

El servicio logístico de asistencia sanitaria ante el plan NORTE El Escalón Médico Avanzado de Tierra

J. A. García Carrasco¹

Med Mil (Esp) 1997; 53(1): 84-88

INTRODUCCIÓN

Respondiendo a la nueva situación mundial tras el fin de la confrontación de bloques, la aparición de nuevos riesgos para nuestra seguridad o los compromisos internacionales contraídos por España y propiciado, en el ámbito español, por la **Directiva de Defensa Nacional 1/92** de 27 de Marzo y la **Ley de Plantillas 14/93** de 23 de diciembre, el Ejército se ve embarcado en el que tal vez sea el mayor esfuerzo de los últimos años para erigirse como la fuerza capaz de responder a las emergentes amenazas que acechan la seguridad nacional y contribuir eficazmente a la estabilidad mundial: el **Plan para la Nueva Organización del Ejército de Tierra (PLAN NORTE)**. Desarrollándose desde 1995, el PLAN NORTE prevé para 1997 la finalización de su 1ª FASE, reorganización de la Fuerza, emprendiendo entonces y hasta el año 2000, una 2ª FASE, en la que se deberá implantar la nueva Estructura de Mando y acometer la reorganización del Apoyo a la Fuerza Terrestre; mediante este programa se ha de lograr una nueva estructura y un nuevo despliegue, esencialmente inspirado en una **nueva concepción de la defensa de España**, por la que se proponen unas Fuerzas Armadas de menores dimensiones, adecuadas a las necesidades y posibilidades, presentes y previsibles, de la seguridad nacional, con unas Unidades más especializadas y capaces de desplegar con celeridad, dentro o fuera de nuestras fronteras.

Entendiendo que, al igual que el resto de los Servicios que componen el Sistema Logístico del Ejército, la razón de ser del **Servicio de Asistencia Sanitaria** es la propia Fuerza a la que apoyan, ante la profunda transformación que ésta ahora acomete, se impone, cuanto menos, una revisión que, bajo la óptica determinada por este ambicioso programa de reorganización, perfila la estructura que habrá de afrontar el reto de la asistencia a la **Fuerza Terrestre del año 2000**.

EL SERVICIO LOGÍSTICO DE ASISTENCIA SANITARIA ANTE LA NUEVA FUERZA

Para abordar un estudio en esta línea, es preciso recordar, al menos someramente, la organización actual de la cadena sani-

taria de campaña. Así, como punto de partida, se presenta un Servicio articulado, conforme al SISTEMA DE APOYO LOGÍSTICO DEL EJÉRCITO (SALE.), en los escalones básico, intermedio y superior.

Es el **escalón básico**, integrado por las unidades sanitarias de la Fuerza -sección de sanidad de batallón y compañía de sanidad de brigada/división-, el responsable de ofertar el apoyo a nivel de primero y segundo escalón funcional del servicio; esto es, de prestar la asistencia inmediata a las bajas, su clasificación y "puesta en estado de evacuación", siendo igualmente de su competencia el transporte sanitario hasta y entre los órganos sanitarios propios de este nivel (**evacuación primaria**). Cuenta, como órganos de ejecución, con los puestos de socorro (PS,s.), los puestos de clasificación (PCLA,s.) y las correspondientes secciones de evacuación de las compañías de sanidad.

El **escalón intermedio**, cuyo componente operativo son las unidades de sanidad de los Mandos de Apoyo Logístico a Zona Interregional (MALZIR,s.). En campaña intervendría en misiones asistenciales de tercer escalón, con responsabilidades en el despliegue de las formaciones móviles de tratamiento en una zona de operaciones, así como competente en las evacuaciones desde los órganos sanitarios del escalón básico hasta los suyos propios (**evacuación secundaria**).

Por último, el **escalón superior**, cuyo órgano rector es la Dirección de Sanidad (DISAN.) del Mando de Apoyo Logístico del Ejército (MALE.), es el responsable de la asistencia sanitaria de campaña en grado de cuarto escalón, tratamiento especializado y definitivo, coordinación general del apoyo sanitario que prestan los escalones inferiores, además de realizar las evacuaciones desde el tercer escalón hasta los órganos logísticos centrales (OLC,s.) de sanidad (**evacuación terciaria**), dependientes de este escalón superior.

Llegados a este punto es interesante apreciar que el servicio logístico de asistencia sanitaria, si bien integrado en el marco del SALE., por su propia naturaleza, presenta singularidades que, de alguna manera, plantean sensibles diferencias con el resto de servicios que componen el sistema logístico. Así, se puede apreciar, en primer lugar, que la compartimentación de los escalones del SALE., especialmente en cuanto a la diferenciación de los responsables de la logística de campaña y los que lo son de la logística del interior, no se presenta, funcionalmente, tan definida en el servicio de sanidad. En efecto, mientras en el sistema general, el escalón intermedio debe ser el más elevado de la logística de campaña, representando el superior a la logística del interior, y, por tanto, implicado en la obtención de los recursos pero no directamente en el apoyo, en el dispositivo sanitario, la responsabilidad del escalón superior va más allá de la mera obtención de recursos, teniendo especiales competen-

¹ Sgto. 1º Cesp.San.
Dirección de Sanidad del MALE.

Dirección para la correspondencia: D. José Antonio García Carrasco. Negociado de Catalogación. Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Fecha de recepción del manuscrito: 11 de enero de 1997
Fecha de aceptación del manuscrito: 3 de marzo de 1997



Figura 1. Es el Escalón Superior de Sanidad el responsable de dotar a las Formaciones Sanitarias del Escalón Intermedio con los medios materiales y humanos necesarios para su activación.

cias en las actuaciones relacionadas con el apoyo sanitario en su aspecto logístico-operativo e interviniendo directamente en la estructura sanitaria de campaña; pues de él dependen órganos de ejecución que, como los hospitales militares fijos, aun siendo OLC,s., se consideran integrados, por razón de empleo, en el sistema de campaña, actuando como hospitales generales de la cadena de evacuación ante crisis u operaciones, sin olvidar, como se ha expuesto, la responsabilidad directa que el escalón superior de sanidad tiene sobre las evacuaciones sanitarias de la zona de operaciones.

Por otra parte se ha de remarcar que si, en general, el escalón intermedio del sistema logístico y más concretamente las unidades de servicios que conforman los MALZIR,s., en paz materializan el apoyo a la Fuerza, realizando las tareas logísticas de mayor complejidad que pudieran realizarse en una zona de operaciones, esto es, las de tercero y, en su caso, cuarto escalón, respecto al servicio de sanidad esto no ocurre así, pues, reglamentariamente, son los órganos logísticos centrales de sanidad los encargados de la ejecución de las actividades del servicio. En este sentido, cabe destacar, ante la necesidad de intervención de las formaciones sanitarias de tercer escalón, que son los OLC,s. de sanidad los que deberán determinar y disponer los elementos sanitarios, materiales y humanos, necesarios para activar las formaciones móviles o desplegables de sanidad que, pertenecientes a los MALZIR,s., han de integrarse en el Mando de Apoyo Logístico (MALOG.) constituido para afrontar la logística de una Fuerza en una crisis u operación determinada.

En la misma línea y atendiendo a la responsabilidad del escalón superior del SALE. de realizar las grandes actuaciones del servicio correspondiente, apoyando al escalón intermedio en aquellos trabajos que rebasen sus posibilidades, se ha de remarcar que respecto al servicio de sanidad, en innumerables ocasiones, los elementos necesitados de estas actuaciones, en este caso humanos, difícilmente se podrán trasladar hasta los centros adecuados de la zona del interior si antes no se ha intervenido urgentemente sobre ellos, por lo que estas "grandes actuaciones", a diferencia de otros servicios, han de poder ofertarse tam-

bién muy cerca de la línea de confrontación o en la intimidad misma de la zona de operaciones, y, claro es, con una calidad igual a la que se pueda ofrecer en las instalaciones sanitarias permanentes. También se hace preciso destacar que si bien, en el sistema logístico general, los distintos escalones funcionales determinan el grado de complejidad del apoyo, siendo ésta mayor cuanto más alto es el escalón, no ocurre así en la asistencia sanitaria pues, en muchos casos, la mayor complejidad asistencial podrá implicar al tercer escalón, pudiendo ser más sencilla, aunque de mayor duración, la asistencia de cuarto escalón.

Todo lo expuesto, remachado por el principio fundamental del servicio de considerar su funcionamiento como un todo indivisible en su acción de conjunto, presidido por la unidad de doctrina y criterio, y atendiendo a las particularidades de la asistencia médica, lleva a considerar que las formaciones móviles de tratamiento son más una prolongación del servicio de urgencias del hospital que órganos aislados susceptibles de ser apoyados por el siguiente escalón ante una sobredemanda asistencial.

Por último, tampoco se han de desdeñar las particularidades que presenta el abastecimiento y mantenimiento de los recursos sanitarios (Clase VIII), tareas que, a diferencia de las otras funciones logísticas, en sanidad son responsabilidad directa de los órganos del servicio a través de sus propios canales de evacuación, que, por otra parte, si bien pueden utilizar las rutas de abastecimiento, principal o alternativa, previstas, en otros casos éstas podrán no coincidir con las rutas de evacuación.

LA ESTRUCTURA SANITARIA QUE LA NUEVA FUERZA DEMANDA

Una aproximación a la estructura sanitaria que la nueva Fuerza demanda, requiere estudiar, ante todo, precisamente las características y misiones de esta Fuerza, subrayando en este sentido que, con el PLAN NORTE, se impone un Ejército compuesto por unidades de menores dimensiones, desestimando prácticamente a las grandes Unidades superiores en favor de otras más elementales y modulares (tipo Brigada), capaces de integrarse, total o parcialmente, en organizaciones operativas nacionales o multinacionales, dando como resultado una Fuerza marcada por la **flexibilidad** y la **movilidad**. Por otra parte, es especialmente apreciable que el PLAN estructura el Ejército de Tierra en dos grandes bloques: una **Fuerza Permanente** integrada por la Fuerza de Maniobra, las Fuerzas de Defensa de Área y las Fuerzas Específicas de Acción Conjunta, bloque que cuenta con Unidades de alta disponibilidad, lo que garantiza una primera respuesta inmediata y la constitución gradual de una fuerza de actuación en base a la evolución de la crisis o conflicto; el otro bloque es la **Fuerza Movilizable** de reserva, constituida por las Fuerzas Movilizables de la Defensa, que, organizadas y equipadas limitadamente desde tiempo de paz, mediante la movilización de reservistas lograrían formar una fuerza superior si la escalada de la crisis así lo exigiera.

Entre las características y misiones de las fuerzas resultantes del Plan NORTE. hay que reseñar aquellas que junto a lo



Figura 2. Los EMAT,s. son Unidades sanitarias que, encuadradas en Hospitales Militares, están preparadas para apoyar coherentemente a las fuerzas conjuntas de acción rápida.

expuesto, resulten de mayor interés para valorar la demanda sanitaria impuesta por la nueva concepción de la Fuerza, haciendo especial hincapié, por prioritarias, en aquellas que mejor han de definir a las denominadas Fuerzas de Maniobra:

- Fuerza capaz de ofrecer la **primera respuesta** en situaciones crisis.

- Diseño **modular e interoperable** que permita a esta Fuerza integrarse en organizaciones operativas conjunto/combinadas.

- Capacidad de **proyección exterior**, contribuyendo a fuerzas multinacionales en el ámbito de la seguridad continental y la paz mundial.

- Preparación para atender a la triple exigencia funcional de: **operaciones bélicas** propiamente dichas, **misiones de paz/ayuda humanitaria** y **acciones de apoyo a la protección civil** ante emergencias o catástrofes.

Lógicamente, estas características que definen a la nueva Fuerza Terrestre, deben igualmente calificar a las fuerzas sanitarias responsables de su asistencia, las cuales deberán tener la misma capacidad de despliegue y movimiento, teniendo que estar preparadas para intervenir en los mismos escenarios y misiones que las fuerzas apoyadas. Valorando las exigencias sanitarias impuestas por la nueva concepción de la Fuerza, se puede apreciar, en primer lugar, que la estructura y el despliegue tradicional del dispositivo sanitario mantienen, esencialmente, su vigencia, si bien es palpable, por una parte, la especial importancia que tiene el disponer un Escalón Básico eficaz y capaz de ofrecer la asistencia inmediata a la propia Fuerza de la que forma parte, allí donde y como se precise, con los medios suficientes para el apoyo sanitario a nivel de Primer y Segundo Escalón que, de alguna manera, garanticen a su Unidad una mínima y necesaria autonomía. Ahora bien, si se considera que es criterio fundamental de funcionamiento del Servicio el "**asignar a las Unidades los medios sanitarios estrictamente necesarios, para no restar movilidad**", se percibe la dificultad de equilibrar el apoyo a este nivel, garantizando pero sin caer en el sobredimensionamiento.

Por otra parte, y atendiendo al siguiente nivel asistencial, Tercer Escalón, cuya responsabilidad recae, en campaña, en el Escalón Intermedio, se observa que, como se ha expuesto, el esfuerzo principal de esta asistencia compete en paz, y a diferencia de otros Servicios Logísticos, en los órganos del Escalón Superior, los cuales, ante situaciones de crisis o conflictos, deberán acometer la activación de las formaciones sanitarias propias del Escalón Intermedio -Puesto Quirúrgico Avanzado (PQA.), Hospital de Campaña (HC.), y Hospital de Evacuación (HOEVAC.)- mediante la asignación de medios materiales y humanos de los OLC,s., para lo que, como norma general, todo el personal de ASAN. destinado en estos Órganos Centrales deberá tener un puesto en las plantillas de la cadena de campaña. Se presenta, pues, un Escalón Intermedio de Sanidad que, si bien organizado y equipado desde tiempo de paz, esta dotación es, necesariamente, limitada, debiéndose completar ante crisis u operaciones por el Escalón Superior, hecho que, inevitablemente y en cualquier caso, requiere unos tiempos de activación desproporcionados ante la disponibilidad y rapidez en la respuesta que exige la nueva concepción de la Fuerza Terrestre.



Figura 3. El EMAT. es una Unidad de Sanidad ligera, polivalente, autónoma, modular y aerotransportable, capaz de dar la respuesta urgente que la nueva concepción de la Fuerza demanda.

Así, las demandas sanitarias que esta nueva concepción impone, bien pueden sugerir, primeramente, un diseño del Escalón Básico que le permita ser **eventualmente reforzado** de modo que, sin incrementar su estructura permanente, pueda, ante determinadas situaciones, ofrecer la respuesta adecuada, tanto en soporte vital avanzado (SVA.) como en cobertura quirúrgica vital. En segundo lugar, se constata, en el nivel asistencial de Tercer Escalón, la necesidad de una estructura capaz de acometer el **apoyo inmediato** que la Fuerza requiere ante una intervención rápida en conflictos de baja intensidad o, ante una crisis de mayor calado que requiera el empleo de más fuerzas, la demanda de una primera respuesta sanitaria, en el nivel adecuado, en tanto se completa el proceso de activar las unidades sanitarias del Escalón Intermedio, respuesta que, por ser inmediata, solo puede venir desde los Órganos que permanentemente realizan esta función, esto es, de los Hospitales Generales o, dicho de otra forma, de los Órganos del Escalón Superior.

EL ESCALÓN MÉDICO AVANZADO DE TIERRA

Como presagiando la profunda transformación en la que ahora se ve inmerso el Ejército, se plantea en 1985 la creación de unas Unidades de Sanidad capaces de apoyar coherentemente a las fuerzas conjuntas de acción rápida ante los nuevos retos a los que, previsiblemente, se habría de enfrentar el futuro Ejército, cubriendo los huecos y carencias que el despliegue sanitario tradicional pudiera presentar y optimizando las limitaciones que, ante las nuevas demandas de la Fuerza, tuvieran los Escalones de este despliegue. Así surgió en el seno del Hospital Militar "Vigil de Quiñones" de Sevilla y dependiente de la Dirección de Sanidad del MALE. el **Escalón Médico Avanzado de Tierra** (EMAT. SUR), al que, habiendo demostrado el acierto de su creación en cuantas operaciones ha participado, le han seguido el EMAT. CENTRO, en el Hospital Militar "Gómez Ulla" de Madrid y el EMAT. NORTE, en el Hospital Militar "Orad Cágigas" de Zaragoza, los cuales han refrendado, en las innumerables misiones en las que han intervenido, el gran paso dado por la Sanidad Militar de campaña.

El EMAT. es una Unidad de Sanidad Militar ligera, polivalente, autónoma, modular y aerotransportable, de despliegue inmediato, capaz de dar una respuesta urgente y eficaz ante los múltiples retos a los que, potencialmente, ha de enfrentarse la nueva Fuerza Terrestre. Esta capacitado para prestar la asistencia inmediata en resucitación y estabilización del soporte vital, así como en clasificación y en cirugía de urgencia, vital y de salvamento de miembros, con cuidados postoperatorios. El mayor interés del EMAT. radica en la **rapidez de su respuesta**, basada en una red de alerta permanente, y en la **calidad de su actuación**, fruto de una instrucción y adiestramiento continuado, tanto en su vertientes táctica como en la asistencial, logrado mediante la **vinculación directa** a los distintos servicios del Hospital, realizando ejercicios tácticos periódicamente y con el apoyo y colaboración tanto con Unidades militares como con otras instituciones sanitarias especializadas en asistencia extrahospitalaria de urgencia. Dependiente del Escalón Superior y al mando de un Oficial Superior del Cuerpo Militar de Sanidad

(médico intensivista) auxiliado por una Plana Mayor, cuenta con una plantilla de personal **facultativo** (médicos, diplomados de enfermería, veterinarios o farmacéuticos) y **técnico** (especialistas de Sanidad, Mantenimiento o Transmisiones) que integra las tres Unidades funcionales en las que, para su estudio, básicamente se puede considerar articulado el EMAT.; así, se puede diferenciar una **UNIDAD ASISTENCIAL**, responsable de la vertiente "médica" del Escalón compuesta por el **Módulo de Estabilización y el Módulo Quirúrgico**, cada uno de los cuales ha de acometer el despliegue y la activación inmediata de los Equipos de Estabilización y Quirúrgicos, principales órganos de ejecución del Escalón; en esta Unidad se podría activar, ante misiones como la de Bosnia-Herzegovina o, en su caso, la de Zaire-Ruanda, un **Módulo de Asistencia Civil**, dedicado a ofrecer la cobertura sanitaria que, ante catástrofes de este u otro tipo, pudiera demandar el mantenimiento de la salud entre la población civil. La **UNIDAD DE APOYO DE SERVICIO** atiende a las necesidades sanitarias no originadas ni condicionadas directamente por la operación en la que se intervenga, éstas son las necesidades de salubridad ambiental y prevención de peligros potenciales para la salud de la Fuerza mediante acciones de Medicina Preventiva y Bromatología, con la responsabilidad igualmente del Abastecimiento y Mantenimiento de los recursos sanitarios; para ello, dispone de un **Módulo de Farmacia** y un **Módulo de Veterinaria**, pudiendo serle asignado un **Módulo de Medicina Preventiva** ante determinadas situaciones. Por último, la **UNIDAD DE APOYO OPERATIVO**, dependiente de la Plana Mayor de Mando y en la cual se encuadra el personal técnico especialista, reúne los elementos necesarios para la vida y funcionamiento del Escalón gracias a una Unidad de **Plana Mayor y Servicios**, un **Módulo de Mantenimiento**, un **Módulo de Transmisiones** y una **Unidad de Evacuación** que, responsabilizándose de la Logística del Escalón, han de garantizar, al conjunto, la disposición de los medios de acción y vida necesarios, dónde y cómo se precisen, para el cumplimiento de las misiones encomendadas al EMAT., así como, mediante la Unidad de Evacuación y los Especialistas



Figura 4. En un futuro próximo puede ser interesante dotar a los EMAT,s. con una Unidad ligera de rescate que garantice, en todo momento, el acceso de las bajas a los equipos de socorro.

de Sanidad, la cooperación en apoyo de la propia acción asistencial de las otras dos Unidades que componen el Escalón.

CONCLUSIONES

Las misiones y estructura que la nueva concepción de la Defensa de España propone para la Fuerza Terrestre y la consecuente transformación de un Ejército tradicional de grandes dimensiones, con una organización territorial en seis Regiones Militares peninsulares y dos insulares, cinco Divisiones, cuatro Brigadas no encuadradas,... dejando decididamente paso a unas fuerzas más reducidas pero más tecnificadas y mejor adiestradas, delimitan un marco en el que, en el aspecto sanitario, se resalta la verdadera dimensión del Escalón Médico Avanzado, presentándose éste como la Unidad que categóricamente responde al desafío que el nuevo perfil de la Fuerza representa. Ante el modelo de Ejército que viene, se revaloriza el papel que, en la Asistencia Sanitaria, representa, con sus limitaciones, el Escalón Básico; pierde interés, sin embargo, la función, al menos inicialmente, de las Unidades sanitarias del Escalón Intermedio, cuya activación, en cualquier caso, sería incapaz de seguir el ritmo marcado por la nueva Fuerza, y, por lo tanto, pudiéndose considerar conceptualmente más cerca de las fuerzas que dotadas limitadamente de personal y material, han de constituir un núcleo de reserva que se activaría ante conflictos de mayores dimensiones o cuando, en virtud del concepto "build-up", la escalada de la crisis inicial así lo exigiera; éstas no son otras que las denominadas **Fuerzas Movilizables de la Defensa** en el nuevo esquema del Ejército. Por ello cobra valor la necesidad de unas unidades sanitarias de **acción rápida**, permanentemente activadas y capaces de ofertar con urgencia las medidas de soporte vital avanzado que la Fuerza pudiera precisar, con la capacidad de reforzar, ante determinadas situaciones, a las Unidades sanitarias responsables de la asistencia de Primero y Segundo Escalón y aptas para constituir la primera respuesta especializada que las nuevas misiones del Ejército pudieran demandar: los Escalones Médicos Avanzados.

La creación de los EMAT,s., junto a la reforma de la red hospitalaria militar que, en los últimos años, se viene desarrollando, ha supuesto un notable y decisivo avance de la Sanidad Militar, evolucionando, como no podía ser de otra manera, a la par que la Fuerza a la que ha de apoyar y así, cuando el proceso iniciado con el PLAN NORTE culmine con la reorganización de la estructura que habrá de afrontar el Apoyo a la Fuerza, deberán quedar totalmente definidas, estructural y funcionalmente, estas Unidades vanguardia de la Sanidad Militar, pudiendo ser interesante, entonces, valorar su ubicación como un servicio más de cada uno de los Hospitales Militares Generales que como tales resulten de la reestructuración de la

red, sin olvidar, por último, analizar que la intervención de los equipos sanitarios sobre las posibles bajas en una Operación concreta requiere previamente **establecer el contacto** con los heridos, acción que, en muchos casos, puede llegar a ser extremadamente dificultosa; tanto es así, que el auxilio a bajas en edificios o fortificaciones derruidas, vehículos siniestrados por accidente, agresión... y en un sinnúmero de situaciones habituales en campaña, puede precisar técnicas sofisticadas y medios especialmente diseñados para las acciones de **rescate**, sin las cuales de poco serviría una estructura sanitaria "ideal" y una inmejorable preparación e instrucción de las Unidades y personal responsables de la asistencia. Por ello, el incluir en los EMAT,s. una Unidad ligera de rescate puede ser un punto esencial para completar un eficaz sistema asistencial de campaña.

FUENTES CONSULTADAS

1. Abajo Merino FJ. Apoyo logístico a una fuerza expedicionaria. Ejército 1996;Feb (670):60-65
2. Adán García AM. Las agrupaciones de apoyo logístico. Presente y futuro. Ejército 1995; Oct (666):41-52
3. Alvarez Leiva C, García Díaz F, et al. Respuesta militar a las catástrofes. Los escalones médicos avanzados. Manual Asistencia Sanitaria a las Catástrofes. Madrid: Ed. ELA. Grupo Aran, 1992;177-184
4. Alvarez Leiva C, Villalonga Martínez LM. Escalón Médico Avanzado. Ejército 1989;Ene (588):76-79
5. De la Puente Sicre P. Consideraciones a la teoría logística. Ejército 1993; Jul (642):32-37
6. De la Puente Sicre P. La práctica logística en paz. Ejército 1993; Ago (643):102-107
7. De la Puente Sicre P. La práctica logística en operaciones. Ejército 1993; Sep (644):92-98
8. Del Peso Pérez JL. Servicio logístico de asistencia sanitaria. Ejército 1989; Ene (588):51-54
9. Estado Mayor de la Defensa. Normas operativas sanitarias conjuntas. Madrid: Ministerio de Defensa, 1993
10. Estado Mayor del Ejército. Servicio logístico de asistencia sanitaria(NG.1/93 EME.), Febrero 1993
11. Estado Mayor del Ejército. Nueva organización del Ejército de Tierra. Boletín de Información Julio 1994
12. García Carrasco JA. Equipos quirúrgicos en la operación ALFA-BRAVO. Ejército 1994; Abr (650):37-45
13. García Díaz F, Álvarez Leiva C, et al. La sanidad militar en la operación ALFA-BRAVO. Ejército 1993; Jul (642):110-115
14. García González JA. La fuerza terrestre. Ejército 1994; Nov (656):21-28
15. Guiote Linares MJ. El Equipo Médico Avanzado del Ejército de Tierra. Ejército 1994; Nov (657):133-136
16. Guiote Linares MJ. La función logística-Gómez Ulla. Hospital Militar Central. Madrid: Ministerio de Defensa, 1996:327-329
17. Prats R. Nueva organización del Ejército De Tierra. Rev Esp Defensa 1994; Sep (79):6-16
18. Secretaría Técnica DISAN. Apoyo sanitario a la fuerza terrestre 2000. Madrid: Dirección de Sanidad, noviembre 1994
19. Villalonga Martínez LM. Sanidad militar en Bosnia-Herzegovina. Med Mil (Esp) 1996;52(2):177-180