un antes y un después en el acontecimiento histórico de la caída del muro de Berlín, asistimos a un nuevo escenario en que tanto los intereses, ahora de predominio geoestratégico, como los “actores” para la realización de las intervenciones bélicas, son diferentes.

Los “actores” o intervinientes en este caso no son exclusivamente militares. Es la cooperación cívico-militar la única posibilidad de actuación en el futuro y el enfoque integral (“comprehensive approach”) el marco de planeamiento en que deben desarrollarse.

El objetivo sería la reconstrucción de “estados frágiles”, deslegitimados, carentes de estructuras democráticas sólidas que garanticen la estabilidad o seguridad de sus ciudadanos y que por tanto son caldo de cultivo de insurgentes y grupos terroristas, que constituyen la verdadera amenaza actual a nivel mundial en lo que se ha acordado denominar la “guerra asimétrica” que, en definitiva, constituye la posibilidad de desencadenar una tragedia humana en cualquier punto del planeta de forma inesperada y difícil de prever.

Todo ello fue puesto en práctica por primera vez en Irak con mayor o menor éxito global como este estudio tratará de esclarecer, y de ello somos partícipes todos los países que integramos la misión “Iraqi Freedom”, incluida España.

Aun a pesar de que nuestra participación fue parcial en el tiempo de desarrollo de la misión, este trabajo tratará de arrojar luz sobre cómo la Sanidad Militar española tiene capacidad para integrarse en el engranaje de todos estos nuevos conceptos que conformarán la gestión de grandes conflictos bélicos y crisis internacionales en el futuro.

Indudablemente nuestra Sanidad Militar tiene más que demostrada su destreza y gran experiencia en lo que a despliegues asistenciales en catástrofes y teatros de operaciones se refiere, pero lo que hasta ahora no se había demostrado es su capacidad para adaptarse a la gestión de grandes crisis internacionales trabajando conjuntamente con organismos civiles, autoridades civiles locales de los países ocupados, y autoridad militar de la operación.

Este trabajo recoge nuestra aportación en este sentido a la intervención sobre Irak en 2003, al tiempo que analiza las principales cuestiones en torno a la ocupación en un contexto de reconstrucción y proceso de democratización paulatina de un “estado frágil”, tratando de inferir hasta qué punto resultó útil para la consecución de los objetivos planteados.

B. INTRODUCCIÓN

1. Sanidad Militar en el conflicto bélico a lo largo de la historia

Se realiza un breve repaso histórico en este punto a lo que ha sido la Medicina Militar desde sus inicios hasta el siglo en el que nos encontramos, de forma especialmente dirigida a su función en los conflictos bélicos.

1.1. Primeros pasos de la Sanidad Militar en la historia

Ya en el **Paleolítico** hay indicios de uso de armas de guerra y hallazgos como el cráneo de St. Cesaire indican que la víctima del ataque no falleció sino que se recuperó de la hemorragia y la conmoción, hecho que según los expertos no hubiera podido producirse sin ayuda y cuidado de otros neandertales, lo que pone de manifiesto un espíritu de cooperación socio-humanitaria ya en esta época. Avanzando hacia el **Neolítico** también en este periodo estudiosos como el médico militar Salvador Monserrat afirma que en la aldea neolítica se disponía de técnicas elementales para realizar sangrías, apertura de abscesos, reducción de luxaciones, inmovilización de fracturas con moldes de arcilla, amputaciones como reflejan algunos de los hallazgos de restos óseos reunidos en el Museo de Paleontología de París que hacen pensar que los utensilios usados para las curas en aquella época correspondían a fragmentos de piedra muy cortantes, espinas de pescado, crines de caballo como hilos de sutura o musgo, ceniza u hojas secas usados como remedio en heridas y llagas^{1,2}.

Avanzando en el tiempo llegamos al antiguo **Egipto** donde ya existía lugar físico para el aprendizaje de la Medicina: la “Casa de la Vida”, próxima al templo, donde convivían magos, sacerdotes y médicos de la época según la clasificación establecida por el papiro de Ebers para los profesionales de la medicina³. En cuanto a la asistencia sanitaria en campañas bélicas un avance de la época correspondió al tratamiento de las heridas con el uso del “Nepente”, que significa “exento de dolor” ya que disuelto en vino hacía “olvidar todos los dolores”.

Ya en **Persia** los conocimientos médicos toman un cariz predominantemente religioso

y por tanto se cura con la “palabra santa”. Se utilizan también diversas hierbas para tratamiento y se elaboran jarabes y pomadas. Los persas nunca iban a la guerra sin su “curadores de heridas” (“**epimeletas**”: “los que curan”) como queda reflejado en escritos de la época como la “ciropedia” de Jenofonte. Con Persia comienzan también las evacuaciones (dejando los soldados heridos en las ciudades que atravesaban) y datos humanitarios como que los médicos del ejército también se encargaban de atender a los prisioneros heridos. En Persia por tanto asistimos a la preocupación de los reyes por la salud de sus tropas y a la figura claramente identificada que se encarga de cuidar a las víctimas de la guerra en pleno campo de batalla, antecedente directo de lo que más tarde sería la Sanidad Militar y la Asistencia Sanitaria en Campaña.

1.2. Grecia y Roma

Es imposible no tener en cuenta las aportaciones de la **Grecia** antigua en el aspecto que nos ocupa. Se pasa de la medicina inicial griega que sigue la tendencia anterior o medicina de predominio espiritual representada en la figura de Asclepio en la que los exorcismos y amuletos eran protagonistas, a la medicina hipocrática coincidente con el inicio de la filosofía cosmológica griega entre los siglos VI y V a.C. en la que se elabora la teoría de los “cuatro humores” entendiendo la enfermedad como un desequilibrio entre ellos. En cualquier caso el médico sólo debe apoyar la fuerza curativa de la naturaleza y sólo actuar facilitando la evacuación de la materia “morbose ya cocida” con purgantes, diuréticos o enemas. En poemas épicos como “la Ilíada” y “La Odisea” se encuentran alusiones a la práctica de la cirugía. Se usan las armas de guerra como instrumental quirúrgico y entre los medicamentos (aunque usados en número muy reducido) destaca el Nepente, ya mencionado en Egipto, la angélica, la malva y la adormidera con sales de cobre, plomo o arsénico y hiel entre otros. En cuanto a las campañas militares los médicos acompañantes de los ejércitos eran elegidos por el General y a veces por aclamación entre los soldados, actuando el médico contratado al mismo tiempo de combatiente. Se supone que el médico adquiría en campaña práctica y popularidad y destacan nombres como Macaón

o Podaliro, a quienes (como anécdota) se trató de dispensar de sus obligaciones como soldados pero ellos lo rechazaron por considerarlo indigno; ambos entraron a caballo en Troya y Macaón perdió la vida. No existía una táctica sanitaria como tal. Los soldados no eran asistidos por los médicos hasta que no finalizaba el combate, se abandona a los heridos en el campo de batalla con frecuencia, sólo al paso por un país amigo se abandona a los más graves confiándolos a ciudadanos en lo que se venía a llamar la hospitalidad o “Xenia”, institución griega que garantizaba el acogimiento y protección recíprocos entre dos comunidades diferentes. También todo extranjero podía garantizar su seguridad bajo la protección del “Zeus de los suplicantes” que suponía que el guerrero herido podía pedir socorro al primero que encontrase invocando esa hospitalidad del suplicante y éste estaba obligado a prestársela aunque fuese su enemigo⁴. Probablemente por este motivo no había hospitales de campaña aunque constan datos sobre una galera de cincuenta remos “provista de medicamentos saludables” que se usó como hospital flotante en la guerra contra los cryseos y también del hospital de campaña que Alejandro Magno montó en la bahía de la batalla de Isos. Los griegos tenían un gran respeto por sus fallecidos en campaña a los que aseaban y vendaban, inscribían sus nombres en monumentos públicos y sus viudas y huérfanos recibían pensión al igual que los inválidos.

Además de las deficiencias anteriormente mencionadas cabe añadir grandes aportaciones de los griegos a la asistencia sanitaria en campaña de cara al futuro como el concepto de ambulancia, los camilleros y la bolsa de socorro individual, la ambulancia entendida como un pequeño puesto de socorro en el campo de batalla, los camilleros como sirvientes que llevaban las armas de los jefes y retiraban los heridos del campo de batalla y el “paquete de cura individual” como referencia a una cajita adjunta al cinturón que Eribotes usó para curar al padre de Ajax según cuenta Apolonio de Rodas en su poema épico “Los Argonautas”.

Los inicios de la **Roma** antigua son paralelos a la Grecia clásica en que la medicina estaba vinculada a la mística. El médico más destacado de la época fue **Galeno**,

médico de gladiadores, que vivió en el siglo II d.C. y que junto con **Hipócrates** es la mayor autoridad de la medicina durante toda la etapa griega y romana. De la misma forma que en la medicina de Hipócrates tónicos, vomitivos, purgantes, evacuantes y diuréticos eran los más usados. Celso y Dioscórides son otros dos grandes médicos de la época romana. El último, médico militar que estudiaba los efectos de las hierbas que recogía en sus campañas y lo describió todo en un tratado que posteriormente usaron los monjes cuando la invasión de los bárbaros recluyó la ciencia a los conventos; la obra ha sido traducida al castellano por un español Andrés Laguna⁵. En un principio la medicina militar como tal no era considerada en roma, se consideraba más sanadora la palabra del jefe que cualquier medicamento. En los primeros tiempos no había organizado un servicio de asistencia sanitaria y en los ejércitos algunos combatientes, curanderos, unguentarios y esclavos hacían las funciones de médico. Los soldados se curaban unos a otros con sus “paquetes de cura individual” aunque los jefes sí se hacían acompañar de médicos griegos, libres o esclavos. Un cuerpo médico de “aficionados a la cirugía” acompañaban voluntariamente a los ejércitos hasta que los emperadores observaron que morían más soldados por falta de cuidados que por el combate e impulsaron la creación de una organización sanitaria que evolucionó con el tiempo. Se dotaron las unidades de médicos militares y auxiliares médicos, a cada legión se asignó una ambulancia y un pequeño hospital muy primario para primeros auxilios. Tiendas de campaña instaladas en línea de combate en lugares más resguardados hicieron las veces de hospitales móviles llamados “**aegri**” que fueron evolucionando hasta convertirse en “**Valetudinaria**” móviles y fijos ya bien estructurados con farmacia, cocina y abundante provisión de agua. También los había para ganado y ya se describen por escrito los componentes sanitarios incluidos como personal de la Legión romana. Al comienzo de la batalla y ya siguiendo esta estructura desarrollada (producto de la castramentación o perfecta organización compartimentalizada del ejército romano) las primeras atenciones se realizan entre compañeros con sus paquetes de cura, de inmediato llegan los soldados encargados (ya no combatientes) que se

encargan de transportar heridos hasta las tiendas. Los leves que podían volver a la batalla eran enviados al frente y los que no eran evacuados (segunda evacuación) a las ambulancias donde recibían tratamiento y eran clasificados para iniciar la tercera fase de evacuación. Los muy graves eran evacuados a la Valetudinaria de los campamentos fijos o a ciudades y casas particulares y los recuperables a más corto plazo eran evacuados a la Valetudinaria de la Legión. Los transportes se llevan a cabo en carros militares denominados “**carpenta**”. Los médicos militares eran organizados en legiones y cohortes a cuyo frente estaba el ordinarius o jefe de sanidad (Anitius Infenuus, primer médico militar español conocido, era ordinarius)⁶.

1.3. Transición hacia Bizancio y la sanidad de campaña a la llegada de los árabes

Toda la evolución de la medicina en general y de la asistencia sanitaria en campaña militar que se había conseguido en los últimos siglos se paraliza con los **Bárbaros** que desprecian la medicina. Las ciencias en general y entre ellas la medicina se recluye en los conventos al menos para su conservación de cara al futuro. En esta época Flavio Casiodoro se propuso salvar del olvido la cultura grecorromana y con ella los tratados de Dioscórides, Galeno e Hipócrates promoviendo una intensa actividad de traducción y transcripción por parte del cenobio. Gracias a ello las magníficas obras de los máximos maestros de la medicina antigua han llegado hasta nosotros. La sanidad militar y la asistencia sanitaria en campaña pasan en este periodo a una anulación casi absoluta, el abandono del herido era la práctica común. Hecho anecdótico es que en la biografía de Wamba, escrita por San Julián, se menciona el caso de unos soldados, reos de robo y adulterio, que fueron condenados a la pena de ablación del prepucio, de lo que se podría deducir la presencia de cirujanos militares en el ejército⁷.

A continuación pasamos por **Bizancio (V-VI d.C.)** cuya medicina mezcla el conocimiento clásico romano con elementos orientales. La medicina al igual que otras ciencias había sido relegada a los conventos y se ejerce una gran labor recopilatoria de la ciencia antigua clave para la transmisión del saber hipocrático y galénico a la posteridad.

Destacados Oribasio y Alejandro de Tralles (médico jefe del ejército de Belisario) como principales recopiladores del saber grecorromano. En relación a la medicina de campaña se continúa la organización legado del bajo imperio romano destacando una figura, la del **“Scrimon”** que siguen a las tropas, a cien pasos, sin armas y son los encargados de llevar los medicamentos necesarios para atender in situ a los heridos; a veces pueden actuar a caballo. Como hospitales de campaña usan las tiendas como primer escalón de tratamiento y tienen hospitales de tratamiento a retaguardia: “hospital de soldados estropeados” y “asilo de soldados inválidos”⁸.

Los **Arabes**, siguiendo cronológicamente la historia son también pieza clave para la supervivencia de la medicina antigua que supieron sintonizar perfectamente con la medicina Siria, Persa y Judía que conocían a la perfección, resultando el nexo de unión definitivo en medicina (también en muchas otras disciplinas) entre oriente y occidente. A ellos es achacable como nuevos avances al margen de su capacidad recopilatoria de las medicinas mencionadas, las actuales formas farmacéuticas como elixires, píldoras o linimentos, colirios y emplastos así como técnicas químicas de la importancia de la destilación, fusión, sublimación o catálisis. Entre las obras más destacables el **“Canon de Avicena”**⁹, compendio de medicina árabe que ha servido de texto en diversas universidades hasta el siglo XVII. En campaña la presencia del médico en el ejército árabe no ofrece dudas. Una serie de jinetes en retaguardia eran los encargados de una doble misión: recoger enfermos y heridos y ponerlos a salvo al mismo tiempo que recuperaban a los rezagados para reenviarlos al combate. El mismo Avicena participó como médico en **“la batalla de los Cuervos”** entre el ejército Kurdo y el Gaznawi y hace alusiones a unidades móviles que atendían a los heridos, un dispensario ambulante, el **“bimaristan”** u hospital, donde actuaban suturando heridas con hilo de palmera, usando emplastos de arcilla para las heridas o decocciones de opio para aliviar los dolores¹⁰.

1.4. La Sanidad Militar en la Edad Media

La **Edad Media** quedó marcada médicamente por las epidemias que asolaron las

poblaciones y cómo no, los ejércitos: lepra, viruela y sobre todo la peste mataron según datos producto de estudios científicos entre 20 y 25 millones de personas. Crucial para la sanidad militar española es esta época en la que la reina Isabel recibe el título de **“Mater Castrorum”** por su preocupación por los heridos y enfermos a causa de la guerra. Las Órdenes Militares que se crean en esta época de las Cruzadas, inicialmente sólo asistenciales sobre los heridos y gestoras de sus traslados y de la creación de hospitales para su atención, acaban convirtiéndose también en órdenes integradas por combatientes dado que los convoyes de traslado de heridos eran con frecuencia objetivo del enemigo. Órdenes como los Hospitalarios de San Juan, Templarios, la Orden Teutónica, la del Espíritu Santo o la Orden de Malta (origen de la Sanidad Militar Española) crearon las **“casas de Dios”** con un triple uso: iglesia conventual, hospital y fortaleza. Las mujeres voluntarias ayudaban a los caballeros en su misión humanitaria de auxiliar a los heridos. A lo largo de los siglos XII, XIII y XIV hay testimonios sobre la organización de la sanidad militar en campaña. Ejemplo: En el siglo XII, Alfonso VIII de Castilla, en el fuero de 1180 por el que concede privilegios a la ciudad de Cuenca, al hablar de los **“cuadrilleros”** – cabos de cuadrilla de la Santa Hermandad, que fue el germen del Ejército Real, - indica las obligaciones respecto a la evacuación de los heridos y enfermos de las huestes en combate y se refiere a las retribuciones de los cirujanos, lo que supone la existencia y actividad de éstos en la guerra. En el siglo XIII, se encuentra como médico de Pedro III **“El Grande”** de Aragón el insigne médico don Arnaldo de Villanova, que escribe uno de los primeros tratados conocidos en nuestra patria sobre medicina militar, **“De regimene castra sequentium”**.⁽¹⁾

El dato más importante de la época no obstante corresponde a la creación del **“Hospital de la Reina”**: en la primavera de 1476, ultimando los preparativos para recuperar la plaza de Toro, la reina Isabel decide crear a sus expensas un hospital ambulante de campaña que acompañe a las tropas. A partir del Sitio de Toro y durante toda la Reconquista hasta la toma de Granada el Hospital de la Reina actuó como un hospital de campaña. Este es considerado el germen de la Medicina militar moderna hasta el gran avance que se produjo en las guerras napoleónicas¹¹.

1.5. La Sanidad Militar española en los tercios de Flandes

Durante el siglo **XVI** al saber clásico se añaden los nuevos medicamentos traídos de América e Indias occidentales, algunos de ellos tan decisivos como la quina y comienzan los experimentos en humanos (con condenados a muerte). Aparece **Paracelso** en el panorama médico mundial iniciando la terapéutica química y con ella una polémica que acompañará nuestra disciplina durante siglos. En este siglo la cirugía comienza a ser científica y hallamos cirujanos eminentes de la época actuando como facultativos castrenses como Vesalio (considerado fundador de la anatomía moderna) de origen belga que se incorporó a los 20 años al ejército español de Carlos V como cirujano militar. Los descubrimientos anatómicos de la época permitieron a Miguel Servet el descubrimiento de la circulación menor. En sucesivas campañas se perfecciona el tratamiento de la herida de guerra (uno de los nombres destacados a este efecto es Ambrosio Paré que de cirujano barbero pasó a ser el cirujano más célebre del siglo tras su tratamiento de heridas con yema de huevo, aceite de rosas y trementina) con sustitución de la cauterización con ligadura de los vasos o el desbridamiento. El Hospital de la Reina se llama ahora el hospital de la Corte y Campo destinado a atender las necesidades de la Corte en tiempos de paz y a servir como hospital de campaña en tiempos de guerra.

En las campañas de los Tercios de Flandes en la revolución de los Países Bajos (1564-1648) es Margarita de Parma (hermana bastarda de Felipe II y gobernadora de los P.B.) la que teniendo en cuenta todas las dificultades para atención de los heridos de dichos tercios fuera de nuestro territorio, crea un hospital militar sedentario utilizando el confiscado Palacio de Sajonia. En este hospital se dotaban y organizaban los hospitales móviles que acompañaban a las tropas en campaña. Fue el Hospital de Malinas el primer hospital militar fijo y además lugar donde se formaba a los profesionales, claro antecedente de los Colegios de Cirugía Militar que se establecerían ya en el siglo XVIII en Cádiz, Barcelona, Madrid, Burgos, Santiago, Salamanca y Málaga que pueden ser la iniciación del actual Cuerpo de Sanidad Militar

Española. También hay alusiones a la sanidad militar en las campañas marítimas como los documentos de la “Escuadra Invencible” (1588) en los que se describe la distribución de médicos, cirujanos y cirujanos barberos en las diferentes planas mayores y compañías¹².

1.6. La Ilustración. Creación de los colegios de cirujanos. Inicio del Cuerpo Militar de Sanidad

A comienzos del **S.XVIII** medicina y cirugía en España se encuentran en una situación mala dado el aislamiento científico del país en los dos siglos anteriores. Las circunstancias que permitieron mejorar la situación son las operaciones militares con objeto de la Guerra de Sucesión (1701-1713) y los conflictos bélicos fuera de España. Comienzan a proliferar en Europa los Colegios de Cirujanos y en la España de Felipe III se sigue esta tendencia comenzando por la creación del Real Colegio de Cirugía de Cádiz para la formación de los cirujanos de la Armada. Carlos III continúa esta línea de perfeccionamiento de la cirugía. Existe en este periodo borbónico gran preocupación de los monarcas por la atención a heridos y enfermos por causa de la guerra. Se redactan diversos reglamentos para la asistencia sanitaria en campaña y todo ello culmina con una **reglamentación para hospitales militares con Felipe V en 1739, piedra angular de la Sanidad Militar Española**¹³. **En 1795 se crea el Cuerpo de Cirujanos del Ejército que es considerado por algunos como la creación por Godoy del Cuerpo Militar de Sanidad**¹⁴.

Existe una especial preocupación en este siglo por la higiene para combatir epidemias que en siglos anteriores devastaron los ejércitos, y se fomentan así las medidas oportunas en los campamentos, se dictan normas sobre prevención de la fatiga y el aseo personal, aislamientos, cuarentenas, fumigaciones y se cuida de manera especial la alimentación¹⁵. Es también en esta época donde se otorga a los médicos militares españoles el “privilegio” de vestir uniforme. Si bien la actuación de la sanidad militar durante la guerra de independencia fue más bien precaria por falta de medios e improvisación, la cirugía actuó con gran competencia. Actuación

destacable en esta época marcada por los asedios del ejército francés sobre las ciudades de Gerona y Zaragoza la de las “damas de Santa Bárbara” encargadas de asistir y llevar agua y víveres a los heridos^{16,17}.

1.7. La Sanidad Militar durante la revolución industrial

Entramos en el **siglo XIX** en plena **Revolución Industrial** donde también se produce la llamada “revolución terapéutica”. Hitos se suceden continuamente en relación a la cirugía, analgesia, hemostasia, antisepsia o enfermedades infecciosas. Nombres en mayúsculas como **Pasteur**, **Lister** o **Koch** (cólera, vacuna del español Jaime Ferrán). Wells (protóxido en 1844), **Morton** (éter en 1846) o Simson (cloroformo en 1847).

La mayor parte de estos adelantos ya son usados en la guerra de Crimea a excepción de los antisépticos que llegaron más tarde. Es también en este conflicto donde la asistencia sanitaria a heridos y enfermos da un paso gigantesco a expensas de la organización de la enfermería, obra de **Florence Nightingale** (1820-1910), enfermera de origen italiano criada en Inglaterra que, por vocación de servicio y cuidado a los demás, y oponiéndose a los designios familiares, acude a prestar sus servicios en el hospital general inglés en Turquía donde no sólo atiende sin descanso a los heridos sino que además realiza una gran labor de investigación, estadística y reforma de la sanidad militar. A su regreso a Inglaterra continuó dedicada a estas tareas y a la de formación consiguiendo la consideración de enfermería como una profesión médica con un elevado grado de conocimiento y responsabilidad. Su vida fue además expresión de sus convicciones religiosas y falleció rodeada de justos honores, respetada y querida^{18,19}.

En 1864 nace oficialmente la **Cruz Roja** tras las proposiciones de **Dunant** en un texto que se tituló “Convenio internacional para mejorar la suerte de los militares heridos en campaña”, al que prestaron adhesión 55 países entre ellos España. En España la Cruz Roja se organizó al abrigo de la Orden Humanitaria de San Juan de Jerusalem o de Malta, asistiendo a la Conferencia Internacional de octubre de 1963 convocada por

Dunant y celebrada en Ginebra, en representación, el conde de Ripalda y el médico militar español Nicasio Landa. La vida internacional de la Cruz Roja Española dio comienzo en 1870 con motivo de la guerra Franco Prusiana y su bautismo de sangre lo recibió en 1872 durante la guerra carlista en la que prestó servicios directamente en ambos bandos. En la Guerra Civil (1936-1939) se dividió en dos secciones una en zona gubernamental y otra en zona nacional y prestó en ambas ayuda sanitaria y social^{20,21}.

La organización sanitaria en la “campana de África” sigue las normas del despliegue mencionadas anteriormente en sus tres líneas de acción: primera para recoger a los heridos y realizar primeros auxilios, la segunda para consolidar curas y realizar operaciones quirúrgicas urgentes y poner a los heridos en estado de evacuación (“hospitales de sangre”) y una tercera para continuar curación y vigilar los heridos hasta su recuperación^{22,23}.

En la “Guerra de Cuba” se sigue el mismo esquema de despliegue y actuación y un elemento nuevo es introducido en la figura de los barcos de vapor habilitados como barcos-hospital para repatriación de heridos o enfermos. 362 médicos españoles fueron enviados a la campaña, de los cuales 4 murieron a consecuencia de acciones bélicas y 93 por enfermedades epidémicas²⁴.

1.8. La Sanidad Militar española en el siglo xx

1.8.1 La “Gran Guerra”, campañas de Marruecos y Cuba

Poco después de estrenar el **S.XX** sucede uno de los principales acontecimientos bélicos de todos los tiempos, **LA GRAN GUERRA o PRIMERA GUERRA MUNDIAL (1914-1918)**²⁵. En este momento los avances médicos iban de la mano del desarrollo de la farmacología que permitió la utilización de muchos medicamentos nuevos, entre otros la adrenalina o la novocaína, continúan los progresos de la “inmunización sanadora” con resultados como la acreditación definitiva de la sueroterapia antitetánica en 1914. En 1900 Landsteiner clasifica los grupos sanguíneos que hará las transfusiones

sanguíneas más seguras. La asistencia sanitaria en la “Gran Guerra”, no obstante, no resultó eficaz: el resultado fue la sobresaturación de ambulancias y secciones sanitarias que dio lugar a un colapso que Martín Rocha, en su libro “Doctrina del Servicio de Sanidad en Campaña”, calificó como “la catástrofe sanitaria más grande que registra la historia de las guerras”. De cara al futuro y a raíz del aprendizaje que supuso esta campaña se establecieron mejores sistemas de clasificación de heridos y tratamiento de los mismos según su gravedad, estableciendo una cadena de hospitales que, ya en tiempos de Roma, se había usado con buen resultado²⁶.

El panorama de la época en España resultó ser no menos convulso. Así, en el año del Desembarco de Alhucemas (1925)²⁷ ya se pudieron usar buena parte de los avances iniciados en el siglo pasado y anteriormente mencionados, por ejemplo, el “tratamiento Carrel-Dakin” consistente en desbridamiento de las heridas más limpieza meticulosa a base de lavados repetidos con la solución del mismo nombre (solución acuosa diluida de hipoclorito sódico desarrollada por el cirujano francés Alexis Carrel y el químico inglés Henry Drysdale Dakin). Relativo a la asistencia en campaña cada una de las columnas organizadas para el desembarco (occidental de Ceuta y oriental de Melilla) iban dotadas de las siguientes unidades sanitarias²⁸:

1. Ambulancia de montaña.
2. Hospital de campaña con 300 camas, camillas o colchonetas.
3. Una sección de higiene.
4. Una sección de cien camilleros.
5. Un parque de sanidad con repuestos sanitarios de todo tipo.
6. Una sección de zapadores para montar el hospital de campaña.

Se utilizaron además tres barcos-hospital: el “Villarreal”, para trescientos heridos asignado a la columna de Melilla, el “Barceló” para trescientos treinta heridos que se asignó a la columna de Ceuta y el “Andalucía” para trescientos heridos como reserva. También dos hidroaviones Dornier quedaron a disposición del mando como aviones sanitarios para posibles evacuaciones.

Era la primera vez que el ejército español organizaba un despliegue sanitario por tierra mar y aire. Aquí se pone de manifiesto una organización básica logístico-operativa que sigue vigente a día de hoy.

Con el primer escalón participante en el desembarco se traslada a tierra personal para establecer un puesto de socorro para realizar primeras curas y dirigir la evacuación de heridos a las barcasas habilitadas para trasladarlos al barco hospital correspondiente. Con el segundo escalón desembarcarían los elementos que conforman el hospital de campaña y los vehículos y elementos de evacuación de las unidades de combatientes. Con el tercer escalón desembarcó el personal y material de campaña.

Realizada la clasificación, el herido que precisaba cirugía urgente era trasladado al hospital de campaña y el resto a los barcos hospitales. El terreno era montañoso y la evacuación larga y pesada, por lo que el doctor Gómez Ulla ideó un hospital ambulante de campaña ("Hospital quirúrgico de montaña a lomo G.U.")²⁹ (Fig.1), que podía ser transportado e instalado a poca distancia de la línea de contacto, lo que permitió salvar muchas vidas. Este hospital permitía la actuación simultánea de dos equipos quirúrgicos y contaba con seis módulos de hospitalización de veinte camas, una farmacia y un grupo electrógeno.



Hospital de Montaña a Lomo, invención de Gómez Ulla.

Fig.1. Tomado de la obra "Mariano Gómez Ulla. Un hombre. Un cirujano. Un militar." De J.M, Gómez Ulla y Lea. Editorial Madrid. 1981

1.8.2. La Guerra Civil española y Segunda Guerra Mundial

LA BATALLA DEL EBRO 1937: Durante la Guerra Civil Española³⁰, como en los casos anteriores descritos, pudo aprovecharse toda la nueva farmacopea desarrollada a lo largo del siglo anterior, los avances quirúrgico-anestésicos y las medidas de asepsia y antisepsia. Destacable de entre todo ello y como novedad en esta campaña cabe mencionar la “cura oclusiva de Trueta” (Dr. José Trueta Raspall) para las fracturas abiertas infectadas, que más tarde se usó ampliamente en la Segunda Guerra Mundial, siendo conocida por el nombre de “cura española”, que consistía en colocar al paciente en mesa de tracción continua además de tratamiento quirúrgico y relleno de la cavidad con una mezcla de gasa vaselinada, algodón seco y, finalmente, escayolado hasta la curación. De esta forma se consiguió evitar un buen número de osteomielitis. Tras revisar los fallos de la sanidad militar en la Gran Guerra Europea el despliegue se configuró en tres líneas de atención: un primer escalón en primera línea para curas básicas, recogida de heridos y traslado a un segundo escalón con equipos quirúrgicos de atención inmediata (a veces en lugares improvisados como cuevas...) para posteriormente evacuar en vehículos ligeros, trenes-hospital o barcos-hospital sobre los hospitales de referencia para tratamiento definitivo³².

Otra de las grandes “lecciones aprendidas” de este conflicto fue la grandísima dificultad de transporte de material sanitario y medicamentos, por lo que al concluir la campaña se comienzan a desarrollar técnicas de prensado de gasas, algodón y otros materiales de cura o formulaciones químicas compactas de los medicamentos en cápsulas, pomadas, jarabes, y otras, que serían de vital utilidad en el segundo conflicto de enfrentamiento mundial al que se refiere este texto a continuación^{33,34}.

Otro de los grandes acontecimientos de este siglo convulso no tardaría en llegar. No suficientemente recuperados de la “Gran Guerra”, en 1939 estalla la Segunda Guerra Mundial (SGM) que hasta el año 45 continuó devastando la vieja Europa. Ya en 1929 Fleming había descubierto la penicilina. Se introducen el tiopental y el curare aumentando la seguridad del paciente en la práctica quirúrgica. Durante la SGM, con fines “bélicos”,

se impulsa el desarrollo de los corticoides, que facilitaron el tratamiento del “mal de altura” entre los pilotos militares³⁵.

El conflicto obligó a la aplicación de las “lecciones aprendidas”³⁶ de conflictos anteriores, especialmente tras la Primera Guerra Mundial en que la asistencia sanitaria obtuvo tan penosos resultados:

1. Necesidad de establecer una cadena de hospitales en profundidad.
2. La clasificación previa de las bajas según su gravedad.
3. La necesidad de realizar tratamiento quirúrgico dentro de los plazos establecidos para cada tipo de lesión.
4. Necesidad de una cadena de evacuación segura que garantice el traslado adecuado de la baja a la formación sanitaria correspondiente.

Tras la experiencia de la Segunda Guerra Mundial el ejército americano formuló una doctrina logística sanitaria que fue adoptada luego por el ejército español y sigue vigente a día de hoy. En líneas generales esta doctrina se resume en:

En la zona de División de Ejército (agrupación de varias unidades militares compuesta por una cifra de entre 10.000 mínimo y 20.000 soldados máximo) a la retaguardia de la misma, las bajas se recogen en los puestos de socorro (PS) para la realización de primeras curas; de allí son evacuadas mediante “evacuación primaria” a los puestos de clasificación (PCLA) en los que se distribuyen según urgencia y gravedad de las heridas para ser evacuados de nuevo, esta vez mediante “evacuación secundaria” al hospital que corresponda para adecuado tratamiento. El primer hospital de la cadena destinado a las extremas urgencias y Cirugía de control de daños es el Puesto Quirúrgico Avanzado (PQA) que consta de dos secciones de cincuenta camas y dos quirófanos con capacidad para veinte operaciones diarias, desdoblable y apoyado por una Unidad de Farmacia Divisionaria (UFD)³⁷.

Las primeras urgencias son evacuadas al Hospital de Campaña (HC), formación

Introducción

quirúrgica móvil como la anteriormente descrita con cuatro secciones de cien camas, dos quirófanos y cuatro equipos quirúrgicos. Lleva farmacia propia y se sitúa a unos veinticinco kilómetros de la zona de contacto, en la zona avanzada de la retaguardia del Cuerpo de Ejército (constituido por la agrupación de varias Divisiones).

Las segundas urgencias son evacuadas al hospital de evacuación (HE), de características similares al anterior, para la atención de bajas recuperables en breve periodo de tiempo y paso obligado de todas las bajas que vayan a ser repatriadas o enviadas a otros hospitales fuera del teatro de operaciones para tratamiento más prolongado.

Las terceras urgencias llegan al Hospital General (HG) que ya es una formación semifija de mil camas repartidas en secciones de doscientas para el tratamiento final de heridos y enfermos y que despliega en la zona de retaguardia de la Zona de Operaciones.

El Cuarto escalón lo constituirían Hospitales fuera del Teatro de Operaciones o bien en país de origen o en países aliados que cuenten con bases militares de suficiente entidad (es el caso de Alemania para el ejército de EE.UU por ejemplo).

1.9. Misiones de la Sanidad Militar española actual, desde la segunda mitad del siglo XX hasta hoy

Lo expuesto hasta ahora corresponde a la base del actual despliegue sanitario en una Zona de Operaciones (ZO). A partir de aquí la evolución de los años consecutivos a la “Gran Guerra” ha llevado a completar este despliegue básico con innumerables elementos de apoyo como cobertura aérea medicalizada (helicópteros y aviones de evacuación), buques hospital (buque escuela Juan Sebastián El Cano, portaaeronaves Juan Carlos I y fragatas Castilla y Galicia están dotadas con quirófanos completos y unidades de vigilancia intensiva), junto con uno de los mayores avances de nuestra sanidad que corresponde a la TELEMEDICINA que permite la comunicación de nuestro Hospital Central de la Defensa (Gómez Ulla) con cualquier base terrestre, aérea o marítima situada en el exterior de nuestras fronteras, de tal forma que siempre se puede realizar una consulta médica especializada³⁸.

La historia reciente de nuestra participación en misiones exteriores contempla dos etapas, la primera cuyo comienzo se fecha en 1960 y 1992, en que la participación es reducida con equipos sanitarios más limitados, en algunas ocasiones hasta individuales, y la segunda, que se inicia en 1992 hasta nuestros días (2017), con gran participación de nuestra sanidad en diferentes despliegues y escenarios³⁹.

1.9.1. Misiones desde 1960 a 1992

1960, AGADIR (MARRUECOS), (Fig.2)

Se realizan labores de atención y evacuación de heridos recibidos en el puesto de socorro de batallón tras el terremoto y posterior maremoto que el 28 de febrero sufre la ciudad marroquí de Agadir



Fig.2. Tomado de <http://para-viajar.com>

1966-1968, VIET NAM, (Fig. 3)



Fig.3. Tomado de <https://wikimedia.org>
Vietnam on the globe

Capitanes Médicos y nueve Enfermeros) que llegan allí en septiembre de 1966 asignados al hospital civil de Go-Cong en el delta del Mekong donde realizaron labor asistencial junto con visitas periódicas a poblados y puestos militares de control donde fueran requeridos. La primera misión duró un año y hubo dos relevos posteriores de seis meses cada uno. Uno de los puentes de la ciudad fue bautizado con el nombre de España en recuerdo y agradecimiento a la labor de aquellos militares españoles⁴⁰.

A la llamada de socorro del gobierno de Vietnam del Sur pidiendo ayuda internacional la principal respuesta es obtenida en forma de asesores agrícolas y equipos sanitarios entre los cuales se inicia una primera expedición de sanitarios militares españoles (un Comandante médico, Cuatro

1979-1980 NICARAGUA

20 de julio de 1979 a la finalización de la guerra civil tiene lugar un movimiento internacional de apoyo humanitario en el que España participa enviando un hospital de campaña dotado de personal y medios para atención hospitalaria médico-quirúrgica, Medicina Preventiva y Consultas Externas de diferentes especialidades para dar servicio sanitario a la población civil durante la postguerra. Su ubicación correspondió a la ciudad de Estelí⁴¹.

1979 GUINEA ECUATORIAL, (Fig. 4)

Campaña de vacunación lleva a cabo por sanitarios militares españoles pertenecientes al Instituto de Medicina Preventiva.

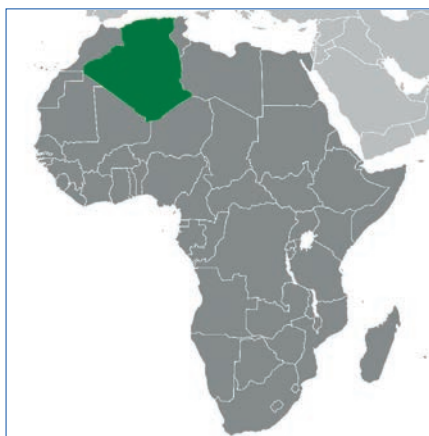


Fig.4. Tomado de <http://mapamundial.co>
Localización geográfica de Argelia

Varios terremotos sucesivos con más de 5000 fallecidos, España envía un hospital de campaña de 120 camas con su equipo sanitario para asistencia a las víctimas y labores de higienización como saneamiento de tomas de agua o lucha DDD.

1985/86, GUERRA IRÁN-IRAK, (Fig. 5)

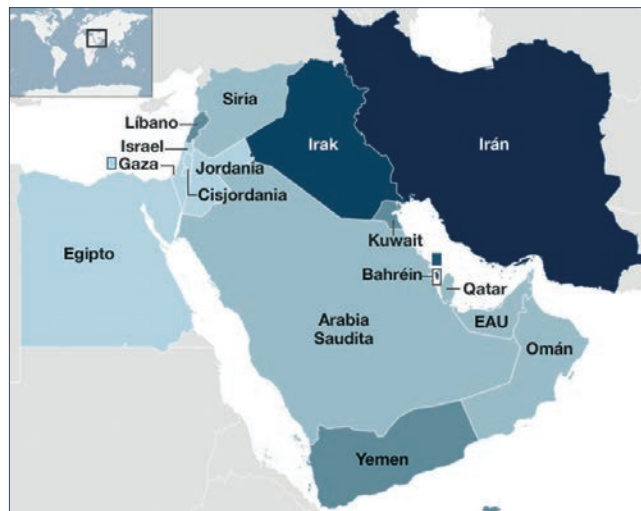


Fig. 5. Tomado de <http://icchef.bbc.co.uk>

El Coronel Médico Domínguez Carmona, especialista en Medicina Preventiva es enviado como especialista del ejército español en protección médica NBQ junto con otros tres expertos comisionados por la Secretaría General de las Naciones Unidas para estudiar la posibilidad de utilización de armas químicas, hecho que constatan mediante los correspondientes informes así como realizan un seguimiento de las víctimas que se trajeron a España para su tratamiento en el HCD Gómez Ulla.

1989 NAMIBIA

Aportación española al proceso de independencia de Namibia: 250 militares del ejército del aire cuyo contingente sanitario se empleó fundamentalmente en el apoyo a los propios efectivos, aeroevacuaciones y examen médico del personal aspirante al nuevo ejército namibio.

1990 IRAN

El 21 de junio un terremoto de 7,5 grados en la escala Richter asola el noroeste de Irán causando más de 40.000 víctimas. Dos días después un C-130 “Hércules” traslada a la zona un hospital de campaña dotado de medios y personal para atención de heridos.

1991, KURDISTÁN OP “Alfa Kilo”, (Fig. 6)



Fig. 6. Tomada de <http://www.monografias.com>

Al finalizar la primera guerra del Golfo Pérsico, la minoría Iraquí kurda junto con la chíf intentan un movimiento independentista frente al gobierno central Iraquí que es rápidamente reprimido por una reacción tan inmediata como brutal por parte de Sadam Husein ejerciendo bombardeos masivos y empleo de armas químicas contra la población civil. Ello trae consigo una avalancha de refugiados kurdos en la frontera montañosa del norte del país donde los rigores del invierno causaron una catástrofe humana, ante la cual

la comunidad internacional decide intervenir. El gobierno español participa con amplio número de efectivos terrestres, diversos medios aéreos y buques de transporte de tropas y de ayuda humanitaria. Se traslada con todo el contingente español un EMAT (Escalón Médico Avanzado del ejército de Tierra: unidades rápidas, flexibles, aerotransportables y autónomas que apoyan a los efectivos militares y civiles en un conflicto y también se usan en atención de catástrofes naturales) que en tan sólo 40 días atiende a 8000 civiles kurdos.

1.9.2. Misiones desde 1992-2017

ANTIGUA YUGOSLAVIA, (Fig. 7,8)

UNPROFOR-IFOR-SFOR



Figs. 7,8. Tomadas de <http://www.media.istockphoto.com>

Se desplegó un EMAT desde el inicio de la misión en Dracevo para asistencia al contingente y población civil, éste posteriormente en 1998 se traslada a Mostar Aeropuerto, área de concentración del 80% de los efectivos españoles, donde permanecería hasta febrero de 2002 en que se ordena su desactivación. Diez años permaneció en la antigua yugoslavia el Escalón Médico Avanzado constituido por un hospital de campaña + varias células de estabilización (vehículos militares habilitados como UVIs móviles) a lo largo de toda la geografía del país⁴².

1997, ALBANIA OP “AMANECER”, (Fig.9)

Envío de un EMAT con dos equipos de estabilización para atención sanitaria al contingente desplegado en Albania destinado a la protección de la distribución de ayuda humanitaria y posterior supervisión del proceso electoral



Fig. 9. Tomada de <http://www.mapamundial.co>

1998-99, CENTROAMÉRICA OP “Alfa-Charlie”, (Fig. 10)



Fig. 10. Tomada de <http://www.elsv.info>

La participación de la Sanidad Militar consiste en tres equipos sanitarios embarcados reforzados por los buques anfibios “Galicia”, “Pizarro” y “Hernán Cortés” que prestaron ayuda médica a más de 5.000 afectados por el huracán “MITCH”.

1999, KOSOVO “Alfa Romeo”-KFOR, (Fig. 11)

Fig. 11. Tomada de <http://www.mapamundial.co>
Localización geográfica de Kosovo

Previamente a la firma del plan de paz España construye y gestiona un campamento para refugiados albanos-kosovares en el que se atiende y proporciona higiene, agua alimentos y asistencia sanitaria durante casi dos meses a más de 2.000 ciudadanos, posteriormente a la firma del plan de paz la gestión del campamento es transferida a Cruz Roja y Cáritas. La Unidad de Apoyo Sanitario se componía de 86 personas que desplegaron un hospital de campaña de 50 camas con servicios de pediatría, cirugía, traumatología y ginecología.

En junio de ese mismo año despliega una Fuerza Multinacional de Seguridad en Kosovo (KFOR). La Sanidad Militar española contribuye con un EMAT, varios puestos de socorro, PS (cada uno para una unidad militar desplegada) y varias células de estabilización en las diferentes zonas de influencia española en el país. Como en ocasiones anteriores tanto en el hospital del EMAT como en los PS se atiende a numerosa población civil que acude en busca de asistencia sanitaria⁴³.

1999 TURQUÍA-2000 MOZAMBIQUE-2000 TURQUÍA

Junto con diversas aeronaves transportadoras, helicópteros de evacuación y algunas unidades del ejército de tierra especialmente de ingenieros zapadores, en estas tres ocasiones el Hospital de Campaña (EMAT) se desplaza a estos países para la atención a las víctimas de los terremotos e inundaciones.

2002, AFGANISTÁN, (Fig.12)**OP “LIBERTAD DURADERA”-ISAF-RESOLUTE SUPPORT 2015**

Fig. 12. Tomada de <http://www.mapamundial.co>

El Gobierno español decide en noviembre de 2001 la participación militar en la operación “L.D.” en Afganistán para la lucha internacional contra el terrorismo (Fig. 12). Se traslada un Hospital de Campaña (ROLE II: equipo quirúrgico básico con intensivista, anestesista, cirujano general y traumatólogo al que se suman células de estabilización y evacuación en ocasiones por vía aérea (helicóptero), o terrestre (vehículo blindado ambulancia). Esta formación corresponde a la nomenclatura actual del Hospital de Campaña y su composición básica. Cuenta además con laboratorio de análisis clínicos, gabinete odontológico, sala de Rayos X, instalaciones de esterilización, U.C.I., sala de hospitalización de infecciosos, de agudos, sala de TRIAGE y estabilización de críticos y recepción), (Figs. 13-18). El Hospital ha permanecido a lo largo de las tres misiones en las que España ha participado en el país, replegándose junto con la fuerza en noviembre de 2015.



Figs. 13, 14. Tomadas durante la misión “Resolute Support”, realizada en 2015. Se muestra el box de recepción de bajas de combate y un simulacro-entrenamiento de atención a herido politraumatizado en el ROLE II



Figs. 15,16 Fotografías de la misma misión que muestran la sala-almacén de material quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital ROLE II



Fig. 17. Tomada por la autora, muestra uno de los quirófanos del ROLE II citado.



Fig. 18. Se muestra la intervención de una niña Afgana en el ROLE II.

IRAK, 2003-2004 OP “IRAKI FREEDOM”, (Fig. 19)

Fig. 19. Tomado de: <https://es.wikipedia.org/Irak>

La principal misión inicial de los efectivos desplegados en Irak era el restablecimiento de la seguridad y prestación de ayuda humanitaria. El primer contingente corresponde a tropas de infantería de marina transportadas el 20 de marzo al puerto de Unm Qasr a bordo de los buques de la armada “Marqués de la Ensenada”, la fragata “Reina Sofía” y “Galicia”, éste último dotado de quirófano y unidad de vigilancia intensiva que sirvieron para atención a la población Iraquí durante e inmediatamente después de la guerra⁴⁴.

Posteriormente se envían 1300 militares más encuadrados en la Brigada Multinacional Plus Ultra cuya misión fue el mantenimiento de la seguridad, la ayuda humanitaria y la reconstrucción del país. Junto con ellos se desplaza un hospital de campaña EMAT acompañado de dos equipos de evacuación-estabilización terrestres.

Con este grupo viajan los dos equipos GSTs encargados de la reconstrucción, integrados cada uno de ellos por 7 expertos en diferentes áreas además de personal auxiliar, destinados cada uno de ellos a una de las dos provincias Iraquíes donde España desarrollaría su misión: Ad-Qadisiya y Ad-Najaf. En la labor desarrollada en Qadisiya en el área de sanidad y salud pública y el hecho de que ha sido la **única** vez que la **Sanidad Militar Española** participa como “actor principal” del nuevo concepto del conflicto bélico, se fundamenta esta tesis doctoral (Fig. 20 a 24).



Figs. 20,21. Imágenes tomadas durante la misión "Iraqi Freedom". Corresponden al primer traslado de niños Iraquíes con enfermedades graves a España para optimización de su tratamiento. Proyecto de colaboración conjunta con "Mensajeros de la Paz".



Fig. 22. Construcción de un centro de salud.



Fig. 23. Suministro de O₂. Fig. 24. Vigilancia correcta distribución de medicinas.

2004 INDONESIA TSUNAMI OP. “RESPUESTA SOLIDARIA”

Seiscientos efectivos, cinco aviones de transporte, tres helicópteros y el buque anfibio “Galicia” dotado de tres equipos médicos destinados al reparto de ayuda humanitaria, atención de víctimas y reconstrucción de estructuras destruidas en la catástrofe.

2005 INDONESIA (SUMATRA)-PAKISTÁN OP. “RESPUESTA SOLIDARIA II”

En ambos siniestros acaecidos este año España aporta efectivos de su Sanidad Militar para atención de las víctimas del maremoto en el primer caso y el terremoto en el segundo. El buque “Galicia” con su dotación hospitalaria antes mencionada atiende en esta ocasión en la isla de Sumatra a más de 3500 heridos y en Pakistán se despliega un hospital de campaña terrestre ROLE II.

2010 HAITÍ TERREMOTO

Intervención similar a catástrofes anteriores por tierra mar y aire. En esta ocasión el buque anfibio-hospital es el “Castilla” y a la asistencia se unen los efectivos de la Unidad Militar de Emergencias especialmente creada para intervenciones de este tipo.

Los militares españoles desarrollaron su labor en Petit Goave, a 70 kilómetros de la capital Puerto Príncipe, una de las ciudades más afectadas por el terremoto. La unidad sanitaria atendió a más de 8.000 personas, asistieron dieciséis partos y se aplicaron 21.000 vacunas.

Los zapadores, por su parte, retiraron 8.600 metros cúbicos de materiales de deshecho, removieron 15.000 metros cúbicos de tierra, rehabilitaron infraestructuras que permitieron la apertura de la maternidad del hospital y siete colegios y repararon la central eléctrica que suministraba energía a tres municipios.

Los militares españoles también instalaron un campo de desplazados con capacidad para 150 familias, potabilizaron 600.000 litros de agua, repartieron 400.000 y repararon cuatro pozos.

OPERACIONES ACTUALES EN CURSO ÁFRICA (Fig.25)

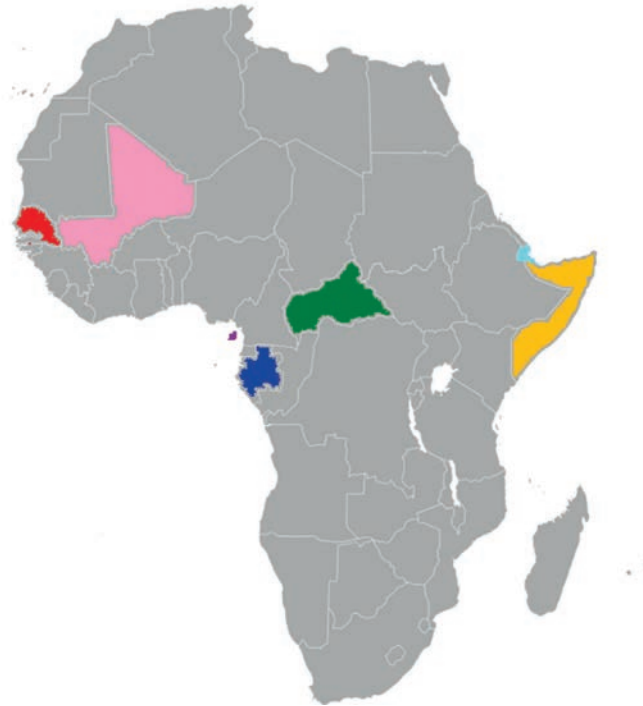


Fig. 25: Países africanos donde actualmente el ejército español está desarrollando misiones

REPÚBLICA CENTROAFRICANA: Formación y reforma de las FF.AA. del país

GOLFO DE GUINEA: Proporcionar seguridad en la región.

EUTM-SOMALIA: Adiestramiento de fuerzas somalíes para combatir terrorismo y piratería.

EUTM-MALI: Apoyo y adiestramiento del ejército del país.

SENEGAL: Apoyo a Mali en su lucha contra la insurgencia yihadista. Adiestramiento de su ejército.

EUCAP NÉSTOR (DYIBUTI. Cuerno de África): Equipo cívico-militar para consolidación de las capacidades marítimas de los países de la región y preparar el marco legal que permita combatir las actividades ilícitas en el mar.

GABÓN: Transporte aéreo a Op. internacionales en Rep.Centroafricana.

OPERACIONES ACTUALES EN CURSO ASIA, (Fig. 26)



Fig. 26. Esquema sobre base tomada de: <http://www.mapaasia.com>

IRAK: Adiestramiento del ejército Iraquí en la lucha contra EI.

TURQUÍA: Batería de artillería antiaérea (Patriot) de protección frente a posible ataque con misiles desde Siria.

LÍBANO (FINUL): Cascos azules desplegados al sur del Líbano para evitar enfrentamientos entre Hezbolá e Israel.

OPERACIONES ACTUALES AIRE Y ARMADA, (Fig. 27)

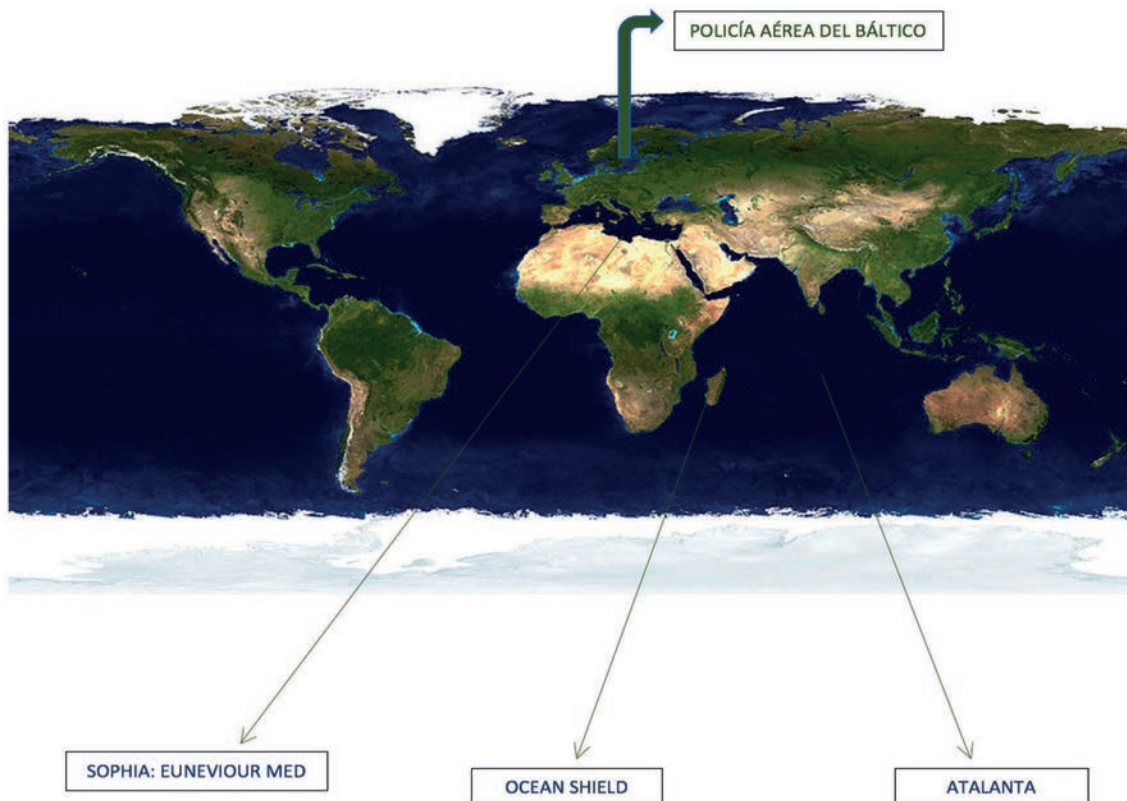


Fig. 27. Esquema realizado sobre base tomada de <https://static.todamateria.com.br>

POLICÍA AÉREA DEL BÁLTICO: Vigilancia y control del espacio aéreo.

EUNEVIOR MED: Operación en el mediterráneo central meridional para lucha contra redes de tráfico de seres humanos y prevención de flujos de inmigración irregular.

OCEAN SHIELD: Lucha contra piratería en Golfo de Adén y Océano Índico occidental.

OPERACIÓN ATALANTA: Lucha contra la piratería y terrorismo en el Océano Índico oriental (España aporta periódicamente un buque-hospital dotado con área y equipo quirúrgico y Unidad de Vigilancia Intensiva además del puesto de atención primaria y la hospitalización convencional).

En definitiva este apartado pretende recoger las principales misiones llevadas a cabo por la Sanidad Militar a lo largo de la historia como demostración de que el grueso fundamental lo constituye la medicina asistencial, tanto de asistencia a los combatientes como a la población civil en los diferentes conflictos, y ayuda humanitaria en diversas catástrofes.

Es pues históricamente la misión que refiere esta tesis doctoral, la primera vez que nuestra Sanidad Militar participa en una misión no asistencial y de gran utilidad en el contexto del nuevo concepto del conflicto bélico incluido en el nuevo orden mundial que da título a este apartado del trabajo⁴⁵.

2. Nuevo concepto del conflicto bélico: La reconstrucción como parte de la intervención militar. Escenario: Misión “ Iraky Freedom”. Nuevos cometidos para la sanidad militar

Según los antecedentes anteriormente expuestos nos encontramos a nuestra llegada ante un país de grandes dimensiones, ampliamente poblado, con una situación geográfica estratégica en el entorno de Oriente Medio cuya situación en el momento de la intervención está condicionada por dos grandes aspectos: uno el religioso, con una mayoría musulmana islamista perteneciente a la rama sunní (pre-intervención en la era Sadam) y, segundo, en una situación de sometimiento a un régimen dictatorial impuesto tras el golpe de estado que subió al poder al partido Baaz, y cuyo máximo representante corresponde a la figura de Sadam Hussein.

El sistema de gobierno vertebró el poder absoluto hacia una sola persona y por tanto la toma de decisiones está centralizada en Bagdad (capital y residencia habitual del jefe de Gobierno). Los gobiernos provinciales carecen de forma absoluta de autonomía para la toma de decisiones.

El papel de la religión es asimismo de un elevadísimo peso específico en las grandes tomas de decisión por parte del Gobierno Central. El control de la economía, salud, infraestructuras, justicia y todos los estamentos de gobierno es ejercido tanto a nivel provincial como estatal por el Gobierno Central de forma unidireccional, y el margen de permisividad sobre las manifestaciones verbales o acciones fuera de las directrices de Bagdad es nulo o penado con tortura, encarcelamiento de por vida o la pena de muerte (generalmente llevada a cabo en ejecución pública a modo de “castigo ejemplarizante”).

El pueblo Iraquí ha vivido durante 35 años esta situación y su principal característica

común definitoria a nuestra llegada, teniendo en cuenta su doble dependencia religiosa y gubernamental, era la **incapacidad** para la toma de decisiones o iniciativa para llevar a cabo cualquier proyecto de cierta envergadura, además de la incertidumbre que genera una codirección provisional del gobierno de su país por parte de la coalición militar.

La coalición no era vista en líneas generales y por la mayoría del pueblo Iraquí, como invasora sino como liberadora de un pueblo “violado” sistemáticamente en sus libertades y derechos fundamentales por 35 años de férreo e implacable régimen dictatorial. La minoría poblacional favorable al régimen que permanece en el país pasa a formar parte de una resistencia, insurgencia (“oculta”)⁴⁶ que materializa su disconformidad con la nueva situación en forma de actos terroristas contra miembros de la coalición y contra los compatriotas que muestran su aceptación o colaboran con la misma.

En este contexto situacional iniciamos nuestra misión por tierra con entrada en el país el 18 de agosto de 2003, un tiempo tras la intervención militar durante la cual el Gobierno Español y, más concretamente, las Fuerzas Armadas realizaron labores de asistencia sanitaria en el buque hospital “Galicia” atracado en el puerto de Unm Qasr durante toda la duración del conflicto bélico.

Es necesario antes de pasar a detallar nuestra misión de una forma más exhaustiva, contextualizar qué cambios se están produciendo a nivel mundial y cómo están afectando éstos al desarrollo de los conflictos bélicos y las intervenciones militares, todo ello claramente impulsado por los acontecimientos del 11 de septiembre del 2001 en que se produjo la caída de las torres gemelas.

Se puede decir que tras el fin de la guerra fría han surgido a nivel mundial una serie de problemas y cambios a los que las respuestas clásicas no están aportando soluciones. Entre los principales cambios es necesario mencionar la existencia de ciertos estados denominados “**estados frágiles o fallidos**”^{47,48}, que perviven en un clima de inestabilidad e ineficacia gubernamental que los convierte en lugares de cobijo de redes internacionales de terrorismo y enfrentamiento con el poder establecido. Operan mediante métodos

de actuación a los que los Estados-Nación clásicos no encuentran fácil solución. Tanto Irak como Afganistán pueden ser incluidos dentro de esta definición. La autopercepción es importante en tanto en cuanto grupos sociales no estatales, además de ver los problemas, los perciben como propios de un grupo con el que se identifican. Así grupos como Al-Qaeda o DÁESH generan conciencia común sobre problemas tan distintos como la represión israelí sobre los palestinos, la prohibición del velo en las escuelas francesas o la opresión sobre los refugiados saharauis. La globalización, con su gran capacidad para conferir poder a grupos transnacionales, ha contribuido en gran medida a este debilitamiento de los estados y los más débiles son incapaces por sí mismos de enfrentarse a estos grupos.

Dos son los elementos clave en esta nueva configuración social, **SEGURIDAD y DESARROLLO**, y conseguir ambas obliga a nuevas políticas y dinámicas de intervención⁴⁹. Sin adecuada seguridad (especialmente comprometida en estos estados frágiles) no se puede avanzar en el desarrollo, lo que impide la estabilidad de un Estado. En este contexto es fácil que podamos comenzar a intuir que la **cooperación cívico-militar** vaya a convertirse en algo fundamental en el futuro. Ante esta situación, por tanto, la OTAN ha asumido un nuevo papel en el desarrollo y la **reconstrucción** de países postconflicto como uno de sus principales objetivos. La participación activa de los ejércitos en ello supone un gran cambio respecto al pasado, donde esta tarea era exclusiva de organizaciones humanitarias⁵⁰.

El multilateralismo se esboza como una característica de la actual sociedad internacional y, en este sentido, cualquier país, España incluida, comparte las amenazas derivadas de estos espacios debilitados institucionalmente, donde terrorismo, narcotráfico, continuos conflictos internos, utilización de redes sociales, opresión despiadada sobre los ciudadanos y todo tipo de abusos, son el caldo de cultivo de organizaciones terroristas cada vez más peligrosas, mejor organizadas y con gran capacidad de actuación a nivel mundial. Es por lo que España, como el resto de países, tienen la obligación de implicarse en las operaciones sobre estos lugares cuya inestabilidad puede ser foco de futuros problemas para nuestra sociedad⁵¹.

Podemos decir por lo tanto que la estabilidad de los estados frágiles es **vital** para la seguridad internacional. El concepto de seguridad en relaciones internacionales desaparece como tal para poder constituirse una nueva sociedad de carácter multipolar, sustituyendo al mundo bipolar. Al finalizar de la II Guerra Mundial, tras un periodo de tiempo, se establece el que hoy es llamado nuevo orden mundial, producto de la globalización, basado en conceptos como la estrategia de la “respuesta flexible” de Maxwell Taylor o la teoría de la “contención” de Kennan o la “coexistencia pacífica” de Breznev. La consecución de la guerra fría es una sociedad internacional caracterizada por la **multipolaridad asimétrica**⁵².

De la misma forma puede hablarse de “**conflictos asimétricos**” o “**guerra asimétrica**” que suponen llevar la guerra o el enfrentamiento a cualquier lugar del planeta, siendo fiel reflejo de que la violencia se ha convertido en global e indefinida. La globalización ha afectado a los límites geográficos de la guerra, extendiendo el “frente” a cualquier punto del globo⁵³. Se recupera una nueva geopolítica y se vuelve a hablar del “gran juego” de Kipling, que ya esbozaba como rasgo principal el enfrentamiento entre los grandes poderes de Rusia, India, Estados Unidos, Unión Europea, China y Japón, en torno al dominio del triángulo euroasiático, el Noreste de Asia e Iberoamérica y la competitividad en la obtención de recursos mundiales. Existe una interesante publicación al respecto de las complejas teorías sobre este “gran juego” como es la de Brzezinski Zbigniew⁵⁴ “... *Quien gobierne Europa Central dominará el **heartland**; quien gobierne el heartland dominará la isla mundial; quien gobierne la isla mundial gobernará el mundo ...*”, entendiéndose por heartland o zona central, el centro-oriental como trampolín vital para la obtención del dominio continental. “Pivotes geopolíticos” son los Estados cuya importancia se deriva de su situación geográfica, no de su poder ni de sus motivaciones. Irak es uno de estos pivotes geopolíticos euroasiáticos claves de la postguerra fría y, por tanto, un elemento importantísimo (como también lo es Afganistán) para la estrategia geopolítica mundial en el momento actual.

Desde el punto de vista estratégico se requiere una modificación sobre el Estado clásico o tradicional⁵⁵:

- Frente a una diplomacia diseñada para la interlocución con otros diplomáticos, se demanda el diálogo con todo tipo de élites formales e informales.
- De unos ejércitos centrados en la defensa de posiciones o lucha simétrica, es preciso una transformación hacia el enfrentamiento con un enemigo más difuso que sólo puede ser localizado y vencido mediante un intenso trabajo de inteligencia, más parecido al policial que al militar.
- Un componente civil que influya de manera positiva en la mejora de la seguridad ya que los progresos en las condiciones de vida de la población local redundarán en la reducción de su vulnerabilidad, disminuyendo la pobreza de la comunidad y, por tanto, el “caldo de cultivo” del que se nutre la insurgencia.

Para autores como Noam Chomsky entrarían dentro de la definición de estados fallidos aquéllos que *“se consideran potencialmente amenazas para nuestra seguridad o necesitados de nuestra intervención para rescatar a la población de graves amenazas internas”*⁵². Irak estaría representado dentro de este conjunto de estados caracterizados por la imposibilidad de proporcionar a sus ciudadanos los servicios básicos sociales y de representatividad, una situación heredada de su historia y con una compleja solución a corto o medio plazo.

En todo este contexto y por todo lo mencionado hasta aquí, Irak se esboza como uno de los países especialmente señalados como amenaza para la seguridad internacional, y se decide la intervención militar para derrocar el régimen de Sadam Hussein. Una vez derrocado el régimen y establecido el nuevo Gobierno provisional, se establecen una serie de contactos y compromisos para tratar la **reconstrucción** física y política del país, en las cuales tienen participación activa las Fuerzas Armadas españolas y, en particular, la Sanidad Militar, cuya labor en conflicto armado hasta este momento había sido casi exclusivamente asistencial

Además de la dificultad en la toma de decisiones que no fuesen coincidentes con el Gobierno Central, se añaden otras, como sus luchas particulares dada la estructura tribal, las diferencias étnicas y religiosas coexistentes en el país, que no contribuyen a facilitar la reconstrucción posterior llevada a cabo conjuntamente por la coalición internacional y el pueblo Iraquí, hasta el punto de que la intervención no pueda considerarse haber sido de gran ayuda para la estabilidad del territorio⁵⁶.

Centrándonos pues en la aplicación de estos nuevos conceptos podemos afirmar que la participación de nuestro país en el conflicto de Irak ha venido definida en su esencia, por perseguir el objetivo global de la Seguridad Internacional a expensas de la reconstrucción de un estado fallido, tratando de contribuir a alcanzar su estabilidad.

A través de la presencia internacional y con un estudio de prioridades, los esfuerzos se dirigen a potenciar el desarrollo económico y social, la cobertura de necesidades básicas, la liberación de la nación y, en definitiva, a alcanzar seguridad, con la colaboración del Gobierno Central de Bagdad, las diferentes agencias internacionales y las fuerzas de la coalición, y conseguir así el fortalecimiento de la sociedad civil e identificar zonas donde centrar los esfuerzos de cooperación al desarrollo^{57,58}.

En este sentido, y desgranando de forma más precisa el desarrollo de nuestra misión, es necesario realizar una diferenciación inicial entre dos conceptos que pueden ser similares: **rehabilitación**, que requiere un regreso a la fase anterior al conflicto y la conservación de estructuras que puedan seguir siendo útiles, y **reconstrucción**, que supone la creación de nuevas infraestructuras, tanto de tipo físico como político o social, y que se corresponde más acertadamente con la misión de la coalición internacional en territorio Iraquí. Ambas son llevadas a cabo de forma simultánea tratando de conseguir la redefinición de las relaciones entre la autoridad y los diferentes grupos étnicos y sociales, la creación de una nueva sociedad civil, el desarrollo de una “cura psicosocial” y la reconciliación política a nivel nacional⁵⁹.

Lo primero es realizar una estimación de los daños producidos por la intervención, las necesidades existentes estableciendo su prioridad, los recursos disponibles y el coste

aproximado de la rehabilitación para estudiar a continuación diferentes proyectos a llevar a cabo. El planeamiento de la rehabilitación fue realizado conjuntamente con el Gobierno Iraquí, aprobándose de inicio una serie de planes y proyectos rápidos y flexibles (**QIP**: Quick Impact Projects) que constituyen la misión exacta que llevó a cabo nuestro equipo G.S.T. y que se desarrollan ampliamente en este trabajo, concretamente los relativos a salud pública⁶⁰.

Desde el punto de vista militar, todos los conceptos anteriormente detallados relativos al nuevo orden mundial y posteriormente materializados como rehabilitación/reconstrucción en los conflictos bélicos, obligan a una transición necesaria del concepto previo de Fuerzas Armadas pensadas y organizadas para la defensa del territorio nacional, hacia otras organizadas para la proyección exterior y a distancia a través de la participación en operaciones internacionales^{61,62}.

Ante la nueva situación internacional se crean las denominadas Operaciones de Paz de origen en la ONU. Estas operaciones van desde PEACEKEEPING: mantenimiento de la paz, pasando por INTERPOSITION: imposición de la paz, hasta NATIONBUILDING: operaciones de estabilización y garantía de entornos de seguridad que permitan la reconstrucción tras los conflictos^{63,64,65}.

Estas últimas son por tanto las que OTAN define como operaciones de cooperación cívico-militar o la parte de implicación de las Fuerzas Armadas en la nueva tipología de los conflictos. Todo el conjunto de actividades encaminadas a la cooperación y coordinación de los diferentes elementos que constituyen este escenario es conocido con el nombre de cooperación cívico-militar (CIMIC) cuya definición original OTAN es: “recursos y acuerdos en que se apoya la relación entre las Fuerzas Armadas y las autoridades civiles locales, militares y población civil en el área donde se encuentra la Fuerza o planea ser empleada”⁶⁶. Los acuerdos incluyen la cooperación con las autoridades y organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales⁶⁷.

Los objetivos básicos de CIMIC pueden resumirse en⁶⁸:

1. Apoyar la realización de los aspectos militares de los acuerdos de paz.

2. Promover la cooperación con la población civil y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
3. Mejorar las capacidades de los organismos civiles.
4. Crear un esfuerzo cívico-militar unificado y paralelo en apoyo de la ejecución de los acuerdos de paz.

Entre los cometidos de estos equipos en conflictos como Irak o Afganistán encontramos funciones que hasta el momento nunca fueron desarrolladas por las Fuerzas Armadas en conflictos anteriores^{69,70}.

- Relación cívico-militar: estableciéndose ésta con las organizaciones humanitarias y autoridades civiles de la zona.
- Ayuda humanitaria: la principal tarea en este punto es crear las condiciones necesarias para que las organizaciones humanitarias puedan proporcionar la ayuda prevista.
- Control de población: incluye evacuación de personal, reunificación de familias, restricción de movimientos, prevención de la violación de derechos humanos...
- Control de recursos: dirigido a satisfacer las necesidades de la población, sobre todo en el caso de misiones de ayuda humanitaria. También incluye el estudio de los recursos de la zona que puedan ser utilizados por la Fuerza para su sostenimiento en zona de operaciones.
- Defensa civil: implica el apoyo en situaciones de emergencia, bien realizado de forma directa a la población, bien planificado previamente con las autoridades civiles.

La experiencia más desarrollada y compleja que se ha llevado a cabo en este sentido y que por tanto merece mención en este trabajo es la de los equipos PRT (Provincial Reconstruction Teams) de Afganistán, Equipos de Reconstrucción Provincial promovidos por los americanos en el marco de la operación Libertad Duradera (Enduring Freedom) de

carácter básicamente antiterrorista y traspasado posteriormente al marco de la operación ISAF (International Security Assistance Force) bajo dirección OTAN, básicamente de carácter estabilizador y proveedor de seguridad a través de la reconstrucción⁷¹.

Cada país que dirige un PRT ha desarrollado su propio concepto de organización y gestión de la relación cívico-militar ya que una de las particularidades que caracteriza a estos equipos es que están constituidos por ambos al 50%. Los equipos integran diferentes elementos civiles como : funcionarios de las agencias gubernamentales (AECID en España es la más representativa), trabajadores de empresas concesionarias de obras y servicios externalizados, miembros de distintas ONGs entre los principales, así como militares fundamentalmente pertenecientes a los equipos CIMIC anteriormente mencionados y equipos "facilitadores" de la labor de todos los anteriores a los cuales proporcionan principalmente seguridad física, constituidos por tropas de asalto en misión de protección.

En marzo de 2004 el Gobierno de Dinamarca lanza una iniciativa nacional para conseguir unificar a todos los "actores" daneses que operan en área de crisis para que trabajen de manera coordinada, con el objetivo común de estabilizar y normalizar las condiciones de vida de las zonas afectadas. Como resultado de esta iniciativa, basada en las experiencias de Afganistán, los Balcanes, Eritrea e Irak, el planeamiento y preparación de las operaciones internacionales de paz en las que haya desplegadas fuerzas danesas tienen que asegurar la concentración de los esfuerzos civiles daneses en la zona bajo la responsabilidad de sus tropas. Este corresponde a un modelo "ideal" para llevar a cabo los objetivos de un PRT. Los modelos de PRT poseen una cierta flexibilidad para la reconstrucción postconflicto y se amoldan a las necesidades del momento, condicionados siempre por los niveles de seguridad (en función de ello también puede variar el porcentaje civil y militar de su composición), pudiéndose desmarcar hacia planteamientos más civiles o más militares según proceda⁷².

Tres son los principios básicos para una adecuada coordinación entre militares y organizaciones humanitarias⁷³:

1. INTERDEPENDENCIA: el "éxito" de cada componente depende del éxito de los otros.

2. **DUPLICACIÓN:** la ausencia de coordinación supone duplicación de tareas y conduce a la ineficiencia e ineficacia.
3. **ESFUERZOS COMBINADOS:** efecto “palanca”, multiplicación de la efectividad del equipo y consecución de objetivos.

Las principales actividades deben ser compartir información, planeamiento conjunto y evaluación, negociación, coordinación, apoyo mutuo, cooperación y construcción de la confianza. A día de hoy no existe una doctrina escrita sobre la citada cooperación en nuestro territorio nacional y sí algunas “voces” en contra tanto en España como a nivel internacional como se pondrá de manifiesto en las conclusiones de este trabajo⁷⁴.

Los dos componentes -civil y militar- son desde nuestro punto de vista absolutamente necesarios para el éxito de las operaciones y para promover la seguridad del componente humano así como asegurar la recuperación del país donde se interviene y el bienestar de su población.

Los PRT de Afganistán son **herederos** de los **GSTs** o Equipos de Apoyo al Gobierno que, desplegados en las diferentes provincias del país tras la II Guerra de Irak (denominada también 3ª Guerra del Golfo según se explica anteriormente en el apartado antecedentes históricos del conflicto). Se formaron para garantizar la seguridad y permitir la gobernabilidad y la reconstrucción. Estos equipos nacen para lograr el apoyo de la población civil a la acción militar a través de programas de desarrollo local, de realización rápida y alto impacto: QIP ya mencionados anteriormente, son “proyectos pequeños, simples y de ejecución rápida, orientados a mejorar las infraestructuras y servicios básicos de las zonas de actuación”. Cabe mencionar que esta fórmula tiene su antecedente histórico en la Guerra de Vietnam donde se aplicó bajo la denominación de protocolo HAMLET, y que los **QIP** ya empezaron a ser utilizados por ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados) a principios de los 90 para facilitar la reintegración de los refugiados y desplazados internos cuando regresan a sus zonas de origen. Estos proyectos por lo general se ciñen a infraestructuras básicas como reparación de escuelas, pozos, puentes o centros de salud. En algunas ocasiones se llevan a cabo también proyectos de capacitación de empleo o cursos de formación.

Es necesario resaltar que la ineficacia y falta de gobierno, junto con los índices de corrupción institucional y los niveles de pobreza hacen que los sistemas de cooperación tradicionales no sean aplicables, siendo necesario abordar primero un plan de emergencia para sentar las bases de ejecución de proyectos a más largo plazo, y es por ello que la **gran visibilidad** de los proyectos de impacto rápido proporciona un espacio temporal que permite a las **agencias de desarrollo** posteriormente ejecutar **grandes proyectos** de larga duración en un entorno **seguro**⁷⁵.

En un primer momento el principal objetivo fijado para estos equipos GST era el reparto de ayuda humanitaria en las áreas provinciales y la ejecución de los QIP, pero con una particularidad añadida que el trabajo debía ser desarrollado conjuntamente con la autoridad Iraquí y con una doble dependencia, por un lado civil, de la autoridad provisional (CPA) y por otro lado la dependencia natural de la autoridad militar. Esto hizo que el papel inicial fuese llevado a cabo mayoritariamente por los equipos CIMIC de nuestro ejército que sólo tenían dependencia de la autoridad militar, y nuestras funciones fuesen la realización de proyectos QIP de mayor envergadura, coordinación de proyectos de ayuda humanitaria en el seno de un escenario internacional más amplio junto con nuestra colaboración directa y trabajo conjunto con las autoridades provinciales gubernamentales para asesoramiento y apoyo en labores de gobierno y toma de decisiones⁷⁶. Todo ello constituye un elemento clave para el objeto de estudio de este trabajo académico.

Los equipos **GST** (con diferentes modelos de configuración según los países de origen) comparten el objetivo de extender a las provincias bajo su “control” la autoridad del Gobierno Central Iraquí y de facilitar las labores de desarrollo y reconstrucción en aras de mejorar la seguridad global de sus ciudadanos como forma indirecta de mejorar la seguridad mundial. Deben ser brazos extensibles del Gobierno Central que acerquen las instituciones a las provincias. Así mismo, entre sus funciones destacan las de fortalecer tanto al Estado como a la sociedad civil. Son instrumentos para que el Gobierno llegue a la población y alcance una mayor legitimidad. Podría afirmarse que un GST es un asesor directo de los representantes provinciales del Estado Iraquí proporcionado por la comunidad internacional⁷⁷.

PRINCIPALES OBJETIVOS GENERALES^{78,79}:

- Apoyo al gobierno Iraquí para creación de un entorno más estable y seguro.
- Apoyo al Gobierno Central para ejercer su autoridad en la totalidad del territorio.
- Apoyo a las iniciativas de adiestramiento de ejército y fuerzas de seguridad (vigente a día de hoy).
- Facilitar los esfuerzos de la reconstrucción y reforzar las prioridades del desarrollo nacional.
- Contribuir, como un actor principal, a la reconstrucción de las infraestructuras básicas de las provincias, así como hacer partícipe a la población y al Gobierno Central de todo ello.
- Facilitar la consecución de la unidad de esfuerzos con los actores civiles.
- Demostrar el compromiso de la comunidad internacional en el futuro de Irak.

PRINCIPALES OBJETIVOS SANITARIOS:

- Reducir los indicadores de mortalidad, especialmente los de las madres y los bebés (aumentar el número de partos asistidos, vacunar a la población de riesgo)
- Mejorar las condiciones sanitarias de la provincia de Qadisiya.
- Educar en los principios de sanidad básicos.
- Mejorar el traslado de pacientes entre los centros sanitarios.
- Mejorar el reparto de medicamentos.
- Aumentar el número de camas por habitante.

BENEFICIARIOS DIRECTOS:

- Todos los habitantes de la provincia de Qadisiya.
- Mujeres y población infantil.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS:

- Gobierno de la provincia de Qadisiya.
- La población de las provincias colindantes que no cuente con sistemas sanitarios básicos.

Todo lo anteriormente expuesto centra nuestro trabajo en Irak como GSTs. o equipos de apoyo al Gobierno provincial (concretamente en la provincia de Qadisiya) cuya misión global era conseguir la **estabilización** del país, recién derrocado el régimen de Sadam Hussein, a través de la realización de proyectos de rápido y al mismo tiempo gran impacto (**QIP**) que generasen un clima de **seguridad** para futuros proyectos de mejora a largo plazo llevados a cabo por la comunidad internacional, todo ello trabajando de forma conjunta con sus autoridades gubernamentales a nivel provincial. Actuamos pues como piezas iniciales del gran engranaje que configura actualmente el **nuevo orden mundial** (teniendo en cuenta los conceptos de “**guerra asimétrica**” característica del terrorismo actual a nivel mundial y los conceptos de nueva geopolítica recogidos anteriormente en este texto) basado **NECESARIAMENTE** en la cooperación **CÍVICO-MILITAR**^{80,81}.

HIPÓTESIS

**“LA SANIDAD MILITAR PODRÍA CONTRIBUIR ACTIVAMENTE A LA
RECONSTRUCCIÓN DE UN PAÍS EN EL PERIODO POSTBÉLICO”**

C. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

Conocer la utilidad de la acción de la sanidad militar española en la reconstrucción post-bélica en Irak tras la intervención de 2003.

SECUNDARIOS:

1. Contribuir a la seguridad nacional del país intervenido
2. Contribuir a la seguridad a nivel internacional
3. Contribuir a la gestión en la Sanidad Pública post-bélica en Irak

D. MATERIAL Y MÉTODO

1. POBLACIÓN A ESTUDIAR

Se estudia la población residente en la provincia de Qadisiya (Irak) durante los meses comprendidos entre agosto y diciembre de 2003.

La provincia tiene una extensión de 8.153 m² y el número de habitantes es de 900.000.

2. FASE DE RECOGIDA DE DATOS

2.1 Fase previa de preparación general

a. Integración del equipo de trabajo en la estructura Jerárquico-organizativa. Nivel civil y militar.

Siguiendo pues la máxima de incluir la **reconstrucción** como uno de los objetivos prioritarios del nuevo concepto de la intervención militar, el primer gran reto corresponde a la organización y coordinación de todos los intervinientes, no sólo fuerzas armadas sino también una compleja red de profesionales no vinculados al ejército con un papel fundamental en esta etapa.

Detalle a continuación la estructura en que se integró nuestro equipo de trabajo definiendo el papel de cada uno de los intervinientes incluido el de las ONGs, (Organizaciones no Gubernamentales).

El mando militar queda establecido en el país por una División Multinacional de tropas que en la región sur-este: South-East (región donde se desarrolla la participación española) estaría representada tal y como muestra el mapa.

El ejército español realizaría su misión en las provincias de Al Qadisiya y An Najaf. Qadisiya limita al noroeste por las provincias de influencia del ejército polaco, Babil y Karbala y al noreste por la presencia del ejército ucraniano sobre Wasit (Fig. 28).

En el contexto global de la misión existe un **propósito** claro de establecer condiciones adecuadas para el ejercicio de la autoridad civil Iraquí y proporcionar estabilidad a la región reduciendo así las amenazas terroristas.

El **objetivo final** indiscutible: un Irak estable, autosuficiente y con un gobierno adecuadamente articulado e integrado dentro de la comunidad internacional

DIVISIÓN MULTINACIONAL REGIÓN SOUTH EAST

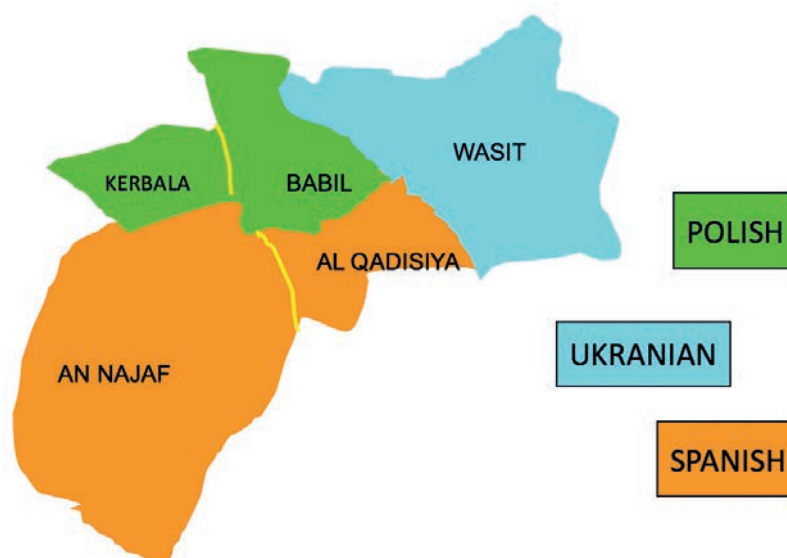


Fig. 28 Mapa-esquema de distribución de tropas en la región Sur-Este de Irak durante la operación "Iraki Freedom".

Para todo ello se consideran necesarias todas las acciones⁸² que conduzcan a:

- Restablecer una administración civil que sostenga un gobierno representativo a nivel nacional e internacional.
- Reestructuración de unas fuerzas armadas capaces de defender sus límites territoriales manteniendo la integridad del país (uno de los cometidos de la coalición internacional vigente a día de hoy en Irak y que cuenta con tropas españolas para su desempeño).
- Desarrollar un sistema legal justo que apoye los derechos de todos los Iraquíes y sostenga la seguridad interna.
- Autonomía para la acogida de refugiados o desplazados que reduzca la dependencia de la ayuda humanitaria.
- Persecución del terrorismo y sus redes.
- Desarrollo de una estructura económica adecuada para el crecimiento del país.
- Facilitar el restablecimiento de infraestructuras básicas destruidas durante el conflicto ayudando a la mejora de las instalaciones previas a la intervención:

redes de suministro eléctrico, sistemas de distribución de agua, **sistema sanitario**, distribución de alimentos, servicios públicos, reparto de combustible, comercio.

- Facilitar el restablecimiento de la actividad económica plena incluido el restablecimiento de las instituciones financieras.
- Establecer una burocracia efectiva.
- Asistir en el restablecimiento del sistema educativo.

La misión queda definida de forma general en cuanto a propósitos, objetivos y acciones en todo lo anteriormente expuesto, a continuación queda definir la compleja jerarquía que articuló todos los proyectos llevados a cabo en todo el país, una jerarquía cívico-militar⁸³ que queda representada en el esquema siguiente (Fig. 29):

“LA RUEDA DE GOBIERNO”

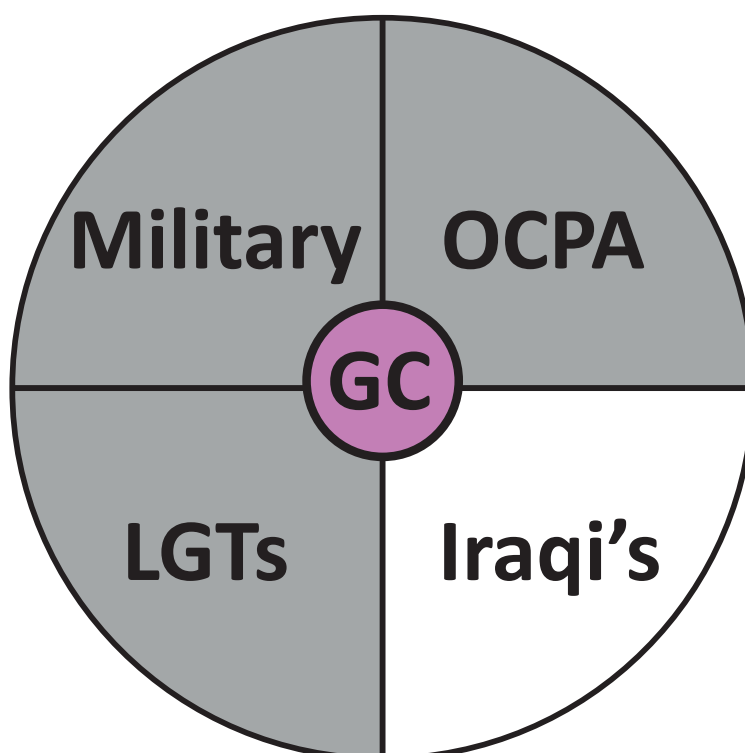


Fig. 29. Rueda de Gobierno. Esquema tomado de la información previa a la misión proporcionada por la División Multinacional sobre la composición del Gobierno Provisional a la llegada de nuestro equipo

COMPONENTES DEL EQUIPO DE GOBIERNO

MILITARY (GOVERNATE SUPPORT TEAM (GST)):

Los GSTs son creados para establecer la unión entre el gobierno nacional y los gobiernos locales.

Los equipos están compuestos por personal militar y su dependencia es doble, por un lado e indiscutiblemente militar y por otro civil como equipos de trabajo bajo el mando de la autoridad civil provisional (CPA).

Trabajarán de forma coordinada con los LGTs (Local Governorate Teams) aunque no existe dependencia de ellos.

Los GST tratan directamente con los representantes del gobierno local-provincial en cada una de sus áreas de trabajo.

Equipos creados para tratamiento de asuntos civiles de todo tipo, desde coordinar la distribución de ayuda humanitaria hasta la gestión de proyectos de infraestructura. (este apartado y el trabajo desarrollado durante esta misión es ampliado posteriormente de forma exhaustiva ya que constituye el objeto de esta tesis doctoral).

CPA: (Civil provisional authority): AUTORIDAD CIVIL PROVISIONAL

Representantes civiles que asesoran políticamente a los gobernantes locales e identifican los principales problemas de gobernabilidad para colaborar en su resolución.

Sincronizan programas y políticas locales con estructuras regionales y nacionales.

COORDINADOR DEL GOBIERNO

GC - Governorate Coordinator

Coordina las actividades de la CPA

IRAKÍES:LÍDERES DEL NUEVO GOBIERNO IRAQUÍ

Líderes locales que ejercen el enlace entre las iniciativas de la administración interina y los requerimientos y necesidades de los ayuntamientos locales y provinciales y actúan

como asistentes en la transición al total control de su gobierno por parte de los Iraquíes.

Son auténticos enlaces culturales, lingüísticos, religiosos y tribales.

LOCAL GOVERNORATE TEAMS (LGTs):

Son ASESORES, personal civil contratado para asistir y aportar consejo profesional al personal gubernamental Iraquí.

Su trabajo se ha de realizar en estrecha colaboración con el personal militar de ayuda al Gobierno, GSTs. Basándose el trabajo de ambos en las prioridades establecidas por el Gobierno provisional.

La única dependencia de los LGTs es la autoridad civil (CPA). Son autosuficientes pero precisarán coordinación con los GSTs para sus lugares de trabajo, vivienda y seguridad si precisaran.

Hay que destacar que esta estructura en rueda de Gobierno fue aplicada en todo el territorio Iraquí tras la intervención militar tanto a nivel nacional como provincial y por tanto constituye el marco jerárquico en que nuestro equipo de trabajo GST Diwaniya quedó encuadrado para el desarrollo del trabajo en zona de operaciones.

RESPONSABILIDADES DE LOS EQUIPOS DE GOBIERNO⁸³

- Establecer un Puente de unión entre el gobierno nacional y la multitud de gobiernos locales en todo el territorio Iraquí.
- Establecer una estructura de sincronización entre gobierno y administración pública en el marco de un esfuerzo conjunto llevado a cabo por todos los elementos de la rueda: CPA, GSTs, LSTs e Iraquíes.
- Acelerar la asunción completa de responsabilidades gubernamentales por los Iraquíes de forma íntegra y autónoma.
- Reducir la tensión étnica demostrando resolutividad a nivel local a través de la mejoría de las condiciones de vida.

COOPERACIÓN CON ONGs

Dentro de todo este entramado estructural no debemos olvidar la cooperación con las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que merece un apartado dentro de nuestra misión.

Operaciones cívico-militares (CMO en siglas anglosajonas)⁸⁴

Este tipo de operaciones (que son la mayoría) se llevan a cabo para:

- Minimizar la afectación de la población civil ante cualquier tipo de conflicto.
- Legitimar cualquier misión.
- Crear los enlaces y vínculos necesarios para desarrollar cualquier tipo de ayuda.

Integrantes de la CMO

- Agencias Humanitarias de Naciones Unidas
- Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)
- Cruz Roja y Media Luna Roja.
- Organismos Donantes Gubernamentales o donantes particulares.
- Organizaciones internacionales, regionales e instituciones financieras.
- Población diana.
- Nación anfitriona o autoridad gubernamental legítima (es la que posee en última instancia el control sobre las ONGs).
- Comunidad de Negocios.

Y cuando es requerido o necesitado...

- Fuerzas Militares de Naciones Unidas o pertenecientes a una Coalición⁸⁵.

Organizaciones no Gubernamentales. Definición

Una ONG es una organización privada, sin ánimo de lucro y autogestionada dedicada al alivio del sufrimiento humano o la promoción de la educación, la salud, el desarrollo económico, los derechos humanos, la protección del medio ambiente, la resolución de

conflictos y el apoyo en el establecimiento de instituciones democráticas en la sociedad civil.

Principales Limitaciones:

- Carecen en general de una estructura homogénea.
- Ausencia de planes de colaboración.
- Limitación a pequeñas áreas con dificultad para valoración del conjunto de la situación en un área más amplia.
- Muy condicionados por los donantes de fondos y en ocasiones por los medios de comunicación.
- Pueden convertirse en un riesgo para la seguridad.
- Pueden ser percibidas como una amenaza en el país de intervención principalmente por motivos económicos o religiosos.

Frente a estas limitaciones una estructura militar al mando de una operación humanitaria aporta:

1. Referencias geográficas más precisas.
2. Mejores líneas de apoyo logístico y comunicaciones.
3. Mejores condiciones de seguridad para el desarrollo del trabajo.

Ambos sistemas funcionan cuando operan de forma independiente, no siempre trabajando de forma conjunta aunque esto sería lo ideal. En la misión objeto de este estudio la cooperación se desarrolló con normalidad y no hubo problemas reseñables, si bien la presencia de ONGs fue bastante más limitada que en otras ocasiones^{86,87}.

Comunidad de Negocios (Business Community):

Es preciso mencionar en este contexto (aunque obviamente no corresponde al concepto altruista de las ONGs) este grupo de organizaciones con ánimo de lucro que desempeñan un importante y cada vez más relevante papel en cualquier tipo de operación-intervención de contingencia a nivel internacional.

Los patrocinadores y los roles varían necesariamente, podríamos agruparlos en dos tipos:

- Apoyo Logístico contratado por las fuerzas militares.
- Apoyo contratado por Naciones Unidas o Naciones donantes patrocinadoras de diversos proyectos de desarrollo a nivel internacional.

ESTRATEGIA DE LA COORDINACIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA Humanitarian Assistance Coordination Center (HACC)

EL Centro de Coordinación de la Ayuda/Asistencia Humanitaria coordina las diversas agencias y los planes de ayuda, aportando el enlace entre el jefe militar de la operación y los organismos civiles regionales u organizaciones internacionales que participan en la operación en el plano estratégico^{88,89}.

NIVEL OPERACIONAL Civil-Military Operations Center (CMOC)

Es el centro de operaciones constituido por un departamento de asuntos civiles que sirve como primer enlace entre las fuerzas armadas y tanto la población local como las diversas organizaciones y agencias civiles operantes en la zona. No ha de ser necesariamente un militar el conductor de este centro ni necesariamente el ejército quien lo cree. Si así fuese, el ejército ejercería las labores de soporte logístico y seguridad.

NIVEL MILITAR

A nivel militar los cargos destinados a desempeñar las funciones relativas a coordinación cívico-militar en operaciones conjuntas⁹⁰ corresponden a:

1. Oficiales de enlace.
2. Expertos en áreas específicas.
3. Especialistas en asuntos civiles.

Para finalizar este apartado cabe recordar, especialmente para los integrantes de las fuerzas armadas que las Organizaciones Humanitarias llegaron al país bastante antes

que el ejército, permanecen en el país durante el desarrollo de la intervención militar y permanecerán en el territorio largo tiempo después del cese de dicha intervención.

Existe gran controversia en la actualidad sobre la cooperación entre ONGs y Ejército por diversos motivos que se explicarán más detalladamente en el apartado DISCUSIÓN de este trabajo. Esta misión y la cooperación cívico-militar que en ella se llevó a cabo constituye un punto de partida para lo que necesariamente será el futuro de la gestión de grandes crisis internacionales, el enfoque integral o “comprehensive approach”.

b. Estructura de los equipos GST de trabajo y directrices concretas para zona de operaciones (Z.O.)

El equipo GST es una estructura integrada dentro de una misión cívico-militar de grandes dimensiones desarrollada tras la intervención militar sobre Irak en 2003 que derrocó el Gobierno de Sadam Hussein, diseñada para realizar el apoyo necesario al Gobierno (provisional en aquel momento) en diversas áreas (que comentaré posteriormente) y sometida a una doble dependencia, por un lado la dependencia militar (Fig. 30) propia de su origen y por otro lado la dependencia civil del Gobierno provisional a nivel provincial (Fig.29).

Queda así en estos dos esquemas expuesta la doble dependencia del equipo GST, por un lado y dentro de la “rueda de Gobierno” dentro de la organización cívico-militar ya expuesta en el apartado anterior, estaría englobado dentro del apartado MILITARY y en el esquema inferior (ya exclusivamente militar) formaría parte de la Brigada Multinacional Plus Ultra que representó a España en la operación “Iraki Freedom” con una dependencia directa de la División Multinacional en su apartado ASUNTOS CIVILES (Civil Affairs).

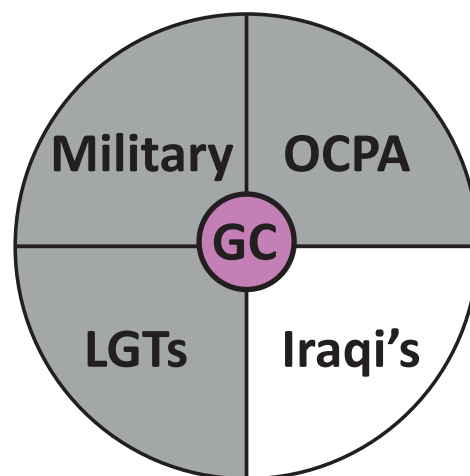


Fig. 29. Rueda de Gobierno. Esquema tomado de la información previa a la misión proporcionada por la División Multinacional sobre la composición del Gobierno Provisional a la llegada de nuestro equipo

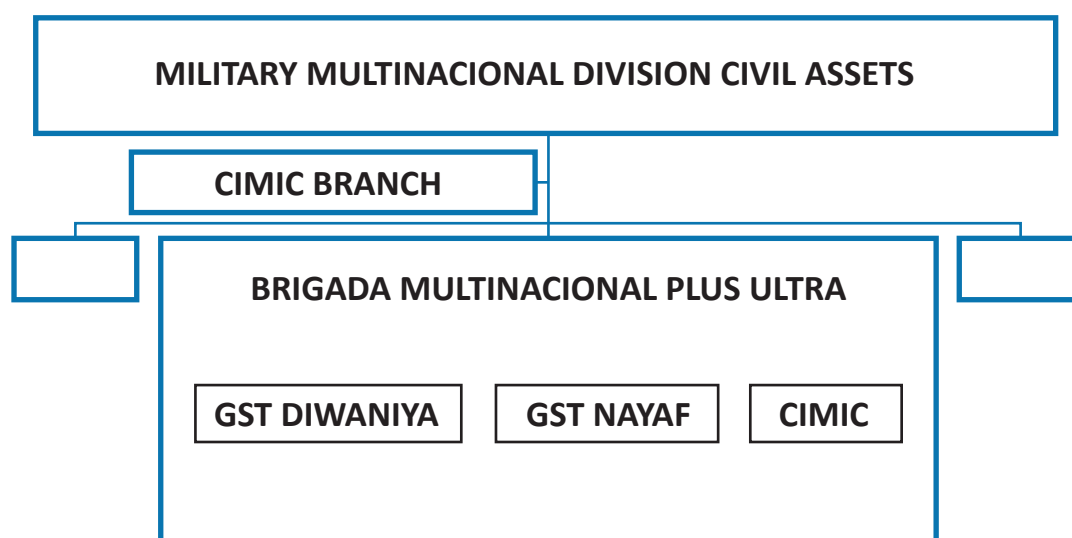
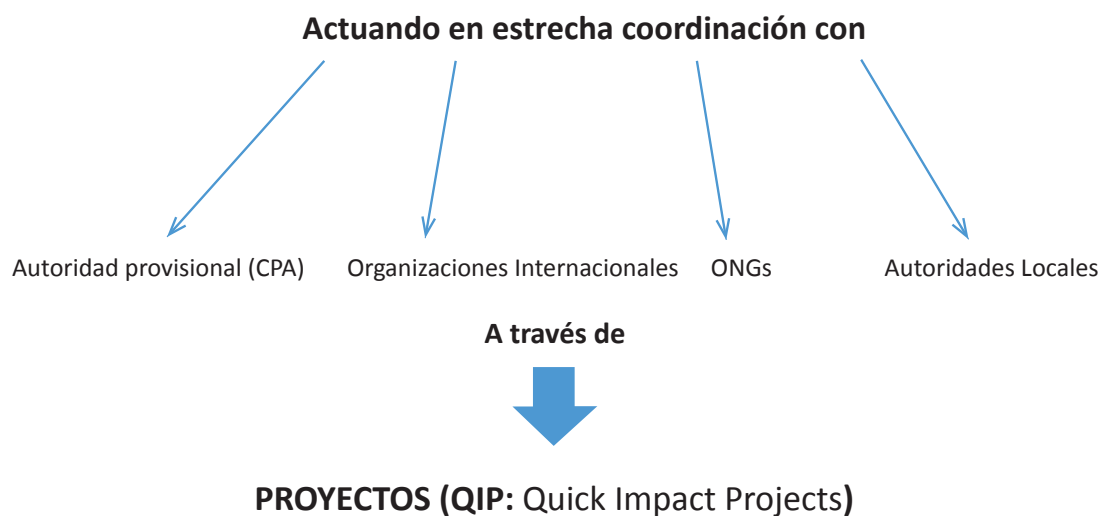


Fig. 30. Esquema sobre la estructura militar básica para Asuntos civiles de la BMNPU

Para precisar de una forma más concreta las líneas de actuación o pilares sobre los que se asienta la rama de ASUNTOS CIVILES de la División Multinacional, podemos señalar tres GRANDES LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

1. AYUDA HUMANITARIA
2. RECONSTRUCCIÓN
3. ADMINISTRACIÓN CIVIL E INFRAESTRUCTURAS



PAPEL DE LOS EQUIPOS GST

El papel fundamental consistiría en establecer las condiciones para la estabilidad y la seguridad de los gobiernos provisionales a través de los siguientes cometidos parciales⁹¹:

1. Proporcionar estabilidad a los gobiernos regionales.
2. Reforzar y coordinar los gobiernos locales.
3. Actuar de puente entre los gobiernos locales y el nacional:
 - Por un lado mejorando la comunicación con el Gobierno Nacional respecto a los problemas y asuntos locales.
 - Impulsando políticas nacionales a nivel local.
4. Los GSTs se **integran** y proporcionan **apoyo directo** a todos y cada uno de los

Material y método

elementos del equipo de gobierno para facilitar el establecimiento de las operaciones locales y reforzar el vínculo con el Gobierno Nacional.

Los equipos GST españoles se componen de 11 miembros, 9 de los cuales somos responsables de un área de trabajo y 2 personal auxiliar.

1. Responsable de Administraciones Públicas.
2. Responsable de Policía y Seguridad.
3. Responsable de Sanidad Pública.
4. Responsable de Infraestructuras.
5. Responsable de Intendencia y Economía.
6. Responsable de Justicia.
7. Responsable de Agricultura.
8. Responsable de Educación.
9. Jefe de Equipo.
10. /11. Personal auxiliar.

TAREAS GENERALES DE LOS EQUIPOS GST. NIVEL DE ACTUACIÓN: PROVINCIAL ^(92,93)

- Conocer en profundidad la administración interina Iraquí y asistirles en todas las materias en que desde nuestra área de responsabilidad podamos ser útiles.
- Facilitar el enlace con el Gobierno Nacional (se insiste en este punto ya que es uno de los principales obstáculos que existían en el anterior sistema de gobierno y una de las principales quejas que nos llegan de los representantes actuales de la administración respecto a la situación previa a la intervención militar).
- Servir asimismo de enlace entre la capital de la provincial y los diferentes municipios que la integran.
- Asegurar y reforzar las funciones y servicios públicos del Gobierno incluyendo el establecimiento de presupuestos.
- Colaboración estrecha con todos los componentes de la “rueda de gobierno” (expuesto en el punto anterior) para impulsar y afianzar en el menor tiempo posible

un gobierno Iraquí autogestionado, estable y autosuficiente.

- Coordinar los organismos internacionales y ONGs operantes en la zona y facilitar su integración en la misión global.
- Priorizar los proyectos inmediatos y a medio y largo plazo en función de las necesidades.
- Coordinar los proyectos aprobados y asegurar su correcto desarrollo y finalización asegurando la contratación local en la mayor medida posible.

Estos puntos constituyen en líneas generales las directrices a seguir para el desarrollo de nuestro trabajo en zona de operaciones, a continuación me centraré en la provincia de actuación de mi equipo GST: Qadisiya y los cometidos concretos asignados a mi área de responsabilidad: “Salud Pública”.

Al Qadisiya Governate. Provincia de Al Qadisiya (Fig. 31)

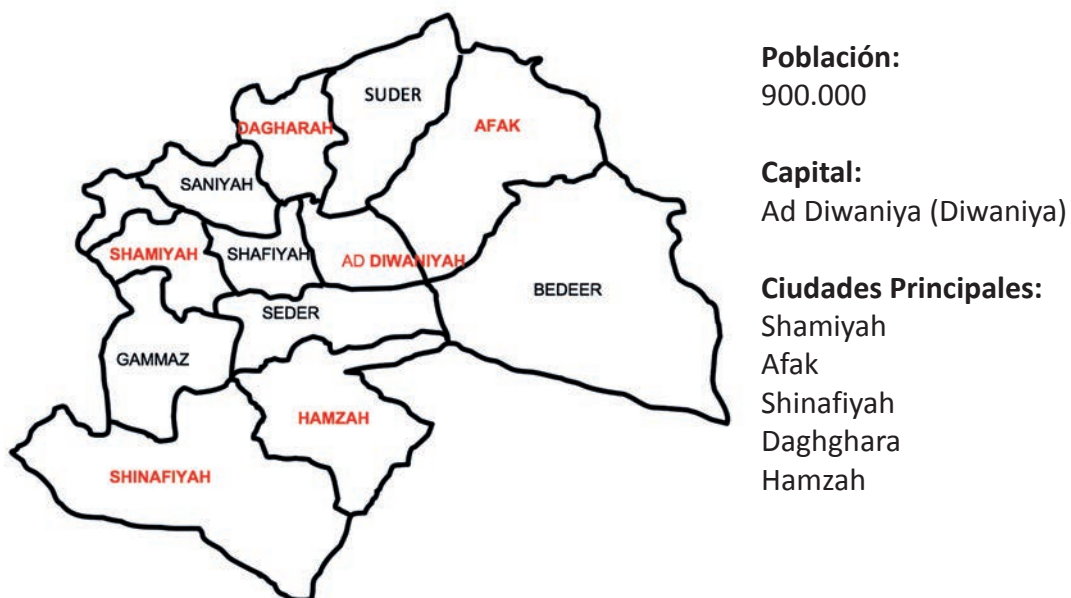


Fig. 31. Mapa de los municipios existentes en la provincia de Qadisiya. En rojo los principales.

SENTIMIENTOS Y NECESIDADES DE LA POBLACIÓN PREVIOS A LA OCUPACIÓN:

- La información previa sobre la provincia de Qadisiya es que es tolerante y permisivo ante las fuerzas de ocupación.
- El sentimiento general de la población es el deseo de paz y no quiere grupos que influyan negativamente en la recuperación.
- La coalición es tolerada mientras que grupos revolucionarios islamistas radicales no.
- Los líderes locales mantienen una actitud expectante ante las fuerzas militares y su labor en la zona (“wait and see” attitude).
- Existe una necesidad imperiosa de electricidad para iniciar la recuperación económica, siendo ésta una de las necesidades prioritarias.
- Los importantes problemas de infraestructura que afectan al resto de la nación también son relevantes en esta provincia a nuestra llegada.

COMPETENCIAS, CAPACIDADES Y COMETIDOS SANITARIOS CONCRETOS:

1. Capacidad para determinar la situación real de la Sanidad Pública en la provincia de Qadisiya.
2. Recopilar y analizar la información concerniente al sector de Salud Pública.
3. Impulsar y diseñar sesiones de entrenamiento a nivel local sobre cuestiones básicas de salud e higiene.
4. Cooperación y determinación de las enfermedades más comunes y sus programas de control.
5. Cooperación con las organizaciones locales del sistema sanitario para el uso efectivo de recursos técnicos y humanos.
6. Cooperación con organismos internacionales y ONGs para el desarrollo efectivo de sus acciones.

7. Cooperación para el desarrollo de actividades de entrenamiento y promoción de los profesionales de salud. Colaborar también en la evaluación de las aptitudes y cualificación de los profesionales de salud para la elaboración de estos planes educativos de mejora.
8. Planes de educación sanitaria poblacional.
9. Recursos médicos, determinación de estado del suministro y existencias a nivel local y provincial: medicamentos, equipos, tecnología....
10. Monitorizar los sistemas de evaluación de los profesionales de salud.
11. Recopilar el mayor número de datos posible sobre incidencia de enfermedades a nivel local que permita diseñar un plan de provisión de necesidades a corto, medio y largo plazo.
12. Especial atención a las VACUNACIONES.
13. Elaboración de proyectos de mejora de las condiciones sanitarias en todas las ramas donde se detecten deficiencias.

2.2. Transferencia de la información al inicio de la misión

a. Información sobre la situación sanitaria del país y de la provincia de actuación de nuestro equipo. Directrices generales sobre nuestro cometido

El informe posterior a la intervención militar que derroca el régimen de Sadam, realizado por las agencias humanitarias, expone que la mayoría de los hospitales y centros de salud están funcionando sólo de forma limitada. Esto es debido a los robos de material y medicamentos que se han producido, a un numeroso grupo de personas que no han recibido salarios desde hace tiempo, y a la falta de estructuras administrativas gestoras de la salud pública⁹².

Esta situación ha sobrepasado la capacidad del sistema de salud Iraquí, que ha aportado únicamente cuidados rudimentarios y básicos para la mayoría de la población desde el final la guerra del golfo en 1991. Aún a pesar de los suministros llevados a cabo por el

programa **“oil for food”(OIP)** las condiciones sanitarias han estado por debajo de los estándares regionales. Este programa es establecido por Naciones Unidas en 1995 bajo la Resolución 986 de su Consejo de Seguridad, para permitir a Irak vender petróleo al comercio mundial a cambio de comida, medicinas y otras necesidades humanitarias para los ciudadanos sin permitirle invertirlo en implementar sus capacidades militares. El programa se introdujo por la administración del Presidente Clinton como respuesta a la circunstancia de que los ciudadanos Iraquíes se veían injustamente afectados por las sanciones económicas impuestas a la administración de Saddam Hussein tras la primera guerra del golfo. Las sanciones concluyeron el 21 de Noviembre de 2003 tras la invasión de Irak por la coalición, siendo una de las principales preocupaciones de ésta la realización de una adecuada transición de los suministros conseguidos a través de este programa a proyectos adecuados y competitivos de gestión y distribución de material sanitario y medicamentos acorde al de otros países.

La mortalidad infantil alcanzaba la cifra de 120 por 1000 nacimientos en 2001 comparada con 35-40 cada 1000 en países vecinos, así como la expectativa de vida al nacimiento es de 50 años frente a 60 en estos mismos países (por ejemplo Turquía) en el mismo año.

La Sanidad Pública Iraquí se articula y gobierna desde Bagdad: Ministerio de Sanidad y este Ministerio está organizado en 6 secciones o direcciones de sanidad:

1. Responsable de cuestiones técnicas como el funcionamiento de los laboratorios.
2. Controles y exámenes: farmacéuticos, evaluación anual de los servicios públicos y privados de salud y cuestiones de investigación.
3. Planeamiento y entrenamiento.
4. Servicios de atención primaria, incluyendo el tratamiento de enfermedades infecciosas.
5. Control de contaminación aérea, aguas y otras cuestiones ambientales relacionadas con la salud.
6. Cuestiones legales y administrativas.

Después de las dos guerras sufridas anteriormente (1980s contra Irán y la del Golfo en 1991 contra fuerzas internacionales tras la invasión de Kuwait), el sistema sanitario Iraquí apenas puede proporcionar servicios básicos de salud. Las estructuras creadas en los años 70 en plena hegemonía del país (con especial inversión en educación y salud) se deterioran paulatinamente tras estos conflictos y ello repercute seriamente sobre las condiciones del sistema sanitario (la inversión en salud cae en la década de los noventa hasta un 90% y las sospechas de corrupción en el sistema sanitario son notorias), a lo que se añade la salida del país de la mayoría del personal cualificado.

La actividad quirúrgica y las investigaciones caen a menos de la mitad respecto a los niveles de 1989 según datos de naciones unidas y los graduados en las universidades caen también a la mitad según los informes en esta década comprendida desde los 90 hasta la intervención en 2003 (Fig.32). En el momento de la intervención bélica hay apenas 22.000 médicos en todo el país y 35.000 enfermeros distribuidos en 5 niveles de formación, de los cuales tan sólo 450 se encuentran en el nivel más elevado correspondiente a 4 años de formación en el Colegio de Enfermería.

Fig.32 Tabla de indicadores médicos básicos en comparación con USA en el momento de la Intervención

| | IRAK | ESTADOS UNIDOS |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Población | 23,6 millones | 284 millones |
| Camas Hospitalarias | 14/10.000 | 37/10.000 |
| Médicos | 4/10.000 habitantes | 27/10.000 habitantes |
| Mortalidad Infantil | 120/1.000 nacidos vivos | 7/1.000 nacidos vivos |
| Esperanza de Vida al nacer | 50 años | 77 años |

SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN IRAK:

1. Hospitales Generales y Especializados:

- Proporcionan servicios de medicina preventiva y atención primaria, secundaria y terciaria.
- Se localizan en áreas urbanas y rurales.
- No son gratuitos, se paga una tasa.
- Sus horas de atención son de 8 a 14:00h y sus departamentos de urgencias funcionan las 24horas.
- Hay un total de 269 hospitales en Irak (públicos y privados) y 110 centros especializados.

2. Centros de Salud:

- Proporcionan servicios de medicina preventiva y atención primaria.
- Localizados en áreas rurales y urbanas.
- Gratuitos.
- Abren de 8 a 14:00, sin servicios de urgencias.
- El personal sanitario pueden ser médicos o no. Existen unos 1570 en el país.

3. Clínicas públicas:

- Proporcionan medicina preventiva y atención primaria, secundaria y terciaria.
- Se localizan en áreas urbanas.
- Pago mediante tasa.
- Horario de apertura de 16:30 a 19:30h.
- Entre su personal sanitario tiene que haber médicos con al menos 2 años de experiencia. Los Centros de atención primaria de mañana frecuentemente se

transforman en clínicas públicas por la tarde. Hay aproximadamente unas 324 en todo el país.

4. Clínicas del seguro:

- Proporcionan los mismos servicios que las clínicas públicas con dos diferencias fundamentales: los médicos son nuevos graduados y su localización es rural.
- Localizadas en áreas rurales fuera de la ciudad.
- Pago mediante tasa.
- Horario de tarde.
- En número en torno a 308 en todo el país.

5. Farmacias de enfermedades crónicas:

- Suministran medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas bajo prescripción realizada por especialistas y presentando previamente una tarjeta que acredite su enfermedad.
- Principalmente en áreas urbanas en zona cercana a las clínicas públicas.
- Horario de tarde (16:30-19:30h).
- En número aproximado de 254 en el país.

6. Farmacias Al Shuhada:

- Farmacias para fármacos de enfermedades no crónicas (bajo prescripción, el Ministerio de Salud elabora un listado de estos medicamentos en función de su disponibilidad y coste).
- Generalmente unidas a clínicas públicas pero pueden establecerse libremente.
- Pago mediante tasa.
- Horario de 16:30 a 19:30.
- Unas 22 en el país.

7. KIMADIA:

Depósito central de medicamentos en Bagdad, con delegaciones en todas las provincias desde donde se produce la distribución a todo el país de fármacos y material sanitario. No está autorizada ninguna otra forma de suministro ni el contacto directo con las compañías farmacéuticas.

Las carencias fundamentales tras la guerra se producen por inseguridad en el transporte de medicamentos debido al saqueo de los camiones transportadores, falta de información adecuada sobre carencias debido a la caída de las comunicaciones e incapacidad para toma de decisiones de un gobierno provisional recién estrenado tras 35 años de régimen dictatorial totalitario.

Respecto a las cuestiones domésticas básicas en los centros sanitarios los informes previos a nuestra llegada advierten de que la limpieza en los centros hospitalarios de todo tipo es precaria, los servicios de lavandería funcionan sólo al 20-30% de sus capacidades y que la mayoría de los familiares de los enfermos ingresados aportan su propia ropa de cama para ellos. Hay un número limitadísimo de radiadores y la mayoría no funcionan.

La disponibilidad de agua no es un problema pero sí lo es la calidad de la misma dado el mal funcionamiento de las plantas de tratamiento de aguas.

El tratamiento de residuos no es menos preocupante en tanto en cuanto es prácticamente inexistente (los residuos son habitualmente vertidos sobre el río, lo cual contribuye en gran medida a la contaminación ambiental), constituye pues éste una de las principales prioridades en torno a la salud pública potenciando el funcionamiento de plantas incineradoras en los hospitales, recogida de residuos, equipos médicos de protección como contenedores de agujas o guantes y entrenamiento adecuado del personal sanitario para su uso.

PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA TRAS LA GUERRA

Como en toda postguerra las necesidades sanitarias constituyen una de las principales prioridades. Se nos comunican como más inmediatas^{91,92}:

- **Filiar y tratar de resolver las necesidades más inmediatas de los enfermos y heridos:** en áreas urbanas como Bagdad y Basrah (donde los combates han sido más intensos) las bajas han sobrepasado las capacidades de los centros hospitalarios que presentan actualmente serias carencias. El saqueo ha exacerbado el problema y la ausencia de seguridad ha hecho que buena parte del personal sanitario no acuda a sus lugares de trabajo. Las acciones inmediatas deben incluir pues: establecer seguridad adecuada para evitar las situaciones anteriores, proveer de material y fármacos necesarios para la atención de heridos en combate y aumentar el personal sanitario.

En este sentido se crea una “policía de vigilancia de edificios” (entre los cuales están incluidos los hospitales y principales centros sanitarios o farmacéuticos), FPS (Facility Protective Services) constituida inicialmente por fuerzas de la coalición que de forma paulatina transfieren esta competencia a Iraquíes entrenados por ellos desde la postguerra inmediata con el fin de evitar saqueos y ataques a edificios emblemáticos o necesarios para el correcto funcionamiento del país en todas sus áreas, entre ellas la sanitaria.

- **Establecer un suministro adecuado de agua potable y suministro continuo de energía eléctrica:** los cortes de energía eléctrica han empeorado las ya precarias capacidades de tratamiento de aguas existentes en áreas rurales. Repuntes de cólera, diarrea grave y fiebre tifoidea podrían surgir si la situación no se soluciona. Las acciones prioritarias en este sentido deben incluir: suministro de agua potable en camiones contenedor en áreas más afectadas, restablecimiento de plantas de tratamiento de aguas, reparto de potabilizadores químicos, reparaciones de las plantas de tratamiento de aguas y equipos de conducción.

A nuestra llegada ya se había invertido gran cantidad de presupuesto en la correcta adecuación y restablecimiento de la red eléctrica en hospitales y principales edificios en todo el país con compra de gran cantidad de generadores y reparación de los útiles.

- **Identificar y apoyar aquellos en mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas**

y epidemias, particularmente entre los desplazados o refugiados: En los primeros estudios llevados a cabo sobre el terreno ya se identifican como posibles amenazas más inmediatas diarrea, cólera, enfermedades infecciosas respiratorias, sarampión y en algunas áreas malaria.

Además de estas necesidades más urgentes se establecen una serie de esfuerzos a llevar a cabo para la reconstrucción. Las directrices generales para los siguientes 12 meses serían:

1. Evaluación de la salud poblacional a lo largo y ancho de la nación: Identificar los principales problemas de salud actuales y posibles a corto y medio plazo.
2. Institucionalización de un sistema adecuado y funcional de abordaje integral de la enfermedad que implique desde la prevención (programas de educación para la salud que incluyan inspección de aguas, alimentos y control de vectores), pasando por la formación adecuada del personal sanitario hasta el suministro de los medios y equipos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y vigilancia de enfermedades.

A nuestra llegada en agosto de 2003 ya se había fijado un **Día Nacional de Vacunación Infantil** iraquí para el 22 de octubre que se estaba publicitando a nivel nacional como parte de un programa integral de refuerzo y vigilancia en la aplicación del calendario vacunal tratando de disminuir así el ratio de mortalidad infantil. Asimismo se valora la vacunación de **meningitis** para la peregrinación masiva en febrero a la Meca dado que los servicios de salud saudíes detectaron en 2003 un repunte de infección meningocócica. También merece especial atención la vigilancia epidemiológica sobre **Tuberculosis (TBC)** dado que es un grave problema de salud en Irak ya de forma previa al conflicto: el número estimado de casos es 129 por 100.000 habitantes con una media de 30.500 nuevos casos por año, especialmente entre la población en edad productiva (15-54 años). La alerta dadas las condiciones post-intervención de falta de gobierno a pleno rendimiento, destrucción del sistema de comunicaciones, sistemas de transporte extremadamente limitados y carencias en el suministro de agua y electricidad, es una realidad y por ello numerosos esfuerzos desde el MOH (Ministerio de Sanidad; Ministry of Health) se

concentran desde el principio en la reorganización de los servicios de atención a TBC y aprovisionamiento de equipos de diagnóstico y medicamentos para el tratamiento de la enfermedad.

Gracias a las donaciones de ONGs se había conseguido restablecer el funcionamiento del Laboratorio Central de Salud Pública hasta niveles previos a la guerra de tal forma que ahora se podían detectar gran cantidad de enfermedades de declaración obligatoria, incluida la confirmación de casos de cólera.

También se ha producido ya el restablecimiento del suministro de medicamentos paralizado entre los meses de enero y mayo de 2003.

3. Restauración y mantenimiento de la infraestructura sanitaria Iraquí que si bien se considera válida, está descuidada y carente de recursos.
4. Establecimiento y desarrollo de políticas adecuadas de salud medioambiental.

Las ayudas internacionales se multiplican en los meses posteriores a la intervención. Resumiendo algunas de ellas (ofrecimientos que después fueron o no materializados):

- Japón y Egipto se ofrecen a entrenar personal médico y de enfermería en Cairo y Tokyo.
- Korea ofrece rehabilitar y potenciar el funcionamiento del Hospital Universitario de Kamara.
- Turquía se ofrece a construir 2 nuevos hospitales en el norte, uno en Bagdad y otro en Kirkuk.
- España considera activamente apoyar el programa “adopta un hospital” además de su contribución militar.
- Italia apoya la recuperación del hospital infantil de Kadhemia.
- Arabia Saudi dona unas 50 ambulancias
- India se muestra muy interesada en apoyo al hospital maternal de Najaf.

- Jordania apoya el hospital de Faluyah y ofrece un programa de formación integral de enfermería.

Es importante resaltar que aún con todas las carencias expuestas Irak no presenta tras el conflicto mayores problemas de salud que los ya existentes previamente a él por los motivos anteriormente expuestos relativos a las guerras y las consecuencias del régimen de gobierno.

Especial interés se efectúa sobre grupos étnicos como los Kurdos, cuya salud había sido completamente descuidada en el régimen anterior, con el objetivo de asegurar ***atención sanitaria integral para todos los Iraquíes con independencia de su etnia, origen geográfico, sexo o confesión religiosa.***

En el plan estratégico que se nos expone para todo el país se incluyen planes a corto (60días hasta Sept 2003), medio (90días de octubre a diciembre de 2003) y largo plazo (a partir de enero de 2004) relativas a las siguientes categorías:

1. Restablecimiento de los Servicios Básicos de Salud Pública que incluyen:

- Cobertura universal: todos los servicios de salud posibles para todos los ciudadanos.
- Cobertura de puestos de trabajo necesarios a nivel asistencial y administrativo.
- Asegurar adecuado suministro de medicamentos y material sanitario a todos los puntos del país. (en rojo en lo que intervinieron los equipos GST).
- Formación de suficientes FPS (personal de seguridad de edificios) para protección adecuada de las instalaciones sanitarias con el fin de evitar saqueos y vandalismo.

2. Restablecer el Ministerio de Sanidad como la organización central oficial para la legal y efectiva administración de los servicios de salud

2.1. Restablecimiento de comunicaciones con los Gobiernos provinciales y regionales.

2.2. Rehabilitación del edificio del Ministerio de Sanidad en Bagdad.

2.3. Asegurar asistencia sanitaria en prisiones y aeropuertos.

2.4. Establecer indicadores de gestión y mejora de índices sanitarios.

2.5. Apoyo de la sanidad militar Iraquí estableciendo varias estaciones de reclutamiento y centros de entrenamiento.

3. Mejorar la Sanidad Pública: Potenciar la Prevención, Atención Primaria y servicios de Bienestar

- Fomentar programas de prevención de enfermedades crónicas.
- Diseñar el proceso de Monitorización y vigilancia epidemiológica y de enfermedades no infecciosas.
- Llevar a cabo iniciativas de salud materno-infantil.
- Aprobar estrategias para servicios de salud mental incluyendo estrés post-traumático en intervenciones en trauma social. Identificar el estado actual de estos servicios incluyendo instalaciones de tratamiento y terapias.
- Diseñar estrategias “agresivas” de educación para la salud y promoción de hábitos saludables.
- Diseño de políticas y programas de control de la enfermedad infecciosa a nivel hospitalario (infección nosocomial).
- Restablecer laboratorios clínicos.
- Restablecer servicios de urgencias y sistemas de respuesta urgente incluyendo su entrenamiento.

4. Mejorar el servicio y la calidad de Kimadia

- a. Cuantificar depósitos farmacéuticos, distribución y tecnología requerida para restablecer una comunicación adecuada.
- b. Completar las necesidades y enviar cartas a potenciales donantes o proveedores.
- c. Establecer criterios para realizar un inventario informatizado de control y

Material y método

distribución de los medicamentos.

d. Renovar las instalaciones de Kimadia que lo precisen.

e. Estandarizar el proceso de petición y recepción entre Kimadia y Hospitales y Centros de Salud.

5. Modernizar los Recursos Humanos Sanitarios

a. Establecimiento del currículum OFICIAL de enfermería.

b. Facilitar intercambios de reciclaje y desarrollo para médicos y enfermeros fuera del país.

6. Mejorar Instalaciones e Infraestructuras sanitarias

a. Instalación de generadores de electricidad para cobertura 24h.

b. Asesorar adecuadamente sobre las necesidades en centros hospitalarios, clínicas, laboratorios y unidades forenses.

c. Evaluar y corregir problemas de suministro de oxígeno.

d. Impulsar políticas de gestión de residuos sanitarios.

e. Coordinar diferentes fuentes de suministro internacional de recursos para cubrir necesidades sanitarias prioritarias.

f. Implementar programas de tipo “adopta un hospital” (España fue uno de los países interesados en este programa).

7. Coordinar donantes y ofertas de ayuda humanitaria

a. Integrar el Comité Internacional de Asistencia Médica en el Ministerio de Sanidad.

b. Preparación cara a la Conferencia de donantes de octubre.

8. Desarrollo del presupuesto del Ministerio de Sanidad para 2004

Indiscutiblemente este plan estratégico se elabora por la autoridad provisional conjunta

CPA-Iraquí para todo el país y dentro de su desarrollo existen múltiples tareas a realizar por los órganos de gobierno y estamentos fuera del alcance de nuestros equipos GST pero hubo participación en gran parte de los objetivos prefijados e incluso consecución de otros tantos que no figuran en el plan general estatal y que fueron llevados a cabo con éxito a nivel provincial.

A continuación se muestra un ejemplo sobre el estado precario de algunas infraestructuras sanitarias en la provincia de Qadisiya a nuestra llegada (Fig. 33).



Fig. 33. Estado del que funcionaba como hospital de enfermedades infecciosas a nuestra llegada. Diwaniya agosto 2003.

b. Transferencia directa de información por nuestros antecesores sobre el terreno

Realizamos el relevo con el equipo americano que nos precedió en la provincia desde la toma de Bagdad el 12 de abril de 2003 hasta nuestra llegada a Qadisiya tras el periodo de formación específica recibido en Camp Babylon (base americana establecida en la provincia de Al Hillah, ubicación del cuartel general de la División Multinacional de operaciones sobre la región sur este de Irak). El relevo se inicia el día 26 de agosto.

Nuestro equipo relevó al “encargado de salud” del equipo americano: LTCL H. perteneciente al cuerpo de marines de los Estados Unidos, que no formaba parte del GST americano pero había actuado como tal en Diwaniya capital, y toda la provincia de Qadisiya, durante su estancia en el país.

El relevo se completa el día 31 de Agosto de 2003, habiéndose efectuado las siguientes actividades:

- **Información general sobre la estructura sanitaria de la provincia.**
- **Información general sobre la cadena de suministro de medicamentos.**
- **Presentación del personal a cargo de los puntos de máximo interés sanitario.**

A partir de este momento, nuestro trabajo se realizaría principalmente con ellos, estudiando en profundidad la estructura sanitaria provincial así como sus múltiples carencias y necesidades, hecho que nos permitió establecer la viabilidad y prioridad en el diseño de los proyectos a realizar.

2.3. Delimitación de responsables

- Teniente Coronel H. del cuerpo de Marines de los EEUU que fue mi introductor en el ámbito de la salud pública de la provincia.
- Director de Sanidad de la provincia elegido por la comunidad médica a la finalización de la guerra: Dr. K. L.

- Director del área de farmacia: Dr. A.
- Director del Hospital General de Diwaniya: Dr. H.
- Director del Hospital de la Maternidad: Dr. A.
- Responsables de clínicas Shabia y Puntos de Atención Primaria: Dres. N. y H. respectivamente.
- Sanitarios y colaboradores con la coalición, fuentes de aportación de información al “margen de los canales convencionales”.

2.4. Reuniones

El establecimiento periódico de reuniones con los principales responsables de sanidad facilitó en gran medida poder alcanzar un conocimiento profundo de la situación sanitaria real y sus principales carencias. Realizadas en la Delegación de Sanidad o en el Depósito de Farmacia

1. **Semanal** en el caso de **Farmacia**. Eran convocados:

1. El director de almacén central de medicamentos (KIMADIA).
2. El subdirector.
3. Representante de la Delegación de Sanidad.

2. **Quincenal** en lo relativo a la **Delegación de Sanidad**. Se convocaba a:

1. Directores de los seis hospitales.
2. Director de centros de salud.
3. Delegado (representante del Ministerio de Sanidad provincial).
4. Director del almacén de farmacia.
5. Puntualmente también asistían diferentes representantes de entidades sanitarias (por ejemplo el director de la “media luna roja” en Diwaniya) para realizar diversas peticiones y transmitir necesidades urgentes.

Es destacable el hecho de la asistencia de miembros de la Delegación a las reuniones de farmacia y viceversa puesto que ambas entidades dependían de forma independiente del Ministerio en Bagdad y no era habitual que se comunicaran de forma habitual con anterioridad. Se planteó así por considerar que la mejora en la comunicación entre estas dos entidades, clave para la Salud Pública de la provincia, era completamente necesaria.

Estas reuniones resultaron útiles no sólo para el desarrollo de nuestro trabajo sino también para la creación de hábito de trabajo conjunto del equipo Iraquí de dirección de la sanidad provincial, recién nombrado a nuestra llegada tras la ocupación militar.

2.5. Encuestas

Diseñadas por el equipo para obtener datos sobre Hospitales/Centros de Salud. Las encuestas hospitalarias fueron repartidas a los directores de seis hospitales existentes en la provincia en la primera reunión posterior a las presentaciones iniciales. Las encuestas para los centros de salud fueron entregadas en los diversos centros por los equipos de asuntos civiles (CIMIC) de la Brigada Multinacional Plus Ultra destacados en la provincia.

A continuación se recogen los formatos tipo de ambas encuestas (Fig. 34,35)

HOSPITALES:

CARACTERÍSTICAS: Número de camas y enumeración de las especialidades:

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil o inhábil.
- Número de ambulancias:

Residuos:

- Alcantarillado: adecuado/no.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: sí/no.
- Funciona adecuadamente el incinerador: sí/no.

Electricidad: Hay 24 horas: si (dispone de generadores)/no.

Agua:

- Problemas de agua potable: si/no.
- Hay laboratorio para testar el agua: si/no.

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí/no/cantidad.
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: si/no.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: si/no.

Sistema de refrigeración: Existe sistema adecuado calefacción/ aire acondicionado: si/no.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: si/no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos:
- Niños < 5 años:

Enfermedades más frecuentes:

- Casos de cardiología:
- Enfermedades respiratorias:

Fig. 34. Encuesta escaneada para recogida de datos sobre hospitales en la provincia de Qadisiya a la llegada de nuestro equipo

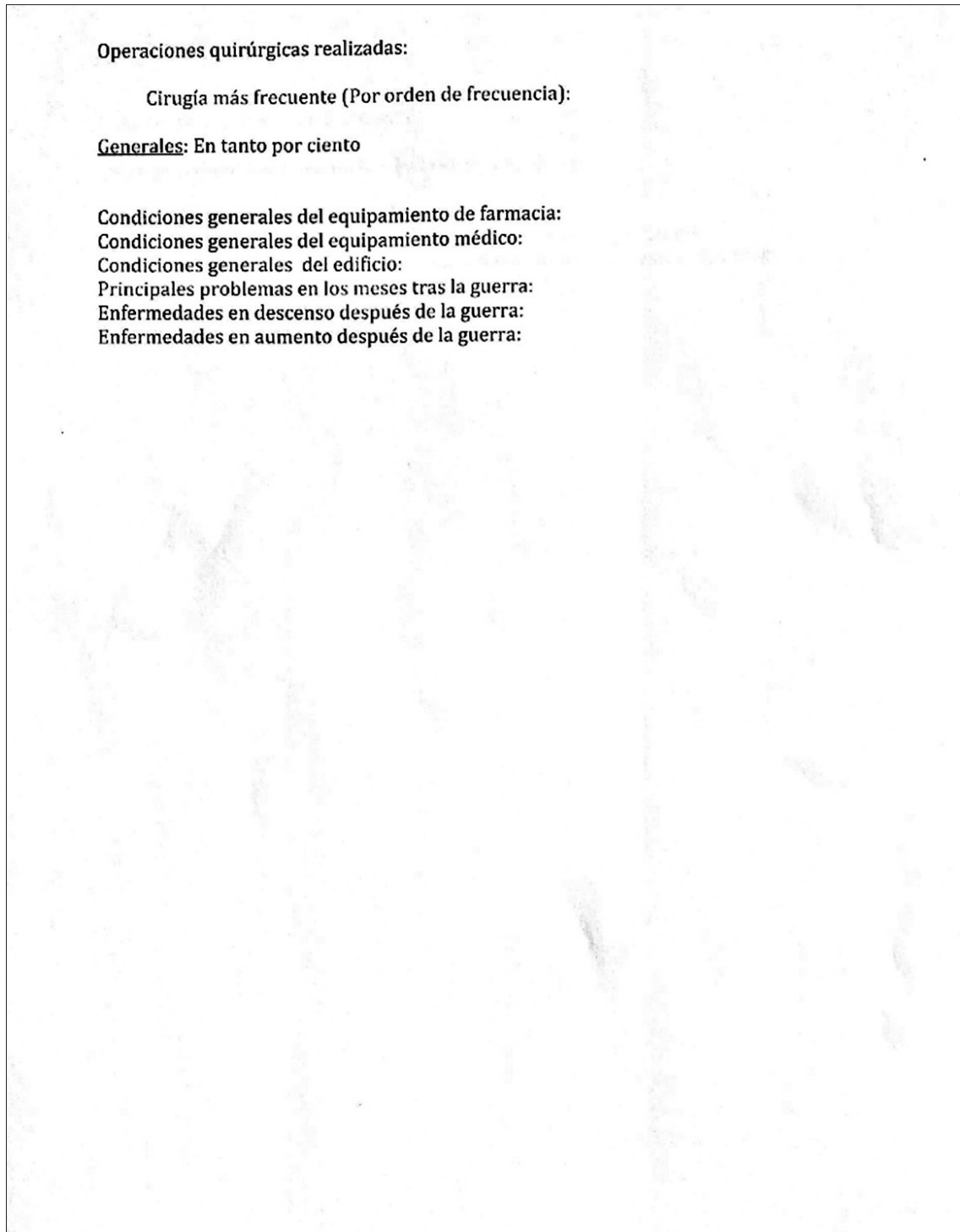


Fig. 34. Encuesta escaneada para recogida de datos sobre hospitales en la provincia de Qadisiya a la llegada de nuestro equipo

CENTROS DE SALUD:

Programas de vacunación existentes:

Programas de educación para la salud existentes: ejemplos,

1. Educación para madres y bebés.
2. Cómo tratar un niño en casa con sintomatología "simple".
3. Cómo esterilizar agua sucia cuando la limpia no está disponible.

Principales enfermedades tratadas:

Fig.35 Encuesta tipo escaneada para recogida de información sobre centros de salud en la provincia de Qadisiya a la llegada de nuestro equipo

2.6. Entrevistas personales

- *Concertadas o “imprevistas”* (fuera de los canales convencionales): todas realizadas en la oficina de trabajo del equipo GST.

Estas reuniones se realizan a solicitud de los interesados para aportar quejas, información que consideran útil sobre irregularidades o denuncias de hechos delictivos en el ámbito sanitario.

Durante el tiempo de misión se atendieron todas las peticiones que hubo en ese sentido, se investigaron todos los hechos denunciados y se tomaron las medidas oportunas para la resolución de irregularidades o carencias. No se grabaron las reuniones y por tanto no se pueden documentar pero su contenido y las acciones que de ellas se derivaron están recogidas en **resultados**.

- *No periódicas*, con diversos responsables de área, ingenieros responsables de proyecto, proveedores o contratistas, para tratar cuestiones relacionadas con el desarrollo de los trabajos de reconstrucción y rehabilitación. Éstas se realizaban de forma continuada al margen de las periódicas con las autoridades.

- Visitas a centros sanitarios de donde se tiene noticia de anomalías y donde se están realizando proyectos para supervisión directa sobre el terreno. Las visitas se realizan generalmente con el ingeniero responsable de la obra, proveedor de suministros y contratista a quien se ha adjudicado el proyecto, y siempre con la presencia conjunta de la autoridad sanitaria responsable en el área en cuestión.

2.7. Informes oficiales con directrices a seguir

De parte de la autoridad provisional (CPA) o de la División Multinacional⁹³.

Los no sujetos a confidencialidad han sido incluidos por una parte, en la **fase preparatoria**, donde se describen nuestra estructura y líneas de trabajo, y por otra en **resultados**.

2.8. Informes CIMIC

La información sanitaria que procede de estos equipos CIMIC (equipos de asuntos civiles pertenecientes a nuestro ejército, BMNPU) en Qadisiya, básicamente corresponde al resultado de la entrega y recogida de la encuesta diseñada por el equipo sobre centros de salud en los cuatro sectores existentes a nivel provincial (Diwaniya, Afak, Hamza y Shamiyah).

En algunas ocasiones se indicó expresamente a estos equipos que contrastasen sobre el terreno la información que nuestro equipo recibía en las reuniones periódicas o entrevistas personales.

Obtuvimos información concreta de las siguientes poblaciones: Ad-Daghghara, Afak, Al-Bedeer, Al-Gammaz, Al-Hamza, Al-Haffar, Al-MOHaweyah, Al-Saalaheyah, Ash-Shafiyah, Ash-Samiyah, Ash-Shaniyah, Ash-Shinafiyah, Jasim Al Muhammad, Sahid Ulaywy y Sumer.

Los informes originales están sometidos a confidencialidad pero el contenido útil para este trabajo y abierto se resume en el apartado resultados.

3. MANEJO DE LOS DATOS:

La elaboración y procesamiento de toda la información se lleva a cabo previa verificación de los datos sobre el terreno y contrastando varias fuentes en la medida de lo posible.

El resultado de toda la información recogida configura el **estudio de área**, elemento fundamental de los **resultados** de nuestro trabajo.

El manejo de los datos recopilados se realizó en base a las siguientes acciones:

3.1. Verificación de la información solicitada

Se llevó a cabo in situ de forma directa por parte de nuestro equipo o a través de miembros de la BMNPU (generalmente los encargados de asuntos civiles, CIMIC, eran quienes verificaban información en puntos alejados de la capital Diwaniya, y en alguna ocasión incluso patrullas de seguridad y reconocimiento operando en la zona de interés).

Material y método

En las figuras 36 y 37 se muestran dos mapas elaborados por las autoridades sanitarias de Diwaniya a petición de nuestro equipo para ayudarnos a estructurar la situación sanitaria real a nuestra llegada.



Fig. 36. Imagen escaneada de mapa original donde se localizan Centros de Salud, Clínicas Privadas y Puestos de Socorro de la media luna roja en la provincia de Qadisiya.

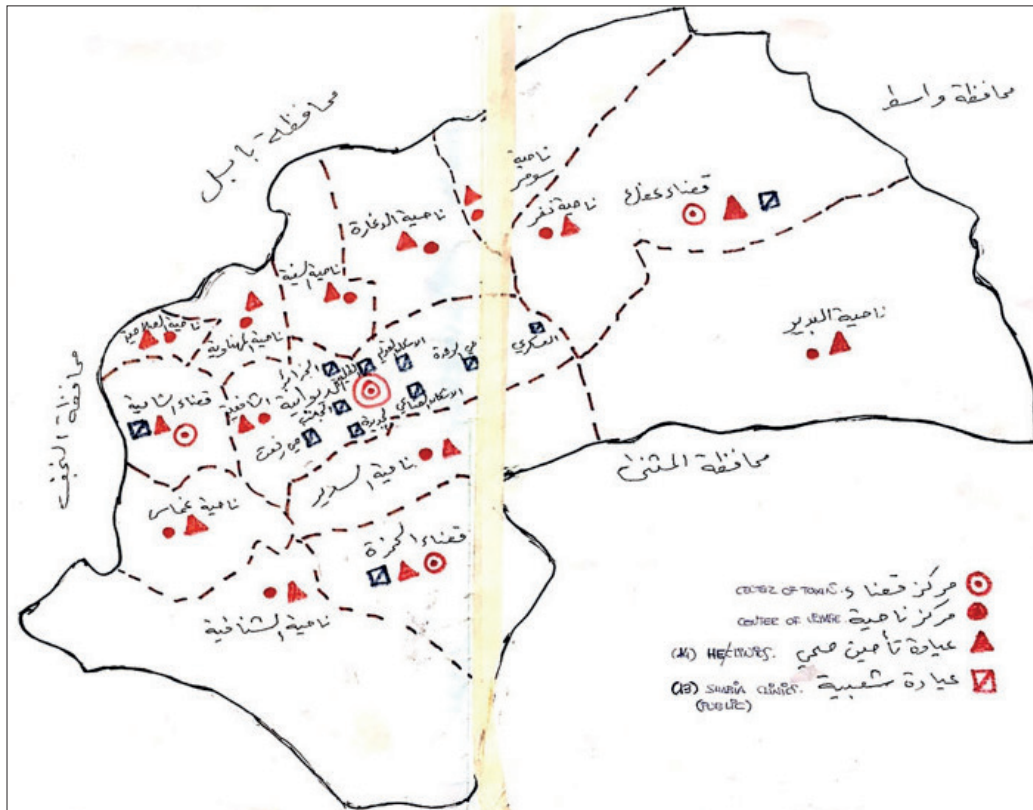


Fig. 37. Imagen escaneada de mapa original donde se localizan Centros de Salud y Clínicas Shabia

3.2. Filtración de la información

Inicialmente se recogió toda la información disponible para componer el estudio de área como punto de partida para elaborar proyectos de mejora. Este estudio es la columna vertebral sobre la que se desarrolla el grueso de nuestro trabajo y se elabora a partir de información oficial verificada sobre el terreno.

El trabajo desarrollado, no obstante, fue siempre algo dinámico, en continua evolución y, nuestra oficina, un lugar abierto donde recogimos peticiones y realizamos entrevistas con todo aquel que nos lo solicitó, actuando de órgano coordinador o enlace con las autoridades sanitarias provinciales para hacerles llegar las diversas peticiones y quejas, y gestionar con ellos la solución.

Toda la información resultante de estas entrevistas era inmediatamente puesta en

conocimiento de las citadas autoridades e iniciados los mecanismos para su verificación y solución de la problemática si resultaba fiable.

3.3. Priorización

Una vez recopilada toda la información oficial la priorización se realizó siempre contando con los responsables de sanidad (tanto de la delegación provincial como de farmacia) y en función de los fondos disponibles a priori para la realización de los proyectos.

3.4. Solicitud de financiación y gestión de fondos

Una vez que las necesidades sanitarias de la provincia fueron determinadas en todos los ámbitos de la Salud Pública la actividad GST se centró principalmente en la elaboración de proyectos de mejora en función de las prioridades establecidas y las capacidades de la misión.

Para el desarrollo de estos proyectos pudimos contar con dos tipos de “soporte” o “asistencia” financiera a nivel oficial:

1. Proveniente del Programa de Respuesta a Emergencias (CERP: “Commander`s Emergency Response Program”) diseñado para las fuerzas de la Coalición Multinacional con intención de proporcionar ayuda a la reconstrucción de Irak EN LO REFERENTE A LAS INFRAESTRUCTURAS DEL PAÍS.
2. La que provenía de la CPA o Autoridad Civil Provisional directamente.

En ambos casos la **justificación** de los proyectos se realizó de forma exhaustiva acorde a unos formularios diseñados para ello y que se muestran a continuación y, una vez autorizados y adjudicados los fondos, la Monitorización continua del desarrollo de los proyectos aprobados llevada a cabo por cada uno de los GST responsables de área, transmitiendo la información pertinente a la Máxima Autoridad de forma continuada⁹⁴.

Además de los recursos oficiales y como en todos los casos múltiples empresas donantes, donantes anónimos, colegios, ONGs, Instituciones... enviaron toneladas de ayuda humanitaria al país durante el desarrollo de la misión, ayuda que fue gestionada

en múltiples escalones a diferentes niveles dentro de las estructuras cívico-militares en función de la entidad receptora, siendo a su vez distribuida ampliamente por todo el país.

Dentro de las áreas donde se establecieron objetivos prioritarios podemos destacar:

- Estructuras para salubridad del agua.
- Producción y distribución de alimentos.
- Agricultura.
- Generación y distribución de electricidad.
- Salud Pública / Sanidad.
- Educación.
- Telecomunicaciones.
- Mejoras Jurídicas.
- Sistemas de riego.
- Instalaciones Culturales.
- Transporte público.

Se establecieron también los “proyectos”, “acciones” NO AUTORIZADAS:

- Todo lo que directa o indirectamente beneficiase a las fuerzas de la coalición de forma personal.
- Proyectos de entretenimiento.
- Compra-venta de armamento y munición
- Establecimiento de programas de recompensa.
- Duplicar servicios disponibles en los Gobiernos Municipales.
- Apoyo a negocios privados.
- Pago de salarios.

A continuación se muestran los dos formularios a nuestra disposición para la solicitud de fondos que fueron utilizados (en su versión anglosajona) para todos y cada uno de

Material y método

los proyectos que llevamos a cabo. Todo se realizó según los trámites y requerimientos oficialmente establecidos para ello que son detallados en los dos formularios referidos.

El primero corresponde a un formato de concesión más ágil, utilizado fundamentalmente para proyectos de poca envergadura principalmente financiados por el Gobierno Español o en su defecto por la División Multinacional.

El segundo (que sirvió también de soporte para diseñar el anterior) se utilizó para proyectos de desarrollo a medio plazo y mayor cuantía económica donde tanto los trámites administrativos como los requisitos necesarios para su concesión son necesariamente más complejos tal y como se especifica en el formato.

Los formatos originales se muestran (Fig. 38 y 39) escaneados posteriormente a las traducciones.

FORMATO PARA PROYECTO CIMIC DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1. TÍTULO DEL PROYECTO:
2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO (ciudad, provincia, coordenadas)
3. INICIADOR DEL PROYECTO
4. TIPO DE PROYECTO:
 - Carreteras y puentes.
 - Reparación de edificios públicos
 - Restablecimiento de suministro de agua.
 - Restablecimiento de calefacción.
 - Restablecimiento de sistema de alcantarillado.
 - Restablecimiento del suministro eléctrico.
 - Restablecimiento de las comunicaciones telefónicas.
 - Salud y Atención sanitaria.
 - Transporte.
 - Medio ambiente.
 - Realojo.
 - Desminado.
5. PRIORIDAD:
 - I, II ó III
6. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Descripción completa del proyecto que estamos dirigiendo y objetivo del programa. Incorporar datos de asesoramiento si existen y adjuntar documentación. Indicar si el proyecto forma parte de otro mayor o si se han invertido fondos previamente en él.
7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROYECTO. ALCANCE DEL TRABAJO Y ESTIMACIÓN DE FONDOS: Detallar lo máximo posible.
8. INFLUENCIA/JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO: Posible efecto del proyecto en la vida y trabajo de las tropas en el área donde éste se va a desarrollar. Justificar por qué es importante para la autoridad provisional (CPA) afrontar este problema ahora y el impacto potencial de apoyarlo.

9. SEGURIDAD DEL ENTORNO DEL PROYECTO: Descripción de los elementos de seguridad en el área donde se planea realizar el proyecto.
10. DURACIÓN ESTIMADA DEL PROYECTO:
11. NEGOCIACIONES/COORDINACIÓN: Describir el grado de implicación de la parte Iraquí. Identificar otras ayudas como agencias de Naciones Unidas u Organizaciones no gubernamentales, y si se han observado otras entidades financiadoras, identificar el estado de su contribución.
12. EJECUCIÓN DEL PROYECTO: Describir el mecanismo para llevarlo a cabo, ejemplo: contrato, donación o desembolso de fondos procedentes del Ministerio Iraquí. Describir el mecanismo de seguimiento de la ejecución del proyecto. Describir el cronograma del proyecto. Entregarlo a las autoridades locales.
13. CONTACTO: Nombre, Número de teléfono y dirección de correo electrónico.

FORMAT FOR CIMIC PROJECT DESCRIPTION PROJECT NOMINATION

1. PROJECT TITLE:
2. LOCATION OF PROJECT (City, Province, GRID):
3. PROJECT INITIATOR:
4. TYPE OF PROJECT:
 - Roads and bridges
 - Repair of public buildings
 - Re-establishment of water supply
 - Re-establishment of heating system
 - Re-establishment of sewerage system
 - Re-establishment of electricity supply
 - Re-establishment of telephone connection
 - Health area medical clinics
 - Transportation
 - Environment
 - Re-housing
 - Mine clearing
5. PRIORITY:
 - I,II or III
6. PURPOSE OF PROJECT: Fully describe the problem/issues you are addressing and objective of the program. If there is assessment data, please incorporate and attach documentation. If this request is part of a larger project or funding plan or if there has been funding spent previously on this project, please indicate.
7. DETAILED DESCRIPTION OF PROJECT.SCOPE OF WORK AND ESTIMATION OF FUNDS. Detailed as much as possible.
8. INFLUENCE OF PROJECT/JUSTIFICATION: How the project will effect on situation of life and execution of troops in project area. Justify why it is important for CPA to address the problem now and the potential impact of not supporting the project.

9. SECURITY FOR PROJECT SITE: Description of security assets in planned area of project.
10. ESTIMATED DURATION OF THE PROJECT:
11. NEGOTIATIONS / COORDINATION: Describe the involvement of Iraqi counterpart. Identify other implementing partners, such UN agencies, NGOs, and if you have sought other funding contributions, identify the status of the contribution.
12. PROJECT IMPLEMENTATION: Describe the mechanism for implementation – i.e., contract, grant, or via disbursement of funds to Iraqi ministry, etc. Describe the mechanism for MOHitoring project implementation. Describe the project timeline. Hand over to local authorities.
13. POC Name, Phone number, and E-Mail Address:

Fig. 38 Impreso original para la solicitud de proyectos a nivel BMNPU o División Multinacional (autoridades militares)

INSTRUCCIONES DE LA CPA PARA ENTREGAR LOS FONDOS SOLICITADOS

El Panel de Revisión del Programa ha asignado una carpeta en Outlook's Public Folders, donde están disponibles todos los documentos para su descarga. La carpeta contiene habitualmente una visión de conjunto del Proceso de Concesión, el Formulario de Solicitud de Fondos e Instrucciones y pronto contendrá una plantilla de rastreo de las solicitudes de fondos de tal forma que se podamos ver su estado.

1. Todas las solicitudes de fondos deben ser entregadas según el formulario "Funding Request Form" de la CPA (PRB 01). Original disponible en Listado de Anexos.
2. Entregar una versión electrónica del formulario completado vía correo electrónico a la dirección del "Panel de Revisión del Programa" en el sistema Outlook. La copia electrónica iniciará el proceso.
3. Repartir una copia firmada del formulario completo, junto con los anexos, al buzón del "Panel de Revisión del Programa" localizado en la Secretaría Ejecutiva.
4. Por favor, adjuntar la documentación necesaria al original. Para grandes contratos, por favor entregar presupuestos y documentos de planeamiento.

Instrucciones previas a solicitud:

1. Rellenar todos los apartados del formulario de la forma más completa posible.
2. Enviar una copia del formulario completo firmada junto con la documentación adjunta y los presupuestos a la oficina del panel de revisión del programa (PRB: Program Review Board).
3. Para cualquier pregunta relativa a este proceso consultar al personal del PRB.

Instrucciones para solicitud:

1. **Solicitante y datos del proyecto:** El solicitante debe completar y firmar en el formulario original. El receptor en el PRB completará el formulario y responderá la petición.

2. **Categoría del proyecto:** Identificar la categoría o sub-categoría del proyecto e indicarla.
3. **Fuentes y Programas de obtención de fondos propuestos:** El PRB hará recomendaciones sobre las fuentes de obtención de fondos al administrador basándose en la disponibilidad de los mismos y los requerimientos temprales.
4. **Supervisión y Monitorización del proyectos:** El solicitante debe identificar una persona responsable para estos cometidos.
5. **Acreditaciones:** Indicar con quién se ha realizado la acreditación de la petición de fondos. La solicitud puede ser demorada si las acreditaciones no son apropiadas.
6. **Descripción del Programa:**

Cuanto mejor sea la descripción del programa, más rápido se procederá con el proceso de financiación; A mayor cuantía de los fondos solicitados, mayor será la justificación requerida. Las peticiones serán devueltas si la información o la justificación son insuficientes o hay falta de coordinación. Las peticiones deben reflejar todos los aspectos del proyecto (bienes, servicios, etc). La justificación no tiene que ser necesariamente extensa, debe contener los siguientes aspectos:

1. **Propósito/Objetivo:** Descripción completa del problema/aspectos que estamos planteando y objetivo del programa. Si existen datos de asesoramiento, por favor incorporar y adjuntar documentación. Por favor indicar si la petición es parte de un proyecto mayor o de un plan de financiación o si se han invertido fondos previamente en él.
2. **Justificación:** Justificar por qué es importante para la Autoridad Provisional afrontar el problema ahora y el impacto potencial de apoyar este proyecto. Los requerimientos de fondos del Ministerio generalmente deberían estar incluidos en los presupuestos nacionales que están en desarrollo actualmente, por tanto es necesario justificar por qué el proyecto debería ser financiado previamente a dichos presupuestos.

3. Coordinación: Demostrar que se tiene perfectamente coordinado el proyecto con todos los intervinientes necesarios. Describir la implicación de nuestro homólogo Iraquí en la identificación de los proyectos, su diseño y ejecución. Identificar otros contribuyentes y su grado de contribución (donantes, agencias de Naciones Unidas, ONGS etc.).
4. Bienes y Productos: Para identificar y conseguir los productos, incluyendo los precios de transporte, cantidad, dónde serán recogidos si se sabe (ejemplo: mercados locales, importación...), y cómo se introducirán en el país junto con el coste estimado de ello si estos datos están disponibles.

Incluir un presupuesto completo para los fondos requeridos incluyendo bienes, servicios y una estimación de número de empleados con sus salarios (salarios acordes con los aprobados por la CPA en agosto de 2003 siguiendo la "Salary Rate Scale").

Describir cómo se producirá el mantenimiento del proyecto una vez completado y los futuros costes asociados al mismo incluyendo costes de mantenimiento y operatividad.

5. Ejecución del Proyecto: Describir el mecanismo para llevar a cabo el proyecto, el mecanismo para vigilar el desarrollo y el cronograma.

CPA INSTRUCTIONS FOR SUBMITTING FUNDING REQUEST

The Program Review Board has established a folder in Outlook's Public Folders, where all documents are available for downloading. The folder currently holds an overview of the Allocation Process, Funding Request Form and Instructions and will soon contain a tracking matrix of funding requests so that you can view the status.

1. **All** funding requests must be submitted on a CPA Funding Request Form (PRB 01).
2. Submit an electronic version of the completed form via email to the "Program Review Board" address on the Outlook system. The electronic copy will initiate the process.
3. Deliver a signed hard copy of the completed form, along with any attachments, to the Program Review Board's mailbox located by the Executive Secretariat.
4. Please attach supporting documentation to the original, hard copy. For large contracts, please submit cost proposals and planning documents.

Program Description

The better the program description, the more quickly it will proceed through the funding process; the greater the funding request, the stronger justification required. Requests may be returned due to insufficient information, justification or lack of coordination. The request must address all aspects of the project (goods, services, etc). Your justification need not be long, however, it must address the following issues:

1. **Purpose/Objective:** Fully describe the problem/issues you are addressing and the objective of the program. If there is assessment data, please incorporate and attach documentation. If this request is part of a larger project or funding plan or if there has been funding spent previously on this project, please indicate.
2. **Justification:** Justify why it is important for the CPA to address the problem now and the potential impact of not supporting the project. Ministry funding requirements generally should be addressed in the national budget which is being developed and your justification should address why the project should be funded prior to the budget.
3. **Coordination:** Demonstrate that you have fully coordinated the project with all of the necessary players – i.e. if this is a construction project, mention that you have coordinated with USAID and US Corps of Engineers. Describe the involvement of your Iraqi counterpart. Identify other implementing partners, such as UN agencies, NGOs, and if you have sought other funding contributors, identify the status of the contribution.
4. **Goods and Commodities:** For purchase of goods, identify the goods, price including transportation costs, quantity, where they will be purchased if known (i.e. local market, import), and how they will be brought into the country and attach cost estimates, if available.
5. **Project Implementation:** Describe the mechanism for implementation – i.e., contract, grant, or via disbursement of funds to Iraqi ministry, etc. Describe the mechanism for monitoring project implementation. Describe the project timeline.

If you have questions regarding this process, please contact the Program Coordination Office

Fig. 39 | Impreso de solicitud de fondos a la autoridad civil provisional (CPA)

CPA FUNDING REQUEST

| | |
|---|---|
| PRB No: (PRB Staff to Assign) | Project Name: Med0 |
| Date of Request: | Date Required: |
| Name of Requester: | Signature: |
| CPA Office/Unit: GC-Ad Diwaniyah | POC/Person Completing Form: Cpt. Alicia Muñoz |
| Amount of Request: | DSN/Cell Phone: 580-2610 |
| Project Location: Al Qadisiyah (Region) | Email Address: gstdiwaniyahhealth@yahoo.es |

I.

Project Category (check all that apply):

Project Category (check all that apply):

| | | |
|--|--|--|
| Reconstruction <input type="checkbox"/> | Health <input checked="" type="checkbox"/> | Salaries <input type="checkbox"/> |
| Humanitarian <input type="checkbox"/> | Transportation <input type="checkbox"/> | Pensions <input type="checkbox"/> |
| Food Distribution <input type="checkbox"/> | Economic Programs <input type="checkbox"/> | Budget/Ops. Support <input type="checkbox"/> |
| Water/Sewer <input type="checkbox"/> | Education <input type="checkbox"/> | Other Public Services <input type="checkbox"/> |
| Electricity <input type="checkbox"/> | Ministry <input type="checkbox"/> | Social Programs <input type="checkbox"/> |
| Rule of Law/Govern. <input type="checkbox"/> | Police/ Security <input type="checkbox"/> | Cultural Programs <input type="checkbox"/> |
| Div. Commanders <input type="checkbox"/> | Brig. Commanders <input type="checkbox"/> | Regional Dir. <input type="checkbox"/> |
| Fund <input type="checkbox"/> | Fund <input type="checkbox"/> | Fund <input type="checkbox"/> |
| Construction Initiative <input type="checkbox"/> | | |

| | |
|--|--|
| <p>2. Proposed Funding Source: (PRB Staff Only)</p> <p>Vested Assets <input type="checkbox"/></p> <p>Seized Assets <input type="checkbox"/></p> <p>Appropriated Funds <input type="checkbox"/></p> <p>Iraqi Development Fund <input type="checkbox"/></p> | <p>3. Funding Data:</p> <p>Bank Account Details: _____ or _____</p> <p>Name/Title of Iraqi Receiving Disbursement: _____</p> <p>CPA Rep/Unit Responsible for Oversight: _____</p> <p>Engineering Oversight Assigned to: _____</p> <p>Name of Certifying Official: _____</p> |
|--|--|

4. Clearances: Please indicate you have obtained appropriate clearances, as applicable. (Note: If that coordination cannot be done at the regional level, it will be done by PRC.)

Regional Coordinator: Yes No Name: _____

Ministry Senior Advisor: Yes No Name: _____

Office Director/Unit Commander: Yes No Name: _____

Reconstruction/USAID: Yes No Name: _____

International Coordination Council: Yes No Name: _____

Others: _____

Program Staff Use Only

| | |
|-----------------------------------|---|
| Date Request Received: mm/dd/yyyy | Form Complete: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Disposition: _____ | |

| |
|--|
| Date Request Submitted to Program Review Committee: mm/dd/yyyy |
| Disposition: _____ |

| |
|--|
| Date Request Submitted to Program Review Board: mm/dd/yyyy |
|--|

Form PRB-01 ver. 6/19/03

Fig. 39 II Impreso de solicitud de fondos a la autoridad civil provisional (CPA)

| |
|--|
| Disposition: |
| Date Request Returned to Requester/Submitted to Comptroller: mm/dd/yyyy Disposition (including expenditure authorized): |
| Description of Program or Goods To Be Purchased – Please See Above Instructions |
| Purpose/Objective: |
| Justification: Coordination: Ministry of Health, Al Qadisiyah Province Multi-National Brigade Plus Ultra, Ad Diwaniyah (Spanish command) |
| Goods and Commodities: |
| Project Implementation: Contract |
| 1. STATEMENT OF WORK AND TECHNICAL SPECIFICATONS: See Attached budgets. |
| 2. SCOPE OF WORK: See attached budgets. |
| 3. LOCATION OF WORK: General Hospital of Diwaniya. |
| 4. BID FORM-LIST OF MATERIALS IN PLACE: see attached budgets. |
| 5. ENGINEER MATERIALS TECHNICAL SPECIFICATIONS: All materials used in this project shall be new (not previously used, recycled or repaired), and the best quality of material that is available. |

Fig. 39 III Impreso de solicitud de fondos a la autoridad civil provisional (CPA)

3.5. Coordinación de intervinientes

La coordinación es llevada a cabo íntegramente por nuestro equipo. Ejercemos de enlace entre las autoridades sanitarias y de farmacia con

- Las demandas particulares o de pequeños colectivos que llegan a nuestra oficina mediante entrevistas personales
- Los diferentes contratistas que se ofrecen para la realización de los proyectos
- Medios de financiación necesarios para la reconstrucción y rehabilitación sanitarias

También somos el enlace en Z.O. entre la población civil , autoridades sanitarias y sus necesidades en el área de salud y nuestros superiores tanto militares (BMNPU bajo mando español y División Multinacional bajo mando polaco) como civiles (CPA).

Seguimos y cumplimos las directrices para sanidad que la CPA y División Multinacional nos dictan desde el Cuartel General de la región sur-este en Al-Hillah.

3.6. Supervisión de desarrollo de proyectos

Se realiza supervisión periódica de los proyectos en marcha, se mantienen reuniones frecuentes con los contratistas encargados y se inspeccionan las obras (siempre en compañía del responsable del área sanitaria a la que va dirigida el proyecto, el contratista y el ingeniero jefe de obra, así como el encargado de infraestructuras del equipo GST)

Se inspecciona el material recibido en hospitales y otros centros y el material sanitario junto con los directores de hospital o responsables del departamento de farmacia.

E. RESULTADOS

1. ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a. Datos relevantes sobre su historia

El territorio que hoy conocemos como Irak ha sido ocupado a lo largo de los siglos por muy diferentes pueblos que han ido configurando su particular idiosincrasia. Constituye uno de los primeros asentamientos humanos más antiguos del que se tenga conocimiento. Se conoce como Irak a la zona de Oriente Próximo ubicada entre los ríos Tigris y Éufrates constituyendo aquí la cuna de la primera civilización conocida.

La historia escrita comenzó en los *Sumerios* (pueblo de origen desconocido) en los años 3000 y 2000 a.C. , seguidos por el pueblo de origen semita *Akadios*, que junto con los *Babilonios* a continuación, serían los responsables de unificar Mesopotamia bajo un mismo mandato estableciendo ya la capital en Akkad, posteriormente llamada Babilonia, que se convertiría en el principal centro de comercio de oriente próximo bajo el reinado de Hamurabi, perteneciente al pueblo *Amorreo* (de origen también semita). Las leyes sumerias, babilonias y amorritas fueron recopiladas en el Código de Hammurabi (1750-1792 a.C.)

A continuación, en los años comprendidos entre 1200-612 a.C., el pueblo *Asirio* fue protagonista de uno de los acontecimientos históricos más relevantes de esta zona: la primera diáspora. La segunda (en este caso hacia Babilonia tras la conquista de Judea) tendría lugar tan solo un siglo después a expensas del siguiente pueblo que dominaría el mismo territorio entre 612 y 539 a.C., los *Caldeos babilonios* o *Neo-babilonios*. Nabucodonosor II y sus sucesores reconstruyeron la ciudad-estado de Babilonia. A Nabucodonosor también se atribuyó también la conquista de Jerusalem en este siglo VI a.C.

Persas, Griegos y Macedonios conquistarían después el territorio (entre 539 y 170 a.C.), anexionando éstos últimos Mesopotamia al impero de Alejandro Magno (que falleció en Babilonia). Fueron años de expansión de la cultura griega en la zona. Posteriormente y hasta el 224 d.C. la zona fue ocupada por un pueblo de origen persa, los *Partos*.

Los *Árabes* llegarían a Irak en el 634 d.C. para permanecer allí 600 años, que constituyen la “**edad de oro**” de su cultura y su imperio. Destaca hoy, entre otras, la batalla de Kerbala (680) que se continúa rememorando. La fundación de Bagdad tuvo lugar en 762 donde el Califa (de origen abasida) era el Jefe de Estado y la ciudad se convirtió en la capital cultural y política del mundo árabe. Se consolidaba así un nuevo grupo étnico y nuevo lenguaje: el árabe, y una nueva fé: el Islam. En este momento *Turcos* y *Persas* compartían con los árabes el “dominio” de Oriente.

A este cuadro histórico en que se dibuja Irak como un país conquistado en múltiples ocasiones por muy diversas etnias de orígenes muy dispares, es importante añadir la compleja división religiosa entre las dos ramas principales del islam que en gran medida condicionará los conflictos internos e internacionales sufridos por este país a lo largo del siglo pasado y el actual siglo XXI. Los Safavids (rama Chíí del islam predominante en Irán en la actualidad) se hicieron con el poder en 1508 tomando el control de las ciudades sagradas de Ad Najaf y Karbala, hasta que en 1534 los *Otomanos* (turcos suníes) tomaron el poder e instauraron la segunda rama (rama suní) que se mantuvo como predominante hasta 1623 en que los *Persas* volvieron al predominio chíí hasta el final de su dominación 15 años más tarde en 1638 donde los *Otomanos* recuperaron de nuevo el poder y volvieron a convertir el país en mayoritariamente suní permaneciendo esta dominancia durante tres siglos más hasta 1918.

Tras un periodo de invasión y dominio *mongol* entre 1258 y 1355 d.C. llegó más de un siglo de anarquía en que el territorio regresó al gobierno tribal a expensas de los Jefes locales. Entre finales del siglo XIV y principios del XV la federación Kara Koyunlu gobernó el actual Irak y en el siglo XVI la mayor parte del territorio pasó al control del Imperio *Otomano*, siendo durante la mayor parte de la dominación otomana (1533-1918) zona de batalla entre los imperios rivales regionales y alianzas tribales.

A finales de la Primera Guerra Mundial Irak quedó bajo mandato británico siendo su

Jefe de Estado (al igual que en la entonces Transjordania) un miembro de la familia Hachemita, Faysal I (hermano del monarca transjordano). El régimen instituido correspondía a una monarquía constitucional que se mantuvo hasta 1941, año en que, en plena Segunda Guerra Mundial, Rashid Ali, por aquel entonces Primer Ministro, encabezó un golpe de estado (con apoyo de Alemania) que fue frenado por el Reino Unido invadiendo el país y restableciendo la situación previa.

Tras la Segunda Guerra Mundial en 1945 Irak se unió a la Organización de Naciones Unidas y se convirtió en miembro fundador de la Liga Árabe. En 1956 se firmó el Pacto de Bagdad que convertía a Irak, Turquía, Irán, Pakistán y el Reino Unido en aliados, estableciéndose la sede central de esta entidad en Bagdad.

Sólo dos años después en 1958 el general Abdul Karim Qasi, tomaba el poder en el país tras un golpe de estado en el que fueron asesinados el rey Faysal II y el Primer Ministro Nuri as-Said.

Este nuevo gobierno llevó a cabo importantes reformas:

- Se promulgó una nueva Constitución provisional definiendo a Irak como “*República independiente plenamente soberana*” donde se reconoce la “hermandad” con los Kurdos compartiendo la misma patria y los mismos derechos.
- Se denunció el Pacto de Bagdad a nivel internacional alcanzándose importantes acuerdos estratégicos con la URSS y se comenzó a definir el alineamiento anti-occidental.

Se produjeron algunos levantamientos contra Qasim e incluso un atentado (en el que participa un muy joven Saddam Hussein). Los *Kurdos* (de mayoría cristiana) oprimidos por la fuerte política de arabización a la que les somete el gobierno de Qasim, se sublevaron en 1961 comenzando una guerra civil. En este escenario hay que comenzar a mencionar ya al partido socialista árabe Baaz que va cobrando cada vez más protagonismo.

En febrero de 1963 Qasim fue asesinado y el partido Baaz representado en el general Ahmad Hasan al-Bakr como Primer Ministro y el coronel Abdul Salam Arif como Presidente, tomó el poder. Tan solo nueve meses más tarde Arif lideró un golpe de estado

que derrocó al gobierno Baaz y 5 años después el poder volvió a manos del partido tras un nuevo golpe de estado. En julio de 1979 el general renunció al cargo y nombró sucesor a Saddam Hussein que asumiría el gobierno (esta vez de forma ininterrumpida) hasta la invasión del país en 2003.

Durante el mandato de Sadam destacamos como acontecimientos más relevantes:

1. La guerra entre Irán e Irak comprendida entre 1980 y 1988 durante la cual Irak trató de recuperar los territorios anexionados a Irán por el Imperio Británico tras la Primera Guerra Mundial. Con el apoyo de EEUU y sus aliados occidentales, Irak, finalmente se proclamó vencedor tras ocho años de un conflicto devastador. Durante estos años tiene lugar también una intensa rebelión de los kurdos en el norte del país reprimida contundentemente con un ataque masivo contra la ciudad kurda de Halabja (perpetrado con armas químicas) dirigido mayoritariamente contra la población civil.
2. En 1990 Irak invadió Kuwait, ante lo cual una coalición liderada por los Estados Unidos, de acuerdo con las resoluciones de la ONU, expulsó el ejército Iraquí en febrero de 1991. Este acontecimiento fue denominado la “Segunda guerra del golfo” para diferenciarla de la de Irán-Irak y de la posterior invasión sobre Irak en 2003. Tras esta guerra y las sanciones correspondientes por parte de la ONU, según las resoluciones de su Consejo de Seguridad, se exigió al régimen que entregase las armas de destrucción masiva y cancelase su programa de reconstrucción nuclear sometiéndose a las correspondientes inspecciones llevadas a cabo por este organismo. El gobierno Iraquí cooperó inicialmente con los inspectores pero hacia 1998 impidió a los inspectores continuar realizando su labor.

Es importante resaltar el programa de la ONU “**Petróleo por Alimentos**” que hizo posible que aún a pesar de las sanciones impuestas a nivel internacional se permitiese al país exportar cantidades ilimitadas de petróleo para comprar alimentos, medicinas y equipos de ayuda humanitaria e infraestructura así como de todo lo que se considerase necesario para el apoyo a la población civil.

3. El 19 de marzo de 2003 una coalición compuesta por Reino Unido, Australia, Polonia, Italia, España, Filipinas, El Salvador, Kazajistán y República Dominicana con Estados Unidos a la cabeza inició la invasión de Irak que finalmente culminaría con la caída del gobierno de Sadam el 9 de abril del mismo año. El 13 de diciembre S. Hussein fue capturado y 2 años después (2005) se celebraban las primeras elecciones en cinco décadas en el país para legitimar el nuevo gobierno. Resultado de éstas se instauró un gobierno chií (Partido Islámico Dawa) dirigido, en la figura de Primer Ministro: Al Maliki que ha permanecido en el poder dos legislaturas de cuatro años por elección democrática (aún a pesar de las continuas acusaciones de sectarismo, autoritarismo y corrupción que han pesado sobre él durante todo este tiempo).

El 8 de septiembre de 2014 es relevado en el cargo por otro miembro de su mismo partido: Haider al-Abadi. Las primeras elecciones permitieron elegir una Asamblea Nacional Constituyente que, meses después, aprobaría una nueva Constitución. Ello convertía a Irak en una República Democrática Parlamentaria Federal e Islámica (la segunda en Oriente Medio tras la egipcia de 1925).

Los años siguientes a la invasión hasta nuestros días han estado marcados por una situación socio-político-religiosa altamente inestable. Clima de inestabilidad marcado primordialmente por el ancestral enfrentamiento entre las dos ramas mayoritarias del islam, suní (partidarios de Sadam, hoy minoría que conforma el núcleo más numeroso de “resistencia” al régimen, apoyados por Arabia Saudí y otros países del Golfo Pérsico) y chií (rama del islam de influencia mayoritaria en el vecino país Irán, motivo por el cual las **relaciones con Teherán son excepcionales y puede considerarse a Irán el gran vencedor político de la guerra de Irak** ⁹⁵).

Otro de los motivos para la inestable situación de Irak es la resistencia de un sector del pueblo Iraquí a la permanencia e influencia de las tropas de ocupación (la retirada de las tropas estadounidenses del país se produjo en diciembre de 2011. Grupos originados en el exterior reclutan Iraquíes para conseguir sus intereses a nivel internacional, como

Al Qaeda (facción islamista radical suní) o Estado Islámico (EI: rama mesopotámica de Al Qaeda). La situación se traduce en continuos atentados protagonizados por la insurgencia revolucionaria iraquí (suníes partidarios de Sadam) y por las acciones de Al Qaeda o EI sobre territorio. El país se ha rendido a un estado de violencia permanente donde cuando se habla de “reducción del número de víctimas” nos referimos a los 44, 54 o 49 muertos que se registraron en Bagdad entre los meses de marzo y mayo del 2012, tan sólo como ejemplo en cifras de la situación que se vive habitualmente en una de las provincias del país que se consideran más violentas.

Dentro de este “maremágnum” de luchas por el poder y el control del país post-invasión no hay que olvidar el pueblo kurdo que también de forma ancestral es uno de los principales escollos a los que ha de enfrentarse cualquier gobierno. Desde el periodo inmediato post-invasión la pugna entre chiíes y kurdos fue una constante. Actualmente los chiíes son los controladores del Gobierno de las 18 provincias que componen el territorio centralizado en Bagdad y los kurdos (etnia mayoritaria en tres de las provincias del norte) gozan desde 2003 de la mayor autonomía que se haya vivido nunca en esta zona del país.

En junio del 2014 el grupo yihadista Estado Islámico de Irak y el Levante (EIL) lanzó una exitosa ofensiva contra las fuerzas militares del corrupto y sectario Gobierno chií de Al Maliki que se ha visto forzado a pedir ayuda a sus aliados exteriores, EE.UU e Irán. El único poder militar sólido frente a los integristas parece ser el de los kurdos del norte. Las fuerzas gubernamentales, apoyadas por milicias chiíes e iraníes han recuperado en abril de 2015 la ciudad de Tikrit, pero Mosul sigue en manos yihadistas. En junio de 2016 las fuerzas gubernamentales han recuperado parte de la ciudad de Faluya y prosiguen su ofensiva⁹⁵.

Desde hace unos 3 años el terrorismo que se produce en Siria e Irak responde a un *fenómeno único*, el protagonizado por el Estado Islámico (EI, ISIS en siglas anglosajonas o Dáesh en árabe) que se escinde de Al Qaeda, sus orígenes, tras recibir órdenes de retirarse de territorio sirio. El continúa imponiéndose en el terreno político, social, religioso y “militar”. En junio de 2014 el dirigente yihadista Abu Bakr Al Bagdadi pronuncia un sermón en la mezquita principal de Mosul (Irak) proclamando el califato en todo el territorio bajo

el control de Dáesh en ese momento (gran parte del territorio sirio y del norte de Irak). Por primera vez desde mediados del siglo XIII se vuelve a tratar de reunir a los árabes bajo un único liderazgo que aglutina los poderes religioso, militar y político en una misma persona, el Califa, sucesor del profeta Mahoma para el islam. Según afirma el historiador sirio Sami Moubayed para la agencia EFE los aliados contra EI (Estado Islámico) *“matan a sus combatientes pero no matan sus pensamientos”*⁹⁶.

En esta misma línea de pensamiento la periodista italiana Loretta Napoleoni (una de las mayores expertas en terrorismo internacional y especialmente en sus fuentes de financiación) afirma que *“si el EI no fuera un estado, si sólo fuera un grupo armado, mucha gente no abandonaría sus hogares ni sus lugares de origen para engrosar sus filas”, “uno no se va para ser un terrorista; se va para ser un patriota”, “EI es un estado, Al Qaeda nunca lo fue”*. Todo ello, apoyado por una ofensiva propagandística sin precedentes a través de Internet y redes sociales, *“el arma más importante del EI”*⁹⁷.

Otra opinión de gran envergadura desde el punto de vista internacional es la del ex director adjunto de la CIA Michael Morell que califica al EI de: *“el grupo terrorista más peligroso al que nos hemos enfrentado”* cuya ideología radical califica como mucho más expansiva que Al Qaeda⁹⁸.

Un indiscutible “protagonista” en el entorno de Oriente Medio pasa a lo largo del último año a ocupar un lugar muy destacado en clara relación con los acontecimientos anteriormente detallados, la “resurgida” República Islámica iraní. Ambas mantienen una pugna por el poder en la región pero es Irán (previa liberación del bloqueo internacional por su programa nuclear) en enero de este mismo año (2016), la elegida como aliada del mundo occidental en la lucha contra EI en Irak y Siria donde se está consiguiendo (junto con el apoyo de Rusia) expulsar a este estado terrorista de la mayor parte de los lugares ocupados desde 2014.

A continuación se muestra (Fig. 40) el mapa de los principales territorios de acción de Estado Islámico en la actualidad, destacando Raqa (Siria) como ubicación de la capital del *Califato* y Mosul (Irak) como ciudad especialmente relevante todavía bajo su dominio.

EXPANSIÓN DEL EI EN SIRIA E IRAK

● Ciudades y áreas controladas o atacadas frecuentemente por el Estado Islámico (EI)

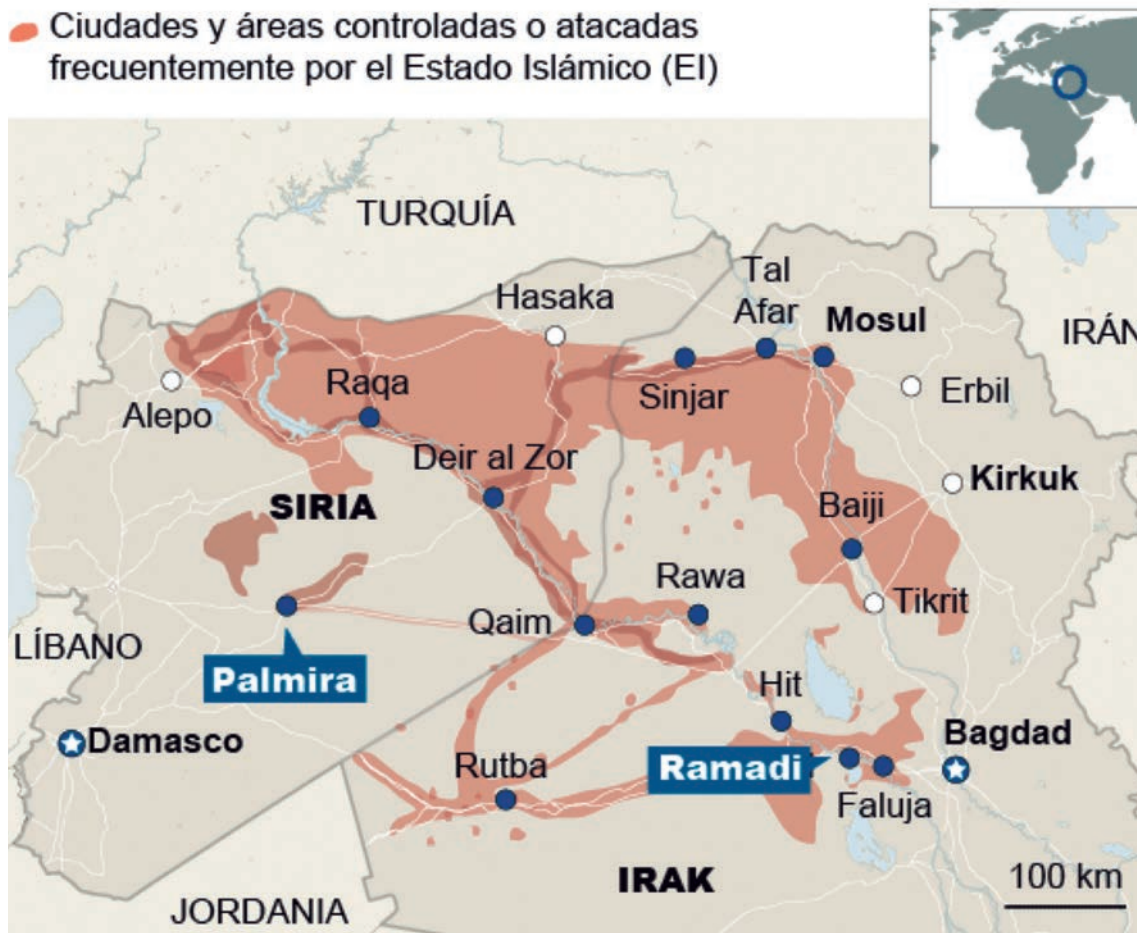


Figura 40. Fuente: Instituto de la Guerra

b. Características poblacionales

La identidad del pueblo Iraquí se configura en torno a cuatro importantes pilares:

- RELIGIÓN
- GRUPO ÉTNICO
- LENGUA
- TRIBU, SUB-TRIBU, CLAN O COMUNIDAD

Estos cuatro pilares configuran una sociedad constituida por un complejo entramado de luchas de poder, alianzas nacionales e internacionales y enemistades ancestrales que lejos de ceder con el paso de los años se han ido enquistando en el país constituyendo un mosaico cuyas piezas difícilmente coinciden para llevar al pueblo Iraquí en una única y más próspera dirección.

La identidad que le confiere un grupo es importante para cualquier individuo nacido en Irak por encima del pensamiento libre independiente. No se concibe la no pertenencia a un grupo y siempre las decisiones establecidas por él están por encima de cualquier iniciativa individual. Este rasgo común a la mayoría de los nacidos en Irak es bien aprovechado por los líderes que tienen ante sí un amplísimo sector poblacional con inmensas posibilidades de ser fácilmente manipulado. El “mosaico” se configura:

b.1. RELIGIÓN:

1 **Islam o religión musulmana:**

- 1.1 Sunni
- 1.2 Shi`a, Chiíta o Chií:
 - Twelvers (Iran, Irak)
 - Ismaelies (Agha Khan)

2 **Cristianos:**

- Secta nestoriana
- Jacobitas
- Orthodoxos sirios
- Caldeos

3 **Secta Yazidi**

4 **Judíos**

b.2. GRUPOS ÉTNICOS:

1. **Kurdos**

2. **Árabes**

- a. Árabes Iraquíes
- b. Árabes Marsh (region Tigris, Éufrates)
- c. Arabes beduinos

3. **Turcos**

4. **Asirios**

5. **Persas**

Resultados

Los árabes suníes constituyen un 17% de la población mientras que el 60% corresponde a los árabes chiíes. Cada año se celebran peregrinaciones multitudinarias a los lugares santos del islam chií en Najaf y Kerbala (Fig. 41).

Entre los kurdos que profesan el Islam la mayoría son suníes, concretamente un 20%.

El otro 3% de la población se reparte entre kurdos chiíes, asirios (mayoritariamente cristianos), persas musulmanes tanto suníes como chiíes, armenios, turcos suníes, judíos y Yazidi

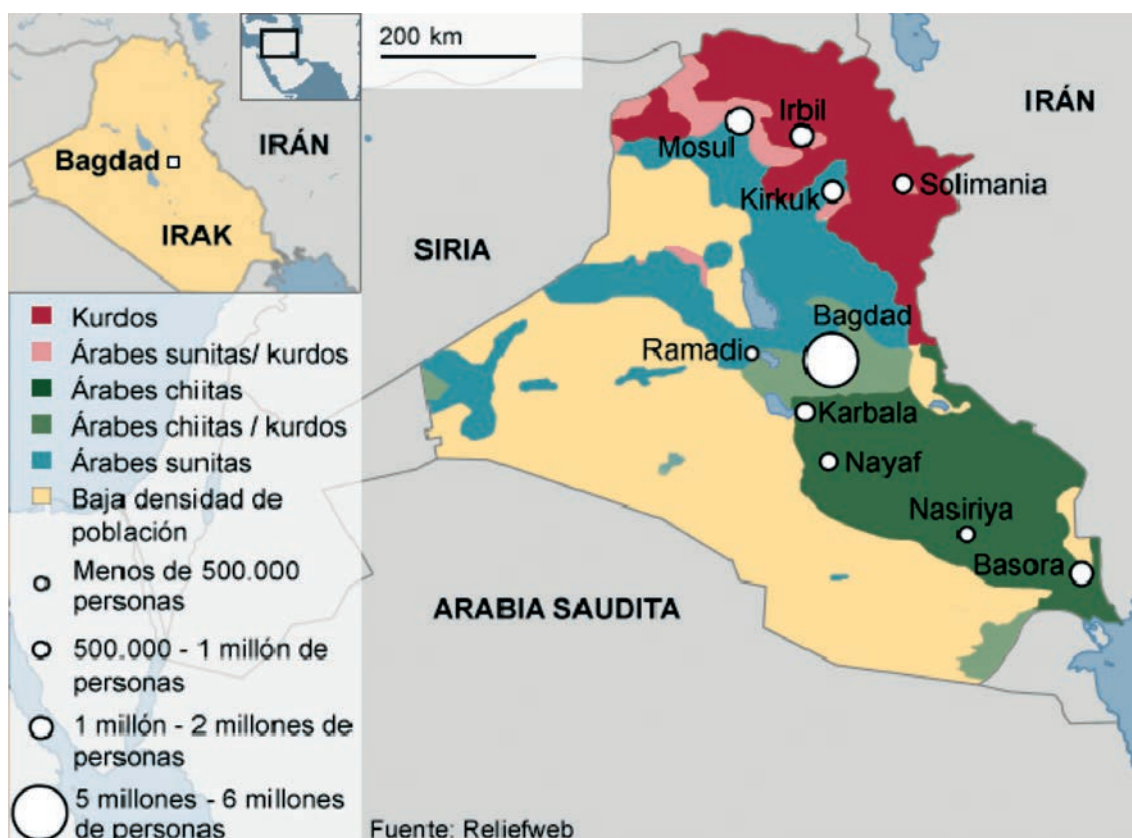


Fig. 41. Distribución de principales etnias y religiones en Irak. Tomada de <https://jjolmos.files.wordpress.com>

Tal es la importancia de la división de la religión islámica que no sólo constituye un elemento de enriquecimiento histórico sino que ejerce una auténtica influencia en nuestros días sobre el desarrollo de acontecimientos futuros, alianzas políticas y cambios sustanciales en política internacional.

La pugna hoy día entre chiíes y suníes y su influencia sobre el orden mundial está representada en estos dos países. Arabia Saudí mayoritariamente suní e Irán en el extremo chií de la balanza. El vencedor en la pugna (actualmente) Irán, siendo los motivos principales:

1. Haber constituido un régimen de gobierno que aunque totalitario como la monarquía Wahabí proyecta una imagen de mayor apertura y modernidad.
2. Haber formado una clase dirigente y media bien preparadas técnica e intelectualmente frente al régimen saudí que ha descuidado el sistema educativo de forma deliberada con el fin de aniquilar cualquier atisbo de pensamiento crítico.
3. Es un país mayoritariamente chií tal y como también lo es el nuevo régimen establecido en Irak tras la intervención internacional.

Todas estas razones han llevado a Irán a convertirse en el nuevo “socio necesario” de Occidente frente al conflicto sirio y del norte de Irak, consiguiendo así el levantamiento de las sanciones vinculadas a su programa atómico y entrando de nuevo en el panorama geopolítico mundial como uno de los principales intervinientes. “La pujanza de régimen iraní, su habilidad para negociar, su capacidad de adaptación y su evidente audacia a la hora de introducirse física, política y militarmente incluso- en la escena de Oriente Medio, de mayoría suní y, por lo tanto, un territorio que Arabia Saudí siempre consideró como suyo hacen que esta segunda se encuentre en una situación extremadamente delicada”.

Todo ello unido a que el descenso de los precios, al auge de las nuevas técnicas alternativas de extracción, a la apuesta por las energías renovables, inducen a pensar que el crudo ya no es ni será un instrumento de negociación política relevante⁹⁹.

El siguiente mapa contribuye a ordenar visualmente las nuevas alianzas entre países colindantes de Oriente Medio y es clave para configurar mentalmente dónde se encuentra el epicentro de la actual estrategia geopolítica mundial (Fig. 42).



Fig. 42. Ubicación del principal núcleo geoestratégico de Oriente Próximo en el momento actual y los países que lo constituyen. Tomado de <https://www.ellibrepensador.com>

b.3. LENGUAS:

- **Arabe:** iraquíes y el resto de los habitantes del país como segundo idioma.
- **Kurdo:** kurdos y yazidis
- **Farsí:** persas
- **Turco:** turcos
- **Armenio:** comunidad armenia
- **Arameo:** asirios

Muchos iraquíes son capaces de identificar la etnia o tribu del interlocutor, secta o educación basándose en el lenguaje que utiliza.

Parece además existir una tendencia entre los árabes a tener más respeto por algo expresado en su idioma que traducido tanto verbalmente como de forma escrita.

Existe una total admiración del pueblo árabe hacia los grandes oradores, su carisma unido al dominio de la lengua árabe, independientemente de que comulguen con sus ideas o sus actos.

c. Configuración social: sistema tribal

El 75% de los Iraquíes pertenece a alguna tribu (la acepción tribu en este caso también engloba otros términos como “familia” o clan).

Existen en torno a 150 tribus a lo largo de Irak; estas tribus en ocasiones actúan como elemento unificador (por ejemplo la tribu a la que pertenecía Saddam Hussein que aun a pesar de ser Sunní en origen, también poseía una rama chií en el área de la provincia de Najaf) y en otras ocasiones como elemento separatista (los líderes tribales a menudo intentan imponer sus reglas a los ciudadanos no pertenecientes a ninguna tribu, especialmente en las ciudades)

Él ha utilizado las tribus para permanecer en el poder mediante:

- Consecución de apoyos para tomar posiciones políticas.
- Uso de armas sobre grupos poblacionales “rebeldes”.
- Concesiones de tierras.
- Participación en los servicios de seguridad.
- Conceder permiso a los líderes tribales para adjudicar favores y castigos de forma “independiente” respecto al gobierno.
- Concesiones económicas.
- Reconocimiento social de los jefes y tradiciones tribales.

Estos detalles denotan un profundo respeto y admiración del pueblo árabe por su lengua y sus costumbres que contribuye a crear un perfil del habitante de este país como individuo con rasgos definitorios de gregariedad y costumbrismo llevados al extremo de anteponer los intereses del grupo a los del individuo y que hace especialmente complicada la unificación política ya que es imposible que un partido político pueda defender los intereses de todas y cada una de las tribus, familias o clanes existentes.

Podemos decir que de forma conjunta el árabe como lengua y etnia, el Islam como religión y el sistema gubernamental tribal son los aspectos fundamentales que configuran los

Resultados

rasgos de identidad del pueblo Iraquí en el momento en que se desarrolla nuestro trabajo en zona de operaciones sin perder de vista que todo lo anteriormente expuesto sobre diferencias socio-político-religiosas y el perfil del Iraquí como individuo perteneciente a un grupo condicionará de forma importante nuestra labor.

Una vez tratados los aspectos más complejos de la idiosincrasia de este país, hay que destacar, antes de cerrar el apartado demográfico, aspectos básicos sobre su economía y estructura política gubernamental para completar el escenario en que se desarrolló nuestro trabajo.

d. Economía y empleo

Los principales aspectos económicos a destacar en un país como Irak cabe decir que esencialmente explotan sus recursos naturales a base de una agricultura de subsistencia gracias a la existencia de valles fértiles como los que surgen en torno los ríos Tigris y Éufrates (Fig. 43), y cómo no a la explotación de los grandes recursos de hidrocarburos, la mayoría destinados a la exportación, aunque la producción se encuentra bastante limitada por los graves problemas políticos que sufre el país. Ejemplo de ello es la pugna continua que existe entre los Gobiernos Central y Kurdo por las compañías petrolíferas que operan en el norte de Irak. Esto supone un retraso en la aprobación de los presupuestos anuales ya que la compensación que exige el Kurdistán por la explotación petrolífera en su territorio es siempre sustanciosamente mayor que la que el Gobierno Central parece dispuesto a adjudicar.



Fig. 42. Confluencia de los ríos Tigris y Éufrates

El 95% de ingresos del Estado procede del petróleo hasta completar aproximadamente el 60% del PIB. La producción posterior a la invasión ha superado con creces la previa siendo la mayor parte de la misma procedente de los campos petrolíferos del sur. Las miras en el futuro más inmediato están puestas precisamente en mejorar la exploración y explotación de estos campos petrolíferos.

La tasa oficial de paro es del 10% aunque estas cifras oficiales no suelen corresponderse generalmente con la realidad. Algunos análisis independientes han llegado a elevar esta cifra al 35%. En 2008 el porcentaje de empleados públicos era del 43% sobre el porcentaje total de personas con empleo. Se considera que el empleo en la administración es en la práctica una forma de control político y de mantenimiento de la lealtad de caudillos locales al servicio del gobierno.

Al igual que aglutinar un alto porcentaje de empleados es un hecho real, no lo parece menos el hecho de que la Administración pública sea un organismo altamente incompetente, de tal forma que no es raro que al final del año varios ministerios no hayan consumido el dinero asignado a sus inversiones. En este sentido educación o sanidad son los que se llevan el calificativo de peor gestionados.

A efectos prácticos **Turquía** ha acabado siendo el “vencedor comercial” de la guerra de Irak tanto por las exportaciones realizadas por los turcos a este país como por la intervención en numerosas obras de infraestructura en los años posteriores a la intervención militar.

e. Estructura política y gubernamental

La estructura gubernamental en la época de Sadam (pre-intervención internacional) estaba constituida de la siguiente forma:

1. Un régimen militar autoritario encabezado por el presidente Sadam Hussein.
2. Una base establecida en una “teórica” constitución.
3. Un consejo revolucionario comandado por Sadam ejerce los tres poderes gubernamentales: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Hussein se acaba convirtiendo en secretario general del partido Baaz, obteniendo así la

Resultados

legitimidad para ser además Presidente de la República de Irak, hecho que se produce en 1994. Como cabeza del Estado sus cometidos se podrían resumir en:

Con posterioridad a la intervención militar de 2003 Irak queda como una República Democrática Parlamentaria Federal e Islámica en el año 2005, en que se celebran las primeras elecciones democráticas en el país en 50 años. El tiempo transcurrido entre la intervención militar internacional y dichas elecciones se establece un Gobierno provisional conjunto entre miembros de la coalición (fundamentalmente estadounidenses) e Iraquíes islamistas de rama Chií que conformaron anteriormente los principales elementos de resistencia frente al régimen de Sadam. Esta coalición permanecería vigente hasta octubre de 2011 fecha en que se pone fin oficialmente a la ocupación militar. De estas primeras elecciones Nuri Al Maliki queda al frente del país y aún con gran controversia respecto a su actuación y no menos críticas a su labor, fue reelegido para la siguiente legislatura y posteriormente relevado en el cargo por un miembro de su mismo partido (Partido Islámico Dawa), Haider-al-Abadi tras las elecciones de 2014, como ya se ha mencionado.

El poder ejecutivo en la actualidad lo ostenta el Primer Ministro, Consejo de Mando Revolucionario y el Consejo de Ministros. El órgano legislativo es la Asamblea Nacional y el sistema judicial se vertebra en diversas cortes entre las que destacan la corte de casación, cortes de apelación, cortes de primera instancia, cortes limitadas e ilimitadas, cortes de sesión, cortes sharia y cortes penales.

Como hecho a destacar en 2005 la pena de muerte es reinstaurada en Irak como parte del artículo 4 de la ley antiterrorista ya incluida en la “nueva constitución” que se empieza a redactar tras la intervención internacional. Esta ley ha resultado ser bastante controvertida dadas las acusaciones de arbitrariedad contra el gobierno de Maliki respecto a la aplicación “abusiva” de la misma contra la comunidad suní

ESTRUCTURA DE GOBIERNOS PROVINCIALES:

Irak está constituido por 18 provincias dirigidas cada una de ellas por un Gobernador elegido por el Gobierno Central. En las ciudades existe un ayuntamiento con un alcalde al frente (Fig. 44).

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. BAGDAD | 10. Babilonia |
| 2. Saladino | 11. Kerbala |
| 3. Diala | 12. Nayaf |
| 4. Wasit | 13. Ambar |
| 5. Mesena | 14. Nínive |
| 6. Basora | 15. Duhok |
| 7. Dicar | 16. Erbil |
| 8. Mutana | 17. Kirkuk |
| 9. Al Qadisiya | 18. Solimania |

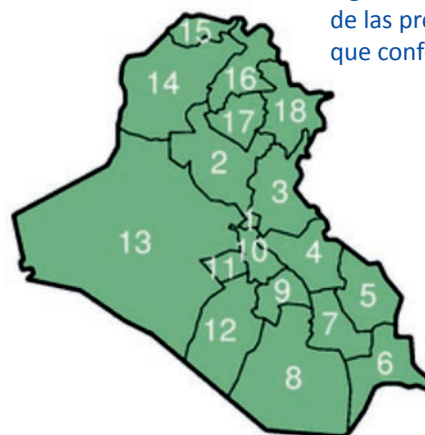


Fig. 32. Esquema de las provincias que conforman Irak

El sistema de organización Iraquí en provincias/gobiernos provinciales se mantiene intacto desde el periodo pre-intervención militar hasta hoy.

La provincia de acción de nuestro equipo, Ad-Qadisiya (capital: Diwaniya), está representada en el siguiente esquema (Fig. 45) donde también quedan reflejados todos los municipios que la componen.

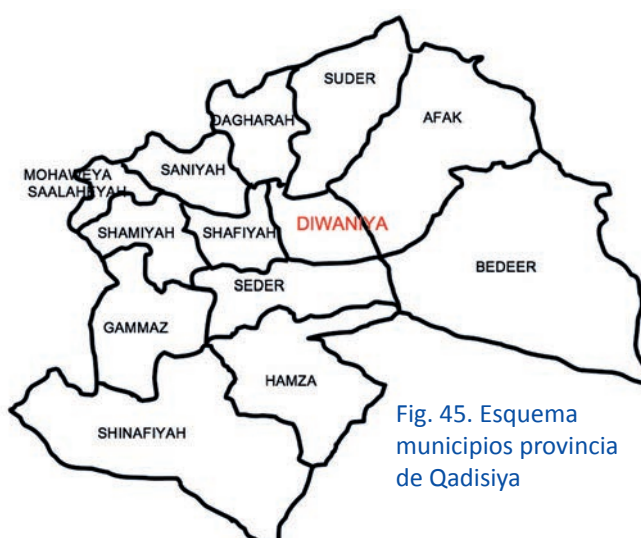


Fig. 45. Esquema municipios provincia de Qadisiya

2. ESTUDIO DE ÁREA SOBRE SANIDAD DE LA PROVINCIA DE QADISIYA

La Información obtenida de las fuentes mencionadas en el apartado **Material y Método** es organizada en este informe detallado acerca de la estructura sanitaria de la provincia de Qadisiya. Constituyó el punto de partida que permitió el desarrollo de nuestra misión.

INDICE GENERAL DEL ESTUDIO DE ÁREA EN SANIDAD PARA QADISIYA

1. GENERALIDADES:

- SITUACIÓN SANITARIA PROVINCIA DE QADISIYA (organigrama y plano).
- FUNCIONAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA (mapa).
- PROCEDENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN IRAK.

2. DESARROLLO DEL ORGANIGRAMA DE SANIDAD:

2.1. ENTIDADES DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN DE SANIDAD (MOH PROVINCIAL):

2.1.1. HOSPITALES: Características técnicas y epidemiológicas, evaluación de necesidades prioritarias.

2.1.2. DEPARTAMENTOS Y AMBULATORIOS (PHCs: Public Health Centers): localización (mapa), características epidemiológicas y evaluación de necesidades prioritarias.

2.2. ENTIDADES DEPENDIENTES DIRECTAMENTE DE MOH CENTRAL EN BAGDAD:

2.2.1. CLÍNICAS SHABIA: Características, resumen de necesidades.

2.2.2. DEPÓSITO DE FARMACIA (KIMADIA regional): características, resumen de necesidades.

3. RESUMEN DE INFORMACIÓN SANITARIA SOBRE LOS PUEBLOS.

4. PRINCIPALES PROBLEMAS OBSERVADOS.

SITUACION SANITARIA PROVINCIA DE QADISIYA

Del Ministerio de Sanidad de Bagdad dependen las Delegaciones Provinciales. El “Ministro” de sanidad provincial (Delegado de Sanidad en terminología española) es el odontólogo Dr. Q. Al-L., elegido en junio de 2003 por votación entre los médicos de la provincia (es el que Bagdad reconoce como responsable de la sanidad en la provincia, aun sin nombramiento oficial). De la Delegación de Sanidad provincial (en terminología Iraquí “oficina de sanidad” o “ministerio de sanidad provincial”) dependen todos los Hospitales Públicos y los PHCs, que a continuación se relacionan (Organigrama y lugares de interés en la capital en Fig. 46 y 47):

- HOSPITAL GENERAL DE DIWANIYA .DIR: Dr. H. H. Y.
- HOSPITAL DE LA MATERNIDAD. DIR: Dr. A. T. A.
- HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. DIR: Dr. R. F. S.
- HOSPITAL DE ASH SHAMIYAH. DIR: Dr. M. H. M.
- HOSPITAL DE AFAK. DIR: Dr. H. B. I.
- HOSPITAL DE AL HAMZA. DIR: Dr. K. A. W.
- AMBULATORIOS (PHCs): son 28 en toda la provincia (14 + la oficina central se encuentran en la ciudad de Diwaniya). DIR: Dr. H.

ORGANIGRAMA SANIDAD PROVINCIA QADISIYAH

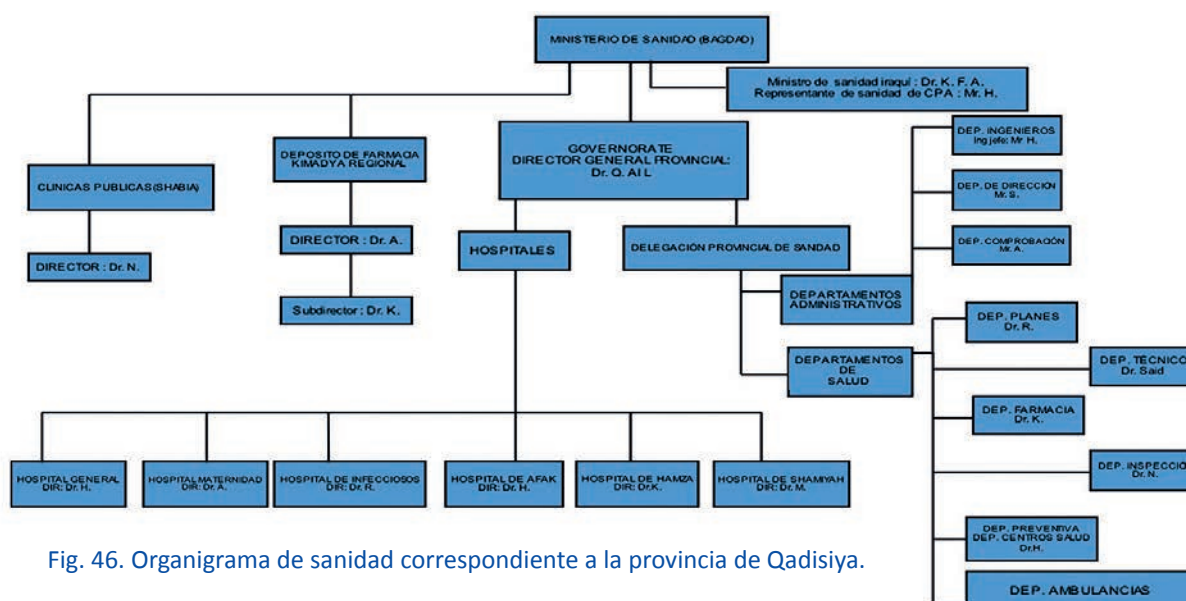
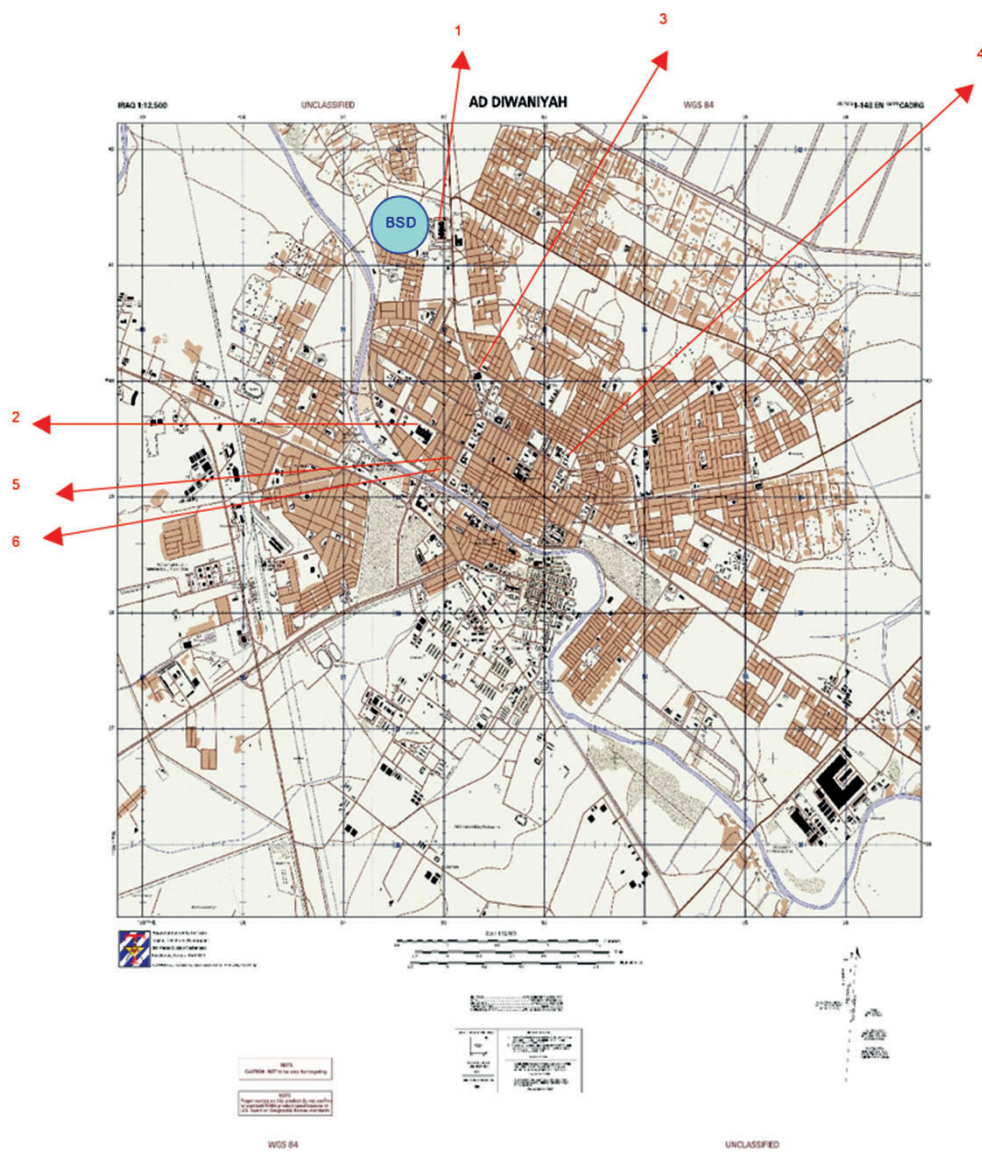


Fig. 46. Organigrama de sanidad correspondiente a la provincia de Qadisiyah.



1. HOSPITAL GENERAL.
2. HOSPITAL MATERNIDAD.
3. DEPOSITO DE FARMACIA.
4. DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD.
5. OFICINA DE AMBULATORIOS (PHCs).
6. OFICINA CLÍNICAS PÚBLICAS (SHABIA).

Fig. 47. Esquema con lugares relevantes en sanidad sobre plano de Diwaniya facilitado por la Brigada Multinacional Plus Ultra.

FUNCIONAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA

El horario abarca de 8:00 a 13-14:00 horas y el sistema es el mismo que en España, las consultas de atención primaria y algunas especialidades se atienden en los ambulatorios (PHCs) y todas las especialidades e intervenciones que requieran atención hospitalaria en los hospitales. Las tarifas son de 250 dinares en concepto de ticket de atención médica que incluye consulta y medicamentos; si el paciente requiere ingreso se abonan 1000 dinares y por intervención quirúrgica hasta un máximo de 10.000 dinares (1euro equivale a 1700 dinares aproximadamente según el cambio actual). El Ministerio de Sanidad de Bagdad está estudiando fijar unas tasas para la sanidad pública dependiendo del servicio médico prestado y del tratamiento, y abandonar el actual sistema en que se paga una tasa fija. Los niños, ancianos, quemados y algunos enfermos crónicos se atenderían sin pagar tasa alguna.

A partir de las 14:00 horas en los hospitales sólo se atienden urgencias y las consultas de primaria se realizan en unos ambulatorios (llamados aquí clínicas públicas, aunque son semi-privadas) que se denominan clínicas Shabia DIR: Dr.N.K.K. También se han añadido recientemente los HEC (Health Ensurance Clinics) con la misma función para poblaciones pequeñas, con lo cual el total asciende a 27 en toda la provincia. (10 en Diwaniya, 3 en las poblaciones más importantes de la provincia: Afak, Hamza y Shamiyah y 14 distribuidas por el resto de la provincia).

El bajo salario de los médicos antes de la guerra motivaba que éstos buscaran un complemento económico trabajando por la tarde en clínicas privadas o bien en clínicas Shabia, donde los salarios son algo más elevados. A pesar de la mejora salarial en la sanidad pública (un médico general cobra al mes alrededor de 120 euros y 300 los especialistas) con respecto a antes de la guerra, el servicio no ha mejorado demasiado y sigue existiendo “picaresca” entre los médicos y una marcada diferencia desde el punto de vista del paciente entre la atención proporcionada por el mismo médico en el hospital o ambulatorio y en su consulta o clínica privada.

Los **Ambulatorios o Centros de Salud** (Fig. 48) dependen directamente de la Delegación

Resultados

de Sanidad y se dedican a Atención primaria durante el horario de mañana, así como actividades propias de Medicina preventiva, fundamentalmente Programas de Vacunación.

Las **Clínicas públicas Shabia** (Fig. 48) funcionan sólo por la tarde y en la mayoría de los casos comparten ubicación con los ambulatorios de mañana (PHCs). Los médicos deben pertenecer a la sanidad pública. Se cobran 400 dinares por consulta de medicina general y 500 por consulta de especialidades, incluyendo medicación. La diferencia económica con la sanidad pública no es grande y parecen gozar de mucha aceptación pues la atención suele ser mejor al cobrar los médicos por el número de pacientes atendidos.

En estas clínicas se diferencian dos tipos de atención: las enfermedades “corrientes” y crónicas, teniendo incluso farmacias distintas y vías distintas de obtención de medicinas para cada tipo de pacientes.

Actualmente hay 20.000 enfermos crónicos registrados en la provincia, que retiran su medicación 1 vez al mes. Su director el **Dr. N. K. K.**

Existen 3 Clínicas privadas en la ciudad, cuyas tarifas son elevadas, entre 15 y 30 veces superiores a las públicas mencionadas anteriormente.



Fig. 48. Esquema sobre número y ubicación de los diferentes centros sanitarios existentes en la provincia de Qadisiya.

El color de las localidades corresponde a los “distritos” o “áreas” en los que se divide la provincia.

SUMINISTRO Y PROCEDENCIA DE LOS MEDICAMENTOS EN IRAK

Sólo se suministran medicamentos vía Bagdad (KIMADIA CENTRAL), el Director Provincial de Sanidad dice que no están autorizados a comprar, sólo a recibirlos gratis por esta vía, que a su vez se abastece de:

1. Dos fábricas Iraquíes (**pequeñas** y que **no** trabajan a **pleno rendimiento**).
 - SAMARA: 120 Km al norte de Bagdad.
 - NINVA (Mousel): 500 Km al norte de Bagdad.
2. Compra (importación) a otros países cercanos (son muy **baratos** y de **mala calidad**); los países son: Egipto, Siria, Jordania, India.
3. Actualmente se ha conseguido presionar para cambiar la política de Kimadia y al término del programa “oil for food” en este mes de Noviembre se iniciará la importación de otros países como Alemania, Francia, España, EE.UU... cuyos contratos se están firmando en estas fechas.

El suministro de medicamentos se produce a través de la compañía KIMADIA que trabaja para el Ministerio de Salud. Las medicinas y todo tipo de material sanitario (incluido equipamientos) se suministra a las provincias de acuerdo con la tasa de población a través de los Depósitos Kimadia Regionales (el Depósito de Farmacia de Diwaniya tiene como director al **Dr. A.**). Las medicinas son gratis para los depósitos regionales y no existe autorización por parte de Bagdad para obtenerlas de otra forma ni de establecer contratos particulares con los laboratorios.

Las clínicas Shabia las obtienen gratuitamente de dos almacenes (o depósitos):

1. MASHBAH (Bagdad): El nombre corresponde al barrio de Bagdad donde se encuentra este almacén dependiente de Kimadia Central que proporciona a Shabia las medicinas para enfermos crónicos.
2. KIMADIA 12 (Babyl): Proporciona las medicinas a Shabia para enfermedades “corrientes”.
Se está intentando centralizar el suministro de Shabia a través del depósito de Diwaniya para evitar desplazamientos innecesarios a otras provincias para la obtención de medicamentos.

Resultados

Las farmacias privadas abastecen a los pacientes atendidos en medicina privada, la compañía Kimadia también suministra a los centros privados mediante venta.

Esquema general del desarrollo del Estudio de Área por departamentos

2. DESARROLLO DEL ORGANIGRAMA DE SANIDAD:

2.1. ENTIDADES DEPENDIENTES DE DELEGACIÓN DE SANIDAD.

2.1.1. HOSPITALES.

2.1.2. DEPARTAMENTOS Y PHCs.

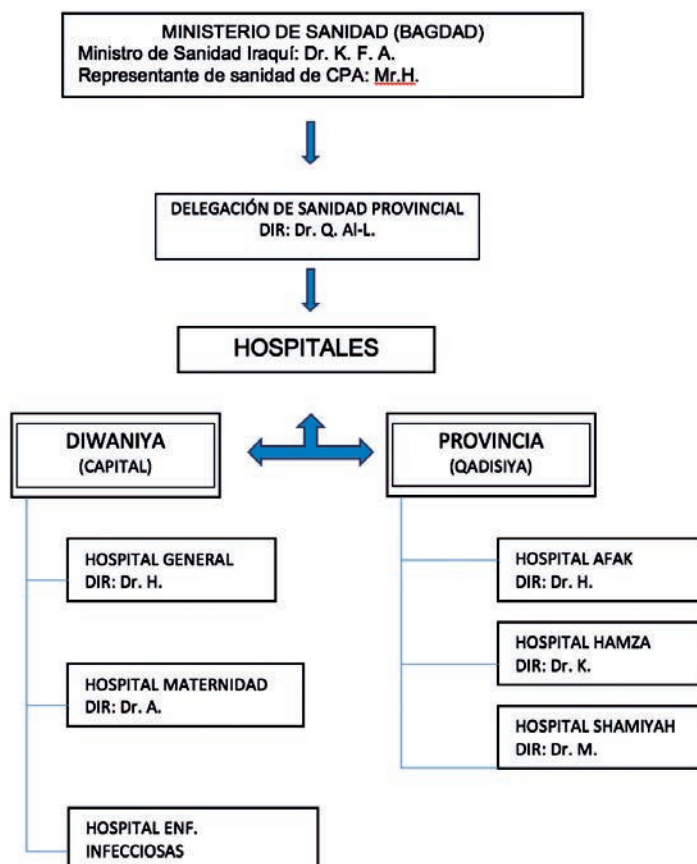
2.2. ENTIDADES DIRECTAMENTE DEPENDIENTES DE MOH BAGDAD.

2.2.1. CLÍNICAS SHABIA.

2.2.2 DEPÓSITO DE FARMACIA.

2.1. ENTIDADES DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN DE SANIDAD:

2.1.1. HOSPITALES



**HOSPITAL GENERAL DE DIWANIYA:
TEACHING HOSPITAL (Fig. 49,50,51)**

Director: Dr. H. H. Y. Al M. (traumatólogo)

Localización: (1) en plano de Diwaniya.

CARACTERÍSTICAS: Hospital construido por los japoneses en 1990, consta de 420 camas, con las siguientes especialidades:

1. Medicina Interna.
2. Cirugía General.
3. Traumatología.
4. Otorrinolaringología.
5. Oftalmología.
6. Dermatología.
7. Psiquiatría.
8. Fisioterapia y rehabilitación.
9. Radiología.
10. Laboratorio.



Fig. 49, 50, 51. Imágenes del Teaching H. (Hospital General) de Diwaniya.

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil.
- Número de ambulancias: 2.

Residuos:

- Alcantarillado: adecuado.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: no.
- Funciona adecuadamente el incinerador: no.

Resultados

Electricidad: Hay 24 horas: sí (dispone de generadores).

Agua:

- Problemas de agua potable: sí.
- Hay laboratorio para testar el agua: sí.

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí (uno únicamente).
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: no.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: sí.

Sistema de refrigeración: Sistema adecuado calefacción/aire acondicionado: sí.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos: 1.576.
- Niños < 5 años: 85.

Enfermedades más frecuentes:

- Casos de cardiología: 674.
- Enfermedades respiratorias: 901.

Operaciones quirúrgicas realizadas: 533.

Cirugía más frecuente (Por orden de frecuencia): Cirugía general(digestivo), cirugía ortopédica, ORL y oftalmología.

Generales:

Condiciones generales del equipamiento de farmacia: Al 50%.

Condiciones generales del equipamiento médico: Al 50%.

Condiciones generales del edificio: Buenas, dañado en un 30%.

Principales problemas en los meses tras la guerra:

1. Deficiencias en el suministro de agua y electricidad.
2. Deficiencias en el alcantarillado.
3. Falta de seguridad.
4. Deficiencias en medicamentos y equipamiento médico.

Enfermedades en descenso después de la guerra: Enfermedades infecciosas.

Enfermedades en aumento después de la guerra:

- Enfermedades malignas.
- Problemas dermatológicos.
- Problemas psicológicos y adicciones.

Resultados

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE DIWANIYA (Fig. 52)

Director: Dr. A. T. A. A. (anestesiista).

Localización: (2) en plano de Diwaniya.

CARACTERÍSTICAS: El hospital consta de 260 camas y las siguientes especialidades:

1. Pediatría (14 especialistas).
2. Obstetricia y ginecología (12 especialistas).

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil.
- Número de ambulancias: 2.

Residuos:

- Alcantarillado: No adecuado.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: sí.
- Funciona adecuadamente el incinerador: sí.

Electricidad: Hay 24 horas: si (dispone de generadores).

Agua:

- Problemas de agua potable: sí.
- Hay laboratorio para testar el agua: no.

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí.
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: sí, pero no funciona bien.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: sí.

Sistema de refrigeración: Existe sistema adecuado calefacción y aire acondicionado: sí.



Fig. 52. Imagen del Hospital Materno-Infantil de Diwaniya.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos: 1.223
- Niños < 5 años: 859.

Enfermedades más frecuentes:

- Enfermedad respiratoria: 125.
- Deshidratación: 391.
- Sepsis: 10.

Operaciones quirúrgicas realizadas: 792.

Cirugía más frecuente (Por orden de frecuencia): Cesárea.

Generales:

Condiciones generales del equipamiento de farmacia: Al 50%.

Condiciones generales del equipamiento médico: Al 30%.

Condiciones generales del edificio: Buenas, dañado en un 70%.

Principales problemas en los meses tras la guerra:

1. Sistemas de refrigeración y ascensores.
2. Sistema de producción de oxígeno.
3. Agua y desagües.
4. Techos.

Enfermedades en descenso después de la guerra: No se aportan datos.

Enfermedades en aumento después de la guerra:

- Enfermedades respiratorias.
- Diarrea y malnutrición.
- Sepsis.
- Anomalías congénitas.

HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Fig. 53)

Director: Dr. R. F. S.
(Especialista en Medicina Interna).

Localización: No localizado en plano de Diwaniya por posible transferencia al Hospital General.



Fig. 53. Imagen del Hospital de infecciosos de Diwaniya.

El hospital (50 camas) se encuentra en las afueras de la ciudad, lejos de los dos principales centros anteriormente descritos.

Es llevado por médicos residentes (en periodo obligatorio de formación para médicos generales) ya que los especialistas de infecciosas, respiratorio....(internistas) trabajan en el Hospital General en el mismo horario y sólo están localizados por si surge alguna urgencia.

El estado de abandono (físico y humano) de este hospital es tal que recuerda la época de la Edad Media en que los enfermos infecciosos eran considerados unos “apestados” que había que mantener a toda costa alejados y abandonados.

Al detectarse la situación y estudiar las opciones, se piensa como solución más razonable una transferencia de este hospital a un edificio de nueva construcción en el recinto del Hospital General, lo que por un lado mejoraría sustancialmente las condiciones de habitabilidad del lugar de ingreso para estos pacientes, y por otro el problema de abandono por parte de los especialistas quedaría resuelto.

Otro de los grandes objetivos de nuestra misión será realizar todas las gestiones necesarias con las autoridades sanitarias y gobiernos provincial (Qadisiya) y central (Bagdad) para conseguir la transferencia de este centro al hospital universitario de Diwaniya contemplando incluso la posibilidad de construir un edificio anexo al hospital para este fin.

HOSPITAL DE AFAK (Fig. 54)

Director: H. B. (médico general).

Localización: 30km NE de Diwaniya (mapa provincial).

CARACTERÍSTICAS: Hospital construido hace 10 años de muy buen aspecto en cuanto a condiciones de salubridad y limpieza. Consta de 65 camas y cuenta con las siguientes especialidades:



Fig. 54. Imagen del Hospital de Afak.

1. Pediatría (5 especialistas).
2. Medicina interna (1).
3. Cirugía general (2).
4. Obstetricia y Ginecología (2).
5. Anestesia (1).
6. Odontología (2).

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil.
- Número de ambulancias: 1.

Residuos:

- Alcantarillado: adecuado.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: no.
- Funciona adecuadamente el incinerador: no.

Electricidad: Hay 24 horas: no (disponen de generador aunque a veces es complicado obtener combustible para el mismo)

Agua:

- Problemas de agua potable: sí . Mala calidad del agua.
- Hay laboratorio para testar el agua: no.

Resultados

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí (2).
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: no.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: sí.

Sistema de refrigeración: Existe sistema adecuado calefacción/aire acondicionado: no.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos: 2.518.
- Niños < 5 años: 1.071.

Enfermedades más frecuentes:

- Casos de cardiología: 10.
- Enfermedades respiratorias: 437.
- Deshidratación: 108

Menores de 5 años:

Enfermedades infecciosas: 33.
Sepsis: 12

Operaciones quirúrgicas realizadas: 20.

Nacimientos: 52

Generales:

- Condiciones generales del equipamiento de farmacia: Al 50%.
- Condiciones generales del equipamiento médico: Al 50%.
- Condiciones generales del edificio: Buenas, dañado en un 50%.

Principales problemas en los meses tras la guerra:

1. Falta de personal médico.
2. Falta de seguridad.
3. Deficiencias en medicamentos y equipamiento médico.

Enfermedades en descenso después de la guerra:

- Malnutrición.

Enfermedades en aumento después de la guerra:

- Enfermedades infecciosas.
- Patologías derivadas de accidentes.

Resultados

HOSPITAL DE HAMZA (Fig. 55)

Director: K. A. W. (médico general).

Localización: 40km al sureste de Diwaniya.

CARACTERÍSTICAS:

Hospital construido hace menos de 10 años, en buenas condiciones de conservación y aspecto general, con las siguientes especialidades:

1. Medicina Interna (1).
2. Pediatra (2).
3. Ginecología (1).
4. Cirugía general (1).
5. Dentista (1).

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil.
- Número de ambulancias: 1.

Residuos:

- Alcantarillado: no adecuado.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: no hay sistema de alcantarillado en la ciudad.
- Funciona adecuadamente el incinerador: sí.

Electricidad: Hay 24 horas: no (dispone de generador).

Agua:

- Problemas de agua potable: sí.
- Hay laboratorio para testar el agua: no.

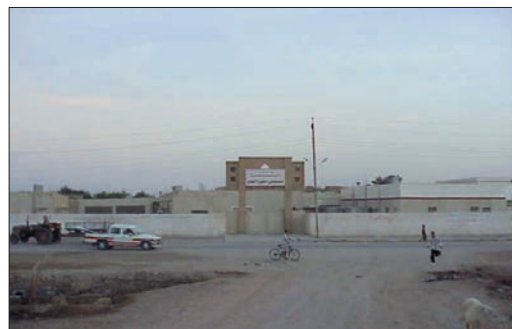


Fig. 55. Imagen del Hospital de Hamza.

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí (uno únicamente).
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: no.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: sí.

Sistema de refrigeración: Existe sistema adecuado calefacción y aire acondicionado: no.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos: 131.
- Niños < 5 años: 52.

Enfermedades más frecuentes: principalmente enfermedades infecciosas.

Operaciones quirúrgicas realizadas: 14.

Cirugía más frecuente (Por orden de frecuencia): Hernia inguinal, apendicectomía y hemorroides.

Nacimientos en el último mes: 81.

Defunciones en el último mes: 0

Generales:

Condiciones generales del equipamiento de farmacia: Al 50%.

Condiciones generales del equipamiento médico: Al 50%.

Condiciones generales del edificio: Buenas, dañado en un 10%.

Principales problemas en los meses tras la guerra:

1. Deficiencias en el suministro de combustible.
2. Deficiente número de médicos.
3. Falta de seguridad.

Resultados

Enfermedades en descenso después de la guerra:

- Ninguna.

Enfermedades en aumento después de la guerra:

- Enfermedades infecciosas.

HOSPITAL DE SHAMIYAH (Fig. 56)

Director: Dr. M. H. M. (médico estomatólogo).

Localización: 40 km noroeste de Diwaniya.

CARACTERÍSTICAS: Hospital construido por los japoneses en 1990, consta de 420 camas, con las siguientes especialidades:

1. Medicina interna (1).
2. Cirugía general (3).
3. Pediatría (4).
4. Ginecología y obstetricia (3).
5. Traumatología (1).
6. ORL y cirugía del cuello (1).
7. Anestesia (1).
8. Estomatología (1).

Características técnicas:

Urgencias:

- Unidad de urgencias: hábil.
- Número de ambulancias: 1.

Residuos:

- Alcantarillado: adecuado.
- Existe vía de eliminación de residuos tóxicos: no.
- Funciona adecuadamente el incinerador: sí.

Electricidad: Hay 24 horas: no (dispone de generadores).

Agua:

- Problemas de agua potable: sí.
- Hay laboratorio para testar el agua: no.



Fig. 56. Imagen del Hospital de Shamiyah.

Resultados

Comida:

- Hay frigoríficos en la cocina: Sí
- Hay cadena de conservación (frío) para carne y pescado: sí.

Lavandería: Hay servicio de lavandería disponible: sí.

Sistema de refrigeración: Sistema adecuado calefacción y aire acondicionado: no.

Tanatorio: Tiene sistema de refrigeración: no.

Datos estadísticos:

Último mes:

Número de pacientes admitidos:

- Adultos: 672.
- Niños < 5 años: 213.

Enfermedades más frecuentes:

- Casos de cardiología: 65.
- Enfermedades respiratorias: 295.
- Enfermedades infecciosas: 59

Niños menores de 5 años:

Enf. Respiratorias: 59
Deshidratación: 41
Sepsis: 0

Operaciones quirúrgicas realizadas: 115.

Cirugía más frecuente (Por orden de frecuencia): Apendicitis, hernia inguinal, cesárea.

Generales:

Condiciones generales del equipamiento de farmacia: Al 50%.

Condiciones generales del equipamiento médico: Al 30%.

Condiciones generales del edificio: Muy Buenas, dañado en un 10%.

Principales problemas en los meses tras la guerra:

1. Deficiencias en suministro de electricidad.
2. Aumento de número de pacientes con heridas relacionadas con la guerra.

3. Cambios constantes de órdenes por parte de las autoridades sanitarias de Bagdad respecto a política de salarios, personal...

4. Deficiencias en medicamentos y equipamiento médico.

Enfermedades en descenso después de la guerra:

- Malnutrición.

Enfermedades en aumento después de la guerra:

- Enfermedades infecciosas.
- Diarrea.

2.1. ENTIDADES DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD (QADISIYA). Fig 57

2.1.1. HOSPITALES.

2.1.2. DEPARTAMENTOS Y AMBULATORIOS (PHCs) DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD.

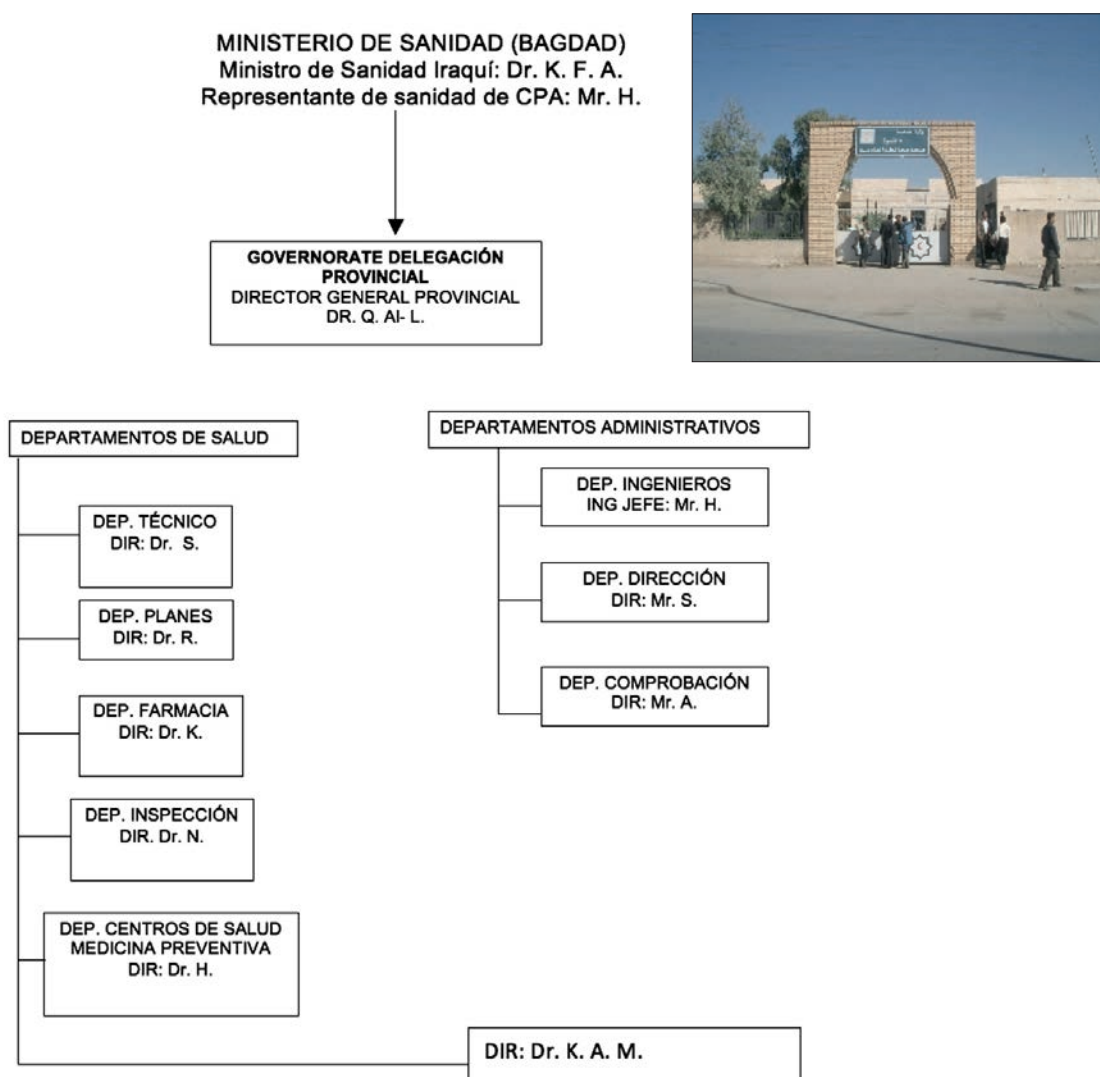


Fig. 57. Imagen de la Delegación de Sanidad provincial.

AMBULATORIOS (PHCs: Primary Health Care Centers):

Existen un total de 27 ambulatorios en toda la provincia, 11 de ellos localizados en la ciudad de Diwaniya. La atención primaria a nivel provincial se organiza por “sectores” o “distritos” (Health Sectors), quedando distribuida en los 4 sectores que a continuación se mencionan (Fig. 58):

1. Sector de Diwaniya (11 PHCs).
2. Sector de Afak (4 PHCs).
3. Sector de Hamza (4 PHCs Mayores + 3 menores).
3. Sector de Ash’amiyah (5 PHCs).

Director: Dr. H. J. Q. Al-S. (médico general que es también director del departamento de Preventiva en la Delegación provincial de Sanidad).

Localización de la oficina central: (5) en plano de la ciudad de Diwaniya.

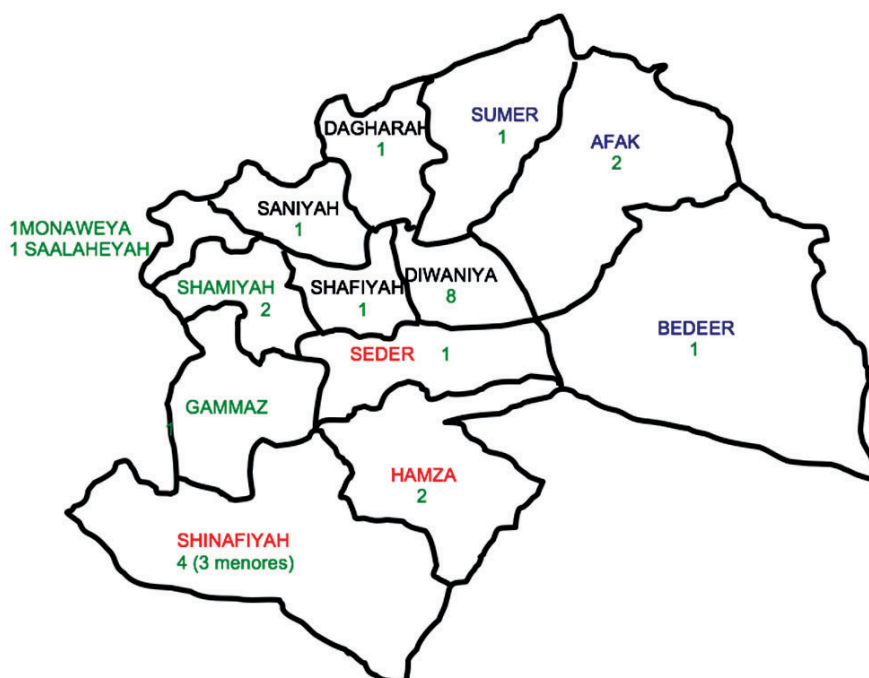


Fig. 58. Esquema de la distribución de los Centros de Salud (PHCs) existentes en la provincia de Diwaniya.

DISTRITO DE AFAK (4):

1. Afak.
2. Al Bedeer.
3. Sumer.
4. Nufer.

DISTRITO DE HAMZA (7):

1. Hamza 1.
2. Hamza 2.
3. Al Seder.
4. Al Shinafiyah.
5. Al Garab (menor)
6. Al Bissamiyah (menor)
7. Al Qaa'm (menor)

DISTRITO DE SHAMIYAH (5):

1. Shamiyah 1.
2. Shamiyah 2.
3. Gammaz.
4. Saalaheyah.
5. Monaweyah.

DISTRITO DE AD DIWANIYA (11):

1. Al Galia.
2. Al Jaza'er.
3. Al Jidiuda.
4. Rifat.
5. Al Iskan al Kadeem.
6. Al Iskan Sha'er.
7. Al Shafiyah.
8. Al Shamiyah.
9. Al Daggharah.
10. Al Askari.

Características: Las características de funcionamiento han sido descritas al principio de este estudio de área. Las principales funciones desde el punto de vista sanitario se exponen a continuación, han sido ordenadas por sectores, y son relativas a los siguientes puntos:

1. Programas de vacunación existentes.
2. Programas de educación para la salud.
3. Principales enfermedades atendidas.
4. Principales problemas de salud pública de la zona.

ÁREA DE AD DIWANIYA:

Programas de vacunación existentes:

1. BCG (Tuberculosis)
2. Triple vírica.
3. Tétanos.
4. Sarampión.
5. Hepatitis B.

Programas de educación para la salud existentes:

1. Educación para madres y bebés.
2. Lactancia materna.
3. Diarrea e infecciones respiratorias.
4. Programas de salud en colegios.
5. Información sobre vacunaciones.

Principales enfermedades tratadas:

1. Diarrea.
2. Infecciones respiratorias.
3. Alteraciones nutricionales
4. Enfermedades infecciosas.

Principales problemas de salud pública en el área:

1. Salubridad deficiente.
2. Educación insuficiente.
3. Problemas con la electricidad y el combustible.

ÁREA DE AFAK:

Programas de vacunación existentes:

1. BCG.
2. Polio.
3. Triple vírica.
4. Tétanos.

Resultados

5. DT (Difteria, Tétanos)
6. Sarampión.
7. Hepatitis B.

Programas de educación para la salud existentes:

1. Educación para madres y bebés.
2. Cómo tratar un niño en casa con sintomatología “simple”.
3. Cómo esterilizar agua sucia cuando la limpia no está disponible.

Principales enfermedades tratadas:

1. Diarrea.
2. Infecciones respiratorias.
3. Fiebre tifoidea.
4. Brucelosis.

Principales problemas de salud pública en el área:

1. Pobre educación sanitaria.
2. Dificultad en las pequeñas aldeas de acceso a centros sanitarios.
3. Falta de agua “limpia” en algunas aldeas.
4. Gran número de madres y niños, sobre todo embarazadas con dificultad para recibir vacunación.

ÁREA DE AL- HAMZA:

Programas de vacunación existentes:

1. BCG.
2. Triple vírica.
3. Tétanos.
4. Sarampión.
5. Polio.

Programas de educación para la salud existentes:

1. Campañas de salud.
2. Lactancia materna.

3. Cáncer de pecho.
4. Entrenamiento de “esposa de mediana edad”

Principales enfermedades tratadas:

1. Diarrea (amebiasis).
2. Infecciones respiratorias.
3. Fiebre tifoidea.
4. Tosferina.

Principales problemas de salud pública en el área:

1. Amebiasis.
2. Tosferina.

ÁREA DE ASHAMIYAH:

Programas de vacunación existentes:

1. BCG.
2. Polio.
3. Triple vírica.
4. Tétanos.
5. Sarampión.
6. Hepatitis B.

Programas de educación para la salud existentes:

1. Programas de educación para la salud.
2. Programas informativos para evitar infecciones respiratorias y diarreas.

Principales enfermedades tratadas:

1. Diarrea y deshidratación en niños.
2. Infecciones respiratorias.
3. Diabetes Mellitus.
4. Hipertensión.
5. Conjuntivitis.

Resultados

Principales problemas de salud pública en el área:

1. Salubridad deficiente.
2. Bajo nivel de educación entre la población.

2.2. ENTIDADES NO DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN DE SANIDAD

PROVINCIAL: Dependen directamente de Bagdad (MOH: Ministry of Health).

2.2.1. CLÍNICAS PÚBLICAS SHABIA:

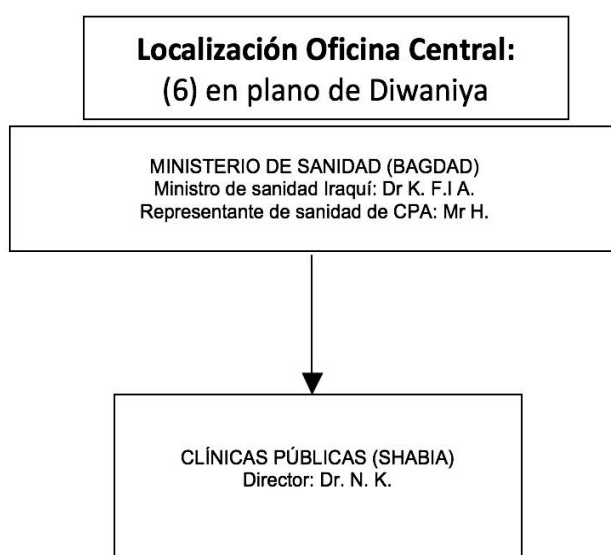


Fig. 59. Imagen de la Oficina Central de PHCs.

Director: Dr. N. K. K. Médico general, encargado también del departamento de inspección de la delegación de sanidad.

Existen 27 en toda la provincia, contando las principales (SHABIA clinics) y las de reciente anexión (Health Ensurance Clinics), distribuidas: 10 en Diwaniya ciudad, 3 en Afak, Hamza y Shamiyah, y el resto repartidos por diversas poblaciones de la provincia (coincidiendo con la localización de los PHCs, Fig. 59, ya que en la mayoría de las ocasiones comparten local).

Características: Tienen la denominación anglosajona de clínicas aunque en realidad son consultas de atención primaria.

Refieren como principales enfermedades tratadas en estos centros: infecciones agudas del tracto respiratorio superior.

Como principales problemas de salud pública se refieren las malas condiciones de alcantarillado.

2.2. ENTIDADES NO DEPENDIENTES DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL

DE SANIDAD: (Dependen directamente de Bagdad (MOH))

2.2.1. CLÍNICAS PÚBLICAS SHABIA.

2.2.2. **DEPÓSITO DE FARMACIA (KIMADIA REGIONAL):**

Características: la forma de distribución de los medicamentos en el país y el funcionamiento de la empresa estatal Kimadia han sido expuestos en la parte inicial de este informe.

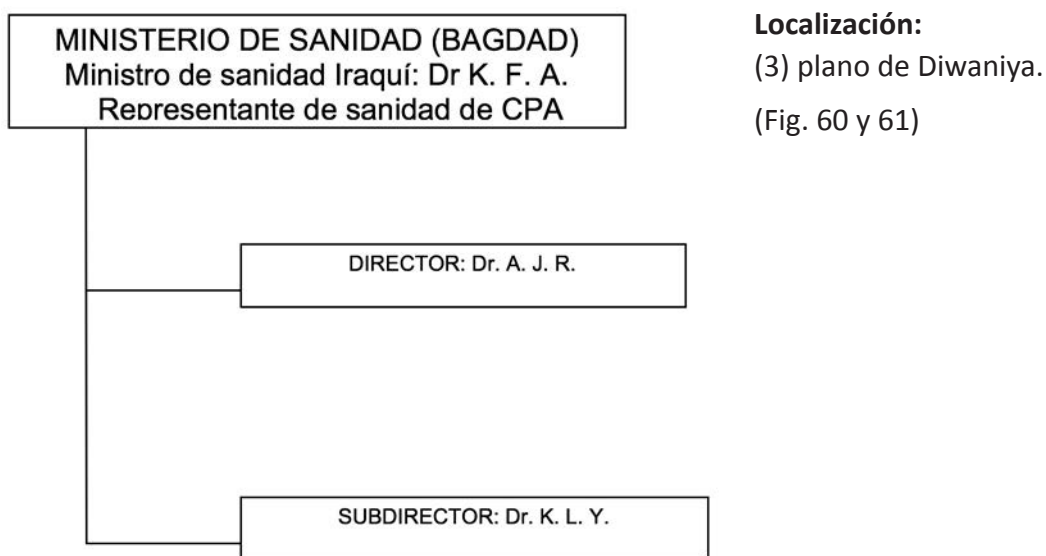


Fig. 60 y 61. Deposito de Farmacia en Diwaniya.

INFORMACIÓN SANITARIA DE LOS PUEBLOS

Mapa de localización

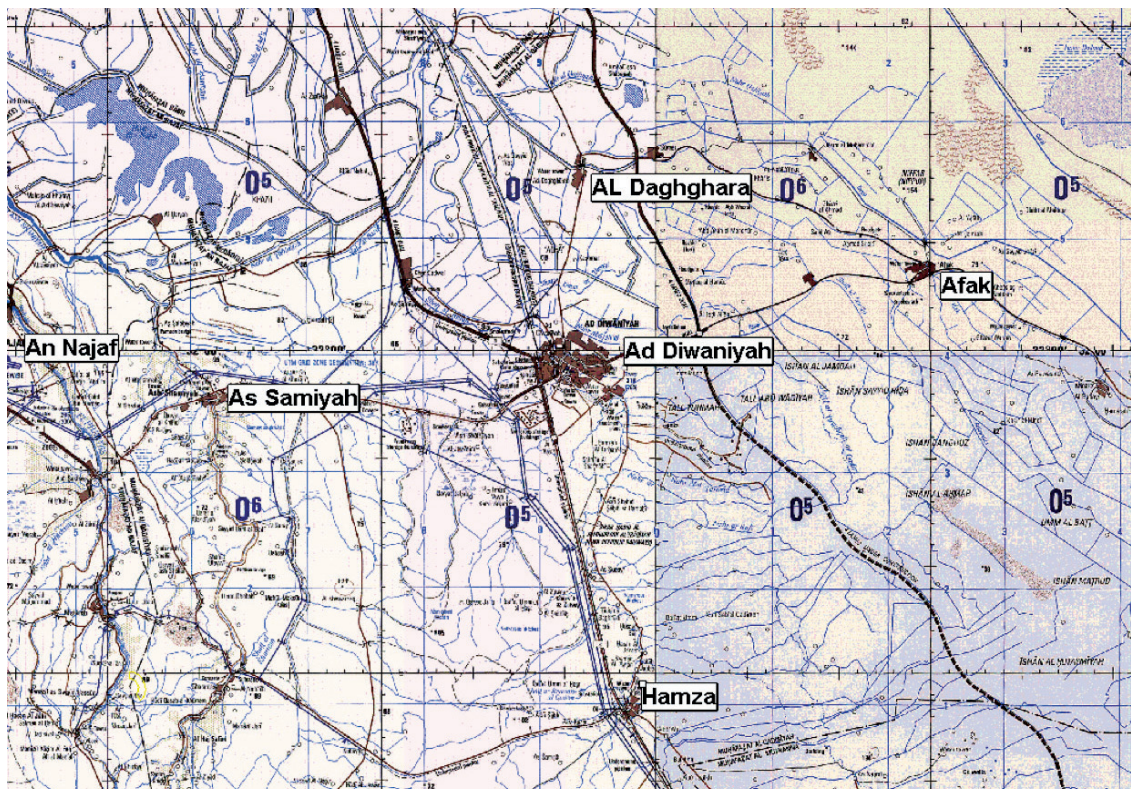


Fig. 62. Plano de la provincia de Qadisiya cedido por la BMNPU.

AD-DAGHGHARA (Fig.62):

Prestan servicio en el ambulatorio 5 médicos. Están faltos de medicinas, mobiliario y personal sanitario. Han habilitado la antigua sala del partido Baaz como hospital infantil y aun estando en buenas condiciones no está en servicio por falta de personal y mobiliario.

AFAK (Fig. 62):

La localidad tiene 55000 habitantes y posee un hospital anteriormente descrito y un ambulatorio que funciona también como clínica Shabia por la tarde. Actualmente se está construyendo otra clínica Shabia independiente del ambulatorio.

AL- BEDEER:

Existe en la localidad un centro de salud (más dos ambulatorios básicos para primeros auxilios en el resto del término municipal; en el campo). En el centro de salud, disponen de una ambulancia y su personal es: 4 médicos (entre ellos una odontóloga), 45 enfermeros y 22 entre personal administrativo, auxiliares y mantenimiento. Disponen de equipo de Rayos X muy antiguo y sin protección alguna para el personal que lo maneja. Cuentan también con un laboratorio muy elemental con un microscopio en que realizan visualización de muestras de sangre y orina. Su principal problema es la escasez de medicinas teniendo en cuenta el volumen de pacientes atendidos (200/250 por las mañanas y 50/75 por la tarde) .Dispone de refrigerador para conservación de vacunas y otros medicamentos. Se realizan campañas de vacunación según la forma especificada en la información general sobre ambulatorios.

Este centro se empezó a construir con la intención de que fuera un hospital, por lo que tiene la estructura del mismo. Existe un ala rehabilitada recientemente por la ONU y que será usada en un futuro como sala de maternidad, aunque no disponen de mobiliario en la misma a pesar de estar las salas en muy buenas condiciones, contrastando sobremanera con el precario estado de conservación de la mayoría de los centros de salud.

AL-GAMMAZ:

En la ciudad hay un ambulatorio con 1 ambulancia. El responsable es el Dr. A. M. S.

La plantilla del ambulatorio la componen un total de 103 personas: 3 médicos, 1 dentista, 25 enfermeros y el resto personal auxiliar.

Las principales necesidades del centro de salud son medicamentos y material sanitario.

AL-HAMZA (Fig.62):

En la ciudad hay un hospital, y 6 centros de salud repartidos entre la ciudad y los pueblos. Cuentan con 1 ambulancia para evacuaciones sita en el hospital.

AL- HAFAR:

Es una aldea situada entre Shafiyah y Shamiyah hay un centro cerrado y el director del

centro de Shafiyah considera necesaria su apertura porque se daría una mejor cobertura a todo el área.

AL-MOHAWEYAH:

Existe un ambulatorio que trabaja por la tarde como clínica Shabia. Su horario es de 8 a 13 y de 15 a 17 horas. Cuenta con 4 médicos generalistas.

Disponen de una ambulancia moderna, un aparato de Rayos X (Rx) antiguo y un laboratorio básico para el análisis de sangre.

El edificio está vigilado por 4 guardias sin armas.

La principal queja es la falta de medicamentos; tienen suficientes vacunas aunque las campañas informativas son insuficientes. Las principales enfermedades son las relacionadas con beber agua contaminada, hepatitis y enfermedades pulmonares. Hay campañas informativas pero son insuficientes, sobre todo para la gente que puebla las aldeas más alejadas de los principales centros urbanos.

AL-SAALAHEYAH:

Hay un ambulatorio (PHC) en la localidad y su director es el Dr. O. A. Al-R. El centro se encuentra en malas condiciones con escasez de medios, médicos e incluso necesidades básicas como AGUA. Hay 3 médicos: pediatra, dentista y generalista.

ASH-SHAFIYAH:

En el ambulatorio de la ciudad se contacta con el Dr. R. G. J., quien informa que en el centro existen 4 doctores de medicina general y la inexplicable cifra de 80 personas entre enfermeros, auxiliares, personal de limpieza y personal administrativo. Según refiere el citado doctor, este personal ha sido contratado por el “Ministerio de sanidad provincial”, y que muchos de ellos pertenecen a la antigua sanidad militar. Sólo disponen de una ambulancia.

Hay problemas con el suministro de medicamentos que se consumen rápidamente como los antibióticos, mientras que se acumulan otros como pomadas, por lo cual la solución

Resultados

propuesta es que el reparto de medicinas se haga por necesidades y no por nivel de población.

Dispone de un laboratorio con material muy antiguo, un despacho de odontología con medios aunque les falta dentista, y los médicos pasan todos consulta en la misma habitación.

Han comenzado una campaña de vacunación preventiva que afecta a 6225 personas entre embarazadas y niños, que está previsto que dure 6 meses. Dicen disponer de todas las vacunas y personal necesario pero se desplazan a las aldeas en vehículos particulares. Los días de vacunación son los viernes y domingos.

El alcalde mostró un edificio que estaba siendo construido como sede del partido Baaz y cuya obra se paró con la guerra, y que sería el lugar adecuado para ubicar un nuevo ambulatorio, pues considera desperdiciar el dinero en acondicionar el actual debido a sus reducidas dimensiones. El ambulatorio funciona por la tarde como clínica Shabia con 2 de los médicos.

ASH-SHAMIIYAH:

El núcleo urbano dispone de 1 hospital, 1 clínica de atención primaria y una clínica Shabia. La atención primaria y la de los enfermos crónicos se realiza en los centros de atención primaria (ambulatorios y Shabia), y la especializada en el hospital.

ASH- SHANIYAH:

Existe una única clínica en la localidad, que abre día y noche. El director se llama A. H. H. No tiene médicos especialistas, sólo 3 generalistas y un dentista. El edificio es viejo pero cuenta con aires acondicionados nuevos. Tiene aparato de Rx pero no cuenta con película ni material de revelado. La silla de dentista necesita una revisión. Cuenta con una ambulancia.

La demanda es de medicinas.

La sala de maternidad está siendo rehabilitada por UNOPS (UN office for Project Services) y por UNFPA (United Nations population fund).

ASH- SHINAFIYAH (Fig.62):

Existe una clínica en la localidad, que es a su vez clínica Shabia. El director es el Dr. Ahmed Hamzah. Cuenta con 80 empleados y 5 médicos de medicina general, de ellos dos mujeres que actúan como ginecólogas dada la ausencia de especialistas. Cuenta con una ambulancia y 6 camas para observación de urgencias. Existen otras 3 clínicas (menores) en el municipio atendidas por enfermeros.

La principales enfermedades tratadas son pulmonares, aparato digestivo (principalmente por beber agua del río sin tratar) e hígado (hepatitis).

No hay problemas de vacunas pero sí de suministro de medicamentos. No hay problemas de malnutrición infantil (en general no lo hay en Irak) dado que se recibe de UNICEF 2,5 kilos de comida infantil por niño todos los meses.

JASIM AL MUHAMMAD: Aldea de Afak

Hay dos enfermeros en el centro de salud que tan solo proporcionan asistencia básica, en un edificio que no requeriría gran acondicionamiento para el trabajo, si bien no dispone de agua corriente.

SHAHID ULAYWY:

Es una pequeña aldea dependiente del municipio de Gammaz. El nombre que los propios habitantes dan a la aldea es UM SUWARIN. Existe un pequeño ambulatorio, cerrado desde hace varios años, en el que tienen tan solo algodón y vendas.

SUMER:

En el ambulatorio se ha contactado con el director Dr. M. El ambulatorio se encuentra en buen estado de conservación y limpieza. Cuenta con dos médicos de medicina general. Tiene horario de mañana y tarde. Atiende alrededor de 200-250 personas diariamente. Dispone de laboratorio técnico, sala de ginecología (sin ginecólogo), sala de odontología (sin dentista) y sala de Rx no operativa. Cuentan con una ambulancia. Disponen de un pequeño generador para mantener los frigoríficos cuando se corta la corriente.

Principales problemas observados al inicio de misión

Desde el punto de vista sanitario:

- Falta de equipamiento en hospitales.
- Falta de suministros (equipamiento y medicinas).
- Condiciones de salubridad y limpieza deficientes en la mayoría de los centros.
- Hay un buen nivel de conocimiento base entre los profesionales pero un retraso de 20 años (propio de un país que ha estado totalmente cerrado al exterior durante un tiempo prolongado) en cuanto a nuevas tecnologías y avances científicos.

Desde el punto de vista del paciente:

- Todas las derivadas de las anteriores: falta de equipos para diagnóstico, falta de medicinas y condiciones sanitarias deficientes.
- Una marcada diferenciación entre la atención pública y la privada (hecho que también está presente, por desgracia en muchos países occidentales).
- Aquí se constituye uno de los principales objetivos en esta misión: trabajar con las autoridades sanitarias a nivel provincial (Qadisiya) y gobierno central (Bagdad) sobre todos estos problemas y carencias con el fin de intentar conseguir mejoras a través de proyectos y gestiones a muy diferentes niveles, aunque siendo conscientes de que la depuración total del sistema sanitario llevará más o menos tiempo en función del establecimiento definitivo de la estabilidad político-económica de Irak (Fig. 63).



Fig. 63. Imagen cedida por la BMNPU. Agosto 2003.

3. PROYECTOS E INTERVENCIONES EN ÁREA DE SALUD

El 14 de agosto de 2003 se inició nuestra participación en la misión I/F (“Iraki Freedom”) como GSTs. Partimos a las 22:00hs, hora española, para aterrizar en el aeropuerto de Kuwait 5hs 30min más tarde (aproximadamente 6:00 a.m. hora de Kuwait y también de Irak). Fuimos trasladados a Camp Coyote (base americana en Kuwait) donde pasamos 3 noches más en periodo de aclimatación a las altísimas temperaturas desérticas de la zona (llegando a alcanzar los 55°C), hasta el día 18 de Agosto de 2003 en que se inició el traslado a la base española situada en Dywaniyah (base España), capital de la provincia de Ad-Qadisiya.

El traslado transcurrió a lo largo de día y medio en convoy por carretera, con parada para dormir el día 18 en Camp Cedar (base americana de tránsito y apoyo logístico), y llegada a la base España a las 15:30 (hora local) del día 19 de Agosto de 2003 sin novedad.

El día 20 del mismo mes por la mañana, tras reunión de bienvenida con el General Jefe de la Brigada, nos trasladaron por la tarde a Camp Babylon (base americana en Al Hillah) para recibir un curso sobre asuntos civiles impartido por la 358 C.A. brigade, brigada del ejército de EEUU, que en colaboración con la División Multinacional y la CPA, nos impartió una formación general sobre el país, proporcionándonos también las directrices generales para iniciar nuestro trabajo.

Al finalizar nuestra formación regresamos a Diwaniya para instalarnos en la antigua facultad de medicina (lugar ubicado en la ciudad, reservado para la CPA provincial, una compañía de seguridad dominicana, varios miembros de los servicios de inteligencia y nuestro equipo GST), a unos 5km aproximadamente de la base España.

A continuación llevamos a cabo el relevo con los equipos GST americanos (en mi caso con el LTC H. del cuerpo de Marines de EEUU), finalizado el cual comenzaría una andadura de casi cuatro meses que ha constituido uno de los mayores retos profesionales que hasta hoy se me han presentado.

La actividad se centró en 2 vertientes a lo largo de la misión, **por un lado** tratar de apoyar

Resultados

a los responsables provinciales de las principales áreas sanitarias para que asumiesen sus cargos y fuesen los principales impulsores de su propia reconstrucción, y por otro, impulsar, diseñar, conseguir financiación y coordinar la gestión de proyectos de mejora sanitaria a todos los niveles.

Para ello fue clave la recopilación de información por todos los canales posibles referidos en metodología: reuniones periódicas y urgentes, encuestas, entrevistas personales e informes oficiales.

Las reuniones oficiales y las encuestas iniciales fueron útiles para realizar un planteamiento general de necesidades y seleccionar las prioridades más urgentes. Éstas también sirvieron para la supervisión de los proyectos en curso y solución de los problemas no urgentes que fueron surgiendo.

En las reuniones urgentes y entrevistas personales surgieron multitud de problemas extraordinarios que se estudiaron conjuntamente con las autoridades locales y se solventaron en su mayoría.

El trabajo diario se configuró elaborando una agenda de trabajo de lunes a sábado en que el tiempo se repartió entre:

- Entrevistas concertadas en nuestra oficina de la facultad de medicina con informadores, contratistas o todo aquel individuo o colectivo relacionado con la sanidad que lo solicitase.
- Visita a los diferentes centros sanitarios para verificación de necesidades (inicialmente) y supervisión de proyectos o suministros (con posterioridad).
- Visita a la Delegación de Sanidad o al Depósito de Farmacia para las entrevistas semanales o quincenales previamente establecidas.
- Visita a las ONGs operantes en la zona.
- Visitas extraordinarias (incluso fuera de la provincia) para investigación-resolución de problemas puntuales muy graves como los existentes con la distribución de medicamentos y el brote de cólera, que se amplían con posterioridad.

- Acciones extraordinarias como la coordinación del traslado de niños a España para tratamiento colaborando con “Mensajeros de la Paz”.
- Reunión diaria con el jefe de equipo para puesta en común del trabajo de cada miembro del GST.
- Elaboración de informes diarios y semanales del trabajo realizado (éstos últimos para enviar al Cuartel General de la División Multinacional).

A continuación se detallan todos los proyectos llevados a cabo por nuestro equipo, tanto ordinarios (surgidos de estudio de necesidades y prioridades) como extraordinarios. También se reflejan las principales intervenciones realizadas en el área de salud para mejora de la situación sanitaria de nuestra provincia de acción.

PROYECTOS:

1. Finalización de proyectos iniciados por los americanos:

- 1.1. Equipamiento (muy básico) del Depósito de Farmacia.
- 1.2. Reparación de la 2ª torre de refrigeración del Hospital General.

2. Iniciación y supervisión de proyectos americanos

Hospital de la Maternidad:

1. Adquisición y colocación de ventiladores.
2. Instalación de 10 aparatos de aire acondicionado.
3. Reparación e instalación de motores diesel para los generadores.

Hospital General:

- Reparación de segunda torre de refrigeración.
- Reparar los motores diesel para el generador.
- Reparar el incinerador.
- Reparar la planta de tratamiento de las aguas residuales.

Resultados

Media Luna Roja:

Reparación de un muro de defensa del edificio.

3. Proyectos propios (Fig. 64, 65):

20 proyectos propuestos, 14 de ellos completados, 4 iniciados y 3 proyectados a la espera de aprobación a la finalización de la misión (completados en el relevo siguiente).

**Fig. 64 CUADRO DE PROYECTOS realizados por GST Public Health
Cap. Médico Doña Alicia Muñoz de la Fuente**

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------|
| Proyecto 1/ Internet I | Hospitales y warehouse | Equipos e Internet | Completo(CERP) |
| Proyecto 2/ Internet teach I | Hospitales y warehouse. | Clases de informática e internet. | Completo (CERP) |
| Proyecto 3/ Tejado almacén de farmacia | Warehouse | Arreglar tejado de almacén y entrada principal | Completo(CERP) |
| Proyecto 4/ Almacén depósito de farmacia | Warehouse | Ampliar almacén de medicinas. | Completo(CERP) |
| Proyecto 5/ Internet II | Hospitales provinciales | Equipos/ Internet/Clases | Completo (CERP) |
| Proyecto 6/ Clínica en Afak | Clínica Shabia en Afak | Construcción de 2 habitaciones | Completo(CPA) |
| Proyecto 7/ Clínica en Hamza | Clínica Shabia en Hamza | Rehabilitación | Completo(CPA) |
| Proyecto 8/ Clínica en Shamiya | Clínica Shabia en Shamiya | Rehabilitación | Completo(CPA) |
| Proyecto 9/ Ascensores Hospital General | Hospital General | Reparación | Completo(CPA) |

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| Proyecto10 / Cocina de Hospital General | Hospital General | Rehabilitación | Iniciado (CPA) |
| Proyecto 11/ Sala de Calderas | Hospital General | Nueva construcción | Iniciado (CPA) |
| Proyecto 12/ Internet III | Centros de Salud | Equipos/ Internet/Clases | Iniciado (CPA) |
| Proyecto 13/ Equipamiento de Hospital Afak | Hospital Provincial de Afak | Equipos diagnóstico y tratamiento | COMPLETO BRIGADA |
| Proyecto 14/ Equipamiento de Hospital Hamza | Hospital Provincial de Hamza | Equipos diagnóstico y tratamiento | COMPLETO BRIGADA |
| Proyecto 15/ Equipamiento de Hospital Shamiya | Hospital provincial de Shamiya | Equipos diagnóstico y tratamiento | COMPLETO BRIGADA |
| Proyecto 16/ Centro de Salud de la Media Luna Roja | Diwaniya | Nueva Construcción | Avanzado(CERP) |
| Proyecto 17/ Anexar el Hospital de Infecciosos al Hospital General | Hospital General | ACEPTADO PENDIENTE PROYECTO DEFINITIVO | Proyectado para CPA |
| Proyecto 18/ Hospital en Gamaz | Gamaz | Nueva Construcción | En estudio para CPA |
| Proyecto 19/ Centro de salud Shafiyah | Shafiyah | Nueva Construcción | Proyectado CPA |
| Proyecto 20/ Internet en Edificio del Gobierno | Diwaniya | Equipos/ Internet/Clases | Completo (CPA) |

PROYECTOS SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS FONDOS

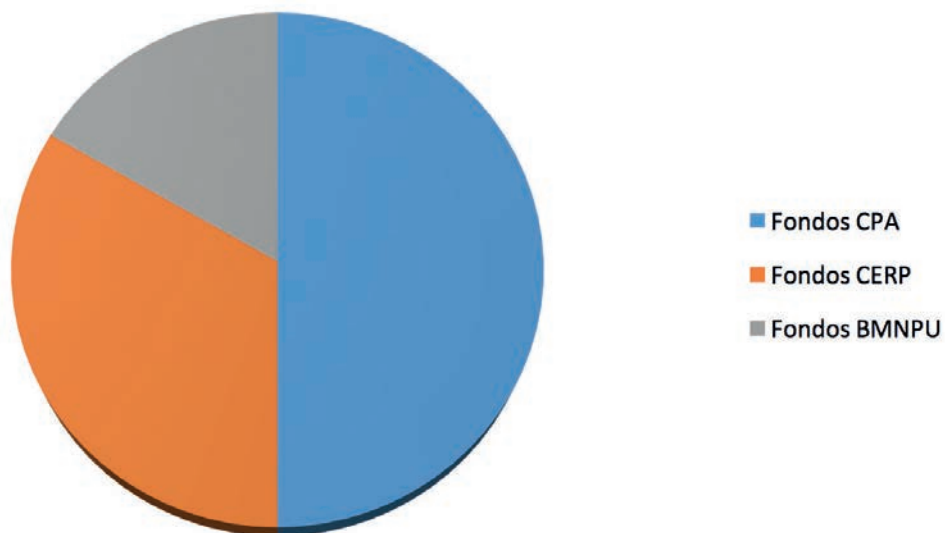


Fig. 65. Esquema de Financiación de Proyectos según la procedencia de los fondos.

CUESTIONES DE SALUD PÚBLICA:

Relación de los principales problemas surgidos en el área de Salud Pública durante el desarrollo de la misión y gestiones realizadas para la resolución de los mismos:

1. Organización de una reunión semanal de farmacia para tratar los principales problemas referentes al suministro y distribución de medicinas y material sanitario y buscar soluciones al respecto. Principales puntos de interés:
 - Tras gestiones a nivel provincial (Brigada) y regional (División) con el MOH (Kimadia-Bagdad) se consiguió presionar para cambiar los antiguos contratos con empresas farmacéuticas que elaboraban medicamentos de mala calidad, por contratos nuevos de empresas europeas y americanas de reconocido prestigio, para adquisición de medicamentos adecuados.
 - Respecto a la distribución y escuchadas ambas partes (Kimadia-Bagdad y Kimadia-Diwaniya) se acordó mayor transparencia en los registros de suministro y distribución de medicamentos con el fin de que el suministro central fuese el adecuado y no se desviasen medicinas para el mercado negro.
 - El primer proyecto del equipo (instalación de comunicación por internet vía satélite supuso una mejora importante en la transmisión de necesidades de medicinas y suministros sanitarios).
 - Detectada partida de medicinas entregadas por Operation Mercy con “doble caducidad”, se investigó sobre la situación producida y se rechazó dicha partida.
 - Se instó insistentemente a la comunidad farmacéutica a tomar iniciativas y seguir los procedimientos adecuados para optimizar su trabajo con el fin último de mejorar la red sanitaria.
2. Organización e institucionalización de una reunión semanal/quincenal con las autoridades sanitarias provinciales con asistencia de Director General de sanidad, directores de los tres hospitales de Diwaniya, directores de los 3 hospitales provinciales, directores de departamento: farmacia, preventiva y ambulatorios, inspección y

clínicas públicas para tratar los puntos de mayor interés en Salud Pública. Resumen de estos puntos:

- a. Distribución definitiva y agilización de la obtención del dinero de los presupuestos de Bagdad asignados a sanidad en la provincia: se ha formalizó la apertura de cuentas bancarias para cada departamento y el sistema de registro para que no hubiese bloqueo de dinero desde el departamento del tesoro. El problema principal era que disponían del dinero pero el sistema para gastarlo era tremendamente dificultoso.
- b. Se estudió la situación de la enfermería (nivel de estudios y preparación) y se determinó su inclusión en programas para mejorar la calidad de la enseñanza y la preparación de este colectivo.
- c. Uno de los principales logros conseguidos correspondió a la obtención del permiso para transferencia del hospital de enfermedades infecciosas (50 pacientes “aislados” de la ciudad y en estado de “abandono” tanto del edificio como personalmente por los médicos que sólo acudían allí para urgencias) del lugar donde está situado fuera de la ciudad , hasta un terreno en el interior del recinto del hospital general donde se construirá un edificio de nueva planta con todo el mobiliario y aparataje nuevos y donde estarán adecuadamente atendidos por los especialistas.
- d. Investigación sobre el despido de 56 enfermeros en los hospitales de Diwaniya llegándose a la conclusión de que se produjo una contratación masiva por una orden del Ministerio de Salud que después ha tenido que ordenar su despido debido a que superaban la capacidad de pago de salarios por parte del Ministerio estimada para el año 2004.
- e. Análisis de las medidas de protección radiológica y estado de los equipos de radiodiagnóstico en los hospitales detectándose las principales carencias en este sentido, que correspondían a falta de protección en las salas de rayos de los tres hospitales provinciales. Se iniciaron las medidas oportunas para poner solución a este problema a través del Ministerio de Salud.

f. Resolución de un brote de cólera coordinando las siguientes entidades: **departamento de preventiva** (realizó bajo nuestra supervisión, Fig. 66, 67, las medidas adecuadas de educación para la salud, valoración y toma de muestras de los posibles casos), **delegación de sanidad** (avisó al departamento de aguas para proporcionar a la aldea agua limpia para beber y uso habitual), **Brigada** (proporcionó un camión lleno de botellas de agua mineral para resolver la situación emergente a la espera de medidas más duraderas), **AECID** (proporcionó una depuradora para la zona de manera que el problema quedó solucionado definitivamente).

Dadas las características de esta intervención, su gravedad y la complejidad de su resolución en breve tiempo, este punto merece una mención más amplia, siendo detallado a continuación.

CÓLERA DAGHGHAH

En el contexto de nuestra misión de soporte/apoyo al gobierno provisional y a la reconstrucción del país y como asesores del área de sanidad, uno de los máximos logros obtenidos es el que se relata en este capítulo relativo a la resolución de un conflicto de salud pública evitando una epidemia de cólera en una zona especialmente vulnerable en el ámbito rural Iraquí, donde se concentraban mayoritariamente grupos de población dedicados al pastoreo y cultivo de la tierra.

Un 16 de octubre de 2003 en reunión semanal con las autoridades sanitarias se nos comunicó un pequeño brote de cólera con 4 casos controlado por el momento. El brote se había producido en 3 poblaciones al norte de Diwaniya (3 casos correspondían a la tribu de Daghharah y uno a la de Sadyr). Ante la afirmación de situación controlada y las medidas necesarias tomadas, se anotó como incidencia y no se iniciaron medidas por nuestra parte.

El 18 de octubre de 2003, dos días después, recibimos la “visita extraordinaria” del Jefe de la tribu de Ad Daghharah que nos transmitió la aparición de más casos y la “pasividad” de las autoridades sanitarias provinciales ante la situación. Los brotes aparecieron en la confluencia de tres pequeñas poblaciones rurales dedicadas al pastoreo y agricultura básica (en total unas 700 personas con un 20% de menores) cuyo abastecimiento de agua común era un riachuelo que sufría continuo estancamiento y en condiciones inadecuadas de salubridad. Inmediatamente se contactó con los responsables de sanidad provinciales y se convocó una reunión extraordinaria de la que se derivaron todas las acciones que a continuación se detallan.



Fig. 66 y 67. Verificación sobre el terreno en compañía de las autoridades sanitarias.

CARACTERÍSTICAS:

ACCIONES INMEDIATAS:

- Envío de un camión cisterna por el departamento de aguas para abastecimiento de la zona hasta finalizar el brote.
- Envío de personal médico y ambulancias por el departamento de epidemiología para detección de casos y traslado al hospital de los afectados.
- Alerta a los hospitales de la provincia para recepción y correcta atención de los afectados.
- La autoridad de la BMNPU envió de inmediato un camión cargado con agua mineral para cubrir necesidades hasta que el abastecimiento local con camión cisterna quedase establecido de forma regular (Fig. 68,69 y 70).





Fig. 68, 69 y 70. Imágenes de suministro de agua mineral por la BMNPU.

ACCIONES MÉDICO-EPIDEMIOLÓGICAS (Fig. 71 y 72):

Acordadas en la reunión extraordinaria con el responsable provincial de medicina preventiva.

1. Estudio epidemiológico de la zona y determinación del número exacto de casos y su localización (hospitales y domicilio).
2. Toma de muestras de casos declarados, sospechosos y familiares así como de agua y alimentos de diferentes puntos de la zona.
3. Reparto de antibióticos profilácticos en la zona para los contactos de los pacientes declarados.
4. Educación sanitaria de la población de la región informando sobre medidas a tomar con la utilización del agua y la manipulación de alimentos para evitar futuros brotes.



Figs. 71 y 72. Valoración del brote y toma de medidas por los expertos en Medicina Preventiva.

ACCIONES PARA ESTABLECER SOLUCIONES DEFINITIVAS:

Dado que el problema del abastecimiento de agua en la zona estaba pobremente garantizado para el futuro por el pequeño riachuelo de agua estancada y sucia, se realizaron las gestiones para evitar nuevos brotes de cólera u otras enfermedades infecto-contagiosas de forma definitiva.

Resultados

Para ello se estableció contacto con AECID a los que se solicitó formalmente por parte de la máxima autoridad (General Jefe de la BMNPU) la posibilidad de instalación de una depuradora, tras lo cual se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se inspeccionó la zona por parte del equipo siguiente: Ingeniero de GST, médico GST, ingenieros y responsables de AECID, técnicos locales y responsables del departamento de aguas para determinar el lugar adecuado de instalación de la depuradora.
- Se depositó la depuradora en la tribu y se iniciaron las gestiones con el departamento de aguas para incrementar el abastecimiento de la zona.
- Se quedó sólo a la espera de realizar una excavación en el punto exacto de instalación de la depuradora y un aumento de abastecimiento por el depósito de aguas para la instalación definitiva, hecho que se produciría en 2-3 días.

Como resultados de las acciones relacionadas se consiguió:

1. Tras la labor de investigación llevada a cabo por el departamento de epidemiología se detectó un número total de 8 casos: 3 adultos y 5 niños que fueron dados de alta tras completar su periodo de observación y tratamiento hospitalario.
2. Desde que se instauraron las medidas preventivas (inmediatamente después de conocerse la “aparente” pasividad inicial de las autoridades sanitarias provinciales) no volvió a detectarse ningún caso nuevo.
3. Quedó instalada una depuradora que garantizó la salubridad del suministro de agua potable en una zona que agrupaba tres tribus rurales abastecida hasta ese momento por un arroyo de aguas de dudosa seguridad para el consumo humano.

OTRAS ACTIVIDADES:

3.1. *Reparto de oxígeno* (según valoración previa de necesidades) realizado en los 6 hospitales de la provincia (Fig. 73 y 74).



Fig. 73 y 74. Imágenes de reparto de oxígeno en Hamza y Afak.

3.2. Organización y coordinación del primer viaje a España de niños enfermos (Fig. 73,74).

Otro de los proyectos extraordinarios en que nuestro equipo participó al margen de nuestras actividades habituales. Se realizó la gestión para el traslado a España de niños enfermos cuyas posibilidades de tratamiento en el país eran precarias o nulas y que se beneficiarían de forma definitiva de la realización de tratamiento en nuestro país.

El proyecto fue llevado a cabo por iniciativa de la organización no gubernamental Mensajeros de la Paz que gestionó la parte burocrático-administrativa de los traslados a través de nuestra embajada en Bagdad, apoyado por la BMNPU que se encargó de la seguridad durante el traslado. Todo ello fue coordinado por nuestro equipo seleccionó los niños a trasladar y se encargó de que llegasen en óptimas condiciones hasta el avión de nuestras fuerzas armadas que les espera en Kuwait.

En este primer viaje se trasladan 9 niños con las siguientes edades y patologías:

1. 5 años: Catarata traumática con opacidad corneal
2. 6 años: Ptosis palpebral congénita.
3. 12 años: Patología congénita de rodilla.
4. 5 años: Quemadura química en extremidades inferiores.
5. 9 años: Herida por estallido ojo derecho.
6. 18 meses: Tetralogía de Fallot.
7. 8 años: Adenoma hipofisario.
8. 9 años: Afectación severa córnea ojo derecho.



Fig. 73 y 74. Imágenes del traslado de niños iraquíes enfermos a España para su tratamiento. Preparación para el traslado en avión medicalizado perteneciente a la Fuerza Aérea Española desde la base americana Camp Coyote en Kuwait.

3.1. Proyecto extraordinario de apoyo local en Ramadán

Se realizó una reunión extraordinaria con el fin de diseñar diversos proyectos para colaborar en el periodo que dura el Ramadán (proyectos conjuntos entre autoridad civil americana en zona de operaciones CPA y autoridad militar al cargo de la región BMNPU, actuando como enlace coordinador entre ambos nuestro equipo GST aunque no correspondiese ésta a una de nuestras tareas habituales).

Finalmente se acordó dar un “desayuno” (comida preparada que se reparte al atardecer) en las mezquitas. Se contabilizó un número total de 25 mezquitas en Diwaniya.

F. DISCUSIÓN

La discusión de este trabajo se centra en los aspectos más relevantes que en la actualidad determinan el sentido, la legitimidad, o la efectividad de misiones como la que aquí se analiza. Los principales puntos a desarrollar en esta discusión corresponderán a:

1. Enfoque Integral en la Gestión de Crisis Internacionales.
2. Cooperación Cívico-Militar en la Gestión de Crisis Internacionales.
3. Legitimidad de la Intervención Militar sobre Irak en 2003.
4. Autoevaluación de los participantes.
5. Actualidad: los datos, las personas.
6. Paralelismo con otras misiones similares (Afganistán PRTs: Provincial Reconstruction Teams o Equipos de Reconstrucción Provincial).

1. ENFOQUE INTEGRAL EN LA GESTIÓN DE CRISIS INTERNACIONALES

El 15 de enero de 2009, el almirante Mike J. Mullen, jefe de Estado Mayor de la Defensa estadounidense, presenta el Capstone Concept for Joint Operations¹⁰⁰, documento guía de la actuación de las fuerzas armadas de este país para el período comprendido entre 2016 y 2028 basado en las lecciones aprendidas en sendas campañas militares en curso en Irak y Afganistán (rápido despliegue, eficaz sostenimiento de la fuerza, guerra “asimétrica”, estabilización, reconstrucción, seguridad u ocupación, conocimiento lingüístico y cultural y coordinación de estrategias). Confirma la vuelta al realismo y pragmatismo del pensamiento estratégico estadounidense preconizado por el republicano Robert Gates en su período al frente de Pentágono, con la intención de resolver las carencias operativas de una fuerza militar agotada tras más de siete años de guerra.

Existen tres premisas clave para determinar este concepto:

1. Que el ambiente estratégico futuro es incierto y extremadamente complejo.
2. Que ninguna crisis podrá resolverse en el futuro de forma satisfactoria con el empleo aislado del poder militar.

3. Que las fuerzas armadas deberán disponer de un catálogo de capacidades amplio y adecuado tanto para la guerra convencional como para el conflicto “híbrido”, “irregular” o “asimétrico”, que marcará el futuro de la Defensa Nacional.

Los principios en que se basa la acción conjunta una vez analizado el ambiente estratégico son los siguientes:

- Garantizar la defensa de la Nación y sus ciudadanos frente a cualquier ataque.
- Mantener la disuasión.
- Reforzar la seguridad cooperativa fomentando compromisos bilaterales y multilaterales o la prestación de asistencia y ayuda militar a socios y aliados.
- Tener capacidad de respuesta a cualquier tipo de crisis que surja en cualquier punto del planeta. Respuesta que va desde la prestación de asistencia humanitaria a la guerra convencional pasando por todos los tipos de conflictos existentes actualmente como combates “asimétricos”, cambios de régimen, ocupación o construcción nacional (Nation Building).
- Tener éxito en los objetivos.

Este nuevo concepto amplía sin ninguna duda los cometidos que hasta el momento las fuerzas armadas venían desarrollando, añadiendo algunos nuevos e impensables hasta principios de este siglo, cuando comenzaron los conflictos de Afganistán (2001) e Irak (2003) a raíz de los atentados del 11 de septiembre de 2001. Estos cometidos se resumen en:

1. **combate** (combat) que incluye la creación y perfeccionamiento de unidades polivalentes y flexibles que contemplen la cooperación cívico-militar en las ocasiones en que sea necesario.
2. **seguridad** (security) que implica el conocimiento profundo y respeto por la cultura de los escenarios de actuación.
3. **compromiso** (engagement) incluido en todas las operaciones que se lleven a cabo conjuntamente con otros ejércitos o Naciones.

4. reconstrucción y socorro (relief and reconstruction) o conjunto de actividades encaminadas a restablecer los servicios esenciales una vez terminados los combates y que finalizan cuando las autoridades civiles asumen el control de la situación, siendo éste último cometido en el que ha participado la Sanidad Militar española y el objeto de estudio de este trabajo de investigación¹⁰¹.

Este documento presentado por el jefe de Estado Mayor, General Mullen, contiene ideas que ya se venían planteando desde los años noventa relativas a la ampliación de la proyección y sostenimiento de la fuerza y la mejoría de su conocimiento lingüístico y cultural, y al mismo tiempo algunas ideas innovadoras muy en consonancia con el multilateralismo, que después ha protagonizado el mandato del presidente Obama, como uno de los ejes de la Estrategia Nacional de Seguridad para los Estados Unidos.

La situación por tanto exige un enfoque integral (comprehensive approach)⁷³ de las operaciones internacionales planteado inicialmente por Estados Unidos en el documento anteriormente referido y que determina lo que a partir de ahí va a ser la tendencia a la hora de gestionar la seguridad internacional.

Estos dos conceptos, enfoque integral y seguridad, son vitales para comprender qué define estratégicamente el funcionamiento del mundo actual y las diferentes actuaciones que se están llevando a cabo en los últimos años, frente a los acontecimientos que marcan el nuevo orden mundial en que nos hallamos inmersos, así como las controversias existentes sobre su eficacia, que se analizan a lo largo de esta discusión.

La seguridad hace tiempo que dejó de ser una cuestión puramente militar, y podemos definir el enfoque integral como el conjunto de respuestas de un Gobierno fruto de la adaptación a los retos que está planteando la seguridad de las Naciones en el contexto de la globalización.

En Estados Unidos desde el planteamiento del Capstone Concept for Joint Operations el desarrollo de estas estrategias y de la cooperación cívico-militar ha sido exponencial, aunque no se puede decir que en otros países haya ocurrido de la misma forma.

Respecto a Europa, concretamente en el seno de las dos organizaciones internacionales principales en las que este enfoque ha de desarrollarse, Unión Europea (UE) y OTAN (Organización para el Tratado del Atlántico Norte), si bien es aceptado el concepto, el grado de implantación es muy desigual, siendo los principales obstáculos la escasez de medios y el temor de cada uno de los Estados miembros a ceder soberanía, identidad o autonomía, o la desigualdad en cuanto a intereses, procedimientos y liderazgo que podría existir entre organizaciones civiles y ejército.

En la Cumbre de la OTAN en Lisboa de noviembre de 2010¹⁰² y tras un análisis exhaustivo de las lecciones aprendidas en los conflictos en curso, se concluye que el manejo de las crisis internacionales debe ser integral entre los instrumentos políticos, civiles y militares disponibles de cada país desde los primeros momentos del planeamiento. Puede decirse que esta organización militar se está adaptando de forma más rápida a estos nuevos planteamientos, y ejemplo de ello son los Equipos de Reconstrucción Provincial (PRT) que se han ido perfeccionando a lo largo de la misión desarrollada en Afganistán, y cuyos predecesores son los GSTs en Irak evaluados en este trabajo.

En la UE el proceso se desarrolla de forma más lenta. Es una organización civil donde el ejército se ha involucrado poco a lo largo del proceso de construcción europea y su capacidad de gestión cívico-militar de crisis es todavía pequeña. El Servicio Europeo de Acción Exterior (SEAE) se ha creado con este fin, aunque no se encuentra todavía suficientemente desarrollado.

En España todo lo expuesto hasta aquí está recogido en la Estrategia Española de Seguridad (ESS) aprobada en 2011, que actualmente no está completamente desarrollada. Aunque contamos con un sistema adecuado de gestión de crisis, éste se encuentra más avanzado en los procedimientos y ejecución interna que en la parte de liderazgo y proyección. En este mismo documento se sugiere crear una Unidad de Respuesta Integrada Exterior en la que los Ministerios de Defensa, Asuntos Exteriores y Cooperación, Interior y Economía ,deberían compartir la gestión desde el inicio de una crisis junto con los servicios de inteligencia. Se trata de disponer de un sistema que supervise las distintas fases de la

crisis y de un procedimiento que establezca qué autoridad es responsable en cada fase y actuación, debiendo estar ambos claramente definidos. El centro de gestión integral debería estar cercano a la Presidencia del Gobierno^{79,103}.

Tras este planteamiento teórico sobre lo que debería ser el enfoque y gestión de las situaciones de crisis, podemos afirmar, no obstante, que la situación real actual dista mucho de alcanzar los objetivos teóricos planteados. Estos objetivos son el resultado de la observación de la gestión de crisis como la de Afganistán o Irak, y de la elaboración de un plan a partir de las lecciones aprendidas. Recordemos que son conceptos de finales del siglo XX que arrancan en su aplicación en 2001 en Afganistán y 2003 en Irak de una forma “pseudo-improvisada”, y que se organizan dentro de un plan general documentado a partir de los errores cometidos y lecciones aprendidas en el Concept for Joint Operations en 2009. Nos encontramos por lo tanto en diferentes puntos de desarrollo de los mismos en cada país, que participa conjuntamente con Estados Unidos en gestión de conflictos a nivel internacional, así como estamentos de agrupación de países como la UE o la OTAN. Este es uno de los motivos por los que algunos consideran estas intervenciones como las de Afganistán o Irak un fracaso, mientras que otros las consideran un buen comienzo-ensayo de lo que el siglo XXI desarrollará como nuevo esquema para la resolución de los graves conflictos en este mundo globalizado.

2.COOPERACIÓN CÍVICO-MILITAR

La cooperación cívico-militar nace tras la segunda Guerra Mundial como una rama del arte militar dedicada a la gestión de asuntos civiles (AC, en inglés Civil Affairs, CA). Esta obligación queda reflejada en el artículo 55 del Convenio de Ginebra¹⁰⁴ relativo a la protección de las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949: “En toda la medida de sus recursos, la potencia ocupante tiene el deber de abastecer a la población en víveres y productos médicos; deberá, especialmente, importar víveres, medicamentos y cualquier otro artículo necesario cuando sean insuficientes los recursos del territorio ocupado”.

Para el desempeño de esta función, Estados Unidos aplicó dos sistemas tras la Gran Guerra como potencia ocupante:

- El gobierno indirecto como método preferido: oficiales de AC actúan a través de autoridades locales en lugar de gobernar directamente, lo cual permite aprovechar la legitimidad y los recursos de las autoridades locales y evita crear la percepción de que la liberación supone simplemente la sustitución de una potencia ocupante por otra.
- Gobierno militar directo, si el anterior no era posible.

Tanto en Europa como en Japón el objetivo era similar: contribuir al éxito de las operaciones consiguiendo la cooperación de la ciudadanía de los territorios ocupados y fomentando el desarrollo de “políticas nacionales a largo plazo”. En Europa se pudo aplicar el modelo de territorio liberado en lugar de gobierno militar en países como Bélgica, Luxemburgo y Holanda, así como en Japón¹⁰⁵.

Estados Unidos analiza su actuación concienzudamente y determina como “*lecciones aprendidas*” frente a la ***improvisación***, por un lado la necesidad de un programa de preparación específica de su ejército para este campo, creándose a continuación la Primera Escuela de Gobierno Militar en la Universidad de Virginia Charlottesville en 1942 dedicada a este fin y, por otro lado, la realización de un planeamiento previo de cualquier intervención a realizar, doctrina sobre AC que se mantendría durante la Guerra Fría hasta que la caída del bloque comunista cambia completamente la realidad geopolítica del planeta.

Tras el fin de la Guerra Fría comienzan los conflictos “asimétricos”, las operaciones de estabilización en estados fallidos o en vías de serlo, las operaciones de mantenimiento e imposición de la paz fuera del territorio de la Alianza, y se produce un cambio de requerimientos hacia las fuerzas armadas, que pasan de ser gobernantes obligados de un territorio ocupado a apoyar, apuntalar o reinstaurar, un gobierno legítimo amenazado, en la mayoría de los casos, por enemigos interiores. Este tránsito en la función militar supone también un cambio de lo que hasta ahora se venía

considerando como AC hacia la Cooperación Cívico-militar: CIMIC (del inglés Civil Military Cooperation).

Llegado a este punto, se empieza a hacer evidente que PAZ y SEGURIDAD están estrechamente ligadas con las CUESTIONES HUMANITARIAS. De tal forma que el Consejo de Seguridad, en su resolución nº 794 (Somalia), autoriza por primera vez en la historia una intervención militar amparada en el capítulo VII, “con el fin de obtener un entorno seguro para las operaciones de ayuda humanitaria”. Poco más tarde se seguirían los mismos pasos para operaciones como las desarrolladas en Bosnia-Herzegovina, Kosovo o Timor Oriental.

El concepto CIMIC acuñado por la OTAN difiere del de AC. Mientras que el concepto de AC, creado a mediados del siglo pasado, incluye necesariamente el ejercicio de la autoridad territorial, el de CIMIC se refiere sólo a la interacción que debe existir entre las unidades OTAN y las organizaciones civiles presentes en su área de responsabilidad¹⁰⁶.

Este concepto no obstante ha seguido evolucionando y siendo enfocado cada vez con más interés en “ganar los corazones y las mentes” de la población para ganar SEGURIDAD de la fuerza y de los ciudadanos y ESTABILIDAD en la zona.

Anteriormente existía el acuerdo denominado “Consenso de los Balcanes” por el que el “reparto” de tareas cívico-militares quedaba establecido de la siguiente forma:

1. A las organizaciones humanitarias correspondía atender las necesidades más urgentes de la población.
2. A las organizaciones internacionales y gubernamentales apoyar a las autoridades locales en los campos de gobierno, desarrollo económico y justicia.
3. A las fuerzas militares la creación de un entorno seguro que permitiera la labor de los anteriores.

Es en Afganistán primero y dos años después en Irak donde este consenso se “rompe”, y se borran las fronteras entre las funciones atribuidas anteriormente, de tal forma que CIMIC

ocupó desde las etapas iniciales del conflicto, un papel central (no debemos olvidar que CIMIC es la rama militar dedicada a asuntos civiles).

A todos estos acontecimientos se une la reacción negativa por parte de la comunidad humanitaria. Los planes de desarrollo a largo plazo se politizan, incluyendo la ayuda humanitaria dentro de objetivos políticos y militares, lo que hace peligrar su esencia de neutralidad e independencia, restando capacidad de decisión al mando militar¹⁰⁷.

A este respecto el Comité Internacional de Cruz Roja (CICR) establece que: *“Las medidas son humanitarias si cumplen con los principios de neutralidad, imparcialidad e independencia. Las medidas de ayuda que no hacen esto no son humanitarias, independientemente de sus buenas intenciones y su eficacia”*.

Finalmente, dentro de la evolución de los Asuntos Civiles en el ejército, llegamos al concepto más actual que se deriva del Enfoque Integral (Comprehensive Approach) y que corresponde a las siglas CMI del inglés Civil Military Interaction que reconoce la inexistencia de ninguna organización que **por sí sola** pueda abordar problemas como separar y desarmar a las partes enfrentadas, garantizar las necesidades básicas de la población, asegurar un gobierno legítimo responsable e impulsar el desarrollo sostenible, y que por lo tanto es necesaria la interacción entre los distintos “actores” para conseguir estos objetivos¹⁰⁸.

Según la nueva doctrina OTAN *“...ayuda a la fuerza militar a alcanzar el objetivo final coordinando, sincronizando y armonizando las actividades militares con los actores civiles, ligando así las operaciones militares con los objetivos políticos”*^{109,110}.

La interacción que supone CMI corresponde a planeamiento conjunto, intercambio de oficiales de enlace, participación en grupos de trabajo conjuntos, reuniones periódicas o, en otros casos, simplemente encuentros esporádicos, conversaciones informales, correos electrónicos. Para todo ello es necesaria una nueva cultura de colaboración y respeto en la que prime el conocimiento y confianza mutuos, tanto en el planeamiento como durante la ejecución de las operaciones.

Mientras, como leemos hasta aquí, en la comunidad humanitaria hay opiniones controvertidas respecto a las nuevas cometidos del ejército en aspectos civiles de los territorios objeto de intervención, en la opinión pública española se ha generado el efecto contrario y se ven éstos como un nuevo y celebrado componente de la función de los Ejércitos. Tanto es así que la participación en misiones de paz es uno de los factores de la mejora en la consideración de las fuerzas armadas por parte de la opinión pública nacional y una de las funciones militares que reciben más apoyo popular¹¹¹.

Podemos decir que equipos de reconstrucción provincial como los PRTs o GSTs en Irak son la aportación, tanto española como de otros países, a la nueva estrategia mundial de gestión de conflictos “asimétricos” en el contexto de cooperación cívico-militar, e implican una efectividad superior a la que podría aportar la presencia señalada de unidades militares no comprometidas con la reconstrucción, vistas únicamente como fuerza de ocupación¹¹².

El debate en este apartado existe por la necesidad de los gobiernos de que sus fuerzas armadas participen de forma activa en determinadas labores humanitarias y de reconstrucción para favorecer la SEGURIDAD¹¹³, y la resistencia de una gran parte de la comunidad humanitaria por temer que con ello puedan vulnerarse los principios de imparcialidad, neutralidad y actuación apolítica que les definen.

El principal argumento a favor de la participación de las FF.AA. (Fuerzas Armadas) en reconstrucción es la protección de las inversiones de los “donantes” sobre los países en reconstrucción, entendiendo por tales aquellas entidades o particulares que aportan grandes sumas de capital y trabajo personal, garantizando su seguridad.

Dependiendo de la situación la actividad militar en el escenario de la reconstrucción debería desvincularse de las acciones de las ONGs para no generar hostilidades locales que pongan en peligro su actividad.

3. LEGITIMIDAD DE LA INTERVENCIÓN EN IRAK 2003

El hecho de considerar la invasión de Irak como una intervención de carácter humanitario generó en su momento un gran debate que a día de hoy se mantiene. A pesar de que la misión inicial finalizó y se produjo la retirada oficial de las tropas americanas del país, actualmente existen efectivos encargados del adiestramiento y apoyo a las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado Iraquí, actividades en las que España participa.

Kenneth Roth, director de “Human Rights Watch” emite un informe en 2004, donde expone claramente que la invasión de Irak no fue una intervención humanitaria legítima y no debería ser considerada como tal¹¹⁴.

Otros autores como Alex Bellamy apuntan que *la guerra en 2003 en Irak es importante, porque representa la primera vez que un grupo de estados intervinientes justifica sus acciones refiriéndolas a resultados humanitarios, que fueron producidos por actos primariamente motivados por razones no humanitarias*¹¹⁵.

En cuanto a la legitimación de intervenciones militares sobre determinados países, encontramos un antecedente muy relevante en el caso de Kosovo en 1999, justificada por la urgencia de acción sobre gobernantes que perpetraron grandes violaciones de los Derechos Humanos, aun sin contar con una resolución firme del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. A partir de aquí, los esfuerzos se orientan a encontrar un lugar común donde las condiciones para las intervenciones de carácter humanitario fueran consideradas permisibles. El resultado de ello fue la creación de la Comisión Internacional sobre Intervención y Soberanía del Estado (ICISS)¹¹⁶, que determina seis criterios:

1. Motivos adecuados.
2. Causa justa
3. Uso de la fuerza como último recurso
4. Garantías razonables de éxito
5. Proporcionalidad
6. Adecuada autoridad

Si analizamos estos criterios en relación a la intervención en Irak, en primer lugar se cumple que Sadam Hussein demostró en muchas ocasiones no respetar los Derechos Humanos respecto a su pueblo. El genocidio practicado contra el pueblo kurdo en 1988 sería un ejemplo claro en este caso de la misma, forma que se consideró la ejecución de cuarenta y cinco albaneses en enero de 1999 en Kosovo. Igualmente se contempla la posibilidad de intervención humanitaria en los casos de Haití en 1994 y Somalia en 1993-94.

La fuerza fue el último recurso considerando que la vía diplomática se había agotado previamente en todos estos casos. En toda intervención sobre un régimen del que existe constancia que oprime y explota al pueblo se puede considerar que las garantías de éxito de una intervención liberadora existen, aunque en el caso de Irak la eliminación del dictador sólo puede considerarse un éxito parcial.

En cuanto a la proporcionalidad, los ataques “quirúrgicos” llevados a cabo por la fuerza aérea seguidos inmediatamente por el establecimiento y apoyo a un gobierno Iraquí provisional y el inicio de la reconstrucción, entrarían también dentro de este criterio. Respecto a la autoridad adecuada, el informe del ICISS sugiere que el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas es el órgano que idealmente debería proporcionar legitimidad a las acciones, pero defiende que no es necesariamente obligatorio y Kosovo en 1999 así lo demuestra.

Otro de los requisitos que ICISS preconiza es que la intervención sea multilateral.

Por otro lado la visión para Irak y sus ciudadanos acordada por Estados Unidos, Reino Unido, España y Portugal en Azores, el 16 de marzo de 2003, incluía la solemne obligación de ayudar al pueblo Iraquí a construir un nuevo Irak en paz para consigo y sus vecinos. Un Irak unido en el que sus ciudadanos pudiesen disfrutar de seguridad, libertad, prosperidad e igualdad con un gobierno que respetase los Derechos Humanos y la ley como piezas clave de la democracia.

4. AUTOEVALUACIÓN

Los países especialmente implicados en la intervención sobre Irak han realizado profundos análisis críticos con el fin de extraer enseñanzas útiles para el futuro. En este trabajo se recogen dos de los más relevantes, en los que España ha tenido participación desde sus inicios con sus equipos PRT en Afganistán y GST en Irak.

En el contexto de la investigación estratégica, Estados Unidos analiza la actuación de los equipos de reconstrucción-apoyo al gobierno en Afganistán e Irak, estableciendo desde el inicio una diferencia a considerar entre ambos: la fórmula en Afganistán es una organización centralizada en el ejército con una participación importante de la coalición, mientras en Irak el concepto se aproxima más a una colaboración inter-agencias que apoya un nuevo gobierno iraquí, establecido desde el fin de la intervención militar.

El concepto de **reconstrucción** es la auténtica prioridad, común en ambos conflictos y necesariamente ligado a la intervención militar desde el inicio. Dentro de las “lecciones aprendidas” destaca la evolución de este concepto, inicialmente concebido para Afganistán en 2002.

Uno de los principales errores se achaca a la adjudicación de los fondos de forma no equitativa entre todas las provincias que componen los dos países, especialmente en Irak, lo que ocasionó efectos adversos en las relaciones con el gobierno provisional.

Otro de los puntos clave a tener en cuenta es la designación de una agencia que lidere todo el proceso y determine las capacidades de desarrollo y liderazgo en todas las fases de cada operación, lo cual debería estar determinado en la fase previa a la intervención, o fase de planeamiento.

Según el análisis de Estados Unidos, el Departamento de Estado sería el mejor candidato para ello, sin apartar al jefe de las fuerzas armadas, que mantendría un papel significativo. Las fuerzas militares desarrollan una gran variedad de capacidades más allá del combate y deben constituir el motor de inicio de muchas actividades en cualquier situación post-conflicto^{117,118}.

Las conclusiones del análisis americano se resumen en:

1. Ninguna misión que lleve a cabo el Gobierno de los Estados Unidos alcanzará el éxito si los objetivos no están claramente definidos, planeados y comprendidos, y el compromiso para alcanzarlos no se ha realizado de forma previa a la ejecución de dicha misión.
2. Los equipos de reconstrucción provincial (PRT en Afganistán o GST en Irak) han demostrado ser beneficiosos en ambos casos y, por tanto, deben formar parte del planeamiento de consecución de objetivos, siendo introducidos en escena inmediatamente después de las operaciones de combate, proporcionándoseles gran cantidad de recursos y flexibilidad para su actuación.
3. EEUU continuará proporcionando estos recursos para obtener un máximo beneficio a largo plazo de sus esfuerzos, invirtiendo en el establecimiento de instituciones democráticas duraderas en estados “débiles”, que generen estabilidad y prosperidad a largo plazo para sus ciudadanos, tratando así de evitar la generación de grupos insurgentes que puedan constituirse en una amenaza para la paz y estabilidad mundial.

En el caso de Irak, EEUU crea una figura de monitorización de la reconstrucción denominada SIGI (Special Inspector General for Irak Reconstruction), de cuyo informe final, elaborado en marzo de 2013, se pueden extraer siete lecciones, que se resumen a continuación^{119,120}:

1. Crear una oficina cívico-militar que integre la planificación y ejecución de las actividades a llevar a cabo durante operaciones de reconstrucción y estabilización.

El informe critica duramente el sistema actual de las SRO (Special Reconstruction Operations) por inadecuado. Los motivos son la ausencia de criterios uniformes en el mando y la dispersión de esfuerzos, señalándolos como las dos debilidades sistemáticas en el programa de intervención y posterior reconstrucción de Irak.

Estos fallos del sistema están todavía por resolver, sin que haya surgido ninguna propuesta

alternativa de las agencias implicadas hasta el momento de la finalización del informe, en marzo de 2013.

2. Comenzar la reconstrucción sólo después de establecer un nivel de seguridad apropiado e iniciarla focalizando esfuerzos en pequeños proyectos y programas, hasta tal punto que “cuanto más inestable sea la situación, más pequeño debería ser el proyecto”.

Para los analizadores americanos estos proyectos limitados y realizados en condiciones de inestabilidad pueden tener un importante efecto de contrainsurgencia. El informe sostiene que los mejores proyectos CERP en Irak siguieron esta norma.

Este tipo de proyectos fue lo que constituyó nuestra misión en Qadisiya y el objetivo principal de estudio de este trabajo.

3. Asegurarse del compromiso total del gobierno del país intervenido en la ejecución del programa, selección de los proyectos, participación en los gastos y mantenimiento de los proyectos completados tras recibir íntegramente el control sobre el país.

Las principales críticas de casi todos los líderes iraquíes entrevistados se refieren a que, tanto la CPA como sus sucesores, desarrollaron proyectos que aquéllos no necesitaban ni querían, de tal forma, que muchas veces “no daba la impresión de que los iraquíes estuvieran incluidos en las decisiones del proceso”.

4. Otro de los elementos “pervertidores” del programa de desarrollo de Irak fueron los conflictos inter-agencias. La buena coordinación era “la excepción”.

Este también es uno de los motivos por los que recopilar los datos para evaluar todos los proyectos realizados se convirtió en una ardua tarea.

La existencia de una oficina de integración, como propone el punto número uno, solventaría estos problemas.

5. Necesidad de Monitorización y vigilancia adecuada de todos los aspectos de

las operaciones. En este sentido SIGI contó con 50 investigadores, auditores e inspectores sobre el terreno desde que fue creado en 2003 trabajando a pleno rendimiento bajo condiciones realmente peligrosas.

A pesar de ello, SIGI ha conseguido demostrar a través de la “experiencia iraquí” el valor de la vigilancia contando con una serie de elementos fundamentales para hacer de su labor un éxito: su fuerte mando multijurisdiccional, sus excepcionales provisiones de empleo, poderosos elementos de investigación y auditoría y recursos necesarios.

6. Preservar y refinar los programas desarrollados en Irak, como CERP o PRT, ya que ambos han demostrado alcanzar un éxito significativo cuando han sido manejados adecuadamente.

7. Planeamiento previo con planes alternativos preparados por la posibilidad de fracaso de los planes iniciales. El Ministro Kurdo Qubad Talabani manifestó sobre el programa *“siempre había un plan A pero nunca un plan B”*.

Las fases iniciales del programa Iraquí revelaron falta de planeamiento. La transición entre los planes habituales de “liberar y salir” y el nuevo plan de “ocupar y reconstruir” pareció improvisada y no sometida previamente a un adecuado planeamiento.

La CPA no llegó a alcanzar capacidad para alcanzar la mayoría de sus objetivos. El programa de reconstrucción se vio permanente sometido a re-evaluaciones y reprogramaciones, que requirieron gran cantidad de fondos suplementarios, y la experiencia pareció *“nueve programas de un año en lugar de nueve años de programa de desarrollo y reconstrucción”*.

El otro análisis relevante sobre todo el proceso seguido en el conflicto que estudiamos es el que realizan los ingleses. Si bien se admite de forma indiscutible que Sadam Hussein fue un brutal dictador que atacó a sus vecinos kuwaitíes y ciudadanos kurdos, así como ejerció todo el poder represor asesinando y torturando indiscriminadamente a sus propios ciudadanos, y el hecho de violar sistemáticamente las obligaciones impuestas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, los analistas ingleses se preguntan:

1. ¿Fue adecuado y necesario invadir Irak en 2003?
2. ¿Debía el Reino Unido haber estado mejor preparado para lo que se venía a continuación?

Haciendo memoria sobre la cronología de los acontecimientos nos encontramos la negativa al segundo intento de obtener una resolución favorable a la intervención en Irak de parte de Naciones Unidas el 7 de septiembre de 2002. El 8 de noviembre, la resolución 1441¹²¹ adoptada de forma unánime por el Consejo de Seguridad, otorgaba la oportunidad a Irak para desarmarse eliminando las armas de destrucción masiva, o afrontar, en caso contrario “serias consecuencias”. Los inspectores regresarían a Irak un mes después, pero la administración Bush determinó que su opinión de expertos no era suficiente y la acción militar tuvo lugar a principios de 2003. A pesar de no conseguir una segunda resolución de Naciones Unidas, la intervención se llevó a cabo apoyándose en la resolución 1441 y en informes de inteligencia acerca de:

- La posesión que amplias capacidades químicas y biológicas por parte de Irak.
- Claros indicios de la determinación de Sadam Hussein de adquirir capacidades nucleares en el futuro.
- Capacidad para ocultar sus actividades a los inspectores de Naciones Unidas.
- Todo ello refrendado por los servicios de inteligencia (Joint Intelligence Committee) “más allá de la duda”.

Las conclusiones extraídas son las siguientes¹²²:

1. El Reino Unido decidió participar antes de que las opciones pacíficas fueran completamente agotadas. La acción militar no fue el último recurso ya que se podría haber adoptado la estrategia de contención durante algún tiempo. La mayoría del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas apoyaba continuar inspecciones y reevaluar la situación.

2. La gravedad de la amenaza sobre la posesión de armas de destrucción masiva no estaba justificada.
3. Sería necesario asesoramiento exhaustivo sobre riesgos, opciones u objetivos para diseñar una estrategia realista previamente a cualquier intervención. Las consecuencias de la invasión fueron subestimadas y la preparación y planeamiento sobre un Irak sin Saddam Hussein claramente inadecuados.
4. El gobierno no alcanzó sus objetivos.
5. Necesidad de asegurarse de que ambos brazos, militar y civil del Gobierno, están adecuadamente equipados y preparados para sus tareas.

Respecto a España, debemos establecer una serie de paralelismos con las lecciones aprendidas por los países anteriores, siendo muy escasa la literatura sobre esta misión en nuestro país. Probablemente la retirada precoz de nuestras tropas tras las elecciones que siguieron a los atentados del 11M influyese en ello.

Del análisis americano podemos establecer los siguientes paralelismos con la actuación de nuestro equipo GST:

1. Se intervino de modo inmediato a la finalización de la intervención bélica, a las órdenes directas de sección de la CPA americana designada para operar en la provincia de Diwaniya, la cual nos proporcionó amplia cantidad de recursos para el desempeño de nuestros cometidos.
2. Si bien no existía una oficina cívico-militar que integrase la planificación y ejecución de las actividades a realizar, en nuestra experiencia en Z.O. hubo una coordinación perfecta y colaboración estrecha entre las dos ramas a cuyas órdenes trabajábamos, el General Jefe del contingente español integrante de la BMNPU y la CPA americana. Por otro lado, nuestra relación con los elementos “pervertidores” como SIGI denomina a los conflictos inter-agencias, fue también altamente provechosa y así cooperamos estrechamente tanto con la AECID (que fue la encargada de dar solución definitiva al brote de cólera mencionado

en resultados aportando una depuradora para la zona rural afectada) como con nuestras ONGs (durante nuestra estancia sólo presente “Mensajeros de la Paz”, con la que iniciamos el proyecto de traslado de niños iraquíes a España para tratamiento).

3. Se llevaron a cabo proyectos rápidos de alto impacto que SIGI recomienda realizar en condiciones de inestabilidad, ya que constituyen un importante efecto de contrainsurgencia.
4. Se consiguió la implicación total de los líderes locales (a nuestro nivel de trabajo: provincial) para todas las cuestiones relativas al área de sanidad en todas las partes del proceso: selección de proyectos, participación en los gastos y compromiso para el mantenimiento de los mismos. No entraríamos, por tanto, en las críticas generalizadas de gran número de líderes iraquíes que SIGI reporta sobre la inutilidad de los proyectos realizados y la exclusión de los iraquíes de las decisiones relativas a dichos proyectos. En este sentido uno de los mayores logros conseguidos fue la aprobación conjunta de la integración de los enfermos infecciosos en la red hospitalaria, rompiendo con la situación de exclusión social y abandono que vivieron previamente.
5. Se experimentó también la falta de planeamiento inicial previo a la intervención, ya que hasta nuestra llegada a Z.O. no supimos cuál era la función a desarrollar. En nuestro periodo de instrucción sobre el terreno desarrollado en “Camp Babil” (Al-Hillah) al inicio de la misión se nos indicaron las directrices que marcarían nuestro cometido. Posteriormente, y como también indica SIGI, las directrices variaron en los relevos siguientes, apoyando la frase de “nueve programas de un año en lugar de nueve años de programa”, que el citado informe critica.

Dos son los paralelismos mencionables entre nuestra actuación en Irak y la dura autocrítica que los ingleses hacen en su análisis:

1. Escasez inicial de medios, que se solventó con los proporcionados por la

CPA americana a lo largo de los primeros 45 días de misión.

2. No existía un planeamiento claro previo al conflictos obre la actividad que se iba a realizar para la reconstrucción del país.

Aun a pesar de la diversidad en sus enfoques, autocríticas y lecciones aprendidas, hay una serie de puntos en común a todos los países que han sometido a análisis público su intervención en el conflicto que nos ocupa, y que determinan las claves para el futuro: todos los aspectos de cualquier intervención han de ser calculados, debatidos y afrontados con el máximo rigor y el adecuado planeamiento previo cívico-militar. Una vez que las decisiones hayan sido tomadas, los “actores sobre el escenario” deben ser implementados con todo lo necesario para llevar a cabo su misión.

5. LA ACTUALIDAD: LOS DATOS, LAS PERSONAS

Si analizamos la actualidad de Irak en datos objetivos relevantes es obligado contemplar los recogidos en el Informe de Desarrollo Humano (IDH) que elabora anualmente Naciones Unidas, y que analiza de forma exhaustiva aspectos tan importantes del desarrollo de un país como la **salud**, la **educación** y los **ingresos**. Es un indicador por tanto para medir el progreso de un país¹²³.

1. **Salud (esperanza de vida al nacer)**: La esperanza de vida al nacer se mide en el IDH utilizando un valor mínimo de 20 años y un valor máximo de 83.57. De forma que, por ejemplo, el componente de longevidad para un país cuya esperanza de vida al nacer sea de 55 años vendrá a ser de 0,551.
2. **Educación**: Se mide a través de los años de escolarización para adultos y los años de escolarización previstos para niños y niñas en edad escolar.
3. El componente de **riqueza (o estándares de vida digna)** se mide a través de indicadores entre los que el más extendido es el PIB (Producto Interior Bruto) “per capita”.

En el ranking que se establece en este indicador Irak ocuparía el puesto 121, que

ubica a sus habitantes en mal lugar, teniendo en cuenta que el peor puesto es el 188 ocupado por Níger y el puesto número 1 pertenece a Noruega. España ocupa un 26 en este ranking.

En datos objetivos respecto a las tres variables que analiza este indicador, y comenzando por la salud, la esperanza de vida al nacer en Irak estaría situada en términos globales en la actualidad en 69'40 años, con una tasa de mortalidad en el 5,19%. Esta variable si analizamos los IDH desde la ocupación en 2003-2004 (68, 56) ha mejorado de forma objetiva, aunque es un país con una baja esperanza de vida respecto a los 191 países sobre los que se publica el último estudio en 2014.

Se registran igualmente en los últimos años (paradójicamente respecto a las cifras escalofriantes de víctimas de atentados terroristas que no decrecen) caídas en la tasa de mortalidad, que en 2004 estaba en 5,65%. El país ha ganado posiciones, moviéndose desde el puesto 30, hace tan sólo dos años, hasta el 28 en la actualidad.

Respecto a la economía y calidad de vida las cifras no aportan ningún optimismo. Con una moderada densidad de población (84 habitantes por Km²) este país poblado por más de 36 millones de habitantes y una superficie de 435.240 Km² posee un PIB per cápita de 4.455 euros, que corresponde a un nivel de vida muy bajo en relación a los 196 países analizados. Los iraquíes tendrían, por lo tanto, **una mala calidad de vida** en la actualidad según el IDH.

Los últimos datos apuntan a una mejoría del PIB per cápita en Irak tras el pequeño descenso sufrido entre 2014 y 2015 (4.455 frente a 4.880 del año anterior) aunque, si lo comparamos con las cifras post-intervención, en 2005 esta cifra era de 1.465 euros.

Por último, y en cuanto a datos objetivos se refiere, cabe destacar un curioso índice respecto a la **percepción de la corrupción del sector público** en Irak, donde, como ya se mencionó en el apartado de datos históricos, este país se sitúa entre los que poseen mayor corrupción, tal y como es percibido por sus habitantes. En 2016 el puesto ocupado por Irak es el 166 sobre 177 países valorados, siendo el 177 el de

mayor corrupción registrada. El índice de percepción se sitúa en 17 considerándose 0 como máxima corrupción y 100 como mínima. También éste es un índice que ha mejorado respecto al año anterior, aunque las cifras actuales son alarmantes.

Por todos los datos expuestos hasta el momento podemos afirmar que en Irak se acaban identificando la gran mayoría de los elementos que caracterizan a un Estado “frágil” o “fallido”, en el que el Estado no es capaz de garantizar los servicios sociales, las instituciones son corruptas y el sistema judicial y policial son ineficaces. Esta era la situación antes de la intervención militar de 2003 y lo sigue siendo hoy, donde no hace mucho Irak ostentaba el más que dudoso “honor” de ser el 9º país en el ranking de este tipo de estados¹²⁴. Las principales causas a las que se achaca esta situación son a los conflictos internos (entre grupos políticos, étnicos y religiosos) y las dificultades de gobernabilidad de una serie de élites sectarias, cuyos dirigentes sólo responden ante el grupo al que representan y con los cuales es prácticamente imposible conducir un sistema democrático. La situación actual es de mantenimiento de una democracia refrendada por sucesivas elecciones, en las que el presidente del país es acusado de corrupto y partidista (claro favorecedor de la actual mayoría chií) y donde la amenaza del regreso a un régimen totalitario está presente de forma permanente en la opinión popular.

El país está rendido a un estado de violencia permanente siendo la capital, Bagdad, uno de los lugares donde la violencia es más patente y donde cifras como cuarenta y cuatro, cincuenta y cuatro o cuarenta y nueve muertos por mes son consideradas bajas frente a los más de cien habituales. Puede decirse por tanto que ni la **seguridad nacional** del país intervenido ni la **mundial**, teniendo en cuenta grupos insurgentes como Estado Islámico capaces de operar en cualquier punto del planeta, parecen haber sido un objetivo alcanzado tras la finalización de la misión llevada a cabo en Irak. No obstante todavía es un país con una democracia emergente, joven por su establecimiento en 2004 con las primeras elecciones y que todavía se mantiene en pie a pesar de todas las dificultades existentes. Quizá sea prudente pensar que es demasiado pronto para afirmar que la democracia en Irak sea un imposible y que tristemente se ha desarrollado en permanente estado de conflicto por luchas internas y con sus países vecinos.

Los neoconservadores americanos pensaban que un Irak sin Sadam Hussein y dominado por

chiíes sería un aliado natural en Oriente Medio frente al resto de gobiernos árabes sunníes que lo rodean (a excepción de Irán por ser un país también de mayoría chií), pero la escisión de Estado Islámico respecto de Al Qaeda y su intento de expansión conquistando gran parte de Siria y diversas ciudades en el norte de Irak, en su afán de establecer allí la capital de su *Califato*, ha dado un giro a los acontecimientos de la política mundial que ha colocado a Irán y Rusia de nuevo en el “gran juego” como colaboradores necesarios, una vez levantados embargos y vetos previos, en el intento por estabilizar la zona tras la salida del grueso del ejército americano y la misión (“Endurance Freedom for Irak”) se da por finalizada oficialmente en 2011. La necesidad de colaboración por parte de estas potencias nace también del “agotamiento” de una nación como es la americana, frente al intento de democratización de un país sin que se hayan alcanzado de forma plena los objetivos fijados inicialmente.

Como resultados claramente favorables de la intervención cabe mencionar el de Turquía, considerada la verdadera “vencedora comercial” del conflicto, e Irán, que se considera el verdadero “vencedor político”.

Después de todo lo expuesto hasta aquí una pregunta se hace completamente necesaria: **¿Cuál es la opinión de los Iraquíes?**

Puede considerarse que la perspectiva Iraquí sobre lo acaecido en su país está claramente infravalorada, dado que no se nos ha ofrecido una visión clara de la situación a través de los ojos de sus principales protagonistas.

La pregunta **“dígame cómo la invasión de 2003 y los siguiente años afectaron a su vida”** dirigida a personas de todos los ámbitos y en todas las etapas de la vida es la formulada en la única publicación hasta ahora que recoge la opinión iraquí desde la imparcialidad¹²⁵. Las principales reflexiones pueden resumirse como se recoge a continuación.

Si bien la mayoría agradecen la liberación frente a la dictadura de Saddam Hussein, (incluso muchos cuyas vidas se desarrollaban en torno a la lealtad al antiguo régimen), estos mismos se quejan de cómo Estados Unidos llevó a cabo la gestión post-conflicto, opinión compartida incluso por los que les dieron la bienvenida.

Una de las principales razones para este desencanto es el hecho de que todo Iraquí considera que su ejército pertenecía a Irak y no a Sadam Hussein, y la administración Bush lo “barrió” como si fuera una extensión del partido Baaz, constituyendo algo mucho más dañino que la invasión propiamente dicha en la mente de muchos Iraquíes.

En el futuro más inmediato la persistencia del altísimo índice de violencia es otro de los motivos de profundo desencanto. En paralelo al alto índice de violencia también se está viviendo un histórico crecimiento económico, pero poco valorado por los Iraquíes debido a su estatus de permanente inseguridad y temor ante la posibilidad de sufrir (ellos o sus familias) daño a su integridad física.. Actualmente la gestión de los recursos iraquíes está en manos de las actuales élites gobernantes y sus socios extranjeros ,y que si no se produce una distribución equitativa entre las diferentes facciones representativas que conforman el país, el conflicto y la violencia persistirá¹²⁶.

Respecto a la retirada de tropas de Irak las opiniones se dividen en función de su rama religiosa. Así:

- Los chiíes se muestran agradecidos con la retirada de las tropas americanas a pesar de agradecerles la liberación frente a Sadam Hussein.
- Los sunníes preferirían que se quedasen porque temen la represión de la mayoría chií sobre ellos (como efectivamente está siendo denunciado en diversos foros).

En definitiva, las aspiraciones de los iraquíes son las mismas que en el resto del mundo: tener trabajo, un lugar seguro para ellos y sus familias, y una casa en la que envejecer en paz rodeados de sus seres queridos.

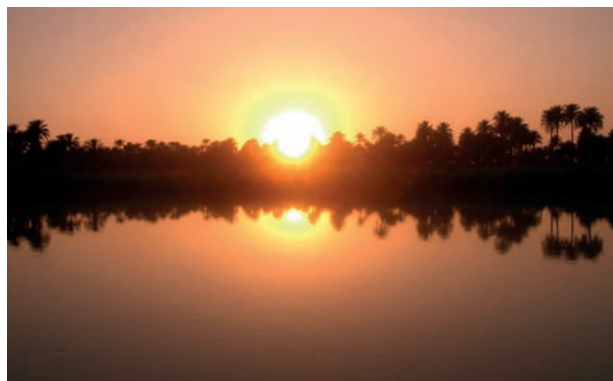


Fig. 75. Imagen ubicada en la región Iraquí de Al-Hillah (Babilonia).

Otro de los elementos a reseñar en esta discusión es el relativo a las opiniones actuales de los ciudadanos de Diwaniya al respecto de nuestro trabajo obtenidas mediante entrevistas personales vía mail realizadas a diversos miembros pertenecientes a la autoridad sanitaria de la provincia de Qadisiya en el mes de enero de 2017. Tanto identificación personal como profesional sometidos a confidencialidad. De su análisis podemos aportar los siguientes datos:

- Nuestro equipo es recordado de forma grata por todas las personas con las que trabajamos sobre el terreno, hoy 13 años después de finalizar nuestra misión allí.
- No sólo se nos recuerda como un equipo útil sino que además manifiestan su deseo de que regresemos.
- Por desgracia pocas mejoras se han llevado a cabo desde entonces en el sistema sanitario a excepción de la construcción de un hospital para quemados y una unidad de hemodinámica.
- Respecto a las necesidades actuales, la mayoría se relacionan con la escasez de medicamentos y de hospitales, junto con la queja generalizada en acerca de la necesidad de políticos preparados, no corruptos, capaces de ejecutar un verdadero proyecto de evolución y prosperidad para Irak.
- Todos los proyectos relatados en este trabajo fueron finalizados y se mantienen en funcionamiento a día de hoy.
- Finalmente y ante la pregunta sobre la percepción de la “ocupación”, “intervención”, la respuesta unánime es POSITIVA.

Se trata de opiniones personales y, por lo tanto, no pueden constituir un elemento de análisis científico estructurado, ni la información obtenida de ellas incluirse dentro de nuestros resultados, pero sí nos proporcionan una cierta orientación de primera mano, de mano de los protagonistas, sobre la situación actual del lugar en que nuestro equipo vivió y sobre el que trabajó.

6. PARALELISMOS ENTRE AFGANISTÁN (PRTs) E IRAK (GSTs)

Uno de los estudios más exhaustivos llevados a cabo en equipos de reconstrucción sobre estados fallidos, donde no sólo se evaluaron los aspectos relativos a la sanidad sino que se realizó además un profundo análisis social, político y económico de la situación del país, concluye identificando como principales problemas⁶⁰:

1. La práctica imposibilidad de establecer un poder central y democrático que sea representativo y eficaz (carencia de legitimidad). Este problema existe en Irak por motivos achacables a la idiosincrasia de su sociedad tribal y a la ausencia de democracia a lo largo de su historia. Esta es una de las principales asignaturas pendientes⁽¹²⁶⁾.
2. Aumento considerable de la violencia aun a pesar de una clara mejoría en los niveles de desarrollo. En Irak, este problema es de gran importancia, acrecentado en los últimos años por la aparición de EI y su presencia permanente en puntos estratégicos del norte del país. La El **refuerzo** de los sectores **judicial y policial** de ambos países, Afganistán e Irak, junto con la adquisición de mayor **legitimidad** de sus **gobiernos y democracias**, es lo que realmente demostrará, cuando haya pasado el tiempo suficiente, si las **estrategias** de reconstrucción han sido realmente **eficaces**. Dentro de ellas es de especial interés el entrenamiento de sus fuerzas y cuerpos de seguridad, misión en la que actualmente España sigue participando en Irak¹²⁷.
3. La coordinación de la ayuda internacional (donantes) es amplia aunque no suficiente. Éste también es un elemento común entre los dos países. Tanto OTAN desde el punto de vista militar como ONU en el ámbito civil, deberían tener un papel primordial en este proceso.
4. El modelo de reconstrucción (en ambos casos el modelo es el mismo) es complejo, y las situaciones de estos dos países también, existiendo falta de apoyo por parte de la comunidad internacional, que supone que ni los medios económicos ni los

humanos son los suficientes para llevar a cabo los proyectos globales planeados en los tiempos inicialmente establecidos¹²⁸.

5. También en las misiones llevadas a cabo en los dos países hubiera sido deseable una coordinación previa y estrecha con las organizaciones humanitarias presentes, con el fin de delimitar competencias y evitar interferencias o discrepancias con su labor en zonas de conflicto bélico^{129,130}.

Del análisis de los dos modelos de reconstrucción (en realidad es un modelo común en dos países diferentes PRT y GST) en los que España ha participado en los últimos conflictos extraemos las siguientes cuestiones, preguntas obligadas que deberíamos hacernos sobre el que parece que se va perfilando como Nuevo Modelo de Gestión de Crisis Internacionales¹³¹, concretamente en lo que se refiere a intervenciones sobre estados fallidos para frenar focos de insurgencia que extiendan la guerra a nivel mundial mediante ataques asimétricos, todas ellas de muy difícil respuesta:

- ¿Están las estructuras de poder preparadas para poner en marcha un modelo democrático?
- ¿Se puede garantizar la eficacia de un sistema democrático cuando una gran mayoría de la población vive bajo el umbral de la pobreza?
- ¿Está la sociedad Iraquí étnica y tribal dispuesta a asumir decisiones emanadas de un Gobierno representativo?
- ¿Cuenta el país con capacidades institucionales suficientes para llevar a la práctica un sistema político tan complejo como el occidental?

Finalmente, podemos establecer como recomendaciones generales de cara al futuro:

- El aumento del compromiso económico y distribución equitativa de los fondos.
- La monitorización mediante indicadores de eficacia de la calidad de la ayuda.
- El fomento de las medidas de mejora de la legitimidad de democracias y gobiernos y fuerzas y cuerpos de seguridad del estado.

- Al adecuada coordinación de donantes internacionales en contacto permanente con el gobierno de estos países.
- La adecuada coordinación e implementación de los equipos de reconstrucción provinciales, junto con un planeamiento adecuado de su retirada de zonas de operaciones más seguras, que deben quedar completamente en manos locales de forma paulatina.
- Por último, un intenso trabajo de los servicios de inteligencia para evitar futuros atentados de grupos insurgentes nacidos de estados fallidos mal gestionados.

H. CONCLUSIONES

1. La información previa a cualquier misión de reconstrucción es imprescindible, siendo una carencia evidente en nuestro caso.
2. En la misión de reconstrucción en la provincia de Qadisiya, (Irak) la sanidad militar española realizó e inició el diseño de 21 proyectos propios, catorce de los cuales concluidos antes de finalizar la misión. Se terminaron 10 proyectos previos iniciados por el ejército americano.
3. La intervención inmediata de la sanidad militar española sobre un brote de cólera en la provincia de Qadisiya(Irak) consiguió su control y la solución definitiva de un problema recurrente de salud pública.
4. En el desarrollo de la misión “Iraqi Freedom” se creó un modelo de comunicación sistemática entre los diferentes estamentos sanitarios a nivel provincial, favoreciendo la actitud colaborativa frente a la individualizada.
5. Durante la actuación de la sanidad militar en la misión “Iraqi Freedom”, se establecieron vías de comunicación fluidas entre las instituciones sanitarias provinciales y la administración sanitaria central (MOH).
6. La sanidad militar favoreció la colaboración con ONGs, y la estableció con AECID.
7. Durante la misión “Iraqi Freedom” la logística sanitaria mostró su fortaleza en un medio especialmente complicado.
8. El trabajo de reconstrucción y rehabilitación sanitaria post-bélica, desarrollado por nuestro equipo en Qadisiya (Irak), en el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2003, fue útil pero limitada en el tiempo.
9. No se ha conseguido una mejora de la seguridad internacional y nacional en Irak con el programa de reconstrucción realizado.

H. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monserrat S. "La Medicina militar a través de los siglos". Madrid: Servicio Histórico Militar; 1946.
2. Moure A. "El hombre paleolítico. Historias del viejo mundo". Madrid: Ed. Información e Historia, S.L.; 1994.
3. Baines J. Et al. "Egipto, dioses, tumbas y faraones". Madrid: Ediciones Folio S.A.; 1992.
4. De Miguel M. "Evolución de la práctica de la guerra en Grecia". Madrid: Hispania; 2002.
5. Dioscórides P. "Acerca de la Materia Medicinal y de los venenos mortíferos". Traducción de Andrés Laguna, 1566. Madrid: Ediciones de arte y bibliofilia; 1983.
6. Laín P. "Noticias sobre Paracelso". Medicina e Historia. Barcelona: Publicaciones médicas Biohorm; 1968.
7. Massóns J.M. "Historia de la Sanidad Militar Española". Barcelona: Ediciones Pomares Corredor; 1994.
8. Aguilar M.E. "Alejandro de Tralles y la Medicina Bizantina". Rev. Panorama Actual del Medicamento. 1994; 176:411-6.
9. Sinoué G. "Avicena o la ruta de Istifán". Barcelona: Litografía Roses; 1998.
10. Sinoué G. "Avicena en la ruta de Isfahan". Madrid: Ed. B.S.A., 5ª reimpresión; 1998.
11. Moratinos P. Et Pérez García J.M., "Algunas connotaciones médico sanitarias en la organización militar del siglo XV". Rev. Med. Mil. 1993; 49 (2):217-23.
12. Parrilla M. "El hospital militar español en Malinas en los siglos XVI y XVII". Madrid: Imp. Servicio Geográfico del Ejército; 1964.
13. María Orlando A. "Ordenanza de Hospitales Militares del año 1739 seguido del Reglamento General para el Gobierno y Régimen Facultativo del Cuerpo Militar de Sanidad del año 1829". Reglamento y Ordenanzas que deben observar los ministros y empleados de los hospitales que están establecidos y que se estableciesen en las plazas y así mismo en los que se ofreciese forma para el Ejército. Aprobado en Aranjuez por el rey Felipe V el ocho de Abril de 1739. Barcelona: Imprenta de don Manuel Sauri; 1844.

Referencias bibliográficas

14. Varó J. "Las reformas militares de Godoy". Rev. Ejército. 1990; 608 (9):6-14.
15. Rey Carlos III "Reales Ordenanzas para el régimen, disciplina, subordinación y servicio de mis Ejércitos". Madrid: Oficina de Antonio Marín, impresor de la Secretaría del Despacho Universal de la Guerra;1768.
16. Aguilar M.E. "Un gran cambio: La Ilustración". Rev. Panorama Actual del Medicamento. 1993; 17 (1):417-8.
17. Hernández Giménez J. "Medicina Militar e Historia de la Medicina". Rev. Med. Mil. 1989; 45: 543-53.
18. Attevell A. "Florence Nightingale (1820-1910)". Rev. Prospects. 1998; XXVIII(1): 151-166.
19. Harmelik B. "Florence Nightingale: founder of modern nursing". London/New York: Frankling Watts; 1969.
20. Dunant H. "Recuerdo de Solferino". Ginebra: Publicación CICR 0361; 1982.
21. Landa N. "La campaña de Marruecos". 2ª edición. Málaga: Editorial Algezara; 2008.
22. Martín A.L. "Los combates de Ceuta. Guerra de África 1859-1860".Madrid:Editorial Almena Ediciones; 2009.
23. Martínez F.J. "Entre la diplomacia médica y la política sanitaria: médicos militares en el protectorado español en Marruecos (1906-1927)". Revista de historia militar. 2012; 2 :203-42.
24. Herencia V. "La cirugía en la Manigua". Cuadernos de Historia de la salud pública. La Sanidad militar del Ejército liberador de Cuba. Nº 85. Cuba: Editorial Ciencias médicas. 1998.
25. Navarro JR. "La Sanidad en las Brigadas Internacionales". Rev. Med. Mil. 1998; XLV (5):526.
26. Redondo F. "Los observadores militares españoles en la Primera Guerra mundial". Revista de historia militar .1985; 59:197-208.
27. Pérez-Lucas C. "La sanidad militar en el primer tercio del siglo XX". Revista de Historia Militar. 1971; 93:119-144.
28. Arrimada J. "El desembarco de Alhucemas" 2010. (Citado en junio de 2016).

Disponible en: <http://www.fjavier.es/alhucemas/index.htm>

29. Martín F. "Hospital Quirúrgico de Montaña "Gómez Ulla". Rev. Med. Mil. Esp. 2000; 56(2): 117.
30. Alonso M. "El Ebro. La batalla de los cien días". Madrid : La Esfera de los Libros S.L.; 2003.
31. Bescós J. "La Sanidad Militar en la guerra de España 1936-1939". Rev. Med.Mil. 1987; 43(4): 444-5.
32. Canales C. "Breve historia de la guerra de la Independencia española". Madrid: Ediciones Nowtilus S.L.;2008.
33. Gómez-Trigo g. "Los médicos y la medicina de la Cruz Roja Española en la guerra civil (1936-1939)". Monografía. Madrid: Monografías Beechan s/n ;1986.
34. Herráiz M. "Aplicación y avances en el tratamiento de los heridos en la guerra civil española". Los médicos y la medicina en la guerra civil española. Madrid: Monografías Beechan;1986.
35. Pérez Galdós B. "Gerona". Episodios Nacionales. Primera serie. Madrid: Imprenta de J. Noguera a cargo de M. Martínez; 1874.
36. Gómez Rodríguez L. "Los hijos de Asclepio". Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Instituto Universitario "Gutiérrez Mellado"; 2013.
37. Maimir Jané F, Hernández Abadía de Barbará A. "Metodología y Material en el Transporte Sanitario Militar en Área de Operaciones". Rev. Med. Mil.2006; 62(1): 32-38.
38. Martín Rocha J. "Doctrina sobre el Servicio de Sanidad en Campaña".Madrid: Imprenta y Talleres del Ministerio de la Guerra;1936.
39. Ministerio de Defensa. "La Sanidad Militar en Operaciones Humanitarias y de Paz". Madrid: Ministerio de Defensa. Secretaría General Técnica; 2007.
40. Bescós J. "La Sanidad Militar española en Viet Nam". Med.Mil.Esp. 1995; 5: 4
41. Ministerio de Defensa.(Citado en junio de 2016). Disponible en <http://www.mde.es/mde/mision>.

Referencias bibliográficas

42. Guiote Linares M.J. "El Equipo Médico Avanzado del Ejército de Tierra". Rev. Ejército. 1994;(Extra. 11): 657.
43. Campillo J.R. "Bases históricas del escalonamiento del Servicio de Sanidad en Operaciones". Rev. San.Mil. 2008; 64 (1): 43-51.
44. Ortíz A. "Sanidad Militar. La nueva senda". Med.Mil.Esp. 1999; 55(1):7.
45. Ortíz A. "La Sanidad Militar Española. Su devenir histórico". Med.Mil.Esp.; 62(2): 109-17.
46. Chomsky N. "Estados Fallidos. El abuso de poder y el ataque a la democracia". Barcelona: Ediciones B; 2007.
47. Atwod J.B. "Nation Building and Crisis Prevention in the Post Cold War World". Brown Journal of World Affaire (Londres);1994. 2(1):11-7.
48. OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico)-CAD, "Declaración Política para Mejorar la Eficacia del Desarrollo en los Estados Frágiles. Estados Frágiles: Declaración de Intenciones y Principios para el Compromiso Internacional en los Estados y Situaciones de Fragilidad". Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD); 2007.
49. Calduch Cervera R. "Europa y el futuro de la Seguridad". Foro para una democracia segura, Safe Democracy Foundation.2009 (citado en julio de 2016); Disponible en <http://spanish.safe-democracy.org/2009/05/04/europa-y-el-futuro-de-la-seguridad/>.
50. Silvela E. "Las Fuerzas Armadas en la reconstrucción nacional: los PRT en Afganistán". Real Instituto Elcano, Área de Seguridad y Defensa . 2005; Citado en agosto de 2016; ARI (49). Disponible en <http://www.realinstitutoelcano>.
51. Carnicero C. "Obama y los retos de Europa en Afganistán". Rev. Política Exterior. 2009. XXIII (129). (citado en agosto de 2016); Disponible en: <http://www.politicaexterior.com/articulos/politica-exterior/obama-y-los-retos-de-europa-en-afganistan/>
52. Bzezinskin Z. "El dilema de los Estados Unidos: ¿dominación global o liderazgo global?". Barcelona: Paidós Estado y Sociedad; 2005.
53. Herold MC. "Afganistán como un espacio vacío: El perfecto Estado neocolonial". Madrid: Ediciones FOCA; 2007.

54. Brzezinski Z. "El gran tablero mundial. La supremacía estadounidense y sus imperativos geoestratégicos". Barcelona: Paidós Estado y Sociedad; 2005.
55. Algora M.D. "Afganistán en el panorama asiático. Las relaciones internacionales en la región del Asia Central desde 20012" . Posible Evolución de Afganistán, Papel de la OTAN. Centro superior de Estudios de la Defensa Nacional, Documentos de Seguridad y Defensa. Madrid: Ministerio de Defensa; 2007.
56. Piris A. "Bases de la Rehabilitación Postbélica". Un manual para la reconstrucción postbélica. Barcelona: Icaria; 2000.
57. Millán V. "Tipología de los conflictos internacionales" . Seminario de Cooperación para el Desarrollo en la Prevención de Conflictos Bélicos. Madrid: Cruz Roja Española, Instituto de Estudios y Formación; 2005.
58. Goodhand J. Et. Hulme D. *Third World Quarterly* 20. 1999; 20(1): 13-26.
59. Uesugi Y. "Equipos de reconstrucción provincial en Afganistan y el proceso de construcción de paz". Scientific Electronic Library on line. Universidad de Hiroshima. 2009. (Citado en julio de 2016).
Disponibile en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n3/n3a10.pdf>
60. Calvillo Cisneros J.M. "El proceso de reconstrucción nacional de Afganistán: el papel de España en el nuevo modelo de cooperación postconflicto (2001-2009)". Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales ; 2010.
61. Burke M. "La recuperación del Conflicto Armado: lecciones aprendidas y próximos pasos para mejorar la asistencia internacional. Documento de trabajo nº 22". Madrid: FRIDE (Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior); 2006.
62. Drolet JD. "New US Scheme to Revitalize Iraki Reconstruction". U.S. Army War College. Pennsylvania: Carlisle Barracks; 2006.(cited October 2016);
Available from: <http://ssi.armywarcollege.edu/pdffiles/ksil333.pdf>.
63. Grupo Especial de Tareas sobre Mantenimiento de la Paz de la OTAN. "Compendium of Views and Experiences on Humanitarian Aspect of PeaceKeeping". Bruselas: OTAN; 1999.
64. Atmar M. Et. Goodhand J. "Coherente or Cooption? Politics, Aid and Peacebuilding

Referencias bibliográficas

- in Afghanistan". *Journal of Humanitarian Assistance*. 2003.
65. Serafino N.M. "CRS Issue Brief for Congress, Peacekeeping and Related Stability Operations: Issues of U.S. Military Involvement". Washington, DC. The Library of Congress; 2004.
66. Ruiz Arévalo JM. "AC, CIMIC y CMI algo más que un baile de siglas". Instituto Español de Estudios Estratégicos. Documento de Opinión. 2015. (citado octubre de 2016). Disponible en: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2015/DIEEO36-2015_CA-CIMIC-CMI_RuizArevalo.pdf.
67. Caracuel M.A. "Los cambios de la OTAN tras el fin de la Guerra Fría". Madrid: Tecnos; 2004.
68. Fernández de Andrés J.L. "Cooperación Cívico-Militar en EUROFOR". *Revista Española Tierra*. 1998.
69. Drolet J.D. "Provincial Reconstruction Teams: Afghanistan vs. Irak- should we have a standard model?". USAWC (US Army War College) Strategy Research Project. Pennsylvania: Carlisle Barracks; 2005.
70. Borders R. "Provincial Reconstruction Teams in Afghanistan: A Model for Post-Conflict Reconstruction and Development". *Journal of Development and Social Transformation*. 2004 (cited on september 2016); Available from: <https://www.maxwell.syr.edu/uploadedFiles/moynihan/dst/borders1.pdf?n=8411>
71. Everett M. "Merging the International Security and Assistance Force (ISAF) and Operation Enduring Freedom (OEF): A Strategic Imperative". US Army War College. New York: Carlisle Barracks; 2006.
72. Bowser D. "Provincial Reconstruction Teams, A Critical Next Step in Transitioning to Self-Reliance". National Coordination Team. Bagdad, Irak; 2006.
73. Colom G., Pareja I. "El enfoque integral (comprehensive approach) a la gestión de crisis internacionales". *Real Instituto Elcano*. ARI 2008; 115
74. Hippler M. "Nation Building: A Key concept for peaceful conflicto Transformation?". *Developement and Peace Foundation*. London: Pluto Press; 2005.
75. Weissman F. "A la sombra de las guerras justas. El orden internacional y la acción humanitaria". *Barcelona: Icaria*; 2004.

76. Dobbins J. Et al "America's Role in Nation- Building: From Germany to Irak". Santa Mónica: RAND ;2003
77. Heinze E.A. "Humanitarian Intervention & the war in Irak: Norms, Discourse and State of Practice". Academic Journal US Army War College. 2006; 36(1):20.
78. U.S. State Department, "Talking Point on Provincial Reconstruction Teams and Capacity Development". Memorandum for briefing Iraki Government partners on the PRT program. Bagdad. 2005.
79. Mattis J. "USFSCOM Commander's Guidance to Effects Based Operations". Combat Studies Institute Press; 2008.
80. Jiménez C. "Estados débiles y Estados fracasados". Rev.Esp.Der.Int 2013; LXV (2):11-51.
81. Colom Piella G. "El nuevo concepto estadounidense del empleo de la Fuerza Militar". Análisis del Real Instituto Elcano (ARI). 2009;70.
82. United States Joint Forces Command, J7 Pamphlet Version 1.0, U.S. Government Draft Planning Framework for Reconstruction, Stabilization, and Conflict Transformation. (cited October 2016).
Available from: http://www.dtic.mil/doctrine/training/crs_pam_051205.pdf;
83. 358th Civil Affairs Brigade (U.S. Army). Instructions about civil-military cooperation in "iraqi freedom" operation. Al Hillah. 2003. (confidential)
84. Studer M. "El CICR y las relaciones cívico-militares en los conflictos armados". Revista Internacional de la Cruz Roja. 2001; nº 842.
85. NACIONES UNIDAS, "Civil Military Coordinator Officer Field Handbook". Humanitarian Civil Military Coordination. New York; 2007.
86. Ruiz A. J. "Militares y ONGs; Reflexiones sobre una Relación a veces Tormentosa". Biblioteca Conde de Tendilla. Granada, España: Ed. Universidad de Granada; 2012.
87. Bishop J.K. "Combat Role Strains Relations between America's Military and its ONGs". Humanitarian Action Review Irak Special Edition. 2003 (cited on november 2016); Available from: <https://wss.apan.org/429/NGOPVO%20library/NGOs%20and%20the%20Military.pdf>
88. Klein JP. "The Challenges of Change: In the 21st Century and Continuing Need for

Referencias bibliográficas

- reform”; Centre for Estrategic Research. 2004 (cited on november 2016);
Available from: <http://www.challengesforum.org/Global/Reports/Seminar%20Reports/Ankara%202003/Ankara%20Seminar%20Report%202003.pdf>
89. De la Riva L. “Coordinación cívico-militar humanitaria”. Rev. Ejército de Tierra Español. 2007; nº 792.
90. Zandee D. “Interacción cívico-militar en operaciones de paz”. Revista de la OTAN. Bruselas. 1999.
91. Office of the Senior Advisor, CPA Ministry of Health. Health Situation Report. Bagdad. 2003. (confidential).
92. 358th Civil affairs brigade. Southern Irak Public Health Assessment..Al Hillah. 2003. (confidential).
93. MND CS. G9 CIMIC. Spanish GST Training. Al Hillah.2003. (confidential).
94. MND CS. G9 CIMIC. Funding Information and Instructions. Al Hillah.2003. (confidential).
95. Sáenz de Ugarte I. “Irak diez años después de la guerra”. Diario Digital.2013.(Citado en julio de 2016);
Disponible en: eldiario.es/internacional/cifras-años-irak-0-112689469.html.
96. Prieto Arellano F. “El Estado Islámico durará más de lo que algunos quieren o esperan afirma un experto sirio”. Entrevista. La Vanguardia. 2016. (citado en julio de 2016);
Disponible en:<http://www.lavanguardia.com/vida/20160615/402521435715/el-ei-durara-mas-de-lo-que-muchos-quieren-o-esperan-afirma-experto-sirio.html>.
97. Prieto Arellano F. Napoleoni: “Por primera vez un grupo terrorista ha logrado crear un Estado”. Entrevista. El Confidencial .2015. (Citado en julio de 2016);
Disponible en: http://www.elconfidencial.com/ultima-hora-en-vivo/2015-03-10/napoleoni-por-primera-vez-un-grupo-terrorista-ha-logrado-crear-un-estado_517733/
98. Prieto Arellano F. El, el grupo más peligroso al que nos enfrentamos, según el ex responsable de la CIA. Entrevista. Agencia EFE.2016. (Citado en julio de 2016);
Disponible en:<http://www.efe.com/efe/espana/mundo/ei-el-grupo-mas-peligroso-al-que-nos-enfrentamos-segun-exresponsable-de-la-cia/10001-2861919#>

99. Prieto Arellano F. "Choque de trenes en el mundo islámico. repercusiones geoestratégicas de la ruptura de relaciones entre Arabia Saudí e Irán". Instituto Español de Estudios Estratégicos. Marzo 2016. (Citado en julio de 2016); Disponible en: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2016/DIEEEO28-2016_ChoqueTrenes_MundoIslamico_ArabiaSaudi_PrietoArellano.pdf
100. Defence Technical Information Centre. "Capstone Concept for Joint Operations". Joint Force 2020. Washington DC: Joint Force; 2012.
101. Gates R. M. "A Balanced Strategy: Reprogramming the Pentagon for a New Age". Foreign affairs. 2009; 89 (1).
102. NATO. "Strategic Concept for the Defence and Security of the Members of the North Atlantic Treaty Organisation". Conference Lisboa.2010 (updated on February 2012; cited on August 2016); Available from: http://www.nato.int/cps/nl/natohq/topics_82705.htm
103. Marsal y Muntalá J. "Consenso, operaciones de paz y cooperación cívico militar". Visión de los protagonistas y Propuestas para el mundo de la Cooperación" Seminario en curso básico de cooperación cívico-militar. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado, UNED; 2007.
104. Bugnion F. "Cruz Roja, Media Luna Roja, Cristal rojo". XXIX Conferencia Internacional de Ginebra.2007 (citado en septiembre de 2016); Disponible en: https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/icrc_003_0778.pdf
105. Pugh M. "Civil-Military Relations in Peace Support Operations: hegemony or emancipation?". Seminar on Aid and Politics. London: ODI; 2001.
106. García Cantalapiedra D. "Estados Unidos, la OTAN y la necesidad de una nueva estrategia trasatlántica en el Gran Asia Central". Análisis del Real Instituto Elcano (ARI). 2008;31
107. Ruiz A.J. "Espacio humanitario y operaciones militares ¿Un conflicto dentro del conflicto?". Revista Ejército. 2010; 827: 70-7.
108. Stunder M. "El CICR y las relaciones cívico-militares en los conflictos armados". International Review of the Red Cross. 2001; nº 842.
109. NATO. Allied Joint Publication AJP 9. NATO Civil-Military Co-operation (CIMIC) Doctrine. Brussels: NATO Standardization Agency; 2003.

Referencias bibliográficas

110. OTAN. Doctrina Aliada para la Cooperación Cívico-Militar. AJP 3.4.9. Bruselas: Agencia OTAN de Normalización;2013.
111. Rey F., Thieux L. y Nuñez Villaverde J. "Fuerzas Armadas y acción humanitaria: Debates y propuestas". Documento de trabajo nº 13. Madrid: Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria IECAH, Fundación Carolina.;2007.
112. Batalla X. "Afganistán. La guerra del siglo XXI". Barcelona: De Bolsillo; 2002.
113. Lista F. "Seguridad y enfoque integral". Análisis del Real Instituto El Cano (ARI). 2012. (Citado en diciembre de 2017); Disponible en: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/web/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/defensa+y+seguridad/ari20-2012
114. Belman I. A. & Lerner H. "Constitutional design, identity, and legitimacy in post-conflict reconstruction". London : D.W. Brinkerho (Ed.), Governance in post-conflict societies: Rebuilding fragile states. Routledge; 2007.
115. Kenneth R. "War in Irak: Not a Humanitarian Intervention". Human Rights Watch World Report .New York. 2004 (cited on November 2016); Available from: <https://www.hrw.org/news/2004/01/25/war-iraq-not-humanitarian-intervention>
116. Bellamy A.J. "Motives, outcomes, intent and the legitimacy of Humanitarian Intervention". Journal of Military Ethics. 2004; 3: 217-32.
117. Franck T.M. "Interpretation and change in the law of Humanitarian Intervention". North Carolina: Holzgrefe and Keohane; 2003.
118. U.S.JFCOM. The Joint Operational Environment: Challenges and Implications for the future Joint Force. Suffolk: J59 Center for Joint futures- US Joint Forces Command;2008.
119. Special Inspector General for Irak Reconstruction (SIGIR). "Hard lessons learned: e Irak reconstruction experience". Washington DC: SIGIR, 2009; (cited on January 2017); Available from: www.sigir.mil
120. SIGIR. "Learning from Irak: Final report of the Special Inspector General for Irak Reconstruction". Washington DC: SIGIR, 2013; (cited on January 2017); Available from www.sigir.mil
121. Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. Resolución UN 1441. Noviembre de 2002.

122. Chilcot Sir J. "The Irak Inquiry". Report. 2016; (cited on January 2017);
Available from: http://www.Irakinquiry.org.uk/media/247921/the-report-of-the-Irak-inquiry_executive-summary.pdf
123. Informe sobre INDICE DE DESARROLLO HUMANO IRAK 2016. (Citado en enero de 2017); Disponible en: <http://www.datosmacro.com/idh/irak>
124. Organisation for Economic Co-operation and Development/Development Assistance Committee (OECD/DAC). "Concepts and dilemmas of state building in fragile situations: From fragility to resilience". Journal of Development.2008 (cited on January 12th 2017);
Available from: <http://www.oecd.org/dac/incaf/41100930.pdf>.
125. Kukis M. "Voices from Irak, a people's History 2003-2009". New York: Columbia University Press; 2011.
126. Bhatia M. "Minimal Investments, Minimal Results: The Failure of Security Policy in Afghanistan". Report. AREU (Afghanistan Research and Evaluation Unit); 2004.
127. Ismael J.S. & Ismael T.Y. "A sectarian state in Irak and the new political class". International Journal of Contemporary Iraki Studies. 2010; 4(3):339-356.
128. Perito Robert M. "The US experience witch Provincial Reconstruction Team in Afghanistan". Washington DC : United State Institute of Peace; 2007.
129. Heinze EA. "The Moral Limits of Humanitarian Intervention: Reconciling Human Respect and Utility". Polity. 2004; 36: 543-58.
130. Wheeler NJ. "Humanitarian Intervention after September 11th". Humanitarian Intervention: The Moral Dimension, ed Anthony F.Long Jr. Washington: Georgetown Univ. Press; 2004.
131. Rey F. "La acción humanitaria española en el periodo 2003-2006. De la manipulación a la normalización". Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH). Madrid 2007. (citado en enero de 2017).
Disponible en : <http://www.iecah.org/download.php?id=20>

